

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PABLO ITALLO MACEDO DE LIMA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE HOMENS EM
ZONA RURAL E URBANA**

PICOS – PIAUÍ

2018

PABLO ITALLO MACEDO DE LIMA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE HOMENS EM
ZONA RURAL E URBANA**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2018.1, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Nády dos Santos Moura

PICOS – PIAUÍ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L732c Lima, Pablo Ítallo Macedo de
Condições de saúde e acesso a atenção primária de homens em
zona rural e urbana / Pablo Ítallo Macedo de Lima – 2018.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (64 f.)
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)
– Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Ma. Nády dos Santos Moura

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Homem. 3. Zona Rural-Enfermagem. I. Título.

CDD 613.042 034

PABLO ITALLO MACEDO DE LIMA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE HOMENS EM
ZONA RURAL E URBANA**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2018.1, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação 21 / 06 / 2018

BANCA EXAMINADORA

Nádia dos Santos Moura

Prof. Me. Nádia dos Santos Moura
Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Presidente da Banca

Eugênio

Prof. Me. Eugênio Barbosa de Melo Júnior

Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
1º Examinador

Eduardo Carvalho de Souza

Prof. Me. Eduardo Carvalho de Souza
Universidade Estadual do Ceará
2º Examinador

Dedico esse trabalho a **Deus**, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino. A minha mãe **Cleide Macedo** por acreditar na minha capacidade e por todos os momentos dedicados para que eu alcançasse meus objetivos. A todos os **professores** que fizeram parte de minha trajetória de estudo; e aos **pacientes** que de alguma forma me inspiraram a fazer esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A princípio tudo parecia distante, uma mistura de medo e insegurança. Momentos que me fizeram pensar não ser bom o suficiente. Mas o tempo se encarregou de tudo. Entre erros e acertos amadureci, e conheci valores e compromissos que envolvem a profissão. Momentos que me proporcionaram ser o motivo dos sorrisos nos dias difíceis de alguns, e foram gestos assim que deram sentido a todas as noites estudando e me motivaram a buscar mais conhecimento todos os dias. Tudo foi gratificante.

Agradeço a DEUS por me permitir alcançar essa conquista, e por se fazer presente em minha vida. A minha mãe Cleide Macedo que sabiamente me ensinou a ser uma pessoa melhor, e nunca deixaram de acreditar e sonhar comigo. Por me apoiar e sempre acreditar nos meus projetos aos meus irmãos Amanda, Anderson, Jeferson e Andressa, aos meus tios e primos que torceram e acreditaram no meu sucesso.

Aos amigos Anne Lívia, Debora Araújo, Letícia Araújo e Vitória Araújo pelo companheirismo, ajuda e por compartilharam comigo os desafios, os momentos de aprendizagem, as lutas e por fazerem esse momento parecerem mais fáceis. Ao meu amigo enfermeiro Lairton Cortez pelos seus conselhos, amizade e fazer parte da minha decisão por essa profissão. Ao meu amigo Ademir Araújo pelo companheirismo, por enfrentar as dificuldades comigo e pelo apoio nessa pesquisa, pois sem ele eu não alcançaria esse objetivo.

A minha professora de geografia do fundamental Amparo Santos, e de matemática do ensino médio Juliana Valença, por contribuírem não só na minha formação como estudante, como na formação pessoal me instigando a ter objetivos e sempre ir em buscar dele independente da dificuldade. A todos os outros professores, principalmente a minha orientadora Nadya dos Santos, por acreditar nesse projeto e abraça-lo, pelos seus conselhos e ensinamentos e por ser esse ser humano lindo que me inspira. A todos os participantes dessa pesquisa e pacientes das instituições que passei que contribuíram para minha formação.

A todos da liga Acadêmica de Hanseníase e Outras Doenças Negligencias da UFPI-Picos, por tanto contribuírem para a minha formação, com oficinas, projetos, e práticas vivenciadas. E a Universidade Federal do Piauí e todo seu corpo docente, além da direção, administração e demais funcionários, que realizam seu trabalho com tanto amor e dedicação, trabalhando incansavelmente para que nós, alunos, possamos contar com um ensino de qualidade.

RESUMO

A resistência masculina diante da procura aos serviços de saúde leva essa população a uma maior exposição a doenças e a prevalecer negativamente nas taxas de mortalidade. Logo, essa atitude constitui um crítico problema para saúde pública, no qual os determinantes socioambientais, o acesso aos serviços de saúde, o estilo de vida e a ideia formada de modelos de masculinos, tem papel importante nessa análise. Objetivou-se avaliar as condições de saúde e acesso à atenção primária de homens em zona rural e urbana. Estudo transversal com abordagem analítica realizado em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família, localizadas na zona urbana e rural de Picos, de abril de 2017 a junho de 2018, por meio do preenchimento de um formulário realizado nas UBS e durante visitas domiciliares. O formulário continha dados de identificação, socioeconômicos, hábitos de vida, acesso aos serviços de saúde aferição de medidas antropométricas, pressão arterial, glicemia capilar e de prática de atividades físicas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, sob parecer nº 2.561.183. Para análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. Realizou-se a análise descritiva das variáveis por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, frequências, porcentagens, desvio padrão e média. A amostra foi composta por 60 homens, com idade entre 20 e 59 anos, maioria entre 20 a 29 anos (36,7%) com média de 37,0 anos, cor/etnia autorreferida parda (60%), casados (51,7%) com ensino médio completo, classe econômica predominante D-E. Relataram fumar 10% do total da amostra, 68% afirmaram consumir algum tipo de bebida alcoólica e 71,6% classificados foram como sedentários. A frequência de visitas a unidade básica de saúde raramente (36,7%) correspondeu a maioria. O profissional médico e as marcações de consultas e exames foram os principais motivos da ida aos serviços de atenção primária. As condições crônicas e agudas foram mais frequentes na zona rural. O comparativo entre condições de saúde e acesso por zona de moradia, apresentou diferença estatística significativa ($<0,05$). As medidas de pressão arterial sistólica classificadas com hipertensão arterial sistêmica corresponderam a 18,5% e as glicemia caracterizada como diabetes 5,0%. Observou-se a necessidade de dar visibilidade aos profissionais enfermeiros, pois a maioria das participantes considerou o médico como principal referência para atendimento. O estudo apresentou resultados relevantes e inovadores, possibilitando outras investigações e comparativos, como também o desenvolvimento de ações destinadas a esses usuários. Os resultados trouxeram benefícios através da ampliação do conhecimento sobre o acesso e condições de saúde dos participantes, bem como o rastreamento de alguns agravos a saúde dos mesmos. Proporcionando novas informações ao mundo científico, aos enfermeiros e demais profissionais que prestem assistência a esse público.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. Zona Rural. Enfermagem

ABSTRACT

Male resistance to demand for health services leads the population to greater exposure to disease and to a negative effect on mortality rates. Therefore, this attitude constitutes a critical problem for public health, where socio-environmental determinants, access to health services, lifestyle and the idea formed of male models, play an important role in this analysis. This study aimed to evaluate health conditions and access to primary care for men in urban and rural areas. A cross-sectional study with an analytical approach carried out in two family health strategy units, located in urban and rural areas of Picos, from April 2017 to June 2018, by completing the form performed at the basic health Unit and during home visits. The form contained identification data, socioeconomic, life habits, access to health services, anthropometric measurements, blood pressure, blood glucose and physical activity. The project was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings of the Federal University of Piauí, in the opinion nº 2.561.183. For statistical analysis, it was used the software Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0. It was conducted a descriptive analysis of the variables using the Chi-square test of Pearson, frequencies, percentage, standard deviation and average. The sample consisted of 60 men, aged between 20 and 59 years, the majority between 20 and 29 years old (36.7%) with a mean of 37.0 years, self-reported brown color (60%), married (51.7%) with complete secondary education, predominant economic class D-E. They reported smoking 10% of the total sample, 68% stated that they consumed some type of alcoholic beverage and 71.6% classified as sedentary. The frequency of visits to basic health unit rarely (36.7%) corresponded to the majority. The medical professional and appointment appointments and examinations were the main reasons for going to primary care services. Chronic and acute conditions were more frequent in rural areas. The comparison between health conditions and access by dwelling area showed a statistically significant difference (<0.05). Measures of blood pressure classified with arterial hypertension corresponded to 18.5% and glucose characterized as diabetes 5.0%. It was observed the need to give visibility to the nursing professionals, since the majority of the participants considered the physician as the main reference for care. The study presented relevant and innovative results, allowing other investigations and comparatives, as well as the development of actions aimed at these users. The results brought benefits by broadening the knowledge about the access and health conditions of the participants, as well as the tracking of some of their health problems. Providing new information to the scientific world, nurses and other professionals who provide assistance to this public.

KEYWORDS: Primary Health Care. Men's Health. Rural Areas. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Pontos de corte para Classificação Econômica no Brasil.....	23
Quadro 2	Classificação do IMC.....	25
Quadro 3	Classificação PAS – PAD.....	25
Quadro 4	Calcificação Glicemia Capilar.....	26
Quadro 5	Diferenças entre as condições agudas e crônicas.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2018.....	29
Tabela 2	Perfil clínico e distribuição dos fatores de risco para DCNT. Picos – PI, 2018.....	32
Tabela 3	Condições de saúde e acesso por zona de moradia. Picos – PI, 2018.....	35
Tabela 4	Tabela 4 –Frequência de visitas a UBS, profissionais e motivo da busca por atendimento. Picos – PI, 2018.....	36
Tabela 5	Associação entre condições de saúde e acesso à atenção primária. Picos – PI, 2018.....	38
Tabela 6	Associação entre fatores de risco e zona de moradia. Picos – PI, 2018.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.
ABESO	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa.
APS	Atenção Primária a Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil.
CEP	Comité de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC	Índice de Massa Corporal.
MS	Ministério da Saúde.
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PAD	Pressão Arterial Diastólica.
PAS	Pressão Arterial Sistólica.
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
RGA	Relatório de Gestão Anual
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia.
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes.
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SM	Salário Mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Condições de saúde	17
3.2 Acesso aos serviços de saúde	18
4 MÉTODOS.....	21
4.1 Tipo de Estudo.....	21
4.2 Local e Período de Realização do Estudo	21
4.3 População e Amostra	21
4.4 Variáveis do Estudo.....	22
4.4.1 Variáveis socioeconômicas.....	22
4.4.2 Variáveis Acesso aos Serviços de Saúde.....	23
4.4.3 Variáveis Clínicas de fatores de risco para DCNT.....	24
4.4.4 Variáveis Condições de Saúde	26
4.5 Coleta de dados.....	27
4.6 Análise de dados.....	28
4.7 Aspectos Éticos e Legais	28
5 RESULTADOS	29
5.1 Caracterização socioeconômica da amostra	29
5.2 Fatores de risco para DCNT e perfil clínico.....	31
5.3 Condições de saúde e acesso	34
5.4 Associação condições de saúde e acesso.....	37
5.5 Associação fatores de risco e localidade	38

6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados para Avaliação Socioeconômica, Acessibilidade, Fatores de Risco e Condições de Saúde.....	49
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
ANEXOS	57
ANEXO A - Modelo de Questionário sugerido para aplicação	58
ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP	60

1 INTRODUÇÃO

A resistência masculina diante da procura aos serviços de saúde leva essa população a uma maior exposição a doenças e a prevalecer negativamente nas taxas de mortalidade. Logo, essa atitude constitui um crítico problema para saúde pública, onde os determinantes socioambientais, o acesso aos serviços de saúde, o estilo de vida e a ideia formada de modelos masculinos, tem papel importante nessa análise, tornando sua saúde auto negligenciada, fator esse que determina sua vulnerabilidade em relação a outras populações, de certo um desafio para Atenção Primária à Saúde (APS) traze-los para o serviço.

