



ORIGINAL ARTICLE

THE MAN WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY
O HOMEM NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

EL HOMBRE EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Rosineide Santana de Brito¹, Danyelle Leonette Araújo dos Santos², Patrícia Suerda de Oliveira Maciel³

ABSTRACT

Objective: to identify the frequency with which men use services offered in primary health basic care and their knowledge about the FHS. **Method:** this is about an exploratory and descriptive study, from qualitative approach, performed eleven men, randomly selected, assigned in areas covered by a team from the FHS, in Parnamirim town -RN. Data collection occurred during June and July of 2009 through semi-structured interview consisting by social-demographic questions and specific to the object of study. It is emphasized that this step occurred after approval of the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte, with protocol number 057/2009. The statements were recorded and analyzed according to Content Analysis, according to Bardin. **Results:** data analysis revealed that participants few use the services of primary care and have limited information about the FHS. **Conclusion:** the study points to the need to inform men about the purpose of the FHS to will be alerted about the importance of adopting measures aimed at promoting health. **Descriptors:** family nursing; family health program; men's health.

RESUMO

Objetivo: identificar a frequência com que os homens utilizam os serviços oferecidos na atenção básica à saúde e o conhecimento deles sobre a ESF. **Método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido junto a onze homens, selecionados de forma aleatória, adscritos em área de abrangência de uma equipe da ESF, no município de Parnamirim-RN. A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho e julho de 2009, por meio de entrevista semiestruturada, constituída por questões sócio-demográficas e específicas ao objeto de estudo. Ressalta-se que antecedeu esta etapa a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com protocolo número 057/2009. Os depoimentos foram gravados e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo, segundo Bardin. **Resultados:** a análise dos dados revelou que os participantes pouco utilizam os serviços de atenção básica e apresentam escassez de conhecimento acerca da ESF. **Conclusão:** o estudo aponta para a necessidade de informar aos homens sobre o propósito da ESF para que sejam alertados quanto à importância de adotarem medidas que visam à promoção à saúde. **Descritores:** enfermagem familiar; programa saúde da família; saúde do homem.

RESUMEN

Objetivo: identificar la frecuencia con que los hombres utilizan los servicios ofrecidos en la atención primaria de salud y sus conocimientos sobre la ESF. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cualitativo, realizado con once hombres, elegidos al azar, que trabajan en el área asistida por un equipo de la ESF, en el municipio de Parnamirim-RN. La recopilación de datos se llevó a cabo durante los meses de junio y julio de 2009 a través de entrevista semi-estructurada con preguntas socio-demográficas y específicas para el objeto de estudio. Se hace hincapié en que este paso se produjo después de la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, con número de protocolo 057/2009. Los testimonios fueron registrados y analizados de acuerdo con el Análisis de contenido, según Bardin. **Resultados:** el análisis de los datos reveló que algunos de los participantes utilizan poco los servicios de atención primaria y muestran conocimientos limitados sobre la ESF. **Conclusión:** el estudio apunta la necesidad de informar a los hombres acerca de la finalidad de la ESF para alertar acerca de la importancia de adoptar medidas destinadas a promover la salud. **Descriptores:** enfermería familiar; programa de salud familiar; salud del hombre.

¹Doutora. Professora dos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.com; ²Acadêmica do 8º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista REUNI de Iniciação Científica. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: danyleonette@gmail.com; ³Enfermeira. Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: patriciaedavi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Ao final da década de 1980 surgiu, a partir de uma proposta elaborada pela VIII Conferência Nacional em Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de modificar a situação de desigualdade presente na assistência à saúde da população brasileira. Nessa Conferência determinou-se que a implantação do SUS deveria estar baseada nas idéias do movimento sanitário, o qual defendia para o novo sistema de saúde os princípios de integralidade de ações, universalidade no atendimento e participação popular, compreendendo que a saúde era direito de todos e dever do Estado.¹

Entretanto, as crises econômicas, políticas e institucionais da época dificultaram a implementação do SUS no modo como foi idealizado. Em decorrência das dificuldades encontradas, o Ministério da Saúde passou a criar diferentes mecanismos que partilhavam os mesmos ideais do SUS, a fim de assegurar a continuidade das conquistas sociais até então obtidas.¹⁻²

