

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Clesimary Evangelista Molina Martins

O acesso da população masculina a Unidades Básicas de Saúde com e sem horário estendido de atendimento: Um estudo qualiquantitativo no Distrito Federal.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

**Orientadora: Elza Maria Souza
Co- orientadora: Muna Muhammad Odeh**

**Brasília
2013**

Clesimary Evangelista Molina Martins

O acesso da população masculina a Unidades Básicas de Saúde com e sem horário estendido de atendimento: Um estudo quali-quantitativo no Distrito Federal.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Elza Maria de Souza (presidente)
Universidade de Brasília

Edgar Merchann Hamann (examinador interno)
Universidade de Brasília

Ximena Pamela Claudia Diaz Bermúdez (examinador externo)
Universidade de Brasília

Com amor e carinho dedico esta dissertação ao meu bebê, ainda dentro do meu ventre, a toda minha família, ao meu companheiro e aos meus amigos por acreditarem e confiarem em mim.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela minha vida e saúde para encarar com serenidade e força as dificuldades do cotidiano.

Um agradecimento muito especial a minha querida orientadora a Professora Doutora Elza Maria de Souza pela competência científica, pelo acompanhamento, disponibilidade, críticas e sugestões construtivas demonstradas ao longo da execução da minha dissertação de mestrado, pela paciência, carinho e dedicação com que orientou este trabalho e pela confiança depositada em mim, sempre acreditando e motivando meu desenvolvimento intelectual.

Agradeço a coorientadora Professora Doutora Muna Muhammad Odeh pelas contribuições.

A minha família, que sempre me apoiou e que tem como lema a educação. Em especial a Valquíria Evangelista, minha mãe e Waterloo Evangelista, meu pai pelo carinho, amor, dedicação, incentivo e por acreditarem sempre na minha formação.

A meu namorado Pedro Lucas pelo amor, carinho, paciência, ajuda e incentivo para que eu conseguisse finalizar este grande sonho.

Aos amigos e companheiros de trabalho da Área Técnica da Saúde do Homem do Ministério da Saúde que, em nome do coordenador Eduardo Chakora possibilitaram e contribuíram para concretização desse estudo, e em especial para minhas amigas Michelle e Renata pela grande ajuda e palavras de apoio sempre.

Ao amigo Marcilio Regis pela amizade, incentivo, paciência, dedicação, trabalho e empenho nos cálculos estatísticos.

Às queridas Marlene Teixeira, Larissa e Joelma, que ajudaram na coleta dos dados, e pela torcida.

Aos meus amigos pelo apoio ao longo de todo o processo, e por nunca terem me esquecido mas compreendido a minha ausência.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, pela amizade, companheirismo e partilha de conhecimento e emoções, em especial: Thais, Amanda, Eliane, Simone, Estela e Dirceu.

À Regional de Sobradinho e todos os usuários e profissionais do Centro de Saúde de Sobradinho I e III que aceitaram participar dessa pesquisa com paciência e disponibilidade.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma participaram desse sonho.

Tenham certeza que todos vocês foram de suma importância nessa conquista.

“Por mais que vocês tentem imaginar, jamais poderão compreender o que eu estou vivenciando neste momento da minha vida”.

A todos vocês,
Muito Obrigada!

Um dia você aprende.....

Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar...que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!

(William Shakespeare)

RESUMO

Este estudo teve o propósito de realizar um levantamento do número de homens atendidos em duas unidades básicas de saúde da Regional de Sobradinho-DF com e sem horário de atendimento estendido, bem como analisar, sob a percepção de profissionais de saúde e usuários de tais unidades, se o horário estendido para o atendimento facilita o acesso da população masculina nessas unidades. Objetivou também discorrer sobre a importância do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem como fator de aprimoramento da atenção à saúde da população masculina. Trata-se de uma triangulação de métodos, a qual inclui um estudo quantitativo referente a um levantamento de prontuários sob a forma de série histórica no período de 2008 a 2012, e um estudo qualitativo, no qual foi utilizada a técnica das entrevistas em profundidade junto a usuários e profissionais de saúde para análise do acesso da população masculina às unidades básicas de saúde. Os resultados quantitativos mostraram que a unidade que funciona em horário noturno denominado “estendido” apresentou maior número de atendimentos quando comparada à unidade que funciona em horário convencional. O estudo qualitativo mostrou que a oferta do horário estendido, de acordo com a opinião da maioria dos usuários e dos profissionais entrevistados, facilita o acesso da população masculina aos serviços de saúde, já que não coincide com o trabalho diurno do trabalhador. Os achados dos dois estudos são complementares e reforçam e corroboram achados anteriores que mostram a importância de um horário noturno para facilitar o acesso da população masculina às unidades básicas de saúde. Dessa forma, a pesquisa sugere a necessidade de adoção do horário estendido em todas as unidades básicas, bem como a adoção de medidas que sensibilizem os gestores, os profissionais de saúde e os usuários para ações integradas no planejamento de atividades de prevenção de agravos e da promoção da saúde, com intuito de oferecer as condições necessárias para mudanças de atitudes e comportamentos masculinos no que se refere ao cuidado à saúde e facilitar o acesso dos homens às unidades de atenção básica. O estudo, embora com certas limitações, poderá subsidiar decisão no que se refere à

promoção do bem estar masculino e motivar novas pesquisas avaliativas nessa área.

Palavras-chave: Homens e saúde; gênero e saúde; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This study aims to conduct of the number of men treated in two basic health units of Regional Sobradinho-DF with and without extended service hours, as well as to analyze, from the perception of health professionals and users of such units if the extended hours for service facilitates the access of the male population in these units. It is a triangulation methods Which includes a quantitative study in the form of time series and a qualitative study, based on in depth interviews with users and health professionals to analyze the access of the male population to primary care units. The quantitative results showed that that the unit that operated in extended hours (night) had a greater number of visits compared to the unit that operates in conventional time. The results also suggested that, from the majority of users and professionals point of view the time change facilitates male populations access to primary health services as it does not coincide with work time for most of the users. The study also suggests the need for the adoption of extended time in all primary care units and also to raise the awareness of managers, health professional and male users for joint health promotions planning and actions so as to offer proper conditions for the male population to change their attitudes and behavior towards a real well being. Although the study has some limitations it was important to subsidize some interventions for the care of the male population and also to stimulate new evaluation researches in the area.

Key words: Men and health; gender and health; access to health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Média de atendimentos das duas unidades estudadas.....	43
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tamanho amostral por extratos de faixas etárias por unidade de saúde..	34
Tabela 2- Distribuição da amostra por grupo de idade por unidade de saúde.....	34
Tabela 3- População cadastrada no SIAB, das UBS I e III de Sobradinho no ano de 2012 por grupo de idade e sexo.....	40
Tabela 4 - Quantidade de atendimentos nas UBS I e III nos anos de 2008 a 2012..	42
Tabela 5- Análise de significância entre os atendimentos das UBS I e III nos anos de 2008 a 2012.....	44
Tabela 6- Características sociodemográficas da amostra de usuários das unidades de saúde I e III de Sobradinho/DF. Faixa etária, Estado Conjugal e Escolaridade dos entrevistados.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos grandes temas e subtemas extraídos durante a análise das entrevistas na Unidade Básica de Saúde I.....	48
Quadro 2 - Resumo dos grandes temas e subtemas extraídos durante a análise das entrevistas na Unidade Básica de Saúde III.....	49
Quadro 3- Resumo dos temas e subtemas derivados das entrevistas com os informantes-chave da Unidade Básica de Saúde I.....	56
Quadro 4- Resumo dos temas e subtemas derivados das entrevistas com os informantes-chave da Unidade Básica de Saúde III.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

CAP-Sad - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas.

CONEP - Comissão Nacional de ética em Pesquisa no Brasil.

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis.

EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

NANID - Núcleo de Atendimento Multidisciplinar em Domicílio.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

PSF - Programa Saúde da Família.

SAMED - Serviço de Atendimento Médico em Domicílio.

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

SES-DF - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

SPSS - Social Package for Social Studies.

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

PARTE I – INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	17
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
1.3 ATENÇÃO BÁSICA.....	20
1.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	21
1.4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIDADE DE GÊNERO .	22
1.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM .	26
2. JUSTIFICATIVA PARA A CONDUÇÃO DO ESTUDO	27
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
PARTE II MÉTODO.....	30
4 MÉTODO	30
4.1 LOCAL DO ESTUDO E ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	30
4.2 O SISTEMA DE SAÚDE.....	31
4.3 ESTUDO QUANTITATIVO.....	32
4.3.1 CARACTERIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS PRONTUÁRIOS	32

4.3.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	35
4.4 ESTUDO QUALITATIVO.....	36
4.4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO E SELEÇÃO AMOSTRAL.....	36
4.4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	37
4.3.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS.....	38
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
PARTE III – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5. RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	39
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	39
5.2 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	44
5.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	44
5.2.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS USUÁRIOS.....	47
5.2.3 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS.....	55
PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
PARTE V – REFERÊNCIAS.....	64
7. REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE A.....	68
APÊNDICE B.....	69
APÊNDICE C.....	71

APÊNDICE D.....	73
ANEXO A	75

PARTE I - INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa destina-se a comparar o atendimento realizado em duas unidades básicas de saúde do Distrito Federal e analisar qualitativa e quantitativamente se a unidade com horário estendido de funcionamento favorece o acesso da população masculina, bem como verificar sob a ótica de profissionais de saúde e usuários quais são os fatores facilitadores e dificultadores para o atendimento dos homens em tais unidades. Pretende também discorrer sobre a importância do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem como fator de aprimoramento da atenção à saúde da população, principalmente no que se refere à atenção básica, dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo foi dividido em cinco partes a fim de facilitar a leitura e a compreensão do seu desenvolvimento. A primeira diz respeito à introdução, justificativa e os objetivos dos estudos onde se destacam a apresentação do tema, a descrição sucinta do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua estrutura, com ênfase na atenção básica (AB) de saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), a equidade de gênero na ESF, as bases da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e a descrição de estudos relacionados à saúde do homem no contexto internacional e nacional.

A segunda parte apresenta a metodologia utilizada no desenvolvimento da investigação; a terceira diz respeito aos resultados e à discussão; a quarta, às considerações finais e às recomendações, e a quinta, às referências.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição de 1988, utilizando como referência o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, e sua implantação teve início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990) a qual garante a participação popular e o controle social na saúde.

O SUS está orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. Foi pautado pela concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O SUS vem se consolidando no Brasil como uma política de Estado de grande relevância social. A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira, visto que não basta ter uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a organização e participação da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida (BRASIL, 2008).

