

OLHAR MASCULINO ACERCA DO ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**MALE VIEW ABOUT THE ASSISTENCE CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**PUNTO DE VISTA MASCULINO SOBRE LA ASISTENCIA EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA*ROSINEIDE SANTANA DE BRITO¹DANYELLE LEONETTE ARAÚJO DOS SANTOS²PATRÍCIA SUERDA DE OLIVEIRA MACIEL³

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo identificar a opinião de homens sobre o atendimento recebido na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2009, por meio de entrevista semiestruturada junto a onze homens adscritos em área de abrangência de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, no município de Parnamirim-RN, Brasil. Os depoimentos foram trabalhados de acordo com a Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Os resultados revelaram opiniões heterogêneas quanto aos serviços oferecidos pela referida Estratégia, com predomínio de julgamentos negativos em virtude da dificuldade em conseguir consulta médica e demora na marcação de exames, além da escassez de profissionais e médicos especialistas nos serviços de atenção primária. Constatou-se necessidade de haver reestruturação nas Unidades Básicas de Saúde, bem como na atuação dos profissionais, com vistas a atender as demandas de saúde da população masculina.

DESCRITORES: Programa Saúde da Família; Saúde do Homem; Saúde Pública.

This is a qualitative study aimed to determine the opinion of men about the assistance care received at the Family Health Strategy. Data were collected during June and July 2009 through semi structured interviews with eleven men assigned to the coverage area of a team from the Family Health Program in the municipality of Parnamirim-RN, Brazil. The statements were dealt with following the content analysis according to Bardin. The results showed to be heterogeneous as to the offered services by this Strategy, with a predominance of negative judgments due to the difficulties in getting medical care and delay in exams, besides the shortage of professionals and specialist medicine in primary services care. There was the need for a restructuring in the Basic Health Units as well as the professionals' actions, in order to meet the healthcare demands of the male population.

DESCRIPTORS: Family Health Program; Men's Health; Public Health.

Este es un estudio cualitativo con el objetivo de identificar la opinión de los hombres sobre la asistencia ofrecida por la Estrategia de Salud Familiar. Los datos fueron recolectados durante junio y julio del 2009 a través de entrevista semiestruturada, con once hombres adscritos a la zona de cobertura de un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia, en el municipio de Parnamirim-RN, Brasil. Las declaraciones fueron tratadas de acuerdo con el Análisis de Contenido según Bardin. Los resultados mostraron opiniones heterogêneas concernientes a los servicios ofrecidos por la mencionada Estrategia, predominando los juicios negativos debido a la dificultad para conseguir una consulta médica y demora para marcar fecha para realización de pruebas, además de la escasez de profesionales y médicos especialistas en los servicios de atención primaria. Se verificó que es necesario que haya una reestructuración en las Unidades Básicas de Salud, así como en el desempeño de los profesionales, con el fin de tener en cuenta las demandas de la población masculina, en el área de la de salud.

DESCRIPTORES: Programa de Salud Familiar; Salud del Hombre; Salud Pública.

* Trabalho de Iniciação Científica vinculado ao grupo de pesquisa Enfermagem nos Serviços de Saúde do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

¹ Doutora. Professora dos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. Rua Prof. Emídio Cardoso s/n, Condomínio Parque das Dunas, bloco E, apto. 101, Capim Macio. CEP: 59078-420. Natal/RN. Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.com

² Acadêmica do 7º período do curso de graduação em Enfermagem da UFRN. Bolsista REUNI de Iniciação Científica. Brasil. E-mail: danyleonette@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Brasil. E-mail: patriciaedavi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu no final dos anos de 1980, a partir de uma proposta elaborada pela VIII Conferência Nacional em Saúde, com o propósito de modificar as desigualdades existentes no setor saúde. Nessa conferência, determinou-se que sua implantação deveria estar baseada nas idéias do movimento sanitarista, o qual defendia para o novo sistema de saúde os princípios da integralidade de ações, universalidade de atendimento, participação popular, frente à compreensão de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, a proposta do SUS garantia atendimento público e gratuito a todos os cidadãos a partir de uma assistência integral, voltada à visão holística do indivíduo em substituição ao modelo biomédico⁽¹⁾.

