

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

Access of first contact in the primary health care: an evaluation by the male population

Alex do Nascimento Alves¹ , Alexandro Silva Coura¹ , Inacia Sátiro Xavier de França¹ ,
Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães¹ , Mayara Araújo Rocha¹ , Rudiney da Silva Araújo¹ 

RESUMO: *Introdução:* A atenção primária é considerada como porta de entrada para os demais níveis de atenção ao cuidado, no entanto os homens buscam principalmente os serviços especializados ou de urgência sobretudo quando já se encontram com alguma afecção. *Objetivo:* Verificar como os usuários do sexo masculino avaliam o acesso de primeiro contato na atenção primária. *Metodologia:* Estudo transversal realizado em Campina Grande (PB), no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017, com 384 homens. Foram utilizados um formulário sociodemográfico e o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Efetuaram-se os testes χ^2 , Fisher e razão de verossimilhança. *Resultados:* Verificou-se associação entre a utilização do serviço e a idade ($p = 0,001$), a renda ($p = 0,036$), o credo ($p = 0,018$) e o conhecimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem ($p = 0,007$). Os componentes do acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade) obtiveram os escores 5,79 e 2,7, respectivamente, sendo esse atributo considerado pelos usuários como pouco orientado para atenção primária. A garantia da acessibilidade e do acolhimento na atenção primária é fundamental. O serviço deve se organizar para ter as capacidades de acolher e apresentar uma resposta positiva às demandas de saúde da população, além de ter resolutividade e disposição de vinculação do serviço com o usuário. *Conclusão:* Os usuários não percebem a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, sendo necessários esforços para garantir o acesso de primeiro contato.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Avaliação em saúde. Política de saúde.

¹Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande (PB), Brasil.

Autor correspondente: Alex do Nascimento Alves. Rua Gileno Bezerra do Nascimento, 130, apto 104a, Sandra Cavalcante, CEP: 58410-615, Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: alexi.enf@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Introduction: Primary care is considered a gateway to other levels of care, however, men seek mainly specialized or emergency services, especially when they already have some affection. **Objective:** the objective was to verify how male users evaluate first contact access in primary care. **Methodology:** Cross-sectional study, conducted in Campina Grande/PB, from October 2016 to February 2017, with 384 men. A sociodemographic form and the Primary Care Assessment Tool (PCATool) were used. **Results:** There was an association between service use and age ($p = 0.001$), income ($p = 0.036$), creed ($p = 0.018$) and knowledge of the National Men's Health Policy ($p = 0.007$); The components of first contact access (utilization and accessibility) obtained a score of 5.79 and 2.7 respectively, being this attribute considered by users as poorly oriented to primary care. Ensuring accessibility and reception in primary care is critical. The service must be organized to have the ability to receive and respond positively to the health demands of the population, to have resoluteness and ability to link the service with the user. **Conclusion:** Users do not perceive primary care as a gateway to the health system, and efforts should be made to ensure first contact access.

Keywords: Health services accessibility. Primary health care. Health services evaluation. Health evaluation. Health policy.

INTRODUÇÃO

Em 2008, com a verificação dos altos índices de morbimortalidade que acometem a população masculina, 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 na atenção primária¹⁻⁴.

Como meio de garantir a participação dos indivíduos de maneira ativa, a PNAISH alinha-se à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual considera como diretriz o estímulo à participação das pessoas, à autonomia e à capacidade na construção do cuidado à saúde, buscando minimizar as desigualdades e evitar a exclusão social. Nesse sentido, tem-se também a Política Nacional de Promoção da Saúde, que entre as suas diretrizes considera a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde e do empoderamento individual^{5,6}.

Apesar dos direitos e das garantias indicados por meio das políticas supracitadas, evidencia-se uma diminuta procura dos serviços de atenção primária pelos usuários do sexo masculino, havendo a necessidade de imprimir nos homens a ideia de que a atenção primária é o primeiro nível do sistema e que este possui a capacidade de suprir suas carências, a fim de priorizar a prevenção e promoção das ações da saúde e de atendimento às problemáticas desse grupamento^{7,8}.

