

ACESSIBILIDADE DO HOMEM AO SERVIÇO DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM: UMA REALIDADE PRESENTE?

Men's access to the health service after implementation of the National Men's Health Program: is it a reality yet?

Lúcia Claudiane Oliveira Lopes¹, Pâmela Campêlo Paiva²,
Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo³, Marcio Adriano da Motta⁴, Léa Maria Moura Barroso⁵

RESUMO

O estudo objetiva analisar a acessibilidade do homem aos serviços de saúde, após a implantação do Programa de Saúde do Homem em um Centro de Saúde no Município de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de março a abril de 2011. Foi utilizada entrevista do tipo semiestruturada com 22 homens usuários do serviço no período noturno. Em seguida, os dados foram agrupados, categorizados e sequencialmente discutidos com suporte na compreensão dos resultados. A pesquisa concorre para a concretização do objetivo, evidenciando que, de forma geral, a implantação da Política Nacional de Saúde do Homem no Centro de Saúde Meireles melhorou a acessibilidade do homem que utiliza esse serviço. Ainda persistiram, contudo, lacunas, que apontaram como dificuldades os aspectos organizacionais desse serviço, que burocratizam o fluxo do usuário, fazendo com que este transite por vários setores e espere muitas horas, para só então conseguir atendimento com o médico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem; Acesso aos Serviços de Saúde; Acessibilidade; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the accessibility for men to public health care services following the implementation of the Men's Health Program at a health facility in Fortaleza, Brazil. Conducted between March and April 2011, the study was critical and reflective, with a qualitative approach. Information was collected through semistructured interviews with 22 male night-time users of the facility. The data were organized by group and category, and discussed with reference to the literature. Our results confirm that, in general, the implementation of the National Men's Health Policy at this health facility has improved accessibility for men who use this service. However, some organizational problems remain to be addressed, such as the inefficient user flow within the facility, causing users to move through several departments and having to wait for several hours to consult a physician.

KEY WORDS: Men's Health; Health Services Accessibility; Accessibility; SUS.

¹ Lúcia Claudiane Oliveira Lopes, Graduada em enfermagem pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Enfermeira assistencial do Hospital Geral da Polícia Militar. E-mail: claudianeoliveira_19@hotmail.com

² Pâmela Campêlo Paiva, Graduada em enfermagem pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Enfermeira assistencial do Hospital Geral de Fortaleza

³ Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo, Mestre em saúde pública pela UECE. Docente da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

⁴ Marcio Adriano da Motta, Graduado/bacharel em enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Especialista em saúde da família pela UFC/UNASUS

⁵ Léa Maria Moura Barroso, Doutora em enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Assessora técnica da SESA

INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos, o homem exerce um papel de responsabilidade na sociedade e na família. Nos dias atuais, essa responsabilidade é dividida, embora ainda sofra com os preconceitos determinados pela sociedade de que o homem deve ser o provedor do lar, devendo este ser viril, forte e invulnerável.

Estudos apontam que os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, assumindo um peso significativo nos perfis de morbimortalidade. A presença deles nos serviços de atenção primária à saúde é menor, se comparada com as mulheres, o que tem relação com os próprios aspectos culturais, em que o cuidado não é visto como prática masculina.¹

A não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao crescimento da incidência de morbimortalidade. O Ministério da Saúde (MS) aponta que, do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos, 68% foram de homens; ou seja, a cada três adultos que morrem no Brasil, dois são homens. Além disso, números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres.²

O Ministério da Saúde estima que, pelo menos até o fim de 2011, cerca 2,5 milhões de homens na faixa etária de 20 a 59 anos tenham procurado o serviço de saúde ao menos uma vez por ano; como também serão criados mecanismos que possam melhorar a assistência oferecida a essa população.²

Segundo Courtenay³, um dos fatores que pode contribuir para a não adesão dos homens aos serviços de saúde é a organização e rotina dos serviços de saúde, que destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para as doenças, quando comparados com as mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública, estando assim alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do SUS – e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.⁴

Embora haja ampla discussão sobre masculinidade na área da saúde em geral, ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde.³

Diante do exposto, nota-se a necessidade de abordagem mais eficiente sobre o assunto, realização de estudos que possam aprofundar os conhecimentos acerca da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde do Homem, pois em nossa vivência percebe-se uma não participação ativa dos homens no serviço. É importante dar voz aos próprios homens para que possam melhor compreender as questões envolvidas na acessibilidade aos serviços de saúde, a fim de poderem intervir de maneira significativa e promoverem a mudança cultural e social.

