

## O “ser homem” nos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário

*“Being a man” in the services offered by the family health strategy: the user’s perspective*

Angeline Baptista<sup>1</sup>, Caio Pupin Rosa<sup>2</sup>, Isabella Pereira Pavan<sup>3</sup>, Simone Albino da Silva<sup>4</sup>, Flávio Bittencourt<sup>5</sup>

### RESUMO

O trabalho buscou identificar o conhecimento do usuário e suas propostas acerca da oferta de serviços específicos à saúde do homem na Atenção Básica, tema de poucos estudos publicados. Foram entrevistados 101 homens nas 14 equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana de um município do Estado de Minas Gerais. Utilizou-se a técnica de Análise Temática. Identificou-se insatisfação com o tempo de espera para o atendimento, marcação de consultas; falta de empatia dos profissionais de saúde; criticou-se a ausência de ações de promoção à saúde, divulgação de campanhas, falhas na administração pública e busca ativa para serviços em saúde do homem; a questão de gênero refletiu o contexto social do “ser homem”, sendo o serviço de saúde tradicionalmente organizado na perspectiva materno-infantil, o que marginaliza o público-alvo e não contempla as dimensões da masculinidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Homem. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

This study aims to identify the user’s knowledge and proposals about providing specific services towards men’s health in Primary Care, the subject of few published studies. One hundred one men were interviewed in the 14 Family Health Strategy teams in an urban area of a municipality located in the state of Minas Gerais. The Thematic Analysis technique has been employed. Dissatisfaction concerning extended waiting periods for assistance, scheduling appointments, lack of empathy of health professionals, criticism about the absence of actions to promote health, dissemination campaigns, flaws in public administration, and active search for men’s health services were identified; the gender issue reflected the social context of “being a man”, with the health service traditionally organized from a maternal and child perspective, marginalizing the target audience and not including the masculinity dimensions.

**KEYWORDS:** Men’s Health. Family Health Strategy. Primary Health Care.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: janeiro de 2021 – Aceito: maio de 2021

<sup>1</sup> Graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). E-mail: [angeline.slbaptista@gmail.com](mailto:angeline.slbaptista@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL).

<sup>3</sup> Graduada pela Faculdade de Medicina pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL).

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL).

<sup>5</sup> Matemático. Doutor em Engenharia Agrícola, professor do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Docente do Curso de Medicina da UNIFAL-MG.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, tem dentre os seus princípios a universalidade de acesso, a integralidade da atenção e a equidade no atendimento à saúde direcionado à pessoa, à família e à sociedade<sup>1</sup>. Desde 1994 tem como porta de entrada preferencial a Atenção Básica (AB), desenvolvida no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável por ações de promoção e prevenção de saúde<sup>2</sup>. Contudo, as atividades voltadas à saúde do homem, neste nível assistencial, são incipientes, sendo causa de queixas relacionadas principalmente à ausência de serviços voltados às singularidades masculinas<sup>3</sup>, visto que tradicionalmente o enfoque tem sido maior sobre a criança e a mulher.

As especificidades do homem passaram a ganhar maior enfoque nas políticas de saúde, tanto no Brasil quanto internacionalmente, uma vez que foi constatado que o público masculino tem particularidades que precisam ser compreendidas, considerando sua forma de inserção na sociedade. Percebe-se a dificuldade dos homens de reconhecerem suas vulnerabilidades e se responsabilizarem pelo próprio cuidado<sup>4</sup>.

Dois acordos internacionais, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (1994), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (1995) apontaram que os direitos sexuais e reprodutivos deveriam ser debatidos numa perspectiva de auxílio à promoção da igualdade de gênero, lançando-se na época um senso comum internacional de que a população masculina deveria ser incentivada a participar e assumir a responsabilidade sobre a conduta sexual e de decisão reprodutiva<sup>5</sup>.

Tal contexto também fez emergir entidades como Fórum de Saúde do Homem e a Sociedade Internacional para a Saúde do Homem, além de mobilizar autoridades irlandesas e australianas a instituírem políticas nacionais, daqueles países, voltadas a essa parcela da população<sup>6</sup>.

