



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

ALLAIN PATRICK DA SILVA LIBONATI
MARCOS WILLIAM DO NASCIMENTO BARBOSA

SAÚDE DO HOMEM: dificuldades dos homens na adesão do programa Hiperdia

Belém/PA
2017

ALLAIN PATRICK DA SILVA LIBONATI
MARCOS WILLIAM DO NASCIMENTO BARBOSA

SAÚDE DO HOMEM: dificuldades dos homens na adesão do programa Hiperdia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Paraense de Ensino, como requisito avaliativo para obtenção de Grau de Enfermeiro sob a Orientação: Prof.^a MSc Mônica O. L. Sá de Souza.

Belém/PA
2017

ALLAIN PATRICK DA SILVA LIBONATI
MARCOS WILLIAM DO NASCIMENTO BARBOSA

SAÚDE DO HOMEM: dificuldades dos homens na adesão do programa Hiperdia

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade Paraense de
Ensino, como requisito avaliativo para
obtenção de Grau de Enfermeiro sob a
Orientação: Prof.^a MSc Mônica O. L. Sá de
Souza.

Banca Examinadora

Prof.^a MSc. Mônica O.L. Sá de Oliveira
Orientadora – Faculdade Paraense de Ensino

MSc. Karina Faine da Silva Freitas
Faculdade Paraense de Ensino

Espec. Amanda Conceição
Braga de Sousa Paiva

Apresentado em ____/____/____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado saúde e força para superar todas as dificuldades ao longo desse período acadêmico.

A minha orientadora *Prof.^a MsC. Mônica O.L. Sá de Souza*, pelo suporte em tão pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A universidade eu só posso demonstrar minha gratidão. Agradeço os recursos e apoio que sempre me ofereceu.

Aos professores e orientadoras eu deixo uma palavra de gratidão porque reconheço a paciência e o esforço incansável de todos sem exceção. (Obrigado).

É claro a minha família e amigos, foram eles que me incentivaram a fazer o curso, e sempre acreditaram na minha capacidade, e por não me deixarem desistir.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso eu agradeço de coração.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Meus *agradecimentos* aos amigos, companheiros de trabalhos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

Allain Patrick da Silva Libonati

AGRADECIMENTOS

Hoje não posso esquecer o papel que Deus teve ao longo do meu percurso. Agradeço a Deus por toda força, animo e coragem para alcançar esta grande meta na minha vida.

A universidade eu só posso demonstrar minha gratidão. Agradeço os recursos e apoio que sempre me ofereceu.

Aos professores e orientadores eu deixo uma palavra de gratidão porque reconheço a paciência e o esforço incansável de todos sem exceção. (obrigado).

É claro a minha família e amigos, principalmente a minha mãe Maria de Nazaré S. Nascimento. Foram eles que me incentivaram a fazer o curso, e sempre acreditaram na minha capacidade, e por não me deixarem desistir.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso eu agradeço de coração.

Marcos William do Nascimento Barbosa

RESUMO

O Hiperdia é uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários, fazendo com que a população masculina que não era priorizada entre as políticas públicas de saúde, passe a ser inserida devido à necessidade de uma maior atenção a população masculina, por tanto tornou-se uma das prioridades do governo nos últimos anos. **Objetivo:** Conhecer as dificuldades dos usuários, referente à assistência relacionada ao Programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ananindeua – PA. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa de campo de caráter exploratória. **Resultados:** Mostraram que os pesquisadores não sentem dificuldades ao acesso das consultas do programa Hiperdia, embora ficou evidenciado, que a maioria não são assíduos as consultas por falta de estímulo ou até mesmo por falta de informação referente a importância ao tratamento da doença hipertensão e diabetes. Portanto fica claro que deveria haver um maior investimento por parte da unidade de saúde em estudo, em ações voltadas para a saúde do homem e palestras.

Palavra-chave: Hiperdia; Prevenção; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Hiperdia is an essential tool to instrumentalize the practice of attending to the users, making the male population that was not prioritized among the public health policies, to be inserted due to the need of a greater attention to the male population, therefore it became has been one of the government's priorities in recent years. **Objective:** To know the users' difficulties related to the assistance related to the Hiperdia Program in a Basic Health Unit in the city of Ananindeua - PA. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative exploratory field approach. **Results:** They showed that the researchers do not feel difficulties to access the consultations of the Hyperdia program, although it was evidenced, that most are not assiduous consultations due to lack of stimulation or even lack of information regarding the importance of treating the disease hypertension and diabetes . Therefore it is clear that there should be a greater investment by the health unit under study, in actions directed to the health of men and lectures.

Keywords: Prevention; Men's Health; Hyperdia.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAN	Plano de Ação Nacional
PNAISH	Programa Nacional Integração Social de Saúde do Homem
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 SOBRE O TEMA	11
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETIVO DE ESTUDO	12
1.3 JUSTIFICATIVA	14
1.4 QUESTÃO NORTEADORA	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEORICO	16
3.1 SAÚDE DO HOMEM: UM BREVE HISTÓRICO	16
3.2 A RELAÇÃO HOMEM-SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO HOMEM	17
3.3 ESTRATÉGIA PÚBLICA VOLTADA À SAÚDE DO HOMEM	18
3.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.....	19
3.5 PROGRAMA HIPERDIA.....	21
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA	24
4.3 SUJEITO DA PESQUISA.....	24
4.4 TÉCNICA DE REGISTRO DE DADOS	25
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	25
4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
4.8 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS	26
4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÃO	37
REFERENCIAS	39
APÊNDICE	44
APENDICE A - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR	45
APENDICE B - SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO CIENTIFICA	46
APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	47

APENDICE D – QUESTIONÁRIO.....	48
ANEXOS	50
ANEXO I – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	51
ANEXO II – SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO CIENTÍFICA.....	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 SOBRE O TEMA

Anteriormente a saúde do homem não era priorizada entre as políticas públicas de saúde, mas devido a necessidade de uma maior atenção voltada a população masculina, tornou-se a ser uma das prioridades do governo nos últimos anos. Pensando nisto, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem, com a finalidade de atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais (BRASIL, 2008).

A partir dos anos 90, a temática passou a ser abordada de uma forma mais cuidadosa, passando a ser refletida, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem é sobretudo, a significação do masculino para buscar uma saúde mais integral do homem (JULIÃO, 2011).

A concepção de saúde tem como premissa uma melhor condição, não apenas com a ausência de doença. Na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, diz que, a saúde é um direito de todos e dever do estado, que se garante mediante políticas sociais e econômicas, a redução de doenças e outros agravos e a equidade às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MAGALHÃES, 2011).

Há mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem garantindo acesso a toda a população brasileira e apresentando como porta de entrada do sistema a unidade básica de saúde, por estar próxima das pessoas e da comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma realidade bem-sucedida, onde foram implantadas equipes por todo o território brasileiro, tendo como objetivo principal a prevenção da doença a promoção da saúde, através de profissionais cuja formação e desempenho sejam, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (JULIÃO, 2011).

O Brasil está na frente das ações voltadas para a saúde do homem, que se classifica como o primeiro da América Latina e o segundo do Continente Americano a programar uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Essa política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, que

foi lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover um novo padrão de desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro (GIOVANELLA, 1991).

A política voltada para atenção integral a saúde do homem é regida pelos seguintes princípios: universalidade e equidade nas ações e serviços, humanização e qualificação na obtenção à saúde garantindo a promoção e a proteção dos seus direitos, com responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população, orientação voltada ao público masculino, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e a recuperação dos agravos das enfermidades masculinas (BRASIL, 2009).

As diretrizes são voltadas para a integralidade, organização dos serviços públicos de saúde, fazendo com que o homem sinta-se acolhido e integrado no processo de implementação hierarquizada da política com foco na Estratégia de Saúde da Família. (JULIÃO,2011).

