



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Avaliação do acesso e utilização da atenção primária em
saúde pela população masculina**

Alex do Nascimento Alves

Campina Grande

2017

Avaliação do acesso e utilização da atenção primária em saúde pela população masculina

Alex do Nascimento Alves

*Dissertação apresentada à Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, em
cumprimento dos requisitos necessários para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública, Área de Concentração Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Silva Coura

Campina Grande

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A474a Alves, Alex do Nascimento.
Avaliação do acesso e utilização da atenção primária em saúde pela população masculina [manuscrito] / Alex do Nascimento Alves. - 2017.
74 p. : il. color.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2017.
"Orientação: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde do homem. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Avaliação de serviços de saúde. I.
Título. 21. ed. CDD 613.042 34

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do candidato: Alex do Nascimento Alves

Título: Avaliação do acesso e utilização da atenção primária em saúde pela população masculina

Orientador: Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública

Aprovada em: 31 de março de 2017.

Banca Examinadora

Assinatura:



Prof. Dr. Aleksandro Silva Coura

Instituição:

Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Profa. Dra. Inacia Sátiro de Xavier França

Instituição:

Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Profa. Dra. Isabelle Katherinne Fernandes Costa

Instituição:

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dedico esta dissertação a Deus, por seu imenso amor e cuidado para comigo e por me permitir viver essa conquista, aos meus pais que me proporcionaram subsídios para dedicação aos estudos, a minha avó Delmira (*in memoriam*), por sempre expressar sua confiança e ajuda sempre que precisei, a minha noiva por toda ajuda e compreensão. A vocês dedico essa conquista!

AGRADECIMENTOS

A conclusão do mestrado junto à dissertação só foi possível de ser realizada devido ao incentivo e apoio de várias pessoas, as quais manifesto meu carinho e agradecimento. Em especial aos meus familiares, meus pais Afonso e Leni e meus irmãos, minha tia Regina e meus avós Anísio e Delmira (*in memoriam*); a minha noiva Polyanna e meus sogros Paulo e Selma; ao meu orientador Prof. Dr. Aleksandro Coura pelas suas orientações, ensinamentos, amizade, e suas contribuições para minha formação; aos meus pastores José Bezerra e Rivanda Alves; aos meus líderes Walker Bruno e Ana Eveline; aos meus amigos em especial Manfrinni, Kevin, Hoanna, e aos amigos de turma; aos professores que compõem o corpo docente do mestrado em saúde pública; a Lidiane Melo por sempre estar disponível quando necessário; a Kaio por ter me apresentado à pesquisa; aos queridos Mayara Araújo, Amanda Brito, Inayara Caroline, Karoline Bezerra, Prof. Raquel Moura, e a Rudiney Silva, que contribuíram imensamente para coleta de dados dessa pesquisa, sem os quais não teria conseguido; a Prof.^a Dra. Inacia Sátiro e a Prof.^a Dra. Isabelle Katherinne Fernandes que compuseram a banca de defesa; a Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande e aos participantes desse estudo.

RESUMO

Temas relacionados à saúde dos homens têm estimulado o interesse de pesquisadores. Verifica-se que embora a atenção primária seja considerada a porta de entrada para os demais níveis de atenção, a busca dos homens pelo serviço de saúde acontece muito raramente. Objetivou-se com esse estudo avaliar o acesso e a utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB. Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa, realizado nas unidades básicas de saúde de cidade de Campina Grande/PB, Brasil. Participaram do estudo 384 homens. Estabeleceram-se como critérios de inclusão idade entre 20 e 59 anos, idade preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, e estar adscritos às unidades de básicas de saúde da família de Campina Grande a pelo menos seis meses. A coleta dos dados foi realizada através do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, o *Pcatool – Brasil* versão adulto que avalia os atributos da atenção primária em saúde. Para a análise dos dados foi criado um banco de dados no programa *Excel*, e posteriormente transferidos para o programa SPSS 20.0 para a análise estatística. Os resultados demonstram associação entre a utilização do serviço e a idade ($p=0,02$), renda ($p=0,036$), credo ($p=0,018$) e o conhecimento da Política Nacional de Saúde do Homem ($p=0,007$), os componentes do acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade) obtiveram escore 5,79 e 2,7 respectivamente, sendo esse atributo considerado pelos usuários como pouco orientado para atenção primária. Conclui-se que os homens ainda não percebem a atenção primária como porta de entrada, e que esforços devem ser realizados para garantir, sobretudo o acesso de primeiro contanto, fazendo com que o homem perceba o serviço e dele faça uso.

Palavras chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde. Política Nacional de Saúde do Homem

ABSTRACT

Issues related to men's health have stimulated the interest of researchers. It is observed that although primary care is considered the gateway to other levels of care, the search for men by the health service happens very rarely. The objective of this study was to evaluate the access and utilization of primary care by the male population in Campina Grande / PB. This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, carried out at the basic health units of Campina Grande / PB, Brazil. A total of 384 men participated in the study. The inclusion criteria were age between 20 and 59 years, the age recommended by the National Policy for Integral Attention to Human Health, and to be assigned to the basic health units of the Campina Grande family for at least six months. Data collection was performed through the Primary Care Assessment Tool, the Pcatool - Brazil adult version that assesses the attributes of primary health care. To analyze the data, a database was created in the Excel program, and later transferred to the SPSS 20.0 program for statistical analysis. The results show an association between the use of the service and age ($p=0.02$), income ($p=0.036$), creed ($p=0.018$) and knowledge of the National Health Policy for Man ($p= 0.007$). First contact (use and accessibility) obtained a score of 5.79 and 2.7, respectively, and this attribute is considered by the users to be less oriented to primary care. It is concluded that men still do not perceive primary care as a gateway, and that efforts must be made to ensure, above all, access first, making the man perceive the service and make use of.

Key words: Health Services Accessibility. Primary Health Care. Health Services Evaluation. Health Evaluation. Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil sociodemográfico e socioeconômico dos homens usuários da atenção primária em campina grande/PB	36
Tabela 2 - Escores por itens do componente Utilização.	37
Tabela 3- Escores por itens do componente Acessibilidade	38
Tabela 4 - Associação entre as variáveis socioeconômicas e sociodemográficas com componentes utilização e acessibilidade do atributo acesso de 1º contato	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização de Campina Grande/PB.....	21
Figura 2 - Mapa dos bairros da cidade de Campina Grande/PB.	21
Figura 3 - Componentes relacionados aos atributos da atenção primária e seus respectivos itens.	26

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<i>PCAtool</i>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA, ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ...	11
1.2A	SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	13
2.	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL:	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
3.	MATERIAL E MÉTODOS	20
3.1	TIPO DE ESTUDO	20
3.2	CENÁRIO.....	20
3.3	SUJEITO DA PESQUISA.....	22
3.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	24
3.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
3.6	COLETA DOS DADOS	24
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	28
4.	RESULTADOS.....	29
4.1	ARTIGO	29
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXOS E APÊNDICES	Erro! Indicador não definido.
	APÊNDICE A – Termo de compromisso do pesquisador responsável	54
	APÊNDICE B – Declaração de concordância com projeto de pesquisa.....	55
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	56
	APÊNDICE D – Formulário socioeconômico/sociodemográfico	57
	ANEXO A – Instrumento de avaliação da atenção primária PCAtool – Brasil (Adulto)	59
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	72
	ANEXO C – Carta de Anuência Secretaria Municipal de Saúde	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA, ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A atenção primária teve seu marco estabelecido na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância – Unicef, onde foi proposto um sistema como núcleo principal de baixo custo para comunidade e de fácil acesso (BRASIL., 2011a; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A atenção primária se estabelece como o nível de um sistema de serviço de saúde que tem como prioridade oferecer soluções no sistema para todas as necessidades e problemas, tendo como prioridade a comunidade, visando proporcionar e maximizar a saúde e o bem-estar da população (STARFIELD, 2002).

O Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB define a atenção primária como sendo:

“[...]um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”(BRASIL, 2012).

No Brasil a operacionalização da atenção primária está baseada em um modelo que aponta os atributos essenciais da atenção primária como sendo acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além de mais três atributos derivados, os quais são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O acesso de primeiro contato se configura como sendo a capacidade de o indivíduo acessar o serviço de saúde e utilizá-lo como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema. A longitudinalidade é apresentada como a existência de uma fonte de atenção continuada, assim como sua utilização ao longo do tempo. A integralidade refere-se ao leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. A coordenação de atenção é colocada como sendo a necessidade de o serviço de

atenção primária ser capaz de integrar o cuidado que o paciente recebe com os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002; BRASIL., 2010; BRASIL, 2012)

Quanto aos três atributos derivados da atenção primária, a orientação familiar corresponde à capacidade de o serviço avaliar a partir do contexto familiar a necessidade individual. A orientação comunitária é capacidade de o serviço reconhecer as demandas de saúde da comunidade, seja a partir de dados epidemiológicos, seja pelo contato direto com a comunidade, visando com isso planejar ações que atendam às suas demandas de saúde. Quanto às características culturais, foca-se na necessidade de o serviço identificar a cultura daquela comunidade, a fim de facilitar a relação e a comunicação com a mesma (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

De um modo geral a atenção primária visa considerar o sujeito de acordo com sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção cultural, além de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças, com vista a reduzir os danos e/ou sofrimentos que possam comprometer o seu modo de vida saudável, constituindo-se como principal porta de acesso aos demais níveis de saúde quando o sujeito precisa de atenção em caso de adoecimento, bem como para continuidade de cuidados para saúde na maioria das pessoas (BRASIL, 2011a).

No entanto, para que um serviço se constitua como porta de entrada de um sistema de saúde, torna-se necessário que seja acessível à população, a ponto de quando surja um novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento, a população possa busca-lo, constituindo assim, o acesso de primeiro contato (BRASIL, 2011a).

A literatura divide o acesso de primeiro contato em duas características, quais sejam a acessibilidade e a utilização. A acessibilidade é um elemento estrutural da atenção e que está relacionado com as possibilidades que o usuário vislumbra para adentrar no serviço de saúde, como por exemplo uma fácil localização, horário, a possibilidade de atendimento em consultas não agendadas, e a percepção do sujeito em relação à essas questões, sendo a principal fase para ser superada pelo indivíduo enquanto usuário. O acesso de primeiro contato é, portanto, o fator que está relacionado com a procura e a entrada no serviço, relacionando-se com as características ofertadas pelo serviço e que por sua vez, facilitam ou impedem sua utilização por usuários potenciais (STARFIELD, 2002; ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Para tanto o serviço de saúde deve dispor de uma infraestrutura, tais como, instalação, equipamentos e profissionais, porém requer que os usuários possuam os meios, por exemplo, o tempo, e as informações necessárias para chegar ao serviço e dele fazer uso, bem como a própria percepção do sujeito sobre o seu estado de saúde e os seus valores culturais,

associados também a fatores demográficos, podem determinar o uso dos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

A utilização dos serviços de saúde é compreendida por tanto, como o contato seja direto ou indireto com aquelas possibilidades, e se resulta do intercâmbio entre a maneira como o sujeito se comporta, a disponibilidade do serviço, e os profissionais de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

De uma forma geral, pode-se dizer que a utilização do serviço é a soma do contato direto do indivíduo com a oferta oferecida pelo serviço que associados aos meios dispostos pelo usuário e sua percepção de saúde, contribuem para uma resolubilidade dos problemas de saúde a ele associados, bem como efetividade da prestação de serviço, e satisfação do sujeito enquanto usuário do sistema de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012; REIS et al., 2013).

1.2 A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dados do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, apontam que o Brasil possui uma população de pouco mais de 190 milhões de habitantes, desses 93,4 milhões são do sexo masculino, e aqueles com idade entre 20-59 anos corresponde a 52 milhões ou 27% do total da população de homens adultos (BRASIL., 2011b).

