

Factors associated with reasons for men not seeking Primary Health Care services

Yuri Oliveira Barbosa*
Leonardo Philipe Lima Menezes*
José Marcos de Jesus Santos*
Jéssica Oliveira da Cunha*
Tales Iuri Paz Albuquerque*
Damião da Conceição Araújo*
Allan Dantas dos Santos*

666

Factors associated with reasons for men...
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2019;43(3): 666-679

Abstract

For men to adhere to health services and to perceive themselves as the subject of their care, it is of utmost importance that professionals receive them through qualified listening, listening to their desires and difficulties giving them a welcoming environment. Given this, the objective of this study was to analyze the factors associated with the reasons why men do not seek Primary Health Care services. This was an exploratory, cross-sectional approach, quantitative approach, descriptive study with an analytical character. Data collection was performed through semi-structured interviews with the aid of the primary care assessment instrument in the adult version (PCATool-brasil adult version) with 485 adult men living in rural and urban areas of a city of Sergipe. Statistical analysis was performed using univariate and bivariate techniques, Fisher's Chi-squared and Exact test by IBM® SPSS - Statistical Package for Social Sciences, version 20.0. There was an association with the delay in care reported by 173 (35.7%) respondents, which were among the rural residents and those with less education. Also, the absence of diseases reported by 164 men (33.8%) was associated with housing in rural areas; and the lack of reception by health professionals (16.7%; n=81) was higher among alcoholics and lower among rural residents. It is concluded that the reasons men do not seek the services offered in Primary Health Care are significantly interfered with by sociodemographic and lifestyle characteristics.

Keywords: Men's Health. Access to health services. Primary health care. Lifestyle.

INTRODUCTION

It is important that health services become an environment in which men can perceive themselves as subject of care and where they can talk about their choices, practices and relationships.

Primary Health Care (PHC) is considered by the Pan American Health Organization

(PAHO) as a means of reordering all resources available in the health system¹. In Brazil, the term Primary Care is adopted as an equivalent to PHC, being defined by Ordinances No. 648/2006 and 2.436/2017 as a set of actions, at the individual and collective level, covering health promotion and protection, disease

DOI: 10.15343/0104-7809.20194303666679

*Universidade Federal de Sergipe - UFS. Lagarto/ SE, Brasil.
E-mail: yuri.barbosa1994.yb@gmail.com



prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and health maintenance^{2,3}.

One of the main problems in the context of PHC is the reduced demand of men seeking health services, which may also be influenced by sociocultural taboos such as “men who are men don’t cry” and/or “men who are men do not get sick”. This obsolete view leads them to not recognize their health needs and gives rise to the false idea that they are not exposed to disease. There is also the fact that PHC care is mostly focused on the health of women, children and the elderly, which brings barriers to the male population in “feeling welcomed”^{4,5}.

Men, when seeking health services, enter mainly outpatient clinics or medium and high complexity hospitals. Most of the time, these men display aggravated situations that could have been avoided if they were part of the context of health promotion and prevention within the PHC or if they were treated earlier; actions that would also demand less costs to the Unified Health System (SUS).

In addition, unhealthy lifestyles, underutilization of primary care services by men is a problem in many countries around the world, which is why these risk factors which disproportionately affect men are strongly linked to gender differences and prevailing norms of masculinity, that is, what it means to be “man”.

Self-care and valuing the body in the sense of health are not common practices among the male population. Including this population in health care is, to say the least, a major challenge and perhaps this is one of several reasons why attention to human health has long been neglected by different sectors and governmental levels in the country⁶.

Faced with this problem, the Ministry of Health created in 2009 the National Policy for Integral Attention to Men’s Health (PNAISH); whose main objective is to understand and act in the unique male reality, taking into consideration their different socio-cultural, political and economic contexts. PNAISH recognizes that adult men are more vulnerable to disease and death than other population groups, mainly due to their resistance in seeking PHC services⁴. The understanding

that men experience excessive morbidity and early mortality is also found in international studies^{7,8}.

Data show that the overall mortality rate in Brazil in the age group of 20 to 59 years is 3.5, which is 2.3 times higher among men than among women, reaching four times greater in the younger age group⁹. The leading cause of death among men is related to external causes (35%), followed by circulatory diseases (18%) and neoplasms (12%), as well as circulatory diseases and infectious and parasitic diseases⁹.

It is noteworthy that, in addition to sociocultural issues such as barriers to men’s access to PHC services, there is also the individual’s fear of discovering a serious disease, the shame of body exposure to the health professional, the lack of specific units for the treatment of men’s health, the low aptitude of services to absorb male demands and the inflexibility of the labor market as possible justifications for men’s absence from health services¹⁰.

However, it is believed that such reasons may be influenced by individual characteristics of the male population, which makes understanding the factors associated with these thoughts the first step for proposing strategies that resolve the health care situation for this population⁴. Therefore, the aim of the present study was to identify the sociodemographic characteristics and lifestyle of adult men associated with reasons for not seeking PHC services.

METHODOLOGY

This is a cross-sectional exploratory study with descriptive and analytical approaches conducted between September and November 2017, developed in the municipality of Lagarto, Sergipe located in the sergipan agreste which has a male population of 46,489 among 94,861 inhabitants of this municipality according to data from 2016 IBGE.

Participants were selected by non-probabilistic convenience sampling by actively

searching men in public places in the city, meeting the following inclusion criteria: being aged between 20 and 59 years old and living in the municipality of Lagarto, SE.

For the sample calculation, data were used from the last census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (2010) for the male population aged 20 to 59 years living in the municipality of Lagarto, SE; considering a confidence level of 95% and sample error of 5%, in this context the minimum size found was 394. However, the survey had a larger number of interviewees corresponding to 485 men.

Data collection occurred through semi-structured interviews using instruments that address sociodemographic variables (living area, age group, skin color, education, paid work, income and marital status), lifestyle (alcoholism and sedentary lifestyle) and hindering factors in seeking PHC services by men (absence of disease, fear of finding out about a health problem, lack of reception of health professionals and delay to be attended). The first item (sociodemographic characteristics) evaluated was made through an instrument created by the research authors themselves. Regarding the last two items, the item C-ACCESS OF FIRST CONTACT-ACCESSIBILITY, of the PCATool-brazil adult version instrument, was used to identify aspects related to primary health care and the factors that interfere with the search for the service. by the male population.