Uma situação preocupante para o governo brasileiro, é o alto índice de morbimortalidade entre a população masculina em relação à feminina durante os ciclos (BRASIL,2008).

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETO DE ESTUDO

Segundo as pesquisas de Schwarz (2012),

A população brasileira em 2010 foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, dos quais 49,0% era do sexo masculino. Desses, 56,0% estavam na faixa entre 20 e 59 anos, e a distribuição por região, em ordem crescente, é: Centro-Oeste (7,6%), Norte (7,9%), Sul (14,8%), Nordeste (26,2%, com destaque para a Bahia, com quase 3,7 milhões de homens) e Sudeste (43,5%) da população nessa faixa de idade, com destaque para o Estado de São Paulo, com quase 12 milhões” (SCHWARZ,2012).

Os fatores de alto riscos, os quais são os maiores determinantes para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, estão relacionados ao sedentarismo e baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consumo de gorduras saturadas, e de refrigerantes, baixo consumo de feijão, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes

seguidos por excesso de peso. A diabetes é prevalente 14,6 vezes maior entre homens de 50 a 59 anos de idade, quando comparados aos mais jovens. (SCHWARZ,2012).

É importante a estimulação de adoção de práticas quanto a participação dos homens na atenção básica, para que sejam desenvolvidas e priorizadas nas próprias unidades básicas de saúde, e em ações junto à comunidade da área adstrita e desenvolvidas por meio de estratégias que consigam inserir essa população nas demais ações, entretanto, o que tem dificultado o andamento da estratégia é justamente a ausência do homem. (MEDEIROS,2013).

Em um levantamento realizado em uma UBS, Chavez (2014) aponta alguns fatores de fragilidade do serviço, os quais devem ser aperfeiçoados, afim de oferecer um melhor atendimento de saúde a população atendida. Dentre eles, cita-se:

- Ao alto índice de doenças crônicas não transmissíveis;
- A ausência de abordagem da questão sexual;
- A ausência de planejamento familiar;
- A espera superior a 120 dias nos agendamentos das especialidades;
- A baixa contra referência;
- A ausência de um horário para atendimento para os homens que trabalhem durante o horário de atendimento convencional.

O tempo perdido em filas de espera e o horário de funcionamento estabelecido pelo sistema de atenção básica de saúde, são considerados obstáculos importantes no acesso e na acessibilidade a esse tipo de serviço. Nesse caso, o usuário tem dificuldade em faltar as suas atividades temendo ser prejudicado por essa eventual ausência no posto de trabalho. (SCHEUER, 2012)

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo de estudo conhecer as dificuldades que o homem encontra na assistência do programa Hiperdia. Diante do exposto surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as dificuldades encontradas pelos usuários matriculados no programa Hiperdia?

1.3 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema para o desenvolvimento deste estudo originou-se após leituras sobre o assunto em disciplinas do curso de graduação em enfermagem da FAPEN e no entendimento das pesquisas sobre a importância dos profissionais da saúde estarem esclarecidos e preparados para atender esta demanda nos seus serviços de saúde, assim como as expectativas em relação à implementação desta política.

Estudos revelam que o homem está mais vulnerável a hipertensão e diabetes, e praticamente se tornam ausente quando falamos em assistências as suas necessidades específicas como também o direito acesso aos serviços de UBS (BRASIL, 2008).

Por se tratar de um assunto pouco debatido na academia, e por ter uma grande relevância no cenário nacional da saúde, decidimos junto com a nossa orientadora do trabalho, nos aprofundar sobre o tema Saúde do Homem, e suas dificuldades encontradas na assistência do programa Hiperdia.

Contudo, o tema em debate será relevante, pois, irá contribuir para que os usuários e os profissionais da enfermagem possam obter um melhor conhecimento da questão de estudo, assim como, poderá incitar de forma científica na pesquisa para grupos de estudos acadêmicos e para a sociedade.

1.4 QUESTÃO NORTEADORA

Os usuários do gênero masculino são assíduos às consultas regulares de Hiperdia?

Quais as dificuldades que os homens encontram em não realizar consultas no programa Hiperdia?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as dificuldades dos homens matriculados no Programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Ananindeua – PA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os fatores de riscos que levam os homens a aderir ao programa Hiperdia;
- Identificar as possíveis dificuldades encontradas pelos homens quanto ao comparecimento às consultas do Programa HIPERDIA;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SAÚDE DO HOMEM UM BREVE HISTÓRICO

Em 1970, a temática “homem e saúde”, foi um marco para os estudos norte-americanos, pois traduziam um pensamento rodeado pela teoria e política feminista, pressupondo que masculinidade tradicional produzia deficiência de saúde. Já em 1980, esse modelo de conceito toma outras formas de pensamento, mudando também a terminologia de “estudos dos homens” para “estudos de masculinidade”. no final dos anos 80 surgem os estudos sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, o qual apontava maior índice de mortalidade masculina em todas as idades e também, apesar disso, o predomínio de adoecimento feminino. (SABO, 2000)

Em 1990, os estudos sobre homens e saúde são articulados nos gêneros, cor, etnia, orientação sexual, religião, entre outros. (LAURENTI, 2005).

Posteriormente, esse tema passou a ser abordado dentro de uma perspectiva diferente. Passou-se a discutir, entre outras coisas, a singularidade do “saudável” e do “doente” entre segmentos masculinos. Isso veio trazendo um novo significado do masculino para buscar-se uma saúde de forma integral ao homem. (SCHRAIBER, 2005).

Em Março 2007, o Ministério da Saúde sugeriu a implantação de uma “política nacional para a assistência à saúde do homem”. Em março de 2008, foi criada, dentro do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem nesse departamento, a população masculina passou a ter um lugar ao lado de ações de saúde antes voltadas somente às mulheres, idosos, crianças e adolescentes. Desse modo, mais tarde, no lançamento da Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, o Brasil se tornou o segundo país da América a ter um setor para a saúde do homem, estando atrás Canadá. Nesse sentido, considera-se como um importante momento a percepção e a preocupação no processo que gira em torno da medicalização do corpo masculino, tendo em vista a formulação de políticas públicas direcionadas à população masculina. (PEREIRA, 2008)

3.2 A RELAÇÃO HOMENS - SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do auto cuidado e a valorização do corpo, no sentido da saúde como questões sociais do homem. (Schraiber et al. 2005)

O homem é visto como invulnerável, forte e viril, sendo essas características abaladas pela procura dos serviços de saúde o que demonstra sinais de fraqueza, medo e insegurança. Essa pouca demanda masculina na atenção primária contribui para que os homens desenvolvam patologias passíveis de prevenção e tratamento eficiente quando diagnosticadas precocemente, porém com o diagnóstico tardio têm mal prognóstico Couternay, (2005) apud GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO (2007), Gomes, et al. (2007).

Em relação à assistência, às representações de saúde-adoecimento e cuidado, alguns estudos qualitativos identificam barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde. Para Valdés e Olavarría (1998) e Gomes e Nascimento (2006), as dificuldades dos homens está relacionado com a estrutura de identidade de gênero, a qual dificultaria a verbalização de suas necessidades de saúde no contexto da assistência.

Estudos realizados recentemente sobre as percepções dos homens e os serviços de atenção primária de saúde, apontam que estes se destinam às pessoas idosas, às mulheres e às crianças, sendo considerados pelos homens como um espaço feminizado, o que lhes provocaria a sensação de não pertencer àquele espaço (FIGUEIREDO, 2008).

