

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

DIONEIA BONDAN

**VISÃO DE HOMENS IDOSOS ACERCA DO CUIDADO À SAÚDE EM UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CRICIÚMA
2022**

DIONEIA BONDAN

**VISÃO DE HOMENS IDOSOS ACERCA DO CUIDADO À SAÚDE EM UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a MSc. Neiva Junkes Hoepers

CRICIÚMA

2022

DIONEIA BONDAN


VISÃO DE HOMENS IDOSOS ACERCA DO CUIDADO À SAÚDE EM UMA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de bacharel no Curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

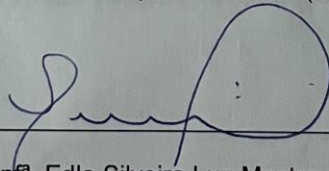
Orientadora: Prof.^a MSc. Neiva Junkes Hoepers

Criciúma, 20 de junho de 2022.

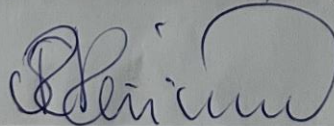
BANCA EXAMINADORA



Prof^a Enf^a Neiva Junkes Hoepers - Mestre - (UNESC) - Orientador



Prof^a Enf^a Edla Silveira Luz-Mestre- (UNESC)



Prof^a Enf^a Susane Raquel Périco Pavei-Mestre - (UNESC)

CRICIÚMA

2022

Dedico este trabalho a saúde de todos os homens.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter conseguido chegar até aqui, a ele agradeço todos os dias por permitir que meu esforço me conduza a vitória.

À Instituição pelo ambiente criativo e amigável que me proporcionou.

À minha orientadora NEIVA JUNKES HOERPES pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Sou imensamente agradecida ao meu marido JAIRO MOISES que nunca me recusou amor, apoio e incentivo, obrigado por compartilhar os inúmeros momentos de ansiedade e estresse. Sem você ao meu lado o trabalho não seria concluído.

Agradeço a todos, minha família, parentes e amigos que com seu incentivo me fizeram chegar à conclusão do meu curso e começo de uma nova carreira.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A população idosa está aumentando a cada ano, a longevidade pode ou não ser associado com doenças que afetam essa fatia da população. Neste cenário atenção primária a saúde do homem, tem papel fundamental para que nesse processo de envelhecimento o idoso não sofra danos físicos, psicológico, funcionais e sociais. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de identificar a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família. Foi um estudo qualitativo, descritivo e de campo em uma Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma, SC, com 10 homens idosos, no mês de abril de 2022. Como resultados foi identificado que os homens idosos conheciam muito pouco sobre o que é uma Estratégia Saúde da Família, sua finalidade, como também, o cuidado com a sua saúde e o cuidado prestado por uma Estratégia Saúde da Família. A qual também apresentou déficit de ações a esse público masculino, principalmente ao idoso. Assim, observou-se que a PNAISH poderá possibilitar transformações significativas no cenário de atendimento a população masculina na Atenção Primária em Saúde, em razão de estabelecer uma importante estratégia de promoção da saúde. Como também desenvolver programas voltados a saúde dos homens, pela equipe de saúde da APS.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Atenção primária a saúde. Saúde do homem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária de Saúde
EESF	Equipe de Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ILC	Centro Internacional da Longevidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil Sociodemográfico dos participantes do estudo.....	25
Quadro 2 - Conhecimento e a função da ESF.....	26
Quadro 3 - Conhecimento de visita domiciliar	28
Quadro 4 - Acolhimento da equipe.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	12
1.1.1 Objetivo geral.....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS).....	14
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	14
2.3 ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)	15
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	16
2.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI).....	18
3 MÉTODO	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO	20
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	20
3.3.1 Critério de inclusão	21
3.3.2 Critério de exclusão	21
3.4 COLETA DE DADOS	21
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	22
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	23
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	24
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PESQUISADOS	24
4.2. DISCUSSÃO DOS TEMAS ELENCADOS NAS ENTREVISTAS.....	26
4.2.1 Tema 1 – Conhecimento e a função da ESF	26
4.2.2 Tema 2 – Atividades desenvolvidas no ESF	27
4.2.3 Tema 3 – Conhecimento de visita domiciliar	28
4.2.4 Tema 4 – Facilidades e dificuldades ao ir em uma ESF	29
4.2.5 Tema 5 – Acolhimento da equipe.....	30
4.2.6 Tema 6 – Quanto a saúde do Homem na ESF	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
6 REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	39
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	40

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.41	
APÊNDICE C - CARTA DE ACEITE	44

1 INTRODUÇÃO

O Centro Internacional da Longevidade no Brasil, coloca a importância de um sistema de atenção primária com força, para atender esse idoso em sua necessidade e centrado na sua singularidade, que estabeleça relações de comprometimento e confiança. Ainda salienta, o que se entende por atenção primária é o atendimento inicial dos problemas de saúde, de forma que seja resolvido rapidamente e antes que se possa piorar, com atendimento específico para cada caso. Diz que 80% a 85% dos agravos de saúde podem ser resolvidos na atenção primária. E destaca quatro características essenciais da atenção primária à saúde da população, em que três são direcionadas aos idosos. São elas, o acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do sistema (KALACHE, 2020).

O documento do Centro Internacional da Longevidade (ILC), faz considerações a fazer, como, oferecer assistência à saúde da pessoa idosa na sua totalidade e integrada, que consiga almejar potencial e diminuir as limitações, mantendo a autonomia e prevenir a perda da independência, assim, levando ao envelhecimento ativo, calçado em: saúde, participação segurança e a aprendizagem ao longo da vida (ILC, 2015).

Na presença do aumento da expectativa de vida da mulher no envelhecimento, o homem idoso acaba ficando quase invisível aos serviços de saúde, desta forma ficando muito direcionados à população feminina, sobretudo nas atividades de convivência para idosos e outras atividades, como as físicas. De uma certa forma, são oferecidas atividades manuais como pintura, artesanato, bijuterias, tricô e crochê, entre outras que é visto mais pelas mulheres. E quando outras práticas para ambos os sexos são disponibilizadas, a sociedade em sua forma de cultura, não estimula homens idosos participar de atividades ofertadas pelos serviços de saúde (SANTOS; SOUZA, 2019).