For statistical analysis, univariate and bivariate techniques were used to obtain the distribution of absolute and relative frequency values. Associations were investigated by chi-square test between categorical variables and Fisher's Exact for low frequency cell categories. The Odds Ratio (OR) was estimated as a measure of association and their respective 95% confidence intervals (95% CI) using the Mantel-Haenzel method. In all cases a significance of 5% was adopted. The package used was IBM®

SPSS - Statistical Package for Social Sciences, version 20.0.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Sergipe, under opinion No. 2.378.387, with the following CAAE: 79306217.5.0000.5546. All precautions were taken to ensure the privacy and confidentiality of information, according to Resolution No. 466/2012, which updates Resolution No. 196/1996 of the National Health Council on research involving human beings. Participants signed the Informed Consent Form (ICF) with guaranteed refusal at any time.

RESULTS

Data show that the 485 eligible adult men selected to participate in this study were interviewed without loss or dropout during the survey.

The data from this survey show that almost half of the participants considered that health is difficult to access for adult men (47.6%; n=231). The main reasons for this public not to seek PHC services were the delay in being attended (35.7%; n=173) and the absence of disease (33.8%; n=164). The others were the fear of finding out about a health problem (20.6%; n=100) and the lack of acceptance by health service professionals (16.7%; n=81).

The analysis of the interference of the sociodemographic and lifestyle characteristics of the male population in their reasons for not seeking PHC services showed that the absence of diseases was higher among those living in rural areas (OR: 1.74; 95% CI: 1.12-2.70) ($p < 0.05$) (Table 1).

Table 1– Associations between sociodemographic and lifestyle characteristics and the male thought of the absence of diseases as an impeding factor in seeking Primary Health

Male Variables	The absence of disease as a deterrent to seeking health services		P-value	OR (CI 95%)	Total
	YES(n= 164) N (%)	No (n= 321) N (%)			
Housing Area					N (%)
Rural	48 (44)	61 (56)	0.012	1.74	109 (22.5)
Urban	115 (31.1)	255 (68.9)		(1.12-2.70)	370 (76.3)
Age range					
≥ 20 and ≤ 34 years	100 (36.5)	174 (63.5)	0.155	1.32	274 (56.5)
≥ 35 and ≤ 59 years	64 (30.3)	147 (69.7)		(0.90-1.93)	211 (43.5)
Skin color					
Black and brown	125 (32.1)	264 (67.9)	*0.119	0.69	389 (80.2)
White and Yellow	39 (41.9)	54 (58.1)		(0.43-1.09)	93 (19.2)
Education					
Analfabeta e Fundamental	53 (32.9)	108 (67.1)	0.769	0.94	161 (33.2)
Médio e Superior	111 (34.3)	213 (65.7)		(0.63-1.40)	324 (66.8)
Paid work					
Yes	106 (34.1)	205 (65.9)	0.936	1.01	311 (64.1)
No	58 (33.7)	114 (66.3)		(0.68-1.50)	172 (35.5)
Income					
≤ 1 MW	82 (33.5)	163 (66.5)	0.871	0.96	245 (50.5)
> 1 MW	82 (34.2)	158 (65.8)		(0.66-1.41)	240 (49.5)
Marital Status					
Living with partner	80 (36.4)	140 (63.6)	0.280	0.81	220 (45.4)
Living without partner	84 (31.7)	181 (68.3)		(0.55-1.18)	265 (54.6)
Alcoholism					
Yes	50 (29.9)	117 (70.1)	0.160	0.74	167 (34.4)
No	113 (36.3)	198 (63.7)		(0.50-1.12)	311 (64.1)
Sedentary lifestyle					
Yes	85 (33.9)	166 (66.1)	0.929	0.98	251 (51.8)
No	76 (33.5)	151 (66.5)		(0.67-1.43)	227 (46.8)

Note: *Fisher's exact, OR = Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval.

The male thought of the delay in being attended as an impeding factor in seeking access to PHC services was less frequent among rural residents (OR: 0.45; 95% CI: 0.25-0.74) and those with a less education (OR: 0.59; 95% CI: 0.39-0.89) (p <0.05) (Table 2).

Table 2– Associations between sociodemographic and lifestyle characteristics and the male thought of the delay in being attended as an impeding factor in seeking Primary Health Care services (n = 485). Lagarto, Sergipe, Brazil, 2017.

Male Variables	The delay in being served as a deterrent to seeking health services		P-value	OR (95% CI)	Total
	Yes (n= 173) N (%)	No (n= 312) N (%)			
Housing Area					N (%)
Rural	25 (22.9)	84 (77.1)	*0.001	0.45	109 (22.5)
Urban	146 (39.5)	224 (60.5)		(0.27-0.74)	370 (76.3)
Age range					
≥ 20 and ≤ 34 years	98 (35.8)	176 (64.2)	0.960	1.01	274 (56.5)
≥ 35 and ≤ 59 years	(0.69-1.46)	274 (56.5)		(0.69-1.46)	211 (43.5)
Skin color					
Black and brown	141 (36.2)	248 (33.3)	*0.635	1.13	389 (80.2)
White and Yellow	32 (34.4)	61 (65.6)		(0.70-1.82)	93 (19.2)
Education					
Illiterate and Elementary	45 (28)	116 (72)	0.012	0.59	161 (33.2)
High School and Higher	128 (39.5)	196 (60.5)		(0.39-0.89)	324 (66.8)
Paid work					
Yes	113 (36.3)	198 (63.7)	0.655	1.09	311 (64.1)
No	59 (34.3)	113 (65.7)		(0.74-1.61)	172 (35.5)
Income					
≤ 1 MW	89 (36.3)	156 (63.6)	0.760	1.06	245 (50.5)
> 1 MW	84 (35)	156 (65)		(0.73-1.53)	240 (49.5)
Marital Status					
Living with partner	73 (33.2)	147 (66.8)	0.297	1.22	220 (45.4)
Living without partner	100 (37.7)	165 (62.3)		(0.83-1.77)	265 (54.6)
Alcoholism					
Yes	64 (38.3)	103 (61.7)	0.394	1.18	167 (34.4)
No	107 (34.4)	204 (65.6)		(0.80-1.75)	311 (64.1)
Sedentary lifestyle					
Yes	90 (35.9)	161 (64.1)	0.968	0.99	251 (51.8)
No	81 (35.7)	146 (64.3)		(0.68-1.44)	227 (46.8)

Note: *Fisher's exact, OR = Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval.