No entanto, o novo sistema de saúde encontrou diferentes obstáculos, sejam eles financeiros, políticos ou institucionais, para ser implementado no modo como foi idealizado. Tais dificuldades fizeram com que o Ministério da Saúde estabelecesse estratégias a fim de reafirmar os princípios do SUS e dar continuidade as conquistas sociais obtidas até então. É neste contexto que, em março de 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF), o qual passou a ser considerado uma estratégia por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Essa iniciativa possibilitou a reorientação do modelo médico-assistencial vigente no país, permitindo a avaliação do indivíduo e sua família em seus aspectos físico e social, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde individual e coletiva⁽¹⁻³⁾. Além disso, passou-se a ter maior preocupação em orientar as pessoas quanto à importância de seus direitos e deveres nos serviços de saúde, dentre os quais está incluso a participação nas decisões que envolvem a saúde da comunidade em que vive⁽⁴⁾.

Para garantir a integralidade no atendimento, esse novo paradigma em saúde requer uma atuação multidisciplinar. Desse modo, as equipes de trabalha-

dores atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com a participação de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A atuação desses profissionais ocorre, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), residências e na mobilização da comunidade, estando cada equipe responsável por cerca de mil famílias inseridas em um território determinado. Tal fato permite a aproximação entre profissionais e comunidade, o que resulta no estabelecimento de vínculos de compromisso e corresponsabilidade⁽⁵⁾. Estes, por sua vez, surgem a partir do momento em que os indivíduos tornam-se conscientes do poder de fazer escolhas, que beneficiam não só a sua saúde, mas de toda coletividade⁽⁴⁾.

Todavia, para que isso se torne real, é necessário despertar a todos os integrantes das famílias assistidas quanto à importância de sua participação como protagonistas do SUS, pois também são responsáveis pelo cuidar em saúde. No entanto, percebe-se no cotidiano a resistência dos homens adultos saudáveis em procurar atendimento, com vista à prevenção de doenças, o que contribui para distanciá-los dos serviços de atenção básica. Além disso, as ações da ESF estão baseadas no desenvolvimento de programas voltados para grupos específicos como crianças, adolescentes, mulheres e idosos, retratando uma lacuna de assistência que vise à prevenção de agravos à saúde masculina⁽⁶⁻⁷⁾.

Essa lacuna revela a desigualdade existente na assistência à saúde de homens e mulheres, fato intimamente relacionado às concepções de gênero presentes em nossa sociedade. Entende-se por gênero os atributos sociais e culturais — que transcendem as diferenças biológicas — designados a homens e mulheres para justificar as relações de poder entre ambos⁽⁸⁾.

Sendo assim, o desfavorecimento à saúde dos homens pode estar atrelado a preconceitos existen-

tes na sociedade a respeito da concepção de padrões masculinos construídos com base na subjetividade que envolve atributos como força, domínio e machismo. Isto reflete em todos os campos sociais, inclusive na área da saúde, onde as políticas públicas não se voltaram, de modo satisfatório, às necessidades de saúde desta parcela populacional. Nesse sentido, ao seguir o modelo hegemônico de masculinidade, os homens suprimem necessidades reconhecidas socialmente como frágeis, as quais geram conflitos entre ser macho e ser masculino e são capazes de provocar neles uma autodesvalorização, como a adoção de práticas violentas para consigo e com os outros⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Diante disso, percebe-se a influência das questões culturais sob as ações de cuidados com a saúde masculina, visto que, ao longo dos anos, a imagem atribuída ao sexo masculino é a de um ser viril, forte e que não demonstra suas emoções. Nesse entendimento, tal concepção se apresenta como um dos obstáculos que os impede de buscar ações de caráter preventivo. Junta-se a isso, fatores como invulnerabilidade, atribuição do cuidar ao sexo feminino e feminilização do atendimento, os quais estão relacionados também com a pouca demanda de homens aos serviços de atenção primária^(6,9).

Desse modo, o homem passa a ter maior predisposição a adoecer por estar mais exposto a fatores de risco, especialmente aqueles relacionados ao tipo de trabalho exercido por ele. Esse fato é demonstrado pelos indicadores de morbidade e mortalidade que, quando comparados às mulheres, as maiores taxas de mortalidade recaem sobre os homens em todas as idades, revelando a saúde masculina como um campo desfavorecido⁽⁷⁾.