Assim, a ausência de cuidado com a saúde do homem ao longo da vida pode trazer dependência e incapacidades na velhice. Sendo que, a cultura implica muito forte sobre os cuidados em saúde afastando o homem idoso dos serviços de saúde, afetando os agravos na atenção à saúde em sua totalidade.

O homem tem maior dificuldade em aceitar à velhice do que a mulher. Devido as relações de trabalho mais intensas que vivenciaram em suas vidas, distante do seu lar ou família. Na aposentadoria os homens podem sentir-se desarticulados, aumentando o risco de isolamento social e automaticamente podendo desencadear a depressão. Sendo que a aparência física também pode contribuir na diminuição da autoestima e a autoimagem do idoso, contribuindo também para esses agravos (SANTOS; SOUZA, 2019).

Este estudo justifica-se pela experiência profissional da autora ao perceber, no dia a dia da assistência e no estabelecimento de ensino-aprendizagem, atividades e temas que priorizam a saúde da mulher e da criança em relação aos sujeitos masculinos, os quais não são considerados em suas especificidades. Como também se sabe da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem do MS, que pouco ou quase nada é priorizado nas atividades e ações de APS. Sendo que a contribuição desse estudo é de relevância social e acadêmica para a atenção à saúde do homem, conhecendo qual é a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família, poderá contribuir para a equipe de saúde. Especificamente, a contribuição para a enfermagem do olhar dos homens em relação ao cuidado, poderá possibilitar e repensar sobre as ações e práticas de cuidado direcionadas a esse público e contribuir com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem nas Equipes de ESFs.

Assim sendo, temos como questão norteadora, quais são a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família e suas contribuições para os profissionais de saúde de uma Equipe de ESF.

E como pressupostos deste estudo foi elencado: os profissionais de saúde da ESF realizam muito poucas ações voltadas a saúde do homem; os homens idosos da ESF recebem cuidados gerais e iguais a todas as pessoas que são assistidas na ESF do estudo; a ESF do estudo não disponibiliza ações ou cuidados específicos para os homens idosos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Identificar a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar perfil dos homens idosos (idade, estado civil, profissão, escolaridade, renda familiar, doenças prevalentes);
- ✓ Identificar o conhecimento do homem sobre o que é ESF;

- ✓ Conhecer a opinião do homem idoso sobre o atendimento recebido na Equipe de Estratégia Saúde Família;
- ✓ Identificar cuidados específicos sobre saúde do homem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) também chamada de atenção Básica de Saúde (ABS), é considerada porta preferencial de acesso da população usuária ao SUS, assume o desafio de ser a organizadora e articuladora comunicadora das redes de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2017; CARVALHO et al., 2014).

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), define a ABS como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p.01).

É desenvolvida por meio das práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, com trabalho em equipe, direcionadas a populações com territórios definidos. E dispõe de tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde do seu território, observando os risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

2.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).

Visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) é composta por, no mínimo: (I) médico

generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

2.3 ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)

A Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma forma de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016). Essa modalidade tem se aumentado em resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm tomando lugar, tanto no Brasil quanto no cenário mundial, para atender à necessidade de viabilidade e sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, bem como pela busca de uma proposta de cuidado que promova maior comodidade aos usuários e às suas famílias, reduzindo as iniquidades em saúde (SEIXAS et al., 2014).

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares.

A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (BRASIL, 2016, p.01).

Na atenção domiciliar, a equipe de saúde, deve respeitar o espaço do familiar, preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, construindo ambientes favoráveis para auxiliar na recuperação. Envolvendo a família no cuidado

e a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença. A assistência no domicílio deve respeitar e valorizar as relações familiares. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar (BRASIL, 2012).

O cuidado domiciliar é considerado uma forma de diminuir o tempo de internação e reduzindo o máximo o risco de infecção hospitalares. Em muitos casos o cuidador familiar não é reconhecido pelo restante da família, não tendo auxílio para realizar o cuidado. Na grande maioria esse cuidado é prestado pela sociedade feminina, uma filha, irmã ou esposa, junto com as atividades domiciliares, torna-se uma sobrecarga para a mulher, além do estresse físico e psicológico, prejudicando sua saúde (YAMASHITA et al., 2010).

Essa tarefa é prestada na maioria das vezes por pessoas com idade elevada, ou seja, um idoso cuidando de outro, com escolaridade baixa assim podendo interferir na atenção prestada ao idoso. Outro motivo pelo qual o cuidado é prestado pela família é a questão financeira, pois o mesmo não tem condições de contratar um profissional, ela opta por um membro assume o compromisso de cuidar, e com isso precisa parar de trabalhar externamente, com isso a um comprometimento da renda familiar (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Quando a família assume os cuidados diários com o idoso, e muitas vezes não se tem preparação e conhecimento adequado para enfrentar a situação. Desse modo o enfermeiro e a equipe de saúde têm papel importante como educador, articulando junto a família estratégias que possibilitem o suporte adequado ao idoso. Tornando isso uma questão de saúde pública (GRATÃO et al., 2013).

A Enfermagem exerce papel fundamental e precisa atuar com educação em saúde no cuidado ao idoso e apoio ao cuidador, principalmente em situações de dependência funcional, com orientações a respeito, por exemplo, do posicionamento no leito, banho, alimentação, transferência, entre outras necessidades. O cuidador e a família devem ser preparados por meio de aconselhamentos e psicoeducação para os sentimentos de culpa, frustração, raiva, tristeza, depressão e outros sentimentos que acompanham a responsabilidade de cuidar de um familiar enfermo no domicílio, mesmo com o auxílio de profissionais da saúde. (GRATÃO et al., 2013, p.143).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi divulgada, em sua primeira versão, sob o argumento de que “a saúde é um direito

social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros” e “que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (BRASIL, 2008a).