The lack of acceptance by health professionals as an impeding factor for adult men to seek PHC services (16.7%; n = 81) was higher among alcoholics (OR: 2.73; 95% CI: 1.67-4.45) and less frequent among rural dwellers (OR: 0.49; 95% CI: 0.25-0.98) (p <0.05) (Table 3).

Table 3– Associations between sociodemographic and lifestyle characteristics and the male thought of the lack of reception by health professionals as an impeding factor in seeking Primary Care health services (n = 485). Lagarto, Sergipe, Brazil, 2017.

Male Variables	The lack of reception by health professionals as an impeding to seeking health services		P-value	OR (CI 95%)	Total N (%)
	Yes (n= 81)	No (n= 404)			
Housing Area					
Rural	11 (10.1)	98 (89.9)	*0.041	0.49 (0.25-0.98)	109 (22.5)
Urban	68 (18.4)	302 (81.6)			
Age range					
≥ 20 and ≤ 34 years	47 (17.2)	227 (82.8)	*0.807	1.07 (0.66-1.74)	274 (56.5)
≥ 35 and ≤ 59 years	34 (16.1)	177 (83.9)			
Skin color					
Black and brown	69 (17.7)	320 (82.3)	*0.284	1.50 (0.78-2.91)	389 (80.2)
White and Yellow	12 (12.9)	81 (87.1)			
Education					
Illiterate and Elementary	20 (12.4)	141 (87.6)	*0.092	0.61 (0.35-1.05)	161 (33.2)
High School and Higher	61 (18.8)	263 (81.2)			
Paid work					
Yes	48 (15.4)	263 (84.6)	*0.310	0.76 (0.47-1.25)	311 (64.1)
No	33 (19.2)	139 (80.8)			
Income					
≤ 1 MW	37 (15.1)	208 (84.9)	*0.394	0.79 (0.49-1.27)	245 (50.5)
> 1 MW	44 (18.3)	196 (81.7)			
Marital Status					
Living with partner	29 (13.2)	191 (86.8)	*0.069	1.60 (0.98-2.63)	220 (45.4)
Living without partner	52 (19.6)	213 (80.4)			
Alcoholism					
Yes	44 (26.3)	123 (73.7)	*<0.001	2.73 (1.67-4.45)	167 (34.4)
No	36 (11.6)	275 (88.4)			
Sedentary lifestyle					
Yes	48 (19.1)	203 (80.9)	*0.222	0.71 (0.44-1.16)	251 (51.8)
No	33 (14.5)	194 (85.5)			

Note: *Fisher's exact, OR = Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval.

It is pointed out that the fear of discovering some health problem as an impeding factor in the search of adult men for PHC services was not associated with any of the male characteristics studied (p> 0.05) (Table 4).

Table 4– Associations between sociodemographic and lifestyle characteristics and the fear of finding out about a health problem as a hindering factor in seeking Primary Health Care services (n = 485). Lagarto, Sergipe, Brazil, 2017.

Male Variables	The fear of discovering some disease as an impeding to seeking health services		Valor de p	OR (IC 95%)	Total N (%)
	Yes (n= 100)	No (n= 385)			
Housing Area					
Rural	19 (17.4)	90 (82.6)	*0.419	0.76 (0.44-1.33)	109 (22.5)
Urban	80 (21.6)	290 (78.4)			
Age range					
≥ 20 and ≤ 34 years	50 (18.2)	224 (81.8)	0.141	0.71 (0.46-1.11)	274 (56.5)
≥ 35 and ≤ 59 years	50 (23.7)	161 (76.3)			
Skin color					
Black and brown	83 (21.3)	306 (78.7)	0.431	1.26 (0.70-2.24)	389 (80.2)
White and Yellow	17 (18.3)	76 (81.7)			
Education					
Illiterate and Elementary	38 (23.6)	123 (76.4)	*0.284	1.30 (0.82-2.06)	161 (33.2)
High School and Higher	62 (19.1)	262 (80.9)			
Paid work					
Yes	66 (21.2)	245 (78.8)	*0.639	1.13 (0.71-1.18)	311 (64.1)
No	33 (19.2)	139 (80.8)			
Income					
≤ 1 MW	53 (21.6)	192 (78.4)	0.577	1.13 (0.73-1.76)	245 (50.5)
> 1 MW	47 (19.6)	193 (80.4)			
Marital Status					
Living with partner	51 (23.2)	169 (76.8)	0.204	0.75 (0.48-1.16)	220 (45.4)
Living without partner	49 (18.5)	216 (81.5)			
Alcoholism					
Yes	38 (22.8)	129 (77.2)	*0.341	1.25 (0.79-1.99)	167 (34.4)
No	59 (19)	252 (81)			
Sedentary lifestyle					
Yes	51 (20.3)	200 (79.7)	0.917	1.02 (0.65-1.59)	251 (51.8)
No	47 (20.7)	180 (79.3)			

Nota: *Fisher's exact, OR = Odds Ratio, 95% CI = 95% Confidence Interval.

DISCUSSION

It was demonstrated that adult men's reasons

for not seeking PHC services are influenced by their sociodemographic and lifestyle characteristics. This result agrees with the findings of a national study that showed the interference of socioeconomic variables in the male search for health services¹¹.

In the present study, almost half of the participants considered that health care is difficult to access for adult men. Authors argue that the organization of health services is not able to meet the demands presented by men, as well as the public health campaigns themselves do not focus on this segment¹⁰.

There is the feminization of PHC, incompatibility of schedules and excessive demands as factors that also negatively affect the health care of this population¹². A national study also showed that adult men are resistant to their own health care due to feelings of fear, shame, impatience, carelessness and different life priorities, as well as issues related to the way health services are organized¹³.

Few health facilities are known to provide extended care, on 24-hour shifts, on weekends, or on a third shift at night. Thus, people who are working in the formal market with strict working hours cannot be absent as often since this would compromise their job stability^{12,14}.