No Brasil, em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)<sup>7</sup>, formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina, alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>2</sup>. Dentre os princípios da PNAISH preconiza-se: prevenir primariamente afecções cardiovasculares e cânceres entre outros agravos recorrentes, através da captação precoce da população masculina; disponibilizar insumos, equipamentos e materiais educativos; capacitar profissionais de saúde para o atendimento masculino<sup>7</sup>.

Ainda existe uma forte cultura masculina de procura dos serviços de saúde devido a problemas urológicos, sendo, portanto, necessário abordar outras questões de saúde que afetam diretamente a vida do homem moderno como o alcoolismo, o tabagismo, as drogas, as doenças cardiovasculares, o

sedentarismo, a obesidade, os traumas automobilísticos, o estresse e as ISTs<sup>8</sup>.

Mesmo diante deste cenário de diferentes necessidades de saúde, os homens tendem a utilizar serviços que respondem mais rapidamente e objetivamente às suas demandas, como farmácia e pronto socorro<sup>9</sup>. Sob esta perspectiva, o objetivo do presente trabalho foi identificar o conhecimento dos usuários masculinos entrevistados acerca de serviços voltados para suas especificidades e propor discussão sobre melhorias no cuidado em saúde oferecido pela ESF.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva com delimitação transversal, realizada em 14 equipes da ESF de zona urbana de um município do Sul de Minas Gerais, no ano de 2017. Estes serviços de saúde são de administração direta do município e, de forma geral, a carteira de serviços dessas unidades incluía acolhimento de demanda espontânea, consulta médica generalista, consulta de enfermagem na saúde da mulher, atendimento odontológico, pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil, acompanhamento de famílias cadastradas em programas sociais, atividades coletivas de educação em saúde, vacinação, atividades físicas coletivas, visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe, além da execução de campanhas propostas pelo Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

A população estudada foi de 12.800 homens, número determinado por meio de levantamento dos registros de homens com idade entre 20 e 59 anos cadastrados no SIAB, no ano de 2012, de um município de Minas Gerais.

Considerando um intervalo de confiança de 95% e a margem de erro de 10%, a amostra definida foi de 95 homens, segundo a equação para o tamanho amostral de populações pequenas para variáveis expressas em termos de proporções de Rea e Parker (2000):

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 (0,25) N}{z_{\alpha/2}^2 (0,25) + (N-1) E^2}$$

Sendo:

n - o tamanho da amostra a ser realizada;

$z_{\alpha/2}^2$  - quantil da distribuição normal padronizada considerando o nível de confiança;

N - o tamanho da população em estudo;

E - a margem de erro considerada na pesquisa.

A amostra do estudo constituiu-se de pessoas do sexo masculino, que buscaram qualquer tipo de atendimento nestas unidades, sendo utilizada como critério de seleção a idade, isto é, homens entre 20

e 59 anos, faixa etária alvo prevista no PNAISH <sup>7</sup>. As entrevistas foram realizadas nas recepções ou salas cedidas pelas equipes de ESF incluídas nesse projeto.

Primeiramente, o entrevistado era informado sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos, procedimentos de coleta de dados, sigilo e confidencialidade. Após estes esclarecimentos, recebia o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que era assinado caso concordasse em participar da pesquisa. Em seguida, foi aplicado um questionário socioeconômico<sup>10</sup> e, por fim, foram audiogravadas as respostas a duas perguntas realizadas aos entrevistados:

1) Você tem conhecimento se esta unidade de saúde possui algum atendimento específico voltado para a saúde do homem? (pergunta própria);

2) Qual sua recomendação para o serviço atender melhor ao usuário? (Adaptada<sup>3</sup>).