Na APS voltada para os homens, não existem programas específicos que os beneficiam, estando eles inseridos em meio a outros programas, como os voltados para a atenção de idosos, hipertensos e diabéticos. Fazendo com que dificulte a aproximação dos homens com os serviços básicos de saúde, uma vez que percebem que este espaço não lhes pertence (GOMES, et al,2017).

É evidente que ainda nos dias de hoje, programas voltados para a saúde do homem são insuficientes, dificultando alcançar o homem com ações de prevenção e promoção à sua saúde, principalmente culturais, por ser considerado um desafio. Alguns estudiosos apontam que a organização e a rotina dos serviços influenciam de maneira relevante na inserção do homem nos serviços, uma vez que sua presença é

ainda muito tímida, sobretudo no que se refere, à consulta de enfermagem, e aos grupos educativos (BRASIL, 2008, P. 37).

3.3 ESTRATÉGIAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DO HOMEM

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, é o resultado da luta do movimento de reforma sanitária pela redemocratização do País. O Ministério da Saúde formulou o documento da PNAISH, instituída por Portaria que estabelece princípios, diretrizes, objetivos, responsabilidades institucionais dos federados e avaliação e monitoramento da implementação da política (SCHWARZ, 2012).

A análise desse documento aponta para uma construção alicerçada em duas bases: um panorama epidemiológico pontuando questões relativas aos padrões de morbimortalidade masculina; e uma metodologia documental na qual se explicitam os passos constitutivos e os autores envolvidos ao longo do processo (COLETO, 2012).

Em relação ao panorama epidemiológico, destacam-se os principais agravos relacionados à morbimortalidade masculina, bem como os determinantes socioculturais, ambientais e as barreiras institucionais que influenciam a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde pública (DE ANDRADE, 2013).

Quanto aos princípios, o texto legal se fundamenta naqueles de universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e humanização em saúde. As diretrizes destacam a priorização da atenção básica com foco em ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, a responsabilização dos três níveis de gestão e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada (SCHWARZ, 2012).

Os objetivos da PNAISH são voltados para a qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado, resguardando a integralidade da atenção, com respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde (ALVES, 2016).

As responsabilidades institucionais foram definidas em acordo com as três esferas de gestão do SUS: a União, Estados e municípios (DE SOUZA, 2002).

Os processos de avaliação e monitoramento da PNAISH foram construídos para atender seus princípios e diretrizes, verificar a melhoria da saúde da população masculina.

O Plano de Ação Nacional (PAN) é um desdobramento da PNAISH para sua operacionalização por gestores estaduais e municipais, visando desenvolver estratégias e ações a serem oferecidas à população masculina (SCHWARZ, 2012).

O PAN especifica nove eixos: implantação da PNAISH; promoção de saúde com o foco na elaboração de estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; informação e comunicação, visando sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de informação, educação e comunicação; participação; implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolubilidade dos serviços de saúde; qualificação de profissionais da saúde com vistas ao desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS; avaliação de insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina (SCHWARZ, 2012).

As portarias do Ministério da Saúde, publicadas entre 2009 e 2011, respondem aos trâmites institucionais visando orientar a implementação da PNAISH nas 27 Unidades Federadas e em 132 municípios (Portaria nº 3.209/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, Portaria nº 1.008/GM/MS, de 3 de maio de 2010, e Portaria nº 2.708/GM/MS, de 17 de novembro de 2011). Essas portarias basicamente se propõem a viabilizar, em termos financeiros, as ações dos Estados e municípios voltadas à saúde do homem.

3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Segundo Boff (2002, P.30), “cuidar é mais que um ato é uma atitude”. Portanto o ato de cuidar abrange muito mais, que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

A enfermagem vem conquistando várias áreas no âmbito da saúde com o passar dos dias, dentro e fora do Brasil. Tem assumido um importante papel nas necessidades de saúde da população, atuando na promoção, proteção dos indivíduos,

abrangendo todas as áreas. O cuidado de enfermagem é de extrema importância dentro do sistema de saúde da localidade, onde suas ações são refletidas nas regiões e também nacionalmente, sendo motivo para debates e novos significados (BACKES et al., 2012).

Backes et al (2012), ressalva que a enfermagem, pode ser definida como a ciência do cuidado integral, baseado na assistência e na elaboração de práticas de cuidado, com finalidade de promoção e proteção da saúde do indivíduo, das famílias e também da população. O cuidado é tido como uma prática que possui muitas habilidades, por poder ser inserida em diversos meios de atuação em diferentes setores e contextos sociais.

O enfermeiro é um profissional fundamental no sistema de saúde, destaca-se dentre outros profissionais, por desenvolver ações que vão interagir e integrar o cuidado, fazendo com que suas ações repercutam cada vez mais na educação na saúde, no que se refere aos planos traçados para a comunidade e suas famílias. O papel do enfermeiro é notado pela capacidade de entender o indivíduo de maneira geral. Conseguir captar as necessidades dos indivíduos, compreendendo as diferenças sociais e promovendo a interação entre o usuário e a equipe, aproximando, identificando e procurando criar vínculo com o usuário, independentemente de suas condições financeiras, sua cultura, procurando fazer com que haja sucesso nas intervenções na saúde dos indivíduos. (BACKES et al. 2012).

A integralidade da atenção à saúde é definida como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por várias políticas que são capazes de orientar a aplicação de ações que atendam às demandas e os problemas enfrentados pela população nos diversos níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo de saúde doença e nas distintas dimensões do cuidado (SILVA; SENA, 2008).

O enfermeiro tem um papel essencial na saúde, como precaver e minimizar doenças que podem vir a atingir a saúde da população, juntamente com o amparo da promoção, prevenção e restauração da saúde, por meio de consultas de enfermagem. Na consulta de enfermagem o homem pode expressar suas queixas, tirar suas dúvidas e resolver suas dificuldades. Assim, o profissional pode falar com outros âmbitos ou profissionais, sendo as interferências com foco educacional. O enfermeiro deve estar consciente de que a resolução dos problemas de saúde vai depender da complexidade e da gravidade da doença, da fase do desenvolvimento em que está e

das estruturas à disposição para atender às necessidades do paciente para que ele recupere a estabilização (FELICIANO; et al, 2010).

O enfermeiro tem um papel fundamental na arte do cuidar, pois, através de suas práticas tem a capacidade de planejar e criar programas que orientem a comunidade, visando à promoção da saúde. Com isso, contribui de forma efetiva no bem estar das famílias. Tem a capacidade de enxergar o homem como um todo, não somente como doente, e mostrar para este homem que ele pode modificar seu processo saúde-doença. O enfermeiro deve procurar uma relação mais próxima com o usuário, independentemente das condições sociais, culturais e econômicas, de modo que consiga conhecer as verdadeiras necessidades da população (BACKES et al., 2012).

Ao retratarmos a saúde do homem, o enfermeiro tem papel fundamental na educação das práticas do autocuidado, as quais são desvalorizadas pelo homem no serviço de saúde. Neto et al (2013)

Não são poucos os desafios que o profissional da enfermagem tem que superar, quando se discute a prática da assistência à saúde voltada para o homem. As instituições devem pensar sobre importância de inserir o cuidado em sua gestão e nos processos de trabalhos, a fim de superar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais assistenciais, como: a desvalorização profissional, a falta de motivação, a carga pesada de trabalho, o convívio com o sofrimento, as atribuições demasiadas, pois se torna difícil oferecer um auxílio de qualidade, quando a instituição não proporciona condições aos seus funcionários (SCHRAIBER et al., 2010).

As deficiências que existem na formação profissional do enfermeiro são muitas, mas sabemos de sua habilidade e capacidade de entender, visualizar e solucionar tal problema, nas limitações existentes na estrutura física, tornam-se um empecilho nas ações que são direcionadas à população masculina. Cada vez se torna mais difícil e distante de se estabelecer um vínculo entre homem e saúde no Brasil (SILVA et al., 2012).