Nos últimos anos, temas relacionados à saúde dos homens tem estimulado o interesse de pesquisadores em virtude dos altos índices de morbidade e mortalidade atribuídos a essa população (BRITO; SANTOS, 2013). Quando comparado o perfil de morbimortalidade entre homens e mulheres é possível perceber uma diferença significativa, os homens morrem mais cedo, principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis as doenças cardiovasculares, dando-se possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, bem como pela baixa procura aos serviços de saúde como meio de prevenção de doenças (MOURA et al., 2012; MOURA; LIMA; URDANETA, 2012).

A verificação desses altos índices de morbidade e mortalidade na população masculina, levou o Ministério da Saúde, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Política Nacional de Proteção aos Direitos da Criança e do Adolescente; Estatuto da Criança e do Adolescente; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Programa Nacional de Imunização e outras políticas, a formulação em 2008 da Política Nacional de Assistência Integral à saúde do Homem – PNAISH, sendo estabelecida em 27 de agosto de 2009 por meio da portaria 1.994 (BRASIL, 2009; RAMALHO et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH, tem por diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina na fase adulta entre 20-59 anos, com foco na Estratégia Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2009). As diretrizes e objetivos principais da PNAISH, revelam a intenção de inserir a população masculina aos serviços de saúde, tendo seu principal foco a implementação nas unidades de atenção primária (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

A PNAISH nasce com a intenção de aproximar o homem do serviço de saúde, no entanto, embora tenha havido iniciativa do poder público em formular essa política, ainda há uma resistência na procura dos homens ao serviço da atenção primária, que recorrem por vezes ao serviço terciário (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012). O fato de o homem ainda enxergar a procura pelo serviço de saúde como uma ato de fraqueza, faz com que procurem menos informação sobre saúde, e por vez acabam não dando prioridade a prevenção de doenças (CODOGNO et al., 2015).

Outrossim, quando existe a procura dos homens pelo serviço de saúde, essa busca se dá como a de um mediador, quando este se desloca até o serviço para o agendamento de consultas, exames para outrem, ou acompanhante de esposa, filhos ou pais, muito raramente como usuário (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012). Isso evidencia no Brasil uma baixa procura pelos serviços de atenção primária pelos homens, demonstrando que diferente de outros grupos populacionais, os homens ainda se preocupam pouco com a sua saúde (CODOGNO et al., 2015). Além disso, nota-se que o fato de os homens não se reconhecerem como pessoas que necessitam de cuidados, associado à socialização masculina, não permite que haja um estreitamento entre homem e serviço (BRITO; SANTOS, 2013).

É possível verificar que o homem ainda não percebe a atenção primária como sendo uma porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, fazendo com que costumeiramente os homens procurem os serviços apenas em situações extremas de emergência, nível especializado ou de urgência, quando se vêem sem possibilidades de exercer suas atividades de trabalho, concentrando-se apenas nos agravos e doenças (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012; MOURA et al., 2014).

No entanto, existe a necessidade de promover no homem a compreensão da atenção primária como aquele nível de um sistema de serviço, que se abre como porta para todas as necessidades e problemas, a fim de fornecer atenção e priorizar as ações de prevenção e promoção da saúde, além de abordar as problemáticas mais comuns a comunidade, oferecendo serviços de prevenção para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

Essa compreensão é necessária a fim de que o homem possa visualizar na atenção primária a oportunidade de utilizar os serviços oferecidos no primeiro nível da assistência, essa aceitabilidade da população masculina, associados a disponibilidade desse serviço em acolher essa demanda, pode favorecer uma menor concentração nos agravos e doenças, e maior utilização das ofertas de serviço na atenção primária (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Há, portanto, a necessidade de gerar no sujeito a ideia da atenção primária como porta de entrada, constituindo-se como algo muito importante, pois repercute de forma significativa na diminuição da mortalidade e morbidade (STARFIELD, 2002). Algo que ocorre de forma significativamente maior na população masculina, quando comparada a outros grupos populacionais (MOURA et al., 2012).

Além disso, o baixo acesso aos serviços de atenção primária compromete e torna os homens ainda mais vulneráveis a problemas de saúde. Não obstante a priorização de outros grupos populacionais nos serviços de APS, associada à dificuldade de verbalização de necessidades de saúde por parte do homem, o faz estar à parte do serviço na idealização de uma invulnerabilidade, quando na verdade, este passa a vivenciar maiores riscos, o que o torna ainda mais vulneráveis (FONTES et al., 2011; MOURA et al., 2014).

Ao protelar a busca pelo serviço de atenção primária e pela prevenção da saúde, o homem traz ônus a sua própria saúde, tendo em vista que a descoberta de algumas doenças, geralmente se dá em estágios avançados, o que em muitas situações extingue a possibilidade de uma cura, além disso, podem acarretar em maiores custos ao estado, tendo em vista muitas vezes os longos períodos de internação (BRITO; SANTOS, 2013).

Ademais, embora haja uma tentativa do governo federal de trazer consciência a população masculina, torna-se necessário maiores ações que intensifiquem a busca pela viabilização da atenção à saúde do homem. Pois, apesar de a atenção primária ser considerada a porta de entrada para os demais níveis de atenção no SUS, o que se percebe ainda é um amplo uso desse serviço pelas mulheres, crianças e idosos (CODOGNO et al., 2015).

O fato de o homem não perceber a sua necessidade de saúde pode levá-lo a não procurar a atenção primária como porta de entrada, visto que a percepção da necessidade de saúde pode ser um fator determinante da busca pelo serviço (OLIVEIRA et al., 2012). Outro fator que contribui para a não procura pelos serviços é o longo tempo de espera, bem como os horários pouco convenientes, associado a condição de provedor do lar e necessidade de trabalho, que inibem o homem a buscar os serviços de saúde temendo ser demitido, e com isso comprometer a renda familiar (OLIVEIRA et al., 2012; RAMALHO et al., 2014; OLIVEIRA; DAHER, 2015).

A verificação da precarização no atendimento por esses sujeitos, pode desfavorecer a inserção do homem na atenção primária, bem como dificuldade no acesso aos serviços e o enfrentamento de filas para conseguir consultas, levando-os a crer que suas demandas não seriam resolvidas no mesmo dia, o que os prejudicaria em seus desempenhos no trabalho (MOURA et al., 2014).

Existe, portanto, a necessidade de a população masculina ser alcançada em sua multiplicidade pelos eixos que priorizam a saúde do homem, fazendo com que dessa forma esse segmento social seja envolvido e assistido em suas condições de saúde, de forma resolutiva com as ações que abarquem as suas necessidades, incluindo o seu acesso e acolhimento no serviço de atenção primária (CHAKORA, 2014).

As dificuldades de acesso dos homens ao serviço, se dão não apenas pela percepção daquilo que se refere ao seu comportamento habitual, mas está ligado também a situações que provocam nos homens o sentimento de não pertencimento ao espaço das unidades, como a sua percepção de um ambiente mais feminino (CORDEIRO et al., 2014).

Diferentes abordagens na análise do contexto e sobre as políticas voltadas para grupos especiais sobre acesso aos serviços de saúde, apontam que a questão de gênero também se coloca como um diferencial ao acesso de serviços de saúde privilegiando a população feminina, no entanto apesar disso, o acesso aos serviços pode ser viabilizado através da emancipação do sujeito, contribuindo para intervenção dessa realidade e garantindo finalmente acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Outrossim a deficiência na promoção de campanhas de saúde pública, agregado a organização dos serviços e dificuldade em atender a demanda apresentada pelos homens, faz com que haja um desestímulo ao acesso do serviço de saúde por parte dos homens (CORDEIRO et al., 2014).

Os entraves no acesso dos homens ao serviço fazem com que haja uma menor procura da atenção primária e, muitas vezes, uma procura maior na atenção especializada para questões que estariam ao alcance das unidades de saúde a família, fazendo com que haja uma inversão, e fragilização da atenção primária como porta de entrada para o SUS, além disso, a falta de busca pelo serviço de saúde por parte dos homens, constitui-se um importante problema de saúde pública, tendo em vista que quando essa busca ocorre, já encontra-se atrelada ao homem um quadro clínico de morbidade que repercute na sua qualidade de vida, e consequente aumento dos ônus para o Sistema Único de Saúde (FONTES et al., 2011; FERREIRA, 2013; REIS et al., 2013).

No que diz respeito a saúde do homem, ainda existe muito a ser feito, desde a estruturação para atendimento do homem na atenção primária a motivação e o desenvolvimento de ações que promovam a redução dos agravos mais frequentes entre os homens, bem como a conscientização do homem como sujeito de cuidados, sendo necessários novos estudos que busquem subsídios para transformar a PNAISH, possibilitando a efetivação do SUS e promovendo bem-estar aos homens (MARTINS; MALAMUT, 2013; MOURA et al., 2014).

Torna-se necessário, portanto, uma compreensão acerca da saúde do homem, no que diz respeito ao seu acesso e utilização dos serviços de saúde, e a partir dessa análise planejar ações que atendam as demandas de saúde dessa população (SILVA et al., 2013). Essa necessidade se entrelaça com a busca de mudanças estruturais, e cada vez mais aprimoramento e aplicação da PNAISH, efetivando a atenção à saúde do homem no Brasil, promovendo a mudança de paradigmas no que diz respeito à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde, e buscando sensibilizar a população masculina para utilização da atenção primária, como porta de entrada no SUS (DUARTE; OLIVEIRA; SOUZA, 2012; HARZHEIM et al., 2013)

Igualmente, deve-se aprimorar e promover as condições de saúde da população masculina brasileira, buscando reduzir a morbidade e mortalidade dos homens, viabilizar o acesso às ações e aos serviços de assistência integral a saúde (BRASIL, 2009).

Para tanto é necessário fazer uso de ferramentas que permitam tais mensurações. Nesse sentido a avaliação constitui-se como ferramenta fundamental para se realizar um julgamento de valor, seja a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, tendo como principal finalidade auxiliar as tomadas de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

O propósito da avaliação, é promover a redução das incertezas que se relacionam com as tomadas de decisão, trazendo uma nova visão sobre as consequências e possíveis efeitos da implantação e implementação de políticas, em especial aquelas que estão relacionadas a atenção primária e além disso, contribuem para o processo de conhecimento, tendo em vista que produzem novos saberes, cujos os efeitos vão além muros do sistemas e serviços de saúde (NOVAES, 2000; BRASIL, 2005).

Ante o exposto, este estudo justifica-se à medida que visa contribuir com a produção do saber na área da saúde voltado para população masculina, tendo a possibilidade de gerar conhecimento que possa cooperar com o aprimoramento das ações de saúde destinadas a esse grupamento populacional, além de gerar subsídios para planejar uma melhor assistência e

promover qualidade de vida e saúde para essa demanda. Espera-se fornecer subsídios para ampliação do conhecimento acerca da saúde do homem na atenção primária, no que diz respeito, ao acesso e utilização por essa população, proporcionando dados que sejam transformados em melhorias e avanços nas políticas públicas de saúde direcionadas a essa população.

Os resultados obtidos podem ainda somar com esforços dos setores públicos para o aprimoramento do atendimento à população masculina, e com isso um melhoramento da sua saúde, bem como para o compartilhamento de informações entre Estado, profissionais de saúde e população, visando à promoção da qualidade da assistência em saúde, com a oferta de ações que contribuam para o acesso e utilização da atenção primária pela população masculina.

Ademais, considera-se notório o papel da atenção primária como porta de entrada para os demais níveis da saúde, sua forte ligação com as ações de prevenção, bem como aliada na redução dos agravos e morbidades, e conseqüente do ônus para o Sistema Único de Saúde. Além disso, verificam-se os esforços do governo em conscientizar a população masculina e melhorar o acesso dessa população aos serviços de atenção primária, portanto, pretende-se com esse estudo responder a seguinte questão: como os usuários do sexo masculino avaliam o acesso e a utilização da atenção primária?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o acesso e a utilização da atenção primária pelos usuários do sexo masculino em Campina Grande/PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar os aspectos demográficos e socioeconômicos dos usuários do sexo masculino cadastrados na atenção primária à saúde em Campina Grande/PB.
- Verificar fatores associados ao acesso e a utilização da atenção primária à saúde pelos usuários do sexo masculino em Campina Grande/PB.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa.

