

O conhecimento de uma amostra da população masculina de Manaus sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem: atuação da enfermagem

Andréia Oliveira da Silva*, Criste Helen Moraes da Silva*, Louane Souza Cruz*, Rúbia Deniz Bilíbio*, Luiz Carlos de Menezes**, Luís Antônio Ramos***

*Graduandas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte Uninorte - Laureate, **Bacharel em Fisioterapia, Especialista em Metodologia do Ensino, Professor Universitário do Centro Universitário do Norte Uninorte-Laureate, ***Bacharel em Enfermagem, Especialista em Gestão em PSE, Especialista em Urgência e Emergência

Resumo

Introdução: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada com a finalidade de interferir na assistência à Saúde do Homem, modificando os seus padrões em termos de morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais. A participação efetiva do homem nesse programa pode apresentar respostas percentuais significativas na promoção da sua saúde, com repercussões na sociedade. *Objetivo:* Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento e os motivos da não adesão por parte de uma amostra da população masculina da cidade de Manaus a PNAISH, reconhecer a atuação do enfermeiro neste programa e identificar as necessidades individuais e coletivas desta população. *Material e métodos:* A pesquisa foi do tipo quali-quantitativa baseada numa entrevista com 120 homens, com idade entre 20 e 59 anos, frequentadores de parques municipais em Manaus. Foi utilizado um questionário para as entrevistas, sendo que, posteriormente os dados foram avaliados estatisticamente a fim de se criar uma análise criteriosa das informações colhidas. *Resultados:* Sobre os principais problemas para o acesso à saúde preventiva, o maior índice foi em relação à demora no atendimento (31,3%), seguido por dificuldades relacionadas ao trabalho (25,2%). Dos entrevistados, 90% disseram ainda não terem recebido nenhum tipo de visita de profissionais de saúde para falar a respeito do programa e 79,2% declararam desconhecer a política. Também há indicativos de que a busca pelo atendimento em saúde ocorre em uma fase curativa, em sua maioria, não sendo priorizado nesta população o conceito de prevenção em relação aos agravos de saúde. *Conclusão:* Constatou-se a necessidade de haver estruturação no atendimento por parte dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, com intuito de atender as demandas de saúde da população masculina e redução dos índices de morbimortalidade relacionados aos seus agravos de saúde.

Palavras-chave: saúde do homem, educação em saúde, Enfermagem.

Abstract

The knowledge of a sample of male population in men health comprehensive attention national policy: nursing intervention

Introduction: The Men Health Comprehensive Attention National Policy project was created having as its main objective providing assistance to men's health, improving their mobility, decreasing mortality rates as well as helping with sociocultural aspects. Men's effective participation in this project can show significant positive outcomes in the promotion of their health, which will in turn affect society as a whole. *Objectives:* This study aimed to evaluate the knowledge and the reasons for the lack of adherence to the PNAISH, using a sample of the male population from the city of Manaus as well as to recognize the nurse's participation in this project and to identify both the individual and the collective needs of the population. *Methods:* This was a quali-quantitative study based on an interview of 120 men, 20 to 59 years old, users of municipal squares in Manaus. A questionnaire was used to carry out the interviews and the results were turned into numbers in order to provide a more accurate analysis of the information. *Results:* Regarding the main problems posing as an obstacle to having access to preventive health services, the highest percentage was in terms of the delay in being seen in health units (31,3%), followed by difficulties related to work (25,2%). Among those who were interviewed, 90% declared that they have not yet received a visit by health professionals to inform them about the project and 79,2% declared having no knowledge about the project. There is also an indication that men, as a majority, seek treatment in health units when they are already ill, as the concept of disease prevention is not a priority among them. *Conclusion:* It has been verified the need for a better structure in attending this population by health professionals, especially by nurses, as a way to efficiently deal with the needs of the male population in terms of health as well as to reduce the percentage of morbimortality related to poor health conditions.

Key-words: men's health, health education, Nursing.