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 assistencial por permitir a avaliação do indivíduo e sua família em seus aspectos físico e social, tornando ampliada a visão do processo saúde-doença.³⁻⁴

Esse novo paradigma em saúde requer uma atuação multidisciplinar capaz de garantir integralidade no atendimento, conforme preconizado pelo SUS. As equipes de profissionais 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 destes ocorre, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade, estando cada equipe responsável por um número aproximado de mil famílias inseridas em um território determinado. Assim sendo, há uma maior aproximação entre profissionais e comunidade, resultando no estabelecimento de vínculos de compromisso e corresponsabilidade.⁵

Todavia, para que isso se torne efetivo é necessário despertar os integrantes das famílias quanto à importância de sua

participação como protagonistas do SUS, pois também são responsáveis pelo cuidar em saúde, seja este individual ou coletivo. Apesar de essa responsabilidade ser delegada a todos, percebe-se uma resistência dos homens adultos saudáveis em procurar atendimento visando à prevenção de doenças, acarretando no distanciamento destes nos serviços de atenção básica. Associado a isso, identifica-se que 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.

O desfavorecimento à saúde dos homens pode estar atrelado a preconceitos existentes na sociedade a respeito da concepção de padrões masculinos construídos com base na subjetividade que envolve 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.⁶

Dessa forma, aspectos culturais são apontados como responsáveis pela ausência dos homens nas UBS. Ao longo dos anos, a imagem atribuída ao sexo masculino é a de um ser viril, forte e que não demonstra suas emoções, promovendo, assim, a construção de uma barreira que os impede de buscar ações de caráter preventivo.⁶ Fatores como invulnerabilidade, atribuição do cuidar ao sexo feminino e feminilização do atendimento também podem ser associados a pouca demanda de homens aos serviços de atenção primária.⁷⁻⁸

Sendo assim, o homem passa a ter maior predisposição a adoecer por estar mais exposto a fatores de risco, especialmente aqueles relacionados ao tipo de trabalho por ele exercido. Os indicadores de morbidade e mortalidade evidenciam esse fato, uma vez que, quando comparados às mulheres, as maiores taxas de mortalidade recaem sobre os homens em todas as faixas etárias, revelando a saúde masculina como um campo desfavorecido.⁸

Alguns autores mostram que, somado aos fatores já referidos, a indisponibilidade de tempo para buscar os serviços de saúde, a ausência de serviços e programas especializados com vistas a atender pessoas do sexo masculino, a vergonha de se expor para um desconhecido e o medo do diagnóstico de doença grave são fatores relevantes na composição do quadro da saúde do homem na atenção primária. Além disso, revelam que esses indivíduos procuram por

ajuda geralmente 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 serviços de saúde pelos homens ocorre quando há uma patologia já instalada, evidenciando que o interesse deles em ações preventivas em saúde está aquém do desejado.⁹

Compreender tais questões implica em analisar a associação entre homens e masculinidade para se obter novas perspectivas referentes à saúde desse público-alvo. Para tanto, se faz necessário buscar o entendimento de homens acerca da ESF, partindo da concepção de que a ausência dos mesmos nas UBS está relacionada à compreensão deles quanto aos cuidados com sua saúde. A partir disso, acredita-se que, mesmo com a ausência de programas preventivos voltados para o público em questão, os profissionais atuantes na ESF, em especial aqueles que compõem a equipe de enfermagem, poderão reestruturar sua atuação com o objetivo de atender as necessidades desse grupo populacional.

Neste sentido, para se elaborar estratégias ao nível das UBS, com o intuito de priorizar a saúde masculina, é imprescindível que os envolvidos na ESF adquiram uma postura mais sensível relativa às concepções de gênero, na qual, de modo geral, a população está arraigada.⁷

Diante da problematização exposta, questiona-se: com que frequência os homens utilizam os serviços de atenção primária em saúde? E, qual o conhecimento dos homens acerca da ESF?

OBJETIVOS

- Identificar a frequência com que os homens utilizam os serviços oferecidos na atenção básica à saúde;
- Identificar o conhecimento de homens sobre a ESF.