Somado aos fatores já mencionados, a indisponibilidade de tempo para buscar os serviços de saúde, a ausência de serviços e de programas especializados para pessoas do sexo masculino, a vergonha de se expor para um desconhecido e o medo da descoberta de doença grave são aspectos de extrema relevância na composição do quadro da saúde do homem na

atenção primária. Além disso, a procura da população masculina por assistência médica, geralmente, ocorre quando não suportam mais a dor ou ficam impossibilitados de trabalhar. Nesses casos, alguns tendem a buscar medidas que não requerem muito tempo, como automedicação ou orientação de farmacêuticos. Isto demonstra que a procura dos homens pelos serviços de saúde ocorre na presença de uma patologia já instalada⁽¹¹⁾. Dessa forma, percebe-se que o interesse deles por ações preventivas em saúde está aquém do desejado.

Compreender tais questões implica em analisar a associação entre homens e masculinidade, a fim de se obter novas perspectivas referentes à saúde deles. Para tanto, se faz necessário buscar a opinião do homem acerca do atendimento recebido na ESE, partindo da concepção de que ao conhecer a visão deles sobre esse aspecto será possível elaborar estratégias capazes de atraí-los aos programas ofertados no âmbito da atenção primária. Nesse sentido, alguns autores afirmam que ao valorizar a opinião dos usuários sobre determinado serviço é possível promover melhorias no mesmo, a fim de que as ações por ele desenvolvidas sejam capazes de atender as necessidades da população⁽¹²⁾.

Diante da problematização exposta, questiona-se: qual a opinião que os homens possuem sobre o atendimento que eles recebem na ESF?

Mediante o nosso propósito, este trabalho teve como objetivo identificar a opinião de homens sobre o atendimento recebido na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde vinculada a Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil.

O trabalho contou com a participação de onze homens adscritos em área assistida por uma equipe

da ESF. Esse número de participantes foi considerado suficiente, em decorrência da repetição do conteúdo de suas mensagens. Como critérios de inclusão, deveriam ter as faculdades mentais preservadas; estarem adscritos na área de abrangência da equipe da ESF selecionada e inseridos na faixa etária de 20 a 59 anos.

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2009. Para isso, o primeiro contato foi realizado pelo agente comunitário de saúde da área com o possível participante. Mediante sua aceitação, agendava-se data e hora para realização da entrevista em sua própria residência. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído por duas partes. A primeira possuía questões sociodemográficas, a fim de caracterizar os participantes e a segunda constava da pergunta específica ao objeto de estudo: qual a opinião do senhor sobre o atendimento no Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família?

Antes de serem iniciados os questionamentos, o entrevistado recebia instruções sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como era informado a respeito da voluntariedade de sua participação, podendo desistir a qualquer momento sem que fossem causados prejuízos a ele ou a sua família. Além disso, ressaltava-se a garantia do anonimato de seu depoimento.

De posse dessas informações, e após concordar em participar do estudo, assinava um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que se refere à pesquisa com seres humanos⁽¹³⁾. Ressalta-se que antecedeu o processo de coleta de dados a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com parecer favorável de número 057/2009, e autorização do diretor da Unidade Básica de Saúde, na qual os depoentes estavam cadastrados.

Os depoimentos foram gravados, transcritos e lidos exaustivamente. Em seguida, identificou-se os núcleos de sentido, codificados e categorizados de acordo com a análise de conteúdo, na modalidade de

análise temática, segundo Bardin⁽¹⁴⁾. Desse processo, emergiram três categorias temáticas, sendo escolhida para abordar neste artigo a temática referente à opinião de homens sobre o atendimento recebido na Estratégia Saúde da Família. Os resultados foram analisados e discutidos com base em estudos literários acerca da saúde do homem e da Estratégia Saúde da Família.

Com o intuito de manter sigilo das identidades dos depoentes, a letra H foi utilizada para identificá-los, seguida de uma numeração, a qual equivale à ordem em que foram colhidas as informações.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste item, inicialmente, os entrevistados serão caracterizados e, posteriormente, os resultados obtidos a partir do conteúdo de suas falas serão representados na temática “opinião de homens sobre o atendimento recebido na Estratégia Saúde da Família .