Por ser uma temática recente, existirem poucos trabalhos referentes ao assunto e haver necessidade de se construir uma nova percepção da saúde do homem, justifica-se o presente estudo e sua importância para a saúde pública.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a acessibilidade do homem aos serviços de saúde, após a implantação do Programa de Saúde do Homem no Município de Fortaleza-CE.

MÉTODOS

Estudo crítico-reflexivo, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo et al⁵, responde a questões muito particulares e se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificado.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, em uma unidade secundária. O Centro de Saúde Meireles (CSM) é uma unidade de saúde do Estado que funciona com oferta de serviços, tais como: serviços ambulatoriais, especializados, regulação assistencial dos serviços de saúde, central de regulação de consultas e exames, serviço de atenção à saúde reprodutiva, contracepção clínica e vasectomia. Constitui hoje um dos centros de referência do Estado no diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em 2009, o CSM passou a funcionar também das 17h às 21h, atendendo homens, em consonância com a Política Nacional de Saúde do Homem. O terceiro turno disponibiliza o atendimento prioritariamente para homens e conta com uma equipe multidisciplinar: médico urologista, cardiologista, clínico geral, assistente social e enfermeiro.

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por 22 homens atendidos no Centro de Saúde Meireles (CSM). São critérios de inclusão: homens na faixa etária entre 25 e 59 anos, que utilizam o serviço noturno do CSM e se encontram pelo menos na segunda consulta médica. Já os critérios de exclusão foram homens fora do intervalo de idade de 25 a 59 anos e que tenham utilizado, apenas uma vez, algum tipo de serviço no horário noturno, após ter sido implantado o Programa de Saúde do Homem, com

serviços voltados a essa clientela.

Como técnica de coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista contemplou os dados sociodemográficos, informações sobre a acessibilidade, dificuldades e facilidades dos homens em relação ao serviço de saúde.

As entrevistas foram gravadas, de forma confidencial, em local apropriado, tendo por finalidade a obtenção dos objetivos propostos. Esses instrumentos foram transcritos na íntegra para a confiabilidade e fidedignidade dos relatos, sendo solicitada a autorização para o uso do gravador e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram analisados conforme a proposta operativa de Minayo et al⁵, empregando-se a análise de conteúdo. Os dados foram agrupados, categorizados e sequencialmente discutidos com suporte na compreensão dos resultados.

Neste estudo, foram respeitados os preceitos legais e éticos que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁶ Assim, os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, sendo-lhes garantidos o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COÉTICA) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o número 112/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo contemplou 22 homens, sendo que onze entrevistados tinham idade entre 25 e 35 anos, quatro tinham entre 35 a 45 anos e sete tinham idade no intervalo de 45 a 59. Doze eram naturais de Fortaleza, cinco eram do interior do Estado e dez eram de outros estados brasileiros. Três moravam sozinhos, dez moravam com um a três familiares, oito com quatro a sete familiares e um entrevistado morava com sete a 10 familiares. Em relação à quantidade de filhos, oito sujeitos não tinham filhos, 12 tinham de um a três filhos e apenas dois tinham de quatro a cinco filhos. Dos entrevistados, cinco eram vendedores, três eram pedreiros, três estudantes e onze possuíam outras profissões.

A pesquisa trabalhou com cinco categorias: relevância e impacto do programa, acesso e acessibilidade, disponibilidade do horário noturno, acessibilidade sócio-organizacional e acessibilidade geográfica.