The delay in being attended was the main reason participants did not seek PHC services. Users of Basic Health Units consider access to the service to be bureaucratic and time consuming, from scheduling to the day of consultation, as well as the care process itself. They also point out that the lack of medical professionals and their high turnover could justify this problem, as well as criticizing reception as a way to control access to what is most expected: the consultation¹⁵.

The absence of diseases was the second most mentioned reason by the interviewed adult men, followed by the fear of discovering a health problem and the lack of reception by the service professionals. These findings corroborate the evidence of a national study that also identified these reasons in the male population¹⁰.

It is noteworthy that the thoughts of adult men of the absence of diseases as a reason for not seeking PHC services was associated with residing in rural areas. Authors argue that the largest proportion of people in urban areas seek health care for routine or preventive examinations, while in rural areas the main reason is disease¹⁶.

The delay in being attended as an impeding factor

in seeking access to PHC services was less frequent among rural residents and those with less education. Complaints about delayed attendance and scheduling appointments are common in PHC services, and PHC hours are considered incompatible with users' working hours¹⁷. This can in fact make this public's access to health services difficult.

The lack of acceptance of health professionals as a factor impeding male access was more reported among alcoholics and less frequent among rural residents. The reception, because it enables the humanization of care, guarantees the user's access to health services. This reception concerns the attention given to health problems in a qualified manner, providing the solution of their problem or the referral for a possible resolution. It is, therefore, expected to promote a resolution for these situations¹⁸.

The fear of finding out about a health problem was also mentioned by the participants as one of the reasons for not seeking PHC services, and no association of this variable with any of the sociodemographic and lifestyle characteristics studied was observed. This result is in line with a national study that identified men's fear of finding out something was wrong as a way to avoid getting a discouraging diagnosis of an untreatable disease and having to depend on others to recover. Adult men believe that this finding can disrupt their daily life and negatively influence their performance at work^{12,19,20}.

CONCLUSION

Therefore, this study showed that the reasons why men do not seek PHC services are affected by the sociodemographic and lifestyle characteristics of these individuals; especially the sectors of residence, education and alcoholism. Thus, the need to reinforce the male public and health teams concerning the importance of seeking and actively looking for PHC services, frequently, clarifying doubts and demystifying the mistaken and outdated conceptions still present in the lives of most men.

These results confirm the need for PNAISH to be better understood by health teams and to work more equally on the determinants that involve the health-disease process of this target audience and to realize

that there are reasons that are modifiable in the scope of care; for example, decreasing the delay of care and providing qualified listening so that the male class looks for the services to break the existing barriers between them and adhere more to the offered services. In

addition, the data shown here may support municipal managers in their elaboration of strategic planning focusing on the reasons why men do not seek the services, thus, aiming at providing a greater and better care to this public.

REFERENCES

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2a ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 648, de 28 de março de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2006.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
5. Aguiar RS, Santana D de C, Santana P de C. A percepção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde do homem. *R Enferm Cent O Min.* 2015;5(3):1844-54.
6. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):7-17.
7. Leone JE, Rovito MJ, Mullin EM, Mohammed SD, Lee CS. Development and Testing of a Conceptual Model Regarding Men's Access to Health Care. *Am J Mens Health.* 2017;11(2):262-74.
8. Rosu MB, Oliffe JL, Kelly MT. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. *Am J Mens Health.* 2017;11(5):1501-11.
9. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
10. 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 Saude Publica.* 2007;23(3):565-74.
11. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Cien Saude Colet.* 2015;20(1):273-8.
12. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):615-21.
13. Teixeira DBS, Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: Análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Rev Cubana Enferm.* 2016;32(4):126-36.
14. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):396-403.
15. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate.* 2014;38.
16. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ e Sociol Rural.* 2005;43(1):29-44.
17. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta paul enferm.* 2012;25(2):19-25.
18. Lopes AS, Vilar RLA de, Melo RHV de, França RC da S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate.* 2015;39(104):114-23.
19. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery/ Esc Anna Nery.* 2014;18(4):635-43.
20. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA de, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):607-14.

Fatores associados às razões masculinas para não buscarem serviços de Atenção Primária à Saúde

Yuri Oliveira Barbosa*
Leonardo Philipe Lima Menezes*
José Marcos de Jesus Santos*
Jéssica Oliveira da Cunha*
Tales Iuri Paz Albuquerque*
Damião da Conceição Araújo*
Allan Dantas dos Santos*

673

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2019;43(3): 666-679
Fatores associados às razões masculinas...

Resumo

Para que os homens tenham mais adesão aos serviços de saúde e possam se perceber como sujeito de seu cuidado é de suma importância que os profissionais façam um acolhimento por meio de escuta qualificada, ouvindo seus anseios e dificuldades tornando-as um ambiente acolhedor. Diante disso o objetivo é analisar os fatores associados às razões masculinas de não buscarem os serviços da Atenção Primária à Saúde. Estudo exploratório, corte transversal, abordagem quantitativa, caráter descritivo e analítico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com auxílio do instrumento de avaliação da atenção primária na versão adulto (PCATool-brasil versão adulto) com 485 homens adultos residentes na zona rural e urbana de um município de Sergipe. A análise estatística deu-se por meio das técnicas univariada e bivariada, o teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher pelo IBM® SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. Observou-se associação entre a demora no atendimento referida por 173 (35,7%) entrevistados, sendo menos frequente entre moradores da zona rural e àqueles com baixa escolaridade, a ausência de doenças referida em 164 homens (33,8%) e se mostrou associada à moradia em zona rural, além da falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde (16,7%; n= 81) foi maior entre etilistas e menor entre moradores da zona rural. Conclui-se que as razões masculinas para não buscarem os serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde possuem significativa interferência das características sociodemográficas e de estilo de vida.

Palavras-chave: Saúde do homem. Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Estilo de vida.

INTRODUÇÃO

É importante que os serviços de saúde se tornem um ambiente em que os homens possam se perceber como sujeitos de cuidados e onde possam falar sobre suas escolhas, práticas e relações.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como meio de reordenação de todos os recursos disponíveis no sistema de

saúde¹. No Brasil, adota-se o termo Atenção Básica como equivalente a APS, sendo definida pelas Portarias nº 648/2006 e 2.436/2017 como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde^{2,3}.