Embora passada duas décadas da criação do SUS, sua implantação vem apresentando ainda nos dias atuais muitos desafios para serem superados, dentre os quais se destacam o subfinanciamento crônico, a concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, a predominância do modelo biomédico que

favorece a fragmentação da assistência, dificultando a prática da integralidade e da interdisciplinaridade (MENDES, 1993) e dissociando-se do modelo mais estruturalista, o qual envolve a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, e a reabilitação. Destaca-se ainda como fator de entrave à consolidação do SUS a influência político-partidária na implantação e implementação de programas de saúde, os quais ainda sofrem com interesses individuais, financeiros e políticos. O Sistema também apresenta outros desafios para a garantia dos seus princípios e diretrizes estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, 8080/90 e pelo Decreto nº 7508/2011, como integralidade, igualdade da assistência, universalidade de acesso e descentralização, além de muitos outros.

Mesmo sendo perceptíveis os entraves, muitos avanços podem ser evidenciados no sistema público de saúde com a implantação do SUS. Tais avanços têm se refletido no aumento da cobertura vacinal, na presença da rede de atenção pública de saúde em todo o território nacional, no fortalecimento do processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde e a implantação e aprimoramento da rede básica de saúde por meio do Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994 e hoje denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual passou a ser a estratégia prioritária descrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) e prevê o cuidado aos indivíduos, levando-se em consideração todo o contexto sociocultural e familiar (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006).

O SUS está estruturado em níveis de atenção básica, média e de alta complexidade. A participação complementar dos serviços privados também pode ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização (BRASIL, 2012). Nesse estudo será enfatizada a atenção básica, visto ser esse nível a base da organização do sistema público brasileiro de

saúde e por ser foco da presente investigação no que se refere à saúde da população masculina.

1.3 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) no Brasil é pautada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). De acordo com a PNAB a atenção básica: caracteriza-se:

“[...] por 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, 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p. 19).

Como resultado do estipulado pela Conferência de Alma Ata (OMS, 1978), a Atenção Básica é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA, 2012). A atenção básica, portanto, constitui a porta de entrada preferencial do sistema e deve ser o centro ordenador das redes de atenção. Essa estruturação prevê uma melhor programação e planejamento das ações e dos serviços, visando à integralidade da assistência.

A Atenção Básica como o componente principal de um sistema de saúde deve proporcionar diretamente todos os serviços indispensáveis para as necessidades mais frequentes, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário (STARFIELD, 2011).

Outra questão relevante na organização dos vários níveis do sistema é pensar em uma AB resolutive, a qual deve impactar na lógica de assistência em outros níveis de saúde como unidades de referência, média e de alta complexidade. A reorganização do sistema de saúde brasileiro orientado pela AB com boa integração da rede de serviços é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país (GIOVANELLA, 2012).

A Atenção Básica tem sido o referencial para os sistemas de saúde da maioria dos países, pois tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde. Caminhar em direção à saúde para todos exige que os sistemas respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de melhor desempenho. Esse nível do sistema oferece atenção abrangente que deve abordar a maior parte das necessidades e demandas de atenção em saúde da população em todo o ciclo da vida. No Brasil vem sendo desenvolvida uma descentralização que torna os municípios mais autônomos e a chegada da atenção à saúde mais próximo da vida das pessoas, por meio, principalmente da ESF, uma vez que ela deve ser o contato preferencial dos usuários (BRASIL, 2012).

1.4 ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos anos, observa-se uma crescente ampliação da cobertura populacional. Ampliando a estratégia amplia-se também o acesso da população aos serviços de saúde. Esse movimento propiciou reconhecimento internacional considerando a ESF uma inovação para organização da AB no Brasil. Em 2010 o Periódico British Medical Journal publicou um artigo que menciona a ESF como uma ação inovadora (HARRIS; HAINES, 2010). Os autores ressaltam que os países mais ricos poderiam aprender com o Brasil, visto que a ESF brasileira tem aprimorado a promoção da

saúde e interferido nas doenças crônicas e na demanda por serviços de atenção terciária. No entanto, apesar do reconhecimento da importância dessa Estratégia, há uma distância entre o que é dito e o que é feito, visto que, na prática, a assistência hospitalar tem sido prioritária.

A Estratégia da Saúde da Família é a opção brasileira para expansão e fortalecimento da AB, a qual propicia aumento da cobertura e, ao mesmo tempo, do acesso aos serviços, insumos e ações em saúde. No entanto, vários municípios, sobretudo os localizados nas regiões do Centro-oeste e Sul do país, na década de 1990, já possuíam importantes redes de atenção básica responsável pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros. Esses serviços, que existem em várias partes do País, se organizam em maior ou menor grau segundo os princípios da AB. Dessa forma, é importante reconhecer que a ESF não teve caráter substitutivo nestes lugares. No entanto, em alguns locais como o Distrito Federal o sistema foi adotado de forma paralela ao sistema de atenção básica existente, trazendo certo conflito entre esses sistemas paralelos (MUNHOZ et al, 2009).

A Estratégia Saúde da Família vem crescendo significativamente desde sua implantação em 1994, de modo que, em novembro de 2012, segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dos 5.565 municípios brasileiros, 5.279 possuem ESF implantadas, o que representa para a população brasileira uma cobertura de 52%, correspondendo a 96,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2012). No entanto, apesar de essa estratégia estar comprometida com a atenção de toda a população, ainda existe uma desigualdade de atendimento entre gêneros, por vários motivos, que deverá ser corrigido.

1.4.1 Estratégia da Saúde da Família e equidade de gênero

O sistema público de saúde do Brasil tem avançado muito no que se refere à atenção à saúde da criança e da mulher e mais recentemente à saúde do

adolescente e do adulto idoso em forma de programas específicos, sendo tais segmentos considerados grupos populacionais mais vulneráveis e, portanto, prioritários. No entanto, esses programas não têm sido suficientes para tornar o país mais saudável, visto que questões estruturais como as desigualdades e iniquidades socioeconômicas e na saúde ainda persistem. Uma dessas iniquidades em saúde é evidenciada pela negligência à saúde da população masculina na faixa etária compreendida entre 20 e 59 anos, a qual correspondia a 27% da população brasileira em 2009 (BRASIL, 2009).

É difícil entender as desigualdades de abordagens no que concerne à atenção e à promoção da saúde masculina em relação aos outros grupos, visto que os dados mostram um quadro alarmante. A mortalidade masculina por causas externas corresponde a um índice superior a população feminina. Dentre essas causas, a violência, por exemplo, vitima em geral o dobro de homens em relação às mulheres, e ao triplo se considerada a faixa etária de 20 a 39 anos. No caso dos acidentes por transportes terrestres, de cada 100 mortes, 82 são de homens. Quando consideradas as doenças do aparelho circulatório, de cada 10 mortes, seis são de homens (BRASIL, 2009). Devido a esses e outros fatores, hoje no Brasil a expectativa de vida dos homens é, em média 7,6 anos menor que a das mulheres. Todos os fatores acima descritos retratam uma lacuna na assistência e à promoção da saúde masculina. Os dados mencionados anteriormente são também desafiadores, visto que a proteção à saúde e à vida da população masculina requer uma abordagem multissetorial além de multi e interdisciplinar.

Embora tenha havido certa negligência do sistema de saúde, principalmente no que se referem à atenção básica, muitos fatores individuais particulares do gênero masculino têm contribuído para que esse segmento da população tenha ficado à margem do atendimento nesse nível de atenção.

Estudos comparativos, entre homens e mulheres, comprovam o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas e que morrem mais precocemente do que as mulheres por causas

externas, agravos do aparelho circulatório e do aparelho respiratório tanto no Brasil quanto em vários outros nos países (COURTENAY, 2000; SCHRAIBER et al., 2005; NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007).

Estudos mostram também que a população masculina acessa com mais frequência o sistema de saúde por meio dos serviços de emergência e atenção especializada (GOMES et al, 2007; COUTO; GOMES, 2012). Diferentemente das mulheres, que utilizam mais a atenção básica, os homens geralmente adentram os sistemas de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (BRASIL, 2009).

Essa procura dos homens por atendimentos mais especializados parece estar relacionada à maior resistência desses às ações preventivas, devido às barreiras socioculturais e institucionais e também pelas dificuldades impostas no processo de trabalho das ações da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que, geralmente, estão mais voltadas para os outros grupos populacionais antes mencionados. Somam-se aos fatores já referidos, a indisponibilidade de tempo para buscar os serviços de saúde, o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS) no mesmo horário de trabalho dos homens, a falta de programas específicos para pessoas do sexo masculino, o constrangimento de se expor e o medo da descoberta de doença grave são aspectos relevantes que influenciam a busca do homem por atendimento. Dessa forma, a maioria tende a buscar, além dos serviços de emergência e os ambulatoriais, a automedicação como medida mais rápida de tratamento de patologia instalada (GOMES et al., 2007). Pesquisas qualitativas mostram que essas barreiras também interferem com a adesão aos tratamentos de longa duração (SCHRAIBER et al., 2005; GOMES, 2003; KEIJER, 2003).

A dificuldade de mobilizar os homens, o sentimento de não pertencimento aos serviços de saúde e a baixa adesão às atividades ofertadas apresentam-se como importantes barreiras a serem compreendidas e superadas (MARTINS et al., 2010).

Nos últimos anos, vem sendo focalizada a relação dos homens com os serviços de atenção básica. Nessa relação, destaca-se o fato de a presença dos homens nesses serviços ser menor do que a das mulheres (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2007). Soma-se a isso o fato do não reconhecimento da singularidade dos homens por parte dos próprios serviços de saúde, o qual pode trazer dificuldades em incorporar esses sujeitos como protagonistas de seus cuidados (GOMES et al., 2011).

Observa-se ainda o fato de que as unidades básicas de saúde foram organizadas para o funcionamento em horário “comercial”, quase sempre incompatível com o horário dos homens em idade produtiva, inseridos no mercado de trabalho. Associado a isso o estigma que carrega o homem, principalmente jovem, de correr mais riscos e se envolver mais com a delinquência e a marginalidade (GOMES et al, 2011) o que torna-se um desafio para o acolhimento dos homens por meio da ampliação dos horários de funcionamento dos serviços de atenção básica .

Em estudo realizado em Fortaleza sobre a percepção dos homens acerca do atendimento em unidades básicas, Brito, Santos e Maciel (2010) observaram que existe grande descontentamento dos participantes da amostra estudada em relação ao horário de atendimento, a inoperância do sistema de referência e contrarreferência e a dificuldade em conseguir marcação de consultas médicas e exames. Os autores mencionados acreditam que a reestruturação das UBSs no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno oportunizaria a busca da assistência tanto daqueles inseridos no mercado formal de trabalho, como os trabalhadores autônomos, assim diminuindo a barreira do acesso.

Dentre vários desafios de atendimento à população masculina, o horário é um dos fatores mais alegados por essa população como barreira de acesso às UBSs. A pouca procura masculina também aparece associada à ausência de acolhimento ou o acolhimento pouco atrativo, que pode estar relacionado à frágil qualificação

profissional para lidar com o segmento masculino (Gomes et al., 2007; GOMES et al., 2011).