Relevância e impacto do programa

Em agosto de 2009, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), reconhecendo que os agravos masculinos constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Essa política visa a atender a população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos, sendo um dos seus principais objetivos a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade dos homens em seus aspectos culturais e econômicos.⁶

A política de atenção à saúde do homem também surgiu com o objetivo de fortalecer os princípios de universalidade, integralidade e equidade, não sendo possível ignorar a situação de saúde francamente desfavorável dos homens em relação às mulheres, evidenciada tanto pela sua maior mortalidade, em todas as faixas etárias, como pelo seu modo específico de lidar com o cuidado de saúde, constatado pela sua ausência dos serviços de atenção básica, sua pouca adesão e a procura tardia pelo cuidado, com o conseqüente comprometimento da sua saúde.^{7,8}

Entendendo a importância e o impacto que traz a proposta desse programa, podemos observar alguns relatos que trazem esse enfoque:

“O projeto para a saúde do homem facilitou (...), principalmente pra quem trabalha no serviço diurno...” (U 5)

“...Como é um projeto pra homem ficou fácil sim. Porque normalmente é tudo misturado, homem e mulher. E se fosse mulher também eu nem viria.” (U 6)

“Bom, esse programa de saúde do homem veio em boa hora, para melhorar o atendimento ao serviço de saúde pública. (...) tinha que chegar quatro horas da manhã e a fila já estava enorme, perdia até um dia de serviço, e as vezes não conseguia ser atendido. Depois que foi implantado esse programa, sempre que eu chego cedo da tarde, por volta das 15 horas, no mesmo dia estou sendo atendido.” (U 15)

O Programa Saúde do Homem no Centro de Saúde Meireles (CSM) foi implantado em 2009 e, mediante os depoimentos reproduzidos acima, é possível constatar que tal serviço trouxe resposta positiva às necessidades e demandas da população que o demandava, consoante os princípios e diretrizes idealizados pelos seus formuladores. O Programa surgiu com várias propostas, entre as quais a de facilitar a acessibilidade possibilitada nesse serviço por meio da oferta do terceiro turno. Os usuários, em sua maioria, trabalham o dia todo e, quando necessitavam de atendimento médico, precisavam perder um expediente de trabalho ou procuravam atendimento em

serviços de emergência. Outra opção bastante demandada pelos usuários era a farmácia, porém nem todos os estabelecimentos oferecem o serviço de um farmacêutico e, assim, os próprios funcionários do balcão fazem as “prescrições” dos medicamentos de forma indevida.

Na perspectiva de Figueiredo⁸, os homens têm dificuldades em ser atendido nas unidades básicas de saúde (UBS), por considerarem esse ambiente um espaço frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Tal situação provoca nos homens a sensação de ser alheio àquele espaço. Argumenta-se, ainda, que os homens não procuram as UBS porque estas não disponibilizam programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Percebemos que o serviço oferecido ao homem nesse Programa funciona de maneira integral, pois há a preocupação em oferecer um atendimento direcionado ao público masculino, nos quais os profissionais têm uma conduta adequada, a fim de fornecer um atendimento que facilite a comunicação e a compreensão relacionadas à terapêutica ofertada.

Compreendemos, ainda, que a ausência do homem dos serviços de saúde é multifatorial, uma vez que está imbricada tanto aos processos culturais quanto às barreiras institucionais, que refletem diretamente nas questões referentes ao acesso do homem que precisam ser repensadas.

Acesso x Acessibilidade

De acordo com Travassos, Oliveira e Viacava⁹, o acesso expressa características da oferta que facilitam ou dificultam para os usuários a capacidade de utilização dos serviços de saúde quando necessitarem. As barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas de saúde e dos seus serviços. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características do que se refere ao acesso.

Ao abordarmos o entendimento dos homens sobre acesso, notamos uma visão fragmentada sobre o assunto, conforme relatam os depoimentos abaixo:

“É ter disponível os serviços que eu necessito.” (U 7)

“Eu acredito que seja o serviço facilitar o atendimento, para que a gente possa ter mais condições a se tratar da nossa saúde.” (U 14)

“O acesso tá relacionado com a localização, que muito boa

para mim. [...] O acesso aqui é tranquilo.” (U 18)

“O Acesso é o modo que a gente é recebido recepção, na entrada.” (U 20)

Os depoimentos demonstram dois aspectos importantes. Primeiro, a noção equivocada de acesso, uma vez que o significado sobre acesso estava atrelado às dimensões isoladas de acesso. Compreendemos que há uma confusão conceitual entre acesso e acessibilidade, tanto na literatura como na concepção trazida pelos homens entrevistados. Buscaremos nessa discussão trazer um enfoque maior à acessibilidade por ser o nosso objeto de estudo.