Caracterização dos participantes

O estudo demonstrou que os participantes estavam inseridos na faixa etária de 25 a 56 anos, havendo predomínio de homens com idade superior a 35 anos. Quanto ao grau de escolaridade, um depoente declarou-se semi-analfabeto; um informou não ter concluído o ensino fundamental; três revelaram terem o ensino fundamental completo; o mesmo número afirmou ter finalizado o ensino médio e dois disseram não o terem concluído. Dentre os onze entrevistados, apenas um possuía o ensino superior. Tratando-se da profissão, a maioria não estava inserida no mercado formal de trabalho e referiram trabalhar como autônomos. Acerca do rendimento mensal, cinco participantes declararam receber entre um e três salários mínimos, um estava desempregado e os demais tinham renda acima de cinco salários. Em relação ao estado civil, apenas um era solteiro. Quando questionados sobre alguma doença crônica, dois informaram ser hipertensos e destes, um também era diabético.

Opinião de homens sobre o atendimento recebido na Estratégia Saúde da Família

Para melhor compreensão acerca da opinião dos participantes sobre os serviços ofertados pela ESE, utilizou-se o termo Programa Saúde da Família (PSF), o qual aparece mais difundido tanto na mídia, quanto entre os próprios profissionais. Mesmo assim, alguns entrevistados referiram não utilizar ou desconhecer o programa, e, portanto, não se sentiram aptos a responder o questionamento. *Até agora eu não tenho o que dizer. Eu não posso citar uma coisa que eu não participo (H-2). Eu não sei o que o Programa de Saúde da Família faz, aí eu não posso dizer nada (H-6).*

Apesar de ter sido criado há mais de uma década, o PSF ainda apresenta-se como algo desconhecido para algumas pessoas. Essa realidade também foi evidenciada em pesquisa recente, na qual a desinformação acerca do programa e seus objetivos apresentaram-se como responsáveis pela busca dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, contribuindo, assim, para a permanência da visão curativista das instituições de saúde⁽¹⁵⁾.

A pouca informação sobre o referido programa foi demonstrada por outros autores, os quais identificaram o fato dos usuários não possuírem uma compreensão clara sobre o programa, referenciando-o como 'posto de saúde' articulado aos cuidados prestados pelos profissionais que ali atuam⁽¹²⁾. Essa mesma associação foi feita pelos depoentes do estudo em apreço, no qual se percebe que os homens não fizeram alusão ao PSF, no entanto, revelaram satisfação com o mesmo. *A família toda usufrui ... Tá todos sendo cuidados pelo posto. Nossa parte tem sempre sido atendido. Muito bom lá (H-3). Eu acho muito bom. Sou bem atendido lá (H-5).*

Opiniões positivas também foram reveladas pelos entrevistados com maior grau de instrução, e que demonstraram compreender algumas funções do PSF. Sobre esse aspecto, a literatura traz que o nível de informação dos usuários está relacionado a diversos

fatores, dentre eles destaca-se a escolaridade dos indivíduos e a eficácia das estratégias, quando se refere às informações transmitidas no contexto do PSF⁽¹²⁾. Sendo assim, esse programa possui papel relevante na Política Nacional de Atenção Básica, pois possibilita aos usuários obter, através de medidas de promoção da saúde, subsídios capazes de contribuir positivamente para autonomia e escolhas comportamentais visando a sua saúde⁽¹⁶⁾.

O entendimento dos participantes acerca de algumas ações desenvolvidas pela equipe do PSF, fez com que os mesmos emitissem satisfação acerca dos serviços. Isto pode ser evidenciado quando referenciaram a visita domiciliária como uma forma de assistência benéfica à população. *Eu acho que o Programa é muito bom. Eu acho que o governo se preocupou muito em atender pessoas que tem dificuldade de ir até o posto (H-9). Pra mim é bom ... é uma coisa positiva. Porque quando a pessoa não tem condições de ir lá [na UBS], o médico vem na casa dela (H-10).*

O termo visita domiciliária está associado diretamente ao PSF por ser uma atividade bastante difundida nesse modelo assistencial, embora não seja um recurso restrito ao mesmo. Sua prática possibilita o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, bem como permite à equipe de saúde estar mais próxima do cotidiano das pessoas, reconhecendo suas limitações, o que garante uma assistência mais humanizada. A compreensão das particularidades de cada família contribui para a elaboração de estratégias de promoção da saúde possíveis de influenciar os indivíduos a modificarem hábitos de vida considerados pouco saudáveis^(2,12).