Resumen

Conocimiento de una muestra de la población masculina de Manaus sobre la política nacional de atención integral a la salud del hombre: actuación de enfermería

Introducción: El proyecto "Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre" creado con la finalidad de interferir en la asistencia a la salud del hombre, modificando sus tendencias en términos de morbilidad, mortalidad y aspectos socioculturales. La participación efectiva del hombre en ese proyecto puede mostrar respuestas significativas en la promoción de su salud, con repercusión en la sociedad. *Objetivo:* Esta investigación tuvo como objetivo evaluar y cuantificar el conocimiento y los motivos de la no adhesión por parte de una muestra de población masculina de la ciudad de Manaus al PNAISH, reconocer la actuación del enfermero en este programa e identificar las necesidades individuales y colectivas de ese grupo poblacional. *Material y métodos:* Estudio cuali-cuantitativo, basado en entrevista con 120 hombres, edad entre 20 y 59 años frequentadores de parques municipales de Manaus. Fue utilizado un cuestionario para las entrevistas y, posteriormente, los datos fueron evaluados estadísticamente con la finalidad de crear un análisis criterioso de las informaciones recolectadas. *Resultados:* Sobre los principales problemas para el acceso a la salud preventiva, el mayor índice fue las demoras en la atención (31.3%), seguido de la dificultad relacionada al trabajo (25,2%). De los entrevistados, 90% declararon no haber recibido ningún tipo de visita de profesionales de la salud para hablar sobre el programa y 79,2% declararon desconocer la política. También hay indicios de que el hombre, en su mayoría, solo busca atención en salud cuando está verdaderamente enfermo, ya que el concepto de prevención no es una prioridad entre ellos. *Conclusión:* Se constató la necesidad de implantar una estructuración en la asistencia por parte de los profesionales de la salud, principalmente el enfermero con el objetivo de atender las demandas de salud de la población masculina y la reducción de los índices de morbimortalidad relacionados a los agravantes en la salud.

Palabras-clave: salud del hombre, educación en salud, Enfermería.

Introdução

Durante o século XX, médicos e sanitaristas não se preocupavam diretamente com políticas públicas de saúde para o gênero masculino. Apesar

de não terem um programa específico, atuavam em campanhas contra o alcoolismo, entre as chamadas "doenças venéreas" e tentavam higienizar alguns espaços de sociabilidade masculina, como bares e bordéis. Além disso, houve uma proposta de uma

andrologia definida como a “ciência dos problemas sexuais masculinos” na luta contra doenças sexualmente transmissíveis [1].

O artigo 196 da Constituição Federal prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O Sistema Único de saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142/90, com finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tratando dos princípios e diretrizes (equidade, integralidade, hierarquização, regionalização e participação da comunidade) [2].

Em 1983 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que tinha por objetivo levar as mulheres a tomar consciência do próprio corpo, bem como enfatizar sua autonomia no que tange sua vida sexual e reprodutiva.

O Ministério da Saúde (MS) até o ano de 2009 priorizava os programas de cuidados à saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso, e os homens não tinham um programa específico à sua saúde. Em 27 de agosto de 2009 o MS lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), esta, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira e facilitação ao acesso, as ações e aos serviços de assistência integral à saúde de forma preventiva de forma efetiva que visa contribuir para redução dos índices de morbidade e da mortalidade dessa população [3].

Dessa forma, o Brasil foi considerado o primeiro país da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do homem, sendo o Canadá o primeiro [4].

A ideia de que ser homem é ser forte e de que doença é sinal de fragilidade gera uma impressão de que os serviços de saúde são exclusivamente para os supostos mais fracos, crianças, mulheres e idosos, pois mulheres buscam mais serviço para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivos de doenças (36,3% homens e 33,4% mulheres [5,6]).

Assim, promover a saúde implica em mudanças de comportamentos que contribuem para uma realidade singular masculina, procurando sensibilizar os homens quanto aos cuidados à sua saúde [3].