Esse entendimento é necessário para que o homem visualize na atenção primária a oportunidade de utilizar os serviços oferecidos no primeiro nível da assistência. Tal compreensão, associada à disposição do serviço em acolher essa demanda, pode influenciar na menor concentração dos agravos e das doenças, bem como na maior utilização das ofertas de serviço na atenção primária à saúde (APS)⁹.

No Brasil, a operacionalização da APS segue o modelo de Starfield⁸, que classifica os atributos essenciais da APS em: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; além de três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. 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 surgir um novo problema ou episódio^{8,10,11}.

O acesso de primeiro contato é dividido por Starfield⁸ em acessibilidade e utilização. Compreende-se a acessibilidade como um elemento estrutural da atenção, isso porque, quando o indivíduo precisa buscar o serviço, este deve apresentar-se acessível, por exemplo, em seu horário de funcionamento, localização e na possibilidade de atendimento em consultas programadas ou agendadas^{8,12}.

Já a utilização pode ser considerada a junção do contato direto do sujeito com aquilo que é ofertado, o que, unido aos meios de que o usuário dispõe para acessar o serviço e a sua percepção sobre a própria saúde, favorecerá a resolução dos seus problemas enquanto usuário do sistema, a verificação da efetividade das ações prestadas e por conseguinte a satisfação com o atendimento^{13,14}.

Existe, no entanto, a necessidade de se compreender mais a saúde do homem, sobretudo no que diz respeito ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, e, a partir de então, analisar e planejar ações que atendam às demandas desse grupamento¹⁵. Faz-se preciso, portanto, a realização de estudos com a finalidade de subsidiar a PNAISH e, como consequência, ajudar na melhoria do atendimento desses usuários¹⁶.

Para tanto, é necessário empregar ferramentas que sejam capazes de avaliar as ações no âmbito da saúde do homem. A avaliação constitui-se como um instrumento para conseguir um julgamento de valor, seja acerca de uma intervenção, seja sobre seus componentes, bem como auxiliar nas tomadas de decisão¹⁷. A avaliação tem o propósito de promover a redução das incertezas que se relacionam às decisões, gerando uma nova visão sobre possíveis consequências e efeitos da implementação de políticas^{18,19}.

Portanto, justifica-se este estudo na medida em que visa contribuir com a produção do saber voltado para a população masculina, sobretudo na atenção primária, visto que esse tema ainda precisa ser mais investigado. Nesse contexto, objetivou-se 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, Paraíba, Brasil. A amostra do estudo foi composta de homens adscritos às unidades básicas de saúde (UBS).

A população masculina do município campinense corresponde a 101.459 homens com idade entre 20 e 59 anos²⁰. Para estimar a amostra de maneira representativa, utilizou-se a fórmula expressa pela Equação 1²¹:

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

Em que:

n = valor da amostra;

Z = intervalo de confiança (1,96);

N = população;

P = prevalência;

e = o erro tolerado (0,05).

Considerou-se para fins deste estudo a prevalência de 0,5. Realizados os cálculos, obteve-se $n = 384$. O município possui 80 UBS, distribuídas em oito distritos sanitários. Optou-se que a pesquisa fosse realizada na zona urbana, excluindo-se os demais distritos administrativos e as zonas rurais que englobam o município, envolvendo por fim 62 unidades em seis distritos.

Para operacionalizar o processo de pesquisa, foi feito um sorteio de forma aleatória simples, com probabilidade proporcional ao número de UBS existentes em cada distrito sanitário, compondo ao fim o total de 12 unidades. Os critérios de inclusão foram: participantes com idade entre 20 e 59 anos, faixa etária-alvo da PNAISH e estar cadastrado na UBS há pelo menos seis meses.