Deste modo, a visita domiciliária tem sido apontada como motivo de contentamento por parte dos usuários, pois facilita o acesso à assistência e garante um cuidado individualizado. Além disso, intermedeia a comunicação entre comunidade e instituição de saúde, além de propiciar às pessoas, com determinadas necessidades, atendimento médico sem que estas precisem se deslocar até a UBS⁽¹⁷⁾.

Esses motivos corroboram os discursos dos participantes, tendo em vista a comodidade no atendimento domiciliar favorecer a inclusão de pessoas impossibilitadas de buscar assistência, seja por alguma doença ou limitação advinda da mesma. É relevante mencionar que, nos depoimentos, essa forma de assistir aparece focada nas ações curativas desenvolvidas em domicílio, retornando, assim, ao antigo modelo assistencialista tradicional. A visão de que os serviços de saúde têm como único propósito tratar doenças pode ser associada à carência de informações por parte dos homens sobre as propostas do PSF. Em função disso, a população masculina procura por atendimento médico quando está acometida por uma doença, a qual apresenta-se, muitas vezes, em estágio já avançado. Assim, percebe-se que a opinião de alguns entrevistados sobre as ações do PSF volta-se à resolubilidade de suas demandas por saúde, como demonstra a fala a seguir: *Eu não vou dizer que é ruim, porque se eu tiver com um problema, eu vou pra lá. Mês passado, eu tomava remédio e a pressão subindo. Então, eu falei com a doutora e ela acrescentou mais um remédio e, de lá pra cá, não tenho sentido nada. Então, quer dizer que tá bom, né?* (H-8).

A atenção resolutiva, verificada no discurso de H-8, está relacionada ao que preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) quanto ao acolhimento dos usuários nos serviços de saúde. A acolhida envolve, além da recepção, uma escuta qualificada pelo profissional de saúde, a qual permite ao cliente relatar seus medos e angústias. Além disso, garante ao mesmo resolubilidade para seus problemas através da articulação com outras instituições de saúde, quando há necessidade de assistência contínua⁽¹⁸⁾.

Outros aspectos relevantes a respeito de um bom atendimento nas UBS foram encontrados na literatura. Estudos apontam que tal atendimento deve ser estruturado em um serviço humanizado e que esteja pautado na comunicação entre profissional-usuário, a fim de estabelecer uma relação de troca entre ambos. A essa concepção, soma-se a necessidade de des-

pendar menor tempo em filas de espera, com vistas à efetivação do atendimento. Pois, para os usuários, independente do sexo, este fato é considerado um dos pontos negativos das instituições de baixa complexidade juntamente com a demora em conseguir consulta médica e exames laboratoriais, como também a precariedade no acolhimento e o absenteísmo dos profissionais^(12,19).

Para minimizar esses problemas, a PNH traz como uma de suas diretrizes a ser implementada em instituições básicas de saúde a otimização dos serviços, com o intuito de reduzir as filas e, conseqüentemente, o tempo de espera para obter assistência médica⁽¹⁸⁾. No entanto, percebe-se no cotidiano das UBS as adversidades que os usuários ainda enfrentam para conseguir atendimento, como evidenciado nos discursos abaixo: *Fica dois, três meses, às vezes exame complexo fica seis, oito meses ... é uma coisa que sempre demora* (H-1). *Eu procurei o posto pra conseguir uma colonoscopia ... demorou, lógico, porque é uma coisa do setor público ... sempre demora* (H-7). *Um dia desses, eu precisei passar três meses pra marcar uma consulta* (H-10).

Sobre esse assunto, autores afirmam que a insatisfação dos usuários com a organização do sistema de saúde pode expressar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Sendo assim, a comunicação inadequada entre os diferentes níveis de complexidade acarreta em desorganização nos encaminhamentos de exames e marcação de consultas, tornando dificultoso e desigual o acesso da população⁽¹⁹⁾.