3.5 O PROGRAMA HIPERDIA

Para uma melhor organização e controle da assistência às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao

Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia), que constitui um sistema de cadastro de modo a permitir o monitoramento e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada (SIMÃO , 2007; FILHA, 2016).

O Hiperdia consiste em uma ferramenta essencial para monitorar a prática de atendimento aos usuários hipertensos/e ou diabéticos, tendo também a finalidade de gerar informações que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças (SOUZA, 2014)

Tendo por função cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos a fim de se ter o controle das doenças e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes, que são cadastrados no Programa e passam a ser acompanhados pela equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade individual de cada um. A linha de cuidado do Programa conta com os seguintes atendimentos: Atendimento médico; Atendimento de enfermagem; Assistência Fisioterápica; Assistência Odontológica; Acompanhamento Nutricional; Avaliação Oftalmológica; Atividade Física; Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2017).

Na ESF o atendimento ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, onde cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e recuperação da saúde. No caso da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários (ROSA, 2005; BRASIL, 2002).

O papel da equipe de saúde da família é fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Para tanto, cabe-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, facilitando que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (FILHA, 2016).

As complicações decorrentes da HAS e DM, devem ser esquecidas ao máximo, para que a dependência, especialmente a física, e as incapacidades manifestadas não venham a comprometer excessivamente as atividades de vida diária dos acometidos por essas doenças. Deste modo, é preciso encontrar estratégias que maximizem o envolvimento das pessoas com as mudanças de hábitos necessárias a uma vida saudável (OLIVEIRA, 2011)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para a realização desse presente conhecimento, foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa de campo de caráter exploratória. Minayo (2012) descreve que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa nas ciências Sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Ananindeua-PA. A Unidade atende especialidades e programas do Ministério da Saúde (MS) como Pré natal, vacinação, TB, Planejamento familiar, hanseníase e Hipertensão. Optou-se pela Hipertensão porque é um fator preocupante na saúde pública, onde a população está sendo acometida, principalmente pessoas a partir dos 30 anos de idade, alguns dos fatores de risco são, maus hábitos alimentares e ambientais.

Ananindeua é originária de ribeirinhos e começou a ser povoada a partir da antiga Estrada de Ferro de Bragança. Referências históricas datadas de meados do século XIX permitem identificar traços da fundação do Município de Ananindeua que guardam relação com o estabelecimento de uma parada e/ou estação da Estrada de Ferro de Bragança no local onde se encontra instalada a sua sede municipal. O Município possui 14 ilhas de natureza quase intocada que serve como um verdadeiro centro de reprodução de toda diversidade biológica da floresta Amazônica. As ilhas de Ananindeua são quase todas habitadas (SIROTHEAU, 2012).

4.3 SUJEITO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com usuários do sexo masculino matriculados no programa Hipertensão da unidade de saúde em estudo. Houve uma abordagem a 40 usuários sendo que no total 15 aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE.

4.4 TÉCNICA DE REGISTRO DE DADOS

Para o registro dos dados foi realizada uma entrevista com 15 usuários, sendo essa entrevista semiestruturada em um roteiro com 6 (seis) categorias. Cada entrevista foi individual para cada participante, para ele se sentir mais confortável.

A coleta de dados foi realizada no mês de Setembro de 2017, com a aplicação de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, cujo instrumento foi elaborado pelos autores da pesquisa. Ressalta-se que todos os indivíduos que participaram deste estudo ficaram cientes dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

A entrada no campo da pesquisa, após a localização dos participantes do estudo, deu-se através de uma consulta prévia aos selecionados, após este contato foi feito o convite para participarem do estudo. Nesse momento, foram expostos os objetivos do estudo, foi feita a leitura do TCLE, informando-os sobre a necessidade de respostas francas ao perguntado. Foram orientados em relação à garantia do anonimato por meio da codificação com pseudônimo utilizado para cada participante, ao qual nesse momento, obteve-se as assinaturas das participantes da pesquisa e do pesquisador, que constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do participante. A partir dessa etapa foi realizado o preenchimento do roteiro, (Apêndice D).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A pré-análise: é a fase de organização. Tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais. Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos a análise, formulação das hipótese e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem à interpretação final.

Os dados específicos dos sujeitos foram classificados e analisados após entrevista com os usuários. Para pesquisa qualitativa foi construído um quadro para melhor compreensão dos resultados. Nos resultados qualitativos as respostas foram transcritas no Microsoft Word 2010.

Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, foi utilizado um pseudônimo para cada participante, P “paciente” para identificação de cada usuário.

Foi escolhida a Análise Temática na intenção de buscar o significado das mensagens dos depoentes (ou núcleos de sentido), contextualizando-as. Segundo Minayo (2012), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Homens, matriculados na Unidade de saúde a partir de 6 meses de adesão as consultas, e que estejam com a faixa etária de 30 a 60 anos de idade. Optou-se pela faixa etária por motivo que as doenças crônicas hipertensivas e a diabetes são mais propensas em pacientes com esta idade, ou seja esta faixa etária é mais acometida.

Esse fato é comprovado em estudos epidemiológicos, como o de Monteiro et al. (2005), em que a maior prevalência da doença ocorreu em pessoas mais velhas; o que também foi observado pelo presente estudo, estando a maioria na faixa etária de 30 a 60 anos.

4.7 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Homens, com a faixa etária inferior a 30 anos e que não estejam matriculados na Unidade de saúde a qual a pesquisa foi realizada.

4.8 CRITÉRIOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi iniciada, após analisar as diretrizes da 466/2012, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Utilizou-se também a declaração de aceite da pesquisa junto à instituição de ensino onde foi realizada a pesquisa, a qual foi assinada pelo diretor Michael Marques, a fim de oficializar junto a este a realização da pesquisa de acordo com a referida resolução do Conselho Nacional de Saúde que determina a autenticidade da pesquisa, que implica em consentimento livre e esclarecido, ponderação entre riscos e benefícios, garantia de que danos previsíveis serão evitados, relevância social e vantagens significativas para os sujeitos da

pesquisa. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial e assegurados com sigilo profissional.

A folha de rosto da Plataforma Brasil encontra-se no Anexo A.

4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS

Essa pesquisa oferecerá riscos mínimos em relação à exposição dos participantes. Em todos os registros existe um código que substituirá o nome do participante. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. As práticas serão minimizadas com informações e/ou orientações adequadas durante todo o procedimento, cuja avaliação será feita de forma individual. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de estudo científicos. Os dados também poderão ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, a identidade do entrevistado não será revelada em qualquer circunstância. Os participantes poderiam retirar-se a qualquer momento. Os benefícios para a sociedade serão os esclarecimentos de forma sucinta e objetiva sobre o tema abordado, oferecendo assim, possibilidade de gerar conhecimento a população sem afetar o bem-estar social.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, que possibilitou organizar o conjunto das falas emitidas pelos enfermeiros que atuam na unidade aqui proposta durante as entrevistas e descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência podem revelar aspectos significativos sobre as dificuldades dos usuários referente à assistência relacionada ao Programa Hiperdia.

Perfil dos Entrevistados

Participaram da pesquisa 15 usuários matriculados no programa Hiperdia, a pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2017. Para a identificação dos participantes da pesquisa foi usado um pseudônimo “P” de participante seguido de um número. Evidenciamos as respostas dos profissionais da Unidade de Saúde por categoria.