A pesquisa analítica propõe uma avaliação mais profunda sobre as informações coletadas em um estudo, favorecendo a explicação de fenômenos em um grupo ou população. A pesquisa analítica permite a realização de inferências estatísticas, proporcionando a realização de conclusões sobre a população da qual foi retirada a amostra (MARCONI; LAKATOS, 2001).

A abordagem quantitativa é utilizada em vários tipos de pesquisas, sobretudo quando procuram a relação causa-efeito entre os fenômenos e ao mesmo tempo pela facilidade em poder descrever determinada hipótese ou de um problema e suas complexidades, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado em domicílios cadastrados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba. Campina Grande está localizada a 112 Km da capital João Pessoa, no interior da Paraíba, Brasil. (*Figura 1*)

O município de Campina Grande/PB possui 593.092 km² de área e uma população de 385.213 (BRASIL., 2011b). O município de Campina Grande é constituído de 4 distritos administrativos (Campina Grande, Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista), sendo a sede distrital a cidade de Campina Grande dividida em 49 bairros (*figura 2*). De acordo com dados da Secretária Municipal de Saúde do Município de Campina Grande a rede de serviços de saúde está organizada em 08 (oito) distritos sanitários.



Figura 1 - Localização de Campina Grande/PB
(Fonte: <http://pt.wikipedia.org>).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Campina Grande possui 80 Unidades Básicas de Saúde da Família, destas 62 estão localizadas na zona urbana da cidade de Campina Grande. Ainda segundo o CNES, Campina Grande, possui 98 Equipes de Saúde da Família implantadas, com uma estimativa de cobertura populacional de 337.525, correspondendo a 87,58% do total da população (CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [s.d.]).

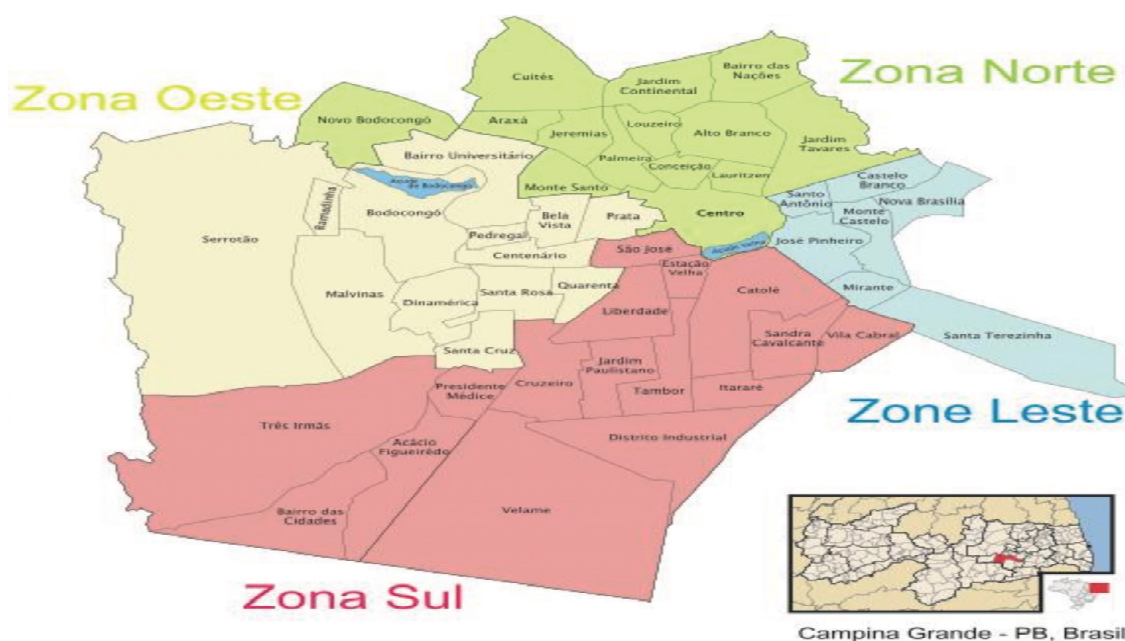


Figura 2 - Mapa dos bairros da cidade de Campina Grande/PB.
Fonte: <https://pt.wikipedia.org>

3.3 SUJEITO DA PESQUISA

Em conformidade com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campina Grande, cenário deste estudo, possui 101.459 homens com idade entre 20-59 anos (BRASIL., 2011b).

Para estimar o tamanho da amostra, de maneira tal que a mesma fosse representativa para esse estudo, utilizou-se a seguinte fórmula (LUIZ; MAGNANINI, 2000):

$$n = \frac{Z^2 NP(1-P)}{e^2 N-1 + Z^2 P(1-P)}$$

Onde:

n = valor da amostra

Z = intervalo de confiança (1,96)

N = População

P = Prevalência

e = o erro tolerado (0,05)

Considerou-se neste caso a prevalência de 50% ou 0,5. Realizado os cálculos, obteve-se um $n = 384$.

Optou-se para fins dessa pesquisa, que a mesma fosse realiza na zona urbana da cidade de Campina Grande, sendo assim excluídos os distritos administrativos de Galante, Catolé de Boa Vista e São José da Mata, e unidades básicas que compreendessem a Zona Rural de Campina Grande. Totalizando por fim um total de 62 UBS, distribuídas e 6 distritos sanitários da seguinte forma: Distrito I = 11 UBS Distrito II = 7 UBS, Distrito III = 12 UBS, Distrito IV = 7 UBS, Distrito V = 14 UBS, Distrito VI = 11 UBS.

Afim de que se obtivesse uma semelhante composição da amostra em todos os distritos sanitários foi realizado um cálculo de proporção simples usando regra de três, obteve-se os seguintes resultados:

- Distrito I – 17,74% da amostra, equivalente a 68 participantes.
- Distrito II – 11,29% da amostra, equivalente a 43 participantes.
- Distrito III – 19,35% da amostra, equivalente a 74 participantes.
- Distrito IV – 11,29% da amostra, equivalente a 43 participantes.
- Distrito V – 22,58 % da amostra, equivalente a 88 participantes.
- Distrito VI – 17,74% da amostra, equivalente a 68 participantes.

Com a finalidade operacionalizar o processo de pesquisa, foi realizado um sorteio de forma aleatória simples, de 2 UBS por cada distrito, obtendo-se a princípio as seguintes unidades:

- Distrito I – UBS Jardim Tavares e UBS Antônio Mesquita de Almeida
- Distrito II – UBS Adalberto Cesar e UBS Bodocongó I
- Distrito III – UBS Rosa Mística e UBS Monte Santo
- Distrito IV – UBS José Aurino Barros Filho e UBS Estação Velha
- Distrito V – UBS Novo Cruzeiro e UBS Raiff Ramalho
- Distrito VI – UBS Umburanas e UBS Juremas.

Tiveram que ser substituídas no decorrer da pesquisa a UBS Jardim Tavares no distrito I, em decorrência da impossibilidade de os agentes comunitários de saúde acompanharem os pesquisadores até os domicílios para aplicação do instrumento, e com a finalidade de salvaguardar os aplicadores, optou-se então por sortear uma nova unidade, e a UBS Novo Cruzeiro havia mudado de endereço e não se obteve a nova localização. Realizou-se, portanto, novo sorteio sendo acrescido ao Distrito I a UBS Wesley Targino Cariri e ao Distrito V a UBS Argemiro de Figueiredo. Deu-se, portanto, a seguinte composição final:

- Distrito I – UBS Wesley Targino Cariri e UBS Antônio Mesquita de Almeida
- Distrito II – UBS Adalberto Cesar e UBS Bodocongó I
- Distrito III – UBS Rosa Mística e UBS Monte Santo
- Distrito IV – UBS José Aurino Barros Filho e UBS Estação Velha
- Distrito V – UBS Argemiro de Figueiredo e UBS Raiff Ramalho
- Distrito VI – UBS Umburanas e UBS Juremas.

Como foi realizado um cálculo de proporção simples para determinar o percentual da amostra em cada distrito, optou-se por fazer um cálculo de divisão simples do número de participantes selecionados em cada distrito, pelo número de unidades sorteadas (composição da amostra no distrito/nº de unidades sorteadas) ficando a distribuição de participantes por unidade da seguinte forma:

- Distrito I – UBS Wesley Targino Cariri (34 participantes) e UBS Antônio Mesquita de Almeida (34 participantes).

- Distrito II – UBS Adalberto Cesar (22 participantes) e UBS Bodocongó I (21 participantes)
- Distrito III – UBS Rosa Mística (37 participantes) e UBS Monte Santo (37 participantes)
- Distrito IV – UBS José Aurino Barros Filho (22 participantes) e UBS Estação Velha (21 participantes)
- Distrito V – UBS Argemiro de Figueiredo (44 participantes) e UBS Raiff Ramalho (44 participantes)
- Distrito VI – UBS Umburanas (34 participantes) e UBS Juremas (34 participantes)

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Por ocasião desta pesquisa, elencaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir idade entre 20-59 anos, idade alvo da Política Nacional de Saúde do Homem.
- Estar adscrito em alguma UBS da zona urbana de Campina Grande.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critério de exclusão, elencou-se o seguinte:

- Estar adscrito a menos de seis meses em uma UBS da zona urbana de Campina Grande.

3.6 COLETA DOS DADOS

Para coleta dos dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária–*PCATool* – Brasil, em inglês *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* (ANEXO A), instrumento já validado no Brasil, e considerado o que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo, portanto, o mais adequado para avaliá-la (HARZHEIM et al., 2013; FRACOLLI et al., 2014). O *PCATool* é um instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, são eles: Acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção, além dos atributos derivados que são: orientação familiar e orientação comunitária (BRASIL., 2010; HARZHEIM et al., 2013).

Existem quatro tipos de formulários para serem aplicados, de acordo com a avaliação que se pretende fazer: para os gestores da rede, para os profissionais que atuam nas unidades, para os usuários e para acompanhantes de usuários (IBAÑEZ et al., 2006). Para essa pesquisa foi utilizado o *PCAtool* na sua versão para adultos. A versão do *PCATool* para Adultos contém 87 itens (*figura 3*) divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (Anexo A), a saber:

- Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A) com 3 itens;
- Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B) com 3 itens;
- Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C) com 12 itens;
- Longitudinalidade (D) com 14 itens;
- Coordenação – Integração de Cuidados (E) com 8 itens;
- Coordenação – Sistema de Informações (F) com 3 itens;
- Integralidade – Serviços Disponíveis (G) com 22 itens;
- Integralidade – Serviços Prestados (H) com 11 itens gerais, mais dois, caso aplicado as mulheres;
- Orientação Familiar (I) com 3 itens;
- Orientação Comunitária (J) com 6 itens.

