

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do acolhimento na unidade de saúde da família Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE

Assessment of user embracement in a family health unit in Sítio do Cardoso, Madalena - Recife/PE

Leila Elisabeth Herculano Lins¹, Gercimar Cavalcanti França Arruda¹, Vera Lúcia de Moura Sena Filha², Milton Duque Marques², Ana Carolina de Moraes T. V. Dantas², Thiago de Amorim Carvalho², Jadiel Luis da Silva², Jailma Santos Monteiro³

¹Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso, Madalena, Recife/PE; ²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE;

³Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Tutoria do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET-Saúde (UFPE), Recife/PE.

Recebido em: 25/04/2012

Aceito em: 27/08/2012

Jailma03@yahoo.com.br

RESUMO

Justificativa e Objetivos: O acolhimento atualmente é um aspecto essencial da política da humanização, pois oferece uma atenção e escuta qualificada para o usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS). Diante do exposto, duas preceptoras do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde/UFPE) da Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso (USF) juntamente com acadêmicos da UFPE realizaram esse estudo, enquanto participantes do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde/UFPE), para identificar a importância do acolhimento a ser implantado na USF, verificando as principais demandas de saúde e se a necessidade do usuário foi atendida. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao acolhimento implantado na referida unidade de saúde.

Métodos: Para tal, utilizou-se, como instrumento, um questionário dirigido que conteve itens relativos à: opinião do usuário quanto ao acolhimento; conduta adotada, motivo e resolutividade da demanda por parte dos usuários e características sócio-demográficas da amostra. Os dados foram analisados na planilha Microsoft Excel e no adicional estatístico EZAnalyze (versão 3.0). **Resultados:** A maior parte dos participantes (92%) responderam preferir os serviços da USF com o acolhimento implantado e, em relação à satisfação com o acolhimento, classificaram o acolhimento como bom (58,5%) e somente 2,5% o consideraram ruim. Os resultados corroboram com os achados da literatura científica sobre a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento. **Conclusão:** Essa compreensão pode indicar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a colaborar para a melhoria da qualidade do serviço.

DESCRITORES

Acolhimento
Saúde da família
Usuário

ABSTRACT

Background and Objectives: User embracement is now an essential aspect of the humanization policy, as it offers attention and qualified listening to the Basic Health Unit (BHU) user. Considering the above, two preceptors from the Health Care Education Program (PET-Saúde/UFPE) (a physician and a nurse) from the Family Health Unit Sítio do Cardoso (USF) together with UFPE students performed this study while they participated in the Health Care Education Program (PET-Saúde/UFPE), to identify the importance of the user embracement to be implemented at USF, verifying the main healthcare demands and whether the users' needs were met. Thus, the present study aimed to evaluate user satisfaction at the Sítio do Cardoso BHU in relation to user embracement implemented in the health unit. **Methods:** For that purpose, a directed questionnaire that contained items related to user's opinion regarding embracement; the adopted conduct, reason and resolution of demand by the users and socio-demographic characteristics of the sample was used as tool. Data were analyzed in Microsoft Excel spreadsheet and the additional statistical program EZAnalyze (release 3.0). **Results:** Most participants (92%) answered that they preferred the BHU services with the implementation of embracement and in relation to satisfaction with the latter, it was classified as good (58.5%) and only 2.5% considered it bad. The results corroborate the findings of the scientific literature on user satisfaction in relation to the embracement. **Conclusion:** This comprehension can indicate both strategic and operational decisions that will contribute to the improvement of service quality.

KEYWORDS

Embracement
Family Health
User

INTRODUÇÃO

O modelo tradicional de ensino, muitas vezes desarticulado do Sistema de Saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é a base das práticas de saúde. Adicionalmente, as abordagens pedagógicas tradicionais utilizadas não habilitam os profissionais para enfrentarem o desafio de práticas cada vez mais complexas e em constante processo de transformação.

Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde - têm como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. Por esse motivo, o desenvolvimento desse Programa representa uma contribuição valiosa às mudanças na formação dos estudantes, considerando que a articulação destas iniciativas têm promovido a reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas Instituições de Ensino Superior.

Nos países latino-americanos, entre as décadas de 60 e 70, sugeriu-se afirmar o processo saúde-doença como processo social, destacando que as formas de produção e reprodução social influenciavam-no quão intensamente às determinações biológicas. Deste modo, sob o marco teórico do materialismo histórico, a doença passou a ser analisada também sob o aspecto histórico-estrutural, cujo interesse se volta para a compreensão do adoecimento a partir do que é vivenciado pelos sujeitos. Logo, foi dada ênfase à influência de elementos como classe social, sexo, raça, migração, educação, ambiente de trabalho, crenças, atitudes e representações sociais¹.

Sob esse panorama nasce, nos anos 70, a Saúde Coletiva brasileira, como uma crítica ao modelo de saúde pública tradicional, o qual apontava para uma postura higienista/autoritária e caracterizava-se por ações coletivas de saúde que visavam o controle da ordem econômica e social².

A preocupação com um atendimento digno e humanizado surge e a discussão da humanização da assistência origina questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Para o SUS, humanizar a atenção e a gestão em saúde é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais³. Não desconsiderando a necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva⁴. A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde⁵.

Em 2004, o Ministério da Saúde⁵ lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) - "Humaniza SUS" - esta tem como princí-

pios norteadores: (i) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; (ii) estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; (iii) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; (iv) atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; (v) utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

As diretrizes de implantação da PNH na Atenção Básica são: (i) elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; (ii) incentivar práticas promocionais de saúde; (iii) estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam à otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema; (iv) comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando à maior eficácia na atenção em saúde⁵.

A PNH considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. O Humaniza SUS aponta para a possibilidade de construção de vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e co-responsabilidade; na criação coletiva de saídas e na atuação em rede⁶.

Ao chegar à UBS, o paciente será recebido pelo profissional de saúde e este se responsabilizará por ele, ou seja, oferecerá ao paciente a oportunidade de ouvir suas queixas como também permitirá que ele expresse suas preocupações e angústias. Essa escuta permite que o profissional crie uma construção de vínculo, isto é, deposite no paciente uma esperança que o ajudará na resolução das suas dificuldades⁷.

Desse modo, conforme Ayres et al.⁸, o acolhimento está relacionado aos direitos éticos e morais, então se precisa de uma Ética Planetária e Humanitária para garantir que, a partir do acesso do usuário à UBS, ele seja acolhido com dignidade para garantirmos uma inclusão social com a escuta clínica humanizada e solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania e do direito cívico.

A implantação do acolhimento na Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso foi realizada de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, sendo esse iniciado em 2010, por ocasião da implantação do PET-Saúde, com atividades educativas realizadas por meio de encontros, palestras educativas multidisciplinares, rodas de conversas e oficinas temáticas elaboradas e implantadas pela equipe do PET-Saúde.

O presente estudo, ao identificar as demandas que surgem durante o acolhimento, abarcará as fragilidades subjetivas e das redes sociais, para além dos riscos biológicos, a fim de ampliar o repertório de ações e potencializar a capacidade dos profissionais de saúde da USF Sítio do Cardoso para lidar com os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença dos usuários, a partir da escuta e atenção diferenciada.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao acolhimento implantado na referida unidade de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo é descritivo, de corte transversal. Os dados foram coletados na Unidade de Saúde da Família Sítio do Cardoso (Distrito Sanitário IV), situada em Recife-PE. A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2010 depois que o pré-projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sob o número 367/09.

Participaram do estudo inicialmente, 300 usuários que compareceram a USF, com idade a partir de dezoito anos, havendo uma desistência de 100 dos participantes durante o período da pesquisa, totalizando um quantitativo final de 200 usuários. Esses aceitaram participar da pesquisa, espontaneamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário utilizado constituiu-se de itens relativos à: opinião do usuário quanto ao acolhimento; conduta adotada, motivo e resolutividade da demanda por parte dos usuários e características sócio-demográficas da amostra. Ele foi aplicado pelos pesquisadores (estudantes do PET-Saúde UFPE) aos usuários, os quais foram abordados após o Acolhimento.