As condutas dos homens em não procurar assistência preventiva causam impacto à sua saúde, e essas atitudes geram riscos e refletem em uma maior taxa de morbimortalidade em indivíduos masculinos até 40 anos, atribuindo como fator importante causas externas como violências, agressões e acidentes de trânsito/trabalho. Nos homens acima de 40 anos esta condição é representada por doenças do coração e cânceres, principalmente aparelho respiratório e próstata que são as mais evidentes [3].

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se 60.180 casos de câncer de próstata, que correspondem a um risco de 62 casos novos a cada 100 mil homens. Na região norte sua estimativa é de 30 para 100 mil, sendo o segundo nas causas de morte por câncer, perdendo para os tumores de pele não melanoma. No Amazonas o câncer de próstata tem taxa estimativa de 28,70 casos para cada 100 mil homens enquanto o câncer de mama tem taxa estimativa de 19,39 para cada 100 mil mulheres [7].

É importante considerar as taxas de mortalidade, já que, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são homens, os quais vivem sete anos a menos que as mulheres e os índices apontam como os maiores portadores de doenças crônicas, do coração, diabetes, colesterol e níveis pressóricos mais elevados. Ainda o mesmo autor destaca a relevância de que profissionais da saúde estejam cientes desses agravantes à saúde masculina de modo geral e específico, para atuarem juntamente com a proposta do governo que favorecem suas atuações [4].

Os fatores geradores do aumento das taxas de morbimortalidade da população masculina poderiam ser minimizados ou controlados através de práticas cotidianas de promoção à saúde oferecida nas próprias unidades básicas de saúde (UBS) [5,8].

Para tentar reverter este quadro, os profissionais de enfermagem devem colocar em prática o que o PNAISH propõe: buscar estratégias de organização dos serviços públicos de saúde; capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem, mudando a percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde da sua família; implantar e implementar a atenção a vida sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos promovendo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incentivar a participação no planejamento familiar, estimular o autocuidado visando a realização de exames preventivos regulares e adoção de hábitos saudáveis, ampliar o acesso às in-

formações sobre medidas preventivas contra agravos e enfermidades, assim como garantir o acesso à serviços especializados de atenção secundária e terciária. Estas são algumas intervenções que a política preconiza, e o enfermeiro tem papel fundamental na execução do plano proposto [3].

É possível orientar a população masculina quanto às ações e serviços de saúde a partir dos princípios e diretrizes da PNAISH, visando, de forma humanizada, sua integralidade e equidade aos serviços de saúde, respeitando de forma ética os seus direitos e peculiaridades socioculturais [4].

Assim, nesta abordagem, este estudo teve como finalidade quantificar e avaliar o conhecimento e os motivos da não adesão por parte de uma amostra da população masculina sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na cidade de Manaus, e identificar a atuação do enfermeiro neste programa.

Material e métodos

Esta pesquisa teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Centro Universitário do Norte – Uninorte. Os dados foram coletados no mês de dezembro de 2011.

O método utilizado para a pesquisa foi do tipo quali-quantitativa, visando avaliar e quantificar o conhecimento de uma amostra da população masculina quanto a PNAISH, bem como reconhecer o papel social do enfermeiro nas suas atividades quanto à política e planejamento em saúde, obter dados concretos relacionados à baixa adesão aos serviços de atenção primária e identificar as reais necessidades individuais e coletivas para contribuir nas mudanças no atendimento nas UBS.

Foram obedecidos os critérios estabelecidos na Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, que regulamenta a pesquisa em seres humanos com a utilização do termo de Consentimento livre e Esclarecido. A participação dos indivíduos foi voluntária e sua identidade mantida em sigilo.

Foram entrevistados 120 indivíduos do sexo masculino frequentadores dos parques da cidade de Manaus. Foram selecionadas as seguintes áreas públicas, Parque dos Bilhares (zona centro-sul), Parque Professor Gilberto Mestrinho (zona centro-sul) e Praça da Praia da Ponta Negra (zona oeste). Foram incluídos indivíduos do sexo masculino com idade entre 20 e 59 anos sendo 40 indivíduos de cada área pesquisada.