Todos os dados advindos dos questionários e entrevistas foram digitados e armazenados em uma planilha eletrônica. Para a análise qualitativa dos dados utilizou-se a técnica de Análise Temática<sup>11</sup>, que consiste em uma metodologia de caráter qualitativo dirigida à Ciência Social, principalmente à área de medicina e saúde.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas (Unifal – MG). Durante o desenvolvimento do estudo, foram respeitadas as exigências éticas e científicas fundamentais, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 101 homens, entrevistados em 14 unidades da Estratégia de Saúde da Família, distribuídos conforme a Tabela 1:

**Tabela 1** - Amostra da população masculina entrevistada de acordo com ESF frequentado, Minas Gerais, 2017 (n=101)

ESF	N
1	9
2	2
3	3
4	13
5	7
6	7
7	8
8	10
9	1
10	8
11	8
12	11

(Conclusão)

ESF	N
13	7
14	8
Total	101

Fonte: elaborada pelos autores

Na caracterização dos homens que procuraram o serviço de saúde nas ESF deste estudo, obtivemos que a maioria dos usuários entrevistados tinham entre 50 e 59 anos (31,6%) e a idade menos prevalente entre 20-24 anos (7,9%). A maioria dos usuários é casada (40,6%), seguida por entrevistados solteiros (37,6%). Com relação à cor, a maior parte autodeclarou-se branca (35,6%), seguida de pardos (23,8%).

A escolaridade prevalente foi o ensino médio completo (27,7%), seguida por aqueles que não completaram o ensino fundamental (26,8%). Os usuários, no geral, exerciam ocupação no momento da entrevista (60,4%). A renda média mensal dos entrevistados encontra-se entre 1 e 2 salários-mínimos (43,6%).

A maioria declarou-se como heterossexual (80,2%). Foram também encontrados na amostra usuários homossexuais, transexuais, travestis e bissexuais. A maioria se consulta rotineiramente (44,6%), seguido de uma vez ao mês (23,8%), no serviço de saúde da Estratégia Saúde da Família a que estão adscritos.

Quanto às perguntas abertas feitas aos entrevistados, primeiramente, foram transcritas as respostas dadas pelos entrevistados às questões abertas, na fase pré-analítica; posteriormente, os núcleos de significação inferidos possibilitaram o agrupamento das falas em cinco temas, de acordo com análise temática <sup>11</sup>, sendo eles:

- Acessibilidade: acessibilidade, tempo de espera.
- Falta de informação/conhecimento: falta de informação, conhecimento de serviços voltados à saúde do homem, divulgação de campanhas.
- Ações e serviços de Saúde: ações de promoção à saúde, administração pública, falta de infraestrutura, falta de profissionais, busca de público-alvo, promoção de saúde, melhora do serviço oferecido, satisfação com o serviço oferecido, instituição de serviço específico à população masculina, falta de serviços voltados aos homens.
- Humanização: postura profissional.
- Gênero: masculinidade.

## DISCUSSÃO

A compreensão dos núcleos de significado depende não só da análise em si, mas também da ilustração das falas dos entrevistados, para que possa se apreender tanto os temas quanto o contexto sociocultural do “ser homem”, o que reflete no modo como ele se insere e é inserido nos serviços de saúde. As respostas dos usuários masculinos entrevistados acerca da acessibilidade, do conhecimento de serviços voltados exclusivamente a esse público e das sugestões para a melhoria do atendimento nas unidades de ESF, mostrou notável recorrência dos temas tempo e do acesso à saúde.

A temática da acessibilidade se configurou na insatisfação com o tempo de espera para atendimento tanto do profissional de saúde quanto da recepção, e foi evidente na análise das entrevistas. A dificuldade na marcação de consultas também foi enaltecida como obstáculo ao acesso do serviço.

“É, eu acho que devia diminuir, assim, o tempo pra esperar a consulta. O agendamento também, às vezes, a gente quer agendar pra uma coisa rápida assim, encaixe, melhorar o número de encaixe. Acho que ficaria legal”.

“Não deixar a gente esperar muito”.

“Ah, mais praticidade, né, tipo assim, ter mais facilidade no agendamento de consulta, demora demais o agendamento. Aí quando você agenda, quando vê, vai três, quatro meses pra frente. Então, não compensa. Às vezes é até melhor pagar um particular”.

O tempo de espera para atendimento foi aspecto reiterado como barreira ao acesso por estudos qualitativos sobre a saúde do homem em estudos no Reino Unido, Peru e Brasil<sup>3;9;13;14;15</sup>. A dificuldade de agendamento também foi destacada por usuários entrevistados em diversos estudos<sup>13</sup>. O entrave ao acesso no nível da atenção básica é extensivo aos demais usuários do SUS, não sendo exclusividade ao público masculino<sup>16</sup>.