Os dados foram tabulados e analisados com a planilha Microsoft Excel® e o adicional estatístico EZAnalyze na versão 3.0⁹ para serem apresentados através de tabelas e gráficos. As características da amostra foram expressas em frequência e percentagem. O tamanho da amostra foi determinado com o objetivo de estimar as prevalências dos dados obtidos com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

RESULTADOS

Conforme a análise dos dados encontrados, expressos na tabela 1, relativos às características sócio demográficas da população em estudo, pode-se observar que o maior percentual dos usuários atendidos no acolhimento corresponde aos jovens, com idade de 20-29 anos (21%), enquanto que os menores de 20 anos e os idosos constituem a menor parcela de atendidos (8 e 11% respectivamente). Há uma predominância de usuários do sexo feminino (85%) e, 58,5% dos entrevistados declararam ser pardos. Em relação ao grau de instrução, 53% afirmam ter frequentado a escola, não tendo concluído o ensino fundamental. Em relação ao estado civil, 52,5% afirmaram ser solteiros.

Quanto a ocupação, os resultados apontam um percentual de 37,5% de trabalhadoras do lar, o que pode ser atribuído ao fato de 85% da amostra ser composta por mulheres (Tabela 2).

De acordo com a Tabela 2, 64% das pessoas referiram não ter doenças crônicas, mas há uma parcela de hipertensos, que corresponde a 20,5% dos participantes da pesquisa.

Conforme a Tabela 3, 116 usuários (58%) foram à USF em busca de um atendimento médico (motivo da demanda) e destes, 108 (54%) usuários foram atendidos por consulta médica (conduta adotada).

Quanto à resolutividade da demanda, 82% pacientes tiveram sua demanda totalmente atendida, o que mostra que houve uma capacidade resolutiva da USF para atender a grande variedade de demandas recebidas (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra que 92% dos usuários respondeu preferir os serviços da USF com o Acolhimento implantado. Em relação à satisfação com o acolhimento, eles classificaram o acolhimento como bom (58,5%) e somente 2,5% o consideraram ruim.

Tabela 1. Características sócio demográficas da amostra. Recife, 2011

Características	N	%
Faixa etária (anos)		
18-20	16	8
20-29	42	21
30-39	27	14
40-49	33	17
50-59	34	17
60- ou mais	22	11
Sexo		
Feminino	170	85
Masculino	30	15
Raça		
Pardo	117	58,5
Preto	56	28,5
Branco	26	13
Escolaridade		
Fundamental incompleto	106	53
Fundamental completo	32	16
Médio incompleto	23	11,5
Médio completo	22	11
Superior completo	3	1,5
Nenhuma	14	7
Estado Civil		
Solteiro	105	52,5
Casado	54	27
Viúvo	22	11
Estável	19	9,5

Tabela 2. Ocupação e Doenças crônicas. Recife, 2011.

Características	N	%
Ocupação		
Do lar	75	37,5
Empregado	52	26
Aposentado	30	15
Estudante	23	11,5
Desempregado	13	6,5
Biscateiro	7	3,5
Doença Crônica		
Não apresenta	128	64
HA	41	20,5
DM	10	5
Outros	9	4,5
HA/DM	4	2
HS	3	1,5
HS/DM	2	1
HA/DM/O	1	0,5
HA/DMT	1	0,5
HA/DF	1	0,5

HA=Hipertensão Arterial; DM= Diabetes Mellitus; HS= Hipertensão arterial sistêmica; O= outros; DMT=Diabetes mellitus transitória; DF=Desfibrilação

Tabela 3. Distribuição por motivo de demanda, conduta adotada e resolatividade. Recife, 2011.