Ainda, ressalta que o processo de construção do documento foi desenvolvido a partir da parceria entre sociedades médicas “juntamente com a participação de outros profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas, onde foi feito planos e consensos (BRASIL, 2008a)

O ministério da saúde e suas atribuições têm como prioridade uma nova política em que dá ênfase a saúde do homem na sua integralidade com várias instituições parceiras. Uma construção de consciência da falta de saúde do homem, como prioridade melhorar sua qualidade de vida. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem por objetivo orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, sempre com humanização.

Esta política vem com a intenção de dar uma atenção especial para o homem desde a sua entrada na unidade básica de saúde, fazendo com que ele se sinta bem acolhido e sempre volte para concluir seu tratamento, trazer o homem determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens a uma melhor qualidade de vida.

A forma de participação na construção da PNAISH pode ser iniciada a partir

De tipologias de participação, onde Dean (2016), diz que participação pode envolver dimensões de sociabilidade e negociação.

Contextualizar a política em distintos cenários, que conformam os contextos de influência, da prática e de produção de documentos nos quais a política acontece, permite refletir esses cenários como espaços institucionais ou não. Acredita-se que os cenários são estruturados pela sociedade, onde possuem suas próprias singularidades, e por isso o entendimento de cenários pode ser, de certa forma, associado ao conceito de campo. Onde podem corresponder a campos distintos, com seus respectivos agentes sociais, assim disputando por espaços sociais (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

Em dezembro de 2021, com a Portaria Nº 3.562, “altera o anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)” (BRASIL, 2021). Onde fica instituído:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades. Art. 2º A PNAISH atua na promoção da universalidade, integralidade e equidade na atenção e proteção à saúde, direcionada à continuidade do cuidado individual e coletivo da população masculina, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, conforme disposto no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas à população masculina. (BRASIL, 2021, p.1).

Acredita-se que um dos principais desafios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na atenção primária, pode estar relacionado em mobilizar a população masculina para a garantia de seu direito social à saúde. Enquanto os desafios da política estão relacionados à entaves na consolidação da política, aspectos culturais gênero e masculinidade, educação continuada e capacitação para os profissionais de saúde, o horário de funcionamento das unidades e poucas ações educativas direcionadas para essa população.

Outra análise dos dados foi identificada pela técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), onde os resultados apresentam as dificuldades vivenciadas na atenção básica em relação à saúde masculina e que envolve a ausência desta população, como também, seu déficit de comportamento de autocuidado.

2.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI)

Em 19 de outubro de 2006, foi aprovada pelo ministério da saúde a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que assegura os direitos sociais das pessoas idosas, ofertando autonomia, participação social e o direito a saúde nos mais variados espaços de saúde do SUS. E que os órgãos e entidades do ministério da saúde, adequem os planos, atividades conforme suas diretrizes. (BRASIL, 2006).

Esta política coloca como perda da capacidade funcional, um dos principais problemas que interferem na realização das atividades básicas e instrumentais diárias de vida. Conforme a legislação os cuidados a esses idosos são avançados, mas na prática ainda é insatisfatória.

Considera-se idosos frágeis ou em situação de fragilidade os que são acamados, apresentam doenças que causam incapacidade física e idosos acima de 75 anos. É importante reconhecer esse idoso frágil ou em situação de fragilidade, sendo preciso avaliar os recursos para lidar com ela, para facilitar o cuidado domiciliar e inclui o cuidador ou famílias como parceiro das equipes de cuidados (BRASIL, 2006).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo possui uma abordagem qualitativa tipo descritivo, exploratório e de campo, pois o método qualitativo atua neste contexto visando analisar a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família e suas contribuições para os profissionais de saúde de uma Equipe de ESF.

Estudo qualitativo se aplica a estudo históricos, de relações, representações, de crenças, de opiniões. Interpretações do que os humanos fazem, como vivem, sentem e pensam. Esse método tem fundamento teórico, além de revelar os processos sociais pouco conhecidos de determinado grupo, possibilitando construir novas abordagens, novos conceitos e categorias enquanto ocorre a investigação (MINAYO, 2008).

A pesquisa descritiva tem por objetivo estudar características de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, escolaridade, as condições de habitação, índice de criminalidade entre outros, identifica os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (MINAYO, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma Equipe de Estratégia Saúde da Família do município de Criciúma, Santa Catarina no mês de abril de 2022.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os estudos qualitativos não se detêm ao número amostral, mas ao significado expresso pelas informações dos participantes. Neste sentido estimou-se uma amostra de 10 homens idosos com idade entre 60 e 70 anos de idade. A escolha deu-se aleatoriamente conforme critérios de inclusão até chegar à amostra de 10 pessoas.

O critério de saturação dos dados é usado para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a busca por novos dados. Quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não

contribui de maneira relevante para o aperfeiçoamento da pesquisa (FONTANELLA et al., 2011).

Segundo Falqueto e Farias (2016, p.563), para realizar os critérios de saturação é necessário realizar cinco passos para constatar a saturação:

Definição das categorias de análise (dados brutos): determinar as categorias de análise, designar quais os conceitos que melhor representam o fenômeno e que serão investigados; Definição do roteiro de pesquisa Imersão nos dados: realizou-se leitura flutuante dos dados obtidos por meio das entrevistas à medida em que eram realizadas; Levantamento de elementos novos versus elementos confirmados em cada coleta. Envolve a codificação dos dados coletados etapa individual no qual se abre um leque de informações; Registro em uma tabela do que foi encontrado em cada coleta. Trata-se da construção de uma representação gráfica que permita a visualização dos elementos analíticos que foram levantados nas entrevistas; Confirmação da saturação em cada categoria Constatação da saturação teórica dos dados por meio da identificação de ausência de elementos novos em cada agrupamento. (FALQUETO; FARIAS, 2016, p.563).

3.3.1 Critério de inclusão

- Homens na faixa etária de 61 a 70 anos.
- Morador na área de abrangência da ESF da pesquisa.
- Que já tenha frequentado a ESF pelo menos uma vez.
- Aceitar participar da pesquisa.

3.3.2 Critério de exclusão

- Não se adequando aos critérios de inclusão.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas e fechadas, aplicadas pela autora individualmente a pessoa da pesquisa (Apêndice A). Onde foi pré-agendada a entrevista, com data, local e hora a ser aplicada.

A entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. É possível planejar a coleta de informações por meio de um roteiro com perguntas. O

roteiro, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante (FONTANELLA et al., 2011).

A entrevista semiestruturada visa compreender o ponto de vista dos atores sociais, que são os objetos da investigação. O roteiro deve ser construído de forma que os entrevistados exponham a sua experiência pessoais e sociais (MINAYO, 2008).

1º Momento: Primeiramente foi solicitado carta de aceite (Apêndice C) a instituição onde foi desenvolvido a pesquisa, após a carta de aceite da aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO; sendo que após a aprovação foi dado o início da pesquisa.

2º Momento: Foi conhecido o campo onde foi realizado a pesquisa e conversado com a equipe da ESF para a realização e escolha dos pesquisados.

3º Momento: Realizado seleção da amostra de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

4º Momento: Foi explicado sobre o projeto e entregue o TCLE (Apêndice B), e aplicado a entrevista semiestruturada (Apêndice A), que teve 10 perguntas, que foi aplicada pela autora aos participantes da pesquisa, onde foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise dos conteúdos.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

É uma técnica que exige do pesquisador, disciplina, dedicação, paciência e tempo (SILVA; FOSSÁ, 2015). Esse processo compreende três fases:

A primeira fase: pré-análise, é desenvolvida para organizar as ideias iniciais, realizar a leitura flutuante (primeiro contato com a coleta de dados, conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas), definir o corpus de análise, formular hipóteses e objetivos, elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado (CAMPOS, 2004; SILVA; FOSSÁ, 2015).

A segunda fase constitui a exploração do material, é recortado em unidades de registro, faz-se o resumo de cada parágrafo para realizar uma primeira categorização. Essas primeiras categorias, são agrupadas de acordo com temas correlato as categorias iniciais, são agrupadas tematicamente, originando as categorias intermediárias e estas últimas também aglutinadas em função da ocorrência dos

temas resultam nas categorias finais. Nessa fase procura além de compreender as falas, mas buscar o significado (CAMPOS, 2004; SILVA; FOSSÁ, 2015).

A terceira fase nesta etapa os resultados são tratados, é nela que ocorre a condensação e a ênfase das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais. Os resultados brutos são submetidos a operações simples ou complexas que permitem colocar as informações obtidas (MINAYO, 2008; VOSGERAU POCRIFKA; SIMONIAN, 2016).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para realização da pesquisa os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que respeitou os preceitos éticos e garantiu o anonimato por um código alfa número concedido aos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/2012 e 510/2016, do conselho nacional de saúde.

Os aspectos éticos do estudo como anonimato, confidencialidade e privacidade e imagem dos sujeitos deve ser assegurados em todo o projeto de pesquisa. A pesquisa com seres humanos deve sempre o tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo de suas vulnerabilidades, nas pesquisas será usado o TCLE, com explicação aos participantes os objetivos, métodos, seu direito de desistir do mesmo e o sigilo da pesquisa.

Existe riscos mínimos na aplicação da entrevista, sendo segurados valores éticos recomendados pelo Resolução 466/2012 e 510/2016 da pesquisa com seres humanos. Firmando aos participantes o anonimato e sigilo referente as entrevistas, a explicação da pesquisa e concedendo o direito de desistir no mesmo em qualquer momento.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, pelo parecer nº 5.312.088 e aprovação da instituição onde a pesquisa foi realizada, iniciou-se a coleta dos dados com a realização da entrevista semiestruturada, aplicada aos homens idosos, caracterizando o perfil dos participantes do estudo de acordo com a idade, sexo, grau de parentesco, escolaridade, estado civil e profissão. Posteriormente organizaram-se as seguintes categorias norteadoras:

- ✓ Categoria 1: Conhecimento de ESF e sua função.
- ✓ Categoria 2: Atividades desenvolvidas no ESF.
- ✓ Categoria 3: Conhecimento de visita domiciliar.
- ✓ Categoria 4: Facilidades e dificuldades ao ir em uma ESF.
- ✓ Categoria 5: Atendimento da equipe de saúde.
- ✓ Categoria 6: Quanto a saúde do Homem na ESF.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 510/2016, que envolvem a pesquisa com seres humanos, foi identificado os idosos com a letra “H” seguida de um número (H1 a H10).

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se uma amostra de dez homens idosos que aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada entre o mês de abril de 2022, em uma ESF do município de Criciúma – SC.

A análise dos dados se faz possível através de uma específica coleta de informações que buscou-se saber a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família.

4.1 DADOS SOCIODEMOGRAFICOS DOS PESQUISADOS

Quanto à caracterização dos participantes, apresentamos os resultados segundo variáveis categóricas (quadro 1)

Os homens do estudo apresentam idades respectivamente entre 60 e 70 anos, sendo que a maioria são casados e trabalham com vínculo empregatício.

Quadro 1 - Perfil Sociodemográfico dos participantes do estudo

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	10	100%
Estado Civil		
Solteiro	01	10%
Casado	08	80%
Viúvo	01	10%
Faixa Etária	61 a 70	100%
Profissão		
Aposentado	02	20%
Trabalhando	06	60%
Aposentado e trabalha	02	20%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	03	30%
Ensino fundamental incompleto	07	70%
Renda familiar		
1.000,00 a 2.000,00	02	20%
2.000,00 a 3.000,00	08	80%
Doenças prevalentes		
HAS	02	20%
DM	01	10%
HAS e DM	02	20%
Não tem	05	50%
Total	10	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quanto a escolaridade, observa-se que 07 deles não terminaram o ensino fundamental e 3 deles com ensino fundamental. Foi identificado que a renda familiar da maioria varia entre 2.000,00 e 3.000,00. Apresentando doenças crônicas não transmissíveis a metade da amostra.

O que motivou a realização deste estudo, foi a necessidade do olhar a saúde do ao homem idoso, pois o que se vê hoje é a prevalência de atividades nos serviços de saúde direcionadas ao público feminino e a carência de atividades exclusivas para o público masculino e uma demanda restrita de programas de atenção à saúde do homem idoso na APS.