A estratégia usada para aproximação dos sujeitos e para a coleta de dados foi a visita domiciliar, com o acompanhamento do agente comunitário de saúde (ACS) responsável pela microárea da Estratégia Saúde da Família (ESF) correspondente. Para tanto, foi realizado o levantamento dos domicílios cadastrados, por meio da ficha de cadastro domiciliar e territorial do e-SUS, assim como o sorteio dos domicílios. Caso não houvesse homens com idade entre 20 e 59 anos no domicílio, era selecionado o seguinte no cadastro.

Para coleta dos dados foi utilizado um formulário destinado à investigação das variáveis demográficas e socioeconômicas, acrescido de um questionamento sobre o conhecimento acerca da PNAISH, e do Primary Care Assessment Tool - PCATool.

O PCATool é um instrumento já validado no Brasil e considerado o que mais se aproxima da proposta da ESF, sendo, portanto, adequado para avaliá-la^{22,23}. A ferramenta permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. A versão do PCATool para adultos contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS:

- grau de afiliação com serviço de saúde;
- acesso de primeiro contato — utilização;
- acesso de primeiro contato — acessibilidade;
- longitudinalidade;
- coordenação — integração de cuidados;
- coordenação — sistema de informações;
- integralidade — serviços disponíveis;
- integralidade — serviços prestados;
- orientação familiar;
- orientação comunitária.

Cada um desses atributos pode ser avaliado separadamente. Neste estudo foi avaliado o acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade)¹⁰.

O PCATool é um instrumento com escala do tipo Likert, variando de 1 a 4 as possibilidades de resposta:

- 4: Com certeza, sim;
- 3: Provavelmente, sim;
- 2: Provavelmente, não.
- 1: Com certeza, não.

Fez-se um acréscimo, incluindo a opção 9, que corresponde a não sei/não lembro.

Com as respostas dos itens, é possível calcular um escore para cada atributo da APS e de seus componentes, o escore essencial e o geral. Os escores para cada atributo e componentes são obtidos pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens da seguinte forma (Equação 2):

$$\{\text{escore} = \text{soma dos itens do atributo} / \text{número de itens do atributo}\} \quad (2)$$

Com a finalidade de atingir o objetivo deste estudo, a transformação dos escores ocorreu para os componentes do atributo acesso de primeiro contato, para o componente utilização (Equação 3) e para o componente acessibilidade (Equação 4), conforme:

$$\{\text{escore} = B1+B2+B3 / 3\} \quad (3)$$

$$\{\text{escore} = C1+C2+\dots+C12 / 12\} \quad (4)$$

Em seguida foi realizada a transformação do escore em escala de 0 a 10 por meio da Equação 5:

$$\{(\text{escore obtido} - 1) \times 10 / 3\} \quad (5)$$

Considerou-se alto escore ou orientado para atenção primária o resultado igual ou maior que 6,6 e baixo escore ou pouco orientado para atenção primária o resultado menor que 6,6^{10,24}.

Os dados foram digitados no programa Excel 2016 e transferidos para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20., para serem analisados. Como ocorre com a maioria dos estudos que fazem uso do PCATool, apresentaram-se os achados por meio da média e do desvio padrão²⁵, incluindo-se o intervalo de confiança de 95% (IC95%), o escore mínimo, o escore máximo e a mediana.

Os resultados sobre o perfil sociodemográfico foram expressos por intermédio das frequências absoluta e relativa dos itens, da média, da mediana, do mínimo e do máximo, do desvio padrão e do IC95%. Para a realização do teste de associação, foram consideradas variáveis independentes: idade, credo, cor, estado civil, escolaridade, número de pessoas convivendo com o sujeito, rendas familiares e *per capita*, além do conhecimento sobre a PNAISH. Como variáveis dependentes, examinaram-se os componentes utilização e acessibilidade.

Para a verificação de associação, foi utilizado o teste χ^2 . Quando mais de 20% das frequências esperadas foram menores que 5, fez-se uso do teste de Fisher ou da razão de verossimilhança. Os dados estão apresentados em tabelas.

O estudo atendeu aos preceitos éticos elencados na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e encontra-se registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Declaramos que por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos foram respeitados os aspectos éticos. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e registrada sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 56386516.3.0000.5187.