MÉTODO

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

O trabalho contou com a participação de onze homens adstritos 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 adstritos na área de abrangência da equipe da ESF selecionada e inseridos na faixa etária de 20 a 59 anos. Logo, aqueles que não atenderam a esses critérios foram excluídos do estudo.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído por duas partes. A primeira com o objetivo de caracterizar os participantes a partir de dados sócio-demográficos; e a segunda constava de questões específicas ao objeto de estudo.

Antes de serem iniciados os questionamentos, o entrevistado recebia instruções sobre a finalidade e objetivos 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, tendo, ainda, garantia do anonimato de seu depoimento. Em 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. Ressalta-se que antecedeu o processo de coleta de dados a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com parecer favorável de número 057/2009, e autorização do diretor da Unidade Básica de Saúde. As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho de 2009.

Os depoimentos foram gravados, transcritos, lidos exaustivamente e, após identificação dos núcleos de sentido, codificados e categorizados de acordo com a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, segundo Bardin.¹⁰

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item, são abordados os resultados referentes ao conteúdo das falas dos participantes. Inicialmente, os entrevistados foram caracterizados e, posteriormente, são apresentadas e discutidas as categorias identificadas acerca do tema estudado.

• Caracterização dos participantes

O estudo demonstrou que os participantes estavam na faixa etária dos 25 aos 56 anos,

predominando 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, enquanto três revelaram terem o ensino fundamental completo; o mesmo número afirmou ter finalizado o ensino médio e dois disseram não o terem concluído; e, apenas um entrevistado 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.

• Apresentação das categorias temáticas

O conteúdo das falas deu origem a duas categorias, quais sejam: utilização dos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde e conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família.

• Utilização dos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde

Ao serem questionados quanto à utilização dos serviços de saúde oferecidos pela Unidade Básica, observou-se nos discursos que a maioria dos participantes já necessitou desses serviços, embora este fato tenha ocorrido de forma esporádica.

Foi coisa simples, pra pedir um exame de sangue. [...] Procurei só uma vez. (H-1)

Já precisei sim. Eu precisei de um atestado. (H-2)

A pouca demanda de homens nas UBS, identificada nos depoimentos, pode estar relacionada a diversos fatores. Alguns autores referem o receio dos homens acerca da associação entre a busca por ações preventivas com uma iniciativa tipicamente feminina, o que provocaria desconfiança acerca da masculinidade do indivíduo.⁹

Isto remete ao ideal hegemônico de masculinidade, no qual os homens se distanciam da imagem atribuída às mulheres e a homossexuais. Como homens devem se apresentar “ativos, fortes, capazes do trabalho físico árduo, produtivos, competitivos e orientados ao mundo externo”.^{11:69} Esse estereótipo masculino predispõe a pouca procura dos serviços de saúde pelos homens, pois tendem a sentirem-se invulneráveis e não expressam com a

mesma facilidade seus problemas, como fazem as mulheres.⁷

Apenas um dos entrevistados expôs nunca ter utilizado os serviços prestados pela UBS em prol de sua saúde, procurando ajuda em instituição hospitalar quando já apresentava estado de saúde crítico.

Eu necessitei, mas ao invés de ir ao posto, eu fui direto ao hospital. [...] Eu vinha me automedicando [...] aí fui direto ao hospital, porque já vi que era uma coisa grave. (H-3)

Observa-se no depoimento de H-3 que a busca por atendimento médico ocorreu com a possibilidade de comprometimento físico, o que, conseqüentemente, afetaria seu ritmo de trabalho e condição financeira. Percebe-se que o agravamento de sua condição de saúde, obrigou-o a procurar uma instituição de média e alta complexidade que pudesse resolver seu problema. Este fato vai ao encontro de estudos recentes, os quais referem que a procura por assistência médica pelos homens ocorre a partir do reconhecimento de sintomas tidos como graves.^{9,12}

Além disso, alguns autores quando salientam a automedicação, reforçam a idéia de que os homens preferem buscar ações capazes de solucionar seus problemas de forma mais objetiva. Objetividade esta que seria encontrada em balcões de farmácias, por meio de conselhos dos farmacêuticos, ou em pronto-socorros.^{7,9}

Embora a automedicação esteja cada vez mais disseminada por toda sociedade, estudos tem sugerido ser o público feminino seu principal adepto.¹³⁻⁴ No entanto, pesquisa realizada em Minas Gerais contraria esses achados, uma vez que identificou os homens como os maiores consumidores de medicamentos sem prescrição médica, realidade que foi associada à baixa frequência com que as pessoas do sexo masculino procuram os profissionais médicos.¹⁵