Quadro 1 - Perfil sócio econômico dos usuários do programa Hiperdia

Código	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Renda familiar
P1	41	Casado	Ensino médio incompleto	1 salário mínimo
P2	60	Solteiro	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P3	60	Casado	Ensino médio incompleto	1 salário mínimo
P4	60	União estável	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P5	42	União estável	Ensino fundamental completo	1 salário mínimo
P6	53	União estável	Ensino fundamental completo	1 salário mínimo
P7	52	Casado	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P8	55	Casado	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P9	59	Casado	Ensino médio completo	1½salário mínimo
P10	60	Casado	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P11	60	Casado	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P12	60	União estável	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P13	60	Casado	Ensino fundamental incompleto	2 salários mínimo
P14	60	Casado	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo
P15	60	Casado	Ensino fundamental incompleto	1 salário mínimo

Fonte: coleta de dados da pesquisa, 2017.

Os 15 usuários que foram entrevistados, todos do gênero masculino, analisando idade, estado civil, grau de instrução e renda. Os resultados assemelham-

se a outros estudos, que objetivaram avaliar o conhecimento dos usuários do programa Hiperdia sobre suas patologias. Os achados em relação ao estado civil são relevantes, pois, ter um companheiro é um fator positivo aos doentes crônicos, ressalta-se que a presença do companheiro representa alguém a quem se pode dividir cuidados e angústias inerentes ao dia-a-dia de todo ser humano (COTTA, 2008; TRAVAGIM, 2009; FARIA, 2014).

Em estudo realizado por Salvato (2010) a renda familiar dos pacientes também foi analisada e os resultados apresentados mostraram que 18% dos pacientes possuíam renda familiar menor que um salário mínimo e 54% declararam renda familiar de um a dois salários mínimos. A elevada porcentagem da baixa renda familiar pode ser justificada também por uma elevada taxa de pacientes com baixo nível de escolaridade (Quadro I).

A dieta e a renda familiar são fatores complicadores no tratamento do diabetes e estão relacionados entre si, visto que uma maior renda familiar facilitaria o acesso a uma alimentação de melhor qualidade (PACE, 2003; LADE, 2016).

Quadro 2 - Tempo de Matrícula na unidade e acompanhamento no programa Hiperdia.

CATEGORIA 1	
Tempo de Matrícula na unidade e acompanhamento no programa Hiperdia.	
P1	<i>“3 meses”</i>
P2	<i>“8 anos</i>
P3	<i>“Já há mais de 15 anos, quando eu descobri eu estava trabalhando”</i>
P4	<i>“Tem mais de 10 anos”</i>
P5	<i>“Acho que 6 anos</i>
P6	<i>“7 anos”</i>
P7	<i>“Acho que mais ou menos 12 anos”</i>
P8	<i>“Acho que mais ou menos 17 anos, foi logo quando eu passei mal no trabalho e me levaram pro hospital e lá viram que é pressão alta e me mandaram ir no posto de saúde perto de casa, daí eu foi e fiquei fazendo tratamento”</i>
P10	<i>“Acho que já mais de 22 anos, foi logo quando eu tava trabalhando, sentir uma dor enjoada na nuca fui pro pronto socorro da foi lá que me falaram para mim procurar o médico do posto que dai de novo tiraram a minha pressão e tava alta de novo.</i>
P11	<i>“Sim sou matriculado há mais de 10 anos.</i>
P12	<i>“Sou matriculado a mais de 20 anos no posto”</i>

P14	<i>“Sim sou matriculado a mais de 10 anos. Sou hipertenso a mais de 12 anos tô ai na batalha né.”</i>
P15	<i>” Eu sou velho nesse posto, sou matriculado a mais de 15 anos”</i>

Fonte: Da Pesquisa

Foi verificado que todos os entrevistados são matriculados no programa hiperdia e que o número daqueles com a comorbidade HA e DM também é elevado. Essa associação é bastante comum; estudos demonstram um risco 2,5 vezes maior de DM em usuários hipertensos. A HA com DM aumenta o risco de morte em 7,2 vezes, principalmente por causas cardiovasculares (LESSA et al., 2006; FILGUEIRAS DE ARAÚJO, 2016).

A maioria dos entrevistados tem a(s) doença(s) há menos de onze anos, o que pode explicar todos estarem matriculados e ativos no programa Hiperdia (Quadro II).

Segundo Dutra, (2017), a adesão ao tratamento da hipertensão é de extrema importância pois emerge como uma extensão do comportamento do indivíduo no sentido de se utilizar o medicamento de forma adequada, seguir uma dieta balanceada, realizar mudanças no estilo de vida, comparecer em consultas 4 médicas e de enfermagem, seguir orientações em saúde dadas pelos profissionais envolvidos no cuidado (SOARES, 2014).

Quadro 3 – Profissionais que acompanham o programa Hiperdia

CATEGORIA 2	
Profissionais que acompanham o programa Hiperdia	
P1	<i>“Agora atualmente “to” indo só com a enfermeira, o Dr. pediu demissão e a gente fica esperando vir outro médico”</i>
P2	<i>“No momento só com a enfermeira, o Dr. Nunca mais eu vi ele por ai “</i>
P3	<i>“A Dra. e o Dr. e mais as meninas “ACS” que vem aqui em casa, quando eles não vem aqui eu vou lá”</i>
P4	<i>“O Dr. e a enfermeira”</i>
P6	<i>“Tem duas enfermeiras e o Dr”</i>
P11	<i>“Não sei, vem uma doutora aqui e “tira” a pressão. Só fala que “tá” alta e fala pra eu pegar remédio no posto”.</i>

Fonte: Da Pesquisa

De acordo com as atribuições específicas para os profissionais da unidade básica, os enfermeiros representam o elo entre o usuário, a comunidade e a equipe,

de forma a encorajar a participação ativa do hipertenso e/ou diabético, ajudando-o a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006; FILHA, 2016)

O enfermeiro e o médico foram apontados como os profissionais que acompanharam os usuários dentro do programa Hiperdia (Quadro III). Embora o médico tenha a orientação como uma de suas competências, no processo de trabalho na Atenção Básica é o enfermeiro que permanece em contato mais próximo e frequente com a população adscrita. Assim, pode-se inferir que o vínculo constitui aspecto primordial na promoção da saúde e se estabelece de forma mais efetiva com o enfermeiro.

Vale destacar que o enfermeiro e os demais profissionais da unidade básica de saúde precisam atentar para os protocolos do Hiperdia, no sentido de implementar atividades que estimulem os hipertensos e/ou diabéticos à prática de ações educativas em prol da melhoria de condições de vida e saúde. Além disso, é necessário que os profissionais se norteiem pelos preceitos de humanização e holismo e voltem-se para um cuidado individualizado, buscando satisfazer as necessidades dos usuários e não seguindo o tradicional modelo biomédico (COSTA, 2008; FREITAS, 2015).

Assim, é preciso sensibilizar-se para as demandas dos usuários, escutá-los e atender às suas solicitações, garantindo a integralidade e a qualidade atenção (COSTA, 2008; DE OLIVEIRA, 2015).

Quadro 4 - Assiduidade nas consultas no programa Hiperdia

CATEGORIA 3	
Assiduidade nas consultas no programa Hiperdia	
P1	<i>“Nunca fui, só me matriculei e pronto”</i>
P2	<i>“Não, olha vocês vem aqui e não fazem “p” nenhuma, perdi meus dedos porque toda vez que eu vou lá, não tem médico daí eu fico sofrendo nessa “P”, por isso que eu até parei de ir lá, vem a Dra. aqui em só faz me olhar e vai embora”</i>
P3	<i>“Toda vez eu vou sim, porque tem que pegar remédio todo mês”</i>
P4	<i>“Não tenho ido não”</i>
P5	<i>“Sim, toda vez eu vou verificar a pressão e a diabete”</i>
P6	<i>“Sempre vou no posto”</i>
P7	<i>“Sim sempre que dá eu vou, se eu não for eu dou um jeito de remarcar”</i>
P8	<i>“Sim, vou todas as consultas”</i>
P10	<i>“Sim, Nos finais de mês, eu vou pegar as receitas e peço logo pro Dr. Brasil uns exames de sangue pra saber se tá tudo bem”</i>
P15	<i>“Sim, saúde não se brinca, mando minha mulher marcar a consulta quando preciso”</i>

Fonte: Da Pesquisa

No que diz respeito à assiduidade nas consultas regulares dos usuários no programa Hiperdia como mostra a categoria 3, apenas três (3) usuários afirmaram não ter participação ativa e participam esporadicamente, já sete (7) usuários disseram ser assíduos as consultas, e seguem o tratamento conforme o que os profissionais recomendam nas consultas (Quadro IV).