Consoante entende Starfield¹⁰, acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis.

Para Donabedian (1988) apud Cunha e Vieira-da-Silva¹¹, acesso é um conceito mais amplo e contempla cinco dimensões importantes: acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra, aceitabilidade e disponibilidade. A definição do termo “acesso” é algo bastante complexo, ocasionando, muitas vezes, o seu emprego de forma imprecisa na sua relação com o uso dos serviços de saúde, além de se perceber uma heterogeneidade na sua conceitualização.¹²

Para Cunha e Vieira-da-Silva¹¹, a acessibilidade aos serviços de saúde representa um componente do sistema de saúde para que se efetivem a busca e a obtenção do cuidado. Assim, Donabedian sugere a observação de duas dimensões, em contínua interação, como a acessibilidade sócio-organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário e serviços, tendo em vista plena utilização, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento. A acessibilidade geográfica, por sua vez, que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades.

Disponibilidade do Horário Noturno

Com a implantação do programa, foi ofertado o terceiro turno, que favoreceu os usuários que trabalham durante o dia. Podemos destacar os seguintes depoimentos:

“... antes (...) tinha que chegar quatro horas da manhã e a fila já estava enorme, perdia até um dia de serviço, e as ve-

zes não conseguia ser atendido. Depois que foi implantado esse programa, sempre que eu chego cedo da tarde, por volta das 15 horas, no mesmo dia estou sendo atendido.” (U 15)

“Com a implantação desse programa acho que melhorou (...) pelo fato de ser direcionado para o homem, o horário é favorável para quem trabalha se tornou mais simples...” (U 12)

“... o horário coincide com o horário que eu saio do meu trabalho. (...) Antes desse programa tinham muitas dificuldades, tinha que pegar a ficha de manhã, antes do trabalho, aquela coisa de chegar de madrugada, muitas vezes nem cheguei a pegar, mas agora tá tudo muito diferente.” (U 17)

Os depoimentos revelaram que o horário noturno facilitou a inserção do homem nesse serviço de saúde. Anteriormente a oferta dos serviços, nesse centro, limitava-se ao período diurno, o que se tornava uma barreira do ponto de vista funcional e/ou organizacional, comprometendo a acessibilidade daqueles homens que trabalham no curso do dia. Se eles optassem pelo atendimento, precisavam faltar um dia de emprego, ou madrugar nas filas com vistas ao atendimento e, em alguns casos, nem o conseguiam. Por isso a preocupação do Programa em tornar disponível um horário conveniente para os trabalhadores.

No Centro de Saúde Meireles, o fluxo do atendimento antes da implantação ocorria da seguinte forma: os usuários chegavam normalmente de madrugada para conseguir uma ficha para atendimento médico. Após a implantação do Programa, as fichas para atendimento começam a ser distribuídas a partir das 17h, por ordem de chegada, onde inicialmente é feito um acolhimento com a enfermeira e cada homem é encaminhado para o clínico geral, cardiologista, urologista, de acordo com suas queixas. Após isso, os homens se dirigem ao SAME para pegar o prontuário e depois se deslocam até a sala de espera para aguardar o atendimento que se inicia às 18h.

Para Couto et al¹³, a implantação do horário noturno concentra maior número de homens, apontando uma potencial eficácia da estratégia de se criar horários alternativos para o atendimento, sobretudo dos trabalhadores. Com esse horário, os homens têm a possibilidade de cuidar da saúde sem faltar um dia de trabalho.

Normalmente, as unidades de saúde fornecem atendimento no período diurno, o que dificulta a busca pelo serviço. Para Gomes, Nascimento e Araújo¹, a procura por atendimento à saúde por parte dos homens fica em segundo plano, em razão do horário de funcionamento dos serviços de saúde, que não atende às demandas, por

não haver conciliação com o horário de trabalho.