O instrumento utilizado foi um questionário que continham 7 perguntas objetivas de dados pessoais, renda familiar de cada indivíduo, se já foram visitados em seus domicílios por equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e se foram informados sobre a existência do programa saúde do homem. Os entrevistados foram questionados ainda sobre a frequência em que os mesmos procuram atendimento médico e as dificuldades que encontram para a realização desse atendimento.

O programa utilizado para análise foi o software estatístico livre R na versão 2.14 de 31 de outubro de 2011. Após a tabulação dos dados, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos com análise do método descritivo para posterior discussão, contextualizado pela literatura eletrônica nas bases de dados Scielo, Bireme, Sems, IBGE, Inca e Ministério da Saúde e desenvolvimento de textos pertinentes a esta pesquisa.

Resultados e discussão

Analisando os dados da coleta foi observado que 35,8% tinham idade entre 20 e 29 anos, 33,3% de 30 a 39 anos, 19,2% de 40 a 49 anos e 11,7% de 50 a 59 anos.

Questionados sobre o estado civil, a maioria dos entrevistados, 54,2%, declaram-se solteiros, seguido pelos que se declaram casados, 37,5%, divorciados e com união estável representaram 1,7% e 6,7% do total respectivamente. Sobre a renda familiar mensal 10,8% informaram ter renda até um salário mínimo. 45,8% dos entrevistados informaram que recebem de um a três salários mínimos e 43,3% afirmaram ter remuneração acima de três salários mínimos. Houve uma pequena variação de renda sendo que o maior percentual foi de um a três salários mínimos, que condiz com dados da pesquisa do IBGE em relação à média salarial [9].

Ficou demonstrado que todos os núcleos populacionais da cidade de Manaus foram representados, sendo a Zona Centro-Oeste representada com 27,5% da amostra, as Zonas Oeste e Sul com 22,5% dos entrevistados cada um, a Zona Norte contribuiu com 12,5%, e a Zona Leste 7,5%. Foi identificada uma amostra da cidade de Iranduba, com percentual 7,5%, sendo esses indivíduos moradores de um município próximo a Manaus, ligados pela ponte Rio Negro recém-inaugurada, que estavam presentes nos parques no momento da pesquisa. Essa população não se exclui da pesquisa, pois o critério de avaliação

eram homens com idade entre 20 e 59 anos de idade frequentadores dos parques (Tabela I).

Tabela I - Distribuição das zonas populacionais dos entrevistados.

Zona	Quantidade	Percentual
Centro Oeste	33	27,5
Irlanduba	9	7,5
Leste	9	7,5
Norte	15	12,5
Oeste	27	22,5
Sul	27	22,5
Total	120	100,00

Quando questionados sobre o conhecimento de uma política específica para a saúde dos homens, 79,2 % dos entrevistados declararam desconhecer a PNAISH e apenas 20,8 % afirmam saber da existência desta política (tabela II). Vale destacar que, apesar de não constar diretamente da pesquisa, muitos participantes mostraram-se surpresos com a existência de uma política voltada especificamente à sua saúde e satisfeitos pela possibilidade de sua inclusão nos serviços de atenção primária à saúde. Dos dados coletados para este item, há o indicativo de que a divulgação deste programa parece não alcançar a amostra pesquisada e isto denota a magnitude da responsabilidade dos profissionais de saúde ao executarem suas ações no programa.

Tabela II - Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento da Política de Saúde do Homem.