Apesar de não ter sido enunciado pelos usuários do presente estudo, outros autores ressaltam a insatisfação dos usuários masculinos ao não conseguirem agendar consulta no horário de funcionamento do serviço de saúde, por não poderem deixar o trabalho e/ou medo de serem dispensados<sup>9;13;16</sup>. Além disso, a inexistência de horários de atendimento alternativos oferecidos na unidade de ESF foi dada como justificativa para a ausência dos homens em serviços de saúde<sup>13;17;18</sup>. Quando essa reivindicação foi atendida e implementada uma agenda de atendimentos em horário alternativo no serviço de saúde em João Pessoa, houve boa avaliação por parte dos usuários masculinos<sup>19</sup>.

O acesso da demanda espontânea, preconizado pelo PNAB<sup>2</sup>, é desconhecido ou não contemplado em um dos serviços estudados, conforme ressalta este usuário:

“Lá eles trabalham, pelo que eu pude entender, com agenda fechada. Eles não têm vagas pra demanda espontânea, só pra agendado. Então, acho que falta essa questão, deixar algumas vagas

abertas, porque você pode ter um caso de urgência, que é onde geralmente o homem se encaixa nesses casos, né? Ele não vai agendar consulta pra dali um mês, três meses”.

Outro estudo revelou a insatisfação dos usuários masculinos acerca do acolhimento da demanda espontânea<sup>17</sup>. O não atendimento de demanda espontânea pelos serviços, associado ao imediatismo desejado pelos homens, no que diz respeito ao tempo despendido na sala de espera e durante a própria consulta, leva os usuários a preferirem atendimentos em serviços terciários como Hospitais e Prontos-socorros, conforme aponta a literatura<sup>9</sup>.

Porém, alguns entrevistados mostraram-se satisfeitos com o tempo do serviço ofertado, o que não os fez sugerir melhorias ao serviço da ESF. Esse dado não foi encontrado em outro estudo especificamente voltado para a saúde do homem. Contudo, uma pesquisa realizada no Peru revelou uma minoria de usuários satisfeitos com o tempo de espera nos serviços de saúde, entre homens e mulheres<sup>14</sup>

“Do jeito que tá, pra mim tá bom. Toda vez que eu venho aqui não demora, me atende, a consulta é muito rápida. Pra mim, eu tô satisfeito”.

Já compondo o tema de Falta de informação/conhecimento, apontamentos surgem nas falas dos entrevistados quando se relaciona aos serviços voltados especialmente para os homens, o que converge com o resultado encontrado em outro estudo<sup>20</sup>.

“Bom, eu não sei porquê, igual eu falei pra você, eu venho, uso aqui pouco, de vez em seis meses que eu uso aqui”.

Houve respostas em que os usuários contrapuseram a existência de serviços com aqueles específicos de outros grupos atendidos na atenção primária, resultado também encontrado por outros pesquisadores<sup>21</sup>.

“Então, não sei se teria um específico, até porque o PSF tem que ser abrangente, tem que ser no geral. Talvez não tenha hoje um específico para isso, um dia, um horário específico pra saúde do homem, como tem pra gestante, pra puérperas e outras coisas. Mas até onde eu tenho acesso, desconheço um pouco”.

“Se tivesse um foco nos homens também, igual tem no público feminino”.

Por meio das falas transcritas acima, é possível perceber falha da implementação de ações desta natureza na atenção primária, tanto no que tange aos serviços, quanto à falta de capacitação de profissionais e informação ao público-alvo<sup>5;21</sup>.

É interessante notar que alguns dos homens referem ter os serviços de saúde oferecidos a eles atrelados somente à campanha do “Novembro Azul”, caracterizando um viés de atendimento da saúde masculina.

“Para o homem também tem exame de próstata e coração”.

“Sim, a campanha azul”.

“Câncer de próstata que anunciam na TV, mas aqui não sei se tem”.

Ainda nesta vertente, a falta de ações contínuas voltadas ao público masculino foi item reiterado por vários homens entrevistados. Assinala-se que os próprios sujeitos entrevistados propõem formas de atrair seus pares para o cuidado à saúde.