Um dos principais problemas no contexto

DOI: 10.15343/0104-7809.20194303666679

*Universidade Federal de Sergipe - UFS. Lagarto/ SE, Brasil.
E-mail: yuri.barbosa1994.yb@gmail.com



da APS é a reduzida procura dos homens aos serviços de saúde, os quais podem, ainda, ser influenciados por tabus socioculturais como “homem que é homem não chora” e/ou “homem que é homem não adoce”. Esta visão obsoleta os leva a não reconhecerem suas necessidades de saúde e suscita a falsa ideia de que não estão expostos às doenças. Há também o fato dos atendimentos na APS serem voltados, em sua maioria, para a saúde da mulher, da criança e do idoso, o que traz barreiras à população masculina em “sentir-se acolhida”^{4,5}.

Os homens, quando buscam os serviços de saúde, adentram principalmente nos ambulatorios ou nos hospitais de média e alta complexidade. A maior parte das vezes, estes homens apresentam situações agravadas que poderiam ter sido evitadas caso fizessem parte do contexto da promoção e da prevenção em saúde dentro da APS ou caso fossem tratadas de maneira precoce, ações que também demandariam menor custo ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, o estilo de vida pouco saudáveis, a subutilização dos serviços de atenção primária por homens constitui um problema em muitos países do mundo, razões pelas quais esses fatores de risco afetam desproporcionalmente os homens estão fortemente ligados às diferenças de gênero e às normas predominantes de masculinidade, ou seja, o que significa ser “homem”.

O autocuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde não são práticas comuns à população masculina. Incluir esta população nas ações de saúde é, no mínimo, um grande desafio e talvez seja esse um dos diversos motivos pelos quais a atenção à saúde do homem foi por muito tempo negligenciada pelos diferentes setores e níveis governamentais do país⁶.

Frente à essa problemática, o Ministério da Saúde criou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), cujo objetivo maior é compreender e atuar na realidade singular masculina, levando-se em consideração seus diferentes contextos socioculturais e político-econômicos. A PNAISH reconhece que os homens adultos são mais vulneráveis às doenças e à morte que

outros grupos populacionais devido, sobretudo, à resistência em buscar os serviços da APS⁴. O entendimento de que homens experimentam morbidade excessiva e mortalidade precoce também é encontrado em estudos internacionais^{7,8}.

Dados demonstram que a taxa de mortalidade geral no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos de idade é igual a 3,5, sendo 2,3 vezes maior entre homens do que entre as mulheres, chegando a quatro vezes mais na faixa etária mais jovem⁹. A principal causa de morte entre homens está relacionada às causas externas (35%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (18%) e neoplasias (12%), além de doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias⁹.

Vale ressaltar que, além das questões socioculturais como barreiras de acesso dos homens aos serviços de APS, há também o medo do próprio indivíduo de descobrir uma doença grave, a vergonha da exposição do corpo perante o profissional de saúde, a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem, a baixa aptidão dos serviços em absorver as demandas masculinas e a inflexibilidade do mercado de trabalho como possíveis justificativas da ausência dos homens aos serviços de saúde¹⁰.

Acredita-se, entretanto, que tais razões podem ser influenciadas por características individuais da população masculina, o que torna a compreensão dos fatores associados à estes pensamentos o primeiro passo para a proposição de estratégias resolutivas na atenção à saúde deste público⁴. Portanto, o objetivo do presente estudo foi identificar as características sociodemográficas e o estilo de vida de homens adultos associadas às razões de não buscarem os serviços da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter transversal, com abordagens descritiva e analítica realizada entre os meses de setembro a novembro de 2017, desenvolvido no município de Lagarto, Sergipe localizado no agreste

sergipano que conta com uma população masculina de 46.489 dentre os 94.861 habitantes deste município conforme dados do IBGE ano 2016.

Os participantes foram selecionados por meio de amostragem não-probabilística, por conveniência, através da busca ativa dos homens em locais públicos da cidade, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 20 e 59 anos e residir no município de Lagarto/SE.

Para o cálculo amostral utilizou-se os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) referentes à população masculina com idade entre 20 e 59 anos residentes no município de Lagarto – SE, considerando-se um nível de confiança de 95% e de erro amostral de 5%, nesse contexto o tamanho mínimo encontrado foi de 394. No entanto a pesquisa obteve um número maior de entrevistados correspondente a 485 homens entrevistados.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com uso de instrumentos em que aborda as variáveis sociodemográficas (zona de moradia, faixa etária, cor da pele, escolaridade, trabalho remunerado, renda e situação conjugal), estilo de vida (etilismo e sedentarismo) e fatores impeditivos de busca aos serviços de APS pelos homens (ausência de doença, medo de descobrir algum problema de saúde, falta de acolhimento dos profissionais de saúde e demora para ser atendido). O primeiro item (características sociodemográficas) avaliado deu-se por meio de um instrumento criado pelos próprios autores da pesquisa. No que se refere aos dois últimos itens, utilizou-se o item C-ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO-ACESSIBILIDADE, do instrumento PCATool-brasil versão adulto, para identificar os aspectos voltados a atenção primária a saúde e os fatores que interferem a busca ao serviço pela população masculina.

Para análise estatística foram utilizadas as técnicas univariada e bivariada para obtenção da distribuição dos valores das frequências absoluta e relativa. As associações foram investigadas por meio do teste *Qui-quadrado* entre as variáveis categóricas e o *Exato de Fisher* para as categorias

com células de baixa frequência. Estimou-se a Razão de Chances (*Odds Ratio* - OR) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) com uso do método de Mantel-Haenzel. Em todos os casos foi adotada significância de 5%. O pacote utilizado foi o IBM® SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob parecer no 2.378.387, com o seguinte CAAE: 79306217.5.0000.5546. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações, conforme Resolução nº 466/2012, que atualiza a resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com garantia de recusa a qualquer momento.

RESULTADOS

Os dados mostram que 485 homens adultos elegíveis e selecionados para participar deste estudo foram entrevistados, sem perdas ou desistências durante a pesquisa.