Com esse cenário, sugere a necessidade de capacitação das unidades básicas de saúde para acolher essa população. É necessária também a sensibilização para que a população masculina adote maior cuidado com a sua saúde no seu cotidiano e passe a ser protagonista, junto com os serviços de atenção básica, em atividades promotoras de educação em saúde e prevenção de agravos. Nesse raciocínio, seria necessária a adoção de estratégias que se voltassem tanto para a ampliação da oferta quanto para a qualificação da equipe de saúde e para ações de sensibilização dos homens para que esses se tornem e se sintam capacitados a ter controle sobre a sua saúde conforme preconiza a Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Na tentativa de corrigir essa lacuna e dar proteção à população masculina jovem e adulta, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

1.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A questão relativa à saúde do homem começou a receber atenção especial somente a partir do século XX, mais precisamente na década de 90. Nesse período, a temática começou a ser discutida em uma perspectiva diferenciada, em vista das singularidades do ser saudável e do ser doente na perspectiva de gênero. Iniciou-se então uma abordagem na “ressignificação” do masculino, com uma visão do homem como ser integral (SCHRAIBER et al., 2005).

No entanto, somente no século XXI é que começam a surgir documentos específicos que garantem a inclusão da saúde masculina na pauta da atenção à saúde. A Irlanda foi o primeiro país a lançar em 2008 uma política voltada para a saúde e o bem estar do homem (*National men's health policy 2008-2013: working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing*) seguida pelo Brasil com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 27 de agosto de 2009 e a Austrália, que instituiu documento semelhante em 2010 (*Nacional male health policy: building on the strength of Australian males*) (COUTO; GOMES, 2012).

A PNAISH foi criada com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população masculina do Brasil e contribuir de, modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade masculina. Tal política prevê o enfrentamento racional dos fatores de riscos mediante a facilitação do acesso às ações e aos serviços assistenciais, na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2009). A política enfatiza também a singularidade masculina nos contextos político, social, econômico e cultural, no aumento da expectativa de vida e na redução de doenças que apresentam causas passíveis de prevenção (SCHAWARZ et al., 2012).

Dessa forma, é imperativo o esforço de fortalecer e qualificar a atenção básica com o intuito de garantir a promoção da saúde, a prevenção de agravos evitáveis e o diagnóstico precoce de agravos prevalentes na população masculina. Ressalta-se ainda a necessidade de um esforço para a real integração intersetorial para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, visto que muitas questões estruturais que influenciam a saúde individual e coletiva dependem da ação efetiva de outros setores. A implantação da PNAISH parece acenar para novos horizontes na concretização dessas ações.

2. JUSTIFICATIVA PARA A CONDUÇÃO DO ESTUDO

A atenção especializada, seja na média ou alta complexidade, refere-se aos níveis de atenção pelos quais os homens adentram os serviços de saúde com mais facilidade e mais volume. A morbidade e a mortalidade, devido ao retardamento na atenção, sem contar o aumento dos custos para o SUS. Portanto, é necessário fortalecer e qualificar a atenção básica garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção de problemas evitáveis (BRASIL, 2009).

A reduzida presença dos homens nas UBS é fato comprovado tanto por fatores individuais como decorrentes da própria cultura. Portanto, é preciso entender a teia de relações, as quais envolvem três dimensões que interagem entre si: 1) os homens, na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; 2) os serviços na maneira como se organizam para atender aos usuários, considerando suas particularidades; e 3) os vínculos estabelecidos entre homens e os serviços e vice e versa (FIGUEIREDO, 2005).

O lançamento da PNAISH propiciou debates nas esferas federal, estadual e municipal, relativo à sua implantação, incluindo as estratégias de superação das barreiras que dificultam o acesso da população masculina às unidades básicas de saúde. Como resultado dessas discussões houve a tomada de algumas medidas dentro do SUS para aprimorar o acesso dessa população, dentre elas a criação de horários estendidos e noturnos de atendimento em algumas unidades básicas de saúde no Brasil.

No entanto, ainda são escassos os estudos que avaliam o acesso dessa população às Unidades Básicas de Saúde em horários estendidos de atendimentos, sendo esse o propósito do presente estudo, o qual será norteado pelas seguintes perguntas:

A oferta de um horário estendido de atendimento nas UBS promove ampliação do acesso da população masculina? Quais são os fatores que facilitam e os que dificultam o acesso da população masculina às UBS?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Realizar um levantamento do número de homens atendidos em unidades básicas de saúde da Regional de Sobradinho, DF, com e sem atendimento estendido, bem como analisar, sob a percepção de profissionais de saúde e usuários de tais unidades quais são os fatores que dificultam e os que facilitam o acesso dos homens e se o horário estendido para o atendimento favorece o acesso da população masculina nessas unidades.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar um levantamento de atendimentos relativo à população masculina nas unidades selecionadas na regional de Sobradinho.
- Identificar os possíveis fatores que facilitam e dificultam o acesso da população masculina às unidades básicas de saúde;
- Analisar o acesso da população masculina às unidades básicas de saúde com e sem horário estendido sob a perspectiva dos profissionais de saúde e usuáři

PARTE II- MÉTODO

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo por triangulação, o qual inclui um estudo quantitativo relativo a um levantamento de prontuários sob a forma de série histórica e um qualitativo, no qual foi utilizada a técnica das entrevistas em profundidade junto a profissionais de saúde e usuários para análise do acesso da população masculina de Sobradinho-DF a duas unidades básicas de saúde, onde uma adotou e a outra não o horário estendido de atendimento à população.

4.1 Local do estudo e aspectos demográficos

A região administrativa de Sobradinho está localizada no Distrito Federal, a 22 km de distância de Brasília, capital federal, e possui cerca 287,60 quilômetros de área total. A população total do Distrito Federal estava estimada em 2.648.532 em 2012, sendo que a população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos era de 748.910 mil no mesmo ano. A regional de Sobradinho conta com uma população total de aproximadamente 210.000 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

4.2 O sistema de saúde

A Regional de Sobradinho vem se estruturando para um sistema de saúde de complexidade crescente, agregando unidades e aumentando competências. Não funciona como uma unidade isolada, atualmente faz parte de uma rede de saúde integrada com o programa de Atenção Básica e conta com um hospital de atendimento secundário, três centros de saúde urbanos, três postos de saúde rurais, uma unidade de fisioterapia, um Centro de Atendimento Psico Social Álcool e Drogas (CAP-Sad) para atendimento a dependentes químicos e alcoolistas, dezessete equipes de Saúde da Família, que atuam nas áreas adstritas aos Centros de Saúde, agindo nas atividades de prevenção, promoção de saúde e, ainda, na busca ativa de condições agudas e no acompanhamento de portadores de condições crônicas; duas equipes multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD), uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) e um Centro de Especialidades Odontológicas.

Essa Regional possui uma caracterização histórica distinguindo-a das demais regionais de saúde: foi a primeira Regional de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) a organizar, na década de 90, o Serviço de Atendimento Médico em Domicílio; inicialmente chamado SAMED, posteriormente, no ano de 2004, estendido como estratégia para as demais regionais de saúde e, atualmente, é denominado Núcleo de Atendimento Multidisciplinar em Domicílio (NAMID), trazendo um novo conceito de atenção à saúde do usuário: acolher, preparar, humanizar, estabelecer vínculos de corresponsabilidades e integrar hospital, domicílio, usuário e família. Com isso, além de resguardar o usuário em seu ambiente de convívio familiar e social, promove menor número de internações hospitalares e o menor risco de eventos adversos em consequência a internações intra-hospitalares prolongadas.

Nos centros de saúde são oferecidos atendimentos nas clínicas básicas, ginecologia, pediatria e clínica médica, por meio de trabalho integrado com equipe

multiprofissional, proporcionando acolhimento em grupos distribuídos por agravos ou faixa etária.

As unidades estudadas para desenvolvimento da pesquisa foram a UBS I e a UBS III de Sobradinho, já que esse distrito foi pioneiro e é o único no Distrito Federal que apresenta uma UBS (UBS III) com horário de atendimento estendido desde 2009. Esse atendimento é realizado três vezes por semana (segundas, terças e quartas-feiras) no horário das 17 às 22h. A outra unidade que não possui horário estendido foi selecionada aleatoriamente (UBS I), para efeito comparativo de acesso de usuários do gênero masculino, já que todas as UBS na regional apresentavam as mesmas características de infraestrutura e de atendimento, só diferenciando no que se refere ao horário estendido.

4.3 Estudo Quantitativo

4.3.1 Caracterização e seleção dos prontuários

A etapa quantitativa foi constituída por um levantamento sob a forma de série histórica de dados provenientes do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), nas duas UBS selecionadas, com a finalidade de quantificar os atendimentos da população residente nas áreas de abrangência das unidades para efeito de comparação entre o número de cadastrados e número de atendidos nas respectivas UBS. Foi analisada uma amostra de 4.000 prontuários, sendo 2.000 prontuários na Unidade Básica de Saúde I (UBS I) e 2.000 prontuários na Unidade Básica de Saúde III (UBS III). Para essa etapa foi elaborado um *check list* para a verificação dos dados fornecidos pelo SIAB contendo as variáveis sociodemográficas referentes a estado conjugal, situação de inserção no mercado de trabalho, idade e escolaridade e variáveis referentes ao estado de saúde (Apêndice A).

Os prontuários analisados foram de homens com idade mínima de 20 anos e máxima de 59 anos, seguindo-se os critérios da PNAISH, no que se refere à faixa etária, sendo a referida análise realizada no período de 2008 a 2012. A escolha dos anos estudados se deu devido a UBS III ter iniciado o horário estendido de atendimento no ano de 2009, portanto a comparação entre o ano anterior ao horário estendido e a comparação entre os anos posteriores e com a UBS I fez-se necessária para se verificar se houve tendência de modificações no número de atendimentos antes e após a implantação do horário estendido.

A coleta de dados foi iniciada pela pesquisadora nas unidades de saúde I e III localizadas em Sobradinho-DF nos meses de fevereiro e março de 2013. O horário de funcionamento da UBS I, considerado convencional, é realizado de 08h às 11h30 e de 13h30 às 17h30. A UBS III funciona também no horário convencional, mas introduziu, desde 2009, o que se convencionou dizer “horário estendido” das 17h às 22h, três vezes por semana; segunda, terça e quarta feira.

Para investigação descritiva e inferencial foi adotado o processo de amostragem estratificada. A amostragem estratificada é um processo de amostragem usado quando em populações heterogêneas, pela qual é possível distinguir subpopulações mais ou menos homogêneas, denominadas estratos. Após a determinação dos estratos, seleciona-se uma amostra aleatória de cada um deles.