Conhecem	Quantidade	Percentual
Sim	25	20,8
Não	95	79,2
Total	120	100,0

Entre os que tiveram acesso às informações sobre a PNAISH por meio das equipes de saúde somam 32,0 %. Outros 4,0 % revelaram terem lido na internet, 8,0% nos jornais e 56,0 % através da televisão (tabela III). Vale salientar que desde a implantação da política de saúde do homem em 2009, o Ministério da Saúde através do seu Plano de Ação Nacional investiu em campanha a nível nacional, como, por exemplo, a divulgação através da internet, meios de comunicação, vídeos passados na televisão e outros para divulgar a PNAISH e a partir de 2010 disponibilizou verbas aos estados em parceria com os municípios para implementar e intensificar as campanhas [3].

Tabela III - Meio pelo qual o respondente tomou conhecimento da política de saúde do homem.

Como conheceu	Quantidade	Percentual
Equipe de saúde	8	32,0
Internet	1	4,0
Jornais	2	8,0
Televisão	14	56,0
Total	25	100,0

O Ministério da Saúde através do PNAISH, aliado à atenção primária, tem realizado todo esforço para desenvolver ações e serviços destinados aos homens. Mas o fato é que a maioria dos homens entrevistados em nossa pesquisa afirma desconhecer a política, há um indicativo de 79,2 % e apenas 20,8 % afirmam saber da existência desta política [10].

Quando se refere à ausência dos indivíduos do sexo masculino nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não se deve pensar unicamente como insuficiência de responsabilidade dos homens com sua saúde e nem como deficiência na organização dos modelos de atenção primária à saúde, é preciso entender três relações que interagem entre si: os homens confrontados com as diferentes dimensões da vida, os serviços na maneira como se organizam para atender o usuário considerando as necessidades individuais e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços de saúde [6,11].

Através destas medidas, destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, no incremento de tarefas voltadas para os homens, como orientações, palestras, avaliando e colocando em prática necessidades específicas desta população e compreensão de seu contexto sociocultural, para intervir precisamente nos atendimentos nas UBS [3].

Quando questionados sobre a existência ou não de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seus bairros, 85% responderam que tinham conhecimento da existência dessas unidades de atendimento, e 15% afirmaram a não existência de UBS em seus bairros (Tabela IV). Sobre esse dado a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) responsável pelas UBS na cidade de Manaus informa que todas as zonas de bairros da cidade têm abrangência de UBS [20]. Levando-se em consideração que foi observada representatividade de indivíduos dessas zonas, percebe-se então, que há um indicativo da ausência de informações atingindo parte da população questionada sobre a existência de UBS em suas zonas.

Tabela IV - Medida descritiva do conhecimento das unidades básicas de saúde nos bairros dos entrevistados.

UBS	Quantidade	Percentual
Sim	102	85,0
Não	18	15,0
Total	120	100,00

Em relação à visita domiciliar por parte das equipes de saúde, 10% afirmam já terem recebido, contra 90% que dizem ainda não ter recebido visita domiciliar, estes dados comprovam que a atuação das equipes de saúde não estão chegando até o domicílio desta população, havendo indicativos da ausência de informação deste tipo de atendimento a esta população (Tabela V).

Tabela V - Já receberam visita domiciliar.

Visita domiciliar	Quantidade	Percentual
Sim	12	10,0
Não	108	90,0
Total	120	100,00

Uma pesquisa feita em duas empresas em São Paulo, onde foram realizadas palestras, vídeo aulas, entrega de folders, abordando qualidade de vida e fatores de risco como: diabetes, hipertensão e câncer de próstata. Foi observado que a estratégia de educação e saúde produziu bons resultados sobre o conhecimento dessas doenças, constatando que essa estratégia gerou entre os participantes uma maior conscientização sobre a importância da prevenção e adoção de hábitos saudáveis [12].

Dessa forma, percebe-se que é essencial levar informação para influenciar de forma favorável na decisão por um comportamento saudável por parte da classe masculina. Ações de educação em saúde voltadas para indivíduos do sexo masculino pode ser o passo inicial para resultados satisfatórios em seu autocuidado [13].

A Resolução do COFEN 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem, cabendo privativamente ao enfermeiro a liderança, a execução e a avaliação do processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados. Assim, o diagnóstico de enfermagem deve ser colocado em prática conforme necessidade da pessoa, família ou coletividade humana no pro-

cesso saúde e doença, bem como a prescrição das intervenções a serem realizadas [14].