Esse contexto relacionado à saúde do homem não ocorre apenas no Brasil, mas também em outros países como na Inglaterra, onde observou-se que, embora os homens sejam vistos como um “grupo de difícil acesso”, pouca atenção tem sido dada às políticas de saúde para avaliar as facilidades e dificuldades que interferem no trabalho de prevenção com os homens. Assim como, investigação conduzida nos Estados Unidos sinalizou para a escassez de recursos destinados à saúde dos homens, uma vez que são significativamente menores quando comparados aos de outros segmentos populacionais (BIDINOTTO; SIMONETTI; BOCCHI, 2016).

No âmbito dessa realidade social, e buscando fazer frente a essa problemática, o Ministério da Saúde lança em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o propósito de promover as ações de saúde que possam contribuir para a compreensão da realidade masculina, em seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Com atenção ao aumento da expectativa de vida e à redução dos índices de morbimortalidade preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009).

Esta política é de importância fundamental para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país, pois identifica as estratégias, as ações e as metas correspondentes que permitirão, em cada território, enfatizar a cobertura a um grupo populacional – composto pelos homens de 20 a 59 anos de idade, perfazendo um contingente de 52 milhões de brasileiros. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e exerce um significativo papel sociocultural e político (BRASIL, 2009).

Além disso, enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que se refere à percepção dos homens em relação ao cuidado com a própria saúde e a de sua família. Mas ainda

não foi implementada em grande parte do país por ser um processo lento, passando assim a ser introduzida de forma gradativa (SOLANO et al.,2017).

A atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na implementação de políticas como a PNAISH, tem papel essencial para a prevenção das condições de saúde. E para alcançar esse objetivo é necessário entender como isso se estabelece. Essas condições de saúde são associadas ao contexto social dos indivíduos, e tem por definição: circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente, e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas. Na qual, essas se dividem entre condições agudas e crônicas, em que as agudas são caracterizadas por terem um curso curto inferior a três meses, e as crônicas, sendo de curso longo superior a três meses (MENDES, 2011).

Além dessas condições de saúde, outro fator que pode interferir no bem-estar dessa população é a acessibilidade. Logo, essa consiste na capacidade do sistema de saúde quanto à produção e oferta de serviços, aptos a atrair e ao mesmo tempo responder as necessidades de saúde de determinada população. Sob o mesmo ponto de vista, as desigualdades da cobertura aos serviços de saúde das zonas urbanas e rurais, que fazem parte desse sistema fragmentado oferecido a população, propiciam o surgimento de patologias de causas simples, de fácil diagnóstico e prevenível. A mensuração do problema acesso a saúde, foi exposta em 2015 pelo relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), revelando que mais da metade (56%) da população rural do mundo não tem acesso a serviços de saúde (SOLANO et al.,2017).

Ampliando essa discussão, dados do Relatório de Gestão Anual (RGA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Picos-PI, do período de janeiro a dezembro de 2015 estima que a população masculina com idade entre 20 e 59 anos, é de 20.236, e 22.780 a feminina. Mostrando a predominância feminina na mesma faixa etária. Em contrapartida o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), expõe os óbitos do município no período de 10 anos (2005-2015), apontando a prevalência de óbitos para os homens, atingindo 1046 óbitos, comparado a 446 para mulheres (SMS, 2015).

Tal quadro epidemiológico motivou a realização dessa pesquisa, considerando que as literaturas afirmam um cenário desfavorável às condições de saúde dos homens em relação a qualquer outro grupo populacional. Tendo em vista que essa situação pode ser ainda pior se considerarmos a população rural masculina.

Nesse sentido, surgiu a necessidade de avaliar quais seriam as condições de saúde e o acesso a atenção primária de homens em zona rural e urbana. Tornando relevante o desenvolvimento desse estudo, pois ao conhecer a relação entre condições de saúde e acesso será possível traçar estratégias que objetivem melhoraria e a qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar as condições de saúde e acesso à atenção primária de homens em zona rural e urbana.

2.2 Específicos

- Definir as características socioeconômicas e clínicas da amostra;
- Traçar as condições de saúde de homens em zona rural e urbana;
- Verificar o acesso aos serviços de saúde de homens em zona rural e urbana;
- Associar as condições de saúde ao acesso aos serviços de saúde de homens de zona rural e urbana.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Condições de saúde

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de morte, sendo atribuído a elas 72% dos óbitos, dos quais 30,4% ocorridos em virtude de doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial apresenta elevada prevalência na população brasileira, entre 22% e 44% para adultos, aumentando com a idade, podendo chegar a 68% em idosos 2,3. Em âmbito mundial, estima-se que seja responsável por 13% dos óbitos (ZANGIROLANI et al., 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças, devido a essas enfermidades. Entre esses, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2017).

A identificação de fatores de risco permite ações de saúde pública, direcionadas à redução da morbimortalidade e melhor qualidade de vida da população. A classificação desses fatores se divide em: os modificáveis - oriundos de maus hábitos de vida, e os não modificáveis, como hereditariedade, sexo e a etnia (BRISCHILIARI et al., 2014).

Nesse sentido, as condições de saúde se estabelecem na população de forma aguda ou crônica. Em geral as condições agudas iniciam-se repentinamente, apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada, são de curta duração e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias (MENDES, 2011).

Já as condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Grande parte dessas pode ser prevenida, ou ter sua aparição prolongada ou suas

complicações reduzidas. Vale destacar ainda, que muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como no caso dos traumas por causa externas (MENDES, 2011).

As causas externas dizem respeito aos fatores externos ao corpo humano, que provocam lesões ou efeitos adversos no organismo. Nesta definição, estão englobados homicídios, acidentes de trânsito, suicídio, outras violências (quedas, afogamento, queimaduras, acidentes de trabalho, intoxicações, entre outros) e causas externas não especificadas, acidentais ou intencionais (MELO; SÁ; SOBRINHO, 2016).

Estudo epidemiológico realizado na Bahia descreveu a situação de saúde da população masculina de 20 a 59 anos, internados em hospitais do estado, e os comparou com os dados nacionais no período de 10 anos. Através dos dados analisados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), observou-se no comparativo que as causas externas foram as mais frequentes na referida população em 2010, na qual as maiores taxas de internação por causas externas foram encontradas em jovens adultos de 20 a 29 anos, tanto na Bahia (79,5%), quanto no Brasil (91,5%) do mesmo ano (SANTOS et al., 2017).

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde sobre o perfil da situação de saúde do homem no Brasil mostram que os homens quando comparados as mulheres, tem mais excesso de peso, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Situações que podem estar se refletindo numa maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens (BRASIL, 2013).

3.2 Acesso aos serviços de saúde

Ao analisar a relação da população masculina com a acessibilidade aos serviços da Atenção Básica (AB), um estudo bibliográfico aponta o acesso como relevante problema de saúde pública, já que a busca pelos serviços de saúde por parte dessa população, quando existe, está atrelada a um quadro clínico de morbidade cronicado, onerando significativamente o SUS. Explica ainda que o acesso se constitui na capacidade do sistema de saúde quanto à produção e oferta dos serviços de saúde, aptos a atrair, e ao mesmo tempo responder as necessidades de saúde de determinada população (SILVA et al., 2013).

No entanto, quanto ao acesso masculino, o estudo verifica que este permanece como um desafio para a efetivação desse direito. Apesar de instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), a espera em filas por atendimento nas unidades básicas

de saúde é apontada como fator contribuinte para a pouca frequência com que o público masculino usufrui de tais serviços. Além disso, os horários de funcionamento destes serviços são incompatíveis com a jornada de trabalho dos indivíduos inseridos no mercado formal, o que dificulta a acessibilidade do homem, pois existe o receio em serem prejudicados por se ausentarem do trabalho para buscar assistência à saúde (SILVA et al., 2013).

Os profissionais de enfermagem da AB expressaram sua visão sobre a busca dos homens por atendimento, e os caracterizam como uma clientela que dificilmente procura a Unidade Básica de Saúde (UBS). Ainda, levando em consideração a procura por atendimento, a percepção desses homens sobre o espaço que é majoritariamente frequentado por mulheres, provocaria a situação de não pertencimento àquele espaço, tendo como ponto inicial dessa dificuldade, o entendimento da população sobre o que é ser homem. Sendo esse um dos fatores que influenciam na procura pelos serviços de saúde (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

O mesmo estudo avalia a visão da masculinidade como um ser invulnerável, forte e viril. Características que são incompatíveis com os quais são representados pela procura por serviços de saúde. Ligados a isso, um dos profissionais entrevistados, referiu que fatores como vergonha, preconceito e medo de parecerem vulneráveis se tornam percalços, que acabam afastando os homens de buscarem pelo atendimento. Ainda, a busca por assistência quando acontece geralmente se caracteriza por avaliarem a situação como grave, e este é sempre expresso como uma função das mulheres. Os homens aparecem em um papel secundário/apoio, já que quem acompanha os enfermos nas unidades de saúde são as mulheres, pois a elas cabe o cuidado (CASARIN; SIQUEIRA, 2014).