Assim sendo, não podemos deixar de salientar as ações do Ministério de Saúde, nos últimos anos, tem buscado contemplar a dificuldade de adesão dos homens aos tratamentos necessários, principalmente no que se refere a prevenção e promoção da sua saúde. Lembrando que, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) atende a esta necessidade e vem apresentar princípios e diretrizes sobre a atuação de profissionais de saúde sobre este tema. Quanto a

conduta dos homens, ante sua saúde, vale destacar que partem da dificuldade em reconhecer suas necessidades de realizar um acompanhamento médico preventivo, rejeitando a possibilidade de adoecer (BRASIL, 2008).

Ainda, podemos destacar também que a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem aponta:

As masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres. (BRASIL, 2008, p. 6-7).

4.2. DISCUSSÃO DOS TEMAS ELENCADOS NAS ENTREVISTAS

4.2.1 Tema 1 – Conhecimento e a função da ESF

Nesta categoria os homens responderam à questão “o senhor sabe o que é um ESF? qual é a função do ESF?”, observou-se estes os homens pesquisados não tem conhecimento do que seja uma Estratégia Saúde da Família, mas ao questionar quanto o local onde possam fazer suas consultas na comunidade, eles colocaram diversos nomes populares, dito por eles e também o que temos visto pela população nas comunidades que tem ESF.

Desta forma, estes homens demonstraram seu conhecimento de como entendem uma ESF ou como podemos ver pela maioria da população.

Quadro 2 - Conhecimento e a função da ESF

O que é ESF	Todos responderam não saber
Ao questionar quanto o local de consulta na comunidade	H1, H2, H3 - Policlínica H4 - PSF H5 - Postinho H6, H7, H8, H9, H10 - Posto de Saúde
Função do ESF (Para que serve)	H1, H2, H3 - Não sabem H4, H5, H6 - Sabiam em parte H7 - fazer consultas médicas. H8 - marcar consultas médicas. H9 - serve para pouca coisa. H10 - fazer vacina.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Haja visto, que a Atenção Básica, principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde (RAS), no Sistema Único de Saúde (SUS), agrupar-se pelos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização. Para cuidar esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2017; CEAB, 2021).

E a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o pilar central em que se alicerça a expansão, consolidação e qualificação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde os princípios são: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. É a estratégia prioritária de atenção à saúde e propõe à reestruturação da Atenção Básica, conforme os princípios do SUS. É estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por beneficiar a reorientação do processo de trabalho com competência de melhorar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017; BISPO et al., 2021).

A prática educativa busca respeitar o universo cultural de todos e das formas de organização da comunidade, considerando que todas as pessoas acumulam experiências, valores, crenças, conhecimentos e são detentoras de um potencial para se organizar e agir. Sendo assim, com o pensamento crítico a comunidade pode, de forma ativa, auxiliar a ESF na identificação de particularidades do território para a futura elaboração de medidas mais representativas e também atuar como vigilantes de saúde e agentes de conscientização. Tornando -se uma ferramenta muito importante para o envolvimento da população e para a dispersão de informações e conhecimento, mesmo até do que seja uma ESF, como também potencializando a integração entre os profissionais de saúde e comunidade.

4.2.2 Tema 2 – Atividades desenvolvidas no ESF

Ao serem perguntados sobre “ações ou atividades desenvolvidas nesta ESF”, todos responderam não saber. Sendo que esse tema, vem ao encontro da discussão que vimos anteriormente.

Neste cenário, podemos debater que entre todas as atribuições da ESF, podemos destacar o seu papel na captação de pessoas pertencentes à comunidade

e na agregação de diferentes setores institucionais, para que conjuntos desenvolvam medidas preventivas e de promoção à saúde. Desta forma, a ESF como porta de entrada preferencial do SUS, possa assumir a responsabilidade na resposta global à doença em situações de surtos e epidemias, oferecendo atendimento resolutivo com potencial de identificação precoce de casos graves que devam ser encaminhados para serviços especializados (BRASIL, 2017; BISPO et al., 2021).

Neste contexto, o papel da comunidade junto à ESF pode participar tanto da gestão e da organização das ações e dos serviços de saúde, quanto de ações mais específicas em relação ao seu próprio território. Ainda, a comunidade pode, por meio de oficinas e reuniões de conselhos de saúde, participar na construção de ações, divulgação, conhecimento para promoção, proteção e recuperação da saúde, através do envolvimento direto dos usuários nos processos de discussão, deliberação e controle das políticas de saúde. Não esquecendo da importância da educação em saúde promovida pela ESF como uma maneira de contribuir para o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados (BISPO et al., 2021).

4.2.3 Tema 3 – Conhecimento de visita domiciliar

Foi questionado também quanto visita domiciliar, se tinham “conhecimento, se sabiam porque era feito e o que a equipe faz nas visitas domiciliares”. Aqui como nos demais temas, os homens pesquisados desconhecem o que seja uma visita domiciliar, talvez este se justifique por falta de conhecimento e comunicação da equipe de saúde a comunidade, organização da comunidade, conselho de saúde local, ou pela pouca participação destes homens aos serviços oferecidos pela ESF, ou ainda, por nunca terem precisado se uma visita domiciliar para si ou sua família.

Quadro 3 - Conhecimento de visita domiciliar

<p><i>Se sabem o que é Visita Domiciliar, porque é feito e o que a equipe faz nas visitas domiciliares”</i></p>	<p>H1 – ser uma agente de saúde que vai na sua casa para lhe falar sobre o postinho e marca consultas. H2 – são feitas por agentes de saúde. H3 – uma agente de saúde que lhe faz visita. H4 – disse não saber pois trabalha o dia todo e só encontra um bilhete mensal. H5, H6, H7 – não sabe e desconhece para que serve. H8 – não sabe, pois trabalha fora o dia todo, não sabe para que serve e o que é feito. H9 – não sabe, pois trabalha fora e não tem interesse em saber. H10 – diz saber da existência de agentes de saúde, mas não sabe para que serve, nem o que é feito.</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

A Visita Domiciliar (VD) é uma intervenção que apresenta-se com objetivo de realizar o cuidado integral em saúde, compreendendo a vida do sujeito em sua singularidade e nos seus desafios, melhorando a qualidade de vida das pessoas pelo exercício da escuta e do apoio e pela implicação, compromisso e potência no agir individual e coletivo, na corresponsabilização do cuidado e no respeito à autonomia, indispensáveis ao fazer em saúde (MAHMUD et al., 2018).