Vários estudos comprovam que os homens, em geral, sofrem mais de doenças severas e crônicas quando comparado às mulheres, e também morrem mais cedo devido a essas doenças, mas mesmo com esses altos índices, a procura pelo atendimento primário é menos significativo do que a procura das mulheres [11].

A dificuldade da procura dos homens aos serviços de atenção básica à saúde tem relação com fatores culturais, institucionais e estereótipos enraizados numa cultura errônea que potencializa práticas baseadas em crenças e valores típicos do que é ser homem, impedindo-os de procurar atendimento primário à saúde [15].

Outro ponto que dificultaria o gênero masculino de não aderir aos cuidados com a saúde seria o fato de não somente o ambulatório, mas também os ambientes médicos serem vistos como ambientes femininos. Tudo isso requer uma espécie de passividade, submissão que dá ao médico poder, pois nessa relação o médico manda enquanto o paciente obedece, o que faz com que o paciente crie certa resistência. Resistência a essa passividade, que é atribuída apenas à mulher, o que tornaria o ambiente médico para um padrão feminilizado [16].

Este estudo relatou que 31,3% apontam a demora no atendimento, como fator principal para a não adesão aos serviços preventivos. Estando de acordo com a pesquisa realizada por Scheuer, que destaca como fator importante na ausência masculina às UBS, o tempo perdido em filas de espera e o horário de funcionamento das mesmas, ocasionando ausência nos postos de trabalho e que pode acarretar a eles prejuízo profissional. A importância do trabalho para o homem se torna relevante no sentido de se tornarem responsáveis em dar assistência às suas famílias, sendo considerados como sujeitos principais da estrutura familiar [17].

Tabela VI - Dificuldades em procurar atendimento médico.

Dificuldades	Quantidade	Percentual
Demora	36	31,3
Exames	12	10,4
Horários de atendimento	15	13,0
Outros	23	20,0
Trabalho	29	25,2
Total	115	100,00

Argumenta-se que seja pelo tempo perdido na espera da assistência, seja pelos horários inapropriados ao seu trabalho, os homens sentiriam mais dificuldades para serem atendidos [6].

Além disso, 25,2% dos entrevistados atribuem ao seu horário de trabalho como principal empecilho para o acesso à saúde preventiva. A saúde preventiva é o desenvolvimento de medidas preventivas com orientações voltadas para a mudança de hábitos da população, com o objetivo de manter sua saúde, valorizando seu bem estar, como forma de evitar o surgimento e a progressão de doenças [18].

Dessa forma pode se considerar que a dificuldade nesse processo leva os homens a desistir da procura de atendimentos de prevenção de sua saúde, deixando os mesmos desprovidos de tal assistência.

Os fatores que contribuem para a ausência do homem nos serviços de saúde seriam a espera em filas por atendimentos e horários de funcionamentos oferecidos pelas instituições de saúde que são considerados desfavoráveis em relação a sua jornada de trabalho, diante disso, percebe-se que parte dos homens considera o trabalho como fonte principal de renda para proporcionar assistência a sua família, deixando em segundo plano os cuidados à sua saúde [19].

Diante de tal fato percebe-se a importância da extensão dos horários de atendimento para o horário noturno e aos sábados, como é proposto pela PNAISH, com intenção de aumentar a taxa de adesão dos homens nas unidades de saúde como forma preventiva de doenças [3].

Já o acesso a exames e os horários de atendimento são apontados como motivos da não procura a atendimentos por 10,4% e 13,0% respectivamente e outros motivos foram alegados por 20% dos entrevistados (Tabela VI). Apenas cinco homens relataram não terem dificuldade alguma em procurar atendimento de forma preventiva.