Segundo dados da literatura, a principal causa da falta de controle da hipertensão arterial consiste na “não aderência ao tratamento”, entendida, aqui, numa primeira abordagem, como o não-seguimento à orientação médica e/ou o não-comparecimento às consultas por parte do paciente (NOGUEIRA, 2014).

Segundo Ramos (2008), o abandono seria considerado em presença da não adesão ao tratamento e às consultas.

Barbosa (2017) afirma que a HAS como também o diabetes são doenças comuns na população adulta, de longo curso assintomático e que apresentam problemas semelhantes no que diz respeito à adesão, pois são doenças cujo tratamento será por toda a existência.

Quadro 5 - Desafios e Dificuldades

CATEGORIA 4 Desafios e Dificuldades	
P1	<i>“Não, não”</i>
P3	<i>“Não, saio por aqui e vou lá devagarinho”</i>
P7	<i>“Não, não encontrei dificuldade</i>
P9	<i>“Não, sempre vou de carro, tenho o meu carro , meu filho tem carro”</i>
P11	<i>“Sim, eu vou ai no posto e demora para atender”</i>

Fonte: Da Pesquisa

Quando perguntamos se existem desafios e dificuldades para o acesso a adesão aos serviços de saúde do homem, quatro (4) dos pesquisados responderam que não, apenas um (1) respondeu que sim e um (1) pesquisador não informou nem sim e nem não conforme o quadro V.

Uma questão alegada pelo sexo masculino em relação a não procura pelos serviços de saúde está ligada a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, em virtude do tempo perdido nas filas para marcar a consulta o que muitas vezes ocasiona a perda de um dia inteiro de trabalho, sem contar o fato de às vezes suas questões não são resolvidas em uma única consulta (GOMES, 2011; SILVA, 2013).

Quadro 6 - Fatores de Risco

CATEGORIA 5 Fatores de Risco	
P1	<i>“Não, não sei”</i>
P4	<i>“Não, sei não, mais antes eu “trabaiava” no ver-o-pesotinha uma banca lá, hoje eu passei ela pro meu “fio” que fica lá e eu tomava muita cachaça a noite, não sei se isso tem haver com a doença”</i>
P5	<i>“Sei, o açúcar, o sal, fumar e beber”</i>
P6	<i>“Uma vez o Dr. me disse que foi o cigarro e a bebida, antes eu bebia muito e fumava muito”</i>
P8	<i>“Sei não, mais o médico me falou que isso foi devido ao sal que eu tava comendo de mais comida e fritura, coisas da rua coxinha, pastel essas coisas assim”.</i>
P9	<i>“Sim, tabagismo, alcoolismo, sal entre outras coisas”</i>
P11	<i>“Eu trabalhava no ver-o-peso, bebia muito”</i>
P13	<i>“Eu vejo o povo falar em sal e açúcar, refrigerante. Essas coisas assim”</i>

Fonte: Da Pesquisa

Através do quadro 6 podemos inferir que dois (2) dos entrevistados afirmaram conhecer os fatores de riscos que levaram ao programa Hiperdia, já seis (6) afirmou não conhecer tais fatores que ocasionaram a sua participação junto ao programa.

Entre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, a obesidade merece destaque especial, pois o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos; e cerca de 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade (GOMES, 2017).

A HAS e o DM são os principais fatores de risco que levam ao programa hiperdia associado as doenças do aparelho circulatório. Sendo a hipertensão arterial sozinha responsável por 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e por 60% dos casos de doença isquêmica do coração (OLIVEIRA, 2011; DA SILVA, 2016).

Quadro 7 - Incentivo a se matricular no programa Hiperdia

CATEGORIA 6	
Incentivo a se matricular no programa Hiperdia	
P1	<i>“Família”</i>
P9	<i>“Amigos”</i>
P13	<i>“Por conta própria”</i>

Fonte: Da Pesquisa

De acordo com os resultados aqui demonstrados (Quadro VII) e conforme os dados da literatura comentada, destacamos o incentivo de pessoas que fazem parte de seu ciclo social, para as consultas colaboram para adesão ao programa Hiperdia trazendo para o paciente autoestima e forças para iniciar ou continuar o tratamento. É necessário que os profissionais da área de saúde promovam medidas que, além de informar, funcionem como estímulo para o envolvimento do indivíduo e sua família no tratamento (DE CARVALHO, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), visando o combate a esse problema de saúde pública, criou o programa para o controle da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM), o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – Hiperdia, promovendo a reorientação da Assistência Farmacêutica e proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (BRASIL, 2001; LOPES, 2017).

Em estudo por Reticena, (2015) os participantes revelam que gostam de frequentar as consultas, pois na oportunidade em que ocorrem, eles passam por orientações gerais, recebem os medicamentos prescritos, quando necessário são solicitados exames laboratoriais e realizadas orientações específicas. O conjunto dessas atividades possibilita mais esclarecimento e conhecimento acerca do estado de sua saúde dos usuários do programa.

Quadro 7 - Conhecimento da Política Nacional da Saúde do Homem

CATEGORIA 7	
Conhecimento da Política Nacional da Saúde do Homem	
P1	<i>“Não, não sei”</i>
P4	<i>“Não”</i>
P7	<i>“Não sei que é isso não”</i>
P6	<i>“Não conheço doutor”</i>
P13	<i>“Tô por fora”</i>

Fonte: Da Pesquisa

Quando solicitados se os mesmos teriam conhecimento a respeito da política nacional de assistência à saúde do homem todos os quinze (15) entrevistados responderam desconhecerem o mesmo (Quadro VIII).

No Brasil, é bastante disseminada a ideia de que a atenção primária à saúde constitui-se de serviços destinados quase que exclusivamente a mulheres, crianças e idosos. Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. Dessa forma, a inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem ALBANO, (2010).

Percebe-se, então, a importância em entender e refletir sobre a Política Nacional de Saúde do Homem e suas nuances, a partir da análise da influência da questão de gênero, a fim de concretizar ações eficazes voltadas à população masculina, por meio de conhecimentos e práticas consolidadas dos profissionais de saúde e do homem, que constituem agentes diretos na aplicabilidade dessa política

6 CONCLUSÃO

Os participantes do presente estudo deixaram explícito que não tem conhecimento a respeito da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, visto que há ainda uma fragilidade por parte da equipe profissional da unidade básica de saúde em se fazer conhecer a política aos usuários do sexo masculino.

No que diz respeito ao perfil sócio-demográfico dos entrevistados é parecido a outros perfis de usuários descritos em outros estudos onde baixa a renda, é uma variável que se confirma com a baixa escolaridade visto que uma maior renda contribuiria para os entrevistados terem uma melhor qualidade de vida.

Nota-se também o tempo em que os mesmos estão matriculados no programa Hiperdia e o acompanhamento que feito pelo médico e enfermeiro favorece consideravelmente, para que haja o controle das patologias que os pesquisados apresentam contribuindo assim para que a assiduidade destes usuários seja positiva no programa.