A atuação masculina é, em sua maioria, um “apoio logístico”, ou seja, o homem é aquele que leva a esposa e/ou mãe, junto com o/a enfermo/a, para os serviços de saúde oficiais. Outro elemento importante para o não uso da rede de assistência também, é a precariedade dos serviços públicos, em particular, a UBS que não atende às demandas, especificamente a demora para o atendimento, e mesmo quando esses conseguem ser atendidos relatam a peregrinação à qual os usuários são submetidos, em decorrência da desarticulação da rede de saúde (MACHADO; RIBEIRO, 2012).

Um grupo de atenção em saúde de uma UBS urbana do município de Pelotas-RS, que atende à demanda relacionada à morbidade crônica (HIPERDIA) e compartilham informações sobre as patologias, foi algo de estudo como o objetivo de identificar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, e a participação dos homens nos grupos de educação em saúde.

A pesquisa revelou que a maioria dos participantes do estudo, quando questionados sobre o motivo que os levou a participar do grupo de hipertensos e diabéticos, referiu ser mediante o surgimento de problemas de saúde. Ainda, relataram que a inserção no grupo foi devido a orientação e encaminhamento médico, porém a participação nos grupos contribuiu para que os usuários, tivessem mais acesso a informações referentes aos seus problemas de saúde, bem como sobre os cuidados necessários para evitar possíveis complicações e melhorar a qualidade de vida (XAVIER et al., 2015).

Assim, podemos considerar que, o trabalho em grupo é uma estratégia que contribui para que os participantes possam expressar suas necessidades, dúvidas, expectativas, anseios e condições de vida, as quais tem impacto na saúde de indivíduos e comunidade. Entretanto, essa participação se limitou somente ao grupo de hipertensos e diabéticos, o que significa que estes passaram a ter acesso a informações e ações educativas somente após a inserção no grupo devido à presença de algum agravo à saúde (XAVIER et al., 2015).

Desta forma, infere-se que as principais razões da sobrevida ser menor entre os homens, quando comparada a das mulheres, relacionam-se ao pouco investimento na operacionalização de políticas de saúde para eles, assim como na formação de profissionais da saúde preparados para atender necessidades específicas relacionadas ao sexo (BIDINOTTO; SIMONETTI; BOCCHI, 2016).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um determinado ponto do tempo, e mostram-se especialmente apropriados para descrever o estado do fenômeno ou relação entre os fenômenos estudados em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e Período de Realização do Estudo

O estudo foi realizado em duas unidades da ESF, localizadas em zona urbana e rural no período de abril de 2017 a junho de 2018, no município de Picos, Piauí, região do Vale do Guaribas. De acordo com a SMS (2017), o município atualmente conta com 36 equipes de ESF, sendo 25 na zona urbana e 11 na zona rural.

Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), a cidade apresenta um total de 79.159 pessoas cadastradas na zona urbana e rural. E 22.768 homens cadastrados na faixa etária entre 20 e 59 anos dessas duas zonas, correspondendo a 28,76% do total de pessoas cadastradas (BRASIL, 2015).

As duas unidades da ESF foram escolhidas por apresentarem o maior quantitativo de homens com idade entre 20 e 59 anos, de acordo com dados da SMS. Sendo essa faixa etária correspondente ao público alvo da PNAISH. O total de homens desse grupo etário corresponde aproximadamente a 180 homens Zona Urbana e 61 homens na Zona Rural.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por aproximadamente 241 pacientes do sexo masculino com idade entre 20 e 59 anos cadastrados nas equipes da ESF selecionadas para o estudo. Os dados referentes ao quantitativo de homens, foram colhidos junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Neste estudo, a amostra foi composta de 149 homens, tendo sido, esta, calculada de acordo com a fórmula para população finita (POCOCK, 1989).

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{\dots}$$

$$e^2(N - 1) + t^2_{5\%} \times P \times Q$$

n = é o tamanho da amostra

t = é o valor da distribuição de Student ($t_{5\%} = 1,96$)

P = é a prevalência de homens (P= 40%)

Q = P – 1 (Q= 39)

N = é o número de homens (N= 241)

e = é o erro amostral absoluto (e = 5%)

Alguns fatores inviabilizaram a total realização da coleta, entre eles, a greve dos profissionais da atenção básica, dificuldade de acesso ao público masculino, principalmente os da zona rural, e recusa por parte de alguns homens. Ao final do estudo, compuseram a amostra 60 homens, 40 da zona urbana e 20 da zona rural. Sendo selecionados de forma aleatória.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ter entre 20 e 59 anos;
- Morar na área de cobertura da ESF selecionada para o estudo;

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão:

- Apresentar qualquer dificuldade que inviabilize as respostas ao instrumento, como déficit cognitivo avaliado através do MEEM (Anexo B);

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis nesse estudo foram agrupadas em: socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e clínicas. Coletadas através do Instrumento de Coleta de Dados para Avaliação Socioeconômica, Acessibilidade, Fatores de Risco e Condições de Saúde (APÊNDICE A).

4.4.1 Variáveis socioeconômicas

Idade: computada em anos.

Estado civil/Situação conjugal: casado, solteiro, união estável, viúvo, separado, não sabe /Não quer responder.

Cor da pele: Foi considerada a cor da pele autorreferida: branco, pardo, negro/preto, amarelo, indígena, não sabe ou não quer responder.

Religião: Nenhuma/não tem religião, católica, evangélica, outra.

Escolaridade: Classificada considerando o nível: Analfabeto, Ensino Fundamental Incompleto, Ens. Fund. Completo, Ens. Médio. Incompleto, Ens. Médio. Completo, Superior Incompleto, Superior Completo, Pós-Graduação.

Renda Mensal: Classificada considerando o valor do Salário Mínimo (SM) (R\$ 954,00) do ano de 2018. Até 1 SM, 1 a 2 SM, 2 a 3 SM, Mais de 3 SM, não sabe /Não quer responder.

Ocupação: Não trabalha, Trabalho formal, Aposentado, Pensionista, Trabalho informal, outra, não sabe /Não quer responder.

Classe econômica: Classificada a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) produzida pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Ele tem a finalidade de determinar o poder aquisitivo das pessoas e famílias, empregando a denominação “classes econômicas” (ABEP, 2018). Que utiliza o levantamento de características domiciliares, a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto, grau de escolaridade do chefe de família, provimento da água utilizada no domicílio e o trecho da rua. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos.

De acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2018, os cortes do critério, no Brasil foram expressos no Quadro 1:

Quadro 1- Pontos de corte para Classificação Econômica no Brasil.

CLASSE	PONTOS
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: ABEP, 2018.

4.4.2 Variáveis Acesso aos Serviços de Saúde

Acesso: acesso aos serviços (UBS, hospital, clínicas privadas, farmácia, outros), tipo de serviço (público, privado, ambos), profissionais de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, dentista, outro), motivo da procura por atendimento (Hipertensão, Diabetes, etc.).

tratamento odontológico, consulta de rotina, atendimento de enfermagem, medicamentos, vacinas, marcação consultas ou exames), motivo da não procura (horário, espera pelo atendimento, falta de profissionais ou materiais, localização, outro).

4.4.3 Variáveis Clínicas de fatores de risco para DCNT

Tabagismo: A classificação foi realizada em três categorias: não fumantes, fumantes diários e fumantes menos que diários.

Etilismo: Em relação ao etilismo utilizou-se cinco categorias para verificar a frequência de consumo: parou de beber ou nunca bebeu, uma vez por mês ou menos, duas a quatro vezes por mês, duas a três vezes por semana, quatro ou mais vezes por semana. Ainda foram classificadas pelo processo de produção das bebidas: fermentadas (cervejas, espumantes, vinhos) e destiladas (*vodka, whisky, cachaça*).

Exercício Físico: Foram considerados sedentários os participantes que não praticam no mínimo 150 minutos por semana de atividade de intensidade moderada ou leve ou pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. Atividades moderadas e leves: caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo e voleibol/futevôlei e dança. Atividades vigorosas: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis (BRASIL, 2017).

Peso: Foi verificado através de uma balança portátil digital, da marca “G-TECH®”, modelo GLASS 9, com capacidade máxima de 180kg e sensibilidade em 100g. A balança foi colocada em uma superfície firme e plana, o participante foi orientado a ficar descalço, e subir na balança com os pés dispostos do centro da plataforma do equipamento, com o corpo ereto, braços estendidos ao longo do corpo, e pediu que o mesmo mantivesse essa posição até a completa leitura. O peso aferido foi imediatamente registrado exatamente como na leitura do visor.

Estatura: A estatura foi verificada através da fita antropométrica fixada na parede, com escala de 1,0cm a 2,0m. O participante foi orientado a permanecer de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, com os calcanhares, ombros e nádegas em contato com a parede e os pés unidos.

Índice de massa corporal (IMC): Através das medidas de peso e estatura, foi possível realizar o cálculo do IMC da seguinte forma $IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$.

De acordo com a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, as classificações são (QUADRO 2):

Quadro 2- Classificação do IMC.

Classificação IMC		
Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de Doença
Magro ou baixo peso	<18,5	Normal ou Elevado
Normal ou Estrófico	18,5 a 24,9	Normal
Sobrepeso ou pré-obeso	25,0 a 29,9	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,0 a 34,9	Elevado
Obesidade grau II	35,0 a 39,0	Muito elevado
Obesidade grau III	40,0 a 49,9	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO, 2016.

Circunferência Abdominal: A medida da circunferência abdominal foi verificada utilizando uma fita com sensibilidade de 1mm e amplitude de 2,0m, no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca, utilizando o parâmetro de ≥ 94 cm para classificar obesidade visceral e risco aumentado para doenças, segundo recomendações da ABESO 2016.

Pressão Arterial: Foi verificada de acordo com as recomendações das VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2016). O participante foi instruído a ficar em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo, a não conversar durante a medição. Foi certificado que o mesmo não estava com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, fumou nos 30 minutos anteriores, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos. Para a aferição utilizou-se estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide calibrado, com manguito adequado a circunferência do braço, posicionado sem folgas de 2 a 3 cm acima da fossa cubital. Foram realizadas duas medições em ambos os braços com intervalo mínimo de um minuto e utilizado o maior valor obtido. Quando os valores foram diferentes, uma terceira verificação foi necessária, considerou-se então a média das medidas.