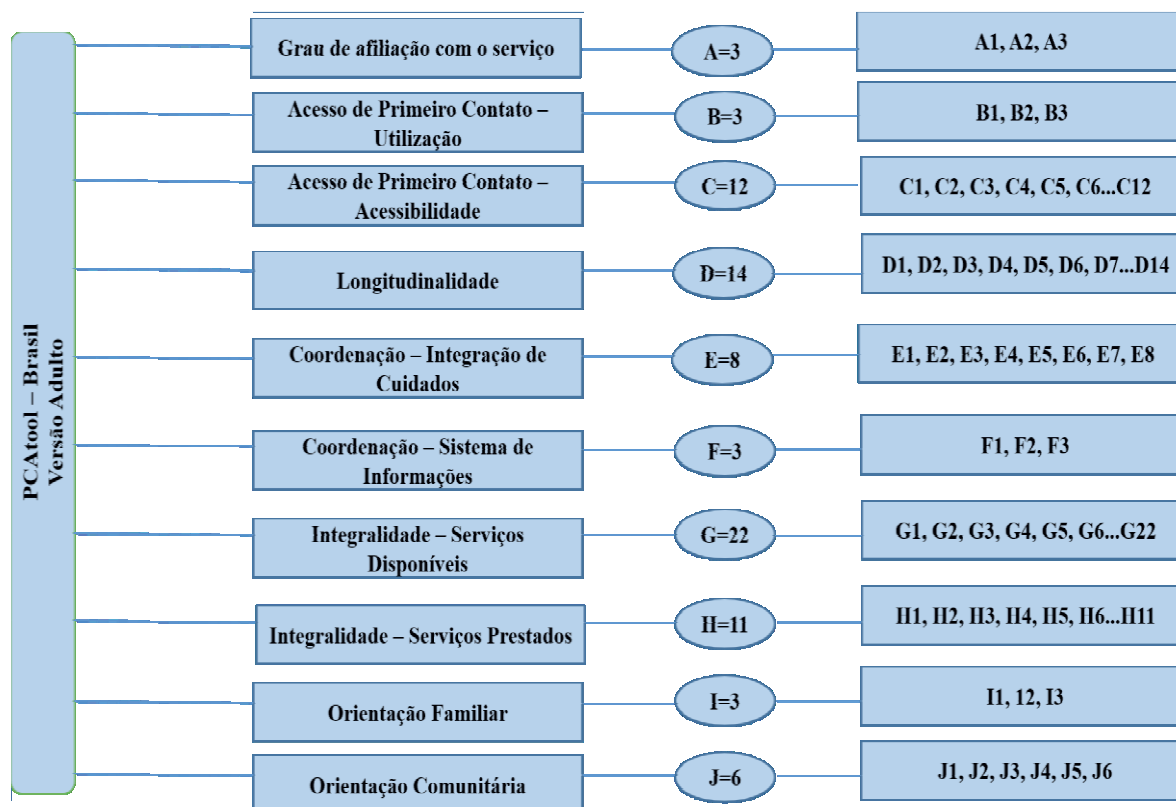


Figura 3 - Componentes relacionados aos atributos da atenção primária e seus respectivos itens.

Cada um desses atributos podendo ser avaliado separadamente, sendo avaliado nesse estudo o acesso de primeiro contato que é dividido em dois componentes, utilização e acessibilidade (BRASIL., 2010).

O *PCAtool* é um instrumento com escala do tipo Likert, com escala de 1-4 com as possibilidades de resposta, “4 - Com certeza, sim”, “3 - Provavelmente, sim”, “2 - Provavelmente, não”, “1 - Com certeza, não”, e acréscimo da opção “9 - Não sei/não lembro”.

A partir das respostas dos itens, é possível calcular um escore para cada atributo da APS (e de seus componentes), o escore essencial e um escore geral. Os escores para cada atributo (bem como de seus componentes), o escore essencial e o escore geral, são obtidos pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens, sendo considerado alto escore, ou orientado para atenção primária quando é igual ou maior que 6,6, e baixo escore quando menor que 6,6 (HAUSER et al., 2013).

Além do *PCAtool*, foi utilizado um outro formulário (APÊNDICE B) destinado a investigação das variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil) e socioeconômicos (escolaridade, recursos sociais e recursos econômicos), acrescido de um questionamento sobre o conhecimento ou não da Política Nacional de Saúde do Homem. A estratégia usada para

aproximação dos participantes e coleta de dados foi à visita domiciliar, com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela micro área da Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanhado o pesquisador até o domicílio, para tanto foi realizado o levantamento dos domicílios cadastrados, por meio da ficha de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, na sequência era realizado o sorteio dos domicílios, e em seguida a saída com o ACS para coleta dos dados com os homens residentes no domicílio sorteado, caso não houvessem homens com idade entre 20-59 anos no domicílio sorteado, era selecionado o domicílio seguinte no cadastro. A aplicação dos instrumentos se deu por pesquisadores previamente treinados. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos foram digitados em um banco de dados criado no programa *Excel* 2016 e transferidos para o programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 20.0 para *Windows*.

Como visto no tópico anterior o instrumento aqui utilizado *PCAtool* possui escala do tipo Likert, 1-4 com as possibilidades de resposta, “4 - Com certeza, sim”, “3 – Provavelmente, sim”, “2 – Provavelmente, não”, “1 - Com certeza, não”, e a opção “9 - Não sei/não lembro”

Como o objetivo desse estudo foi avaliar o acesso e a utilização da atenção primária pelos usuários do sexo masculino em Campina Grande/PB, a transformação dos escores ocorreram apenas para os componentes do atributo acesso de primeiro contato, como já mencionado, acessibilidade e utilização. O componente utilização é composto por 3 itens que vão de B1 a B3, e o componente acessibilidade por 12 itens, que vai de C1 até C12. O Cálculo dos escores foi realizado seguindo as orientações do manual do instrumento⁵. Para calcular os valores dos componentes acessibilidade foi realizada a inversão dos valores dos itens C9 a C12, passando as alternativas a seguinte formulação: “1 – Com certeza, sim”, “2 – Provavelmente, sim”, “3 – Provavelmente, não” e “4 – Com certeza, não”. Para efeitos de cálculo a opção “9 – Não sei/não lembro” é transforma no valor “2 – Provavelmente, não”, isso ocorre para que se possa pontuar negativamente algumas características do serviço que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL., 2010).

O escore médio de cada componente foi obtido pela soma dos itens dividido pelo número de itens “Escore = (B1 + B2 + B3)/3”, “Escore = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 +

$C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12)/12$ ”, e transformados em escala de 0-10 pela fórmula: $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$.

Havendo as transformações das respostas de 1 a 4 para a escala de 0 a 10, o escore 0 passa a ser “com certeza, não”; o escore 3,3 a “provavelmente não”, o escore 6,6 a “provavelmente sim” e o escore 10 a “com certeza sim”. Destarte, qualquer valor entre 6,6 e 10, corresponde a maior aceitação do participante com relação ao item, e por isso, sempre que um item, componente ou atributo apresenta escore igual ou maior que 6,6, é tido como orientado à atenção primária.

Como ocorre com a maioria dos estudos que fazem uso do *Pcatool*, incluindo aqueles que em nível nacional e internacional e também aqueles que o validaram apresentam seus achados por meio da média e do desvio padrão (BRUNELLI et al., 2016), pensando em comparações futuras optou-se por se manter o mesmo modelo de apresentação dos dados, incluindo-se o intervalo de confiança (IC_{95%}), o escore mínimo e máximo e a mediana.

Os resultados obtidos na análise do perfil sociodemográfico foram expressos por meio da frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR%) dos itens, média, mediana, mínimo e máximo, desvio padrão e intervalo de confiança (IC_{95%}). Para realização do teste de associação, foram consideradas variáveis independentes: idade, credo, cor, estado civil, escolaridade, número de pessoas convivendo com o participante da pesquisa, renda familiar e renda per capita, além do conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Homem, e como variáveis dependentes: os escores dos componentes utilização e acessibilidade, e os itens dos respectivos componentes.

Para realização do teste de associação foi utilizado o teste de Qui – quadrado X^2 , e quando mais de 20% das frequências esperadas foram menores que 5, fez-se uso do teste de Fisher ou Razão de verossimilhança.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu os preceitos éticos elencados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade. Os participantes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), sendo lhes assegurado o sigilo, a privacidade e o direito de declinar em qualquer fase da pesquisa. O estudo encontra-se registrado no comitê de ética em pesquisa sobre o CAAE: 56386516.3.0000.5187.

4. RESULTADOS

O artigo apresentado na seção resultados, trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa que buscou verificar como os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato na atenção primária. O estudo acrescenta conhecimento para a área de Saúde Pública. Diante disso, foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, com Qualis B1 para Enfermagem e Saúde Coletiva. A forma de apresentação encontra-se respaldada às normas do Programa em Saúde Pública/UEPB.

4.1 ARTIGO

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA AVALIAÇÃO PELA POPULAÇÃO MASCULINA

RESUMO

Objetivou-se verificar como os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato na atenção primária. Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa realizado com homens na faixa etária de 20-59 anos adscritos às unidades básicas de saúde. Para coleta dos dados foi utilizado um formulário destinado a investigação das variáveis demográficas e socioeconômicas e o instrumento de avaliação da atenção primária, *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* versão validada em português. Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 20.0 para *Windows*. Os resultados demonstram associação entre a utilização do serviço e a idade ($p=0,02$), renda ($0,036$), credo ($0,018$) e o conhecimento da Política Nacional de Saúde do Homem ($p=0,007$), os componentes do acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade) obtiveram escore 5,79 e 2,7 respectivamente, sendo esse atributo considerado pelos usuários como pouco orientado para atenção primária. Conclui-se que os usuários não percebem a atenção primária como porta de entrada, devendo ser realizados esforços para garantir o acesso de primeiro contato, fazendo com que o homem perceba o serviço e dele faça uso.

Palavras chaves: Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde. Política Nacional de Saúde do Homem.

ABSTRACT

The objective was to verify how male users evaluate first contact access in primary care. It is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach performed with men aged 20-59 years enrolled in basic health units. To collect the data, a form was used to investigate demographic and socioeconomic variables and the Primary Care Assessment Tool (PCATool), a validated version in Portuguese. The data were analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences - SPSS version 20.0 for Windows. The results show an association between the use of the service and age ($p = 0.02$), income (0.036), creed (0.018) and knowledge of the National Health Policy for Man ($p = 0.007$). First contact (use and accessibility) obtained a score of 5.79 and 2.7, respectively, and this attribute is considered by the users to be less oriented to primary care. It is concluded that users do not perceive primary care as a gateway, and efforts must be made to ensure first-time access, making the man realize the service and make use of it.

Key words: Health Services Accessibility. Primary Health Care. Health Services Evaluation. Health Evaluation. Health Policy.

INTRODUÇÃO

A atenção primária é considerada como porta de entrada para os demais níveis de atenção ao cuidado, no entanto, a literatura revela que os homens não a percebem dessa maneira, procurando principalmente os serviços especializados ou de urgência, e por vezes quando já se encontram acometidos de alguma afecção e impossibilitados de exercer suas atividades laborais, excluindo a prevenção e concentrando-se nos agravos e doenças^{1,2}.

Em 2008 com a verificação de altos índices de morbidade e mortalidade que acometem essa população, o Ministério da Saúde, a exemplo de outras políticas de saúde, formulou a Política Nacional de Assistência Integral à saúde do Homem – PNAISH, com a intenção de aproximar o homem do serviço de saúde, focando principalmente na atenção primária^{1,3,4}.

A busca aos serviços de saúde pelos homens não ultrapassa muitas vezes o papel de mediador, geralmente para o agendamento de consultas, exames para outrem, ou

acompanhamento da esposa, pais e filhos, e excepcionalmente como usuário do serviço. Isso demonstra que ainda existe no Brasil um diminuta procura dos serviços de atenção primária pelos usuários do sexo masculino, o que evidencia uma baixa preocupação dos homens com a sua saúde quando comparado a outros grupos populacionais⁶.

Existe, portanto a necessidade de imprimir na população masculina a compreensão da atenção primária como o primeiro nível de um sistema de cuidados e que possui a capacidade de suprir suas necessidades e problemas, a fim de que o serviço possa fornecer atenção e priorizar as ações de prevenção e promoção da saúde, além de abordar as problemáticas mais a esse grupamento, oferecendo serviços de prevenção que maximizem sua saúde e o bem-estar⁷.

Esse entendimento é necessário para que o homem visualize na atenção primária a oportunidade de utilizar os serviços oferecidos no primeiro nível da assistência, essa compreensão, associados a disposição do serviço em acolher essa demanda, pode influenciar em uma menor concentração nos agravos e doenças, e maior utilização das ofertas de serviço na Atenção Primária à Saúde (APS), por parte dos usuários do sexo masculino⁸.

A operacionalização da APS, no Brasil segue o modelo de Starfield⁷, que classifica os atributos essenciais da atenção primária em; acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além de mais três atributos derivados, os quais são: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Para Starfield⁷, a APS deve ser o primeiro contato do sujeito com a assistência, deve centra-se na pessoa, com a finalidade de satisfazer suas necessidades de saúde. Destarte, o acesso de primeiro contato é configurado como a capacidade de o sujeito acessar o serviço de saúde e então utilizá-lo como fonte de cuidado sempre que surja um novo problema ou novo episódio de um problema já existente^{7,9}.