Acessibilidade Sócio-organizacional

De acordo com os entrevistados, um fator importante que dificulta a acessibilidade organizacional dos homens ao serviço de saúde é a demora no atendimento:

“... Tem que chegar cedo pra poder pegar uma ficha e ser um dos primeiros a ser atendido, se chegar tarde vai ser um dos últimos ou nem ser atendido.” (U 2)

“Antes era mais fácil porque eu chegava aqui 17h e pegava a ficha 3 ou 4, hoje tem mais gente aí isso dificulta porque espera muito tempo...” (U 10)

“Na minha primeira consulta cheguei 14 horas, saí por volta das 20 horas, e hoje não vai ser diferente não, porém hoje cheguei 16:30 (...) pediram um exame em novembro, o último exame eu só consegui o resultado nesse mês, o maior problema é conseguir os resultados dos exames em tempo hábil.” (U 12)

“A grande dificuldade (...) é a burocratização.” (U18)

A demora no atendimento constitui dificuldade na adesão do homem, uma vez que estes, pelo próprio perfil, muitas vezes, não têm paciência de esperar determinado atendimento, buscando o serviço somente em situações especiais. Nessa unidade, os homens devem chegar com pelo menos duas horas de antecedência da distribuição das fichas. Isso é um motivo para reclamação por parte dos usuários. Também se observa que a demanda está aumentando, entretanto o número de funcionários continua o mesmo e, por tal razão, o tempo de permanência na unidade é maior.

Segundo estudo realizado por Schraiber et al¹⁴, para justificar a rara presença masculina na atenção primária, os homens entrevistados relatam que o atendimento deve ser rápido e pontual.

A demora no atendimento e na realização dos exames é referida em outro estudo realizado por Souza et al¹⁵, no qual os usuários da unidade referiram dificuldades para realização de exames, desde a demora para sua marcação e resultados, até para conseguir ser atendido na unidade e na referência de consultas especializadas e urgências. Destacaram ainda existir poucos profissionais para atender a população da área, associando dificuldades à organização do trabalho na unidade.

Acessibilidade Geográfica

Em relação à acessibilidade geográfica, identificamos ser essa favorável para a maioria dos usuários, pois muitos trabalham próximo ao CSM ou moram no mesmo bairro.

“Aqui é bom porque saio do meu trabalho e venho a pé mesmo. Ando uns 15 minutos até aqui.” (U 10)

“Moro aqui perto. Pego a topic e em 10 minutos to aqui.” (U 13)

“Moro bem aqui, as vezes venho a pé, mas hoje vim de bicicleta.” (U 17)

Em outros relatos, entretanto, alguns dos usuários entrevistados precisam se deslocar de bairros distantes para buscar atendimento no CSM:

“A distância da serrinha para cá é grande.” (U 14)

“Eu moro na Messejana, tenho que sair de casa muito cedo, por volta de 1h da tarde. Pego uns dois ônibus pra chegar até aqui. Se tivesse isso aqui no meu bairro seria melhor pra mim.” (U 22)

A forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde pode dificultar ou facilitar seu acesso. As formas variaram entre deslocamento a pé, de ônibus, de lotação e de carro. Ramos e Lima¹⁶ identificam o deslocamento a pé como forma recorrente utilizada pelos entrevistados, provavelmente porque a maioria mora na área de atuação, o que corrobora os achados de nosso estudo. Essa é a maneira mais prática e também a mais econômica, o que demonstra a importância da proximidade entre o serviço de saúde e a residência do usuário.

A localização da unidade na mesma região onde moram os usuários facilita sua adesão ao serviço de saúde. Em nossa pesquisa, a maioria dos entrevistados trabalha próximo ao CSM, e muitos se deslocam a pé. Isso faz com que busquem mais o serviço, pois, além de ser fácil a localização, o atendimento é no horário noturno, coincidindo com o fim do expediente. Mesmo assim, essa facilidade não é para todos. Existem aqueles usuários que precisam sair de suas residências, que se localizam em outro bairro, envolvendo aspectos econômicos e geográficos para buscar atendimento no CSM.

Os homens procuram menos o serviço de saúde, porém, nas situações em que isso ocorre, elas devem ser bem aproveitadas de maneiras diferentes para garantir que o homem crie o hábito de utilizar os serviços de forma rotineira, e que variados meios sejam utilizados para

alcançá-los mediante ações de Educação para a Saúde dentro e fora do dos serviços de saúde.¹⁷

Pelos relatos reproduzidos, identificamos obstáculos para a utilização dos serviços, como custo, localização, forma de organização do serviço, demora para o atendimento ou realização de exames. Os serviços oferecidos aos usuários do SUS devem ser oportunos e contínuos, devendo esses atenderem à demanda real, assegurando o atendimento, seja na própria unidade ou em outros níveis hierárquicos.