RESULTADOS

Os dados do perfil sociodemográfico estão apresentados na Tabela 1. Quando questionados sobre a PNAISH, 70,3% (n = 270) dos entrevistados afirmaram não ter conhecimento da política e 29,7% (n=114) indicaram conhecê-la.

Na Tabela 2 estão os escores dos itens do componente utilização. O item B1 — Quando necessita de uma consulta de revisão, vai à UBS antes de ir a outro serviço de saúde? — teve escore médio de 6,78, seguido do item B3 — A UBS é o único meio de encaminhamento para um serviço especializado? —, com 5,48, e o menor foi o item B2 — Quando tem um novo problema de saúde, a UBS é o primeiro local procurado? —, com média de 5,12.

No componente acessibilidade (Tabela 3), todos os itens tiveram escore abaixo do recomendado, sendo os piores avaliados os itens C1 — UBS aberta aos sábados ou aos domingos; C2 — UBS aberta algumas noites até as 20 horas); C6 — A UBS disponibiliza apoio no fim de semana se estiver doente); e C7 — A UBS atende mesmo durante a noite se estiver doente, com escores médios inferiores a 1.

A Tabela 4 apresenta a associação dos componentes utilização e acessibilidade e do atributo acesso de primeiro contato com as variáveis sociodemográficas e de conhecimento da PNAISH. Dessa forma, percebe-se que 53,4% (n = 205) dos usuários avaliaram o componente utilização como igual ou superior a 6,6, no entanto o escore médio alcançado foi 5,79, 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, obtendo o escore médio de 2,7. Verificou-se que a idade (p = 0,02), a renda (p = 0,036), o credo (p = 0,018) e o conhecimento da PNAISH (p = 0,007) estiveram associados ao componente utilização.

DISCUSSÃO

O acesso à atenção primária constitui uma ferramenta imprescindível para a redução dos índices de morbimortalidade, sobretudo quando se promove um primeiro contato do sujeito com o serviço de forma adequada⁸. Outrossim, um sistema de saúde que possui sua

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos homens usuários da atenção primária em Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%	X ± DP	Mín.–Máx.
			(IC95%)	(mediana)
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 branco	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)
Pessoas que vivem na casa				
Até quatro pessoas	293	76,3	3,24 ± 1,93 (3,05 – 3,44)	0–12 (3)
Acima de quatro pessoas	85	22,1		
Não sabe/não informou	6	1,6		
Renda				
Até dois salários mínimos	258	67,2	1.715,14 ± 998,76 (1.612,20 – 1.818,09)	0–7.040 (1760)
Entre dois e três salários mínimos	66	17,2		
Acima de três salários mínimos	43	11,2		
Não sabe/não informou	17	4,4		
Renda per capita				
Até meio salário mínimo	225	58,6	493,44 ± 397,16 (452,51 – 534,38)	0–3.520 (440)
Acima de meio salário mínimo	139	36,2		
Não informou/Não sabe	20	5,2		

X: média; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

base na atenção primária deve possuir uma série de elementos funcionais e estruturais que visem promover e garantir cobertura satisfatória da sua população e acesso universal aos serviços, bem como o aumento da equidade²⁶.

Os achados deste estudo evidenciam uma avaliação negativa dos homens no que diz respeito ao acesso de primeiro contato, tendo os componentes desse atributo obtidos escores abaixo do recomendado, explicitando que nesses aspectos os sujeitos do sexo masculino consideram o serviço pouco orientado para a atenção primária.

Quando verificado o componente utilização pela frequência, o estudo demonstrou que aproximadamente metade dos homens avaliou de forma positiva o item, com percentual maior entre aqueles com idade acima de 40 anos, verificando-se associação entre a idade e a utilização do serviço. Esse achado corrobora com o de investigações que apontam maior procura dos homens pelo serviço de saúde, sobretudo no setor público, com prevalência de 57%, bem como aumento da procura pelos serviços em função da idade^{27,28}.