“Tinha que ter um atendimento melhor focado na saúde do homem. Colocar mais cartaz pra divulgar melhor, eles colocam mais pra mulher, tipo câncer de mama eles divulgam mais... Televisão essas coisas. Agora o homem parece que fica mais de lado”.

Apesar de aqui ilustrado pelos usuários, este viés de especialização do atendimento voltado à saúde do homem também se encontra em pesquisas realizadas com quem define a carteira de serviços, como os gestores e profissionais, que entendem a PNAISH somente com ações voltadas aos aspectos urológicos<sup>9</sup>.

Este apontamento se relaciona com o próximo tema, ações e serviços de saúde, para o qual foram indicadas críticas sobre a ausência de ações de promoção à saúde, necessidade de mais profissionais de saúde, falhas na administração pública e busca ativa para serviços voltados ao atendimento do público masculino.

A gestão pública foi ressaltada para o sucesso das ações de saúde.

“Minha recomendação seria assim: acho que eles deveriam dar mais apoio, o prefeito dar mais apoio, né? Tem que ter... procura remédio, não tem; tem dia que cê vai ali, quer o médico pra tal coisa, não tem. Então é uns trem que tá meio bagunçado, né? Não sei se o problema é político. Sei lá”.

Esse aspecto também foi encontrado em estudo qualitativo<sup>20</sup>, assim como a falta de interesse na formulação de serviços de saúde direcionados para os usuários masculinos<sup>18</sup>.

A falta de profissionais, especialmente o médico, foi comentada por muitos homens entrevistados, assunto encontrado em outros estudos qualitativos<sup>9,17,20</sup>. É notável perceber que a sensibilidade do usuário ultrapassa a presença dos profissionais generalistas na atenção básica, requisitando atendimentos especializados, não somente para eles, mas para o público que ele reconhece como frequentador da unidade de ESF, mulheres e crianças, também ressaltado por outro estudo<sup>9</sup>. O conteúdo das respostas denota, também, como o homem percebe saúde, ou seja, em contraposição ao tipo de assistência em saúde oferecida às mulheres.

“Se pudesse aumentar os médicos, se tivesse como aumentar os médicos aqui”.

“Se colocasse um urologista”.

“Oferecer mais ação de, por exemplo, ter uma ginecologista, ter um pediatra, ter mais opção de médico pra todas as áreas, entendeu? Eu acho que precisa. Quer dizer, mais é clínico geral aqui. Eu acho que precisa mais médico especializado pra todas as áreas”.

Na fala de um dos usuários, foi proposta a busca ativa como solução para a ausência de homens nas unidades de ESF, atribuição do ACS, segundo o PNAB<sup>2</sup>. O trabalho multiprofissional é pouco percebido

nas falas dos homens entrevistados. Não foi encontrado, na literatura, outro estudo que ressaltasse tal visão.

“Então, fazer um programa voltado pra saúde do homem, fazer um dia, igual tem o dia da mulher, fazer o dia do homem mesmo. Buscar, pegar esse pessoal, né? O público-alvo, que é o homem, que geralmente não gosta de ir muito ao médico mesmo. Então, tem que fazer uma busca ativa melhor deles, né? Eu acho”.

No tema Humanização, a postura dos profissionais, que notavelmente tange à empatia, foi tratada com grande importância como recomendação para a melhoria do serviço de saúde oferecido à população masculina. Os sentidos atribuídos ao acolhimento e ao cuidado durante a consulta são importantes para a satisfação do cliente e longitudinalidade do cuidado<sup>17</sup>, o que conflui com as propostas contidas na Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>22</sup>. Além disso, uma revisão acerca das ações de saúde do Reino Unido demonstrou que a falta de empatia se configura como barreira ao cuidado em saúde dos homens<sup>13</sup>.

“Devia ter mais remédio. Precisa ter mais respeito, empatia”.

“Simpatia, só isso. Educação e simpatia são duas coisas simples.”