Para a classificação foi utilizado a diretriz da *American College of Cardiology / American Heart Association* (ACC / AHA) de 2017 que fornece recomendações para a definição de hipertensão, pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) (QUADRO 3).

Quadro 3- Classificação PAS – PAD.

PAS e PAD (mmHg)	Classificação
< 120 e < 80	PA normal
120–129 e < 80	PA elevada
130–139 ou 80–89	Hipertensão estágio 1
140–159 ou 90–99	Hipertensão estágio 2
≥ 160 ou ≥100	Hipertensão estágio 2

Fonte: WHELTON et al. 2018.

Glicemia Capilar: Durante o procedimento após a antissepsia do local, foi colhida uma amostra de sangue da polpa digital do participante através da perfuração cutânea por uma lanceta estéril. A dosagem de concentração de glicose foi verificada por meio da colocação da gota de sangue em tira com sistema de reação química acoplada em um glicosímetro da marca Acon, modelo “On Call® Plus” que mede valores entre 20 a 600 mg/dl. O resultado do teste foi informado ao participante e anotado imediatamente. Para a classificação foi utilizado a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.

Os valores de referência usados para a classificação foram divididos em glicemia de jejum e pós-prandial medidos em mg/dl (QUADRO 4).

Quadro 4 – Classificação Glicemia Capilar

Valores de Referência em Jejum	Valores de Referência Pós Pradial
<70 Hipoglicemia	<70 Hipoglicemia
80 a 100 Normal	70 a 140 Normal
100 a 126: Pré-Diabetes	140 a 200: Pré-Diabetes
>126: Diabetes	>200: Diabetes

Fonte: SBD, 2018.

4.4.4 Variáveis Condições de Saúde

A tipologia de classificação das doenças foi agrupada com o objetivo de traçar as condições de saúde da amostra, considerando suas manifestações conforme o curso, forma de contágio, e ciclo de evolução.

Condições Agudas: Foram agrupadas e verificadas conforme as categorias: Condições gerais e inespecíficas: febre, tosse, tonteados. Doenças transmissíveis de curso curto: influenza e dengue. Doenças inflamatórias e infecciosas: apendicite, amigdalite. E os traumas.

Condições Crônicas: DCNT: doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas. Doenças Transmissíveis de curso longo: hanseníase, HIV/AIDS, hepatites b e c. Distúrbios mentais de longo prazo. Amputações e deficiências motoras persistentes. O Quadro 5 sintetiza as características que diferenciam as condições agudas e crônicas.

Quadro 5 - Diferenças entre as condições agudas e crônicas

VARIÁVEL	Condição Aguda	Condição Crônica
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fonte: MENDES, 2011.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2018, após aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP). Inicialmente foi realizado um teste piloto, com 10 pacientes visando a adequação do formulário. Após o teste piloto os dados foram coletados pelo pesquisador devidamente treinado, através de visitas domiciliares e durante a espera por atendimento nas unidades selecionadas escolhidos aleatoriamente.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) é constituído por seis partes, onde a primeira é composta por dados para caracterização dos sujeitos (perfil socioeconômico), a segunda parte corresponde aos dados sobre o acesso aos serviços de saúde, a terceira hábitos de vida (fatores de risco), quarta condições de saúde autorreferida, quinta medidas antropométricas, e sexta aferição de pressão arterial e teste de glicêmica capilar.

4.6 Análise de dados

Os dados foram organizados, tabulados e processados no programa estatístico (IBM – *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS - versão 20.0). Segundo Pereira e Patrício (2013), o SPSS é uma ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos, e visualizar os seus resultados, em poucos segundos.

Foram realizados testes de estatística descritiva, por meio de frequências, porcentagens, desvio padrão e média. E, ainda, realizou-se testes inferenciais, por meio de cruzamento entre as variáveis, o Qui-quadrado de *Person*. Os resultados estão apresentados por meio de tabelas.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

O presente estudo foi submetido e aprovado sob o parecer nº 2.561.183 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, CEP/UFPI/CSHNB, e cumpriu as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – CNS/MS, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Acrescenta-se que a participação dos sujeitos na pesquisa esteve condicionada à oferta de todas as informações pertinentes ao estudo, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, o qual possui informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para dele desistir da pesquisa a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não trará nenhum prejuízo ou complicações para os participantes.

Esta pesquisa trouxe riscos mínimos aos participantes, esses relacionados ao constrangimento durante a realização de algumas perguntas e o desconforto com a picada da agulha para a realização do teste de glicemia capilar. Para minimizá-los os pesquisadores entrevistarão os participantes de maneira individual e reservada. Os benefícios serão alcançados através da ampliação do conhecimento sobre o acesso e condições de saúde dos participantes, bem como o rastreamento de alguns agravos a saúde dos mesmos. Proporcionando novas informações ao mundo científico, aos enfermeiros e demais profissionais que prestem assistência a esse público. O que pode levar a sensibilização desses profissionais, possibilitando um melhor envolvimento com esse público. Acredita-se, que neste estudo, os benefícios superaram os riscos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização socioeconômica da amostra

Por meio dos métodos utilizados foram avaliados 60 homens, sendo 40 (66%) de zona urbana e 20 (33,3%) de zona rural, com idade média de $37 \pm 12,0$ anos, onde a faixa etária mais frequente foi de 20 a 29 anos (36,7%). Verifica-se maior frequência (60%) de participantes de cor parda. Quanto ao estado civil, maioria (51,7 %) são casados.

A amostra se caracteriza por um bom nível de escolaridade, desses (30%) tem ensino médio completo. A classificação econômica da amostra segundo os critérios da ABEP (2018), 25% dos participantes se enquadravam na classificação econômica D ou E, a maioria (56,7 %) tem ocupação remunerada formal e em relação a renda mensal, acima de 2 até 3 SM correspondendo à maioria (30%). A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas da amostra.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2018. (n=60).

Variáveis	n	%	Média±Desvio Padrão
1. Zona			
Urbana	40	66,7	
Rural	20	33,3	
2. Faixa Etária			37,0 ^μ ±12,0 ^μ
20-29	22	36,7	
30-39	11	18,3	
40-49	15	25,0	
50-59	12	20,0	
3. Estado civil			
Casado	31	51,7	
Solteiro	19	31,7	
União Estável	09	15,0	
Viúvo	01	1,7	

Continua.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2018. (n=60). (Continuação).

Variáveis	n	%
4. Cor (autorreferida)		
Branco	16	26,7
Pardo	36	60,0
Negro	04	6,7
Amarelo	04	6,7
5. Religião		
Não tem Religião	05	8,3
Católico	50	83,3
Evangélico	04	6,7
Outra	01	1,7
6. Escolaridade		
Analfabeto	01	1,7
Ens. Fund. Incompleto	08	13,3
Ens. Fund. Completo	07	11,7
Ens. Médio. Incompleto	08	13,3
Ens. Médio. Completo	18	30,0
Superior incompleto	02	3,3
Superior Completo	10	16,7
Pós-graduação	01	1,7
Não sabe ou não quer responder	05	8,3
7. Ocupação		
Não trabalha	02	3,3
Trabalho Formal	34	56,7
Aposentado	03	5,0
Pensionista	01	1,7
Trabalho Informal	15	25,0
Estudante	05	8,3
8. Renda Mensal		
< 1 SM (R\$ 954,00)	07	11,7

Continua.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2018. (n=60). (Conclusão).

Variáveis	n	%
8. Renda Mensal		
de 1 a 2 SM	14	23,3
>2 a 3 SM	18	30,0
> 3 SM	14	23,3
Não sabe /Não quer responder	07	11,7
9. Classificação Econômica		
Classe A	04	6,7
Classe B1	03	5,0
Classe B2	14	23,3
Classe C1	10	16,7
Classe C2	09	15,0
Classe D-E	15	25,0
Não sabe ou não quer responder	05	8,3

Fonte: dados da pesquisa.

^μMédia; ^{μ μ} Desvio Padrão.

5.2 Fatores de risco para DCNT e perfil clínico

A tabela 2 mostra os fatores e risco para DCNT associados ao estilo de vida e o perfil clínico avaliado através de exames e medidas antropométricas.

Quando questionados sobre os fatores de risco, 10% relataram fumar, 68,3% afirmaram consumir ao menos um tipo de bebida alcoólica com frequências variadas. Em relação a prática de exercício físico, 71,6% foram considerados sedentários. No que refere ao perfil clínico, conforme a avaliação do índice de massa corporal (IMC) que mede a quantidade de kg/m², 43,3 % foram classificados com índices normais. Em contrapartida, 41,7% possuíam ≥ 94 cm de circunferência abdominal, caracterizando obesidade abdominal e risco aumentado para doenças cardiovasculares.

Tabela 2 –Perfil clínico e distribuição dos fatores de risco para DCNT. Picos – PI, 2018. (n=60).

Variáveis	n	%	Média±Desvio Padrão
1.Tabagismo			
Nunca fumou	52	86,7	
Fuma diariamente	06	10,0	
Esporadicamente	02	3,3	
2.Etilismo			
Sim	41	68,3	
Não	19	31,7	
Bebidas fermentadas			
Nunca bebeu ou Parou de beber	23	38,3	
Uma vez por mês ou menos	09	15,0	
2 a 4 vezes por mês	26	43,3	
2 a 3 vezes por semana	02	3,3	
Bebidas destiladas			
Nunca bebeu ou parou de beber	51	85,0	
Uma vez por mês ou menos	03	5,0	
2 a 4 vezes por mês	03	5,0	
4 ou mais vezes por semana	03	5	
3.Exercício Físico			
Sedentário	43	71,6	
Ativo	17	28,4	
Frequência			
Não pratica	24	40,1	
1 vez por semana	11	18,33	
2 vezes por semana	08	13,33	
3 vezes por semana	06	10,0	
4 a 5 vezes por semana	11	18,33	
4.IMC			
Magro ou baixo peso risco de doença normal ou elevado	02	3,3	25,913 ^μ ± 4,7049 ^{μμ}

Continua.

Tabela 2 –Perfil clínico e distribuição dos fatores de risco para DCNT. Picos – PI, 2018. (n=60). (Continuação).