Inúmeros são os motivos que levam os indivíduos a fazerem uso da automedicação, dentre os quais estão inclusos o conhecimento popular acerca de determinadas substâncias, a dificuldade em se obter acesso aos serviços públicos de saúde, o custo de se conseguir uma opinião médica, bem como o desespero e a angústia desencadeados pelos sintomas.¹⁶ Soma-se a isso, a não existência de programas educativos que abordem os efeitos muitas vezes irreparáveis da automedicação, resultando no surgimento de resistência bacteriana, aparecimento de reações de hipersensibilidade e doenças iatrogênicas, além de poder mascarar diagnósticos na fase inicial de uma doença.^{14,16}

Quanto aos participantes que informaram utilizar com maior frequência a UBS, estes foram os que possuíam diagnóstico de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes estando, portanto, cadastrados no programa que visa o controle e acompanhamento dos indivíduos acometidos por tais doenças (HIPERDIA).

Vou lá, pego os remédios, tô participando. Já utilizei o dentista, consulta normal. (H-6)
Pego os remédios. Eu só vou mesmo pra isso, pra me consultar e pegar o remédio da pressão. (H-8)

A pouca aptidão das UBS em atender as necessidades masculinas pode estar associada com a baixa demanda desse público nos referidos serviços, pois a forma como se encontram organizadas desestimula o acesso pelos homens.^{7,9} Visto isso, entende-se que uma reorganização das instituições primárias de saúde se faz necessário no que se refere ao seu horário de funcionamento, pois alguns depoentes justificaram suas ausências devido à necessidade de trabalhar durante o horário de atendimento dos serviços, como se verifica nas falas abaixo:

Todas as pessoas que tem o trabalho como o meu, que é direto, não pode parar. No momento em que sai [do trabalho], tudo vai por água abaixo. (H-3)
Eu não pude ir não [a reunião do Hiperdia], porque tive que trabalhar. (H-6)

Estudos referem que a indisponibilidade de tempo para procurar as UBS está atrelada ao receio dos homens em serem prejudicados por ausentarem-se do trabalho. Este fato tem sido apontado como componente do conjunto de fatores que contribuem para a baixa frequência no uso dos serviços de saúde por essa população.^{9,11-2} Nesse sentido, o espaço de trabalho poderia ser utilizado como campo para implementar medidas preventivas, com o intuito de envolver os trabalhadores e promover aumento na qualidade de vida destes, evitando seu distanciamento das ações de assistência em saúde.

É digno de nota que a maioria dos participantes dessa pesquisa não estava inserida no mercado de trabalho formal, possuindo, portanto, horários flexíveis que possibilitaria buscar as UBS no período estabelecido para seu funcionamento. Contudo, essa atitude de busca não foi evidenciada, o que reforça a necessidade de compreendê-la sob a óptica das questões de gênero envolvidas nesse contexto.

Alguns depoentes referiram as mulheres da família - mãe, sogra e companheira - como os membros que mais utilizam os serviços do centro de saúde, seguidas dos filhos:

Minha sogra, minha esposa, meus dois filhos estão sendo acompanhados pelo posto. (H-3)
Aqui [na residência] quem mais utiliza é a minha mãe. (H-5)
Minha esposa vai com muita frequência ao posto. Ela é quem mais utiliza. (H- 9)

Esses depoimentos reforçam a visão de que as UBS são ambientes feminilizados, uma vez que a maioria dos profissionais atuantes no setor, bem como de seus usuários, é do sexo feminino, reportando maior preocupação das mulheres em cuidar da saúde, como demonstra o depoente H-11:

Geralmente, quem procura fazer preventivo é a mulher. (H-11)

Essa fala traduz a realidade cotidiana dos serviços de saúde, os quais atuam, principalmente, desenvolvendo ações preventivas. Estas, por sua vez, são procuradas, majoritariamente, por mulheres. A feminilização das instituições básicas de saúde tem sido referida como fator contribuinte para a ausência dos homens nesses serviços, visto que não se sentem pertencentes a estes locais.^{7,9} Essa evidência pode ser nitidamente identificada no depoimento a seguir, no qual o entrevistado revela sua percepção sobre o espaço da UBS:

Só tinha mulher lá, de homem só tinha eu. (H-1)

A concepção histórica de que as mulheres são seres mais vulneráveis que os homens aos fatores externos esteve relacionada, durante anos, à fragilidade física e intelectual que lhes era atribuída. Parte daí a necessidade de prestar maiores cuidados à população feminina, visando principalmente a assistência de seu sistema reprodutivo.¹⁷ Atualmente, apesar da inserção das mulheres no mercado de trabalho, ainda recai sobre elas à incumbência de cuidar da família, inclusive nas questões referentes à saúde de todos os membros.