Por fim, no tema Gênero, podemos destacar um conceito de masculinidade tida como exemplar, que parte da concepção de gênero a partir das práticas que são aceitas socialmente, e da subordinação entre os sexos construída de modo sociocultural<sup>23</sup>. Existe ainda, a visão de identificação de gênero que se constrói do antagonismo entre masculino e feminino e da própria relação de homens com outros homens, em um sistema de opressão<sup>24</sup>. Os entrevistados sentem que as ações desenvolvidas nos serviços de saúde os marginalizam, por serem tradicionalmente organizadas na perspectiva materno-infantil.

A ausência dos homens nas unidades de saúde da atenção primária e desconhecimento do serviço são ilustrados pelos próprios sujeitos entrevistados e fato também relatado em serviços do Rio de Janeiro<sup>3</sup> e no Reino Unido<sup>25</sup>.

A invulnerabilidade e virilidade que imperam no contexto social de patriarcado emergem nos conteúdos ressaltados nas falas dos entrevistados, no sentido de negligenciar práticas preventivas, rastreamentos e acompanhamentos regulares, fato também presenciado em outro estudo<sup>9</sup>.

“Uai, por enquanto eu não procurei informar não. Mas, como se diz, às vezes, tem e eu não sei. Mas eu num tive necessidade ainda”.

O vigor físico e a suposta superioridade sobre o sujeito mulher compõem aquilo que a autora<sup>26</sup> chama de masculinidade. O produto cultural da masculinidade, ou seja, o ser homem, atribui a estes sujeitos a inviabilidade do adoecimento, o que possibilitaria retardar a procura de serviços de saúde<sup>9;17</sup>.

Assim, os homens retratam-se a partir das ações de saúde voltadas para as mulheres nas unidades de atenção primária.

“Só tem a ginástica, mas isso vem dois homens só porque os homens acham que tem certo preconceito por causa de só ter mulher, só senhora, eles não vêm”.

As ações de saúde da unidade de ESF têm, como uma de suas prioridades, a prevenção e promoção de saúde da mulher. Com ações há tempos consolidadas para este público-alvo, o homem perceberia este espaço como feminino, o que lhe despertaria a sensação de não pertencimento<sup>9</sup>. Ainda, a decoração, a presença de cartazes referentes a campanhas de aleitamento materno e os programas de saúde voltados para o público feminino serviriam para aumentar a sensação de exclusão dos sujeitos<sup>3</sup>. Isso é reiterado por um dos usuários entrevistados:

“Eu acho que eles deviam olhar mais os homens, dar mais atenção pra eles, entendeu? Que às vezes não vem por isso mesmo, falta de atenção de mais”.

Os profissionais da atenção básica não oferecem serviços diretamente à população masculina, no geral, e desconhecem a proposta de integralidade do cuidado de usuários masculinos vinculada à PNAISH<sup>9;17</sup>. Ainda, outros autores<sup>18</sup> mostraram a franqueza dos profissionais da atenção primária de Caxias (MA) quanto à falta de capacitação dos profissionais de saúde acerca de ações voltadas ao público masculino. Isso reforça a falta de vínculo desses sujeitos com a rede de atenção à saúde.

O sujeito homem, socialmente construído, resguarda-se sob o pretexto de nunca fraquejar, temer a doença ou revelar-se ao outro<sup>3;20</sup>. Isso é ilustrado pelo constrangimento causado pela atenção prestada por uma profissional mulher.

“Tem. Quando é mulher me consultando fico meio assim... Tem coisa que não agrada o homem”.

“Sim, médico homem. Mulher pra mulher, homem pra homem. Prazo longo para consulta, tem espera de meses pra conseguir. Deixa a desejar”.

A PNAISH tem como objetivos implantar, qualificar, humanizar a atenção à saúde do homem para que possa contribuir com a mudança da percepção do homem sobre seu próprio cuidado e a saúde de sua família.

## CONCLUSÃO

O presente estudo reafirma o desconhecimento de serviços específicos, na atenção primária, voltados ao usuário masculino e revela a necessidade não só da promoção de saúde, mas também da empatia para a humanização do cuidado, tanto pelo médico ou enfermeiro, quanto pelos recepcionistas. A masculinidade parece influenciar o olhar do homem sobre si, além de refletir sobre o *modus operandi* do sistema de saúde para com o usuário masculino. De certa forma, isso permeia as reclamações dos entrevistados, no que concerne à dificuldade na marcação de consultas, à falta de profissionais para o atendimento, à ausência de promoção de ações de saúde e à presença mais evidente das ações para o

público feminino.