Para que um serviço se constitua como porta de entrada de um sistema de saúde, faz-se necessário que o mesmo seja acessível à população, com a possibilidade de que quando surja um evento de saúde novo, ou episódio de um evento já existente, o usuário possa buscá-lo, constituindo assim, um primeiro contato¹⁰. O serviço não oferece atenção ao primeiro contato sem que o usuário potencial perceba-o como acessível, e essa característica do serviço culmine na sua utilização⁷.

O acesso de primeiro contato é dividido por Starfield⁷ em acessibilidade e a utilização. compreende-se a acessibilidade como um elemento estrutural da atenção, isso porque quando o indivíduo precisa buscar o serviço esse deve se apresentar acessível, por exemplo, em seu

horário de funcionamento, localização de fácil acesso, a possibilidade de atendimento em consultas não agendadas, dentre outros^{7,11}.

Já a utilização, pode ser considerada a junção do contato direto do sujeito com aquilo que é ofertado pelo serviço, que unido aos meios que o usuário dispõe para acessar o serviço e a percepção do sujeito da sua saúde, irá favorecer a resolução dos seus problemas enquanto usuário do sistema, uma verificação da efetividade do serviço prestado, e conseqüentemente a satisfação do sujeito que buscou o serviço^{12,13}.

Existe no entanto a necessidade de se compreender mais a saúde do homem, sobretudo no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços de saúde, e a partir de então, analisar e planejar ações que atendam as demandas desse grupamento populacional¹⁴. Moura et al.,² apontam que ainda existe muito a se realizar no que se refere a saúde do homem na atenção primária, desde uma estruturação para atendimento até o desenvolvimento de ações que promovam a redução dos agravos mais frequentes entre essa população. Faz-se necessário, portanto, a realização de estudo, com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Saúde do Homem, e como consequência favorecer a melhoria no atendimento aos usuários do sexo masculino¹⁵.

Para isso, é necessário empregar ferramentas que sejam capazes de conseguir tais mensurações, e a avaliação constitui-se como uma importante ferramenta para se conseguir um julgamento de valor, seja a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, bem como auxiliando nas tomadas de decisão¹⁶.

A avaliação tem propósito de promover a redução das incertezas que se relacionam com as decisões, gerando uma nova visão sobre possíveis consequências e efeitos da implantação e implementação de políticas, sobretudo às que estão ligadas a atenção primária, bem como contribuir para geração de novos conhecimentos e produção de novos saberes, implicando e uma serie resultados que podem ir além muros dos sistemas e serviços de saúde^{17,18}.

Justifica-se portanto esse estudo, à medida que visa contribuir com a produção do saber na área da saúde, voltado para população masculina, sobretudo na atenção primária, visto que esse tema é ainda pouco discutido na literatura, possibilitando-se gerar conhecimento que possa cooperar com o aprimoramento das ações e políticas, além de gerar subsídios para planejar uma melhor assistência e promover qualidade de vida e saúde para essa demanda, para tanto, objetivou-se com esse estudo verificar como os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato na atenção primária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa, realizado no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017 na cidade de Campina Grande no estado da Paraíba. De acordo com o último Censo Demográfico, o município de Campina Grande possui uma população de 385.213¹⁹, com uma rede de atenção primária organizada em 08 distritos sanitários de saúde, com 80 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 98 equipes de saúde da família implantadas, com uma cobertura populacional estimada em 337.525 habitantes, correspondendo a 87,58% da população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população masculina da cidade de Campina Grande corresponde a um total de 101.459 homens com idade entre 20-59 anos.

A população do estudo foi composta por homens adscritos as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para estimar a amostra de maneira que a mesma fosse representativa, utilizou-se a seguinte fórmula²⁰: $n = \frac{Z^2 NP(1-P)}{e^2 N-1 + Z^2 P(1-P)}$, n = valor da amostra, Z = intervalo de confiança (1,96), N = População, P = Prevalência e e = o erro tolerado (0,05). Considerou-se para fins desse estudo a prevalência de 50% ou 0,5. Realizado os cálculos, obteve-se um $n = 384$. Optou-se que a pesquisa fosse realizada na zona urbana da cidade de Campina Grande, excluindo-se os demais distritos administrativos e zonas rurais que englobam o município. Restando ao fim 62 UBS distribuídas em 06 dos 08 distritos sanitários que compõem a rede atenção primária do município, a saber distrito I = 11 UBS, distrito II = 7 UBS, distrito III = 12 UBS, distrito IV = 7 UBS, distrito V = 14 UBS, distrito VI = 11 UBS.

A fim de que se obtivesse uma semelhante composição da amostra em todos os distritos sanitários foi realizado um cálculo de proporção simples usando regra de três, obteve-se os seguintes resultados: distrito I – 17,74% da amostra, equivalente a 68 participantes; distrito II – 11,29% da amostra, equivalente a 43 participantes; distrito III – 19,35% da amostra, equivalente a 74 participantes; distrito IV – 11,29% da amostra, equivalente a 43 participantes; distrito V – 22,58 % da amostra, equivalente a 88 participantes; distrito VI – 17,74% da amostra, equivalente a 68 participantes.

Para operacionalizar o processo de pesquisa, foi realizado um sorteio de forma aleatória simples, elegendo-se de 2 UBS por distrito, compondo ao fim do estudo um total de 12 UBS. Os critérios de inclusão para o estudo foi que os participantes tivessem idade entre 20 – 59 anos, faixa etária alvo da Política Nacional de Saúde do Homem, e estar cadastrado na UBS. Foi elencado como critério de exclusão estar cadastrado a menos de 06 meses na UBS.

A estratégia usada para aproximação dos sujeitos e coleta de dados foi à visita domiciliar, com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela micro área da Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanhado o pesquisador até o domicílio, para tanto foi realizado o levantamento dos domicílios cadastrados, por meio da ficha de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, na sequência era realizado o sorteio do domicílio, e em seguida a saída com o ACS para coleta dos dados com os homens do domicílio sorteado, caso não houvessem homens com idade entre 20-59 anos no domicílio, era selecionado o domicílio seguinte no cadastro. A aplicação dos instrumentos se deu por pesquisadores previamente treinados.

Para coleta dos dados foi utilizado um formulário destinado a investigação das variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil) e socioeconômicos (escolaridade, recursos sociais e recursos econômicos), acrescido de um questionamento sobre o conhecimento ou não da Política Nacional de Saúde do Homem e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, *PCATool* Brasil, em inglês *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*.

O *PCATool* é um instrumento já validado no Brasil, e considerado o que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família, sendo, portanto, o mais adequado para avaliá-la^{21,22}. O *PCATool* é um instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, são eles: Acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção, além dos atributos derivados que são: orientação familiar e orientação comunitária^{9,21}. A versão do *PCATool* para Adultos contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, a saber: Grau de Afiliação com Serviço de Saúde, com 3 itens; acesso de primeiro contato – utilização com 3 itens; acesso de primeiro contato – acessibilidade com 12 itens; longitudinalidade com 14 itens; coordenação – integração de cuidados com 8 itens; coordenação – sistema de informações com 3 itens; integralidade – serviços disponíveis com 22 itens; integralidade – serviços prestados com 11 itens gerais, mais dois itens caso aplicado as mulheres; orientação familiar com 3 itens; e orientação comunitária com 6 itens. Cada um desses atributos podendo ser avaliado separadamente sendo avaliado nesse estudo o acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade)⁹.

O *PCATool* é um instrumento com escala do tipo Likert, com escala de 1-4 com as possibilidades de respostas, “4 - Com certeza, sim”, “3 - Provavelmente, sim”, “2 - Provavelmente, não”, “1 - Com certeza, não”, e acréscimo da opção “9 - Não sei/não lembro”.

A partir das respostas dos itens, é possível calcular um escore para cada atributo da APS (e de seus componentes), o escore essencial e um escore geral. Os escores para cada atributo (bem como de seus componentes) são obtidos pela média aritmética das respostas dos

seus respectivos itens, sendo considerado alto escore, ou orientado para atenção primária quando é igual ou maior que 6,6, e baixo escore quando menor que 6,6²³.

Com a finalidade de atingir o objeto desse estudo a transformação dos escores ocorreram apenas para os componentes do atributo acesso de primeiro contato, como já mencionado, acessibilidade e utilização. O escore médio de cada componente foi obtido pela soma dos itens dividido pelo número de itens “Escore = (B1 + B2 + B3)/3”, “Escore = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11+ C12)/12”, e transformados em escala de 0-10 pela fórmula: (Escore obtido – 1) X 10/3.

Para calcular os valores do componente acessibilidade foi realizada a inversão dos valores dos itens C9 a C12, passando as alternativas a seguinte formulação: “1 – Com certeza, sim”, “2 – Provavelmente, sim”, “3 – Provavelmente, não” e “4 – Com certeza, não”, bem como a transformação nos dois componentes caso necessário, da opção “9 – Não sei/não lembro” para o valor “2 – Provavelmente, não”, conforme orientações do manual do instrumento, isso ocorre para que se possa pontuar negativamente algumas características do serviço que não são conhecidas pelo entrevistado⁹.

Os instrumentos foram digitados em um banco de dados criado no programa *Excel* 2016 e transferidos para o programa *SPSS*, versão 20.0 para *Windows*, para serem analisados.

Como ocorre com a maioria dos estudos que fazem uso do *PCATool*, incluindo aqueles que em nível nacional e internacional e também aqueles que o validaram apresentam seus achados por meio da média e do desvio padrão²⁴, pensando em comparações futuras optou-se por se manter o mesmo modelo de apresentação dos dados, incluindo-se o intervalo de confiança (IC_{95%}), o escore mínimo e máximo e a mediana.

Os resultados obtidos na análise do perfil sociodemográfico foram expressos por meio da frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR%) dos itens, média, mediana, mínimo e máximo, desvio padrão e intervalo de confiança (IC_{95%}). Para realização do teste de associação, foram consideradas variáveis independentes: idade, credo, cor, estado civil, escolaridade, número de pessoas convivendo com o sujeito, renda familiar e renda per capita, além do conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Homem, e como variáveis dependentes: os componentes utilização e acessibilidade.

Para realização do teste de associação foi utilizado o teste de Qui-quadrado, e quando mais de 20% das frequências esperadas foram menores que 5, fez-se uso do teste de Fisher ou Razão de verossimilhança. Os dados foram apresentados em tabelas.

O estudo atendeu os preceitos éticos elencados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e

equidade. Os participantes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE), sendo lhes assegurando, o sigilo, a privacidade e o direito de declinar em qualquer fase da pesquisa. O estudo encontra-se registrado no comitê de ética em pesquisa sobre o CAAE: 56386516.3.0000.5187.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico e socioeconômico dos homens usuários da atenção primária em campina grande/PB

VARIÁVEIS	FA	FR	X ± DP (IC 95%)	Min-Max (Mediana)
	n	%		
IDADE				
Acima de 40 anos	194	50,5	40 ± 11,9	20-59
Até 40 anos	190	49,5	(38,81 – 41,21)	(41)
CREDO				
Com credo religioso	317	82,6		
Sem credo religioso	67	17,4		
COR				
Não brancos	280	72,9		
Branco	104	27,1		
ESTADO CIVIL				
Com união estável	246	64,1		
Sem união estável	138	35,9		
ANOS DE ESTUDO				
Mais de 8 anos	197	51,3	8,49 ± 3,62	0 – 18
Até 8 anos	187	48,7	(8,13 – 8,86)	(9)
Quantas pessoas moram com o sr.?				
Até 4 pessoas	293	76,3	3,24 ± 1,93	0 – 12
Acima de 4 pessoas	85	22,1	(3,05 – 3,44)	(3)
Não sabe/não informou	6	1,6		
RENDA				
Até 2 salários mínimos	258	67,2	1715,14 ± 998,76	0 – 7040
Até 3 salários mínimos	66	17,2	(1612,20 –	(1760)
Acima de 3 salários mínimos	43	11,2	1818,09)	
Não sabe/não informou	17	4,4		
RENDA PERCAPITA				
Até meio salário mínimo	225	58,6	493,44 ± 397,16	0 - 3520
Acima de meio salário mínimo	139	36,2	(452,51 – 534,38)	(440)
Não informou/Não sabe	20	5,2		
Já ouviu falar da Política Nacional de Saúde do Homem?				
NÃO	270	70,3		
SIM	114	29,7		

Fonte: Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina.