Após a seleção da amostra relativa à subpopulação masculina, foi feita a estratificação por faixa etária abordada nesse estudo, ou seja, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. Baseado no tamanho de cada estrato em cada unidade básica calculou-se o tamanho amostral de cada um deles em um universo total de aproximadamente 12.000 prontuários. Com esse delineamento amostral, chegou-se ao total de 1.041 prontuários para a unidade I e 1.026 prontuários para a unidade III, conforme mostra a Tabela 1. Foi decidido, no entanto, trabalhar-se com um acréscimo de aproximadamente 100%, sendo então selecionados aleatoriamente 2000 prontuários em cada unidade, sendo 500 para cada estrato como mostra a Tabela 2, totalizando 4.000 prontuários.

Tabela 1: Tamanho amostral por extratos de faixas etárias por unidade de saúde.

Estratos	Parâmetros						Tamanho Amostral (n)
	Tamanho Populacional (N)	Nível de Confiança (α)	Abcissa da Curva Normal (Z0)	Freq. Populacional Estimada (P)	Máxima Margem de Erro (e0)		
UBS I	Estrato I.1 (20 à 29 anos)	1094	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	285
	Estrato I.2 (30 à 39 anos)	922	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	272
	Estrato I.3 (40 à 49 anos)	817	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	262
	Estrato I.4 (50 à 59 anos)	519	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	222
TOTAL							1041
UBS III	Estrato III.1 (20 à 29 anos)	1109	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	286
	Estrato III.2 (30 à 39 anos)	934	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	273
	Estrato III.3 (40 à 49 anos)	711	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	250
	Estrato III.4 (50 à 59 anos)	491	95,00%	1,96	50,00%	5,00%	217
Total							1026

Tabela 2- Distribuição da amostra por grupo de idade por unidade de saúde.

Grupos de idade	Unidades Básicas de Saúde		
	UBSI n	UBS III N	Total
20-29	500	500	1000
30-39	500	500	1000
40-49	500	500	1000
50-59	500	500	1000
Total	2000	2000	4.000

Para a análise adotou-se como critério de inclusão os prontuários que tinham data de nascimento de 1954 a 1993, devido ao foco da pesquisa, ou seja, idade entre 20 e 59 anos. Vale ressaltar que, no ano de 2012, as Unidades Básicas de Saúde I e III, a partir do mês de setembro, começaram a utilizar prontuário

eletrônico, sendo que esses atendimentos não foram disponibilizados para a pesquisa, portanto sendo computados somente os dados manuais.

4.3.2 Análises Estatísticas

Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico *Social Package for Social Studies* (SPSS), versão 17.0. Para a comparação entre anos na mesma unidade foi utilizado o teste de Wilcoxon Pareado, que é utilizado para comparar se as medidas de posição (produtividade média) de duas amostras (a mesma Unidade Básica de Saúde em momentos distintos) são iguais no caso em que as amostras são pareadas.

Para realizar o teste de Wilcoxon Pareado deve-se primeiramente estabelecer as hipóteses: H0, chamada hipótese nula: Não existe diferença entre a produtividade da UBS entre os anos “x” e “y”. H1, hipótese alternativa: Existe diferença entre as produtividades da UBS entre os anos “x” e “y”. No caso desse estudo, portanto, H0 estipula que não há diferença entre os anos de 2008 e os anos subsequentes ao início do horário estendido até 2012 e H1 estipula o contrário, ou seja, existe diferença de produtividade nos referidos anos. Pretendeu-se, portanto, testar se a UBSIII difere em sua produtividade quando comparada em anos distintos, utilizando-se a seguinte ideia: se aceitarmos a hipótese nula (H0), temos que a média da diferença é nula, ou seja, a UBSIII não difere em sua produtividade entre o ano 2008 a 2012. Já se a hipótese nula for rejeitada, ou seja, se a média da diferença não for nula, temos que a UBSIII difere em sua produtividade entre os anos mencionados.

O outro teste utilizado foi o teste de Mann-Whitney, que é indicado para comparação de duas amostras (Unidades Básicas de Saúde I e III) não pareadas, para verificar se as medidas de posição (produtividade média) de duas amostras (Unidades Básicas de Saúde) são iguais. Na verdade verifica-se há evidências para acreditar que valores de uma UBS são superiores aos valores de outra UBS. Para

realizar o teste de Mann-Whitney, deve-se estabelecer as seguintes hipóteses, ou seja: H0: Não existe diferença entre a produtividade das UBS; H1: Existe diferença entre a produtividade das UBS. Isto é, testar se as UBS apresentam diferença em sua produtividade, utilizando a seguinte ideia: se aceitarmos a hipótese nula (H0), temos que a média da diferença é nula, as UBS não diferem em sua produtividade. Já se a hipótese nula for rejeitada – se a média da diferença não for nula –, temos que as UBS diferem em sua produtividade.

Na tomada de decisão em ambos os testes, os valores de p-valor calculados avaliam o grau de relação dos dados dos dois grupos. Na situação em que o p-valor for menor que 0,05, tomamos a decisão de rejeitar H0; quando o p-valor for maior ou igual a 0,05, tomamos a decisão de não rejeitar H0.

Dessa forma, o estudo foi norteado pela hipótese de que havia diferença significativa entre o ano em que na Unidade III ainda não operava com horário estendido e os anos posteriores, quando o horário estendido foi implantado e que havia diferença significativa do número de atendimentos entre as duas Unidades de saúde.

4.4 Estudo Qualitativo

4.4.1 População de estudo e seleção amostral

Para o propósito do presente estudo foi considerada a população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, de acordo com a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde do Homem, presentes na unidade básica, buscando seu próprio atendimento, bem como profissionais de saúde de ambos os sexos, que exercem suas funções na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) nas UBS selecionadas, independentemente de residirem na referida Regional.

A seleção da amostra foi realizada com usuários que frequentam as UBSs. O tamanho da amostra de usuários foi definido por saturação. No entanto, devido à saturação diferente para diferentes questões do roteiro utilizado, mesmo depois de atingido o nível de saturação, foi decidido continuar as entrevistas até um total de 20 entrevistas por unidade de saúde. Dessa forma foi realizado um total de 40 entrevistas. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora nos horários convencional e noturno de atendimentos das unidades. Dessas, 30 entrevistas foram gravadas e transcritas verbatim e 10 foram anotadas também pela pesquisadora, devido à recusa dos usuários, os quais concordaram em ser entrevistados, mas não permitiram a gravação por motivo de vergonha.

Os informantes-chave foram os profissionais da equipe que estavam em atendimento nas unidades no momento em que a pesquisadora realizou a entrevista e aceitaram participar da pesquisa. Foram entrevistadas na UBS I uma médica, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, e na UBS III uma médica, um enfermeiro e uma técnica de enfermagem, todas as entrevistas das duas unidades foram gravadas e transcritas verbatim para categorização e análise.

4.4.2 Instrumento de coleta de dados

Para o estudo qualitativo foram utilizados dois roteiros estruturados de entrevista elaborados pela própria pesquisadora: um para as entrevista em profundidade junto aos profissionais de saúde, informantes-chave (Apêndice B) e outro para as entrevistas junto aos usuários das duas unidades (Apêndice C).

Para garantir a qualidade do estudo e para refinamento dos instrumentos de coleta de dados foi realizado um estudo piloto prévio, junto a três usuários e um informante-chave que não tomaram parte na pesquisa propriamente dita.

4.4.3 Técnica de análise dos dados

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a análise temática e de conteúdo, em virtude de sua efetividade quando aplicada a discursos diretos e simples. Tal análise baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que compõem a comunicação e que podem significar algo para o objetivo analítico escolhido, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias, e subcategorias (BARDIN, 2012) utilizando-se o método manual.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi avaliado e aprovado pelo CEP/FEPECS sob o parecer n 187.222 e autorizada pela instituição proponente o Hospital Regional de Sobradinho e as UBS I e III ambas situadas em Sobradinho/DF. Foram observados todos os preceitos éticos conforme determina a Resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa no Brasil CONEP 196/96, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos.

Os sujeitos da pesquisa, assim que identificados nas unidades estudadas, foram abordados previamente pela pesquisadora e informados sobre o objetivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Em seguida, eram convidados a participar. Ao aceitarem, era-lhes entregue para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice D –, de acordo com as normas de ética em pesquisa estipuladas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa no Brasil- CONEP e a Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES/DF).

PARTE III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 Resultados quantitativos

5.1 Análise descritiva dos dados

Foi realizado um levantamento nas unidades para saber o número de atendimentos de homens nos anos de 2008 a 2012. A análise descritiva ficou limitada à variável idade, visto que os prontuários não traziam dados relativos ao estado conjugal, ocupação e escolaridade dos usuários cadastrados. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) traz algumas dessas informações na ficha A, como estado conjugal e escolaridade, sendo esta dicotomizada em alfabetizado e não alfabetizado, porém essas informações não estão disponíveis no relatório de cadastro familiar.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações da Estratégia Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Atualmente, para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o monitoramento e favoreça a avaliação da atenção básica, o Departamento de Atenção Básica/SAS em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE vem investindo em sua reformulação, articulada com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção (BRASIL, 2008)

Os dados do SIAB foram utilizados para se obter o número total de sujeitos cadastrados e o número de atendimentos, ao passo que a consulta aos 4000 prontuários foi utilizada para analisar a quantidade de atendimentos nas duas

unidades. Evidenciou-se um total 2.965 homens cadastrados na UBS I e 2.446 na UBS III.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos homens cadastrados nas duas unidades analisadas, no ano de 2012, estratificados por grupos de idade. Observa-se que a UBS I apresenta diferença de 243 homens a mais na faixa etária de 20 a 39 anos, 187 na faixa de 40 a 49 anos e 89 na faixa de 50 a 59 em relação à UBS III, concluindo-se que o número de homens cadastrados na unidade I é superior ao da UBSIII. Observa-se ainda que o número de mulheres cadastradas também é superior ao número de homens nas duas unidades e prevalece também o maior número na UBS I. Essas diferenças podem estar associadas ao maior número absoluto da população da área de abrangência da UBS I.

Tabela 3- População cadastrada no SIAB, das UBS I e III de Sobradinho no ano de 2012 por grupo de idade e sexo.

FAIXAS ETÁRIAS	UBS I			UBS III		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
20 a 39	1949	1783	3732	1773	1540	3313
40 a 49	851	723	1574	650	536	1186
50 A 59	515	459	974	451	370	821
TOTAL	3315	2965	6280	2874	2446	5320

Foram analisados 2.000 prontuários em cada uma das duas unidades estudadas nos anos de 2008 a 2012 (Tabela 4). No ano de 2008 as duas unidades estudadas realizavam apenas horário de atendimento normal e dos 2.000 prontuários analisados na UBS I foi observado um total de atendimentos de 873, correspondentes ao somatório dos 12 meses do ano mencionado.