Constata-se nos depoimentos que as afirmações feitas pelos entrevistados acerca da utilização das UBS são condizentes com os achados literários que abordam a temática em questão, onde a busca aos serviços de promoção à saúde e prevenção de agravos, quando comparados às mulheres, é reduzida. Dessa forma, a pouca utilização das UBS pode estar relacionada à falta de conhecimento sobre o que vem a ser a ESF por parte dessa população.

• Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família

Pode-se observar, na maioria dos discursos, um desconhecimento quanto ao programa e suas ações, embora alguns entrevistados

tenham revelado já terem ouvido falar algo relacionado ao programa.

É realmente eu não sei. Eu não tô tendo o conhecimento do que tá sendo o programa. (H-3)

Eu já ouvi falar [...] mas eu num lembro do tema. (H-4)

O fato dos depoentes afirmarem desconhecer o propósito da ESF leva a admitir a possibilidade de ligação entre essa realidade e a tendência que possuem em não buscar assistência como forma de promoção à saúde, bem como de prevenção a agravos e doenças. Nesse sentido, um estudo concluiu que o conhecimento possibilita aos indivíduos um comportamento consciente sobre as decisões tomadas acerca dos cuidados com a sua saúde. No entanto, para que isso ocorra, efetivamente, deve-se elaborar estratégias de educação em saúde, na perspectiva de mudanças comportamentais, bem como para a participação das pessoas nos programas de saúde. Desse modo, ao permitir que os indivíduos reconheçam os fatores capazes de influenciar seus estados de saúde, favorece a adoção de hábitos mais saudáveis.¹⁸

No caso da população masculina, as questões de gênero estão fortemente relacionadas à postura que os homens assumem diante dos cuidados com a saúde, uma vez que, em sua socialização, o ato de cuidar não é atribuído a eles.¹¹ Nesse contexto, o machismo adotado por alguns desses indivíduos, prejudica as percepções acerca do autocuidado e interfere na procura por atendimento médico. Este fato foi apontado em pesquisa acerca das reflexões sobre perspectiva de gênero, no qual os participantes admitiram que aos homens falta inteligência e esperteza, pois ao seguirem os padrões de masculinidade, não podem demonstrar fraqueza e nem cuidar de si mesmo¹⁹, o que os torna indivíduos vulneráveis.

Ao contrário do grupo masculino, as mulheres buscam mais medidas de caráter preventivo por estarem condicionadas, culturalmente, a cuidar da sua saúde, o que vem sendo relacionado às questões sexuais e reprodutivas desse público. Além disso, estudo verificou que os homens crêem que a grande participação feminina em ações preventivas pode estar vinculada à maior disponibilidade de informações que possui sobre sua saúde, as quais são propagadas, inclusive, na mídia televisiva.¹² Talvez, por essa razão, alguns declarantes indicaram a esposa como detentora do conhecimento sobre a ESF, como se percebe nos seguintes depoimentos:

A minha esposa é quem sabe. (H-1)

Minha esposa já deve ter ouvido falar, mas eu num sei não. (H-6)

Um entrevistado relatou dúvidas quanto à abrangência dos serviços da ESF e atribuiu seu pouco conhecimento a baixa frequência com que vai à UBS:

Eu não sei se no momento que a gente vai até o posto, se está inserido nesse programa. Eu não sei lhe dizer isso, porque eu conheço pouco aqui o posto. Eu pouco vou lá. (H-9)

No entanto, a relação feita pelo depoente entre a utilização da UBS, quando afirma ir pouco à instituição, com o reduzido conhecimento que possui acerca da ESF não foi evidenciada nos entrevistados cadastrados no programa Hiperdia, pois por participarem do programa, esperava-se que eles apresentassem algum entendimento sobre a ESF. Isto pode ser identificado no depoimento de H-8:

Nunca ouvi não sobre esse assunto, porque quando eu vou lá pro posto, eu só vou mesmo pra me consultar e pegar remédio.