RESULTADOS

A amostra apresentou idade média de 40 anos (DP: 11,9; IC_{95%}:38,81–41,20). Média de 8,49 anos de estudo (DP: 3,62; IC_{95%}: 8,13–8,86). Renda média de R\$ 1715,14 (DP: 998,76; IC_{95%}: 1612,20–1818,09) e renda per capita média de 493,44 (DP: 397,16; IC_{95%}: 452,51–534,38). A média de pessoas morando com os sujeitos foi de 3,24 (DP: 1,93; IC_{95%}: 3,05–3,44). No que diz respeito ao estado civil, 64,1% (n= 246) estavam em união estável, 72% (n= 280) se consideram não brancos, 82% (n=317) possuíam algum credo religioso. Quando questionados sobre o conhecimento da Política Nacional de Saúde do Homem, 70,3% (n= 270) afirmaram não ter conhecimento (Tabela 1).

Tabela 2 - Escores por itens do componente Utilização.

Itens	Escore 0 - 10				X ± DP (IC 95%)	MÍN- MAX (Mediana)
	Baixo escore < 6,6		Alto escore ≥ 6,6			
	N	%	N	%		
Utilização						
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vai a sua UBS antes de ir a outro serviço de saúde?	99	25,8	285	74,2	6,78±4,01 (6,38 – 7,18)	0 – 10 (10)
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai a sua UBS antes de ir a outro serviço de saúde?	179	46,6	205	53,4	5,12±4,39 (4,68 – 5,56)	0 – 10 (6,7)
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, a sua UBS tem que encaminhar você obrigatoriamente?	163	42,4	221	57,6	5,48±4,05 (5,07 – 5,88)	0 – 10 (6,7)

Fonte: Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina.

A Tabela 2 mostra os escores dos itens do componente utilização. O item B1, que verifica se o serviço é o primeiro a ser procurado para consulta de revisão, teve escore médio de 6,78 (DP: 4,01; IC_{95%}: 6,38 – 7,18), seguido do item B3, que verifica se o serviço avaliado é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado 5,48 (DP 4,05; IC_{95%}: 5,07 – 5,88), e o menor foi o item seguinte B2, que busca verificar se o serviço referido é o primeiro local que o usuário procura em caso se apresente um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou para um novo episódio de um problema crônico, com média 5,12 (DP:4,39; IC_{95%}: 4,68 – 5,56).

No item acessibilidade (Tabela 3), todos os itens tiveram escore abaixo do escore recomendado, sendo os piores avaliados os itens C1, C2, C6, C7, que tiveram escores médios inferiores a 1.

Ao se verificar a Tabela 4, percebe-se que 53,4% (n=205) dos usuários avaliaram o

Tabela 3- Escores por itens do componente Acessibilidade						
Item	Escore 0 - 10				X ± DP (IC 95%)	MÍN- MAX (Mediana)
	Baixo escore < 6,6		Alto escore ≥ 6,6			
Acessibilidade	N	%	N	%		
C1 – A sua UBS fica aberto no sábado ou no domingo?	384	100	-	-	0,74±1,38 (0,60 – 0,88)	0 – 3,3 (0)
C2 – A sua UBS fica aberta pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	384	100	-	-	0,67±1,33 (0,54 – 0,81)	0 – 3,3 (0)
C3 - Quando a sua UBS está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	154	40,1	230	59,9	5,41±3,78 (5,03 – 5,79)	0 – 10 (6,7)
C4 - Quando a sua UBS está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	343	89,3	41	10,7	1,79±2,48 (1,54 – 2,04)	0 – 10 (0)
C5 - Quando a sua UBS está fechada, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	360	93,8	24	6,3	1,23±2,16 (1,01 – 1,45)	0 – 10 (0)
C6 - Quando a sua UBS está fechada no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	384	100	-	-	0,26±0,90 (0,17 – 0,35)	0 – 3,3 (0)
C7 - Quando a sua UBS está fechada e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	384	100	-	-	0,41±1,09 (0,30 – 0,52)	0 – 3,3 (0)
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão nessa UBS?	170	44,3	214	55,7	5,34±4,00 (4,94 – 5,75)	0 – 10 (6,7)
C9 - Quando você chega na UBS, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	306	79,7	78	20,3	2,59±3,45 (2,24 – 2,93)	0 – 10 (0)
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora na UBS?	186	48,4	198	51,6	5,19±4,13 (4,78 – 5,59)	0 – 10 (6,7)
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico na sua UBS quando pensa que é necessário?	198	51,6	186	48,4	5,01±4,13 (4,60 – 5,43)	0 – 10 (3,3)
C12 - Quando você tem que ir na sua UBS, você tem que faltar ao trabalho ou à escola?	257	66,9	127	33,1	3,65±4,30 (3,21 – 4,08)	0 – 10 (0)

Fonte: Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina.

componente utilização como igual ou superior a 6,6, no entanto, o escore médio obtido pelo componente foi 5,79 (DP:3,55; IC_{95%}: 5,44 – 6,15), o que o torna não orientado para atenção

primária. O componente acessibilidade foi avaliado por 99,7% (n =383) dos usuários como não

orientado para atenção primária o componente obteve o escore médio de 2,7 (DP:1,47; IC_{95%}: 2,55 – 2,85). Verificou-se que a idade (p=0,02), a renda (p=0,036), o credo (p= 0,018), e o conhecimento da Política Nacional de saúde do homem (p=0,007), estiveram associados ao componente utilização.

Tabela 4 - Associação entre as variáveis socioeconômicas e sociodemográficas com componentes utilização e acessibilidade do atributo acesso de 1º contato

	Utilização				Acessibilidade					
X±DP (IC95%)	5,79±3,55 (5,44 – 6,15)				2,7±1,47 (2,55 – 2,85)					
Min-Max (Mediana)	0 – 10 (6,7)				0 – 6,7 (2,5)					
VARIÁVEIS	Escore 0 -10				p-valor	Escore 0 -10				
	Baixo escore < 6,6		Alto escore ≥ 6,6			Baixo escore < 6,6		Alto escore ≥ 6,6		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Idade										
Até 40 anos	104	58,1	86	42		190	100	0	0	
Acima de 40 anos	75	41,9	119	58	0,02	193	99,5	1	0,5	0,505
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	1	0,3	
Credo										
Com credo religioso	139	43,8	178	56,2		316	99,7	1	0,3	
Sem credo religioso	40	59,7	27	40,3	0,018	67	100	0	0	0,826*
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	0	0,3	
Cor										
Branco	54	51,9	50	48,1		104	100	0	0	
Não branco	125	44,6	155	55,4	0,204	279	99,6	1	0,4	0,729*
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	1	0,3	
Estado Civil										
Com união estável	120	48,8	126	51,2		246	100	0	0	
Sem união estável	59	42,8	79	57,2	0,259	137	99,3	1	0,7	0,359*
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	1	0,3	
Anos de estudo										
Até 8 anos	82	43,9	105	56,1		187	100	0	0	
Mais de 8 anos	97	49,2	100	50,8	0,290	196	99,5	1	0,5	0,513*
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	1	0,3	
*Quantas pessoas moram com o sr.?										
Até 4 pessoas	143	48,8	150	51,2		292	99,7	1	0,3	
Mais de 4 pessoas	34	40	51	60	0,152	85	100	0	0	0,775*
Total	177	46,8	201	53,2		377	99,7	1	0,3	
Renda										
Até 2 salários mínimos	114	44,2	144	55,8		258	100	0	0	
De 2 a 3 salários mínimos	40	60,6	26	39,4	0,036	65	98,5	1	1,5	0,179 [‡]
Acima de 3 salários mínimos	17	39,5	26	60,5		43	100	0	0	
Total	171	46,6	196	53,4		366	99,7	1	0,3	
*Renda per capita										
Até meio salário mínimo	103	45,8	122	54,2		225	100	0	0	
Acima de meio salário mínimo	66	47,5	73	52,5	0,751	138	99,3	1	0,7	0,382*
Total	169	46,6	195	53,6		363	99,7	1	0,3	
Já ouviu falar da Política Nacional de Saúde do Homem?										
SIM	41	36	73	64		114	100	0	0	
NÃO	138	51,1	132	48,9	0,007	269	99,6	1	0,4	0,703*
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	1	0,3	

* Teste exato de Fisher

‡ Razão de Verossimilhança

Fonte: Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina.

DISCUSSÃO

O acesso a atenção primária se constitui como uma ferramenta imprescindível para redução dos índices de mortalidade e morbidade, sobretudo quando se promove um primeiro contato do sujeito com o serviço de forma adequada⁷. Outrossim, um sistema de saúde que possui sua base na atenção primária, deve possuir uma série de elementos funcionais e estruturais que visem promover e garantir uma cobertura adequada da sua população e acesso universal aos serviços, bem como o aumento da equidade²⁵.

Os achados desse estudo evidenciam uma avaliação negativa dos homens no que diz respeito ao acesso de primeiro contato, tendo os componentes desse atributo obtido escore menor que 6,6 (Utilização 5,79 e acessibilidade 2,7) explicitando que nesses aspectos, os sujeitos do sexo masculino consideram o serviço pouco orientado para atenção primária.

Quando verificado o componente utilização pela frequência, o estudo demonstra que 53,4% dos homens, avaliaram de forma positiva a utilização, com percentual maior entre aqueles com idade acima de 40 anos (58%), verificando-se uma associação ($p=0,02$) entre a idade e a utilização do serviço. Esse achado corrobora com estudos que apontam uma maior procura dos homens pelo serviço de saúde, sobretudo no setor público, com uma prevalência de 57%, bem como um aumento da procura pelos serviços em função da idade^{26,27}.

Verifica-se ainda associação entre a utilização e as variáveis renda ($p=0,03$) e credo religioso ($p = 0,01$). Sobre isso, estudos apontam a renda como sendo um fator para uso de serviços públicos de saúde pelos homens, e que possuir algum credo religioso está associado a uma maior utilização do serviço, bem como pode influenciar positivamente as condições de saúde e adoção de comportamentos saudáveis pelo sujeito^{26,28}.

Ainda sobre a utilização, verifica-se que o item melhor avaliado pelos homens nesse componente foi o item B1, que verifica se o serviço é o primeiro a ser procurado para consulta de revisão, teve escore médio de 6,78, evidenciando que os homens adentram ao serviço geralmente para consultas, o que corrobora com um estudo que objetivou estimar a prevalência e analisar fatores associados à utilização de serviços médicos no sistema público

de saúde que verificou uma prevalência de consultas médicas nos serviços de saúde de 45,6% sem diferença estatística entre os sexos, dentre os serviços analisados o serviço mais utilizado para consulta médica foi a unidade básica de saúde com 49,5%²⁹, entretanto, é possível verificar que essa busca se deu na maioria das vezes por doenças já instaladas ou morbidades sendo a prevenção de saúde ainda pouco considerada pelos homens^{26,28,30}.

O item B2, que verifica se o serviço referido é o primeiro local que o usuário procura em caso se apresente um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou para um novo episódio de um problema crônico teve um escore médio de 5,12, evidenciando que os homens não consideram a atenção primária como sendo a primeira opção caso surjam novos problemas de saúde, ou quando há queixas sobre um problema já existente. É possível ver na literatura que os homens por hora, julgam o serviço como incapaz de atender a suas demandas, sobre tudo em tempo satisfatório, queixando-se por vezes da espera para ser atendido, não obstante, é verificável que para os homens, a busca do serviço é considerada como uma expressão de fragilidade, e sentem-se envergonhados em procurar o serviço^{2,31,32}, destarte, o fato de o homem não considerar o serviço resolutivo, pode desfavorecer o seu acesso e conseqüente utilização.