Os dados dessa pesquisa demonstram que quase metade dos participantes consideraram que a saúde é de difícil acesso para homens adultos (47,6%; n= 231). As principais razões deste público para não buscar os serviços da APS foram a demora para ser atendido (35,7%; n= 173) e a ausência de doenças (33,8%; n= 164). As demais foram o medo de descobrir algum problema de saúde (20,6%; n= 100) e a falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde dos serviços (16,7%; n= 81)

A análise da interferência das características sociodemográficas e de estilo de vida da população masculina nas razões dos mesmos para não buscarem os serviços da APS mostrou que a ausência de doenças foi maior entre àqueles com moradia em zona rural (OR: 1,74; IC 95%: 1,12-2,70) (p< 0,05) (Tabela 1).

Tabela 1- Associações entre as características sociodemográficas e do estilo de vida e o entendimento masculino da ausência de doenças como fator impeditivo de busca aos serviços da Atenção Primária à Saúde (n= 485). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2017.

Variáveis masculinas	Entendimento da ausência de doenças como impeditivo de busca aos serviços de saúde		Valor de p	OR (IC 95%)	Total N (%)
	Sim (n= 164) N (%)	Não (n= 321) N (%)			
Zona de moradia					
Rural	48 (44)	61 (56)	0,012	1,74 (22,5)	109 (22,5)
Urbana	115 (31,1)	255 (68,9)		(1,12-2,70)	370 (76,3)
Faixa etária					
≥ 20 e ≤ 34 anos	100 (36,5)	174 (63,5)	0,155	1,32 (56,5)	274 (56,5)
≥ 35 e ≤ 59 anos	64 (30,3)	147 (69,7)		(0,90-1,93)	211 (43,5)
Cor da pele					
Parda e Preta	125 (32,1)	264 (67,9)	*0,119	0,69 (80,2)	389 (80,2)
Branca e Amarela	39 (41,9)	54 (58,1)		(0,43-1,09)	93 (19,2)
Escolaridade					
Analfabeta e Fundamental	53 (32,9)	108 (67,1)	0,769	0,94 (33,2)	161 (33,2)
Médio e Superior	111 (34,3)	213 (65,7)		(0,63-1,40)	324 (66,8)
Trabalho remunerado					
Sim	106 (34,1)	205 (65,9)	0,936	1,01 (64,1)	311 (64,1)
Não	58 (33,7)	114 (66,3)		(0,68-1,50)	172 (35,5)
Renda					
≤ 1 SM	82 (33,5)	163 (66,5)	0,871	0,96 (50,5)	245 (50,5)
> 1 SM	82 (34,2)	158 (65,8)		(0,66-1,41)	240 (49,5)
Situação conjugal					
Vive com companheira(o)	80 (36,4)	140 (63,6)	0,280	0,81 (45,4)	220 (45,4)
Vive sem companheira(o)	84 (31,7)	181 (68,3)		(0,55-1,18)	265 (54,6)
Etilismo					
Sim	50 (29,9)	117 (70,1)	0,160	0,74 (34,4)	167 (34,4)
Não	113 (36,3)	198 (63,7)		(0,50-1,12)	311 (64,1)
Sedentarismo					
Sim	85 (33,9)	166 (66,1)	0,929	0,98 (51,8)	251 (51,8)
Não	76 (33,5)	151 (66,5)		(0,67-1,43)	227 (46,8)

Nota: *Exato de Fisher, OR= Razão de Chances, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

O entendimento masculino da demora para ser atendido como fator impeditivo de busca de acesso aos serviços da APS foi menos frequente entre moradores da zona rural (OR: 0,45; IC 95%: 0,25-0,74) e àqueles com baixa escolaridade (OR: 0,59; IC 95%: 0,39-0,89) (p < 0,05) (Tabela 2).

Tabela 2- Associações entre as características sociodemográficas e do estilo de vida e o entendimento masculino da demora para ser atendido como fator impeditivo de busca aos serviços da Atenção Primária à Saúde (n= 485). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2017.

Variáveis masculinas	Entendimento da ausência de doenças como impeditivo de busca aos serviços de saúde		Valor de p	OR (IC 95%)	Total N (%)
	Sim (n= 173) N (%)	Não (n= 312) N (%)			
Zona de moradia					
Rural	25 (22,9)	84 (77,1)	*0,001	0,45 (22,5)	109 (22,5)
Urbana	146 (39,5)	224 (60,5)		(0,27-0,74)	370 (76,3)
Faixa etária					
≥ 20 e ≤ 34 anos	98 (35,8)	176 (64,2)	0,960	1,01 (56,5)	274 (56,5)
≥ 35 e ≤ 59 anos	75 (35,5)	136 (64,5)		(0,69-1,46)	211 (43,5)
Cor da pele					
Parda e Preta	141 (36,2)	248 (33,3)	*0,635	1,13 (80,2)	389 (80,2)
Branca e Amarela	32 (34,4)	61 (65,6)		(0,70-1,82)	93 (19,2)
Escolaridade					
Analfabeta e Fundamental	45 (28)	116 (72)	0,012	0,59 (33,2)	161 (33,2)
Médio e Superior	128 (39,5)	196 (60,5)		(0,39-0,89)	324 (66,8)
Trabalho remunerado					
Sim	113 (36,3)	198 (63,7)	0,655	1,09 (64,1)	311 (64,1)
Não	59 (34,3)	113 (65,7)		(0,74-1,61)	172 (35,5)
Renda					
≤ 1 SM	89 (36,3)	156 (63,6)	0,760	1,06 (50,5)	245 (50,5)
> 1 SM	84 (35)	156 (65)		(0,73-1,53)	240 (49,5)
Situação conjugal					
Vive com companheira(o)	73 (33,2)	147 (66,8)	0,297	1,22 (45,4)	220 (45,4)
Vive sem companheira(o)	100 (37,7)	165 (62,3)		(0,83-1,77)	265 (54,6)
Etilismo					
Sim	64 (38,3)	103 (61,7)	0,394	1,18 (34,4)	167 (34,4)
Não	107 (34,4)	204 (65,6)		(0,80-1,75)	311 (64,1)
Sedentarismo					
Sim	90 (35,9)	161 (64,1)	0,968	0,99 (51,8)	251 (51,8)
Não	81 (35,7)	146 (64,3)		(0,68-1,44)	227 (46,8)

Nota: *Exato de Fisher, OR= Razão de Chances, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

A falta de acolhimento dos profissionais de saúde como fator impeditivo de busca dos homens adultos aos serviços da APS (16,7%; n= 81) foi maior entre etilistas (OR: 2,73; IC 95%: 1,67-4,45) e menos frequente entre moradores da zona rural (OR: 0,49; IC 95%: 0,25-0,98) (p < 0,05) (Tabela 3).