No tocante à associação entre o componente utilização, as variáveis de renda e credo religioso, estudos apontam que a renda é um fator para uso de serviços públicos de saúde pelos homens, assim como possuir um credo religioso, estando associados à maior utilização do serviço e podendo influenciar, positivamente, as condições de saúde e a adoção de comportamentos saudáveis pelo sujeito^{27,29}.

Ainda sobre a utilização, o item mais bem avaliado pelos homens foi o que verifica se o serviço é o primeiro a ser procurado para consulta de revisão, revelando que os homens adentram no serviço geralmente para consultas, o que corrobora um estudo desenvolvido no sul do Brasil,

Tabela 2. Escores obtidos pela média de resposta dos respectivos itens do componente utilização. Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

Itens	Escore 0–10				X ± DP (IC95%)	Mín.–Máx. (mediana)
	Baixo escore		Alto escore			
	(< 6,6)		(>= 6,6)			
Utilização	N	%	N	%		
B1: Quando necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, <i>check-up</i>), você vai à 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 tem um novo problema de saúde, a UBS é o primeiro local procurado?	179	46,6	205	53,4	5,12 ± 4,39 (4,68 – 5,56)	0–10 (6,7)
B3: A UBS é o único meio de encaminhamento para um serviço especializado?	163	42,4	221	57,6	5,48 ± 4,05 (5,07 – 5,88)	0–10 (6,7)

X: média; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; UBS: unidade básica de saúde.

o qual alcançou prevalência de consultas médicas nos serviços de saúde de 45,6% sem diferença entre os sexos. Entre os serviços analisados, o mais usado para consulta médica foi a UBS, com 49,5%³⁰, entretanto é possível perceber que essa busca foi, na maioria das vezes, por doenças já instaladas ou morbidades, sendo a prevenção de saúde ainda pouco considerada pelos homens^{28,29,31}.

Quando averiguado se o serviço referido é o primeiro local que o usuário procura em caso de surgimento de um problema de saúde ou para um novo episódio de um agravamento, obteve-se escore médio baixo, evidenciando que os homens não veem a atenção primária como a primeira

Tabela 3. Escores obtidos pela média de resposta dos respectivos itens do componente acessibilidade. Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

Itens	Escore 0–10				X ± DP (IC95%)	Mín.–Máx. (mediana)
	Baixo escore		Alto escore			
	(< 6,6)		(>= 6,6)			
Acessibilidade	N	%	N	%		
C1: UBS aberta aos sábados ou domingos.	384	100	-	-	0,74±1,38 (0,60 – 0,88)	0 – 3,3 (0)
C2: UBS aberta algumas noites até as 20 horas.	384	100	-	-	0,67±1,33 (0,54 – 0,81)	0 – 3,3 (0)
C3: A UBS atende no mesmo dia quando aberta e o sujeito estiver doente.	154	40,1	230	59,9	5,41 ± 3,78 (5,03 – 5,79)	0 – 10 (0)
C4: A UBS oferece aconselhamento rápido pelo telefone quando aberta.	343	89,3	41	10,7	1,79 ± 2,48 (1,54 – 2,04)	0 – 10 (0)
C5: A UBS disponibiliza um número de telefone mesmo fechada.	360	93,7	24	6,3	1,23 ± 2,16 (1,01 – 1,45)	0 – 10 (0)
C6: A UBS disponibiliza apoio no fim de semana se o sujeito estiver doente.	384	100	-	-	0,26 ± 0,90 (0,17 – 0,35)	0 – 3,3 (0)
C7: A UBS atende mesmo durante a noite se o sujeito estiver doente.	384	100	-	-	0,41 ± 1,09 (0,30 – 0,52)	0 – 3,3 (0)
C8: É fácil marcar hora para uma consulta de revisão na UBS.	170	44,3	214	55,7	5,34 ± 4,00 (4,94 – 5,75)	0 – 10 (6,7)
C9: Espera maior que 30 minutos para consulta com médico ou enfermeiro.	306	79,7	78	20,3	2,59 ± 3,45 (2,24 – 2,93)	0 – 10 (0)
C10: Espera longa ou é preciso falar com muitas pessoas para marcação.	186	48,4	198	51,6	5,19 ± 4,13 (4,78 – 5,59)	0 – 10 (6,7)
C11: Dificuldade para conseguir consulta médica quando necessário.	198	51,6	186	48,4	5,01 ± 4,13 (4,60 – 5,43)	0 – 10 (3,3)
C12: É preciso faltar ao trabalho ou à escola para ir à UBS.	257	66,9	127	33,1	3,65 ± 4,30 (3,21 – 4,08)	0 – 10 (0)

X: média; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; UBS: unidade básica de saúde.