No tocante das dificuldades e desafios encontrados pelos usuários percebe-se com a análise dos dados que os mesmos não relatam ter algum tipo de dificuldade para ter acesso as consultas no programa hiperdia o que é um fato positivo para a consolidação da política nesta unidade haja visto que outros estudos relatam a dificuldade em que o homem tem na procura pelos serviços de saúde.

Conforme relatos destes participantes do estudo em questão, pode-se inferir que os mesmos conhecem as causas e fatores de risco que levam a manifestação das patologias que trata o programa hiperdia e que o apoio da família é um fator determinante para a procura pelo serviço e para a continuidade do tratamento assim como ao comparecimento as consultas na unidade de saúde.

Outro fator que chama a atenção nesta pesquisa é que os usuários relatam não ter dificuldade na para receber a medicação e que a assiduidade no programa contribui para que os mesmos tenham sempre em mãos a medicação para a continuidade do tratamento. Outra variável curiosa inferida por este estudo foi o fato de os mesmos não terem conhecimento de atividades desenvolvidas para o público masculino do programa Hiperdia, o que é um tanto curioso pois os mesmos devem ser estimulados a pratica de exercícios físicos para melhor qualidade de vida.

Contudo, percebe-se que existem fragilidades que necessitam ser superadas. Entre elas, as unidades de atenção primárias à saúde são consideradas pouco frábil em desenvolver de fato a PNAISH apresentada pelos homens, pois não há uma campanha ou ação voltada diretamente para que os homens venham a ter conhecimento dos serviços que são oferecidos para essa população.

Enfim, infere-se diante de toda essa problemática que é primordial reorganizar e fortalecer as estratégias de gestão e planejamento no intuito de captar as reais necessidades da população masculina e articular com todos os atores envolvidos na implantação da PNAISH na UBS ações de fomento e de desenvolvimento da atenção integral a saúde do homem, associadas à divulgação, sensibilização e educação da população masculina acerca dos benefícios e da importância da prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBANO BR, Basílio MC, Neves JB. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev Enferm Integrada**. 2010 nov./dez; 3(2): 554-63.

ALVES, Franciele Koehler et al. **Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no município de Ponta Grossa–Paraná**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Ponta Grossa.

BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, Jan.2012. Disponível

BARBOSA, Márcia Priscila de Oliveira. **Promoção de saúde no programa Hiperdia: ações que impactam a adesão e a conscientização dos pacientes**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). 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; 2008 [acesso em: 29 Set. 2017]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. 2009. **PORTARIA Nº 1.944**, DE 27 DE AGOSTO DE 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p. brasileiros de cadastramento e informação em saúde. **Rev Bras Hipertens** 2007; 14 (2):84 – 88.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à**

hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, Brasília, 2008.** Caderno Saúde e Desenvolvimento | ano 1 n.1 | jul- dez 2012.pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

_____. 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, 2008.

CARVALHO VLS, Clementino VQ, Pinho LMO. Educação em Saúde nas páginas da REBEN no período de 1995 a 2005. **Rev Bras Enferm.** 2014; 2(61):243-8.

COLETO, Maytê Gouvêa. **Abordagens dos Direitos Reprodutivos em Materiais Didáticos para a Formação** Continuada de Educadoras (es): uma análise a partir dos editais da SECAD. 2012.

COSTA FBC, Araújo TL. Consulta de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: a prática de enfermeiros no PSF do Ceará. **Rev Rene.** 2008; 9(1):69-76.

COSTA RKS, Miranda FAN. O Enfermeiro e a estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev Rene.** 2008; 9(2):120-8.

COTTA RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2008;18(4): 745-766. 16.

DA SILVA, Fernanda Oliveira; SUTO, Cleuma Sueli Santos; COSTA, Laura Emmanuela Lima. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 5, n. 1, p. 33-39, 2016.

DE ANDRADE, Rosemary Ferreira; MONTEIRO, Aline Bentes. Fatores determinantes para criação da Política Nacional de Saúde do Homem. PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 5, n. 5, p. 71-86, 2013.

DE CARVALHO, Maria Virgínia et al. A INFLUÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA QUALIDADE DE VIDA. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 2, p. 164-174, 2013.

DE OLIVEIRA SANTOS, Júlio Cesar; MENDONÇA, Maria Angélica Oliveira. Fatores predisponentes para lesão renal aguda em pacientes em estado crítico: revisão integrativa. **Aterosclerose: correlação entre aneurismas da aorta e doença arterial coronária**, v. 13, n. 1, p. 69-74, 2015.

DE SOUZA, R. **O sistema público de saúde brasileiro. Ministério da Saúde**, 2002.

DUTRA, Rokacia Maclaine; FONSECA, Delcio Geraldo Pontes. A ADESÃO DO PACIENTE HIPERTENSO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA SOBRE A ÓTICA DO ENFERMEIRO. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, [S.l.], v. 5, n. 2, ago. 2017. ISSN 2525-359X. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/540>>. Acesso em: 03 dez. 2017

FARIA, N. V.; TEIXEIRA, C. M. C.; NUNES, S. F. L. Conhecimento dos usuários do programa HIPERDIA sobre a doença renal crônica. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2014.

FILGUEIRAS DE ARAÚJO, Maria da Conceição et al. Perfil de Não Adesão ao Tratamento de Usuários com Diabetes e Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 1, 2016.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko; VIANA, Lívia Maria Mello. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2016.

FREITAS, Jacqueline Gleice Aparecida; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira; PORTO, Celmo Celso. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev soc Bras Clin Med**, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública** vol.23 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007

GOMES R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS et al. **O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros**. *Physis*. 2011;21(1):113-28

GOMES, Bruna Cristiane Furtado; CARDOSO, Letícia Silveira. MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS COM HAS E/OU DM EM UMA UBS DA FRONTEIRA OESTE/RS. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 8, n. 2, 2017.

JULIÃO, Géssica Graziela; DIAS, Leni Dias Weigelt. **R. Enferm. UFSM**.Rio Grande do Sul, 2011 Mai/Ago;1(2):144-152

LADE, Carlos Gabriel de et al. Análise de indicadores de saúde de pacientes com diabetes atendidos pelo Centro Hiperdia de Viçosa. **Mundo saúde (Impr.)**, p. [283-292], 2016.

LOPES, João Henrique Primini et al. Adesão do paciente à terapia medicamentosa da hipertensão arterial: revisão da literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 235-243, 2017.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família uma estratégia em construção. 2011.** Corinto. Universidade Federal de Minas Gerais.

MEDEIROS, RLSFM. **Dificuldades e estratégias de inserção do Homem na atenção Básica à saúde :a fala dos enfermeiros**. João Pessoa-Paraíba, 2013. Disponível em : <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5133/1/arquivototal.pdf>. Acesso em : 28/05/17

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde.** São Paulo. Escola Nacional de Saúde Pública, 2012.

NOGUEIRA, Matheus Figueiredo et al. Exposição de idosos a fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 11, p. 3814-3822, 2014.

OLIVEIRA NB, Lange C. Perfil dos pacientes cadastrados no HIPERDIA da equipe III na Estratégia Saúde da Família do município de Herval-RS. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS). 2011 jan-mar;1(1):91-98.

PACE EA, Nunes DP, Vigo OK. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2003;11(2):312-9.

RETICENA, Kesley de Oliveira et al. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 107-119, 2015.

SCHEUER.C. ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM: A Produção Científica de SCHWARZ. E. et al. Política de Saúde do Homem. **Rev. Saúde Pública vol.46** supl.1 São Paulo Dec. 2012 Epub Dec 11, 2012.

SILVA R. et al. Conhecimento de pacientes com insuficiência renal crônica sobre o tratamento dialítico. **Ciências da Saúde**. 2008; 6(2): 131-139.