Embora as ações do programa Hiperdia estejam voltadas para medidas preventivas, percebe-se no discurso de H-8 que seu conhecimento e participação na ESF reporta ao antigo modelo de saúde, centrado na doença, o qual a ESF objetiva substituir desde sua implantação. Essa realidade também foi evidenciada por outro estudo, no qual a participação de alguns usuários restringiu-se à procura pelo serviço de saúde em situação de doença. As autoras da referida pesquisa entendem que a concretização da ESF relaciona-se às mudanças no comportamento tanto da equipe atuante, quanto da comunidade, diante dessa nova forma de assistência. Para tanto, as ações dos profissionais devem estar baseadas no estabelecimento de um processo interativo entre eles e os usuários, para que estes sejam orientados e adquiram conhecimentos que os permita compreender a filosofia da ESF.¹⁸

Quanto aos entrevistados que mencionaram conhecer algo acerca da ESF, estes possuíam maior grau de escolaridade. Contudo, o conhecimento revelado voltou-se para a visita domiciliária. Vale ressaltar que mesmo aqueles depoentes que afirmaram nunca ter recebido essa visita, fizeram referência a mesma. Por ser a visita domiciliária uma atividade desenvolvida fora do espaço físico da unidade, as pessoas, mesmo aquelas que não frequentam a UBS, percebem que o atendimento domiciliar tem como alvo os membros de sua família e/ou comunidade.²⁰ Dessa forma, a visita domiciliária possibilita a

formação de vínculos entre usuários e equipe de saúde, garantindo uma assistência mais humanizada, visto que os profissionais passam a compreender as particularidades e subjetividades de cada família, bem como seus processos de saúde-doença e suas maneiras de cuidar.²

Programa de Saúde da Família é assistência. Fiz uma cirurgia há dois anos e eles [a equipe de saúde] vinham aqui [em casa] fazer o curativo. (H-7)

No meu conhecimento, [o PSF] é levar saúde ao pessoal que não tem condições de ir ao posto de saúde. E, ao invés dele ir, o médico vem a ele. (H-10)

Pelo que eu sei é atendimento médico domiciliar. É acompanhamento médico familiar, pra visitar o paciente. (H-11)

Nos relatos anteriores, percebe-se que as visitas domiciliárias, sob o ponto de vista dos depoentes, são realizadas quando os usuários estão impossibilitados de ir até a UBS em decorrência de alguma doença ou limitação que a mesma lhes conferiu. Compreensão verificada também por outros autores sobre a percepção dos usuários acerca das visitas em domicílio.²² Entretanto, esse tipo de assistência abrange, além das ações curativas, as atividades de promoção à saúde, as quais, embora possam ser realizadas por diferentes membros da equipe de saúde, são de responsabilidade específica do agente comunitário de saúde (ACS).²²

Um ACS deve atender a condição de residir na mesma área em que desenvolve suas atividades, pois, por estar inserido no mesmo contexto da população, conhece a realidade local e compreende os problemas nele existente.²² Desse modo, são capazes de promover medidas educativas em saúde mais eficazes.

Estudo demonstrou que os ACS são os profissionais que realizam visitas domiciliárias com maior frequência, inclusive a moradores que não utilizam as UBS.²³ Isto faz com que sejam os mais conhecidos componentes da equipe da ESF, bem como os mais próximos da comunidade, razão esta que possivelmente foi o motivo da maioria dos entrevistados ter demonstrado conhecer algumas atribuições de responsabilidade deste cargo.