Tabela 4. Associação dos componentes utilização e acessibilidade, do atributo acesso de primeiro contato, com as variáveis sociodemográficas e de conhecimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Campina Grande, PB, Brasil, 2017.

Variáveis	Utilização					Acessibilidade				
	Escore 0–10					Escore 0–0				
	Baixo escore		Alto escore		p	Baixo escore		Alto escore		p
	(< 6,6)		(≥ 6,6)			(< 6,6)		(≥ 6,6)		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Idade										
Até 40 anos	104	54,7	86	45,3	0,001	190	100	0	0	0,505
Acima de 40 anos	75	38,7	119	61,3		193	99,5	1	0,5	
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	1	0,3	
Credo										
Com credo religioso	139	43,8	178	56,2	0,018	316	99,7	1	0,3	0,826*
Sem credo religioso	40	59,7	27	40,3		67	100	0	0	
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	0	0,3	
Cor										
Branco	54	51,9	50	48,1	0,204	104	100	0	0	0,729*
Não branco	125	44,6	155	55,4		279	99,6	1	0,4	
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	0	0,3	
Estado civil										
Com união estável	120	48,8	126	51,2	0,259	246	100	0	0	0,359*
Sem união estável	59	42,8	79	57,2		137	99,3	1	0,7	
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	0	0,3	
Anos de estudo										
Até oito anos	82	43,9	105	56,1	0,290	187	100	0	0	0,513*
Mais de oito anos	97	49,2	100	50,8		196	99,5	1	0,5	
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	0	0,3	
Número de pessoas na casa										
Até quatro pessoas	143	48,8	150	51,2	0,152	292	99,7	1	0,3	0,775*
Mais de quatro pessoas	34	40	51	60		85	100	0	0	
Total	177	46,8	201	53,2		377	99,7	1	0,3	
Renda										
Até dois salários mínimos	114	44,2	144	55,8	0,036	258	100	0	0	0,179¥
De dois a três salários mínimos	40	60,6	26	39,4		65	98,5	1	1,5	
> três 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	103	45,8	122	54,2	0,751	225	100	0	0	0,382*
Acima de meio salário	66	47,5	73	52,5		138	99,3	1	0,7	
Total	169	46,6	195	53,4		377	99,7	1	0,3	
Conhece a PNAISH										
Sim	41	36	73	64	0,007	114	100	0	0	0,703*
Não	138	51,1	132	48,9		269	99,6	1	0,4	
Total	179	46,6	205	53,4		383	99,7	0	0,3	
X ± DP (IC95%)	5,79 ± 3,55 (5,44 – 6,15)					2,7 ± 1,47 (2,55 – 2,85)				
Mín.–Máx. (mediana)	0 – 10 (6,7)					0 – 6,7 (2,5)				

X: média; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *teste exato de Fisher; ¥razão de verossimilhança.

opção para o atendimento em saúde. É possível constatar na literatura que os homens julgam o serviço como incapaz de atender a suas demandas, sobretudo em tempo satisfatório, queixando-se da espera para ser atendido. Não obstante, para eles, a busca do serviço é compreendida como uma expressão de fragilidade, e sentem-se envergonhados em procurá-lo^{2,32,33}. O fato de o homem não considerar o serviço resolutivo pode desfavorecer o seu acesso e a sua utilização.