Vale ressaltar que a partir de janeiro de 2009 começa na UBS III o atendimento estendido até as 22h, além do horário convencional. Verifica-se um total de 1.210 atendimentos nesse ano, o que corresponde a um aumento 10,2% em relação ao ano anterior. Já na UBS I, nesse mesmo ano o total de atendimentos foi de 882, com um aumento de apenas 1%. Observa-se que em ambas as unidades de saúde o mês de agosto supera os atendimentos verificados nos meses anteriores e

subsequentes, o que pode ser justificado por ser o “mês dos pais” e geralmente as unidades fazem campanhas comemorativas e de sensibilização para atrair a população masculina para o cuidado com a saúde, podendo ser considerada uma ação positiva como estratégia para ampliar o acesso dessa população às UBS.

Nos anos seguintes observa-se a mesma tendência de aumento de atendimento da unidade III, superando o número de atendimentos dos anos anteriores e os atendimentos da unidade de comparação UBS I. A tabela 2 mostra os atendimentos das duas unidades no período de 2008 a 2012.

Em 2011 a UBS I apresentou 723 atendimentos em sua totalidade nos 2.000 prontuários analisados e a UBS III 1428 atendimentos.

Sugere-se que o atendimento em horário estendido possa ter contribuído para o aumento do acesso dos homens, já que é um horário que na maioria das vezes não coincide com o horário de trabalho. Segundo (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010), acredita-se que reestruturar as UBS no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno facilita a busca por assistência tanto daqueles inseridos no mercado formal de trabalho, como dos trabalhadores autônomos que, muitas vezes, obtêm renda pela quantidade de horas trabalhadas. Com isso, espera-se que a busca dos homens às instituições básicas de saúde aumente e, como consequência, garanta maior adesão deles em tratamentos e ações preventivas.

O último ano analisado foi o de 2012 e a UBS I e a UBS III apresentaram respectivamente os totais de atendimento de 630 e 802, ressaltando que esses dados são menores nas duas unidades se comparado aos totais de atendimentos dos anos anteriores analisados. Esse decréscimo foi devido ao fato de não terem sido computados os atendimentos de setembro a dezembro nas duas unidades estudadas, visto que nesse período os prontuários foram digitalizados e não foi possível o acesso aos dados.

Tabela 4 - Quantidade de atendimentos nas UBS I e III nos anos de 2008 a 2012

ANO	2008		2009		2010		2011		2012	
	UBSI	UBS III	UBS I	UBS III	UBS I	UBS III	UBSI	UBS III	UBS I	UBS III
Jan	44	74	68	77	71	98	59	108	38	106
Fev	50	72	84	72	67	118	63	116	72	126
Mar	66	92	85	108	79	102	74	125	70	128
Abr	81	90	82	127	51	99	57	120	74	108
Mai	77	93	72	90	66	110	60	139	72	139
Jun	77	104	94	112	40	81	53	130	51	85
Jul	88	129	79	106	59	90	42	121	37	99
Ago	113	142	81	126	86	133	97	156	83	93
Set	75	96	72	116	67	114	54	111	45	40
Out	79	84	55	114	69	108	60	113	41	27
Nov	59	71	68	76	45	89	60	98	33	22
Dez	64	51	42	76	39	93	44	64	14	29
Total	873	1098	882	1210	739	1235	723	1428	630	802

A Figura 1 mostra a média de atendimentos das unidades I e III nos anos de 2008 a 2012. Constata-se que a UBS III apresentou uma variação percentual superior, estatisticamente significativa (p -valor $< 0,005$) nas médias de atendimentos à UBS I, respectivamente: 25,8%, 36,1%, 67,1%, 93,8% e 59%. Vale ressaltar a superioridade da UBS I em relação à UBS III no número de homens cadastrados em seu território pelo SIAB, portanto mesmo a UBS I apresentando um maior número de cadastrados, verifica-se maior atendimento na UBS III que apresenta horário estendido, em todos os anos estudados, sendo estatisticamente significante a diferença verificada entre os anos 2009, (p valor 0,008) 2010, (p valor 0,001) e 2011(p valor 0,001). Esses achados sugerem que esse aumento do número de atendimentos na unidade III pode ter sido influenciado pela implantação do horário estendido. No entanto, é difícil afirmar, visto que não foi feita a avaliação do número de atendimentos por turno de atendimento nas UBS.

É possível observar que na análise da Figura 1 os atendimentos da UBS I caem gradativamente, fato que pode ser corroborado pelas entrevistas realizadas no estudo qualitativo, onde alguns usuários relataram que, apesar de residirem em Sobradinho I, território da UBS I, buscavam atendimentos na UBS III devido ao horário de atendimento ser noturno.

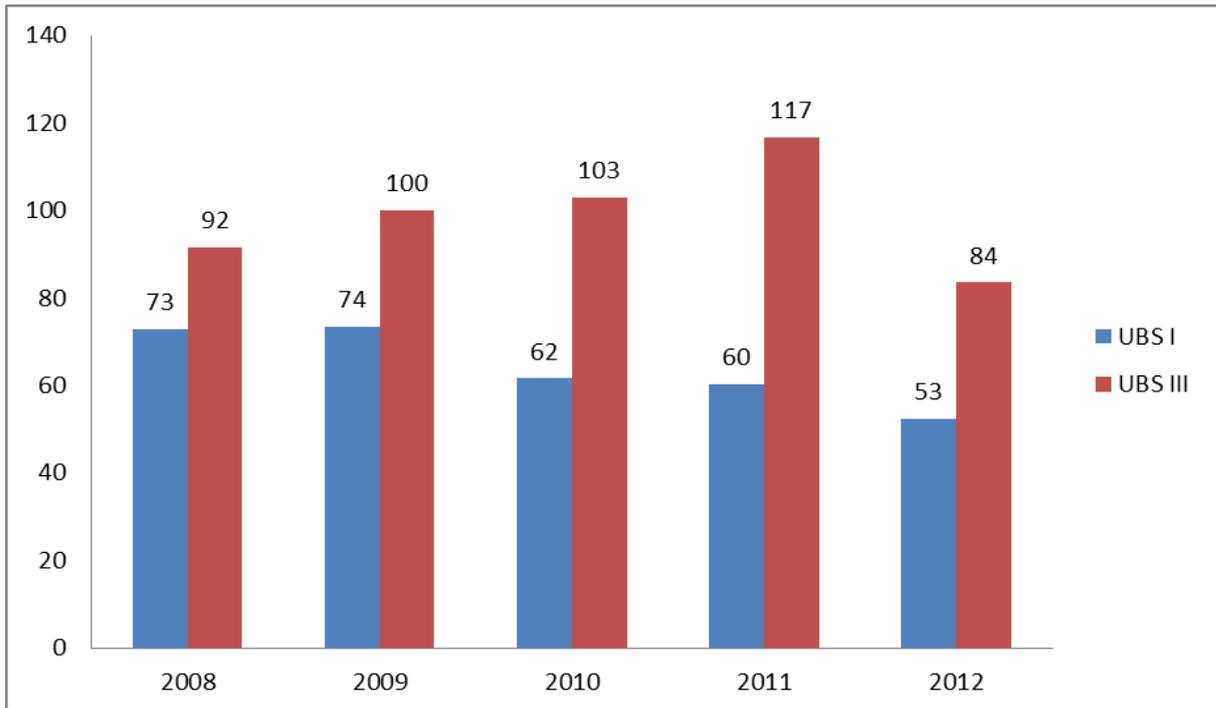


Figura 1- Média de atendimentos das duas unidades estudadas.

A tabela 5 demonstra a comparação dos atendimentos das equipes nos anos de 2008 a 2012. Foram realizados os seguintes testes: Teste de Wilcoxon, que compara a produção entre os anos da mesma UBS, por exemplo, a produção do ano de 2008 com a de 2009, a de 2008 com a de 2010, e assim por diante; e o Teste de Mann-Whitney; que compara a produção entre as UBS, ou seja, compara a produção da UBS I com a UBS III nos anos citados descritos no método, e calculados o p - valor com o ponto de corte 0,05 quanto mais distantes do ponto de corte maior a probabilidade de afirmar que existe diferença.

Tabela 5. Análise de significância entre os atendimentos das UBS I e III nos anos de 2008 a 2012.

ANO	Mann-Whitney U
	P-valor
2008	0,052
2009	0,008
2010	0,001
2011	0,000
2012	0,073

Em 2008 as duas unidades funcionavam com horário de atendimento normal. Nesse ano não se observa nenhuma diferença significativa entre os atendimentos, ($p > 0,05$). Diferentemente, nos anos que se seguem, nota-se uma diferença significativa nos atendimentos na UBS III: o teste comprovou que a UBS III, que a partir de 2009 começou o atendimento noturno, teve um número maior de atendimentos, coincidindo com a mudança no horário de atendimento, ainda que apresentando um número de homens cadastrado no SIAB menor que a UBS I. No ano de 2012 os dados não foram todos computados, pois em setembro do mesmo ano foi implantado prontuário eletrônico e não foi possível o acesso aos quatro meses subsequentes, prejudicando a análise desse ano, o que possivelmente justifica diferença não estatisticamente significativa no período citado.

5.2 Resultados Qualitativos

5.2.1 Características Sociodemográficas

Embora esse tópico seja relativo à análise do estudo qualitativo, foi feita uma análise descritiva quantitativa das características sociodemográficas dos entrevistados, visto que o roteiro de entrevistas utilizado para condução da coleta de dados continha tais variáveis (Apêndice C), e também porque no estudo quantitativo não foi possível a análise dessas variáveis, como foi mencionado no tópico relativo

aos resultados quantitativos. Nessa análise seguiu-se a estratificação por grupos de idade utilizada na análise quantitativa. Na Tabela 6 estão distribuídas as frequências das variáveis sociodemográficas relativas à idade, o estado conjugal e a escolaridade. Na UBS I, que funciona no horário normal de atendimento, observam-se oito entrevistados no primeiro grupo, um quantitativo de seis entrevistados no segundo grupo, no terceiro grupo quatro entrevistados e no último grupo dois entrevistados, totalizando as 20 entrevistas na UBS I. Na UBS III, que funciona com horário estendido, observa-se no primeiro e no segundo grupo três homens entrevistados, totalizando seis entrevistas, no terceiro e no quarto grupo foram realizadas sete entrevistas em cada um dos grupos, totalizando 20 entrevistas na UBS III.

Observa-se que a UBS I que tem horário de atendimento convencional apresenta 14 usuários (70%) da amostra na faixa etária de 20 a 39 anos, enquanto a UBS III, que funciona com horário de atendimento estendido, apresenta essa mesma quantidade de usuários na faixa etária de 40 a 59 anos. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de os homens mais jovens procurarem a Unidade I visto que essa oferece um serviço de referência para DST/AIDS.

Tabela 6- Características sociodemográfica da amostra de usuários das unidades básicas de saúde I e III de Sobradinho, DF. Faixa Etária, Estado Conjugal e escolaridade dos entrevistados.