Nesse contexto, a espera em filas por atendimento nas UBS vem sendo apontada como fator contribuinte para a pouca frequência com que o público masculino usufrui de tais serviços. Além disso, o horário de funcionamento das instituições de saúde incompatível com a jornada de trabalho dos indivíduos inseridos no mercado formal desestimula o acesso dos homens aos serviços. Isto porque, existe o receio em serem prejudicados por ausentarem-se de seus trabalhos para buscar auxílio médico. Esse prejuízo estaria

atrelado à possibilidade de perda do emprego, o que impossibilitaria os homens de desempenharem suas funções enquanto provedores de suas famílias^(6,11).

Consoante ao número de trabalhadores de saúde, os participantes demonstraram insatisfação quanto à carência de profissionais e de especialidades médicas, como se pode observar em seus discursos: *Nosso posto tá organizado direitinho. É uma pena que não tenham todas as especialidades (H-9). A quantidade de médico que tem aí [na UBS] pra demanda daqui [do bairro] é pouca (H-10).*

Esse descontentamento vai ao encontro de outras investigações, nas quais a ausência de especialistas nas UBS representou elevado grau de insatisfação, seguido do déficit no contingente de profissionais. Essa realidade permite evidenciar que a quantidade mínima de trabalhadores para compor a equipe da ESF não supre as necessidades da população adstrita na área territorial de abrangência^(12,20). Entretanto, a insatisfação de não haver médicos de várias especialidades para atender a população, como revela H-9, reforça a incompreensão desses usuários quanto aos propósitos da ESF como a principal porta de entrada do SUS.

Mediante ao exposto, percebe-se que há uma heterogeneidade nas opiniões dos homens, havendo predomínio de visões negativas sobre os serviços prestados pela ESF em virtude do tempo que eles dependem para conseguirem atendimento e, assim, resolverem seus problemas efetivamente. Desse modo, os resultados reforçam alguns dos entraves presentes na literatura acerca do distanciamento desse grupo populacional das instituições primárias de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nessa pesquisa permitiram responder o questionamento relativo ao objeto de estudo. Sendo assim, foram identificados julgamentos heterogêneos dos homens acerca dos serviços oferecidos pela ESF, com predomínio de opiniões negativas,

as quais estiveram vinculadas, principalmente, às dificuldades em conseguir marcação de consultas médicas e exames.

Verificou-se, ainda, insatisfação quanto ao número de profissionais atuantes na ESF e a ausência de especialidades médicas, retratando, assim, o desconhecimento dos entrevistados quanto às funções da ESF. Tais constatações apontam para a importância de compreender o universo masculino e suas peculiaridades para adequar as ações desenvolvidas na atenção primária, com o intuito de atender as demandas de saúde dessa parcela populacional.

Diante disso, o descontentamento dos participantes desse estudo com o sistema de referência e contrarreferência sugere uma reorganização nas instituições básicas de saúde, no intuito de tornar mais ágil o encaminhamento dos usuários para uma atenção de maior complexidade. Além disso, acredita-se que reestruturar as UBS no sentido de estender o seu horário de atendimento para o período noturno oportunizaria a busca por assistência tanto daqueles inseridos no mercado formal de trabalho, como aos 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.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AKP, Borges DF. Programa Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção dos usuários. *Rev Adm Publica*. 2008; 42(2):369-89.
2. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface Comun Saude Educ*. 2007; 11(23):655-66.
3. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da

- Família na cidade de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):71-82.
4. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev Rene*. 2007; 8(2):41-9.
 5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família [online]. Brasília, 2009. [citado 2009 Jul 02]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>
 6. Korin D. Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolesc Latinoam*. 2001; 2(2):67-79.
 7. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):97-104.
 8. Giffin K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):47-57.
 9. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):105-9.
 10. Laurenti R, Jorje MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):35-46.
 11. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque 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; 23(3):565-74.
 12. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):581-9.
 13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética – CONEP. Resolução 196/96. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25.
 14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
 15. Neres STM, Casimiro CF, Jucá MM, Souza Filho AO. Percepção de usuários frente ao Programa Saúde da Família. *RETEP*. 2009; 1(1):27-32.
 16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS nº 4. Temático Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
 17. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(1):131-40.
 18. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 19. França ISX, Marinho DDT, Baptista RS. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. *Rev Rene*. 2008; 9(4):15-23.
 20. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):23-34.

RECEBIDO: 01/03/2010

ACEITO: 04/11/2010