Quando questionados sobre a frequência que procuram atendimento médico, 19,2% relatam buscar atendimento semestral, 18,3 %, anual, e 63,3% somente quando adoece (Tabela VII), ficando evidenciado na pesquisa que os homens não buscam atendimento de forma preventiva das doenças, e sim quando a doença já está instalada.

Os homens preferem utilizar serviços que atendam as suas necessidades rapidamente, como farmácias e prontos-socorros, pois conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade e resolvê-los com mais objetividade [5,6].

Tabela VII - Frequência nos atendimentos médicos X acesso a UBS no bairro.

	Frequência	UBS no bairro
Semestral	Sim	16,7%
	Não	2,5%
Anual	Sim	15,8%
	Não	2,5%
Quando adoece	Sim	52,5%
	Não	10,0%
Total	Sim	85,0%
	Não	15,0%

O atendimento aos homens deve ser estruturado de forma humanizada e que esteja pautado na comunicação entre profissionais de saúde e usuários, para que se estabeleça uma relação de troca entre ambos [19].

Essas medidas são necessárias para que possam ocorrer mudanças na educação formal da população e no ensino específico dos profissionais da área da saúde, uma vez que o atendimento humanizado e diferenciado possa proporcionar uma maior adesão ao que o programa propõe, promoção da saúde e prevenção de doenças pelos indivíduos.

Conclusão

Verificou-se a necessidade de haver uma estruturação no atendimento por parte dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, com intuito de atender as demandas de saúde da população masculina e redução dos índices de morbimortalidade relacionados aos seus agravos de saúde.

Desse modo, o enfermeiro como integrante das equipes de saúde, maximiza suas ações nas situações cotidianas da assistência de enfermagem nos programas de saúde que está inserido, abordando os homens com a perspectiva de atuar na promoção da saúde e detecção precoce de agravos à doença, atuando no sentido de orientá-los sobre fatores de risco e medidas de prevenção, além de buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações na fase inicial da doença, atuando de forma ativa na redução dos índices de morbimortalidade.

Referências

1. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Rev Saúde Coletiva 2009;19(3):659-78.
2. Brasil. Constituição (1988). Artigo 196. Dispõe sobre a saúde é direito de todos e dever do Estado. Constituição

- da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal Subsecretária de Edições Técnicas, Título VIII, Capítulo II, Seção II, 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamentos de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: MS; 2009.
 4. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Brasília. Rev Bras Enferm 2011;64(2):385-8.
 5. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface Comun Saúde Educ 2010;14(33):257-70.
 6. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10(1):105-9.
 7. Instituto Nacional De Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
 8. Cardoso GS, Zuse CL. O conhecimento do homem a respeito do autocuidado: potencializando estratégias de prevenção de doenças e agravos à saúde. URI, Campos Santo Ângelo/RS. Vivências 2009;5(8):42-52.
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; IBGE; 2010.
 10. Fontes WD, Barbosa TM, Leite MC, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. Acta Paul Enferm 2010;24(3):430-3.
 11. Hermann C. A cultura do masculino: fator de risco para a saúde do homem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
 12. Leite DF, Ferreira IMG, Souza MS, Nunes VS, Castro PR. A influência de um programa de educação na saúde do homem. O Mundo da Saúde 2010;34(1):50-56.
 13. Scheuer C, Bonfada ST. Atenção à saúde do homem: a produção científica de enfermeiros na atenção básica. Contexto & Saúde 2008;7(34).
 14. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen- 358/2009. [online]. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. [citado 2012 Mai 3]. Disponível em URL: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.
 15. Mendonça VS, Andrade AN. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? Revista de Psicologia Política 2010;10(20):215-26.
 16. Costa RG. Saúde e Masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. Revista Brasileira de Estudos da População 2003;20(1):80-92.
 17. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. Rev Ciên Saúde Coletiva 2008;16:935-44.
 18. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.
 19. Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na estratégia saúde da família. Revista Rene 2010;11(4):135-42.
 20. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Prefeitura implanta a política de atenção à saúde do homem. Notícias. Manaus: Secretaria Municipal; 2010.