	N=200	%
Motivo da demanda		
Consulta médica	116	58
Consulta enfermagem	68	34
Solicitação de Exames	13	6,5
Outros	3	1,5
Conduta adotada		
Consulta médica	108	54
Consulta enfermagem	54	27
Solicitação de Exames	36	18
Outros	2	1
Resolutividade da demanda		
Totalmente atendida	164	82
Parcialmente atendida	29	14,5
Não atendida	7	3,5

Tabela 4. Opinião do usuário quanto ao acolhimento. Recife, 2011.

	N=200	%
Preferência do serviço		
Com acolhimento	184	92
Sem acolhimento	8	4
Não opinou	8	4
Satisfação com Acolhimento		
Ótimo	61	30,5
Bom	117	58,5
Regular	8	4
Ruim	5	2,5
Não opinou	9	4,7

DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa levou a equipe do PET-Saúde a refletir a cerca do processo de construção do acolhimento. Dessa reflexão se constatou que há uma necessidade de preparação da equipe para atender a demanda da população, sendo essa uma tarefa complexa. Tal fato deve-se, em especial, à diversidade de necessidades biopsicossociais que requerem a atenção primária. Entretanto, o estabelecimento de uma escuta qualificada e comprometida oferece uma maior efetividade e resolatividade das necessidades da população.

Pesquisar acerca da satisfação dos usuários a respeito do acolhimento é uma tarefa fundamental, uma vez que essa compreensão pode subsidiar uma avaliação do desempenho da equipe de saúde sob a perspectiva do usuário, ao indicar decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a colaborar para a melhoria da qualidade do serviço.

Assim, ao falar em resolatividade do serviço, é preciso buscar soluções para os problemas relatados pelos usuários, seja na própria USF ou através do encaminhamento a outros serviços.

Durante a realização dessa pesquisa, diversos pontos posi-

tivos foram observados, em relação à implantação do Acolhimento, o que é um resultado favorável e gratificante para os profissionais e usuários, ao considerar que esse estudo trouxe aspectos que podem ajudar na melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Nesse sentido, a discussão dos dados obtidos permitirá a abertura de novos direcionamentos e novas reflexões para o aperfeiçoamento da construção do Acolhimento na USF Sítio do Cardoso.

Em relação à escassa participação dos idosos na pesquisa, os resultados reforçam a hipótese de que esse público, na sua maior parte, sofre de doenças crônicas ou são acamados e, portanto seu atendimento é garantido em consultas agendadas ou são acompanhados pelas visitas domiciliares, corroborando com os resultados anteriormente encontrados na literatura científica¹⁰. Já os usuários entre 20 e 29 anos têm demandas diferentes das do idoso, visto que suas necessidades de saúde são pontuais (quadros agudos que não requerem atendimento emergencial, solicitação de exames de rotina, entre outros) e podem ser resolvidas no próprio acolhimento.

Resultados de outras pesquisas¹¹⁻¹⁴ também demonstram uma maior procura e demanda das mulheres pelos serviços de saúde em relação ao público masculino, visto que os homens costumam recorrer aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada e, assim, precisam de assistência especializada, em vez de serem atendidos na UBS, perto de sua casa, principalmente por conta de barreiras socioculturais e institucionais que influenciam no seu autocuidado.

Em relação a cor/raça, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 91 milhões de pessoas (49,4%) se declararam de cor/raça parda ou preta, o que corresponde praticamente à metade da população do país. Destes, 35,8 milhões residem na Região Nordeste¹⁵. Esses dados nos chamam atenção para a relevância de temas de saúde que afetam a população afrodescendente no Brasil.

Os dados relativos à escolaridade podem estar associado ao nível socioeconômico da comunidade Sítio do Cardoso, cujas classes sociais predominantes são C (63%) e D (30%) de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁶.

O percentual de hipertensão arterial encontrado nesse estudo pode estar relacionado com as características da amostra, pois a hipertensão arterial é mais prevalente em mulheres, em indivíduos com desfavoráveis condições socioeconômicas e com baixa escolaridade. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças com origens cardiovasculares, caracterizando-se como uma das causas da redução da qualidade e expectativa de vida de grande parte dos brasileiros¹⁷.