Quanto ao item B3, que verifica se o serviço avaliado é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado, este obteve escore médio 5,48. Um estudo realizado na Paraíba com base nos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), verificou que apenas em 10,2% das equipes de saúde da família (EqSF), os usuários saem da unidade com a consulta agendada, e em 47,2% das vezes a consulta é marcada pela UBS e só posteriormente a data é informada ao usuário, gerando uma espera por vezes prolongada, e como conseqüência uma insatisfação por parte do usuário³³.

Houve também associação entre o conhecimento da PNAISH e a utilização ($p = 0,007$), porém, não foi verificado na literatura estudos que apontassem associações entre o conhecimento da Política Nacional de Saúde do Homem e a utilização dos serviços. No entanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera que como um de suas diretrizes a participação dos usuários como sendo importante para ampliação de sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde das pessoas e coletividades, destarte, torna-se importante o estímulo do serviço ao qual o usuário está adscrito para o conhecimento das políticas, afim de que possa participar das discussões para sua execução e melhoria³⁴.

No que se refere ao componente acessibilidade, como mencionado anteriormente, 97% dos sujeitos do estudo avaliariam esse componente como pouco orientado APS com um escore médio de 2,7. Um estudo realizado por Santiago et al.,³⁵, também verificou uma insatisfação por parte dos usuários das UBS nesse aspecto, e aponta que esse componente se refere a um dos principais objetivos das unidades básicas de saúde, que é a de ser porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos e de acesso universal.

Destarte se o serviço não se apresenta como acessível pode estar levantando uma barreira, e, portanto, impedindo que o mesmo seja usado por potenciais usuários do sistema, ao passo que acessibilidade está diretamente ligada ao que usuário visualiza no serviço para que dele faça uso, sendo essa a principal fase a ser vencida pelo usuário^{11,12}. Não obstante, é válido considerar o que diz a PNAB, quando dos princípios da atenção primária, expressa que esta deve ser o contato preferencial dos usuários, e principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde, e orientar-se por princípios, dos quais a acessibilidade é um deles, e que devem ser assegurados mecanismos que a assegurem³⁴.

Quando avaliados os itens do componente acessibilidade, verifica-se que o item C1, referente a abertura da unidade básica nos fins de semana, e o item C2 a abertura da unidade básica em algum dia da semana até pelo menos 20h, tiveram escore médio de 0,74 e 0,67 respectivamente. Sobre isso, a literatura sugere a necessidade de uma reestruturação nos horários de atendimento a esse público, sobretudo no horário noturno, uma vez que essa faixa etária em sua maioria dispõe de horários pouco flexíveis para acessar os serviços em virtude de estarem inseridos geralmente no mercado de trabalho³². Realidade que pode ser evidenciada no item C12, que questiona a necessidade de o sujeito deixar o trabalho ou escola para poder ir ao serviço de saúde que obteve escore médio de 3,65, além do item C8, relacionado a dificuldade de marcar consultas quando se acha necessário, escore médio de 5,34.

Aliado a isso, a capacidade do serviço em resolver o problema quando da necessidade do homem como aferido pelo item 3 obteve escore 5,42, e o item C9, relacionado ao tempo de espera maior que 30 min para se consultar com o profissional escore médio 2,59, a dificuldade em agendar consultas item C10 escore 5,19, e a não obtenção de atendimento médico quando se acha necessário item C11 escore 5,01, fazem com que o homem se torne avesso ao serviço, visto a incapacidade de resolutividade nas demandas de saúde requeridas por essa população, dada a dificuldade de acesso a exames e o alongamento do atendimento, e então motivando a evasão desses sujeitos do serviço³².

Outrossim os itens C4 e C5, questionam se o sujeito consegue atendimento aconselhamento rápido pelo telefone em caso dúvidas sobre sua saúde ou surgimento de um problema, e serviço possui algum meio de comunicação caso esteja fechado que o sujeito possa acessar obtiveram escore médio de 1,79 e 1,23 respectivamente. E os itens C6 e C7, sobre atendimento por parte dos profissionais da unidade em caso de adoecimento do usuário nos fins de semana e noite, respectivamente, caso o serviço estivesse fechado, tiveram escore médio de 0,26 e 0,41. É possível verificar na literatura que o vínculo na atenção primária entre usuários e equipe, constitui-se como uma importante ferramenta para promoção a construção de novas relações, permitindo uma aproximação maior do usuário e a UBS, favorecendo uma maior adesão aos serviços de saúde à medida que o usuário passa a acreditar no serviço³².

O asseguramento da acessibilidade e do acolhimento na atenção primária é fundamental, o serviço deve se organizar para ter a capacidade de acolher e apresentar uma resposta positiva as demandas de saúde da população e de resolutividade, a capacidade de vinculação do serviço com o usuário, de resolver os problemas são fundamentais para sua efetivação enquanto contato e porta de entrada para os demais níveis³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato de forma negativa, apontando o serviço como pouco orientado para a atenção primária. Percebe-se que apesar dos esforços elencados pelo setor público, a exemplo da formulação da PNAISH, o homem ainda não percebe atenção primária como porta de acesso, sendo necessário esforços que visem garantir, sobretudo o acesso de primeiro contato, fazendo com que o homem perceba o serviço e faça dele uso.

Uma das prioridades da PNAISH é fortalecer a estratégia saúde da família permitindo o acesso integral a saúde pela população masculina com um dos eixos voltada para o acesso e acolhimento dessa demanda, embora percebendo a brevidade da política com seus 8 anos de promulgação, vale considerar que a avaliação negativa dos homens nesse estudo com relação a atenção primária, verifica que a PNAISH desde a sua formulação, ainda não conseguiu uma efetividade nesses pontos.

Verifica-se que para alcançar esse público, faz-se necessário a reformulação da estrutura de atendimento nas unidades, tendo em vista que dentre os componentes do acesso de primeiro contato, a acessibilidade foi avaliada por quase 100% dos homens como pouco

orientada para atenção primária, indicando a necessidade de se buscar subsídios para favorecer o acesso dessa população e consequente resolução de suas demandas de saúde.

Tendo em vista o que já aponta a literatura, reforça-se ideia de um atendimento diferenciado a essa população, seja em horário especial noturno, pelo menos alguns dias da semana, bem como aos fins de semana, com a finalidade eliminar as barreiras ao acesso do homem a atenção primária, para tanto, pode-se usar como estratégia a implantação de unidades pilotos com vistas a verificar se o atendimento noturno é eficaz para essa população.

É necessário medir esforços para que o homem consiga receber uma assistência de qualidade quando da busca pelo serviço, verifica-se a partir das respostas dos itens que os homens não veem efetividade no serviço, tendo dificuldades em agendar consultas tendo que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir, além do tempo de espera que ultrapassa os 30 min quando se consegue atendimento, bem como a dificuldade em conseguir atendimento quando ele percebe ser necessário. Isso evidencia que o serviço ainda demonstra incapacidades, sobretudo em atender as demandas de saúde dessa população.

Outrossim, ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas com relação a saúde do homem, mas uma das barreiras mais importantes a ser vencida é a do acesso. Portanto, sugere-se que sejam realizados estudos que visem subsidiar conhecimento com a finalidade de promover o acesso dos homens à atenção primária, sobretudo com vista a redução dos índices de morbimortalidade que acomete essa população.

Aponta-se como limitação desse estudo a avaliação de apenas um dos atributos da atenção primária, sendo necessários estudos que verifiquem os demais atributos da APS, para uma melhor compreensão da avaliação do serviço pelos homens.

REFERÊNCIAS

1. Duarte SJH, Oliveira JR de, Souza RR De. The Brazilian Policy for Men's Health and its requirements in the Primary Healthcare setting. *Gestão e Saúde*. 2012;3:520–530.
2. Moura EC de, Santos W dos, Neves ACM das, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cien. Saude Colet*. 2014;19(2):429–438.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Ramalho MN de A, Albuquerque AM de, Maia JKF, Pinto MB, Santos NCC de B. Difficulties in the implantation of the national policy of integrated health care of man. *Ciência, Cuid. e Saúde*. 2014;13(4):642.
5. Leal A, Figueiredo W, Nogueira-da-Silva G. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção. *Cien Saude Colet*. 2012;2607–2616.
6. Codogno JS, Bruna Camilo T, Rômulo Araújo F, Henrique Luiz M. Comparação de gastos com serviços de atenção básica à saúde de homens e mulheres em Bauru, São Paulo, 2010. *Epidemiol. e Serviços Saúde*. 2015;24(1):363–380.
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Sanchez RM, Ciconelli M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–268.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde.. Brasília: 2011. (Coleção progestores - Para entender o SUS)
11. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien. Saude Colet*. 2012;17(11):2865–2875.
12. Travassos C, Castro MSM de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 183–206.

13. Reis RSL, Campos C, Silva AAM da S, Santos AM dos;, Alves MTSS de B e A, Lamy ZC, et al. Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers , professionals and users. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18:3321–3332.
14. Silva D, Leonardo P, Maciel N, Carfesan MM, Santos CS, Souza S De, et al. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação : uma revisão integrativa. *Enf Glob*. 2013;12(32):414–443.
15. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde Soc*. 2013;22(2):429–440.
16. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Leal M do C, Pineault R, Hartz ZM de A. *A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos*. 1997.
17. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saude Publica*. 2000;34(5):547–559.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
19. Brasil. Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: 2011.
20. Luiz RR, Magnanini MM. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad. Saúde Colet*. 2000;8:9–28.
21. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274–284.
22. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabao FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC de. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cien. Saude Colet*. 2014;19(12):4851–4860.
23. Hauser L, Castro RCL de, Vigo Á, Trindade TG da, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução , adaptação , validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil : versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):244–255.
24. Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Rev. Bras. Med. Família e Comunidade*. 2016;11(38):1–12.

25. Collet N, Aparecida R, Lima G De, Accessibility HS. Access First Contact in Primary Health Attention for Children. 2012;13(2).
26. Arruda GO de, Marcon SS, Marcon SS. Survey on the use of health services by adult men: prevalence rates and associated factors. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2016;24(0):e2685-.
27. Silva ZP da, Ribeiro MCS de A, Barata RB, Almeida MF de. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cien. Saude Colet*. 2011 set;16(9):3807–3816.
28. Arruda GO de, Mathias TA de F, Marcon SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Cien. Saude Colet*. 2017;22:279–290.
29. Bastos GAN, Duca GF Del, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev. Saude Publica*. 2011 jun;45(3):475–484.
30. Oliveira MM de, Daher DV. Men 's health in question : seeking assistance in primary health care. *Cien. Saude Colet*. 2015;20:273–278.
31. Storino LP, Souza KV de, Silva KL. Men's health needs in primary care: user embracement and forming links with users as strengtheners of comprehensive health care. *Esc. Anna Nery - Rev. Enferm*. 2013;17(4):638–645.
32. Cavalcanti J da RD, Ferreira J de A, Henriques AHB, Morais GS da N, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Integral Assistance to Men's Health: needs, barriers and coping strategies. *Esc. Anna Nery - Rev. Enferm*. 2014;18(4):628–634.
33. Protasio APL, Silva PB da, Lima EC, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38:209–220.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
35. Santiago RF, Mendes A da CG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV de. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Cien. Saude Colet*. 2013 jan;18(1):35–44.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato de forma negativa, apontando o serviço como pouco orientado para a atenção primária. Percebe-se que apesar dos esforços elencados pelo setor público, a exemplo da formulação da PNAISH, o homem ainda não percebe atenção primária como porta de acesso, sendo necessário esforços que visem garantir, sobretudo o acesso de primeiro contato, fazendo com que o homem perceba o serviço e faça dele uso.

Uma das prioridades da PNAISH é fortalecer a estratégia saúde da família permitindo o acesso integral a saúde pela população masculina com um dos eixos voltada para o acesso e acolhimento dessa demanda, embora percebendo a brevidade da política com seus 8 anos de promulgação, vale considerar que a avaliação negativa dos homens nesse estudo com relação a atenção primária, verifica que a PNAISH desde a sua formulação, ainda não conseguiu uma efetividade nesses pontos.