Durante a realização do estudo, das limitações a serem consideradas foram: a amostra, que foi pequena e calculada em um único município; a quase ausência de grupos contemplados na PNAISH, como os LGBTTT; a literatura pesquisada não contemplou toda a discussão, especificamente nas correlações, devido à escassez de estudos nessa perspectiva, o que inviabilizou a comparação com outros autores. Contudo, o pioneirismo desta pesquisa busca encorajar outros estudos que avaliem a satisfação na perspectiva do usuário masculino, além contribuir para a literatura avaliação qualitativa na literatura e fortalecer a implementação da PNAISH.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Lei no 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Nov [citado em Abr 2021]; 16 (11): 4513-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200024>.
4. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Men's health needs in primary care: user embracement and forming links with users as strengtheners of comprehensive health care. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 Dez [citado em Abr 2021]; 17(4): 638-45. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130006>.
5. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Out [citado em Abr 2021]; 17(10): 2607-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.
6. Richardson N, Smith JA. National men's health policies in Ireland and Australia: What are the challenges associated with transitioning from development to implementation? *Public Health* [Internet] 2011 Jul [citado em Abr 2021]; 125(7): 424-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.04.015>.
7. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. Lima VC. Ausência dos usuários homens na atenção primária: revisão integrativa. *Revista Formar Interdisciplinar* [Internet]. 2013 Jan [citado em Abr 2021]; 1(2): 42-50. Disponível em: [http://www.inta.com.br/biblioteca/images/pdf/5\\_ausencia\\_dos\\_usuarios\\_homens\\_na\\_atencao\\_primaria.pdf](http://www.inta.com.br/biblioteca/images/pdf/5_ausencia_dos_usuarios_homens_na_atencao_primaria.pdf)
9. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Fev [citado em Abr 2021]; 19(2): 429-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.

10. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 Jan [citado em Abr 2021]; 38(103): 692-705. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
13. Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men: a systematic review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Set [citado em Abr 2021]; 76: 165-8. Disponível em: doi: 10.1016/j.socscimed.2016.07.023.
14. Cuba-Fuentes M, Jurado G, Estrella E. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev Med Hered* [Internet]. 2011 Jan [citado em Abr 2021]; 22(1): 4-9. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2011000100002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100002&lng=es).
15. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de avaliação dos Serviços: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
16. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Serrano GMP. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2017 Set [citado em 28 Abr 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
17. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 Mar [citado em Abr 2021]; 17(1): 120-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>.
18. Brito AKOL, Silva EM, Feitosa NLS. Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. *Rev. Ciência e Saberes* [Internet]. 2016 Jun [citado em Abr 2021]; v. 2 (2): p.191-195. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/73/47>.
19. Cordeiro SVL, Fontes WD, Fonsêca RLS, Barboza TM, Cordeiro CA. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 Dez [citado em Abr 2021]; 18(4): 644-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140091>.
20. Mendonça VS, Menandro MCS, Trindade ZA. Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. *Revista de Estudos Sociais* [Internet]. Abr 2011 [citado em Abr 2021]; (38), 155-64. Disponível em: <https://www.journals.openedition.org/revestudsoc/12099>.
21. Solano L, Bezerra M, Medeiros R, Carlos E, de-Carvalho F, de-Miranda F. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária & access to health services in primary care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017 Abr 11; [citado em Abr 2021]; 9 (2):302-8. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3270>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. *Documento Base*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
23. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saude soc.* [Internet]. 2013 Jun [citado em Abr 2021]; 22(2): 415-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>.
24. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem.

- Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2018 Jan [citado em Abr 2021]; 42(119). Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>. 42 07 Jan 2019.
25. O'Brien R, Rose PW, Campbell C, Weller D, Neal RD, Wilkinson C, Watson EK. Experiences of follow-up after treatment in patients with prostate cancer: a qualitative study. *BJU International*. [Internet]. 2010 Set [citado em Abr 2021]; 106(7): 998–1003. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09292.x>.
26. Goldenberg, M. *Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.