A garantia do acesso aos usuários decorre da implantação de modelos de atenção capazes de responder às necessidades de saúde da população. Assim, a atenção primária, por ser a porta de entrada ao serviço de saúde, deve ter resolutividade, visando a cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Por isso, o conhecimento das dimensões da acessibilidade, tanto em relação à organização dos serviços quanto aos aspectos geográficos, contribui para o esclarecimento acerca de quais componentes da acessibilidade dificultam a utilização dos serviços por parte dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciamos que a implantação da Política Nacional de Saúde do Homem no Centro de Saúde Meireles (CSM) melhorou a acessibilidade do homem que utiliza esse serviço, mas ainda não conseguiu avançar no que diz respeito ao acesso. Os depoimentos apontaram a noção equivocada de acesso, ao trazer apenas uma das dimensões, ou seja, a acessibilidade.

A pesquisa realizada revelou-nos como aspectos positivos a qualidade na assistência, a oferta do terceiro turno, que ampliou a acessibilidade tanto do ponto de vista geográfico, pois a maioria dos homens reside próximo ao CSM, sob o prisma funcional, evitando o absenteísmo. Desse modo, percebemos a relevância da implantação do horário noturno em outras unidades, de tal modo que a distribuição dos homens que buscam o serviço poderá ocorrer de acordo com a proximidade e acessibilidade da unidade de saúde da sua área de abrangência, sendo encaminhados para o CSM apenas os casos que necessitem de um atendimento especializado.

Ainda persistiram, entretanto, lacunas que apontaram como dificuldades os aspectos organizacionais desse serviço, que burocratizam o fluxo do usuário, fazendo com que este transite por vários setores e espere muitas horas, para só então conseguir atendimento médico.

Consideramos, por conseguinte, que a implantação do programa de saúde do homem no CSM é positiva, porém

é muito recente. É preciso repensar e avaliar os avanços e dificuldades advindos de sua implementação. Uma das propostas que o estudo suscita é a própria avaliação local do programa, implantado recentemente, mediante rodas de gestão, oficinas com trabalhadores da saúde e usuários, com a possibilidade, por exemplo, da elaboração de um fluxograma que facilite o percurso do homem dentro da unidade, minimizando seu tempo de espera. Outro aspecto a ser ressaltado é o esforço para a superação de ações isoladas, a fim de que elas se pautem na premissa de um trabalho multidisciplinar.

Sugerimos que sejam ainda criadas outras formas de acolher essa clientela, que apresenta tantas especificidades, de sorte que é necessário valorizar o Centro de Saúde como locus favorável para o “empoderamento”, dentro de uma perspectiva integral, não só desses homens mas também dos gestores e profissionais da área da saúde, contribuindo para o aumento da capacidade reflexiva e de participação na vida política.

Faz-se necessária uma reflexão para que a produção do conhecimento em saúde extrapole a racionalidade e o conteúdo deste trabalho e que compreendamos e pratiquemos a lógica holística do viver em sociedade, do meio ambiente em que estamos inseridos, dos determinantes da saúde e da garantia do acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007 mar; 23(3): 565-74.
2. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral do Homem, agosto de 2009. [Citado 2011 jan. 12]. Disponível em: www.saude.gov.br.
3. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2010 mai; 50(1): 1385-401.
4. Carrara S, Russo JÁ, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Rev Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 659-78.
5. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
6. Brasil. Resolução 196/96. Conselho Nacional de Saúde, 10 de out. de 1996. [Citado 2011 jan. 12]. Disponível em: http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf.
7. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5): 901-11.
8. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):105-9.
9. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jun; 11(4): 975-86.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
11. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010 abr; 26(4): 725-37.
12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2): 190-8.
13. Couto MT, Pinheiro TF, Valência O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2010 abr./jun; 14(33): 257-70.
14. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010 mai; 26(5): 961-70.
15. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1): 100-10.
16. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003 jan/fev;

19(1): 27-34.

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

Submissão: Abril/2012

Aprovação: Agosto/2012