SILVA, P. L. N. et al. A Política de Atenção à Saúde do homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. **Enferm Glob**, v. 12, n. 32, p. 414-43, 2013.

SIROTHEAU, José Luiz Terceros et al. **Impactos socioterritoriais e identidade quilombola em espaço metropolitano: o caso da comunidade de Abacatal (Pará).** 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará.

SOUZA, C. S. et al. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. **Arq Bras Cardiol**, v. 102, n. 6, p. 571-8, 2014.

TRAVAGIM DAS, Kusumota L. Atuação do Enfermeiro na prevenção a progressão da Doença Renal Crônica. **Rev. Enferm.** 2009; 17(3): 388-393.

APÉNDICE

APENDICE A**TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, Professora MSc. **MÔNICA O. LOPES SÁ DE SOUZA**, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino, declara aceitar orientar o trabalho intitulado **“SAÚDE DO HOMEM: CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE RELACIONADO AO PROGRAMA HIPERDIA”** de autoria dos (as) discentes: Allain Patrick da Silva Libonati e Marcos William do Nascimento Barbosa

Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e Conselho Nacional de Saúde - CNS Resolução Nº466 de 12/12/2012, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Belém-PA, 21 de Maio de 2017.

Prof^a. MSc. Mônica O. L. Sá de Souza
Orientador (a)

APENDICE B
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA



Através do presente instrumento, solicitamos desta UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) dos acadêmicos, Allain Patrick da Silva Libonati e Marcos William do Nascimento Barbosa, orientados pela Professora MSc. Mônica Olivia Lopes Sá de Souza, tendo como título: “**SAÚDE DO HOMEM:** dificuldades dos homens na adesão do programa Hiperdia” A coleta de dados será realizada através de um roteiro de entrevista. A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM DA FACULDADE PARANSE DE ENSINO - FAPEN.

As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem autorização final da Instituição campo de pesquisa.

Belém-PA ____ de _____ de 2017.

Orientadora MSc. Mônica O. L. Sá de Souza

Acad.

Acad.

APENDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
“SAÚDE DO HOMEM: dificuldades dos homens na adesão do programa Hiperdia”



O item Abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. A sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas caso o mesmo desista de participar a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF _____ nascido (a) em ____ / ____ / _____, concordo de livre e espontânea vontade na sua participação como voluntário (a) do projeto de pesquisa com o tema “O conhecimento dos profissionais enfermeiros nas U/E, no manejo com sujeitos em sofrimento psíquico.

O participante fica ciente que:

- I) Queremos Analisar a percepção do enfermeiro sob a supervisão das atividades realizadas em sala de vacina;
- II) O participante não é obrigado a responder as perguntas realizadas no formulário de avaliação;
- III) O participante tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A participação neste projeto contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema, direcionando as ações voltadas para a promoção da saúde e não causará nenhum risco à integridade física, psicológica, social e intelectual do mesmo;
- VI) Os participantes da pesquisa não receberão remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;
- VII) Direito a Indenização: Item 2.7 da Res. 466/12 - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, ou seja o sujeito da pesquisa tem direito a indenização caso se sinta constrangido.
- VIII) Garantia de Ressarcimento: Item 2.21 da Res. 466/12, “Indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa” compensação material, exclusivamente de despesas do participante, quando necessário, tais como transportes e alimentação;
- IX) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo;
- X) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas do participante e do pesquisador, também, constarem em todas as páginas do TCLE;
- XI) Garantir ao participante da pesquisa que este receberá uma via assinada e rubricada do TCLE.
- XII) O responsável concorda que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados;
- XIII) Caso o participante queira, poderá pessoalmente ou por meio de telefone tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa (incluir contatos telefone/email de todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa).

Belém, _____ de _____ de 2017

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma participarei da pesquisa

Assinatura do participante _____

Testemunha1 _____
Nome: _____ RG/Telefone

APENDICE D
QUESTIONÁRIO



1. IDENTIFICAÇÃO:

Qual seu estado civil? a)

Solteiro

b) Casado

c) União consensual

Qual a sua idade?

a) 30 a 35 anos

b) 35 a 40 anos

c) 40 a 45 anos

d) 45 a 50 anos

e) 50 a 60 anos

Qual o seu grau de escolaridade? a)

Analfabeto

b) 1º grau completo

c) 2º grau completo

d) 3º grau completo

e) Parou de estudar. Qual o motivo? _____

Qual a renda familiar?

a) Até um salário mínimo

- b) Até três salários mínimos
- c) Até 5 salários mínimos
- d) Acima de 5 salários mínimos
- e) Não quis responder / não sabe

Qual o tempo de matricula no Programa Hiperdia?

3 - Qual (is) profissional da saúde lhe acompanha no programa?

4 - Você é assíduo às consultas regulares de HIPERDIA?

5- Existem desafios e dificuldades para o acesso a adesão aos serviços de saúde do homem. Se sim quais? Se não por que?

6- Você conhece os fatores de riscos que lhe trouxe a ao programa HIPERDIA? Se sim cite quais.

4 - Quem lhe incentivou a se matricular na unidade para a realização das consultas?

5 - Como usuário você tem total acesso as medicações prescritas?

6 - Você conhece a politica de saúde do homem? Se sim por quais meios tomou conhecimento?

9 - A unidade de saúde desenvolve atividades voltadas ao público masculino especificamente ao programa HIPERDIA? Quais? Como são desenvolvidas?

ANEXOS

ANEXO I – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: SAÚDE DO HOMEM: Conhecimento dos usuários sobre os cuidados primários à saúde relacionado ao Programa Hiperdia.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Monica Olívia Lopes Sa de Souza			
6. CPF: 025.636.914-35	7. Endereço (Rua, n.º): ACATAUASSU NUNES MARCO n 85 BELEM PARA 66095020		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 91981542996	10. Outro Telefone:	11. Email: monicaexecutiva@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">Data: <u>13 / 09 / 2017</u> <u>[Assinatura]</u> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-ASSUPERO		13. CNPJ: 06.099.229/0020-74	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (11) 3767-5859	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Fabício Borges Santa Brígida</u> CPF: <u>498.659.992-20</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Coordenador Pedagógico</u></p> <p style="text-align: center;">Data: <u>23 / 09 / 2017</u> <u>[Assinatura]</u> Assinatura Fabício B. Santa Brígida Coordenador Pedagógico (FAPEN)</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO II – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO CIENTÍFICA



FACULDADE PAN AMAZÔNICA - FAPAN
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

UMS GUANABARA
SR. MICHAEL MARQUES – GERENTE DE UNIDADE

Através do presente instrumento, solicitamos a UMS Guanabara, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) dos acadêmicos, Allain Patrick da Silva Libonati e Marcos William do Nascimento Barbosa, orientados pela Professora MSc. Mônica Olivia Lopes Sá de Souza, tendo como título: “SAÚDE DO HOMEM: dificuldades dos homens na adesão do programa Hiperdia”. A coleta de dados será realizada mediante entrevista com usuários matriculados no Programa HIPERDIA, sendo essa semiestruturada em um roteiro com seis (06) categorias pertinentes ao tema. A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM DA FACULDADE PARAENSE DE ENSINO.

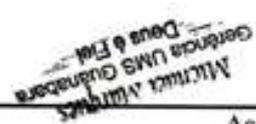
As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem autorização final da Instituição campo de pesquisa.

Belém-PA 13 de Setembro de 2017


ACAD. ALLAIN PATRICK DA S. LIBONATI

ACAD. MARCOS WILLIAM DO N. BARBOSA


Orientadora MSc. Mônica O. L. Sá de Souza

	Deferido (<input checked="" type="checkbox"/>) Indeferido (<input type="checkbox"/>)	
Assinatura e carimbo do gestor		