Ao verificar se o serviço avaliado é o único meio de encaminhamento para um especialista, o presente trabalho atingiu escore médio abaixo do recomendado. Estudo realizado na Paraíba com base nos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) notou que em 10,2% das equipes de saúde da família os usuários saem da unidade de saúde com a sua consulta agendada e em 47,2% das vezes a consulta é marcada pela UBS e só posteriormente a data é informada ao usufruidor, gerando uma espera prolongada e, como consequência, insatisfação do usuário³⁴.

No que concerne à associação entre o conhecimento da PNAISH e a utilização, não foram verificados na literatura estudos que apontassem nessa direção, no entanto a PNAB considera como diretriz a participação dos usuários importante para a ampliação de sua autonomia e da capacidade de construção do cuidado à saúde das pessoas e coletividades. Torna-se importante, portanto, o estímulo do serviço ao qual o usuário está adscrito para o conhecimento das políticas, a fim de que possa participar das discussões para sua execução e melhoria da qualidade⁵.

No que se refere ao componente acessibilidade, a maioria dos sujeitos avaliou esse componente como pouco orientado para a atenção primária à saúde com escore médio baixo. Um estudo realizado no Recife³⁵ também percebeu insatisfação por parte dos usuários das UBS nesse aspecto e afirma que esse componente prejudicado compromete um dos principais objetivos das UBS, ser porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos e de acesso universal.

Quando o serviço não se apresenta como acessível, cria-se uma barreira e, portanto, impede-se que ele seja usado por potenciais usuários do sistema, ao passo que a acessibilidade está diretamente ligada ao que o demandante visualiza no serviço para que dele faça uso, sendo essa a principal fase a ser vencida pelo utente^{12,13}. Não obstante, de acordo com a PNAB, a atenção primária deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada para a rede de atenção à saúde e orientar-se por princípios, como a acessibilidade, que devem ser garantidos, tendo mecanismos que os assegurem plenamente⁵.

Quando avaliados os itens do componente acessibilidade, os elementos abertura da unidade básica nos fins de semana e abertura da unidade básica em algum dia da semana até pelo menos as 20 horas tiveram escores abaixo do recomendado. Nesse sentido, um estudo realizado na Paraíba sugere a necessidade de reestruturação nos horários de atendimento, sobretudo no horário noturno, uma vez que esse público dispõe de horários pouco flexíveis por estarem inseridos no mercado de trabalho³³.

A dificuldade de horários ficou evidenciada quando questionada a necessidade de o sujeito deixar o trabalho ou a escola para poder ir ao serviço de saúde, além da dificuldade de marcar consultas quando precisa. Aliado a isso, a dificuldade do serviço em resolver o problema quando necessário, o tempo de espera maior que 30 minutos para se consultar com o profissional, a dificuldade em agendar consultas e a não obtenção de atendimento médico fazem com que o homem se torne avesso ao serviço, visto a incapacidade de resolutividade nas

demandas de saúde requeridas por essa população, dados a dificuldade de acesso aos exames e o alongamento do atendimento, motivando a evasão nos serviços³³.

Outrossim, é de causar apreensão a constatação de que os usuários enfrentam dificuldades de conseguir aconselhamento pelo telefone em caso de dúvidas sobre sua saúde, de comunicação quando a UBS está fechada, bem como de atendimento por parte dos profissionais da unidade em caso de adoecimento do usuário nos fins de semana ou à noite. Tal preocupação ocorre, pois a literatura indica que o vínculo na atenção primária entre usuários e equipe constitui uma importante ferramenta para a promoção da construção de novas relações, permitindo uma aproximação maior do usuário com a UBS, favorecendo a adesão aos serviços de saúde à medida que o usuário passa a acreditar neles³³.

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

A garantia da acessibilidade e do acolhimento na atenção primária é fundamental. Portanto, o serviço deve se organizar para acolher a população e apresentar uma resposta positiva às suas demandas de saúde, ter resolutividade e capacidade de vinculação do serviço com o usuário, bem como resolver os problemas, pois tais aspectos são imprescindíveis para a sua efetivação enquanto contato e porta de entrada para os demais níveis⁵.