O pessoal [da UBS] perguntava quem era a agente de saúde, aí eu dizia quem era, tá entendendo? Era pra ela passar aqui pra deixar algum exame, coisas assim. (H-5)

A agente vem, faz a marcação de consulta, faz a agenda, são essas coisas. (H-10)

Assim, observa-se nos discursos que os ACS atuam promovendo conexão entre a população e a UBS, fato também evidenciado

por outros autores, nos quais estes aparecem como facilitadores do acesso aos serviços de saúde por fornecerem informações referentes à rotina da UBS e agendamento prévio para atendimento médico.²¹

Mediante ao exposto, percebe-se a falta de entendimento por parte da maioria dos depoentes no que diz respeito às ações da ESF, embora alguns demonstrem certo conhecimento acerca de algumas atividades, como é o caso da visita domiciliar e das ações desenvolvidas pelos ACS.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nessa pesquisa permitiram responder aos questionamentos relativos ao objeto de estudo. Sendo assim, é possível afirmar que os homens utilizam os serviços ofertados pelas UBS de maneira esporádica, o que corrobora com achados da literatura que vem associando este fato ao estereótipo de masculinidade.

Quanto ao conhecimento dos depoentes acerca da ESF, este apresentou-se restrito, sendo mencionado, sobretudo, entendimento acerca das visitas domiciliárias e de certas atribuições dos ACS. A escassez de informações demonstrada pelos participantes do estudo retrata a necessidade de se elaborar e implementar medidas educativas com o intuito de explicar a população em geral, e em particular aos homens, o propósito da ESF. Além disso, eles devem ser alertados quanto à importância de aderirem às ações de promoção da saúde, bem como de prevenção a agravos e doenças, a fim de reduzir os elevados indicadores de morbidade e mortalidade que assolam esse grupo populacional.

Nesse contexto, o enfermeiro, enquanto membro da ESF, juntamente com os demais profissionais, ao idealizarem tais ações devem considerar aspectos referentes às concepções de gênero. Vale lembrar que o ideal masculino presente em nossa sociedade gera obstáculos que dificultam o acesso desse público aos serviços de atenção básica de saúde, expondo a riscos de adoecer e morrer por causas evitáveis. Em termos gerais, os resultados obtidos confirmam a realidade que envolve as questões de saúde da população masculina.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AKP, Borges DF. Programa Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção dos usuários. Rev Adm Publ. 2008 Abr; 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 (Botucatu)*. 2007 Dez; 11 (23): 655-66.
 3. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saude Soc*. 2007; 16 (3): 85-91.
 4. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. *Cien Saude Colet*. 2008; 13 (1): 71-82.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família [online]. Brasília, Brasil; 2009. [acesso em 2009 Jul 02]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasi.ca.php>
 6. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Cien Saude Colet*. 2005; 10 (1): 97- 104.
 7. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2005; 10 (1): 105-09.
 8. Laurenti R, Jorje MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (1): 35-46.
 9. 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 Saude Publica*. 2007 Mar; 23 (3): 565-74.
 10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
 11. Korin D. Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolesc Latinoam*. 2001 mar; 2(2): 67-79.
 12. Costa-Júnior FM, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psic: Teor Pesq*. 2009 Mar; 25 (1): 55-63.
 13. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnal JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997; 31 (1): 71-77.
 14. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica*. 2004; 38 (2): 228-238.
 15. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2002; 36 (1): 55-62.
 16. Andrade AR, Pinho LB. Fatores socioculturais associados à prática da automedicação em uma cidade do interior do estado do Mato Grosso, Brasil. *Rev. Enferm. UFPE online [periódico na internet]*. 2008 Abr [acesso em 2009 Out 23]; 2(2): 121-29. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/415/408>
 17. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 (Sup.2): 201-12.
 18. Machado MFAS, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Cien Saude Colet*. [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 03]. [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecolativa/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3435
 19. Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Rev Bras Est Popl*. 2003 Jun; 20 (1): 79-92.
 20. Santos SM, Uchimura KY, Lang RMF. Percepção dos usuários do Programa Saúde da Família: uma experiência local. *Cad Saude Colet*. 2005; 13 (3): 687-704.
 21. Mandu 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):131-140.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. [online] Brasília, Brasil; 2009. [acesso em 2009 Jul 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexo_perfil_competencias_acs.pdf
 23. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet*. 2008; 13 (1): 23-34.
- Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2010/06/14
Last received: 2010/11/13
Accepted: 2010/11/13
Publishing: 2010/11/15
- Address for correspondence**
Rosineide Santana de Brito
Condomínio Parque das Dunas
Rua Prof. Emídio Cardoso s/n, Bl E, Ap. 101
CEP: 59078-420 — Natal, Rio Grande do Norte, Brasil