Tabela 3– Associações entre as características sociodemográficas e do estilo de vida e o entendimento masculino da falta de acolhimento dos profissionais de saúde como fator impeditivo de busca aos serviços de saúde da Atenção Primária (n= 485). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2017.

Variáveis masculinas	Entendimento da ausência de doenças como impeditivo de busca aos serviços de saúde		Valor de p	OR (IC 95%)	Total
	Sim (n= 81)	Não (n= 404)			
Zona de moradia					N (%)
Rural	11 (10,1)	98 (89,9)	*0,041	0,49 (0,25-0,98)	109 (22,5)
Urbana	68 (18,4)	302 (81,6)			370 (76,3)
Faixa etária					
≥ 20 e ≤ 34 anos	47 (17,2)	227 (82,8)	*0,807	1,07 (0,66-1,74)	274 (56,5)
≥ 35 e ≤ 59 anos	34 (16,1)	177 (83,9)			211 (43,5)
Cor da pele					
Parda e Preta	69 (17,7)	320 (82,3)	*0,284	1,50 (0,78-2,91)	389 (80,2)
Branca e Amarela	12 (12,9)	81 (87,1)			93 (19,2)
Escolaridade					
Analfabeta e Fundamental	20 (12,4)	141 (87,6)	*0,092	0,61 (0,35-1,05)	161 (33,2)
Médio e Superior	61 (18,8)	263 (81,2)			324 (66,8)
Trabalho remunerado					
Sim	48 (15,4)	263 (84,6)	*0,310	0,76 (0,47-1,25)	311 (64,1)
Não	33 (19,2)	139 (80,8)			172 (35,5)
Renda					
≤ 1 SM	37 (15,1)	208 (84,9)	*0,394	0,79 (0,49-1,27)	245 (50,5)
> 1 SM	44 (18,3)	196 (81,7)			240 (49,5)
Situação conjugal					
Vive com companheira(o)	29 (13,2)	191 (86,8)	*0,069	1,60 (0,98-2,63)	220 (45,4)
Vive sem companheira(o)	52 (19,6)	213 (80,4)			265 (54,6)
Etilismo					
Sim	44 (26,3)	123 (73,7)	*<0,001	2,73 (1,67-4,45)	167 (34,4)
Não	36 (11,6)	275 (88,4)			311 (64,1)
Sedentarismo					
Sim	48 (19,1)	203 (80,9)	*0,222	0,71 (0,44-1,16)	251 (51,8)
Não	33 (14,5)	194 (85,5)			227 (46,8)

Nota: *Exato de Fisher, OR= Razão de Chances, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Pontua-se que o medo de descobrir algum problema de saúde como fator impeditivo da busca de homens adultos aos serviços da APS não se mostrou associado à nenhuma das características masculinas estudadas ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4– Associações entre as características sociodemográficas e do estilo de vida e o medo de descobrir algum problema de saúde como fator impeditivo de busca aos serviços da Atenção Primária à Saúde (n= 485). Lagarto, Sergipe, Brasil, 2017.

Variáveis masculinas	Entendimento da ausência de doenças como impeditivo de busca aos serviços de saúde		Valor de p	OR (IC 95%)	Total
	Sim (n= 100)	Não (n= 385)			
Zona de moradia					N (%)
Rural	19 (17,4)	90 (82,6)	*0,419	0,76 (0,44-1,33)	109 (22,5)
Urbana	80 (21,6)	290 (78,4)			370 (76,3)
Faixa etária					
≥ 20 e ≤ 34 anos	50 (18,2)	224 (81,8)	0,141	0,71 (0,46-1,11)	274 (56,5)
≥ 35 e ≤ 59 anos	50 (23,7)	161 (76,3)			211 (43,5)
Cor da pele					
Parda e Preta	83 (21,3)	306 (78,7)	0,431	1,26 (0,70-2,24)	389 (80,2)
Branca e Amarela	17 (18,3)	76 (81,7)			93 (19,2)
Escolaridade					
Analfabeta e Fundamental	38 (23,6)	123 (76,4)	*0,284	1,30 (0,82-2,06)	161 (33,2)
Médio e Superior	62 (19,1)	262 (80,9)			324 (66,8)
Trabalho remunerado					
Sim	66 (21,2)	245 (78,8)	*0,639	1,13 (0,71-1,18)	311 (64,1)
Não	33 (19,2)	139 (80,8)			172 (35,5)
Renda					
≤ 1 SM	53 (21,6)	192 (78,4)	0,577	1,13 (0,73-1,76)	245 (50,5)
> 1 SM	47 (19,6)	193 (80,4)			240 (49,5)
Situação conjugal					
Vive com companheira(o)	51 (23,2)	169 (76,8)	0,204	0,75 (0,48-1,16)	220 (45,4)
Vive sem companheira(o)	49 (18,5)	216 (81,5)			265 (54,6)
Etilismo					
Sim	38 (22,8)	129 (77,2)	*0,341	1,25 (0,79-1,99)	167 (34,4)
Não	59 (19)	252 (81)			311 (64,1)
Sedentarismo					
Sim	51 (20,3)	200 (79,7)	0,917	1,02 (0,65-1,59)	251 (51,8)
Não	47 (20,7)	180 (79,3)			227 (46,8)

Nota: OR= *Exato de Fisher, Razão de Chances, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%

DISCUSSÃO

Foi evidenciado que as razões de homens adultos para não buscarem os serviços da APS são influenciadas

por suas características sociodemográficas e de estilo de vida. Esse resultado está em concordância com os achados de um estudo nacional que mostrou a interferência de variáveis socioeconômicas na busca masculina aos serviços de saúde¹¹.