A reflexão aqui é que as Visitas Domiciliares (VD), serve como uma importante ferramenta de cuidado. E objetiva auxiliar na estruturação do processo de trabalho das equipes de saúde auxiliando na melhora da saúde das pessoas, como também no vínculo com todos os atores envolvidos, contribuindo no planejamento do cuidado (QUIRINO et al., 2020).

É imprescindível que todos nós, principalmente os profissionais de saúde refletirmos quanto a forma de como vem sendo feito as VD e com Estas vem sendo divulgado e levado ao conhecimento da comunidade. Tais equipes de profissionais repensem criticamente sobre suas práticas, explorando também suas fragilidades na perspectiva pessoal e de educação permanente, capacitação, buscando formas de superar está prática e tornando isso tudo um pouco mais claro e ao conhecimento de toda comunidade. .

4.2.4 Tema 4 – Facilidades e dificuldades ao ir em uma ESF

Ao serem perguntados sobre “porque procura a ESF e quais as dificuldade e facilidades encontradas na ESF”, todos responderam que facilidade é o acesso ao local e dificuldade é a marcação de especialista. Desta forma, mostrando que no entendimento deles, demonstraram mais uma vez o déficit de conhecimento dos serviços que são desenvolvidos na ESF e o processo de trabalho e as correlações com toda a rede.

É necessário rever o planejamento, organização e gestão da ESF e a intensificação nos investimentos em educação permanente dos profissionais, para que haja avanço e fortalecimento desse modelo assistencial, com vistas a garantir, além da alta cobertura populacional, assistência qualificada e presença de todos os atributos da APS no atendimento aos usuários. Deixar mais claro para toda comunidade do que é desenvolvido nas ESF.

Comparar a visão dos autores envolvidos no processo saúde-doença é uma forma de entender o contexto, as fragilidades, as potencialidades, valorizar a percepção de cada um e construir conhecimento sobre os aspectos que precisam ser aperfeiçoados, escolher novos caminhos, bem como ter uma ação assertiva em busca da qualidade dos serviços de saúde.

Conhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos usuários ajuda a fortalecer o processo de ESF e garante e amplia o olhar crítico sob o trabalho em saúde, criando estratégias para poder superá-las.

As transformações no campo da saúde requerem a integração de diferentes campos e setores, bem como o empoderamento dos atores sociais, a partir das ações de participação popular, da qualificação da gestão em saúde e de investimentos no aprimoramento da formação dos profissionais. Portanto, é preciso que os atores compreendam a construção do processo que precisa ser vivenciado e experimentado, para que o trabalho em saúde e todo o seu processo educativo sejam responsáveis por fomentar transformações no cotidiano dos serviços de saúde. Os serviços de saúde, a comunidade e os diferentes encontros entre todos os atores desse processo oportunizam práticas educativas e de saúde. (PINHEIRO, AZAMBUJA; BONAMIGOS, 2018. p. 194).

A educação no trabalho precisa permear todos os fazeres profissionais. Os profissionais da área de saúde têm função importante na compreensão, quando se entendem como educadores e que valorizam todos os envolvidos no processo educativo, o conhecimento, a comunicação, postura ética, crítica, reflexiva, humana e inerente do processo de viver. Assim, poderá ser superado as dificuldades e inserir as práticas educativas, efetivamente, no cotidiano do trabalho em saúde, lucrando melhores resultados na prática da Atenção Primária em Saúde.

4.2.5 Tema 5 – Acolhimento da equipe

Quadro 4 - Acolhimento da equipe

<p><i>Se gosta do atendimento recebido pela equipe? Sai satisfeito com o atendimento?</i></p>	<p>H1, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10 –gosta do atendimento recebido e se sente satisfeito com atendimento recebido.</p> <p>H2 – não gosta do atendimento e não sai satisfeito com o atendimento recebido.</p> <p>H3 – gosta do atendimento dos funcionários mais não sai satisfeito com o atendimento.</p>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Avaliar positivamente a satisfação dos usuários quanto ao acesso e ao acolhimento oferecidos na ESF é um resultado que pode ser prontamente mensurado, guiando o planejamento e as intervenções para a qualificação do serviço de saúde. Os dados apresentados nesta pesquisa indicam que os usuários avaliaram satisfatoriamente os atendimentos desenvolvidos pelos profissionais. Estas atividades eficazes devem ser potencializadas, mas, devem identificar o que deixa os usuários insatisfeito e traçar medidas para ser amenizadas.

Quanto à dimensão gostar do atendimento recebido, que os usuários entrevistados afirmaram estar satisfeitos, vem ao encontro de outro estudo que colabora com os mesmos resultados, contrariando outras pesquisas onde esta foi a principal queixa relacionada ao atendimento (LIRA et al., 2018).

4.2.6 Tema 6 – Quanto a saúde do Homem na ESF

Ao serem perguntados sobre “senhor recebeu algum atendimento ou cuidado específico a saúde do homem, e se recebeu, qual foi”, todos responderam que nunca receberam nenhum conhecimento ou cuidado quanto a saúde do homem.

No cotidiano, os homens não têm suas particularidades reconhecidas e não fazem parte das pessoas mais assistidas nas ESFs. O uso dos serviços de saúde pelos homens é diferente daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a agravos e doenças, em que a busca por atendimento acontece geralmente em situações extremas de emergência ou nas especializações ou nas urgências. Estas demandas têm sido observadas em relação aos cuidados em saúde de forma geral e outros serviços também. Este pensamento vem ao que é visto no estudo a seguir.

Observa-se que homens costumam ter mais dificuldades na busca por assistência em saúde quando veem as necessidades de cuidado como uma tarefa feminina. Assim, eles costumam só chegar aos serviços de saúde com intercorrências graves ou quando se veem impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador, ressaltando também que, segundo a visão dos profissionais de saúde, os homens não buscam os serviços para fins preventivos. (MOURA et al, 2014, p. 1).