Aponta-se como limitação deste estudo a avaliação de apenas um dos atributos da APS, sendo necessários estudos que verifiquem os demais, para a melhor compreensão da avaliação do serviço pelos homens. Todavia, apesar da limitação indicada, ficou evidente que ainda há muitas barreiras a serem enfrentadas com relação à saúde do homem, mas uma das mais importantes a serem vencidas é a do acesso. Portanto, sugere-se ainda que sejam realizados estudos que visem subsidiar conhecimento com a finalidade de promover o acesso dos homens à atenção primária, sobretudo com vistas a monitorar os determinantes sociais da saúde.

CONCLUSÃO

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. Observa-se que, apesar dos esforços elencados pelo setor público, a exemplo da formulação da PNAISH, o homem ainda não vê a atenção primária como porta de acesso, sendo necessários esforços que visem garantir sobretudo o acesso de primeiro contato, fazendo com que ele perceba o serviço e faça uso das ações oferecidas. Uma das prioridades da PNAISH é fortalecer a ESF, permitindo o acesso integral à saúde pela população masculina com um dos eixos voltados para o acesso e o acolhimento dessa demanda. Embora se verifique a brevidade da política, com menos de dez anos de promulgação, vale considerar que a avaliação negativa dos homens neste estudo com relação à atenção primária sugere que a PNAISH ainda não conseguiu plena efetividade nesses componentes.

REFERÊNCIAS

- Duarte S, Oliveira J, Souza R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Gestão Saúde* 2012; 3(1): 308-17.
- Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(2): 429-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília: MS; 2008.
- Ramalho MNA, Albuquerque AM, Maia JKF, Pinto MB, Santos NCCB. Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Ciênc Cuid Saúde* 2014; 13(4): 642-9. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i4.18420>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
- Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*. 2014.
- Codogno JS, Turi BC, Fernandes RA, Monteiro HL. Comparação de gastos com serviços de atenção básica à saúde de homens e mulheres em Bauru, São Paulo, 2010. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(1): 115-22. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100013>
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 260-8.
- Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2865-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 183-206.
- Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSS, 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(11): 3321-31. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>
- Silva PLN, Maciel MM, Carfesans CS, Santos S, Souza JR. A Política de Atenção à Saúde do homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. *Enferm Glob* 2013; 12(32): 414-443.
- Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Saúde Soc* 2013; 22(2): 429-40. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>
- Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-I, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(5): 547-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000500018>
- 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: MS, 2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
- Luiz RR, Magnanini MM. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva* 2000; 8(2): 9-28.
- Harzheim E, Oliveira MMC, 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): 274-84. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)
- Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC de. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(12): 4851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
- Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, 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* 2013; 8(29): 244-55. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)

25. 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 Fam Comunidade* 2016; 11(38): 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1241](https://doi.org/10.5712/rbmf11(38)1241)
26. Oliveira BR, Viera CS, Collet N, Lima RA. Access first contact in primary health attention for children. *Rev Rene* 2012; 13(2): 332-42.
27. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3807-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>
28. Arruda GO, Mathias TAF, Marcon SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(1): 279-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.20532015>
29. Arruda GO, Marcon SS. Survey on the use of health services by adult men: prevalence rates and associated factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2016; 24: e2685. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0296.2685>
30. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3): 475-84. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000024>
31. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(1): 273-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>
32. Storino LP, Souza KV, 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* 2013; 17(4): 638-45. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130006>
33. Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Morais GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Integral Assistance to Men's Health: needs, barriers and coping strategies. *Esc Anna Nery* 2014; 18(4): 628-34. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>
34. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, 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 em Debate* 2014; 38(Núm. Esp.): 209-20. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>
35. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(1): 35-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>

Recebido em: 20/04/2019

Revisado em: 23/08/2019

Aceito em: 14/10/2019

Contribuição dos autores: Alex do Nascimento Alves foi responsável pela concepção, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Alexsandro Silva Coura foi responsável pela análise, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. Inacia Sátiro Xavier de França, Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães, Mayara Araújo Rocha, Rudiney da Silva Araújo foram responsáveis pela revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão a ser publicada.