No presente estudo, quase metade dos participantes consideraram que a saúde é de difícil acesso para homens adultos. Autores discutem que a organização dos serviços de saúde encontra-se pouco apta para atender às demandas apresentadas pelos homens, bem como as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento¹⁰.

Há a feminilização da APS, incompatibilidade de horários e excesso de demandas como fatores que também interferem de modo negativo na atenção à saúde desta população¹². Estudo nacional mostrou ainda que homens adultos são resistentes no cuidado da sua saúde devido a sentimentos de medo, vergonha, impaciência, descuido e diferentes prioridades de vida, bem como por questões relacionadas à forma de organização dos serviços de saúde¹³.

Sabe-se que são poucas as unidades de saúde que disponibilizam atendimento ampliado, em turnos de 24 horas, aos fins de semana ou em um terceiro turno, à noite. Sendo assim, as pessoas que estão trabalhando no mercado formal, com horários rígidos de expediente, não podem se ausentar com a frequência exigida, uma vez que isso comprometeria a sua estabilidade no emprego^{12,14}.

A demora para ser atendido foi a principal razão dos participantes para não buscarem os serviços da APS. Usuários de Unidades Básicas de Saúde consideram o acesso ao serviço como sendo burocrático e demorado, desde o agendamento até o dia da consulta, como também o próprio processo de atendimento. Pontuam ainda que a falta de profissionais médicos e a alta rotatividade dos mesmos poderiam justificar essa problemática, bem como criticam o acolhimento como uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta¹⁵.

A ausência de doenças foi a segunda razão mais referida pelos homens adultos entrevistados, seguida do medo de descobrir algum problema de saúde e da falta de acolhimento por parte dos profissionais do serviço. Esses achados corroboram as evidências de um estudo nacional que também identificou essas razões na população masculina¹⁰.

Vale ressaltar que o entendimento de homens

adultos da ausência de doenças como razão para não buscarem os serviços da APS se mostrou associado à moradia em zona rural. Autores discutem que a maior proporção de pessoas na área urbana procura atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo é doenças¹⁶.

A demora para ser atendido como fator impeditivo de busca de acesso aos serviços da APS foi menos frequente entre homens moradores da zona rural e àqueles com baixa escolaridade. As queixas de demora no atendimento e no agendamento das consultas são comuns em serviços de APS, bem como considera-se incompatível o horário de funcionamento da APS com a jornada de trabalho dos usuários¹⁷. Isso de fato pode tornar difícil o acesso deste público aos serviços de saúde.

A falta de acolhimento dos profissionais de saúde como fator impeditivo de acesso masculino foi mais referida entre etilistas e menos frequente entre moradores da zona rural. O acolhimento, pelo fato de possibilitar a humanização do atendimento, sugere a garantia de acesso do usuário ao serviço de saúde. Diz respeito à atenção dada aos problemas de saúde, de maneira qualificada, proporcionando a solução do seu problema ou o encaminhamento para uma possível resolução. Por conseguinte, espera-se que promova a resolubilidade nestas situações¹⁸.

O medo de descobrir algum problema de saúde também foi referido pelos participantes como uma das razões para não buscar os serviços da APS, não sendo observada associação desta variável com nenhuma das características sociodemográficas e de estilo de vida estudadas. Esse resultado está em concordância com um estudo nacional que identificou o medo de homens em descobrir que algo está errado, como uma forma de evitar receber um diagnóstico desanimador de uma doença que não possa ser tratada e ter que depender de outras pessoas para se recuperar. Homens adultos acreditam que essa descoberta pode atrapalhar sua vida diária e influenciar negativamente em seu desempenho no trabalho^{12,19,20}.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou, portanto, que as razões para que os homens não busquem os serviços da APS sofrem

interferência das características sociodemográficas e de estilo de vida destes indivíduos, sobretudo da zona de moradia, da escolaridade e do utilismo. Evidencia-se, então, a necessidade de reforçar com o público masculino e as equipes de saúde sobre a importância de buscar e fazer busca ativa respectivamente dos serviços da APS com frequência, de esclarecer dúvidas e desmistificar as concepções equivocadas e ultrapassadas ainda presente na vida de boa parte dos homens.

Os resultados apresentados ratificam a necessidade de a PNAISH ser melhor entendida pelas equipes de saúde e trabalhar de forma mais

equânime quanto aos determinantes que envolvem o processo saúde doença desse público alvo e perceber que há razões que são de natureza modificáveis no âmbito do atendimento a exemplo da diminuição da demora do atendimento e uma escuta qualificada a fim de que a classe masculina busque os serviços para quebrar as barreiras existentes entre eles e ter uma maior adesão aos serviços ofertados. Além disso os dados aqui demonstrados podem subsidiar aos gestores municipais a elaboração de um planejamento estratégico com foco nas razões pelas quais a masculinidade não busca o serviço visando a maior e melhor assistência a este público.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2a ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 648, de 28 de março de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2006.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
5. Aguiar RS, Santana D de C, Santana P de C. A percepção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde do homem. *R Enferm Cent O Min.* 2015;5(3):1844-54.
6. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):7-17.
7. Leone JE, Rovito MJ, Mullin EM, Mohammed SD, Lee CS. Development and Testing of a Conceptual Model Regarding Men's Access to Health Care. *Am J Mens Health.* 2017;11(2):262-74.
8. Rosu MB, Oliffe JL, Kelly MT. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. *Am J Mens Health.* 2017;11(5):1501-11.
9. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
10. 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 Saude Publica.* 2007;23(3):565-74.
11. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Cien Saude Colet.* 2015;20(1):273-8.
12. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):615-21.
13. Teixeira DBS, Cruz SPL. Atenção à saúde do homem: Análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Rev Cubana Enferm.* 2016;32(4):126-36.
14. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):396-403.
15. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate.* 2014;38.
16. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ e Sociol Rural.* 2005;43(1):29-44.
17. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta paul enferm.* 2012;25(2):19-25.
18. Lopes AS, Vilar RLA de, Melo RHV de, França RC da S. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate.* 2015;39(104):114-23.
19. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc Anna NeryEsc Anna Nery.* 2014;18(4):635-43.
20. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA de, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):607-14.

Recebido em maio de 2019.

Aceito em agosto de 2019.