Neste contexto, a ausência de homens nos serviços de APS pode resultar de vários fatores, como uma delas, a cultura de gênero, a desvalorização do autocuidado, e a percepção de saúde e que somado a estes, não se pode deixar de colocar o

próprio contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), que ainda se organiza de forma a não priorizar o atendimento à população masculina (ARRUDA et al., 2017; SOUZA et al., 2015).

Observa-se que a cultura pode ser um dos fatores que se esbarra nas políticas de saúde do homem. Haja visto, que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem orientou a formulação de estratégias e ações fundamentando-se na atenção integral, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, tendo sido focalizadas como eixos fundamentais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi instituída em 2008, com princípios e diretrizes nas “ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção”. “Elas foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações”. (BRASIL, 2008).

E com a Port. Nº 3.562 de 2021, altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Onde em seu Art. 1º

Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades. (FONTE)

Entretanto, deve-se considerar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi lançada com o intuito de guiar a criação de estratégias e ações com propósito à promoção de saúde e prevenção de agravos. “A PNAISH tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS”. Para isso, “essas ações só se aplicarão de modo efetivo, se o enfrentamento dos fatores de risco e a atuação nos aspectos socioculturais estiverem atrelados à promoção da saúde do público masculino” (SILVA et al., 2021).

A maneira com que os homens percebem e vivem o processo de saúde e adoecimento, em grande parte tem relação com questões culturais e de gênero, motivo que justifica o fato da construção e representação do conceito sobre o “ser

homem” decorrer de uma variedade de acordos sociais e culturais envolvidas em estereótipos de gênero, que ressaltam a masculinidade (SILVA et al., 2021).

Assim sendo, salienta-se a importância de reforçar a implementação da PNAISH como importante ferramenta governamental para vigilância, prevenção e promoção à saúde da população masculina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu uma visão das políticas públicas à saúde do homem e a assistência voltada a esse público, como também em estar vendo a forma com que os homens percebem e vivem o processo de saúde e adoecimento, sendo que este pode estar significativamente voltado às questões culturais, costumes e a forma que as ESFs estão trabalhando na atenção de saúde que o homem precisa. Assim sendo, percebeu-se que a Atenção Primária em Saúde ainda possui déficit de cuidado ou conhecimento sobre o que fazer e desenvolver.

Foi identificado que os homens idosos sabem muito pouco ou quase nada do cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família, como também tem dificuldade de entender o que é uma ESF, e conhecem como sendo um ‘postinho”. Neste sentido, precisa-se fazer muito ainda na Atenção Primária e Saúde, principalmente no que se refere a uma ESF e o que o homem precisa conhecer sobre sua saúde específica. Não levando em consideração as doenças crônicas que vem sendo trabalhadas como um todo em toda população, entre elas DM e HAS.

Foi identificado pelos homens deste estudo que os profissionais de saúde da ESF realizam muito poucas ações voltadas a saúde do homem, os quais, recebem cuidados gerais e iguais a todas as pessoas que são assistidas na unidade de saúde, ainda, apresentam déficit de ações ou cuidados específicos para os homens idosos.

Assim sendo, podemos concluir que esses comportamentos, acabam por se tornar fatores que prejudicam e agravam a qualidade de saúde dos homens, já que podem desencadear o aumento nas taxas de internações ou tratamentos nos serviços de média e alta complexidade. Assim, pode ser imprescindível a realização de mais estudos que instigam a assistência à saúde dos homens, principalmente ao homem idoso, com a finalidade de promover e elucidar sobre a importância da inserção da população masculina no nível da Atenção Primária em Saúde. Nesse seguimento, pode ser reforçado a implementação da PNAISH como uma importante ferramenta de trabalho para as vigilâncias, prevenção, promoção e o cuidado à saúde do público masculino, principalmente o idoso.

6 REFERÊNCIAS

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MATHIAS, Thais Aida de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **E-revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p:279-290, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**, 2011.

BISPO, João Paulo Borges et al. Informasus, UFSCAR. **Comunicação social e científica para democratização da ciência**. UFSCAR ESF e seu papel. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Portaria MS/GM Nº 825, de 25 de abril de 2016, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016 [acesso em 2021 mar 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

BRASIL. Brasília, **Atas CIAIQ**. 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/1001/977>. Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução Nº 510**, de 7 de abril de 2016. Comitê de Ética em Pesquisa. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Port. nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021**. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. [S. l.], p. 1 a 1, 16 nov. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, Brasília, ano 2008, p. 1 A 40, 23 nov. 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v.57, n.5, p. 611-614, out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2021.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Gestão de unidades básicas de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos de gestão. **Revista Escola de Enfermagem. USP**, São Paulo, v.48, n.5, p.907-914, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500907&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2021.

DEAN, Rikki John. Beyond radicalism and resignation: the competing logics for public participation in policy decisions. **Policy and Politics**, p. 1-17, 2016. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/contentone/tpp/pap/2017/00000045/00000002/art00006>. Acesso em: 19 jun. 2021.

DIOGO, Maria José D'Elboux; CEOLIM, Maria Filomena; CINTRA, Fernanda Aparecida. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Revista. escola Enfermagem. USP**. São Paulo, v.39, n.1, p. 97-102, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2021.

FALQUETO, Júnia; FARIAS, Josivania. **Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas**: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. 2016.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.388-394, fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2021.

GRATÃO, Aline Cristina Martins et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista escola Enfermagem. USP**. São Paulo, v.47, n.1, p.137-144, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 maio 2021.

HEMMI, Ana Paula Azevedo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; REZENDE, Mônica de. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, e 300321, Página 5 de 28, 2020.

LIRA Letycia Beatriz Souza de et al. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário. **Revista enfermagem, UFPE on line**, Recife, 12, n.9: p.2334-40, set., 2018

KALACHE, Alexandre. **VIII Fórum Internacional da Longevidade no Brasil**, 2020. Disponível em <https://ilcbrazil.org.br/wp-content/uploads/2021/09/forum-longevidade2020-6.pdf>. Acessado em 12/11/21.