IDADE	Unidades Básicas de Saúde			
	UBS I		UBS III	
	N	%	N	%
20 -- 29	8	40	3	15
30 -- 39	6	30	3	15
40 -- 49	4	20	7	35
50 -- 59	2	10	7	35
Total	20	100	20	100
Estado conjugal	UBS I		UBS III	
	N	%	N	%
	*Casado	8	40	17
Separado	0	0	1	5
Solteiro	12	60	0	0
Viúvo	0	0	2	10
Total	20	100	20	100
Escolaridade	UBS I		UBS III	
	N	%	N	%
	1º grau completo	4	20	1
1º grau incompleto	4	20	6	30
2º grau completo	9	45	9	45
2º grau incompleto	1	5	3	15
Ensino Fundamental Superior	1	5	0	0
Total	20	100	20	100

*Casados e em união estável

Quanto ao estado conjugal dos entrevistados, constata-se um menor número de casados ou em união estável (8) na Unidade I que na Unidade III (17), bem como do número de viúvos e separados. Esses achados podem estar relacionados ao fato de na UBS I prevalecer um número maior de usuários jovens, ou porque os usuários da UBS III ser pertencentes a uma faixa etária maior. No entanto, tal afirmação exige cautela, visto que não foram feitas entrevistas com usuários do horário convencional da UBS III.

No que diz respeito à escolaridade, ela se equivale nas duas Unidades estudadas.

5.2.2 Categorização das entrevistas dos usuários

Após a coleta foi realizada a transcrição das entrevistas pela pesquisadora, para a análise temática e de conteúdo dos dados conforme preconizado por BARDIN, (2012).

Foram feitas várias leituras e realizada a categorização dos dados em grandes temas, e subtemas conforme mostrado nos Quadros 1 e 2. Os grandes temas foram pré-estabelecidos no roteiro de entrevistas, visando ao alcance dos objetivos propostos. Os grandes temas foram divididos em 7 itens: motivos de procura da unidade, frequência com que buscam atendimento, qualidade do acolhimento, preferência de horário de atendimento, fatores facilitadores ao acesso, fatores que dificultam o acesso e participação em grupos de saúde. Cada grande tema foi então subdividido em temas e subtemas conforme as respostas dos entrevistados, pontuadas em ordem decrescente para facilitar a visualização do predomínio de cada uma.

Quadro 1-Resumo dos grandes temas e subtemas extraídos durante a análise das entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde I.

Grandes Temas	Tema	Sub Temas
1-Motivos de procura da unidade.	Doenças sexualmente transmissíveis (11)	Soro Positivo(4)
		Herpes (1)
		HPV (1) e DST (2)
		Caroço no Pênis(2) e Caroço no Ânus(1)
	Hipertensão/Diabetes (5)	Hipertensão(2)
		Diabetes(3)
	Dor (5)	Costas (1)
		Barriga (1)
		Cabeça(2)
		Testículos(1)
Hepatite (1)	Hepatite (1)	
2-Frequência com que buscam atendimento.	Raramente (8)	
	Mensal (6)	
	3 em 3 meses (4)	
	6 em 6 meses (2)	
3-Qualidade do acolhimento.	Boa(16)	
	Ruim (0)	
	Mais ou menos (4)	
4-Preferência de horário de atendimento.	Indiferente (4)	
	Manhã (3)	
	Noite (13)	
5-Fatores facilitadores do acesso.	Nenhum (1)	
	Proximidade com a residência (16)	
	Proximidade do Trabalho (2)	
	Distanciamento da residência (1)	
	Atendimento (2)	
6-Fatores que dificultam o acesso.	Nenhum (12)	
	Horário de Funcionamento (7)	
	Demora no Atendimento (2)	
	Trabalho (1)	
7-Participação em grupos de saúde	Nenhum/Não (17)	
	Sim/Hipertenso e Diabético (3)	

Quadro 2-Resumo dos grandes temas e subtemas extraídos durante a análise das entrevistas realizadas na Unidade Básica de Saúde I.

Grandes Temas	Tema	Sub Temas
1-Motivos de procura da unidade.	Doenças sexualmente transmissíveis (7)	Partes baixas (1) e Infecção na virilha(1)
		DST (1)
		Inflamação próstata(1)
		Caroço no Pênis(2) e Feridas(1)
	Hipertensão/Diabetes (5)	Hipertensão(3)
		Cabeça(1)
	Dor (4)	Barriga (2)
		Joelho (1)
		Cabeça(2)
		Testículos(1)
Prevenção(4)	Prostata(1) e Chec up (3)	
Vasectomia (1)	Vasectomia(1)	
2-Frequência com que buscam atendimento.	Raramente (10)	
	Anualmente (3)	
	2 em 2 meses(2)	
	3 em 3 meses (3)	
	6 em 6 meses (2)	
3-Qualidade do acolhimento.	Boa(17)	
	Boa pela doutora(5)	
	Ruim (2)	
	Mais ou menos (1)	
4-Preferência de horário de atendimento.	Nenhum (2)	
	Manhã/Tarde (2)	
	Noite (16)	
5-Fatores facilitadores ao acesso.	Nenhum (1)	
	Proximidade com a residência (10)	
	Horário Noturno (12)	
	Atendimento (6)	
6-Fatores dificultadores ao acesso.	Nenhum (16)	
	Demora no Atendimento e Exames (3)	
7-Participação em grupos de saúde	Nenhum/Não (18)	
	Sim/Hipertenso e Diabético (2)	

Motivos de procura da unidade

Os dados da UBS I mostram que os principais motivos que levaram os homens a procurarem a unidade foram: doença sexualmente transmissível com predomínio de soro positividade para HIV, dor de natureza diversa, hipertensão, diabetes mellitus e hepatite. Na UBS III os motivos que levaram os homens a procurarem as unidades foram: dor de natureza diversa, hipertensão e diabetes, prevenção (*check up*). Nas duas unidades, os motivos de procura da UBS são coincidentes e doenças sexualmente transmissíveis o principal motivo que leva os homens a buscarem atendimento na rede básica de saúde. Esses achados parecem corroborar os estudos de Araújo e Leitão (2005) sobre o acesso da população masculina às unidades de saúde em Fortaleza, os quais constataram que, do conjunto de pacientes estudados, constituído por dez homens com idade entre 21 e 60 anos, nove estavam em tratamento para HPV e um em fase aguda de herpes genital.

Observando os principais motivos que levam os homens às unidades, seguem alguns comentários de alguns entrevistados:

“Não. Faço tratamento aqui já tem um tempo, desde o ano passado. Faço tratamento de Herpes” (Entrevista 2-UBS I).

“Não, já vim outras vezes aqui. Hoje vim porque estou com suspeita de DST” (Entrevista 16- UBS III).

Frequência com que buscam atendimento

Em relação à frequência de busca por atendimento os resultados nas duas unidades investigadas, são semelhantes; a maioria relata ir à UBS raramente só quando sente algo que acha que não pode esperar. O que pode ser constatado nos comentários a seguir:

“Não. É muito difícil, a gente só procura quando está doente” (Entrevista 4 UBS I).

“Nenhuma. Só quando estou com dor mesmo. Eu não gosto de médico” (Entrevista 8- UBS III).

Essa pouca procura pelas unidades básicas de saúde encontrada nessa pesquisa pode sugerir o que Meireles e Hohl (2009) mencionam como certa negligência, e que acrescentamos, como fator cultural. No entanto, os dados mostram também as barreiras institucionais e a dificuldade de conciliação dos horários de trabalho com os das unidades de saúde, bem como a procura quando constatam que o atendimento médico é inadiável, como em caso de dor insuportável, em detrimento das ações preventivas e de promoção de saúde. Esses achados são compatíveis com os de (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007;BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

Qualidade do Acolhimento

Quando perguntados sobre o acolhimento, a maioria dos entrevistados de ambas as UBS relata serem bem acolhidos de forma geral, principalmente pela médica. Referem pior atendimento pelos funcionários, com destaque para os da recepção.

A importância da qualidade do acolhimento para a clientela está explicitada nos seguintes comentários de alguns entrevistados:

“Gostei muito do atendimento da médica, ela me atendeu sem pressa, porque você sabe a maioria dos médicos nem olha para gente, e ela me perguntou várias coisas e olhava nos meus olhos. Gostei mesmo. Vou sempre voltar” (Entrevista 2 - UBS III).

“Nossa! Maravilhoso principalmente a doutora. Não é uma doutora é uma mãe, a primeira consulta que eu fiz com ela me emocionou” (Entrevista 13- - UBSIII).

“Hoje fui muito bem recebido, porque às vezes as pessoas parecem que estão trabalhando de favor, sem educação e atende a gente mal” (Entrevista 19- UBS I).

Esses achados também já foram mencionados por outros autores (MARTINS et al., 2009; GOMES et al., 2011) e sugerem a necessidade de qualificação profissional conforme mencionado por Starfield, (2011) e Giovanella (2012).

Preferência de horário de atendimento

No que diz respeito à preferência do horário de atendimento, novamente há coincidência de preferência pelo horário noturno pelos entrevistados das duas unidades. Tal preferência é justificada pela dificuldade de saída do trabalho para cuidar da saúde, e por considerarem que as unidades estão mais calmas à noite, conforme pode ser visto nas falas seguintes *“Sim. Para mim é melhor à noite, porque trabalho pelo dia” (Entrevista 13 UBS I).*

“É a noite moça. Claro que é a noite. Porque pelo dia eu trabalho ai fica muito difícil. É um problema está saindo na hora do trabalho para vim em posto de saúde. À noite não, posso vir sem problema” (Entrevista 3 UBS III).

Esses comentários mais a evidência de um número superior de atendimentos no levantamento de prontuários verificados na UBS III (Tabela 4) sugerem que o horário estendido facilita o acesso da população masculina às unidades básicas de saúde. Sugerem também a importância da qualidade do atendimento como estratégia para a adesão ao cuidado.

Segundo o estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) o horário de funcionamento dos serviços de saúde, em geral, não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Os horários de funcionamento dos serviços de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários dos usuários que se encontram inseridos no mercado de trabalho formal,

independente de serem homens ou mulheres. Esse comentário dos autores parece ser apoiado pelos achados do presente estudo.

Fatores facilitadores e dificultadores ao acesso

Os fatores que facilitam a procura de atendimento na UBS I pelos entrevistados em sua maioria foram a proximidade da unidade com a sua residência seguida pela proximidade do trabalho. Na UBS III a maioria dos entrevistados relatou ser o horário estendido que facilita o acesso seguido pela proximidade com a residência, e a qualidade do atendimento oferecido pela médica.

Vale ressaltar que o horário estendido de atendimento foi relatado pela maioria dos entrevistados seguida pela proximidade da residência como fatores facilitadores. Houve, no entanto, um caso desviante evidenciado no comentário de um entrevistado da UBSI, que é o fato de a unidade ficar longe da residência:

*“Fica próximo à rodoviária, fui mais bem atendido e fica distante da minha casa”
(Entrevista18-UBS III).*

Diferentemente da maioria dos entrevistados, esse usuário deixa claro que a distância da sua casa era um fator facilitador. Uma análise pode sugerir um dos grandes desafios a serem enfrentados no acesso da população masculina, que é a barreira cultural: muitos homens têm vergonha de serem vistos em unidades de saúde, por acharem que a doença significa fraqueza, ou que isso pode afetar sua masculinidade e a virilidade. Muitos também têm medo da sua patologia, e receio do estigma social, principalmente se for ligada a saúde sexual. Esse comentário pode estar relacionado à questão da privacidade, questão essa abordada em estudos anteriores (GOMES et al., 2011).