Variáveis	n	%	Média±Desvio Padrão
4.IMC			
Normal ou Eutrófico risco de doença normal	26	43,3	
Sobrepeso risco de doença pouco elevado	19	31,7	
Obesidade Grau 1 risco de doença elevado	11	18,3	
Obesidade Grau 2 risco de doença muito elevado	02	3,3	
5.Circunferência Abdominal			90,47 ^μ ± 14,402 ^{μμ}
<94cm	35	58,3	
≥94cm			
Risco aumentado para doenças cardiovasculares	25	41,7	
6. PAS			114,31 ^μ ± 15,4 ^{μμ}
Normal	33	55,0	
Elevada	15	25,0	
HAS	11	18,3	
Não aferiu	01	1,7	
7. PAD			75,97 ^μ ± 12,4 ^{μμ}
Normal	26	43,3	
Elevada	10	16,7	
HAS	23	38,3	
Não aferiu	01	1,7	
8. Glicemia			
Pós-Prandial	56	93,3	129,2 ^μ ± 94,4 ^{μμ}
Jejum	04	6,7	85,6 ^μ ± 10,2 ^{μμ}
Pós Prandial			
Normal	46	76,7	

Continua.

Tabela 2 –Perfil clínico e distribuição dos fatores de risco para DCNT. Picos – PI, 2018. (n=60). (Conclusão).

Variáveis	n	%
Pós Prandial		
Pré Diabetes	07	11,7
Diabetes	03	5,0
Jejum		
Normal	04	6,7
Pré Diabetes	0	0
Diabetes	0	0

Fonte: dados da pesquisa.

ªMédia; ªª Desvio Padrão.

Ainda na tabela 2, apresentam-se os resultados das medidas de pressão arterial (PA) divididas em pressão arterial sistólica (PAS) conhecida como medida máxima e pressão arterial diastólica (PAD) conhecida como medida mínima. Acerca disso os níveis de PAS se mostraram elevados em 25% e hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 18,3%, com média de $114,31 \pm 15,4$ mmHg. As medidas de PAD apresentaram 38,3 % HAS com média de $75,97 \pm 12,4$ mmHg.

A avaliação das glicemias capilares foi dividida em pós-prandial e em jejum. Verificou-se que respectivamente 76,7%, 6,7% apresentaram valores normais, 11,7%, pré-diabetes e 5,0% diabetes.

5.3 Condições de saúde e acesso

A caracterização das condições de saúde e acesso à atenção primária a saúde por localidade está demonstrada na Tabela 3.

Observa-se maior prevalência de condições crônicas 17 (28,3%) na zona urbana, em detrimento da zona rural 3 (5,0%) ($p=0,033$). Quando associadas as condições agudas com a zona de moradia, 29(48,3%) dos homens residentes na zona urbana relataram alguma condição aguda nos últimos 60 dias que antecederam a coleta, já na zona rural apenas nove (15,0%) ($p=0,037$). Entre as condições agudas mais frequentes estão a gripe (influenza) representando 26,7% (16) na zona urbana, (5) 8,3% na rural ($p=1,319$), e as tonteiras com (9)15,0 % na zona urbana ($p=5,294$).

No tocante a dados sobre violência física, apenas um (1,7%) residentes na zona urbana foi acometido ($p=0,476$). Para acidentes de trânsito, três (5,0%) residentes na zona urbana foram afetados, e apenas um (1,7%) da zona rural se acidentou ($p=0,714$).

Quando indagados sobre qual tipo de serviço buscavam quando precisavam de atendimento em saúde, 33 (55,0%) homens da zona urbana e 19 (31,7%) da zona rural, relataram procurar o hospital para solucionar o problema ($p=0,179\%$). Estes, ainda afirmaram procurar a Unidade Básica de Saúde, sendo 30 (50,0%) do total da zona urbana e 10 (16,7%) do total da zona rural ($p=0,053$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Condições de saúde e acesso por zona de moradia. Picos – PI, 2018. (n=60).

Variáveis	Zona		P valor*
	Urbana	Rural	
1.Crônicas			
Não	23 (38,3%)	17 (28,3%)	0,033
Sim	17 (28,3%)	3 (5,0%)	
2.Condições Agudas			
Não	11 (18,3%)	11 (18,3%)	0,037
Sim	29 (48,3%)	9 (15,0%)	
Febre	06 (10,0%)	4 (6,7%)	0,240
Tosse	10 (16,7%)	4 (6,7%)	0,186
Tonteyras	09 (15,0%)	-	5,294
Gripe (Influenza)	16 (26,7%)	5 (8,3%)	1,319
Dengue	-	-	-
Apendicite	-	-	-
Amigdalite	10 (16,7%)	4 (6,7%)	0,186
3.Violência Física			
Não	39 (65,0%)	20 (33,3%)	0,476
Sim	01 (1,7%)	-	
4.Acidente de Trânsito			
Não	37 (61,7%)	19 (31,7%)	0,714
Sim	03 (5,0%)	1 (1,7%)	

Continua.

Tabela 3 - Condições de saúde e acesso por zona de moradia. Picos – PI, 2018. (n=60).
(Conclusão).

Variáveis	Zona		P valor*
	Urbana	Rural	
5. Hospital			
Não	07 (11,7%)	01 (1,7%)	0,179
Sim	33 (55,0%)	19 (31,7%)	
6. UBS			
Não	10 (16,7%)	10 (16,7%)	0,053
Sim	30 (50,0%)	10 (16,7%)	

Fonte: dados da pesquisa.

* Teste Qui-quadrado de Pearson

A tabela 4 demonstra a frequência dos dados relacionados ao acesso a tenção primária, os profissionais consultados, quantidade de visitas e o motivo. Na qual resultaram e uma baixa procura a unidade visto que 36,7% vão esporadicamente a esse serviço, e quando vão na maioria das vezes é para consultar com o profissional médico por motivo de marcação de consultas e exames. Dos que vão esporadicamente e dos afirmaram não procurar a UBS, a maioria deles respondeu apontou o fato de não adoeceram como motivo para pouca ou nenhuma frequência.

Tabela 4 – Frequência de visitas a UBS, profissionais e motivo da busca por atendimento. Picos – PI, 2018. (n=60).

Variáveis	n
1.Frequência de Visitas a UBS	
Nunca procura ou procurou atendimento em outro SS**	15
Uma vez ao mês	05
Uma vez a cada 2 meses	03
Uma vez a cada 3 meses	03
A cada 6 meses ou 2 vezes ao ano	08
Uma vez ao ano	04
Esporadicamente ou Raramente	22

Continua.

Variáveis	n
2.Consulta com profissionais *	
Médico	37
Enfermeiro	19
Nutricionista	04
Psicólogo	01
Fisioterapeuta	01
Dentista	07
Fonoaudiólogo	-
3. Motivo da procura a UBS*	
Hiperdia	08
Tratamento odontológico	05
Consulta de rotina	18
Atendimento de Enfermagem	08
Medicamentos	10
Vacinas	20
Marcar consultas ou exames	26
4. Motivo da pouca procura *	
Espera por atendimento	04
Falta de profissionais ou materiais	10
Localização	01
Negligencia própria	05
Por não adoecerem	12
Unidade fechada	10

5.4 Associação condições de saúde e acesso

A Tabela 5 expõe o resultado do cruzamento entre as condições de saúde e o acesso aos serviços de atenção primária das duas localidades.

Tabela 5 - Associação entre condições de saúde e acesso à atenção primária. Picos – PI, 2018. (n=60).

Zona Urbana e Rural			p valor*
UBS			
Crônicas	Não	Sim	0,333
Não	15 (25,0%)	25 (41,7%)	
Sim	05 (8,3%)	15 (25,0%)	
Agudas			
Não	10 (16,7%)	12 (20,0%)	0,130
Sim	10 (16,7%)	28 (46,7%)	

Fonte: dados da pesquisa.

* Teste Qui-quadrado de Pearson

Apenas 15 (25,0%) da amostra que possui condição crônica vão a UBS, em contrapartida, 5(8,3%) dos participantes que possui alguma condição crônica não frequentam a UBS (p=0,333).

No que se refere as condições agudas, 28 (46,7%) que relatam alguma condição aguda, afirmaram ir a UBS em busca de atendimento e 12 (20,0%) que não possuem condições agudas, relataram ir a UBS (p=0,130) para realizar atendimentos.

5.5 Associação fatores de risco e localidade

A Tabela 6 mostra o resultado do cruzamento dos fatores de risco com a localidade e os valores percentuais baseados por zona.

Tabela 6 - Associação entre fatores de risco e zona de moradia. Picos – PI, 2018. (n=60).

Variáveis	Zona		P valor*
	Urbana	Rural	
1.Tabagismo			5,221
Não	37(92,5)	15(75,0%)	
Sim	03(7,5 %)	05(25,0%)	

Continua.

Tabela 6 - Associação entre fatores de risco e zona de moradia. Picos – PI, 2018. (n=60).(Conclusão)

Variáveis	Zona		P valor*
	Urbana	Rural	
2.Etilismo			0,039
Não	13 (32,5%)	06 (30,0%)	
Sim	27 (67,5%)	14 (70,0%)	
3. Exercício Físico			4,551
Considerados sedentários	26 (65,0 %)	17 (85,0 %)	
Considerados ativos	14 (35,0%)	03 (15,0%)	
4. IMC			2,773
Índices abaixo	02 (5,0%)	-	
Índices normais	17 (42,5%)	09 (45,0%)	
Índices acima	21 (52,5%)	11 (55,0%)	

Fonte: dados da pesquisa.

* Teste Qui-quadrado de Pearson

Considerando as zonas, os resultados mostram que cinco (25,0%) dos participantes de zona rural afirmaram fazer uso de tabaco, 14 (70,0%) da mesma zona de moradia relataram consumir algum tipo de bebida alcoólica, desses ainda 17 (85,0%) foram classificados como sedentários por não praticar, ou não atingirem o mínimo preconizado de exercício físico recomendado por semana. Sendo que 11 (55,0%) dos homens da mesma zona apresentaram IMC acima do recomendado.

6 DISCUSSÃO

O estudo em questão avaliou as condições de saúde e o acesso a atenção primária de homens de zona urbana e rural que residiam nas áreas de abrangência das UBS selecionadas, fazendo parte da amostra homens entre 20 e 59 anos.

Predominaram participantes com idade entre 20 a 29 anos (36,7%) com média de 37,0 anos. Diferindo do estudo de Moura, Gomes e Pereira (2014) no qual participaram homens do mesmo recorte etário, predominando homens de 30 a 39 anos. Em relação a cor/etnia autorreferida parda (60%), casados (51,7). Semelhante a Gama et al. (2016), pesquisa realizada com 75 homens acompanhados no Programa de Saúde do Homem do centro de referência em Salvador - BA, a maioria dos homens se autodeclararam pardos (68,0%) e estavam em situação conjugal casado/união consensual (70,7%).