Verifica-se que para alcançar esse público, faz-se necessário a reformulação da estrutura de atendimento nas unidades, tendo em vista que dentre os componentes do acesso de primeiro contato, a acessibilidade foi avaliada por quase 100% dos homens como pouco orientada para atenção primária, indicando a necessidade de se buscar subsídios para favorecer o acesso dessa população e conseqüente resolução de suas demandas de saúde.

Tendo em vista o que já aponta a literatura, reforça-se ideia de um atendimento diferenciado a essa população, seja em horário especial noturno, pelo menos alguns dias da semana, bem como aos fins de semana, com a finalidade eliminar as barreiras ao acesso do homem a atenção primária, para tanto, pode-se usar como estratégia a implantação de unidades pilotos com vistas a verificar se o atendimento noturno é eficaz para essa população.

É necessário medir esforços para que o homem consiga receber uma assistência de qualidade quando da busca pelo serviço, verifica-se a partir das respostas dos itens que os homens não veem efetividade no serviço, tendo dificuldades em agendar consultas tendo que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir, além do tempo de espera que ultrapassa os 30 min quando se consegue atendimento, bem como a dificuldade em conseguir atendimento quando ele percebe ser necessário. Isso evidencia que o serviço ainda demonstra incapacidades, sobretudo em atender as demandas de saúde dessa população.

Outrossim, ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas com relação a saúde do homem, mas uma das barreiras mais importantes a ser vencida é a do acesso. Portanto, sugere-se que sejam realizados estudos que visem subsidiar conhecimento com a finalidade de

promover o acesso dos homens à atenção primária, sobretudo com vista a redução dos índices de morbimortalidade que acomete essa população.

Aponta-se como limitação desse estudo a avaliação de apenas um dos atributos da atenção primária, sendo necessários estudos que verifiquem os demais atributos da APS, para uma melhor compreensão da avaliação do serviço pelos homens.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral a Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: *primary care assessment tool* - pcatool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 03).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. IBGE, Rio de Janeiro, 2011b.

BRITO, R. S. DE; SANTOS, D. L. A. DOS. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, p. 654–659, 2013.

BRUNELLI, B. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016.

CHAKORA, E. S. National Policy for Full Attention to Men's Health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 20140079, 2014.

CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CODOGNO, J. S. et al. Comparação de gastos com serviços de atenção básica à saúde de homens e mulheres em Bauru, São Paulo, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 363–380, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, S. V. L. et al. Male primary healthcare: possibilities and limits on night service. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 644–649, 2014.

DUARTE, S. J. H.; OLIVEIRA, J. R. DE; SOUZA, R. R. DE. The Brazilian Policy for Men's Health and its requirements in the Primary Healthcare setting. **Gestão e Saúde**, v. 3, p. 520–530, 2012.

FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para a sua consolidação. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 71, p. 1833–1847, 2013.

FONTES, W. D. DE et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 430–433, 2011.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493–546.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013.

HAUSER, L. et al. Tradução , adaptação , validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil : versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244–255, 2013.

IBAÑEZ, N. et al. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683–703, 2006.

LEAL, A.; FIGUEIREDO, W.; SILVA, G. N. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos

locais de atenção. **Cien Saude Colet**, p. 2607–2616, 2012.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad. Saúde Colet.**, v. 8, p. 9–28, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MOURA, E. C. et al. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. **Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, 2012.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429–438, 2014.

MOURA, E. C.; LIMA, A. M. P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2597–2606, 2012.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

OLIVEIRA, L. S. et al. Access to primary health care in a sanitary district of Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, p. 3047–3056, 2012.

OLIVEIRA, M. M.; DAHER, D. V. Men 's health in question : seeking assistance in primary health care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 273–278, 2015.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: [s.n.].

RAMALHO, M. N. A. et al. Difficulties in the implantation of the national policy of integrated health care of man. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 642, 2014.

REIS, R. S. L. et al. Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers , professionals and users. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, p. 3321–3332, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SILVA, D. et al. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação : uma revisão integrativa. **Enf Glob**, v. 12, n. 32, p. 414–443, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. DE. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183–206.

APÊNDICE A – Termo de compromisso do pesquisador responsável

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS

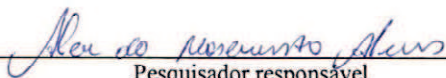
Título da Pesquisa: **Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB**

Eu, ALEX DO NASCIMENTO ALVES, Aluno de Mestrado do Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG:3350754 e CPF: 08562353426 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.


Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande – PB, 24 de maio de 2016



Pesquisador responsável




Orientador

APÊNDICE B – Declaração de concordância com projeto de pesquisa**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB


Eu, ALEXSANDRO SILVA COURA, servidor público, professor da Universidade Estadual da Paraíba portador (a) do RG: 2854641 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande – PB, 24 de maio de 2016



Pesquisador responsável

Orientador



Orientando

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB

O título de nossa pesquisa é **“Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB”**. Essa pesquisa tem como objetivo **“Avaliar o acesso e a utilização da atenção primária pelos usuários do sexo masculino em Campina Grande/PB”**. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita na sua casa e contamos com cerca de 30 (trinta) minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu, _____
(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.


Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Campina Grande/PB ____/____/____

Assinatura

APÊNDICE D – Formulário socioeconômico/sociodemográfico

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA</p>		
Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB		
<i>FORMULÁRIO II</i>		
CÓDIGO: _____	DATA: __/__/__	COLABORADOR: _____
Questões sociodemográficas/Socioeconômicas		
1. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino		
2. Idade: _____ (anos)		
3. Religião <input type="checkbox"/> Católico -1 <input type="checkbox"/> Protestante - 2 <input type="checkbox"/> Espírita - 3 <input type="checkbox"/> Kardecista - 4 <input type="checkbox"/> Umbandista - 5 <input type="checkbox"/> Sem credo religioso - 6 <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____ - 7		
4. Cor <input type="checkbox"/> Branca -1 <input type="checkbox"/> Negro – 2 <input type="checkbox"/> Pardo – 4 <input type="checkbox"/> Outra – 5		
5. Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro -1 <input type="checkbox"/> Casado – 2 <input type="checkbox"/> Viúvo -3 <input type="checkbox"/> União estável – 4 <input type="checkbox"/> Divorciado – 5		
6. Anos de estudo: <input type="checkbox"/> Primário (série): ()1ª ()2ª ()3ª ()4ª <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental/1ª Grau (série): ()5ª ()6ª ()7ª () 8ª/9ª		

<input type="checkbox"/> Ginásio (série): () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a () 4 ^a
<input type="checkbox"/> Ensino Médio/Colegial/Médio Profissionalizante/2º Grau (ano): () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a
<input type="checkbox"/> Ensino Superior (ou mais): () Completo () Incompleto
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação.
<input type="checkbox"/> Não estudou
7. Quantas pessoas convivem com o Sr.? _____.
8. RENDA: _____ (<i>Renda familiar</i>) _____ <i>Renda per capita (nº de pessoas que vivem na casa/pela renda familiar)</i>
9. O sr. já ouviu falar na Política Nacional de Saúde do homem? Sim () Não ()

**ANEXO A – Instrumento de avaliação da atenção primária PCAtool – Brasil
(Adulto)**

<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA</p>			
Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB			
<i>FORMULÁRIO I – PCAtool</i>			
CÓDIGO: _____	DATA: __/__/__	COLABORADOR: _____	DS: _____
COMPONENTE A – GRAU DE AFILIAÇÃO			
<p>A1- Há um médico/ enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____</p>			
<p>A2- Há um médico/ enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima <input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____</p>			
<p>A3- Há um médico/ enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 e A2 acima <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 somente <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A2 somente <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 e A2 (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____</p>			
ATENÇÃO			

--- Se o entrevistado **INDICOU O MESMO SERVIÇO DE SAÚDE NAS TRÊS PERGUNTAS**, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado **RESPONDEU DUAS PERGUNTAS IGUAIS**, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

--- Se **TODAS AS RESPOSTAS FOREM DIFERENTES**, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado **RESPONDEU NÃO A DUAS PERGUNTAS**, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado **RESPONDER NÃO À PERGUNTA A1 E INDICAR RESPOSTAS DIFERENTES PARA AS PERGUNTAS A2 E A3**, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado nas respostas A3 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado **RESPONDEU NÃO A TODAS AS TRÊS PERGUNTAS**, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

A4- Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o (a):

A5- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ESTUDADA – UBS - _____
 (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde)

COMPONENTE B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO (UTILIZAÇÃO)

Por favor indique a melhor opção	Com certeza, Sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde de saúde/ ou nome do médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
COMPONENTE C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO (ACESSIBILIDADE)					
Por favor indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1 – O “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 – O “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C6 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9 – Quando você chega no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 – Quando você tem que ir ao “ <i>nome do médico / enfermeira / local</i> ”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

COMPONENTE D – LONGITUDINALIDADE

Por favor indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “ <i>nome do</i> ”					

<i>serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 – Você acha que o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o <i>médico ou enfermeiro</i> que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a					

respeito do seu trabalho ou emprego	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
COMPONENTE E – COORDENAÇÃO (INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS)					
E1- Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão F1)					
<input type="checkbox"/> Não sei/não lembro (Passe para a questão F1)					
ATENÇÃO					
--- Se o entrevistado RESPONDEU NÃO , continue o restante do questionário a partir do item F1 .					
Por favor indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E2 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E4 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu “ <i>médico / enfermeiro</i> ” ou alguém que trabalha no / com “ <i>nome do serviço de saúde</i> ” ajudou-o /a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
COMPONENTE E – COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Quando você vai no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/</i>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”? 4 3 2 1 9

ATENÇÃO

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”)

COMPONENTE G – INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 – Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro

G6 – Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 – Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G18 – Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 – Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
ATENÇÃO					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”.					
Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).					
COMPONENTE H – INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Segurança no lar, como guardar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

medicamentos em segurança.					
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 – Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H13 – **Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa. 4 3 2 1 9

ATENÇÃO

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

COMPONENTE I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa)ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

COMPONENTE J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? 4 3 2 1 9

ATENÇÃO

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?

J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? 4 3 2 1 9

J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? 4 3 2 1 9

J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)? 4 3 2 1 9

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PLATAFORMA BRASIL



Título da Pesquisa: Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB.

CAAE: 58388516.3.0000.5187

Pesquisador Responsável: Alex do nascimento Alves.

Data da relatoria: 25/05/2018

Situação do projeto: APROVADO.

Apresentação do Projeto: Projeto intitulado: "Acesso e utilização da atenção primária pela população masculina em Campina Grande/PB", encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres humanos, da Universidade Estadual da Paraíba, para Análise e parecer com fins de elaboração e desenvolvimento de pesquisa, em atendimento aos requisitos para elaboração da Dissertação de Conclusão do Curso, nível Mestrado em Saúde Pública, da UEPB.

Objetivo Geral da Pesquisa: Avaliar o acesso e a utilização da atenção primária pelos usuários do sexo masculino em Campina Grande/PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes técnicos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de um estudo transversal, avaliativo – descritivo com abordagem quantitativa. A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), momento pesquisa (bem como extensão), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC.

Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde (graduando e pós-graduados), dentre outras áreas do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os documentos necessários e comprobatórios encontram-se acostados ao projeto.

Recomendações: O projeto encontra-se completo. Não há o que se recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências. Diante do exposto, somos pela aprovação, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 25 de maio de 2016

ANEXO C – Carta de Anuência Secretaria Municipal de Saúd



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Carta de Anuência

Declaramos para os devidos fins, que estamos cientes da pesquisa intitulada: **"Acesso e utilização da Atenção Primária pela população masculina em Campina Grande/PB"**, desenvolvido pelo aluno: **Alex do Nascimento Alves**, do curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

A aceitação está condicionada a aprovação do Comitê de ética e o cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Campina Grande, 04 de Março de 2016.

Atenciosamente,

Raquel Lula
Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)