MAHMUD, Ibrahim Clós et al. A multidisciplinaridade na visita domiciliar a idosos: o olhar da Enfermagem, Medicina e Psicologia. **Pajar - Pan American Journal Of Aging Research**, v. 6, n. 2, p.01-72, 21 dez. 2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/face/ojs/index.php/pajar/article/view/31630> Acesso: 30 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.5, n.7, p 01-12, abril 2013. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 28 maio 2022.

MOURA, Erly Catarina de et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 19, n. 02, pp. 429-438. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>. Acesso em: 7 mai., 2022.

PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de; BONAMIGOS, Andrea Wander. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, RJ, v. 42, n. especial 4, p. 187-197, dez 2018.

QUIRINO, Túlio Romério Lopes et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista SUSTINERI**, RJ, vol. 8, n. 1, p. 253 – 273, 2020.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. Experiências de atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: març., 2022.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.17, n.1. 2015. Disponível em: revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/download/2113/1403. Acesso em: 01 maio 2022.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva. Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. **E-revista Psicologia: ciência e profissão**; v.35, n.3, p:932-945, 2015.

SOUZA, Luís Paulo Souza et al. A saúde do homem e atenção primária à saúde: revisão Integrativa. Revista APS, jul./set.; 23 (3) 2020.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'Anna Ramos; POCRIFKA, Dagmar Heil; SIMONIAN, Michele. Etapas da análise de conteúdo complementadas por ciclos de codificação: possibilidades a partir do uso de software de análise qualitativa de dados. Universidade Federal do Paraná, Brasil. Atas **CIAIQ2016**, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/671/659>. Acesso em: 28 abril 2022.

YAMASHITA, Cintia Hitomi et al. Perfil sociodemográficos de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf. Acesso em: 10 julho 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista a ser aplicada pela autora:

1. Perfil dos pesquisados (idade, estado civil, profissão, escolaridade, renda familiar, doenças prevalentes);
2. O Senhor sabe o que é um ESF?
3. Sabe qual é a função do ESF?
4. Conhece as ações ou atividades desenvolvidas nesta ESF?
5. Conhece visitas domiciliares? Para que serve? O que é feito?
6. Quando precisa ir na ESF, porque procura a ESF? Encontra qual dificuldade? E facilidade?
7. Gosta do atendimento recebido pela equipe?
8. Sai satisfeito com o atendimento?
9. O senhor recebeu algum atendimento ou cuidado específico a saúde do homem? Se sim, qual?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Título Da Pesquisa: Visão de Homens idosos acerca do cuidado à saúde em uma Estratégia de saúde da família.

Objetivo: Identificar a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família.

Período da coleta de dados: 15/05/2022 a 30/05/2021

Tempo estimado para cada coleta: 40 minutos á 1 hora.

Local da coleta: Unidade básica de saúde do município de Criciúma

Pesquisador/Orientador: Neiva Junkes Hoepers - Telefone:(48)34312562

Pesquisador/Acadêmico: . Dionéia Bondan - Telefone (48)99889310

. 10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador (a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O presente estudo irá identificar a visão de homens idosos quanto o cuidado a saúde recebido em uma Estratégia Saúde da Família. Será solicitado a enfermeira da unidade básica de saúde do município de Criciúma, o número de 10 idosos com 61 a 70 anos. Onde será agendado dia, local e hora a pessoa da pesquisa para estar conversando, explicaremos a pesquisa e após a assinatura do TCLE, aplicaremos a entrevista com 10 perguntas, com média de 40 minutos a 1 hora para ser realizado tal entrevista, irá conter questões que responderão o objetivo da pesquisa.

RISCOS

Existe riscos mínimos na aplicação da entrevista, sendo segurados valores éticos recomendados pelo Resolução 466/2012 e 510/2016 da pesquisa com seres humanos. Firmando aos participantes o anonimato e sigilo referente as entrevistas, a explicação da pesquisa e concedendo o direito de desistir no mesmo em qualquer momento.

BENEFÍCIOS

Como benefícios, terá o propósito de refletir sobre os cuidados a saúde do homem Atenção primária em Saúde.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 itens IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, em como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma

e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Dionéia Bomdam, pelo telefone (48) 99889310 ou pelo e-mail: dioneiabondan@hotmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC. Bloco Administrativo– Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep. Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a) /Participante	Pesquisador (a) /Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome:	Nome:
<hr/> CPF: _____. _____. _____ - ____	<hr/> CPF: _____. _____. _____ - ____

Criciúma (SC),de maio de 2022

APÊNDICE C - CARTA DE ACEITE



Prefeitura de Criciúma
Poder Executivo
Secretaria Municipal de Saúde
Educação Permanente em Saúde e Humanização – EPS-SUS

De: Secretaria Municipal de Saúde – Comissão de Avaliação

Requerente: Dioneia Bondan

Assunto: Solicitação de Pesquisa na Saúde

Processo: 632476

Data: 28/02/2022

Vimos por meio deste, **deferir** a solicitação para realização da pesquisa intitulada: **“VISÃO DE HOMENS IDOSOS ACERCA DO CUIDADO À SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**. O deferimento está condicionado à ressalva de que, ao final da pesquisa, o resultado seja entregue à coordenação da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde.

O estudo está sob responsabilidade da Profª Msc. Neiva Junkes Hoepers e da acadêmica Dioneia Bondan, do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – durante o tempo de aplicação da pesquisa.

Os pesquisadores devem acordar antecipadamente com a Unidade de Saúde, na qual a pesquisa será aplicada. Cabe ressaltar que os pesquisadores devem realizar todas as medidas de segurança referente à pandemia do novo coronavírus. Além disso, devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética antes de iniciar a pesquisa.

Fica acordado que os pesquisadores podem ser convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde, em período oportuno.

Criciúma, 28 de fevereiro de 2022.

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
 Secretaria Municipal de Saúde
 Katiane Figueiredo
 Matrícula 16295
 Gerente do Centro de Saúde Rio Maina

Katiane Figueiredo
 Gerente Distrital Centro Rio Maina

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
 Secretaria Municipal de Saúde
 Deivid da Frenas Floriano

Secretaria Municipal de Saúde - Rua: Domênico Sônego, 542, Bairro Santa Bárbara – Paço Municipal – 88804-050