O nível de escolaridade em maioria foi ensino médio completo (30%), de igual modo, Silva et al. (2018) identificou que 27,24% dos usuários pesquisados tem ensino médio completo. Mais da metade da amostra (56,7 %) tem ocupação remunerada formal, da mesma forma apresentada por Moura, Gomes e Pereira (2014) em seu estudo.

Em relação a renda mensal, na presente pesquisa a amostra recebe de >2 a 3 SM (30,0%). Czorny et al. (2017) apresentou resultados semelhantes com renda de 1 a 3 (73,67%) SM. A classe econômica predominante foi a D-E. Similarmente Radovanovic et al. (2014) apresentou a maior parte dos indivíduos pertencentes a essa classe.

Quanto aos fatores de risco 10% do total da amostra relataram fumar e 68% afirmaram consumir algum tipo de bebida alcoólica. Os dados dos participantes com consumo diário de cigarro, está abaixo da média nacional segundo a pesquisa Brasil (2017) na qual, 12,7% dos homens adultos (>18 anos) entrevistados afirmaram fumar diariamente. Enquanto do total da amostra 68,0% disseram consumir algum tipo de bebida alcoólica, sendo esse dado quase o dobro em comparado a Medeiros et al. (2014) com frequência de 34,5%.

Mendes, (2011) afirma que padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social.

Dados da OMS sugerem que a obesidade está relacionada com cerca de 80% das doenças coronarianas, 90% de diabetes tipo 2 e 30% de câncer. Elas poderiam ser evitadas por meio de práticas alimentares saudáveis, maior atividade física e menor utilização do tabaco e seus derivados (Medeiros et al., 2014). De conformidade, 71,6% dos entrevistados foram

classificados como sedentários, esse percentual está muito acima comparado ao estado do Piauí (38%), Brasil (2017). Diante dessa comparação, os dados mostram-se preocupantes apontando uma deficiência na prática de atividade física e em outros fatores de risco para DCNT. Uma vez esses resultados tiveram maior contribuição na zona rural, tendo em vista que quase sempre obtiveram dados negativos diante das diretrizes desses hábitos de vida.

Sob os dados observados, houve certa discrepância entre o IMC (43,3 % normais) e a circunferência abdominal (41,7% obesidade abdominal), considerando que apesar da maioria apresentar avaliação do IMC normal, sua classificação isolada não avalia a composição corporal, o que pode explicar esse resultado. Esses dados obtidos ratificam Nunes et al. (2009) que demonstra a limitação da avaliação apenas pelo IMC, pois os indivíduos que apresentaram índices dentro dos padrões de normalidade, possuíam uma quantidade de gordura corporal acima do ideal. Com relação a circunferência abdominal, Medeiros et al. (2015) avaliou o estado nutricional e a composição corporal dos homens adultos atendidos em uma clínica escola em Teresina - PI, da mesma forma tinham medidas acima do recomendado (≥ 94 cm), o que é bastante preocupante, considera-se esse fato com uma maior propensão ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade segundo a OMS (BRASIL, 2017).

Os valores da frequência com que os homens buscam a UBS mostraram uma baixa procura pelo serviço, visto que maioria (36,7%) vão esporadicamente ou raramente. De maneira similar ao estudo de Silva et al. (2018) que analisou a frequência de 301 homens nas UBS da zona urbana de Teresina. Indagados por qual motivo da não procura a esse serviço, a maior parte da amostra referiu o não adoecimento. Ratificando o exposto, Cavalcanti et al. (2014) menciona o fato de alguns autores reconhecerem que é comum o homem não enxergar a necessidade pela procura das unidades de saúde para ações de prevenção, assim como, não suportam a espera por atendimento. Logo, esses homens passam a buscar atendimento quando já estão acometidos por alguma enfermidade.

Os impactos causados por esses hábitos oneram o SUS sendo as DCNT responsáveis pelos maiores gastos com atenção médica no SUS, conforme dados apresentados no site do MS. Em 2005, dos seis bilhões gastos com o pagamento de Autorizações de Internação Hospitalar (exceto partos), as doenças crônicas representaram 58% do gasto total, liderado pelos gastos das doenças cardiovasculares (22%), doenças respiratórias crônicas (15%) e neoplasias (11%). Além disso, essas doenças crônicas pioram a qualidade de vida e comprimem o orçamento das populações mais pobres e mais acometidas por estas doenças e suas complicações mais frequentes (BRASIL, 2009).

Com relação às condições crônicas Mendes (2011), aponta a HAS como um grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo em torno de 20% da população adulta. Isso significa que há, aproximadamente, 20 milhões de portadores de hipertensão no país. Frente a essa situação epidemiológica, o país vem, há anos, desenvolvendo uma política de controle da hipertensão arterial sistêmica que apresenta gastos significativos e crescentes sem, contudo, produzir resultados sanitários satisfatórios, já que as taxas de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica não apresentam tendência de queda.

Do mesmo modo Radovanovic et al. (2014) mostrou a prevalência de 19,5% de HAS em homens, do mesmo modo aos dados encontrados nas medidas de PAS (HAS 18,3%) nesta pesquisa. Os dados de Malta et al. (2017) que relacionam fatores de risco da carga global de doença do Brasil, mostram que a taxa de glicemia em homens apresentou-se elevada em 7,3% da amostra, tanto quanto os indivíduos classificados com diabetes nessa pesquisa (5,0%).

Sob o mesmo ponto de vista através do comparativo entre zona e condições de saúde, observou-se a maior prevalência de condições crônicas na zona urbana em relação a rural, do mesmo modo as condições agudas foram mais frequentes na zona rural. Para Paiva (2016) algumas doenças crônicas podem apresentar peculiaridades relacionadas ao espaço rural, dadas as possíveis dificuldades no diagnóstico, adesão ao tratamento e evolução das comorbidades e complicações principalmente a HAS. O que pode explicar a maior prevalência dessas condições na zona urbana, considerando também que essa localidade apresentou maior frequência de acesso aos serviços de atenção primária, possibilitando assim maiores chances de rastreamento ou diagnósticos.

Ao se relacionar acesso a atenção primária e zona, a presente pesquisa obteve diferença estatística significativa ($p=0,053$) na variável UBS mostrando que os homens de zona urbana procuram mais por esse serviço. Pode ser comparado a Solano (2017), onde mais da metade da população rural mundial não tem acesso a saúde. Na comparação entre condições de saúde por zona de moradia, apresentou diferença estatística significativa nas seguintes variáveis: condições agudas ($p=0,037$) e crônicas ($p=0,033$). Não foi possível comparar com outras literaturas tendo em vista que os estudos encontrados comparavam de maneira completamente distintas.

Já a comparação de acesso entre zonas e serviços, mostrou que a maioria (86,7%) em ambas as zonas, afirmaram buscar atendimento no serviço hospitalar. O que pode ser explicado por Silva et al. (2018) que menciona a dificuldade de os homens ausentarem-se do seu ambiente de trabalho para buscar atendimento, tanto preventivo como curativo, tendo em vista que as UBS ficam abertas apenas em horário comercial. Daí a necessidade de as empresas

empregadoras e o serviço de saúde da APS unirem esforços no sentido de garantir aos homens uma assistência preventiva.

Cordeiro et al. (2014) discute sobre os serviços de saúde terem uma deficiência em absorver a demanda apresentadas pelos homens, proporcionada pela organização dos serviços que não estimula o acesso destes e, pelo fato, das próprias campanhas de saúde pública não se voltarem para o segmento dessa população. E conclui que a ampliação do horário de funcionamento nas UBS, também para o período noturno, aponta para uma potencial eficácia da estratégia de se criar horários alternativos para o atendimento à clientela masculina, sobretudo aos usuários trabalhadores.

Com relação a oferta de atendimento em horários alternativos adequados para a população masculina, a presente pesquisa identificou a inexistência dessa estratégia nas localidades selecionadas, apesar de esse não ser o motivo principal da baixa frequência de procura pela UBS. Porém é necessário planejar ações, visando à melhoria dos indicadores e à qualidade de vida dessa população (ALVES, 2016). Outro fator que poderia contribuir para a melhoria das condições de saúde dessa população é a busca ativa por parte da equipe de saúde, avaliando que a maioria dos homens desse estudo não vão a UBS “por não adoecerem”.

Em relação a Enfermagem, observa-se a necessidade de dar visibilidade aos profissionais enfermeiros, pois a maioria dos participantes considerou o médico como principal referência para atendimento quando adoecem ou buscam atendimentos nas unidades. Salienta-se que a atuação do enfermeiro como integrante da equipe de ESF deve ampliar sua ação na atenção primária a saúde para além das unidades que oferecem esses serviços, realizando ações preventivas em vários lugares considerando as peculiaridades do grupo em estudo. Tendo em vista sua inegável importância para outros grupos populacionais (crianças, adolescentes, mulheres e idosos (SILVA et al., 2018).

Diante da existência de poucas pesquisas relacionadas a essa temática, esse estudo colabora para a melhoria do acesso e da avaliação das condições de saúde, tendo em vista a adequação a realidade masculina. Considerando também que a partir desse, podem surgir outros estudos na mesma temática proporcionando novas informações ao mundo científico, aos enfermeiros e demais profissionais que prestam assistência a esse público. O que pode levar a sensibilização desses profissionais, facilitando o envolvimento com esses pacientes.

7 CONCLUSÃO

O perfil dos homens em estudo foi caracterizado por idade entre 20 e 29 anos, pardos, casados com ensino médio completo, ocupação remunerada, pertencentes a classe econômica D-E. Com hábitos de vida caracterizado pelo sedentarismo acima da média estadual, obesidade abdominal, tabagismo abaixo da média nacional e alta prevalência de consumo de bebidas alcoólicas.

Os homens de zona rural comparados aos de zona urbana, apresentaram maiores frequências de fatores de risco para doenças cardiovasculares, relacionados aos hábitos de vida. Entretanto, os de zona urbana prevaleceram nos dados de condições crônicas e agudas. Esse fato pode estar relacionado a pouca procura pelas UBS dos homens da zona rural visto que esses apresentaram menor busca ao serviço, dificultando o rastreamento e diagnóstico dessas condições. Ainda, observa-se a baixa frequência em relação a busca por atendimento na atenção primária e a alta frequência para atendimentos hospitalares em ambas as zonas.