Sobre os fatores que dificultam o acesso, os dados mostram semelhança de opinião entre os entrevistados das duas unidades, os quais estão relacionados ao

horário de atendimento diurno; no entanto, como a UBS III já oferece horário noturno, dois homens relataram o atendimento demorado e um o horário de trabalho que coincidente. Na UBS III 16 entrevistados relataram que não tem nenhum fator, três disseram que a demora na realização dos exames e às vezes a demora no atendimento, e um homem relatou que ainda é um fator que dificulta a pouca informação na mídia, nas unidades e pelos os profissionais das unidades.

Relacionando os fatores que dificultam, observa-se que horário de atendimento só diurno é um complicador fato esse presente nos estudos de Brito, Santos e Maciel (2010). Acredita-se que reestruturar as UBS no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno oportuniza a busca por assistência. Com isso, espera-se que a busca dos homens às instituições básicas de saúde aumente e, como consequência, garanta maior adesão deles aos tratamentos e ações preventivas.

Quanto à participação dos entrevistados em grupos de saúde na unidade, verifica-se que na Unidade I, a maioria (17 entrevistados) relatou não participar de nenhum grupo e três já participam dos grupos de hipertensão e diabetes, resultado semelhante encontrado na Unidade III, onde 18 dos entrevistados relataram não participar de nenhum grupo e dois já fazem parte dos grupos de hipertensão e diabetes na UBS III. Esse resultado pode estar associado à não necessidade de participação, à ignorância da necessidade, ou às barreiras já mencionadas, o que está ilustrado no comentário de um entrevistado:

Seguem algumas falas dos entrevistados:

“...É o horário que é de manhã de atendimento, dificulta às vezes porque não consigo sair do serviço” (Entrevista 5, UBS I).

5.2.3 Categorização das entrevistas dos profissionais

O roteiro dos profissionais, como o dos usuários foi dividido em duas partes; a primeira etapa baseava-se na formação do profissional, idade e tempo desse profissional na unidade. Na UBS I, foi entrevistada uma médica de 45 anos, que trabalha na unidade há oito anos, uma enfermeira com 54 anos há 30 na unidade e uma técnica de enfermagem com 56 anos e 32 anos de trabalho na unidade. Na UBS III foram entrevistados: uma médica com 50 anos de idade e que trabalha há quatro anos nessa unidade no horário noturno, um enfermeiro de 38 anos e com dois anos e meio na unidade, e por último, uma técnica de enfermagem de 42 anos com 10 anos na unidade. A segunda etapa era constituída pelas perguntas que deram origem aos grandes temas analisadas como mostra os Quadros 3 e 4, os quais sintetizam também as divisões em subtemas.

Quadro 3 - Resumo dos temas e subtemas derivados das entrevistas com os informantes-chave da UBS I

Grandes temas	Técnica UBS I	Enfermeira UBS I	Médica UBS I
Existência de acolhimento específico.	Não tem acolhimento específico. Acolhe a todos.	Acolhimento na sala do adulto, do DST/AIDS, em todos os lugares. O profissional vê a necessidade resolve ou encaminha.	No trabalho com DST/AIDS e agenda aberta.
Existência de estratégias de atendimento para os homens.	Não existe estratégia.	Não.	Aproveitar as reuniões dos grupos de hipertensos e nas consultas de DST.
Fatores facilitadores ao acesso dos homens.	Chegar e ser atendido.	Ter referência na unidade de DST/AIDS e não ter discriminação no atendimento. Atendimento igualitário.	O acolhimento e o sigilo do atendimento.
Fatores dificultadores ao acesso dos homens.	Vergonha de ser atendidos, preconceito e discriminação deles próprios.	O horário de atendimento que coincide com o horário de trabalho dos homens	A unidade não ser um lugar em que o homem se reconheça.
A mudança de horário de atendimentos influencia ao acesso dos homens.	Sim, se fosse à noite aumentaria a procura dos homens.	Sim.	Sim, adotar o horário ampliado.
Mudança de horário de atendimento influencia o seu processo de trabalho	Não.	Não.	Sim. Para melhor.
Existe estratégia que motive o retorno dos homens.	Sim. Na consulta falamos da necessidade do retorno, dos exames.	Na consulta a importância do retorno.	Sim, escuta qualificada no atendimento, solicitar exames e pegar os resultados.
Quais as principais queixas de procura dos homens?	Corrimentos uretrais, as verrugas, que são o HPV e o HIV, muita gente nessa região com AIDS.	Queixa sexual, hipertensão e diabetes.	Hipertensão, diabetes, disfunção erétil, Obesidade, doenças relacionadas ao trabalho e queixas da saúde sexual.
Existe alguma de prevenção ou promoção para os homens?	Sim, prevenção é a camisinha distribuímos todos os dias.	Não.	Sim. Testagens rápidas para HIV, Sífilis e hepatite, o acolhimento da melhor maneira possível para que ele volte.

Quadro 4 - Resumo dos temas e subtemas derivados das entrevistas com os informantes-chave na UBS III.

Grandes temas	Técnica UBS III	Enfermeiro UBS III	Médica UBS III
Existência de acolhimento específico	Sim, por demanda livre no acolhimento do adulto.	Sim, na recepção, agendamos consulta ou encaminhamos.	Sim, duas formas: a idealizada e a realizada.
Existência de estratégias de atendimento para os homens	Sim. Palestras nas escolas, divulgação boca a boca, um trabalho da médica junto à polícia rodoviária com os caminhoneiros.	Sim. O acolhimento e o atendimento.	Sim. O nosso horário diferenciado à noite, porta aberta, atendimento de demanda espontânea, e possuir o ambulatório da saúde do homem (segundas à tarde).
Fatores facilitadores ao acesso dos homens.	A demanda espontânea, o atendimento noturno e a unidade ser em boa localização.	O principal é o atendimento no horário noturno, o atendimento específico e o ambulatório de HPV.	O acolhimento, a equipe atender em 3º turno e atender qualquer usuário.
Fatores que dificultam o acesso dos homens.	Mais profissionais capacitados para o atendimento dos homens.	Especialistas na saúde do homem ser pouca.	A gestão administrativa.
A mudança de horário de atendimentos influencia ao acesso dos homens.	Sim. O horário estendido aumentou o número de atendimentos	Com certeza, sim. A própria mudança de horário.	Sim, com certeza.
Mudança de horário de atendimento influencia o seu processo de trabalho	Não atrapalha, faz favorecer para muitos profissionais e muitos usuários.	O trabalho à noite é mais tranquilo.	Sim. A equipe é mais disponível, o ambiente é mais tranquilo e permite uma consulta mais qualificada e criação de vínculo.
Existe estratégia que motive o retorno dos homens.	Sim. O atendimento que a doutora oferece na 1ª consulta. Criando vínculo dela com o paciente o fazendo retornar. Ela é muito receptiva.	Com certeza. Na 1ª consulta são solicitados os exames isso já é um estímulo para o retorno dos pacientes, 90% dos homens que procuram têm que fazer tratamento, aí tem que voltar.	Sim. A criação de vínculo, o monitoramento desse paciente e sempre observar em cada paciente qual o fator motivador para ele.
Quais as principais queixas de procura dos homens?	São: HPV em alta independente de idade. Problemas de próstata. Às vezes impotência em pacientes jovens, muitos por causa do diabetes ou por hipertensão, e outras só com o retorno dos exames	Principal queixa é DST.	Depende da faixa de idade. A maioria dos homens de 20 a 40 anos já vem com uma queixa que envolve a sexualidade. Já maiores de 40 anos vêm mais prevenção de diabetes, hipertensão.
Existe alguma de prevenção ou promoção para os homens?	Não. O paciente já vem com o problema instalado os pacientes não procuram antes. A unidade não oferece tratamento pré, só pós.	Existe ação de divulgação principalmente para as DST/AIDS pelo MS, através das mídias.	Na UBS, não. Tem junto ao ambulatório da Saúde do Homem uma parceria com o comando da Polícia Rodoviária Federal, SEST e SENAT.

No que se refere ao grande tema relativo ao acolhimento, verifica-se que na UBS I não existe acolhimento específico contrastando com a UBS III que oferece um acolhimento diferenciado para o público masculino. É possível que nessa UBS já tenha um preparo melhor do ambiente e da equipe devido à inserção do horário estendido que visa principalmente a população masculina

Em relação à existência de estratégias de atendimento para o atendimento do homem, não existe estratégia específica na UBS I. Na UBS III são oferecidas além do horário diferenciado, palestras nas escolas, existência de agenda aberta, e o acolhimento.

Quanto aos fatores facilitadores para o acesso dos homens, os profissionais da Unidade I mencionaram o fato de chegar à unidade e ser atendido devido a essa Unidade referência no atendimento de DST/AIDS e a não discriminação a essa população. Já os fatores que dificulta esse acesso são a própria vergonha e preconceito gerado pelos homens usuários, o horário de atendimento que é diurno, coincidindo com o horário de trabalho da população masculina que é sempre mencionado como motivo que impede à ida do homem a unidade, opinião essa que coincide com a própria opinião dos usuários e por fim a estrutura da unidade não ser preparada para que o homem se sinta pertencente àquele lugar. Os profissionais da UBS III relataram que o horário diferenciado é um dos pontos principais que facilita o acesso, principalmente do homem trabalhador seguido pela agenda aberta, atendimento para qualquer usuário que chega à unidade, a demanda espontânea, a boa localização da unidade e o ambulatório de HPV são fatores facilitadores.

Em relação à mudança de horário influenciar a ida a unidade dos homens para atendimento, aumentando o acesso, os profissionais entrevistados da UBS I concordam que um horário ampliado, estendido ou noturno poderia sim influenciar positivamente na presença dos homens na unidade. E que esse horário estendido não prejudicaria o processo de trabalho dos profissionais. Os profissionais da UBS III concordam que influencia positivamente e que já é perceptível o maior número de homens nessa unidade desde a implantação do horário noturno, dado esse comprovado pela etapa quantitativa desse estudo. Os profissionais também referem-

se à melhora de condição de trabalho, visto que a equipe está mais disponível, o ambiente é mais tranquilo nesse horário, fazendo com que a consulta seja mais detalhada, facilitando a construção de vínculos entre usuário e profissional de saúde.