No que se refere ao motivo da demanda e da conduta adotada estar voltada para consulta médica, demonstra que a população ainda costuma atribuir a figura do médico como detentora da resolatividade dos problemas de saúde, o que reforça o modelo clínico e a "medicalização" dos serviços de saúde¹⁸.

O fato dos usuários preferirem os serviços da USF com o Acolhimento implantado, corroboram com o estudo de Medeiros¹⁹, em que 79,2% dos participantes consideram o Acolhimento satisfatório, pois resolvem lá mesmo os seus problemas e apenas 20,8% acharam que o Acolhimento deixou a desejar. Essa pesquisa também reforça os dados encontrados aqui, pois 88,6% dos usuários classificaram como ótimo ou bom o serviço com o Acolhimento, 7,5% como ruim e 3,8% como péssimo.

Ayres e colaboradores⁸, em pesquisa realizada para avaliar a satisfação dos clientes com os serviços das Unidades Básicas de Saúde, encontraram que a maior parte dos usuários estavam insa-

tisfeitos com os serviços prestados, visto que relataram a espera prolongada para solicitar exames ou pedir encaminhamentos e a falta de priorização de casos graves. Daí a importância da implantação e da melhoria Acolhimento em toda UBS/USF, pois esse pode ser um instrumento de fortalecimento e valorização da relação entre usuário e o profissional, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades dos usuários.

O objetivo de avaliar a satisfação do usuário da USF Sítio do Cardoso em relação ao Acolhimento implantado foi alcançado com sucesso, considerando também que a análise dos resultados trouxe uma valiosa compreensão do tema que servirá de norte para tomada de decisões estratégicas e operacionais referentes ao Acolhimento nessa USF.

Deve-se ressaltar que a implantação do Acolhimento na USF Sítio do Cardoso ocorreu durante o desenvolvimento das atividades do PET-Saúde, sendo esse um dos pontos de relevância, significativa para a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade. Além disso, essa experiência vivencial representa uma valiosa contribuição a formação humana e acadêmica de estudantes, bem como a reorientação de profissionais de saúde para a melhoria da prestação de serviços a população.

Diante desse desafio, o trabalho em equipe, o envolvimento de profissionais estudantes de diferentes saberes, permitiu que a interdisciplinaridade ocupasse um lugar de destaque nesse contexto, devido à sua relação direta com o sucesso dessa atividade. Esse trabalho também é visto como um motivador para os profissionais de saúde que atuam na realização do acolhimento.

REFERÊNCIAS

1. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(7):1735-1742.
2. Carvalho SR. Saúde coletiva em promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Doutorado. FCM/ Unicamp, Campinas. 2002.
3. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005;10(3):561-571.
4. Goulart NGB, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(1):255-268.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2009;13(1):603-13.
7. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2000;8(4):30-37.
8. Ayres RCV, Pereira AOE, Ávila SN, et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *O Mundo da Saúde*. 2006;30(2): 306-311.
9. Poynton TA. EZAnalyse (versão 3.0). 2007. Disponível em: [HTTP://www.enalyze.com](http://www.enalyze.com). Acesso em: 14 de janeiro de 2011.
10. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):35-43.
11. Ávila MB, Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(2):465-469.
12. Bemfam, Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem*. 1992.
13. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574.
14. Nascimento EF, Gomes R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(7):1556-1564.
15. IBGE. Diretoria de Geociências. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhorendimento/pnad2005>. Acesso em: 26 de março de 2011.
16. Lins LH. Transtornos Depressivos em Escolares de uma Comunidade da Cidade do Recife. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Neurociências, UFPE, Recife, 2011.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
18. Luz MT. Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. 1993;(62).
19. Medeiros FA, Araújo CAS, Albuquerque AA, et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. Saúde Pública*. 2010;12(3):402-413.