O comparativo acesso a atenção primária e zona, apresentou relevância estatística demonstrando baixa procura a atenção primária na zona rural, seguindo então tendência internacional de baixo acesso aos serviços de saúde por diferença de zona.

Diante desses resultados a acessibilidade, relacionada a disponibilidade de horários de funcionamento, a baixa frequência da busca por atendimento nas UBS, e a mudança de local da unidade, podem contribuir para o raro comparecimento dessa população a esse serviço, ressaltando a necessidade de melhorias. Levando a entender que ainda há muitos desafios a serem superados pela ESF dessas localidades. Dessa maneira a reorganização das ações de saúde por meio de uma proposta inclusiva pode ser o caminho.

Apesar das limitações o estudo apresenta resultados relevantes e inovadores, possibilitando outras investigações e comparativos, como também o desenvolvimento de ações destinadas a esses usuários.

Sugere-se ainda, a realização de novas pesquisas direcionadas para grupos populacionais como o estudado nessa pesquisa, visando a exposição das realidades existentes em distintos locais.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Oit denuncia falta de serviços de saúde para população rural no mundo**. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2015-04/mais-da-metade-da-populacao-rural-no-mundo-nao-tem-acesso-servicos-de>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- ALVES, F. P. **Saúde do homem: ações integradas na atenção básica**. Recife: Universitária da UFPE, 2016. 53 p.
- BIDINOTTO, D. N. P. B.; SIMONETTI, J. P.; BOCCHI, S. C. M. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-8, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. 2012.
- _____. _____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28p.
- _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
- _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2009. 92 p.
- _____. _____. **Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB**. 2015.
- _____. _____. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 160p, 2017.
- _____. _____. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina**. *Rev Saúde Pública*. v. 43, n.1, p1-2, 2009.
- BRISCHILIARI, S.C.R. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 27, n.1, p. 35-42, 2014.
- CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. Crecencia Heckler de. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 662-668, 2014.
- CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.547-553, 2014.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência integral à saúde dos homens: necessidades, barreiras e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p.628-634, 2014.

CORDEIRO, S. V.L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p.644-649, 2014.

CZORNY, R. C. N. et al. Perfil do usuário homem atendido em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife, v. 4, n. 11, p.1624-1631, 2017.

FOLSTEIN M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J Psychiatr Res**, n.12, p. 189-198. 1975.

GAMA, G. G. G. et al. Perfil antropométrico de usuários hipertensos de um programa de saúde do homem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p.44-52, 2016.

MACHADO, M.F.; RIBEIRO, M.A.T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.343-55, 2012.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p.217-232, 2017.

MEDEIROS, G. R. et al. Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares relacionados à obesidade abdominal. **Evs - Estudos Vida e Saúde**, p.495-505, 2014.

MEDEIROS, K. F. et al. Composição corporal e avaliação antropométrica de adultos. **Rev. Enferm UFPE On Line**, v.9, n. 10, p.1453-1460, 2015.

MELO, A. U. C.; SÁ, M. C.; SOBRINHO, J. R. P. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: uma análise da literatura no Brasil. **Revista de Saúde UniAGES**, v. 1, n. 1, p. 9-32, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2.ed. 2011.

MOURA, E. C. de; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p.291-300, 2014.

NUNES, R. R. et al. Confiabilidade da classificação do estado nutricional obtida através do IMC e três diferentes métodos de percentual de gordura corporal em pacientes com diabetes melito tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.**, v. 3, n. 53, p.360-367, 2009.

PEREIRA, A.; PATRÍCIO, T. – **SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia**. 8. ed. 2013. 736-3. 256p.

POCOCK, S. J. **Clinical trials – a practical approach**. Great Britain: John Wiley & Sons, 1989.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: aplicação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Artmed, 2011.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.547-553, 2014.

SANTOS JÚNIOR, R. Q. et al. Saúde Do Homem Na Bahia: A Internação Hospitalar De Adultos Nos Anos 2000 E 2010. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p.139-157, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Prefeitura Municipal de Picos. **Relatório de Gestão Anual**. 2015.

SILVA, A. N. et al. Avaliação da atenção primária na perspectiva da população masculina. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 236-243, 2018.

SILVA, D. M. et al. Acessibilidade do homem aos serviços da atenção básica: uma aproximação com a bioética da proteção. **Cogitare enferm.**, v. 18, n. 3, p. 573-578, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p.1-83, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017 – 2018**, São Paulo, 2018.

SOLANO, L. D. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017.

TAVARES, F. L. et al. Homens e acidentes motociclísticos: gravidade dos acidentados a partir do atendimento pré-hospitalar **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 2016.

WHELTON, P. K. et al. 2017

ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. **Journal Of The American College Of Cardiology**, v. 71, n. 19, p.127-248, 2018.

XAVIER, S. Q. et al. Grupos de educação em saúde aproximação da população masculina à unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2372-2382, 2015.

ZANGIROLANI, L.T. O. et al. Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1221-1232, abr. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados para Avaliação Socioeconômica, Acessibilidade, Fatores de Risco e Condições de Saúde

(ADAPTADO) – SILVA (2018)

ZONA: (1) URBANA (2) RURAL

Pesquisador: _____ Data da Coleta _____

Revisor: _____ Data da Revisão: _____

PARTICIPANTE

Nome Completo: _____ Telefone:() _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Endereço: _____ N° _____. Bairro _____

ITEM	QUESTÃO	CÓDIGO/CATEGORIAS	REVISOR
1.	Idade em anos _____	20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59	1 2 3 4 ()
2.	Estado civil/ Situação conjugal	Casado Solteiro União Estável Viúvo Separado Não sabe, ou não quer responder	1 2 3 4 5 9 ()
3.	Qual a sua etnia / Cor? (autorreferida)	Branco Pardo Negro/Preto Amarelo Indígena Não sabe, ou não quer responder	1 2 3 4 5 9 ()
4.	Religião	Nenhuma/Não tem religião Católico Evangélico Outra	0 1 2 3 ()
5.	Escolaridade	(0) Analfabeto (1) Ens. Fund. Incompleto (2) Ens. Fund. Completo (3) Ens. Médio. Incompleto (4) Ens. Médio. Completo (5) Superior Incompleto (6) Superior Completo	0 1 2 3 4 5 6 ()
6.	Qual é a sua renda mensal, aproximadamente? R\$ _____ Salário Mínimo(SM) 2018. R\$ 954,00.	(1) até 1 SM (R\$ 954,00) (2) 1 a 2 SM R\$ 954,00 a 1908,00) (3) 2 a 3 SM de R\$ 1.908,00 a R\$ 2.862,00 (4) Mais de 3 SM (>R\$ 2.862,00) (9) Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 9 ()

ITEM	QUESTÃO	CÓDIGO/CATEGORIAS	REVISOR
7.	Tem plano de saúde?	Não Sim	0 1 ()
8.	Utiliza o plano de saúde?	Não Sim Não se aplica	0 1 9 ()
9.	Quando precisa receber algum atendimento em saúde qual serviço o Senhor procura?	(1) Hospital (2) Posto de saúde (UBS) (3) Clínicas privadas (4) Farmácia (automedicação) (5) Outros especificar _____	1 2 3 4 5 ()
10.	Tipo de serviço que utiliza:	Público Privado Ambos	1 2 3 ()
11.	Ocupação	(0) Não trabalha (1) Trabalho formal (2) Aposentado (3) Pensionista (4) Trabalho informal (5) Outra _____ (9) Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 4 5 9 ()
12.	Por qual motivo procura esse serviço?	_____ _____	
13.	Quantas vezes o senhor vai no Posto de Saúde?	(0) Não Utiliza (1) Uma vez a mês (2) A cada dois meses (3) A cada três meses (4) A cada seis meses (5) Anualmente (6) Esporadicamente (raramente)	0 1 2 3 4 5 6 ()
14.	Quando o senhor vai ao Posto de Saúde se consulta com quem?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Nutricionista (4) Psicólogo (5) Fisioterapeuta (6) Dentista (7) Fonoaudiólogo (8) Outros especificar: _____ (9) Não se aplica	1 2 3 4 5 6 7 8 9 ()

15.	Qual o motivo principal da procura por atendimento na Unidade Básica de Saúde, no momento?	(1) Atendimento no HIPERDIA (2) Tratamento odontológico (3) Consulta de rotina (Check-up) (4) Atendimento de Enfermagem _____ (5) Medicamentos (6) Vacinas (7) Marcação de consultas ou exames especializados (8) Outro _____ (9) Não se aplica	1 2 3 4 5 6 7 8 9	()
16.	O Posto de Saúde fica aberto no sábado ou no domingo?	Não Sim Não se aplica	0 1 9	()
17.	Quando o Posto de Saúde está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	Não Sim Não se aplica	0 1 9	()
18.	É fácil marcar hora para uma consulta com médico ou enfermeiro no posto de saúde?	Não Sim Não se aplica	0 1 9	()
19.	Por qual motivo o Senhor não procura o Posto de Saúde (UBS)?	(1) Quanto aos horários de Funcionamento do Posto de Saúde (2) Quanto a espera pelo atendimento (3) Falta de profissionais ou Materiais (4) Localização _____ (5) Outro, Especificar _____	1 2 3 4 5	()

ITEM	QUESTÃO	CÓDIGO/CATEGORIAS	REVISOR
20.	Fuma atualmente?	Não Sim, diariamente Sim, menos que diariamente	0 1 2 ()
21.	Com que frequência consome bebida contendo álcool?	(0) Parei de beber ou Nunca bebi (1) Uma vez por mês ou menos (2) 2 a 4 vezes por mês (3) 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana Qual tipo de bebida? _____	0 1 2 3 4 ()
22.	Pratica algum exercício físico?	Não Sim Se sim, qual? _____ Quantas vezes por semana? _____	0 1 ()

23.	Você possui alguma doença? (aguda e/ ou crônica) (<i>Se não Pular para 25</i>).	Não Sim Se sim qual? _____	0 1 ()
24.	Se sim, faz tratamento para a doença? (Caso Não, não se aplica).	Não Sim Não se aplica	0 1 9 ()
25.	Foi internado nos últimos meses?	Não Sim Motivo _____	0 1 ()
26.	Nos últimos dois meses o senhor teve	(1) Febre (2) Tosse (3) Tonteadas (4) Gripe (influenza) (5) Dengue (6) Apendicite (7) Inflamação de Garganta constante (Amigdalite) (9) Não se aplica	1 2 3 4 5 6 7 9 ()
27.	Sofreu alguma violência física?	Não Sim Se sim, qual? _____	0 1 ()
28.	Sofreu algum acidente de trânsito?	Não Sim Se sim, qual? _____	0 1 ()

29.	Nos últimos 3 meses teve ou descobriu alguma doença como: Trombose, Derrame, Má circulação, entupimento de veia? (doenças cardiovasculares) Câncer, Diabetes, Asma, Rinite, DPOC (Doença pulmonar).	Qual ? _____	Não Sim	0 1	()
30.	Hanseníase, HIV, Hepatite B ou C ?	Qual ?	Não Sim	0 1	()

31.	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Cód	Revisão
Peso: _____ kg	Estatura: _____ m	IMC: _____ kg/m ²	1 2 3 4 5 6	()	
		Circunferência Abdominal _____ cm			

32.	MONITORIZAÇÃO	Cód	Revisão
	Pressão Arterial ____ X ____ mmHg	1 2 3 4 5	()
	Glicemia Capilar _____ mg/dl Jejum A () Pós Prandial B ()	1 2 3 4	()

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Condições de saúde e o acesso à atenção primária de homens em zona rural e urbana.

Pesquisador responsável: Prof^a. Msc. Nádyá dos Santos Moura.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí-UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros-CSHNB/Picos (PI).

Pesquisadores Participantes: Pablo Itallo Macedo de Lima.

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 99906-5396.

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

A pesquisa tem como objetivo avaliar as condições de saúde e acesso a atenção primária de homens em zona rural e urbana. As informações fornecidas ajudarão além de você, outros homens a conhecerem as possíveis vulnerabilidades que envolvem esse grupo populacional.

As atividades desta pesquisa serão realizadas na área de Estratégia Saúde da Família em que você é cadastrado e faz o acompanhamento de saúde.

Será aplicado um formulário sobre o seu perfil socioeconômico e clínico. Ainda, serão realizadas algumas perguntas quanto aos hábitos de vida, acesso ao serviço de saúde e condições de saúde. Juntamente com a verificação da pressão arterial, peso, circunferência abdominal e glicemia capilar (nível de açúcar no sangue). A verificação dessas medidas será realizada de forma gratuita.

Para a realização da glicemia capilar, o pesquisador realizará todos os cuidados necessários para diminuir o desconforto e risco de infecção local, sendo eles, reunião do material necessário (bandeja, algodão, álcool a 70%, fitas, lancetas (agulhas), glicosímetro, caixa para descarte de perfurocortante, lavagem das mãos, orientação do participante, uso de equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento e jaleco), realizar a antissepsia do seu dedo com algodão embebido em álcool a 70%, após a coleta da gota de sangue fechar a perfuração com algodão seco e descartar os materiais utilizados em local adequado.

Durante o procedimento será colhida uma gota de sangue do seu dedo, após a antissepsia do mesmo, através da perfuração cutânea por uma lanceta estéril e a dosagem de glicose será verificada por meio da colocação de uma gota de sangue em fita teste acoplada em aparelho próprio para esse fim (glicosímetro), de modo a verificar como está o controle do açúcar do seu sangue. Posteriormente, será colocado no local perfurado algodão seco e será realizado uma leve pressão para contenção do sangramento, o pesquisador irá aguardar a leitura do aparelho, recolherá o material, retirará as luvas de procedimento, as desprezará em local adequado e lavará as mãos.

O resultado do teste será informado a você e o pesquisador procederá com a anotação do mesmo. Ainda, serão realizadas algumas perguntas, Tais perguntas poderão deixar você constrangido ou trazer-lhes desconforto. O pesquisador estará atento para amenizar ou solucionar fatos como esses garantindo a confidencialidade e a sua privacidade, assim como a destinação das informações apenas na produção científica para publicações e trabalho acadêmico.

Sua colaboração é importante, mas você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os passos deste estudo sejam esclarecidos.

Informamos que, caso aceite colaborar, sua identidade será mantida em sigilo e as informações ficarão sob a guarda dos pesquisadores e somente serão utilizadas para a finalidade aqui definida, sendo que você poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação desta. Será assegurado que não haverá identificação e os dados de identificação serão mantidos em sigilo.

Esta pesquisa trará benefícios através da ampliação do conhecimento sobre o acesso e condições de saúde dos participantes, bem como o possível rastreamento de alguns agravos a saúde dos mesmos. Proporcionando novas informações ao mundo científico, aos enfermeiros e demais profissionais que prestam assistência a esse público. O que pode levar a sensibilização desses profissionais, possibilitando um melhor envolvimento com esse público. Os riscos estão relacionados ao constrangimento durante a realização de algumas perguntas e o desconforto com a picada da agulha para a realização do teste de glicemia capilar. Para minimizá-los os pesquisadores entrevistarão os participantes de maneira individual e reservada. Acredita-se, que neste estudo, os benefícios superem os riscos.

Sua participação se dará no período da coleta de dados, que será realizado nos meses de abril a maio de 2018

Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Condições de saúde e acesso à atenção primária de homens em zona rural e urbana**”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a Prof^a. Msc. Nádyá dos Santos Moura, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____/____/_____

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – Rua Cícero Duarte, 905 - Bairro Junco – Picos/ PI
CEP: 64.607-670 - Picos - PI tel.: (89) 3422-3007 - e-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

ANEXOS

ANEXO A - Modelo de Questionário sugerido para aplicação

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

Classificação econômica. ABEP 2018		QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI				
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					


A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

- 1 Rede geral de distribuição
- 2 Poço ou nascente

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- 1 Asfaltada/Pavimentada
- 2 Terra/Cascalho

Nomenclatura atual
Analfabeto/Fundamental I incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto
Médio completo/Superior incompleto
Superior completo

ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental (MEEM) FOSTEIN et al.(1975)			
1.Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao participante para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O Sr faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0- 3pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao participante para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem(1ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita; Dobre-o ao meio; Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao participante para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao participante para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE HOMENS EM ZONA RURAL E URBANA

Pesquisador: Nádyá dos Santos Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82569318.9.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.603.227

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa aborda a investigação das condições de saúde e acesso de pessoas do sexo masculino residentes em área urbana e rural ao serviço de atenção primária à saúde. O estudo será realizado em duas unidades da Estratégia Saúde da Família, localizadas em zona urbana e rural no município de Picos, Piauí. A amostra será composta por 149 usuários do sexo masculino cadastrados nas referidas unidades. Será utilizado um instrumento de coleta de dados contendo variáveis de identificação, condições de saúde, acesso aos serviços e dados clínicos dos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar as condições de saúde e acesso à atenção primária de homens em zona rural e urbana.
Específicos: Definir as características socioeconômicas e clínicas; Traçar as condições de saúde de homens em zona rural e urbana; Verificar o acesso aos serviços de saúde de homens em zona rural e urbana; Associar as condições de saúde ao acesso aos serviços de saúde de homens de zona rural e urbana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: estão relacionados pelo constrangimento de algumas perguntas, e a necessidade de

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.603.227

mensuração das medidas antropométricas que poderá causar dor ou desconforto (peso, altura, índice de massa corporal) e clínicas (pressão arterial e glicemia capilar). O risco de constrangimento das perguntas e mensurações pode ser amenizado realizando-o de forma individualizada e reservada. Para a obtenção da glicemia capilar, o pesquisador realizará todos os cuidados necessários para diminuir a dor ou desconforto e risco de infecção local, sendo eles a reunião do material necessário (bandeja, algodão, álcool a 70%, luvas de procedimentos, fitas, lancetas, glicosímetro, caixa para descarte de perfuro-cortante), lavagem das mãos, orientação do paciente, uso de equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento e jaleco), realizar a anti-sepsia do dedo do paciente com algodão embebido em álcool a 70%, após a coleta da gota de sangue fechar a perfuração com algodão seco e descartar os materiais utilizados em local adequado.

Benefícios: ampliação do conhecimento sobre o acesso e condições de saúde dos participantes, bem como o possível rastreamento de alguns agravos a saúde dos mesmos. Proporcionando novas informações ao mundo científico, aos enfermeiros e demais profissionais que prestem assistência a esse público. O que pode levar a sensibilização desses profissionais, possibilitando um melhor envolvimento com esse público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta relevância para o conhecimento das condições de saúde dos homens atendidos na atenção primária à saúde e do acesso que eles tem ao serviço. O desenho metodológico prevê a realização de entrevistas individuais e a coleta dados clínicos e de identificação dos participantes. Os riscos para os sujeitos foram citados, a linguagem utilizada no TCLE está acessível e o cronograma está adequado para o início da coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se realizar a coleta de dados em outros locais onde o participante será mais facilmente encontrado, como em horários não comerciais em seu domicílio e/ou no seu trabalho, já que aqueles que trabalham poderão estar ausentes de casa durante o dia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto segue as recomendações éticas para pesquisa com seres humanos e está apto para aprovação.

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.603.227

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1062671.pdf	03/04/2018 11:27:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NovoTCLE2018.docx	03/04/2018 11:27:12	Nády dos Santos Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPabloFinal.docx	03/04/2018 11:26:58	Nády dos Santos Moura	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/04/2018 11:26:43	Nády dos Santos Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuencia.pdf	26/01/2018 12:21:41	Nády dos Santos Moura	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/01/2018 12:20:19	Nády dos Santos Moura	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	13/01/2018 11:36:52	Nády dos Santos Moura	Aceito
Outros	ICD.docx	13/01/2018 11:33:37	Nády dos Santos Moura	Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.docx	13/01/2018 11:32:29	Nády dos Santos Moura	Aceito
Outros	TCF.pdf	13/01/2018 10:53:06	Nády dos Santos Moura	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	13/01/2018 10:52:32	Nády dos Santos Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declpesquisadpres.pdf	13/01/2018 10:52:01	Nády dos Santos Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.603.227

PICOS, 17 de Abril de 2018

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

UF: PI

Telefone: (89)3422-3003

Município: PICOS

CEP: 64.607-670

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br



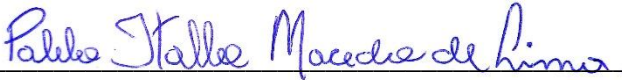
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(**X**) Monografia
() Artigo

Eu, **Pablo Itallo Macedo de Lima**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE HOMENS EM ZONA RURAL E URBANA**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 01 de agosto de 2018.


Assinatura