No âmbito de proporcionar estratégias na unidade para o retorno dos homens após a primeira consulta, em sua maioria as profissionais da UBS I relatam usarem como estratégia prioritária a solicitação exames, ver os resultados dos exames solicitados e na consulta falar sobre a importância do retorno. No que diz respeito às estratégias na unidade III os profissionais apostam na criação de vínculo, do monitoramento dos usuários, observar o fator motivador de cada homem que é atendido, a solicitação de exames e a fala nas consultas na importância na continuidade do tratamento. Observa-se dessa forma que os profissionais da UBSI ainda usam de estratégias conservadora e, possivelmente menos efetivas para o convencimento ao retorno, o acontecimento desses em caso de doença que leva a uma maior preocupação como é o caso das DST e da AIDS.

Na visão dos profissionais da UBS I e da UBS III, os principais motivos que levam os homens a procurarem a unidade são: queixa sexual, os corrimentos uretrais, DST, HIV, hipertensão, diabetes, disfunção erétil, obesidade e doenças relacionadas ao trabalho. Resultados também semelhantes aos encontrados na percepção dos usuários de ambas as unidades.

Quando perguntados sobre ações de promoção e prevenção na unidade para população masculina, foi informado que são realizadas principalmente ações de prevenção e educação em saúde, testagens rápidas de exames para sífilis, hepatites, distribuição de preventivos e aconselhamentos no acolhimento e nas consultas na UBS I e na UBS III. Referiram-se às campanhas do Ministério da Saúde através da mídia para DST o ambulatório de saúde do homem (UBS III) e a parceria com a Polícia Rodoviária Federal, Serviço Social de Transporte (SEST) e o Serviço Nacional de Aprendizagem de transporte (SENAT). Medidas também tradicionais com pouca ênfase em promoção da saúde com a participação da comunidade.

Os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais apresentam-se semelhantes aos obtidos junto aos usuários e alguns são também complementados pelos dados quantitativos.

PARTE IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados dessa pesquisa sugerem que a unidade que implantou o horário estendido comparado à unidade que não o implantou apresentou mais atendimentos, fato esse corroborado pelos dados qualitativos, onde usuários e profissionais sustentaram a importância do referido horário para o acesso dos homens às unidades básicas de saúde. Mostrou também o aumento estatisticamente significativo de atendimentos nos anos que se seguiram à implantação do referido horário na mesma unidade. No entanto, a maioria da procura foi primordialmente por doenças já instaladas e relacionadas à saúde sexual, o que mostra o que outros estudos também mostraram; a procura, principalmente, por agravos já instalados. Dessa forma, parece que medidas de promoção de saúde necessitam ser estimuladas envolvendo o setor saúde, empregadores públicos e privados, a população em geral e os homens em particular para que barreiras socioculturais e institucionais ao acesso da população masculina às unidades básicas de saúde sejam removidas.

Muitos agravos poderiam ser evitados, caso os homens realizassem com regularidade consultas nas unidades de saúde. É necessário um esforço de fortalecer a atenção básica com o intuito de garantir a promoção da saúde, prevenção de agravos evitáveis e diagnósticos precoce de doenças prevalentes na população masculina.

É necessário adotar estratégias capazes de mobilizar a população masculina compreendida na faixa de 20 a 59 anos, para que a porta de entrada dessa população no sistema de saúde seja a atenção básica. Os homens devem participar do planejamento das ações a serem desenvolvidas, de modo que possam realmente ser sujeitos de todo processo, com responsabilidades definidas.

Há que se de inserir a temática das masculinidades, incluindo as orientações sexuais nas discussões e debates dos profissionais de saúde e a comunidade, promovendo reflexões acerca das necessidades desse grupo e das especificidades de gênero nos serviços de saúde, a divulgação e discussão da PNAISH, bem como a sua implementação em todos os estados e municípios brasileiros.

Devem ser priorizados espaços de discussões, onde os profissionais possam refletir sobre suas vivências, favorecendo uma análise mais ampla do tema. É urgente que ocorra uma transformação dos serviços de saúde, de modo que os homens reconheçam-se e sejam reconhecidos neste cenário, para que suas necessidades possam ser atendidas.

A implantação de práticas e processos de acolhimento visando melhorar a acessibilidade da população masculina requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo esses usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento não se dá a partir de um fator isolado.

Vale ressaltar que apesar de existirem poucos estudos sobre a temática dos horários diferenciados de atendimento nas unidades básicas de saúde, acredita-se que essa estratégia possa também contribuir para o acesso dessa população, o qual deve se também implantado em todo o território nacional, sem perder de vista a importância da avaliação de todas as ações, para o uso racional de recursos e se evitar o desperdício.

O desenvolvimento do conjunto de ações propostas pela PNAISH não será suficiente se o foco da Política continuar sendo no indivíduo como responsável pela sua saúde e se não houver, de fato, a presença do Estado como protagonista principal no enfrentamento das condições socioeconômicas do País.

Muitos desafios ainda terão que ser enfrentados para que essa Política transforme retórica em prática, dentre os quais se destacam: o enfrentamento das desigualdades de gênero na atenção básica; o a interface dessa Política com as demais políticas e programas; a sensibilização da população masculina; dos

profissionais e dos gestores; as mudanças nos modelos de atenção; a superação das barreiras socioculturais e institucionais; o aprimoramento dos sistemas de informação para monitoramento e avaliação dos dados e a modificação ambiental para tornar as unidades básicas de saúde um lugar acolhedor de atenção, à saúde para todos, evitando-se a segmentação e a segregação de qualquer natureza.

Ressalte-se ainda que para o sucesso da PNAISH, a saúde deve ser considerada em seu aspecto amplo, levando-se em consideração os determinantes sociais da saúde. É preciso conhecer melhor grupos e populações historicamente excluídos dos serviços de atenção em saúde. É necessária também a observância da integralidade das ações nas três esferas de governo, o fortalecimento e a coesão das redes de atenção à saúde com participação popular e um controle social isento de interesses particulares.

Em suma, o lançamento e a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem constitui um avanço para a consolidação do SUS, visando à integralidade e a universalidade dos serviços. No entanto, representa um grande desafio, visto que o próprio SUS ainda encontra-se fragilizado na sua consolidação, principalmente no que se refere ao baixo investimento no setor, o crescimento dos planos paralelos de saúde, a intenção velada de muitos segmentos para o desmonte do sistema público de saúde entre outros. Está na hora de ser desencadeado um novo Movimento Sanitário para que o SUS seja solidificado para toda a população brasileira.

PARTE V - REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2,mar./apr. 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M. C. S, AKERMAN, M., DRUMOND, J.M., CARVALHO, Y.M., (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2012. 287 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. Ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde);

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção- SIAB. 2008. Acesso 12 jun. 2013. Disponível em: <http://dev-siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas de Estratégias. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRITO, R S; SANTOS D L A; MACIEL, P S O. Olhar Masculino acerca do atendimento na estratégia Saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 135-142, out/dez, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: equidade de gênero em questão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p.2569-2578, 2012.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**, v. 50, p. 1385-401, 2000.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 105-9, 2005.

GIOVANELLA et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, p. 825-9, 2003.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC 2007. Por que os homens buscam os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. p. 983-992, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento de saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-11, 2006.

GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's Family health programme. **BMJ** editorial: v. 341, p.4945, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**. Contagem Populacional. Disponível em: [.http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...) Acesso em: maio. 2013.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. F. et al. **La salud como derecho ciudadano**: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, p.137-52, 2003.

MARTINS, A. M. Saúde masculina: construindo diálogos com a psicologia da saúde. In: REZENDE, M. M., HELENO, M. G. V. **Psicologia e promoção da saúde em cenários contemporâneos**. Associação brasileira de psicologia da saúde. São Paulo: Vetor; 2010.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. **Primeiro estudo epidemiológico sobre o câncer de pênis no Brasil**. Internacional Braz. J. Urol., v. 33, p. 1-7, 2007.

Organização Mundial da Saúde. The Ottawa Charter, WHO, Geneva, 1986.

PINHEIRO, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciências Saúde Coletiva*, 2002; 7:687-7070).

SCHRAIBER, L. B., GOMES, R., COUTO, M. T. Homens na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p 7-17, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2011.

APÊNDICE A – CHECK LIST

1-Idade

2-Estado Conjugal

3-Profissão

4-Escolaridade

5-Variáveis referentes ao estado de saúde

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA COM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE (INFORMANTE CHAVE)**

Nome: _____

Formação: _____

Idade: _____

Nome da Unidade _____ Tempo na Unidade: _____

Cargo: _____

Perguntas:

- 1- Como é o acolhimento da população masculina aqui na Unidade Básica de Saúde (UBS)?
R:
- 2- Existe alguma estratégia ou ação específica para o atendimento à população masculina na UBS?
R:
- 3- Quais são os fatores que facilitam o acesso da população masculina na UBS?
R:
- 4- Quais são os fatores que dificultam o acesso da população masculina na UBS?
R:
- 5- Na sua opinião as mudanças no horário de atendimento influenciam o acesso de homens na UBS?
R:
- 6- Na sua opinião as mudanças no horário de atendimento influenciam no seu processo de trabalho?

R:

7- Existe alguma estratégia que motive o retorno dos homens à UBS, após a 1ª consulta?

R:

8- Quais as principais queixas de procura da população masculina de 20 a 59 anos aqui na UBS?

R:

9-Existe alguma ação de promoção ou prevenção para a população masculina?

R:

10-O (a) senhor (a) deseja fazer algum comentário adicional ou alguma sugestão?

R:

APÊNDICE C – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Nome: _____

Estado Conjugal _____

Escolaridade: _____

Profissão _____

Idade: _____

Nome da Unidade: _____

Perguntas:

1-Essa é a primeira vez que o senhor procurou essa Unidade de Saúde? Se sim, por quê?

R:

2- Com que frequência o senhor procura a UBS?

R:

3-Como o senhor se sente quando procura UBS, você é bem recebido/acolhido?

R:

4-O senhor tem preferência de horário para ser atendido?Qual?

R:

5- Quais são os fatores que facilitam o seu acesso na UBS?

R:

6- Quais são os fatores que dificultam o seu acesso na UBS?

R:

7- O senhor participa de algum grupo de saúde na UBS?

R:

8- O senhor (a) deseja fazer algum comentário adicional ou alguma sugestão?

R:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: “Estudo Comparativo sobre o acesso da população masculina em Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde com horário de atendimento normal e horário de atendimento estendido na regional de Sobradinho no Distrito Federal”.

O nosso objetivo é analisar sob a percepção de profissionais de saúde e usuários, se o horário estendido para o atendimento da população masculina nas Unidades Básicas de Saúde da Regional de Sobradinho - DF facilita o acesso dessa população.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Informamos também que as entrevistas serão gravadas, no entanto, lhe asseguramos que em hipótese nenhuma o seu nome aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo bem como a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder na Unidade de Saúde de Sobradinho (Centro de Saúde nº 1 ou 3) na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de 20 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Unidade de Saúde e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Clesimary Evangelista Molina Martins, telefone(61) 8107-2724 em horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Clesimary Evangelista Molina Martins

/Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA