



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E
ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM GRUPOS DE SAÚDE DO HOMEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**FORTALEZA
ABRIL - 2014**

RÔMULO FERNANDES AUGUSTO FILHO

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM GRUPOS DE SAÚDE DO HOMEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Professor Aluísio Ferreira de Lima,
Doutor.

**FORTALEZA
ABRIL – 2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- A936a Augusto Filho, Rômulo Fernandes.
Avaliação do autocuidado em grupos de saúde do homem na estratégia saúde da família. /
Rômulo Fernandes Augusto Filho. – 2014.
93 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-
Graduação, Rede Nordeste de Formação em saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da
Família, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.
1. Saúde do Homem. 2. Autocuidado. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM GRUPOS DE SAÚDE DO HOMEM NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 04 de Junho de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Aluísio Ferreira de Lima, Doutor
Presidente
RENASF/UFC

Prof. Luís Fernando de Farah Tófoli, Doutor
Primeiro Examinador
Universidade de Campinas (Unicamp)

Prof. Paulo César de Almeida, Doutor
Segundo Examinador
RENASF/UECE

A todos os participantes que tanto enobreceram
esta pesquisa.

À minha família.

Ao Paulo, meu grande amigo e companheiro.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos não poderiam deixar de ser a todos que participaram desta pesquisa que engrandece não só meu trabalho, mas enriquecerá de forma sublime o desenvolvimento eficiente de políticas realmente públicas para a Saúde.

Deixo registrado meu agradecimento a meu professor orientador Dr. Aluísio Ferreira de Lima pelas informações, pela atenção e paciência no que tange aos aspectos de construção metodológica deste trabalho.

Agradeço a minha mãe, meu pai e irmãs, que devido a este e outros demais compromissos assumidos em nossa vida cotidiana, entenderam de forma serena a minha ausência em momentos pitorescos de vida familiar.

Ao Paulo Freire, onde não poderia deixar de registrar meu profundo agradecimento pelo apoio e pela tranquilidade em me ajudar e não me deixar desistir diante dos percalços em compromissos assumidos.

E agradecer ao Mateus – meu sobrinho. O mais novo integrante de nossa família, que apesar de não entender muita coisa da vida, me trouxe paz de espírito com seu sorriso sincero.

“Os velhos invejam a saúde e vigor dos moços, estes não invejam o juízo e a prudência dos velhos: uns conhecem o que perderam, os outros desconhecem o que lhes falta” (Marques de Maricá).

AUGUSTO FILHO, Rômulo Fernandes, Avaliação do autocuidado em grupos de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 94p.

RESUMO

A saúde do homem tem sido negligenciada em muitos aspectos, especialmente aqueles relacionados ao modo como os homens lidam com sua saúde. O estudo teve como objetivo avaliar práticas de autocuidado em homens com idade igual ou superior a 25 anos, participantes em grupos de saúde do homem, vinculados a equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF em um bairro de Fortaleza – Ceará, considerando aspectos socioeconômicos e hábitos desenvolvidos para manutenção da saúde e prevenção de agravos pelos participantes dos grupos. Trata-se de pesquisa descritiva correlacional, quantitativa, realizada no ano de 2013. Foram entrevistados 170 homens. Deles, 42,1% referiram ir ao médico de forma regular e 41,8% praticavam atividades físicas regulares. Dentre os homens de 50 a 59 anos, 42,6% haviam sido submetidos ao toque retal. Daqueles com vida sexual ativa, 68,9% não usavam preservativos. Ressalta-se, através desse estudo a necessidade de integração de medidas de prevenção para a população masculina na busca de práticas de autocuidado efetivas, incluindo a capacitação dos profissionais e a transformação das unidades de atenção primária à saúde em ambientes que considerem o universo masculino e suas singularidades.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde

AUGUSTO FILHO, Rômulo Fernandes, Avaliação do autocuidado em grupos de saúde do homem na Estratégia Saúde da Família, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 94p.

ABSTRACT

The health of men has been neglected in many aspects, mainly those related to the way men deal with their own health. The study aims to assess self-care practices in men aged above 25 years, participants in men's health groups, linked to teams of the Family Health Strategy - ESF in a neighborhood of Fortaleza – Ceará/Brazil, considering socioeconomic aspects and habits developed for health maintenance and disease prevention by group participants. This is a quantitative, correlational and descriptive survey conducted in the year 2013. 170 men were interviewed. Of these, 42.1% reported go to the doctor regularly and 41.8% practiced regular physical activity. Among men 50-59 years old, 42.6% had undergone digital rectal exam. Of those sexually active, 68.9% did not use condoms. It is highlighted by this study the need for integration of preventive measures for the male population in the search for effective self-care practices, including the training of professionals and the transformation of primary health care units in environments that consider the universe of men and their singularities.

Key-words: Men's Health; Self-care; Primary Health Care

SUMÁRIO

RESUMO	Viii
ABSTRACT	Ix
LISTA DE GRÁFICOS	Xii
LISTA DE TABELAS	Xiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1 Aspectos epidemiológicos de morbimortalidade relacionados à população masculina	4
2.2 O papel da Atenção Primária em ações de proteção, prevenção e promoção da saúde voltadas para a população masculina	14
2.3 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	16
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 Desenho do Estudo	19
4.2 Local do Estudo	19
4.3 Amostra	19
4.4 Escore de Framminghan para uso na Atenção Primária à Saúde	20
4.5 Encaminhamentos e solicitações de exames	20
4.6 Instrumento de coleta de dados	20
4.7 Processamento dos dados e análise estatística	21
4.8 Considerações éticas	21
5 RESULTADOS	22
5.1 Perfil socioeconômico	22
5.2 Avaliação cardiovascular e urológica	23
5.3 Avaliação do adoecimento de câncer bucal	25
5.4 Avaliação do autocuidado em relação à saúde geral, cardiovascular e urológica	27
5.5 Avaliação do autocuidado em relação à saúde bucal	32
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para avaliação de risco cardiovascular, urológico e odontológico.	48
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para avaliação do autocuidado	49
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	50
ANEXO A – Tabela baseada em preditores não laboratoriais para cálculo de pontos para risco cardiovascular em homens – escore de Framminghan para atenção primária. Passo 1.	52
ANEXO B - Tabela para cálculo de risco cardiovascular de homens através dos pontos obtidos na tabela baseada em preditores não laboratoriais – escore de Framminghan para atenção primária. Passo 2.	53

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará	54
ANEXO D – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará	55
ANEXO E – Comprovante de submissão de artigo científico ao periódico Cadernos de Saúde Coletiva	56
ANEXO F – Artigo científico submetido ao periódico Cadernos de Saúde Coletiva	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de óbitos de homens de 25 a 59 anos, considerando as causas mais comuns de mortalidade por capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10), no Brasil, entre 2006 e 2010.	Página 4
Gráfico 2	Número de óbitos em homens de 25 a 59 anos, considerando as causas mais comuns de mortalidade por capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID -10), em Fortaleza, entre 2006 e 2010.	Página 5
Gráfico 3	Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias de câncer mais frequentes em 2010, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 Homens, Ceará, entre 2006 e 2010.	Página 8
Gráfico 4	Taxas brutas de incidência de câncer, estimadas para o ano de 2012, excluindo-se pele não melanoma, em homens, Ceará.	Página 10

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em Homens, Brasil, para os períodos entre 2001-2005 e 2006-2010.	Página 8
Tabela 2	Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo localização primária em homens, Ceará.	Página 9
Tabela 3	Perfil socioeconômico dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.	Página 24
Tabela 4	Avaliação cardiovascular e urológica dos participantes dos Grupo de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.	Página 25
Tabela 5	Avaliação do adoecimento de câncer bucal dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.	Página 26
Tabela 6	Avaliação do autocuidado em relação à saúde geral e cardiovascular dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza – Ida ao médico e verificação de pressão arterial e glicemia, Fortaleza, 2013.	Página 28
Tabela 7	Avaliação do autocuidado em relação à saúde geral e cardiovascular dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Prática de atividade física, Fortaleza, 2013.	Página 29
Tabela 8	Avaliação do autocuidado em relação à saúde urológica e sexual dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.	Páginas 31
Tabela 9	Avaliação do autocuidado em relação à saúde bucal dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Escovação e ida ao dentista, Fortaleza, 2013.	Páginas 33
Tabela 10	Avaliação do autocuidado em relação à saúde bucal dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Uso de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua e avaliação da saúde bucal, Fortaleza, 2013.	Página 35

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total da população residente do Brasil, em 2010, segundo sexo e grupos de idade, é da ordem de 190.755.799, sendo 51,04% de população feminina e 48,96% de população masculina. Os homens com faixa etária acima de 25 anos representavam 56,58% da população masculina do Brasil e 27,70% da população total. Apesar do número significativo de homens acima de 25 anos, a procura dessas pessoas por serviços de saúde não corresponde às demandas em diversos serviços, especialmente de Atenção Primária. Além de os homens terem dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (BRASIL, 2008).

Embora a saúde da mulher, nas suas especificidades, tenha sido objeto de atenção desde os anos 70 do século XX, ações mais abrangentes em relação à saúde masculina, além dos cuidados com a próstata e o câncer de testículo, só se tornaram mais consistentes no século XXI. Isso apesar de as evidências mostrarem que os homens morrem mais que as mulheres em todas as faixas etárias (MEIRELES, 2009).

Homens não gostam de ir ao médico e, com exceção dos urologistas, todos os outros especialistas atendem um número muito maior de mulheres do que de homens. Essa negligência com a própria saúde tem raízes culturais e isso faz com que as doenças nos homens sejam diagnosticadas mais tardiamente, acarretando pior prognóstico e encurtando a expectativa de vida (MEIRELES, 2009).

Muitas são as suposições e justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de Atenção Primária à Saúde (FIGUEIREDO, 2005). Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005), a inclusão dos homens em ações de saúde é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem.

Partindo para uma avaliação dessas suposições e justificativas, verifica-se que população masculina de nosso país tem se tornado vulnerável em vários aspectos relacionados à preservação da saúde e do próprio cuidado prestado a essa população. Os homens mostram-se, em diversos estudos, mais suscetíveis às enfermidades crônicas e graves (NARDI *et al.*, 2008; LAURENTI *et al.*, 2005) e, para agravar tal situação, não procuram os serviços de saúde com a mesma regularidade que as mulheres, além de adentrarem no sistema por meio

da Atenção Secundária e Terciária, agravando a morbidade e elevando os custos para o sistema de saúde. Dessa forma, torna-se fundamental o papel dos profissionais que atuam na Atenção Primária, tentando reverter tal quadro, uma vez que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária e de autocuidado.

O autocuidado pode ser entendido como um conjunto de práticas realizadas pelas pessoas e famílias na busca de promoção de comportamentos positivos de saúde, tentando-se prevenir enfermidades e tratar sintomas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006). Entendido também como parte do estilo de vida das pessoas, o autocuidado representa padrões de conduta que se refletem na forma de interação do indivíduo com seu meio social (KICKBUSCH, 1989). As decisões individuais decorrentes desses padrões de conduta, segundo circunstâncias sociais e econômicas, influenciam decisões tomadas no nível familiar e, por último, no nível comunitário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Dessa forma, as escolhas relacionadas a um estilo de vida saudável podem implicar em ações de autocuidado concreto e são reforçadas por políticas de saúde de países que adotam sistemas de saúde universais (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014; BRASIL, 2014).

Para que o papel da Atenção Primária torne-se realmente efetivo, faz-se necessária uma compreensão dos aspectos relacionados à baixa adesão de homens aos serviços de saúde desse nível de atenção. Dentre as causas de baixa adesão, as questões relacionadas às barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde, podem-se destacar as barreiras socioculturais e as barreiras institucionais como fatores determinantes (PINHEIRO, 2002).

As barreiras socioculturais encontram seus principais componentes nos estereótipos de gênero, em que o ser masculino é visto e se vê como um ser invulnerável, no qual o adoecimento é considerado um sinal de fragilidade, facilitando a exposição a situações de risco e favorecendo uma negligência ao autocuidado (KEIJZER, 2003; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; SABO, 2002; BOZON, 2004; COURTENAY, 2000).

Dentre as barreiras institucionais apontadas pelos homens para a pouca procura pelos serviços de saúde de Atenção Primária, pode-se relacionar o horário de funcionamento dos serviços de saúde coincidente com a carga horária do trabalho, além das dificuldades de acesso aos serviços assistenciais, especialmente pelo enfrentamento de filas para a marcação de consultas (GOMES *et al*, 2007; KALCKMANN *et al*, 2005; SCHRAIBER, 2005).

Tais barreiras afetam o acesso de homens aos serviços de saúde e refletem-se no panorama atual de mortalidade no Brasil, que segue o padrão observado em outros países. Os

coeficientes de mortalidade masculina são cerca de 50% maiores e, considerando as idades, a maior razão de sexo acontece no grupo etário de 20 a 39 anos, sendo três mortes masculinas para cada feminina (LAURENTI *et al*, 2005).

A maior mortalidade masculina é observada não somente quanto aos números absolutos e respectivos coeficientes, mas também quanto a causas. Excetuando-se as doenças próprias ou específicas do sexo, para praticamente todas as etiologias, são maiores os coeficientes masculinos, sendo tal fato observado em todas as idades (LAURENTI *et al*, 2005).

Apesar das taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença dos homens nos serviços de Atenção Primária à saúde é menor do que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as doenças cardiovasculares são hoje um grave problema de saúde pública e que representam a primeira causa de morte no país, ressaltando-se, assim, a importância de estudos para avaliação de fatores de risco em grupos de homens. Além dessas doenças, o câncer de boca e o câncer de próstata também merecem atenção de profissionais de saúde.

O câncer de boca está entre as neoplasias mais frequentes, apresentando a maior taxa de mortalidade no segmento cabeça e pescoço (FERLAY *et al*, 1998). De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2014, estimam-se 11280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4010 em mulheres. Em 2007, foram 6.064 óbitos, sendo 4.814 em homens e 1.250 em mulheres.

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. De acordo com previsão do Ministério da Saúde/INCA, em 2012, foram estimados 60.180 novos casos de neoplasias de próstata. No ano de 2007, foram registradas 11.478 mortes.

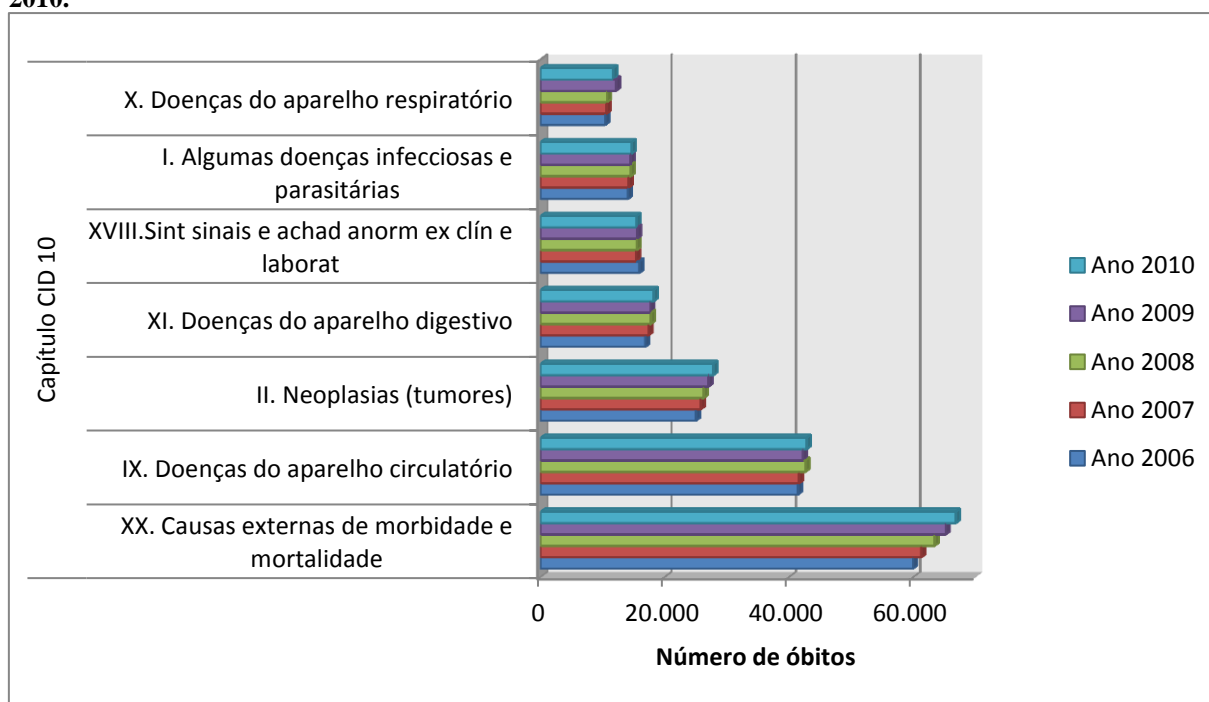
Diante destes altos índices de morbimortalidade afetando a população masculina por doenças cardiovasculares, por câncer de boca e de próstata, reforça-se a importância deste estudo que poderá contribuir para melhoria da saúde do homem e para subsidiar futuras pesquisas neste grupo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos Epidemiológicos de Morbimortalidade Relacionados à População Masculina

Dentre as causas de mortalidade na população masculina brasileira de 25 a 59 anos no período de 2006 a 2010, as causas externas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias figuram entre as três principais responsáveis pela mortalidade nesse grupo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de óbitos de homens de 25 a 59 anos, considerando as causas mais comuns de mortalidade por capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10), no Brasil, entre 2006 e 2010.



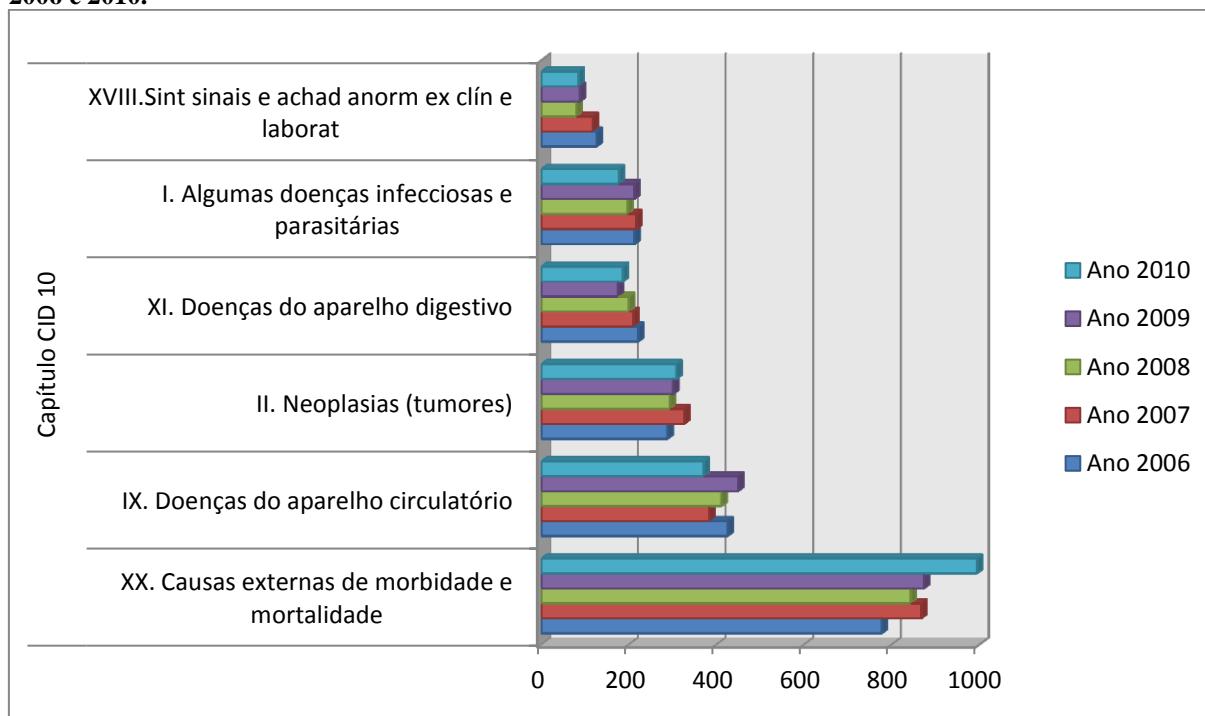
Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tal situação de mortalidade repete-se no Estado do Ceará e a capital, Fortaleza, reflete essa mesma característica nacional e estadual, quando são levadas em conta as três principais causas de mortalidade citadas anteriormente (Gráfico 2).

As causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos) (BRASIL, 2010).

O fato de a mortalidade por causas externas figurar como a principal causa de morte em homens de 25 a 59 anos reflete muitos dos aspectos relacionados à violência por homicídios e aos acidentes de transporte terrestre, em que os homens costumam estar envolvidos com maior frequência do que as mulheres (BRASIL, 2010).

Gráfico 2 – Número de óbitos em homens de 25 a 59 anos, considerando as causas mais comuns de mortalidade por capítulos da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID -10), em Fortaleza, entre 2006 e 2010.



Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Quando consideramos as doenças do aparelho circulatório, estas são responsáveis por 18 milhões de mortes ao ano no mundo, sendo as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares responsáveis por dois terços desses óbitos e por, aproximadamente, 22% dos 55 milhões de óbitos por todas as causas (BEAGLEHOLE *et al*, 2001).

Estimativas da mortalidade por doenças do aparelho circulatório por região indicam que os países em desenvolvimento contribuem com uma parcela maior da carga global de mortalidade por essas causas do que os países desenvolvidos (REDDY & YUSUF, 1998), com um excesso relativo da ordem de 70%.

Nos homens brasileiros de 25 a 59 anos, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório representa a segunda maior causa de óbitos e determina uma carga enorme aos serviços de saúde, uma vez que apresentam uma tendência a se manifestarem em idades mais

precozes do que a observada comumente em países desenvolvidos. Em 1990, 46,7% das mortes relacionadas a essas patologias em países em desenvolvimento ocorreram antes dos 70 anos de idade, em contraste com apenas 22,8% nos países industrializados com alta renda *per capita* (MURRAY & LOPEZ, 1997).

Na sequência das causas de mortalidade mais comuns em homens de 25 a 59 anos no Brasil, as neoplasias malignas ou mais conhecidas como cânceres representam um importante desafio de Saúde Pública como descreveremos a seguir.

O termo *câncer* é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações (BRASIL, 2009). Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer – Organização Mundial da Saúde (IARC - OMS), o impacto global do câncer duplicou em 30 anos.

Atualmente, o câncer é uma das causas mais comuns de morbimortalidade, com mais de 10 milhões de novos casos e mais de 6 milhões de mortes a cada ano, no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Mais de 20 milhões de pessoas, mundialmente, vivem com o diagnóstico de câncer e mais da metade dos casos ocorrem em países em desenvolvimento (STEWART, 2003).

Sendo responsável por cerca de 20% de todas as mortes em países de alta renda e 10% em países de baixa renda, a previsão é de que até 2020 haverá, a cada ano, 15 milhões de novos casos e 10 milhões de mortes por câncer (STEWART, 2003).

Apesar dos progressos feitos na redução da incidência e das taxas de mortalidade e no aumento da sobrevivência, o câncer é a principal causa de morte entre homens e mulheres americanos com idade inferior a 85 anos. Um total de 475.211 pessoas com idade abaixo de 85 anos morreram de câncer nos Estados Unidos em 2007, em comparação com 380.791 óbitos por doenças cardíacas, que é a principal causa de morte geral nos Estados Unidos (JEMAL, 2010).

Importante causa de doença e morte também no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de mortalidade na população em geral, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2009). Portanto, a prevenção e o controle do câncer estão entre os mais importantes desafios científicos e de saúde pública da atualidade (BRASIL, 2009).

O câncer é uma das principais ameaças à Saúde Pública no mundo desenvolvido e, cada vez mais, nos países em desenvolvimento, sendo caracterizada com uma epidemia

silenciosa (PETERSEN, 2009). No Brasil, é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde enfrenta na atualidade, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica (BRASIL, 2011a).

A incidência global do câncer continua alta, em grande parte, devido ao envelhecimento da população e pela crescente adoção de comportamentos não saudáveis, particularmente pelo tabagismo, nos países economicamente desenvolvidos (JEMAL, 2011).

O aumento do número de casos de câncer nesses países e, cada vez mais, em países de baixa e média renda, também é devida aos níveis elevados e crescentes de prevalência dos fatores de risco para a doença (STEWART, 2003).

Com relação às neoplasias malignas em homens brasileiros de 25 a 59 anos, vamos dar ênfase aos cânceres de boca e de próstata por corresponderem a importantes causas de mortalidade por câncer nessa população.

O *câncer de boca* é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e figura entre as importantes causas de óbito por neoplasias no Brasil (BRASIL, 2006).

De acordo com dados da tabela 1, o câncer da cavidade oral encontra-se como a sétima causa de mortalidade por câncer em homens no período de 2001 a 2010 e o câncer de próstata representa a segunda causa mais comum de mortalidade por câncer em homens no Brasil no mesmo período (BRASIL, 2011b).

Tomando-se em consideração as cinco localizações primárias de câncer e suas respectivas taxas de mortalidade, tem-se, de acordo com dados do Gráfico 3, que o câncer de próstata aparece como principal causa de mortalidade por câncer em homens no estado do Ceará no período de 2006 a 2010.

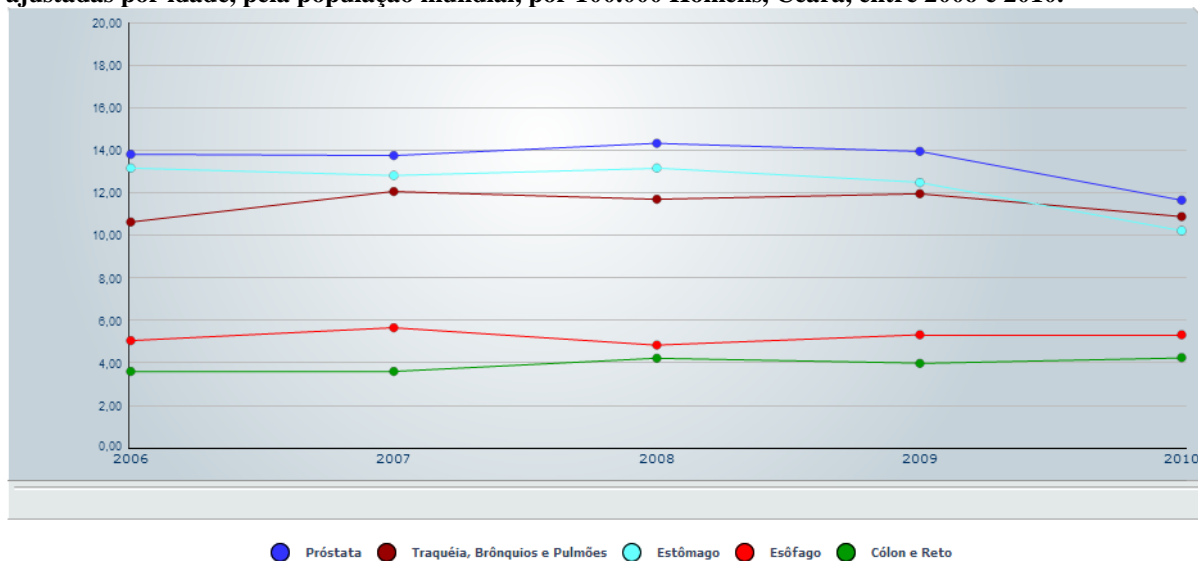
No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais incidente entre homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. No Ceará, o câncer de próstata e da cavidade oral foram considerados, respectivamente, o primeiro e o quinto tipos mais incidentes de câncer de acordo com estimativas para o ano de 2012, quando se exclui o tipo de câncer pele não melanoma (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em Homens, Brasil, para os períodos entre 2001-2005 e 2006-2010.

Topografia	2001 – 2005	2006 – 2010
Traquéia, Brônquios e Pulmões	15,7	15,0
Próstata	12,7	13,8
Estômago	10,9	9,7
Esôfago	6,5	6,4
Cólon e Reto	6,0	6,6
Fígado e vias biliares intra-hepáticas	4,4	4,7
Cavidade Oral	4,3	4,2
Encéfalo	3,9	3,8
Leucemias	3,8	3,5
Neoplasia Maligna sem Especificação de Localização	3,8	3,6
Pâncreas	3,6	3,9
Laringe	3,6	3,5
Tecido linfático	2,8	2,7
Vesícula Biliar	1,0	1,0
Outras Localizações	17,0	17,5

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

Gráfico 3 - Taxas de mortalidade das cinco localizações primárias de câncer mais frequentes em 2010, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 Homens, Ceará, entre 2006 e 2010.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

Em Fortaleza, com relação às taxas brutas de incidência dos cânceres de próstata e de cavidade oral, nota-se um comportamento semelhante ao Estado do Ceará, em que esses tipos de câncer figuram como o primeiro e o quinto tipos mais incidentes, respectivamente, quando se excluem os casos de câncer de pele não melanoma (Gráfico 4).

O câncer de boca é um problema grave e crescente em diversas partes do mundo. Sua incidência anual é estimada em cerca de 275.000 casos, sendo que dois terços ocorrem em países em desenvolvimento (FERLAY, 2004).

No Brasil, sem considerar os tumores da pele não melanoma, o câncer de boca em homens é o quarto mais frequente na região Nordeste. (BRASIL, 2011b).

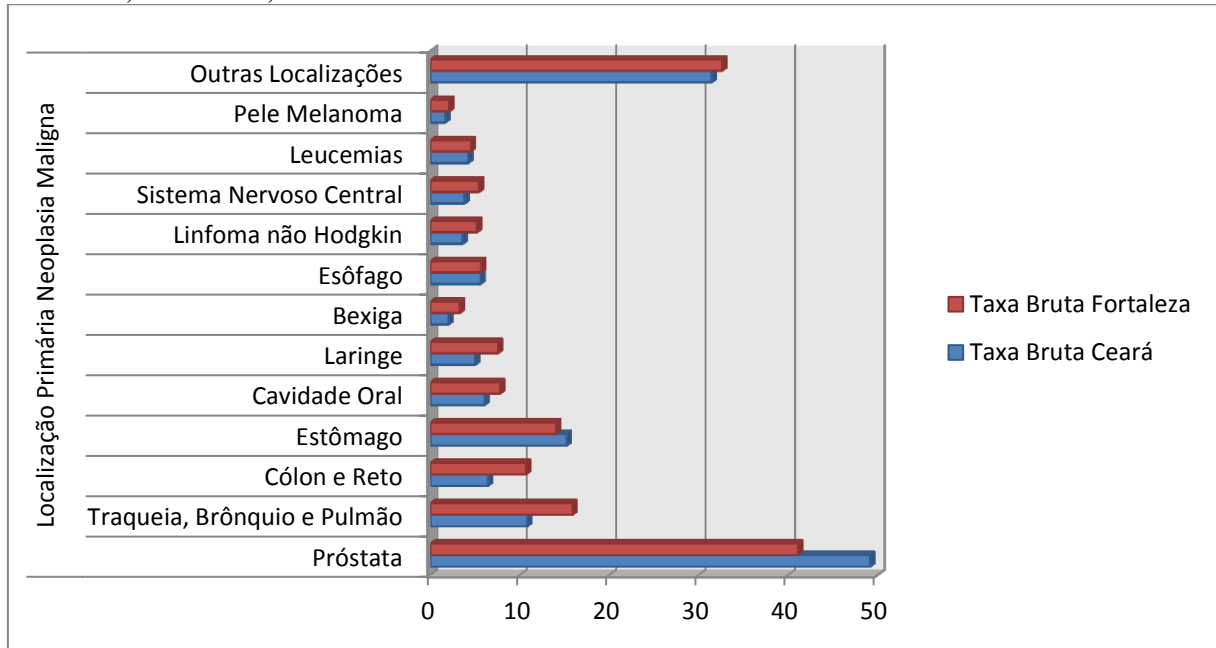
Tabela 2 - Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo localização primária* em homens, Ceará.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de casos novos			
	Homens			
	Ceará		Fortaleza	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.110	49,19	490	41,14
Traqueia, Brônquio e Pulmão	470	10,85	190	15,90
Cólon e Reto	280	6,45	130	10,69
Estômago	650	15,26	170	14,07
Cavidade Oral	260	6,04	90	7,78
Laringe	220	5,02	90	7,55
Bexiga	90	2,04	40	3,31
Esôfago	240	5,60	70	5,69
Linfoma não Hodgkin	160	3,63	60	5,22
Sistema Nervoso Central	160	3,85	60	5,46
Leucemias	180	4,23	50	4,52
Pele Melanoma	70	1,64	30	2,13
Outras Localizações	1.350	31,45	390	32,61
Subtotal	6.240	145,30	1.860	155,44
Pele não Melanoma	2.090	48,74	480	40,22
Todas as Neoplasias	8.330	193,96	2.340	195,56

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Fonte: INCA, 2012

Gráfico 4 - Taxas brutas de incidência* de câncer, estimadas para o ano de 2012, excluindo-se pele não melanoma, em homens, Ceará.



*Valores por 100 mil habitantes

Fonte: INCA, 2012

O câncer de boca é o sétimo câncer mais comum entre os brasileiros e a distribuição de novos casos é bastante heterogênea, com cerca de 30% da doença ocorrendo nas capitais do país. Em geral, as regiões Sul e Sudeste lideram com as mais altas taxas, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas menores. Entre os vários registros de base populacional de câncer no Brasil, São Paulo e Porto Alegre registram as mais altas taxas de câncer bucal (WARNAKULASURIYA, 2009).

O câncer de boca continua a ser uma doença letal para mais de 50% dos casos diagnosticados anualmente (WARNAKULASURIYA, 2009). Há uma alarmante falta de conscientização sobre o câncer oral, seus sintomas e causas e essas lacunas no conhecimento necessário devem ser abordados pela educação pública e destinados, principalmente, aos grupos de risco (WARNAKULASURIYA, 2009).

Além disso, dados dos Registros Hospitalares de Câncer mostram que a maioria dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada da doença, cujo tratamento deixa de ser curativo, sendo na maioria dos casos mutilante, o que influi no tempo e qualidade de sobrevivência desses pacientes (BRASIL, 2002).

O câncer de boca está entre as neoplasias mais frequentes, apresentando a maior taxa de mortalidade no segmento cabeça e pescoço (FERLAY *et al*, 1998; JOHNSON, 1991).

Na maior parte dos países, ele é mais comum nos homens que nas mulheres. As diferenças sexuais são atribuídas a uma maior exposição aos hábitos de risco e à luz solar (para o câncer de lábio) diretamente relacionados com as ocupações ao ar livre, por parte do sexo masculino. A proporção homem/mulher diagnosticados com câncer bucal, no entanto, diminuiu ao longo das décadas, sendo, atualmente de 1,5:1, respectivamente (SEER, 2004).

Estima-se que 263.900 novos casos e 128.000 mortes por câncer de boca ocorreram em 2008, em todo o mundo. Tabagismo, uso de álcool, produtos de tabaco sem fumaça e infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV) são os principais fatores de risco para o câncer de cavidade oral, com o fumo e o álcool tendo efeitos sinérgicos para o risco da doença (HASHIBE, 2009).

Segundo dados do Ministério da Saúde, estimaram-se 9.990 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.180 em mulheres no ano de 2012. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2011b).

No entanto, o câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção de saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce (BRASIL, 2006). Quando diagnosticado e tratado precocemente, esse tipo de neoplasia apresenta bom prognóstico (BRASIL, 2011b).

Observa-se que é possível, através de medidas que resultem na redução da exposição a fatores de risco, diminuir a incidência do câncer bucal no Brasil. Portanto, justifica-se o envolvimento de profissionais de saúde da Atenção Primária em ações educativas no intuito de alertar a população de risco para prevenção do câncer de boca, incentivando a realização da inspeção visual, seja feita pelo próprio indivíduo ou pelo cirurgião-dentista (BRASIL, 2002).

Deste modo, a possibilidade de prevenção do câncer de boca através de ações que estimulem mudanças de comportamento na população para redução da exposição a fatores de risco para esse tipo de câncer é evidente (BRASIL, 2002).

Ações educativas voltadas para estimular a população a realizar o exame clínico da boca e para sensibilizar profissionais de saúde para o rastreamento oportunístico de grupos de risco devem fazer parte das políticas educativas para a prevenção do câncer no país (BRASIL, 2002).

No que se refere ao programa de detecção precoce, não existem evidências diretas mostrando que o rastreamento resulte em diminuição da mortalidade por câncer oral.

Diferente do que se observa hoje em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero, ainda existem alguns elementos que dificultam a eficácia e a efetividade do programa de rastreamento em massa para a redução da mortalidade e morbidade do câncer da boca (BRASIL, 2002).

Considerado como o mais prevalente em homens no mundo, o câncer de próstata apresenta uma estimativa de 1,5 milhão de casos diagnosticados nos anos de 2005 a 2009 (CRAWFORD, 2009). O número de casos novos diagnosticados anualmente é de aproximadamente 543 mil casos por ano, representando 15,3% de todos os casos de câncer incidentes em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento.

Para o Brasil, no ano de 2012, foram estimados 60.180 casos novos de câncer da próstata. Esses valores correspondem a um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens (BRASIL, 2011b).

O diagnóstico de casos de câncer de próstata latentes em indivíduos assintomáticos, seja pela detecção de casos novos através dos programas de rastreamento, seja pela detecção do câncer latente no tecido removido durante operações ou em necropsias influenciou o aumento acentuado nas taxas de incidência (PEDEN *et al*, 2002; PARKIN *et al*, 2005). As taxas aumentaram especialmente em regiões onde o rastreamento através do teste do Antígeno Prostático Específico (PSA) é comum como, por exemplo, nos Estados Unidos. Apesar disso, a identificação precoce do câncer de próstata em maior escala não pode explicar a totalidade do padrão observado, já que a mortalidade (e não somente a incidência) também tem aumentado nos últimos anos (FEUER *et al*, 1999).

No Brasil, o aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país podem explicar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos (BRASIL, 2011b).

Alguns fatores de risco podem ser considerados para o desenvolvimento do câncer de próstata, dentre eles, idade acima de 50 anos, raça/etnia negra, história familiar, obesidade e dietas com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio (CRAWFORD, 2009).

O câncer de próstata pode ser considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. Apesar do uso do Antígeno Prostático Específico (PSA) como ferramenta de rastreamento ser discutível, ele aumenta as taxas de detecção do câncer de próstata (CATALONA *et al*, 1991; COONER *et al*, 1990), especialmente de cânceres mais

provavelmente confinados, permitindo tratamento curativo (MOORE *et al*, 2009; GALPER *et al*, 2006).

De acordo com a *American Cancer Society* (2013), é recomendado que os homens tenham a oportunidade de tomar uma decisão informada a respeito do rastreamento para câncer de próstata, juntamente com o profissional de saúde. Essa decisão deve ser tomada após a obtenção de informações sobre as incertezas, riscos e benefícios potenciais do rastreamento do câncer de próstata.

Tal discussão sobre o rastreamento pode ser iniciada de acordo com as situações a seguir:

- A partir dos 50 anos para homens com risco habitual e com expectativa de vida de no mínimo mais 10 anos;
- A partir dos 45 anos para homens com alto risco de desenvolver câncer de próstata. Esse grupo inclui homens de raça/etnia negra e homens com parente de primeiro grau (pai, irmão ou filho) diagnosticado com câncer de próstata em idade precoce (antes de 65 anos de idade);
- A partir de 40 anos para homens com risco ainda maior, incluindo aqueles com mais de um parente de primeiro grau que tiveram câncer de próstata em idade precoce;

Após essa discussão, aqueles homens que desejarem o rastreamento devem ser testados com o antígeno prostático específico, mais conhecido por sua sigla em inglês, PSA (*prostate specific antigen*). O exame de toque retal também pode ser feito como parte do rastreamento.

Se após essa discussão, o homem ainda é incapaz de decidir se a testagem lhe é adequada, o médico pode tomar essa decisão, que deve levar em conta as preferências gerais de saúde do paciente e seus valores.

Se não for encontrado nenhum tipo de câncer de próstata, o tempo entre os rastreamentos futuros depende dos resultados de teste sanguíneo de PSA:

- A cada dois anos no caso de homens que escolhem ser testados e tem exames de PSA com valores menores que 2,5 ng/ml;
- A cada ano para homens cujo nível de PSA é igual ou maior que 2,5 ng/ml.

Devido ao fato de o câncer de próstata geralmente crescer de forma lenta, homens que não tenham uma expectativa de vida maior que 10 anos não devem ser testados, uma vez que, provavelmente, não se beneficiarão.

2.2 O Papel da Atenção Primária em Ações de Proteção, Prevenção e Promoção da Saúde Voltadas para a População Masculina

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, o que faz da prevenção um componente essencial de todos os planos de controle do câncer (BRASIL, 2011a).

Diante disso, compreender e controlar as doenças oncológicas requer, além de conhecimentos científicos, uma gestão competente e o melhor uso dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle da doença (BRASIL, 2009).

De acordo com o texto constitucional, um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é a *integralidade da assistência* que combina, de forma harmônica e igualitária, as ações e serviços de saúde preventivos com os assistenciais ou curativos (CARVALHO e *et al*, 2006).

As ações preventivas e assistenciais têm, no plano das políticas de saúde, impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde (MATTOS e *et al*, 2005).

Uma proporção significativa de casos de câncer poderia ser evitada por meio da aplicação do conhecimento existente sobre o controle da doença, através da implementação de programas de controle do tabagismo, de detecção e tratamento precoce, bem como campanhas de Saúde Pública com o objetivo de incentivar atividade física e hábitos alimentares saudáveis (JEMAL, 2011), servindo também para o controle de fatores de risco de doenças do aparelho circulatório.

Portanto, face à gravidade da situação do câncer como problema de saúde que atinge toda a população, os profissionais de saúde, em maior ou menor intensidade, são responsáveis pelo sucesso das ações de controle da doença. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de neoplasias que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser evitados, o que faz da

prevenção um componente essencial de todos os planos de controle do câncer (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, a prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois, quando o número de casos novos aumentar de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Então, mais pessoas terão câncer e correrão o risco de morrer prematuramente por causa da doença. As consequências poderão ser devastadoras nos aspectos sociais e econômicos. O câncer pode se tornar um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico de países emergentes como o Brasil (BRASIL, 2011b).

Diante dessa situação alarmante, as políticas públicas de saúde só agora estão reconhecendo a necessidade de oferecimento de programas voltados para a prevenção e o tratamento das patologias mais prevalentes ou específicas dos homens. Mais do que criar a infraestrutura apropriada, será preciso mudar o comportamento da população masculina com relação à própria saúde (MEIRELES, 2009).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, uma das maneiras de organizar ações para o controle do câncer é pensar e planejar intervenções nos chamados grupos de risco, gerando assim ações preventivas mais efetivas (BRASIL, 2011a).

Observa-se a importância de que recursos e esforços sejam direcionados no sentido de fortalecer as estratégias de controle e prevenção do câncer de boca e de próstata na Atenção Primária, utilizando medidas efetivas de informação sobre a compreensão da doença e seus determinantes. A população em geral, por sua vez, para ser atingida, necessita de metodologia capaz de traduzir o conteúdo científico de forma clara, em linguagem fácil e acessível, e este é um grande desafio para os profissionais de saúde:

Portanto, os serviços de Atenção Primária precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde (MENDES, 1996; BRASIL, 1989; BRASIL, 2007).

Ressalta-se que, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a *educação em saúde* figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo

processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Nesta perspectiva, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de formas simples e contextualizadas, orientando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida (ALVES, 2011).

A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2007).

Neste cenário, dentre os diversos espaços de serviços de saúde, os de Atenção Primária se constituem como um *locus* privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e na ênfase em ações preventivas e promocionais de saúde.

É importante ressaltar que ocorre uma troca de conhecimentos entre o profissional e o usuário, estabelecendo-se um vínculo e, nesse estreitamento de relações, o indivíduo se sente confortável o suficiente para expor suas questões. É nesse momento, portanto, que o profissional pode por em prática o diálogo com o paciente, bem como a sua capacidade de escuta terapêutica.

2.3. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

No intuito de proporcionar uma melhor qualidade de atenção à saúde da população masculina no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu como prioridade a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2008, tentando direcionar a perspectiva do cuidado aos homens através da Atenção Primária, com ênfase na integralidade do cuidado e com fortalecimento e qualificação dos profissionais, além de garantir uma atenção que não se restrinja à recuperação e sim à promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Um dos principais objetivos dessa política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de

desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos níveis de morbimortalidade por causas preveníveis nessa população (BRASIL, 2008).

A construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reafirma a importância de três eixos metodológicos, conceituais e práticos, que são considerados fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações (BRASIL, 2008):

- Mudança do foco programático, deixando de lado a ideia de “adesão a programas assistenciais de saúde” e passando para uma perspectiva mais ampla, que privilegie a atenção integral com valorização fundamental da promoção da saúde e da qualidade de vida, tendo a *educação* como importante ferramenta para promoção de mudanças comportamentais, tão necessárias à consolidação das ações propostas;

- Articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens;

- Alinhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com a Política Nacional de Atenção Básica, que representa a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia Saúde da Família, evitando assim, a setorização de serviços ou a segmentação de estruturas.

Nessa ótica, a saúde do homem perpassa por um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção. No entanto, deve-se priorizar a Atenção Primária, com foco na Estratégia Saúde da Família, com a intenção de reduzir a morbidade e mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso (ALBANO, 2010).

Assim, a inclusão da população masculina nas ações de saúde da Atenção Primária representa um desafio a ser enfrentado e superado com estratégias que representem o empoderamento dessa população através da educação em saúde e de propostas que incluam o cuidado integral à saúde e o autocuidado. Com tais estratégias, os profissionais que atuam na Atenção Primária podem vislumbrar a participação efetiva de homens na aquisição de cidadania, através da sensibilização destes na busca de tornarem-se atores de suas demandas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a atenção à saúde da população masculina assistida pelas equipes do Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar de forma geral os participantes com relação aos fatores de risco de doença cardiovascular, câncer de próstata e câncer de boca;
- Analisar a capacidade de autocuidado dos participantes com relação às questões associadas às doenças cardiovasculares, urológicas e odontológicas;

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo

Este estudo se inseriu na modalidade de pesquisa descritiva correlacional, uma vez que se desejou conhecer os fatos e fenômenos que ocorrem em uma dada realidade, além de tentar estabelecer relações entre as variáveis. Os dados empíricos foram submetidos à abordagem quantitativa na busca do aprofundamento a respeito da capacidade do homem autocuidar-se (TRIVIÑOS, 1987).

4.2. Local do Estudo

O local da pesquisa compreendeu a área de abrangência do Bairro Presidente Kennedy, situado na região noroeste de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, na área administrativa da Secretaria Executiva Regional III. Segundo o IBGE, em 2010, a população estimada do bairro era de 26.000 habitantes, com densidade populacional de 130,6 habitantes/km², tendo uma proporção de 45,12% de homens e de 54,88% de mulheres.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída de 170 homens, selecionados da seguinte forma: homens com idade igual ou superior a 25 anos, residentes na área de abrangência do Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes, convidados pelos agentes comunitários de saúde a participarem de atividades de educação em saúde e consultas individuais no referido local. Foram convidados 15 homens por encontro e planejadas 16 atividades, que aconteceram semanalmente em um período de cinco meses, com uma previsão de 240 participantes. O total de homens que aceitou participar do Ambulatório do Grupo de Saúde do Homem (GSH) foi de 170. A média de participantes por GSH foi de 11 homens. Os GSH aconteceram no período de Agosto a Dezembro de 2013 e os participantes eram acolhidos pelo pesquisador que também é médico da Unidade de Saúde. Antes do momento da consulta individual, os homens participavam de um momento de conversa coletiva com o médico, em que aspectos relacionados à Saúde do Homem eram discutidos e os homens tinham oportunidade de expor

suas dúvidas e compartilhar experiências a respeito da saúde cardiovascular, urológica e bucal.

4.4. Escore de Framminghan para Uso na Atenção Primária à Saúde

O Escore de Framminghan para a Atenção Primária à Saúde (RALPH *et al*, 2008) utiliza os seguinte preditores não laboratoriais para avaliação de risco cardiovascular: a idade, o índice de massa corpórea (IMC), a pressão arterial sistólica (com e sem tratamento), uso de fumo e diabetes. Tal escore avalia o risco de adoecimento cardiovascular em 10 anos, sendo dividido em baixo (<10%), moderado (entre 10 e 20%) e alto risco (>20%) de acordo com a pontuação obtida pela pessoa (Anexo A).

4.5. Encaminhamentos e Solicitação de Exames

Os homens foram atendidos em consultas individuais e tiveram suas queixas ouvidas por profissional médico e, durante a consulta, os participantes que necessitaram de avaliação especializada foram devidamente encaminhados e tiveram exames solicitados por esse profissional que os orientou para tais marcações no Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes.

4.6. Instrumentos de Coleta de Dados

Essa investigação utilizou a técnica de entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, a qual constou de duas etapas: a primeira parte continha questões fechadas para obter os dados de identificação dos pesquisados e dados referentes ao risco de adoecimento cardiovascular, urológico e odontológico (Apêndice A). A segunda contemplou questões norteadoras referentes à capacidade de autocuidado, em relação à saúde geral e bucal (Apêndice B). Esse instrumento foi submetido a teste piloto para adequar os termos, de modo a não trazer ambiguidades nas respostas e avaliar sua aplicabilidade.

4.7. Processamento dos Dados e Análise Estatística

As fichas foram analisadas e digitadas, e os dados, processados no SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 20.0. As fichas com preenchimento inadequado ou incompleto foram descartadas. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. A partir dos dados coletados, os homens pesquisados foram analisados com relação às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, hábitos, estilo de vida e ações de autocuidado. Todos os dados obtidos neste estudo foram objeto de análise reflexiva sobre a questão focalizada, tendo suporte da literatura sobre o tema para que as conclusões fossem formuladas.

4.7. Considerações Éticas

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), respeitando as Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o número de protocolo 22/10.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados verbalmente dos objetivos e receberam o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) em duas vias.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil Socioeconômico

Ao todo, 170 homens participaram das atividades dos Grupos de Saúde do Homem. A faixa etária entre os participantes dos Grupos de Saúde do Homem variou entre 25 a 83 anos de idade, com idade média de $49,3 \pm 8,9$ anos. O maior número de participantes se concentrou nas faixas entre 40-49 anos (40,6%) e 50-59 anos (40%), representando 80,6% dos participantes. Os homens com 60 anos ou mais representaram apenas 8,8% do total. Os homens na faixa etária de 25 a 39 anos representaram 10,6% do total.

Com relação ao estado civil, 64,7% dos homens eram casados. Podemos incluir também nessa situação os participantes em União Estável, que representaram 12,4% dos homens do estudo. Os homens solteiros representaram 17,0% dos integrantes dos Grupos e juntamente com os homens divorciados (5,9%), somaram 22,9% dos participantes.

Notou-se baixo grau de escolaridade entre os participantes dos Grupos de Saúde do Homem, onde 38,8% não concluíram o Ensino Fundamental, incluindo os analfabetos, que representaram 2,9% do total de participantes. Tal situação mostrou-se mais grave com relação ao Ensino Médio, em que 58,2% dos participantes não o concluíram. Aqueles que conseguiram acessar o Ensino Superior representaram 20,6% do total de participantes, constituído por 15,9% dos participantes com Ensino Superior Incompleto e 4,7% dos participantes com Ensino Superior Completo.

A média de pessoas morando na casa com os participantes dos Grupos situou-se em 3,57 (DP $\pm 1,68$), demonstrando uma realidade semelhante ao restante do país, em que a média de pessoas por domicílio gira em torno de 3,3.

Com relação à religião, 71,8% dos participantes eram católicos, 18,8% eram evangélicos, 3% eram espíritas ou umbandistas e 5,9% relataram não ter religião.

A análise da renda familiar indicou que 48,8% dos participantes tem renda familiar menor que R\$ 1000,00, 31,8% dos participantes tem renda entre R\$1000,00 e R\$1999,00 e 19,4% tem renda acima de R\$ 2000,00.

Com relação ao trabalho, 90% dos participantes encontravam-se desempenhando alguma função laboral no momento do estudo e 10% não exerciam ocupações, sendo 5,3% de desempregados e 4,7% de aposentados.

Tabela 3 – Perfil socioeconômico dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%	
Faixa etária (anos) (n=170)			Média ± DP
25 – 39	18	10,6	49,34 ± 8,97
40 – 49	69	40,6	
50 – 59	68	40,0	
60 – 83	15	8,8	
Estado civil (n=170)			
Casado	110	64,7	
União estável	21	12,4	
Solteiro	29	17,1	
Divorciado / separado	10	5,9	
Escolaridade/Anos de estudo (n=170)			
Analfabeto	5	2,9	
Ensino Fundamental Incompleto	61	35,9	
Ensino Fundamental Completo	16	9,4	
Ensino Médio Incompleto	17	10	
Ensino Médio Completo	36	21,2	
Ensino Superior Incompleto	27	15,9	
Ensino Superior Completo	8	4,7	
Casa Própria (n=170)			
Sim	139	81,8	
Não	31	18,2	
Nº de pessoas no domicílio (n=170)			Média ± DP
1 a 2	45	26,5	3,57 ± 1,68
3 a 4	106	62,3	
5 a 11	19	11,2	
Religião (n=170)			
Católica	122	71,8	
Evangélica	32	18,8	
Espírita	3	1,8	
Umbandista	2	1,2	
Não tem	11	6,5	
Renda Familiar (n=170)			
Menos de 1 Salário Mínimo*	1	0,6	
Igual a 1 Salário Mínimo*	19	11,2	
Entre 1 Salário Mínimo* e R\$ 999,00	63	37,1	
Entre R\$ 1000,00 e R\$ 1999,00	54	31,8	
Entre R\$ 2000,00 e R\$ 2999,00	24	14,1	
Igual ou maior a R\$ 3000,00	9	5,3	
Trabalha atualmente? (n=170)			
Sim	153	90,0	
Não	9	5,3	
Aposentado (não trabalhando atualmente)	8	4,7	

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013. *Salário mínimo durante o ano de 2013 era de R\$678,00

5.2 Avaliação Cardiovascular e Urológica

Com relação à história familiar de Infarto do Coração, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), verificou-se que a HAS foi o agravo com maior referência, em que 49,4% dos participantes referiram casos na família, seguido por DM contabilizando referência de 39,4%, por AVC com 22,4% e por Infarto do coração, tendo sido referido por 20,6%. Os participantes que apresentavam casos de câncer de próstata na família (n=43) representaram 25% dos homens, sendo o parente mais afetado na referência dos grupos o pai, com 62,8% de citação.

Com relação ao uso de substâncias que causam dependência química, somente 6,5% (n=11) dos participantes dos GSH referiram fazer uso de tais substâncias.

Sobre a condição de ser portador de condição crônica como Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica, o índice de participantes que referiu ser portador dessas condições foi de 14,1% para Diabetes Mellitus e de 33,5% para Hipertensão Arterial Sistêmica. Quando indagados sobre medicamentos de uso contínuo, 42,9% dos participantes dos GSH referiram fazer uso de medicamentos de uso contínuo.

Foi possível calcular o Escore de Framminghan para a Atenção Primária em 63,5% (n=108) dos 170 participantes. Desses 108 participantes, 29,7% apresentaram risco baixo para o adoecimento cardiovascular em 10 anos. A grande maioria (70,3%) apresentava risco moderado ou alto para o adoecimento cardiovascular em 10 anos, representados respectivamente por 36,1% e por 34,2% dos 108 participantes que tiveram o Escore de Framminghan calculado.

Com relação à presença de neoplasias, somente 1,2% dos participantes (n=2) referiu ser portador de algum tipo de câncer, sendo o câncer de pele o único referido por eles.

Definida como “a incapacidade de obter ou manter uma ereção suficiente para um desempenho sexual satisfatório” (IMPOTENCE, 1992), a disfunção erétil (DE) representa uma questão de saúde mundial que afeta cerca de metade dos homens acima de 40 anos. Dos participantes dos GSH, 23,5% (n=40) referiram ter disfunção erétil (DE). No estudo em questão, somente 2,5% (n=1) dos que referiram DE tinha idade inferior a 40 anos. A grande maioria 97,5% (n=39) apresentava idade superior a 40 anos, sendo a idade máxima de 63 anos.

Somente 3,5% (n=6) dos participantes dos GSH referiram fazer uso de substâncias para ajudar na relação sexual. Dos que referiram uso de substâncias, somente um participante referiu fazer uso de inibidores da fosfodiesterase, dentre os quais, o mais conhecido é o medicamento Viagra® e os outros cinco relataram uso de “vitaminas”.

Tabela 4 – Avaliação cardiovascular e urológica dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%
História Familiar Positiva (n=170)		
Infarto	35	20,6
Hipertensão Arterial Sistêmica	84	49,4
Diabetes Mellitus	67	39,4
Acidente Vascular Cerebral	38	22,4
Outros	17	10,0
Casos de Câncer de Próstata na Família (n=170)		
Sim	43	25,3
Não	127	74,7
Grau de parentesco Câncer de Próstata (n=43)		
Irmão	6	13,9
Pai	27	62,8
Tio	9	20,9
Primo	-	-
Avô	4	9,3
Outros	-	-
Dependência Química (n=170)		
Sim	11	6,5
Não	159	93,5
Sabidamente diabético (n=170)		
Sim	24	14,1
Não	146	85,9
Sabidamente hipertenso (n=170)		
Sim	57	33,5
Não	113	66,5
Medicamentos de Uso Contínuo (n=170)		
Sim	73	42,9
Não	97	57,1
Escore de Framminghan para Uso na Atenção Primária (n=108)		
Risco Baixo	32	29,7
Risco Moderado	39	36,1
Risco Alto	37	34,2
Histórico pessoal de câncer (n=170)		
Sim	2	1,2
Não	168	98,8
Queixas de disfunção erétil (n=170)		
Sim	40	23,5
Não	130	76,5
Toma algum medicamento para ajudar na relação sexual (n=170)		
Sim	3,5	6
Não	96,5	164

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

5.3 Avaliação do Adoecimento de Câncer Bucal

Com relação ao tabagismo, a grande maioria (81,2%) referiu que não fumava; Dentre os fumantes (n=32), 40,7% consumiam entre 10 e 20 cigarros por dia, 37,5% referiram usar menos de 10 cigarros por dia, 16,2% fumavam esporadicamente e 6,2% referiram fumar mais de 20 cigarros por dia.

O uso de bebidas alcoólicas foi de 51,8% entre dos participantes. Dentre os que consumiam bebida alcoólica (n=88), 39,8% o faziam uma vez por semana, seguidos daqueles que a consumiam esporadicamente (34,1%). Os homens que consumiam bebida alcoólica de 2

a 4 vezes por semana representaram 20,4% e o índice daqueles que bebiam álcool diariamente foi de 5,7% desse total (n=88).

A grande maioria (57,6%) dos participantes referiu não fazer uso de proteção contra o sol (camisa de mangas compridas, boné, chapéu e/ou protetor solar). O uso de boné foi referido por 18,2% dos participantes, seguido de protetor solar (15,3%), chapéu (3,5%) e camisa de mangas compridas (1,2%). O uso concomitante de duas ou mais proteções contra o sol foi indicado por 4,2% dos participantes. O trabalho sob o sol foi referido por 39,4% dos participantes (n=67) e destes, 64,2% referiram o uso de proteção solar.

Quando indagados sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, 33,5% dos participantes referiram já ter apresentado algum tipo de DST durante o curso de suas vidas. Já a presença de câncer de boca em familiares de 1º grau (ascendentes, descendentes e colaterais) foi relatada por somente 1,2% dos participantes.

Tabela 5 – Avaliação do Adoecimento de câncer bucal dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%
Tabagismo (n=170)		
Sim	32	18,8
Não	138	81,2
Quantidade de cigarros consumida (n=32)		
Mais de 20 cigarros/dia	2	6,2
De 10 a 20 cigarros/dia	13	40,7
Menos de 10 cigarros/dia	12	37,5
Esporadicamente	5	15,6
Consumo de álcool (n=170)		
Sim	88	51,8
Não	82	48,2
Frequência do consumo de álcool (n=88)		
Diariamente	5	5,7
De 2 a 4 vezes por semana	18	20,4
Uma vez por semana	35	39,8
Esporadicamente	30	34,1
Usa proteção contra o sol (n=170)		
Sim		
Boné	31	18,2
Protetor Solar	26	15,3
Chapéu	6	3,5
Camisa de mangas compridas	2	1,2
Dois ou mais dos acima	7	4,2
Não	98	57,6
Trabalha em Atividade que se expõe ao sol (n=170)		
Sim	67	39,4
Não	103	60,6
Trabalha sob o sol e usa proteção contra o sol (n=67)		
Sim	43	64,2
Não	24	35,8
Doença sexualmente transmissível, passado e atualidade (n=170)		
Sim	57	33,5
Não	113	66,5
Câncer de boca em familiares (n=170)		
Sim	2	1,2
Não	168	98,8

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

5.4 Avaliação do Autocuidado em Relação à Saúde Geral, Cardiovascular e Urológica

Na parte de avaliação do autocuidado em relação à saúde geral, a pergunta “Costuma ir ao médico regularmente?” foi utilizada e 42,1% dos 170 integrantes dos GSH referiram ir ao médico de forma regular, disseram sim.

Por faixa etária, os homens de 50 a 59 anos (n=68) lideraram a ida ao médico de forma regular (47,1%). Em segundo lugar, os homens de 60 a 83 anos (n=15), com ida ao médico de forma regular referida por 40% destes. Dos participantes de 40 a 49 anos (n=69) e de 25 a 39 anos (n=18), a ida ao médico de forma regular foi referida por 37,7% e por 33,3%, respectivamente.

A ida ao médico de forma regular foi maior entre os homens solteiros (n=29) e divorciados (n=10), tendo sido referida por 48,3% dos homens solteiros e por 50% dos homens divorciados. Entre os homens casados (n=110) e com união estável (n=21), a ida ao médico de forma regular foi referida por 40% dos casados e por 33,3% dos homens com união estável.

Passando para a categorização por Grau de Escolaridade, os homens com Ensino Fundamental Completo (n=16) foram os que mais referiram ir ao médico de forma regular, seguidos pelos homens analfabetos (n=5), sendo a ida ao médico referida por 62,5% dos primeiros e por 60% dos últimos. Os participantes com Ensino Fundamental Incompleto (n=61) formaram categoria mais representativa do estudo e 39,3% destes referiram ir ao médico de forma regular. A ida ao médico de forma regular foi referida por 41,2% dos participantes com Ensino Médio Incompleto (n=17) e por 41,7% dos participantes com Ensino Médio Completo (n=36). Dentre os homens com Ensino Superior Incompleto (n=27) e com Ensino Superior Completo (n=8), a ida ao médico de forma regular foi referida por somente 29,6% dos primeiros e por 37,5% dos últimos, sendo estes os percentuais mais baixos dentre os participantes.

Quando indagados sobre a data da última consulta, 64,1% dos participantes referiram ter procurado consulta médica nos últimos 12 meses, 22,4% dos participantes referiram ter buscado consulta médica em um período entre 13 e 36 meses e 10% referiram que a busca por consulta médica havia ocorrido em um período superior a 36 meses. Dos participantes, 3,5% não lembravam a data da última consulta com o profissional médico.

A maioria dos participantes (64,1%) referiu ter a sua pressão arterial verificada de forma regular, em oposição ao fato de somente 28,8% dos homens terem a glicemia capilar

verificada de forma regular. A média de idade dos participantes foi de $49,34 \pm 8,9$ anos, sendo a faixa etária acima de 40 anos representada por 89,4% dos participantes (n=152).

Tabela 6 – Avaliação do Autocuidado em relação à saúde geral e cardiovascular dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Ida ao médico e verificação de pressão arterial e glicemia, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%
Costuma ir ao médico regularmente (n=170)		
Sim	70	41,2
Não	100	58,8
Ida regular ao médico por faixa etária		
Sim		
25-39 anos (n=18)	6	33,3
40-49 anos (n=69)	26	37,7
50-59 anos (n=68)	32	47,1
>60 anos (n=15)	6	40
Não		
25-39 anos (n=18)	12	66,7
40-49 anos (n=69)	43	62,3
50-59 anos (n=68)	36	52,9
>60 anos (n=15)	9	60
Ida regular ao médico por estado civil		
Sim		
União Estável (n=21)	7	33,3
Casado (n=110)	44	40
Solteiro (n=29)	14	48,3
Divorciado (n=10)	5	50
Não		
União Estável (n=21)	14	66,7
Casado (n=110)	66	60
Solteiro (n=29)	15	51,7
Divorciado (n=10)	5	50
Ida regular ao médico por escolaridade		
Sim		
Analfabeto (n=5)	3	60
Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	24	39,3
Ensino Fundamental Completo (n=16)	10	62,5
Ensino Médio Incompleto (n=17)	7	41,2
Ensino Médio Completo (n=36)	15	41,7
Ensino Superior Incompleto (n=27)	8	29,6
Ensino Superior Completo (n=8)	3	37,5
Não		
Analfabeto (n=5)	2	40
Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	37	60,7
Ensino Fundamental Completo (n=16)	6	37,5
Ensino Médio Incompleto (n=17)	10	58,8
Ensino Médio Completo (n=36)	21	58,3
Ensino Superior Incompleto (n=27)	19	70,4
Ensino Superior Completo (n=8)	5	62,5
Data da última consulta (n=170)		
Nos últimos 12 meses	109	64,1
Entre 13 e 36 meses	38	22,4
Há mais de 36 meses	17	10
Não lembrou	6	3,5
Pressão Arterial verificada regularmente (n=170)		
Sim	109	64,1
Não	61	35,9
Glicemia verificada regularmente (n=170)		
Sim	49	28,8
Não	121	71,2

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

A prática regular de atividades físicas foi referida por 41,8% dos participantes (n=170). A categorização por faixa etária demonstrou que homens entre 25 e 39 anos (n=18) referiram maior prática de atividade física (61,1%), seguidos por homens com idade entre 60 e 83 anos (53,3%). Dos homens na faixa etária de 40 a 49 anos (n=69), 44,9% referiram prática regular de atividade física, seguidos dos participantes entre 50 e 59 anos (n=68), em que apenas 30,9% referiram tal prática. Os homens que conseguiram acesso ao Ensino Superior, tanto completo (n=8) como incompleto (n=27), foram os que referiram maior prática regular de atividade física, respectivamente 62,5% e 51,9%.

Tabela 7 – Avaliação do Autocuidado em relação à saúde geral e cardiovascular dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Prática de atividade física, Fortaleza, 2013.

Prática regular de atividade física (n=170)			
Sim		71	41,8
Não		99	58,2
Prática regular de atividade física por faixa etária			
Sim	25-39 anos (n=18)	11	61,1
	40-49 anos (n=69)	31	44,9
	50-59 anos (n=68)	21	30,9
	>60 anos (n=15)	8	53,3
Não	25-39 anos (n=18)	7	38,9
	40-49 anos (n=69)	38	55,1
	50-59 anos (n=68)	47	69,1
	>60 anos (n=15)	7	46,7
Prática regular de atividade física por escolaridade			
Sim	Analfabeto (n=5)	2	40
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	21	34,4
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	6	37,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	8	47,1
	Ensino Médio Completo (n=36)	15	41,7
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	14	51,9
	Ensino Superior Completo (n=8)	5	62,5
Não	Analfabeto (n=5)	3	60
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	40	65,6
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	10	62,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	9	52,9
	Ensino Médio Completo (n=36)	21	58,3
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	13	48,1
	Ensino Superior Completo (n=8)	3	37,5

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

Dos 170 participantes, 30% indicaram que já haviam sido submetidos ao exame de toque retal e 54,7% já haviam se submetido ao exame de sangue para a detecção do Antígeno Prostático Específico, mais comumente conhecido pela sua sigla em inglês, PSA.

Dos participantes com faixa etária entre 50 e 59 anos (n=68), 42,6% indicaram já terem sido submetidos ao exame de toque retal e entre os homens com faixa etária entre 60 e 83 anos (n=15), 66,7% indicaram já haver sido submetidos a tal procedimento. A data de realização do exame dos participantes que foram submetidos ao toque retal (n=51) foi referida

por 21,6% destes nos últimos 12 meses, por 29,4% no período entre 13 e 24 meses e por 49% em um período superior a 24 meses.

Dos participantes que não foram submetidos ao exame de toque retal (n=119), 46,2% disseram não ter tido acesso à consulta médica, 16% acreditavam não estar na faixa etária recomendada e 9,2% por desconhecimento a respeito do exame. Indicações de preconceito quanto ao exame, inutilidade do mesmo e medo do procedimento compreenderam, respectivamente, 10,1%, 6,7% e 4,2%. Outros motivos sem especificação para a não realização do exame foram informados por 7,6% do grupo que não foi submetido ao toque retal.

Em relação aos homens que tiveram coleta do exame de PSA (n=93), a data de realização do mesmo foi referida por 60,2% dos participantes nos últimos 12 meses, 22,6% indicaram a realização do exame entre os últimos 13 e 24 meses e 15% em um período superior a 24 meses. Somente 2,1% dos que tiveram o exame de PSA coletado disseram não lembrar a data de realização do mesmo.

Quando perguntados sobre acharem que o exame de PSA substitui o exame de toque retal, 72,4% dos participantes referiram que o exame de PSA não substitui o exame de toque retal.

Dos 170 participantes, 88,8% disseram ter vida sexual ativa e destes (n=151), 68,9% referiram que não faziam uso de preservativos durante as relações sexuais. Dentre os participantes que referiram ter vida sexual ativa, o uso de preservativo durante as relações sexuais foi maior na faixa etária de 50-59 anos, em que 41,4% referiram tal prática, seguidos por 26,7% dos homens entre 25 e 39 anos, 26,6% dos participantes entre 40 e 49 anos, e por somente 14,3% entre os homens de 60 a 83 anos.

Tabela 8 – Avaliação do autocuidado em relação à saúde urológica e sexual dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%
Foi submetido ao exame de toque retal (n=170)		
Sim	51	30
Não	119	70
Exame de toque retal por faixa etária		
Sim		
25-39 anos (n=18)	1	5,6
40-49 anos (n=69)	11	15,9
50-59 anos (n=68)	29	42,6
>60 anos (n=15)	10	66,7
Não		
25-39 anos (n=18)	17	94,4
40-49 anos (n=69)	58	84,1
50-59 anos (n=68)	39	57,4
>60 anos (n=15)	5	33,3
Quando foi feito o exame de toque retal (n=51)		
Nos últimos 12 meses	11	21,6
Entre 13 e 24 meses	15	29,4
Há mais de 24 meses	25	49
Não lembrou	-	-
Porque não foi submetido ao exame de toque retal (n=119)		
Medo	5	4,2
Preconceito	12	10,1
Por achar inútil	8	6,7
Não teve acesso à consulta médica	55	46,2
Desconhecimento	11	9,2
Faixa etária não recomendada	19	16
Outro motivo não especificado	9	7,6
Foi submetido ao exame de PSA (n=170)		
Sim	93	54,7
Não	77	45,3
Quando foi feito o exame de PSA (n=93)		
Nos últimos 12 meses	56	60,2
Entre 13 e 24 meses	21	22,6
Há mais de 24 meses	14	15
Não lembrou	2	2,1
Acha que o PSA substitui o toque retal		
Sim	47	27,6
Não	123	72,4
Vida sexual ativa		
Sim	151	88,8
Não	19	11,2
Usa preservativo nas relações sexuais (n=151)		
Sim	47	31,1
Não	104	68,9
Uso do preservativo nas relações sexuais por faixa etária		
Sim		
25-39 anos (n=15)	4	26,7
40-49 anos (n=64)	17	26,5
50-59 anos (n=58)	24	41,4
>60 anos (n=14)	2	14,3
Não		
25-39 anos (n=15)	11	73,3
40-49 anos (n=64)	47	73,4
50-59 anos (n=58)	34	58,6
>60 anos (n=14)	12	85,7

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

5.5 Avaliação do Autocuidado em Relação à Saúde Bucal

A escovação dental por três ou mais vezes ao dia foi referida por 48,8% dos homens. Frequência de escovação de duas vezes ao dia foi referida por 38,2% dos homens. Participantes com frequência de escovação de uma vez ao dia representaram 10% do total e 2,9% referiram que não escovavam os dentes diariamente.

A ida ao dentista de forma regular foi indicada por somente 34,7% dos participantes (n=170), evidenciando uma baixa frequência aos consultórios dentários. Dentre os participantes que vão regularmente ao dentista, aqueles com faixa etária entre 25-39 anos (n=18) foram os que apresentaram maior frequência de ida ao dentista (66,7%), seguidos por homens entre 60 a 83 anos (46,7%), 40-49 anos (36,2%) e 50-59 anos com somente 22,1% de frequência de ida regular ao dentista. A ida ao dentista de forma regular foi referida por 41,4% dos homens solteiros (n=18) e por 50% dos homens divorciados (n=10) e dentre os homens casados (n=110) ou em união estável (n=21), a ida regular ao odontólogo foi, respectivamente de 32,7% e 28,6%.

Quando indagados sobre a data da última consulta com o dentista, 38,8% dos homens referiram ter ido ao dentista há menos de um ano, 34,2% disseram ter buscado consulta no período entre um e cinco anos. O período de mais de cinco anos da data da última consulta foi referido por 18,2% dos participantes e não lembraram a data da última consulta um total de 10,6%.

Tabela 9 – Avaliação do autocuidado em relação à saúde bucal dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Escovação dental e ida ao dentista, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%	
Frequência de escovação dental (n=170)			
Três ou mais vezes ao dia	83	48,8	
Duas vezes ao dia	65	38,2	
Uma vez ao dia	17	10	
Não escova diariamente	5	2,9	
Costuma ir ao dentista regularmente (n=170)			
Sim	59	34,7	
Não	111	65,3	
Ida regular ao dentista por faixa etária			
Sim	25-39 anos (n=18)	12	66,7
	40-49 anos (n=69)	25	36,2
	50-59 anos (n=68)	15	22,1
	>60 anos (n=15)	7	46,7
Não	25-39 anos (n=18)	6	33,3
	40-49 anos (n=69)	44	63,8
	50-59 anos (n=68)	53	77,9
	>60 anos (n=15)	8	53,3
Ida regular ao dentista por estado civil			
Sim	Casado (n=110)	36	32,7
	Solteiro (n=29)	12	41,4
	Divorciado (n=10)	5	50
	União Estável (n=21)	6	28,6
Não	Casado (n=110)	74	67,3
	Solteiro (n=29)	17	58,6
	Divorciado (n=10)	5	50
	União Estável (n=21)	15	71,4
Quando foi a última consulta com o dentista (n=170)			
Há menos de um ano	66	38,8	
De um a cinco anos	55	32,4	
Há mais de cinco anos	31	18,2	
Não lembra	18	10,6	
Utiliza fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua			
Sim	70	41,2	
Não	100	58,8	
Utilização de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua por faixa etária			
Sim	25-39 anos (n=18)	10	55,6
	40-49 anos (n=69)	34	49,3
	50-59 anos (n=68)	23	33,8
	>60 anos (n=15)	3	20
Não	25-39 anos (n=18)	8	44,4
	40-49 anos (n=69)	35	50,7
	50-59 anos (n=68)	45	66,2
	>60 anos (n=15)	12	80
Utilização de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua por estado civil			
Sim	Casado (n=110)	42	38,2
	Solteiro (n=29)	15	51,7
	Divorciado (n=10)	4	40
	União Estável (n=21)	9	42,9
Não	Casado (n=110)	68	61,8
	Solteiro (n=29)	14	48,3
	Divorciado (n=10)	6	60
	União Estável (n=21)	12	57,1

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

A utilização de fio dental, enxaguatório bucal ou limpador de língua como recursos complementares a escovação dental foi referida por 41,2% dos participantes (n=170). Os homens entre 25 e 39 anos (n=18) referiram a maior taxa de utilização (55,6%). Notou-se uma utilização cada vez menor desses recursos à medida que a faixa etária aumentou, tendo sido de 49,3% nos homens entre 40-49 anos (n=69), 33,8% nos homens entre 50-59 anos (n=68) e somente 20% nos participantes com idade entre 60 e 83 anos (n=15). Notou-se comportamento semelhante à medida do aumento do grau de escolaridade, em que nenhum dos homens analfabetos fazia uso desses recursos e 75% dos homens com Ensino Superior Completo referiram utilização de um ou mais desses instrumentos complementares à escovação dental. Homens com ensino médio completo (n=36) e ensino superior incompleto (n=27) tiveram semelhança na referência de uso, tendo sido de 50% e 51,9%, respectivamente. O uso dos referidos recursos por homens casados (n=110) foi assinalado por 38,2% destes, enquanto que 51,7% dos homens solteiros (n=29) referiram utilizar fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua de forma regular.

A avaliação da saúde bucal por parte dos participantes revelou que 64,1% dos participantes (n=170) consideram a sua saúde bucal como regular (52,9%), ruim (8,2%) ou muito ruim (2,9%). Já para 35,9% dos participantes, a sua saúde bucal é tida como boa (31,8%) ou muito boa (4,1%).

Tabela 10 – Avaliação do autocuidado em relação à saúde bucal dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem – Utilização de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua e avaliação da saúde bucal, Fortaleza, 2013.

Utilização de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua por faixa etária			
Sim	25-39 anos (n=18)	10	55,6
	40-49 anos (n=69)	34	49,3
	50-59 anos (n=68)	23	33,8
	>60 anos (n=15)	3	20
Não	25-39 anos (n=18)	8	44,4
	40-49 anos (n=69)	35	50,7
	50-59 anos (n=68)	45	66,2
	>60 anos (n=15)	12	80
Utilização de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua por estado civil			
Sim	Casado (n=110)	42	38,2
	Solteiro (n=29)	15	51,7
	Divorciado (n=10)	4	40
	União Estável (n=21)	9	42,9
Não	Casado (n=110)	68	61,8
	Solteiro (n=29)	14	48,3
	Divorciado (n=10)	6	60
	União Estável (n=21)	12	57,1
Utilização de fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua por escolaridade			
Sim	Analfabeto (n=5)	0	0
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	21	34,4
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	6	37,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	5	29,4
	Ensino Médio Completo (n=36)	18	50
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	14	51,9
	Ensino Superior Completo (n=8)	6	75
Não	Analfabeto (n=5)	5	100
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	40	65,6
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	10	62,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	12	70,6
	Ensino Médio Completo (n=36)	18	50
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	13	48,1
	Ensino Superior Completo (n=8)	2	25
Autoavaliação da saúde bucal			
Muito boa		7	4,1
Boa		54	31,8
Regular		90	52,9
Ruim		14	8,2
Muito Ruim		5	2,9

Fonte: instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

6. DISCUSSÃO

A pouca valorização e a pouca utilização dos serviços de atenção primária e do cuidado por parte de homens ganha destaque significativo, uma vez que mais do que o tratamento das doenças, o cuidado e sua valorização tem sido vistos como pontos importantes a discutir sobre o modo de lidar com a saúde que os homens tomam para si (FIGUEIREDO, 2008).

A questão da escolaridade chama atenção no estudo, onde 58,2% dos homens não concluíram o Ensino Médio e 38,8% não concluíram o Ensino Fundamental. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância revelaram que 57% dos jovens brasileiros de ambos os sexos não completaram o ensino fundamental (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

A família exerce um papel importante na formulação dos conhecimentos sobre cuidado e saúde e pode influenciar sobremaneira a percepção da necessidade de ajuda e uso dos serviços de saúde por parte dos homens (MEDRADO *et al.*, 2011). Os homens casados (64,7%) e aqueles em união estável (12,4%) representaram grande maioria dos participantes dos grupos, totalizando 77,1%, podendo representar um fator de proteção para as práticas de autocuidado.

Existe a necessidade de se entender as diversas singularidades e especificidades do universo masculino, especialmente quando se considera a atenção primária como centro de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHRAIBER & FIGUEIREDO, 2011).

Chama atenção a avaliação do risco cardiovascular dos participantes do grupo. Dos que tiveram o Escore de Framminghan calculado (n=108), 70,3% apresentaram risco moderado (entre 10% e 20%) e alto (maior que 20%) de desenvolverem doença cardiovascular nos próximos 10 anos, caso se mantenham os fatores de risco observados. Tal fato corrobora dados que comprovam que as mortes relacionadas às patologias do aparelho circulatório acometem mais precocemente homens com menor acesso à informação e aos serviços de saúde, como é o caso dos moradores de áreas periféricas de grandes cidades (MURRAY & LOPEZ, 1997).

Notou-se resistência por parte dos participantes do grupo na adoção de medidas que podem prevenir agravos futuros. Dentre essas medidas, destacamos o uso de proteção solar (camisa de mangas compridas, boné, chapéu e/ou protetor solar), que foi referida por 42,4% dos participantes. Outro ponto que inspira um olhar mais crítico é o uso de preservativo, pois a maioria dos homens com vida sexual ativa referiu que não fazia uso do mesmo. Dos 151

participantes com vida sexual ativa, somente 47 referiram o uso de preservativos. Homens com 50 a 59 anos foram os que mais referiram o uso de preservativo (41,4%), seguidos pelos homens de 25 a 39 anos (26,7%). O uso de preservativos é influenciado pela informação e também por valores como intimidade, confiança e comunicação entre os parceiros, podendo afetar o processo de negociação para o uso do preservativo (PROMUNDO, 2002).

A ida ao médico pode ser entendida como uma medida de obter orientações e tirar dúvidas a respeito da sua saúde e não somente como um momento para se procurar um profissional de saúde quando ocorre o adoecimento. Considerando a faixa etária e o grau de escolaridade, a ida ao médico de forma regular foi referida com maior frequência por homens entre 50 e 59 anos (47,1%) e por homens com ensino fundamental completo (62,5%). Em contrapartida, os homens entre 25 e 39 anos e aqueles com ensino superior incompleto foram os que menos referiram ida regular ao médico, representados respectivamente por 33,3% e 29,6%. O fato de homens jovens terem referido menor frequência em consultas médicas pode indicar a falta de esforços dos serviços de saúde no envolvimento desses em trabalhos relacionados à saúde (SCOTT, 2011).

No caso dos homens com ensino superior, podemos inferir que talvez uma renda maior os possibilite o acesso a outras alternativas de saúde, como planos de saúde privados.

A prática de atividades físicas regulares foi maior entre os homens de 25 a 39 anos, sendo referida por 61,1% destes e 30,9% entre os homens de 50 a 59 anos. Também merece destaque a referência de tal prática entre os homens com ensino superior completo e incompleto, com indicação de 62,5% e 51,9%, respectivamente.

Com relação à saúde urológica e práticas para rastreamento de câncer de próstata, notou-se baixa frequência de realização do exame de toque retal por parte dos homens de 50 a 59 anos situando-se em 42,6% a referência por esses participantes. A partir dos 60 anos, notou-se um aumento da frequência de realização do exame de toque retal, representada por 66,7% para essa faixa etária.

Os homens acima de 60 anos apresentam características diferentes de vulnerabilidade e com o desgaste das condições de saúde, especialmente da população pobre, juntam-se às mulheres na vivência de patologias, tornando-os candidatos à atenção aos serviços de saúde (SCOTT, 2011), podendo justificar a maior frequência do exame entre os homens acima de 60 anos. Também pode justificar tal frequência entre os homens acima de 60 anos a ocupação dos serviços com as necessidades específicas dessa faixa etária, particularmente os agravos do aparelho circulatório e genital (MEDRADO *et al.*, 2011).

Dos homens que não foram submetidos ao exame de toque retal, merece destaque o fato de 46,2% destes não terem tido acesso à consulta médica para realização do procedimento.

Em estudo que investigou o modo como homens enxergavam o serviço de saúde de atenção primária, “os rapazes manifestaram um certo estranhamento pelo fato de o posto de saúde ser um local ‘repleto de mulheres’, uma ausência de referências a coisas do ‘mundo masculino’” (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Além disso, os homens resistem à utilização dos serviços de saúde por não se sentirem à vontade, terem vergonha e os profissionais não serem sensibilizados para as suas necessidades (ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DA SAÚDE, 2002).

A frequência de realização do exame de PSA por parte dos homens dos grupos foi de 54,7%, sendo mais alta que a frequência de realização do toque retal. Apesar de 72,4% dos homens afirmarem que o exame de PSA não substitui o exame de toque retal, a maior frequência de realização do exame de PSA pode indicar algum grau de preconceito com o exame de toque retal ou ainda conduta médica que pode considerar somente o exame de PSA para monitoramento e avaliação da função prostática.

A disfunção erétil (DE) foi referida por 23,5% dos participantes dos grupos. Recente estudo de revisão demonstrou que a taxa de DE moderada a severa pode variar de 0,5 a 20% (KUBIN *et al.*, 2003).

A disfunção erétil pode ser considerada como uma patologia que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo (MONTAGUE *et al.*, 1996).

No Brasil, a taxa de incidência da disfunção erétil foi de 65,6 casos por 1.000 pessoas/ano e a projeção de um milhão de novos casos anualmente no Brasil demonstra que a disfunção erétil deve ser entendida como um problema de saúde pública (MOREIRA *et al.*, 2003).

Outro ponto também importante do estudo é o cuidado que homens destinam à saúde bucal, tendo sido evidenciado uma baixa frequência (34,7%) de ida regular ao dentista por parte dos participantes dos GSH. Além disso, a taxa de escovação de três vezes ao dia foi referida por menos da metade (48,8%) dos participantes e tal situação piora quando se indaga a respeito do uso de medidas complementares (fio dental, enxaguatório bucal e/ou limpador de língua), sendo o uso de tais medidas referido por somente 41,2% dos participantes. E mais uma vez, demonstra-se a importância de medidas educacionais e do acesso à educação para a adoção de hábitos saudáveis e de melhoria do autocuidado, pois à medida que aumentava a

escolaridade dos participantes aumentava também a referência de medidas complementares à escovação. Dentre os homens com ensino médio completo, 50% referiram o uso dos recursos complementares, enquanto 75% daqueles com ensino superior completo relataram a utilização de um ou mais dos instrumentos complementares à escovação. O simples fato de observar a própria boca é negligenciado pelos homens e traz consequências desastrosas para os indicadores de morbimortalidade, em que os cânceres da cavidade oral acometem mais os homens, especialmente por fatores ligados ao estilo de vida e autocuidado (HASHIBE, 2009; SEER, 2004; BRASIL, 2006).

7. CONCLUSÕES

Verificou-se a necessidade de inclusão dos homens, especialmente os mais jovens, em ações e serviços de saúde de atenção primária. Tal inclusão precisa acontecer envolvendo ações de promoção da saúde e também assistenciais, mas devem considerar outros locais para as práticas de saúde, podendo incluir os locais de trabalho, pontos de encontro dos homens, como associações, além de envolvê-los através de atividades esportivas, com a parceria de academias, ginásios e quadras esportivas de escolas.

A inserção dos homens em serviços de atenção primária também deve considerar a transformação desses serviços em locais mais amigáveis e com informações pertinentes à saúde do homem.

Além disso, a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde da atenção primária em temas de saúde do homem pode aumentar a adesão de homens às medidas de rastreamento e de práticas de autocuidado em serviços de atenção primária.

Há também uma necessidade de alinhamento dos serviços nas informações referentes à saúde sexual, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de informações sobre o uso de preservativos e outras condições, como a disfunção erétil. O alinhamento também deve acontecer com temas de saúde bucal e saúde cardiovascular, direcionando esforços e medidas efetivas para a adoção de práticas saudáveis por parte dos homens.

Estratégias de prevenção em um nível populacional precisam ser inseridas e adotadas por parte dos serviços de saúde, especialmente os de atenção primária, que integram a rede capilar do sistema de saúde e estão mais próximos dos homens, reconhecendo que a ocorrência de doenças e adoção de hábitos saudáveis, além de práticas de autocuidado efetivas são reflexos do comportamento e das circunstâncias da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, B. R; BASÍLIO, M. C; NEVES, J. B. **Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.
- ALVES, G. G, AERTES D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(1):319-325, 2011.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Prostate Cancer.** Cancer Information Database. 2013.
- BEAGLEHOLE, R.; SARACCI, R.; PANICO, S. **Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention.** Int. J. Epidemiol., v.30, Supl. 1, S1-S4, oct. 2001.
- BOZON M. **Sociologia da sexualidade.** Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde – Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde/ Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1989.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Revista Bioética, Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p.15-25, 1996. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso em 20 de janeiro de 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 07 de agosto de 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer/ INCA, **Falando Sobre Câncer da Boca.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_sobre_cancer_boca.pdf. Acesso em 05 de agosto de 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica nº 17.** Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em 14 de agosto de 2012.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base/ Fundação Nacional de Saúde, Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf. Acesso em 20 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em 13 de agosto de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em 02 de fevereiro de 2013.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagens Básicas para o Controle do Câncer (ABC)**. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf. Acesso em 02 de setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acesso em 03 de setembro de 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013.

_____. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Autocuidado**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>. Acessado em 14 de Março de 2014.

CARVALHO, GI; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº8142/90)**.4.ed. rev. e atual. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2006.

CATALONA WJ, SMITH DS, RATLIFF TL, DODDS KM, COPLEN DE, YUAN JJ, *et al.* **Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer**. N Engl J Med. 1991;324(17):1156-61.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção progestores/ para entender a gestão do SUS.1ªed. Brasília, 2007

COONER WH, MOSLEY BR, RUTHERFORD CL, Jr., BEARD JH, POND HS, TERRY WJ, *et al.* **Prostate cancer detection in a clinical urological practice by ultrasonography**,

digital rectal examination and prostate specific antigen. J Urol. 1990;143(6):1146-52; discussion 52-4.

COURTENAY, W. H. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health.** Social Science Medicine, v. 50, n.10, p. 1385-1401, 2000.

CRAWFORD ED. **Understanding the epidemiology, natural history, and key pathways involved in prostate cancer.** Urology. 2009;73(5 Suppl):S4-10.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2005 v. 10, n. 1, p. 105-109.

FERLAY, J.; PARKIN, D. M. & PISANI, P., 1998. **Globocan 1: Cancer Incidence and Mortality Worldwide.** CD-ROM. Lyon: International Agency of Research on Cancer Press.

FERLAY J, PISANI P, PARKIN, DM. **GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.** IARC Cancer Base (2002 estimates). Lyon: IARC Press; 2004.

FEUER EJ, MERRILL RM, HAANKEY BF. **Cancer surveillance series: interpreting trends in prostate cancer--part II: Cause of death misclassification and the recent rise and fall in prostate cancer mortality.** J Natl Cancer Inst. 1999;91(12):1025-32.

FIGUEIREDO W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10,p.105-9, 2005.

_____, W. **Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária,** 2008. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GALPER SL, CHEN MH, CATALONA WJ, ROEHL KA, RICHIE JP, D'AMICO AV. **Evidence to support a continued stage migration and decrease in prostate cancer specific mortality.** J Urol. 2006; 175(3 Pt 1):907-12.

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, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3 mar. 2007.

HASHIBE, M. BRENNAN P, CHUANG SC. **Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium.** Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18:541-550.

IMPOTENCE. **NIH Consens Statement,** n. 10, p. 1, 1992.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC), 2008. World Health Organization (WHO). **World Cancer Report** [cited 2010 Oct]. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Acessado através do sítio eletrônico <http://www.ibge.gov.br> em 25 de Novembro de 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JEMAL AB *et al.* **Cancer Statistics**, 2010. CA CANCER J CLIN 2010;60:277–300.

JEMAL AB *et al.* **Global Cancer Statistics**, 2011. CA CANCER J CLIN 2011;61:69–90.

JOHNSON, N.W.; **Orofacial neoplasms: global epidemiology, risk factors and recommendations for research**. Int Dent J 1991; 41: 365–75.

KALCKMANN S, BATISTA LE, SOUZA LCF. **Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual**. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 199-217

KEIJZER, B. **Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina**. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

KICKBUSCH, I. **Self-care in health promotion**. Soc Scienc Med. 1989; 29 (2):125-30.

KUBIN, M.; WAGNER, G.; FUGL-MEYER, A. R. **Epidemiology of erectile dysfunction**. Int J Import Res, n. 15, p. 63-71, 2003.

LAURENTI, R; JORGE, MHPM; GOTLIEB, SLD. **Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10,n. 1, p. 35-46, 2005.

MATTOS, R. A et al (org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

MEDRADO, B.; LYRA, J. & AZEVEDO, M. **‘Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!’ Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero**. In: GOMES, R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MEIRELLES, R. M. R.; HOHL, A. **Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens.** Arq Bras Endocrinol Metab vol.53 no.8 São Paulo Nov. 2009.

MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde.** In: Mendes, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONTAGUE, D. K. et al. **The American Urological Association Erectile Dysfunction Clinical Guidelines Panel Report on The Treatment of Organic Erectile Dysfunction.** Baltimore, MD: American Urological Association, 1996.

MOORE AL, DIMITROPOULOU P, LANE A, POWELL PH, GREENBERG DC, BROWN CH, *et al.* **Population-based prostate-specific antigen testing in the UK leads to a stage migration of prostate cancer.** BJU Int. 2009; 22:22.

MOREIRA, E. D. et al. **Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil.** Urology, n. 61, p. 431-436, 2003.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. **Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study.** Lancet, v.349, n.9061, p. 1269-76, may 1997.

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil,** International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M. & BARKER, G. **Reflexões sobre a Saúde dos Homens Jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social.** In: GOMES, R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **What is self care?** Disponível através do link: <http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Whatisselfcare.aspx>. Acessado eletronicamente no dia 14 de Março de 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Hacerse Hombres: la construcción de la masculinidade em los adolescentes y sus riesgos.** Washington: OPAS, 2002.

_____. **Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud:** la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Santiago, Chile; 2006.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. **Global cancer statistics, 2002.** CA Cancer J Clin 2005; 55: 74–108.

PEDEN M., MCGEE K., SHARMA G. **The injury chart book:** a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: WHO; 2002.

PETERSEN, P.E. **Oral cancer prevention and control** – The approach of the World Health Organization. Oral Oncology 45 (2009) 454–460.

PINHEIRO RS; VIACAVAL F; TRAVASSOS C; BRITO AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. *Ciência Saúde Coletiva*, v.7, p. 687-7070, 2002.

PROMUNDO. **Projeto de Jovem para Jovem: engajando homens jovens na prevenção de violência e na saúde sexual e reprodutiva no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Promundo, 2002.

RALPH B. D'AGOSTINO; RAMACHANDRAN S. VASAN; MICHAEL J. PENCINA; PHILIP A. WOLF; MARK COBAIN; JOSEPH M. MASSARO; WILLIAM B. KANNEL. **Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care**. The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117:743-753.

REDDY, K. S.; YUSUF, S. **Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries**. *Circulation*, v.97, p.596-601, 1998.

SABO D. **O estudo crítico das masculinidades**. In: ADELMAN M; SILVESTRIN CB, (Org.) *Coletânea gênero plural*. Curitiba: Editora UFPR; 2002. p. 33-46.

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER LB. **Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife**. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S (Org.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: ABRASCO – UNFPA, 2005.

SCHRAIBER, L. B. & FIGUEIREDO, W. S. **Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero**. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SCOTT, P. **Vulnerabilidade Masculina, Curso de Vida e Moradia Urbana: um dilema para homens adultos de bairros populares**. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

STEWART, B.W.; KLEIHUES, P. **World cancer report**. Lyon: WHO International Agency for Research on Cancer; 2003.

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGY AND END RESULTS (SEER). **SEER Cancer statistics review 1975–2004**. National Cancer Institute. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav> (accessed 03.03.08).

TRIVIÑOS ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

WARNAKULASURIYA, S. **Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer.** *Oral Oncology* 45 (2009) 309–316.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2004: changing history.** Geneva: WHO, 2004.

_____. **Self-care in the context of Primary Health Care.** Report of the Regional Consultation. Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista para avaliação de risco cardiovascular, urológico e odontológico

PERFIL SOCIOECONÔMICO	
1. Idade _____	1 ___
2. Estado Civil: 1() Casado 2() Solteiro 3() Viúvo 4() Divorciado 5() União estável 6() Outros	2 ___
3. Anos de estudo: 1() Analfabeto 2() Fundamental Incompleto 3() Fundamental Completo 4() Médio Incompleto 5() Médio Completo 6() Superior Incompleto 7() Superior Completo	3 ___
4. Mora em casa própria? 1() Sim 2() Não	4 ___
5. Mora com quantas pessoas na casa? _____	5 ___
6. Religião: 1() Católica 2() Evangélica 3() Espírita 4() Umbandista 5() Não tem 6() Outra	6 ___
7. Renda familiar: 1() Menos de 1 SM 2() De 1 SM a R\$ 999,00 3() De R\$ 1000,00 a R\$ 1999,00 4() De R\$ 2000,00 a R\$ 2999,00 5() De R\$ 3000,00 ou mais	7 ___ 8 ___
8. Trabalha atualmente? 1() Sim 2() Não 3() Aposentado	
AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR E UROLÓGICA	
1. História Familiar: 1() Infarto 2() HAS 3() DM 4() AVC 5() Outros _____	1 ___
2. Há casos de CÂNCER de próstata na família? 1() Sim 2() Não Grau de parentesco: 1() Irmão 2() Pai 3() Tio 4() Primo 5() Avô 6() Outros	2 ___
3 Faz uso de alguma substância que cause dependência?: 1() Sim 2() Não Qual(is)? _____	3 ___
4 Diabético: 1() Sim 2() Não	4 ___
5 Algum médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde já lhe disse que o (a) Sr. tem pressão alta?: 1() Sim 2() Não	5 ___
6. Toma medicamentos de uso contínuo?: 1() Sim 2() Não	6 ___
7. Glicemia: _____	7 ___
8. PA: _____	8 ___
9. Peso: _____	9 ___
10. Altura: _____	10 ___
11. Circunferência abdominal: _____	11 ___
12. Escore de Framingham para uso na Atenção Primária: _____	12 ___
13. Risco de adoecimento cardiovascular em 10 anos: _____	13 ___
14. Tem ou teve câncer? 1() Sim 2() Não Caso afirmativo, qual? _____	14 ___
15. Tem queixas de disfunção erétil? 1() Sim 2() Não	15 ___
16. Toma algum medicamento para ajudar na relação sexual? 1() Sim 2() Não	16 ___
17. Se sim, quais os medicamentos? 1() Estimulantes (vitaminas) 2() Antidepressivo 3() Viagra e similares 4() "Garrafadas" 5() Outros: _____	17 ___
AVALIAÇÃO DE ADOECIMENTO DE CÂNCER BUCAL	
1. Você fuma? 1() Sim 2() Não	1 ___
2. Caso afirmativo, com que frequência? 1() Mais de 20 cigarros/dia 2() De 10 a 20 cigarros/dia 3() Menos de 10 cigarros ao dia 4() Esporadicamente	2 ___
3. Você consome bebida alcoólica? 1() Sim 2() Não	3 ___
4. Caso afirmativo, com que frequência? 1() Diariamente 2() De 02 a 04 vezes por semana 3() Uma vez por semana 4() Esporadicamente	4 ___
5. Você trabalha em alguma atividade que se expõe ao sol? Ex: construção civil, pescador, vendedor ambulante, reciclagem, agente de endemias, agente de saúde. 1() Sim 2() Não	5 ___
6. Você utiliza chapéu, boné ou protetor solar? 1() Sim 2() Não	6 ___
7. Caso afirmativo, qual você utiliza? _____	7 ___
8. Você tem ou já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST)? 1() Sim 2() Não	8 ___
9. Há algum caso de câncer de boca na sua família? 1() Sim 2() Não	9 ___

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista para avaliação do autocuidado

AValiação DO AUTOCUIDADO EM RElação À SAÚDE GERAL, CARDIOVASCULAR E UROLÓGICA	
1. Costuma ir ao médico regularmente? 1() Sim 2() Não	1__
2. A última consulta foi: 1() Há menos de um ano 2() Há mais de um ano e menos de três anos 3() Há mais de três anos 4() Não lembra	2__
3. Tem sua pressão arterial verificada regularmente? 1() Sim 2() Não	3__
4. Tem sua glicemia verificada regularmente? 1() Sim 2() Não	4__
5. Faz atividade física regular? 1() Sim 2() Não	5__
6. Utiliza alguma atividade prazerosa para diminuir o estresse? 1() Sim 2() Não	6__
7. Caso afirmativo, qual seria? 1() Religião: missa, culto 2() Natação ou hidroginástica 3() Participa de algum grupo: idosos, casais, de autoajuda 4() Academia 5() Outros: _____	7__
8. Já foi submetido ao exame de toque retal? 1() Sim 2() Não	8__
9. Se <u>sim</u> , há quanto tempo? 1() Há menos de um ano 2() Há mais de um ano 3() Há mais de dois anos 4() Não lembra	9__
10. Se não fez o toque retal, por quê? 1() Por medo 2() Preconceito 3() Achar inútil 4() Não teve acesso a consulta médica 5() Desconhecimento 6() Faixa etária não recomendada 7() Outro motivo: _____	10__
11. Fez PSA? 1() Sim 2() Não	11__
12. Valor de PSA: _____	12__
13. Se fez, há quanto tempo? 1() Há menos de um ano 2() De um a dois anos 3() Há mais de dois anos 4() Não lembra	13__
14. Acha que o PSA substitui o toque retal? 1() Sim 2() Não	14__
15. Tem vida sexual ativa? 1() Sim 2() Não	15__
16. Se sim, usa preservativos? 1() Sim 2() Não	16__
17. Tem uma pessoa fixa nas relações sexuais? 1() Sim 2() Não	17__
AValiação DO AUTOCUIDADO EM RElação À SAÚDE BUCAL	
1. Costuma ir ao dentista regularmente? 1() Sim 2() Não	1__
2. A última consulta foi: 1() Há menos de um ano 2() De um a cinco anos 3() Há mais de cinco anos 4() Não lembra	2__
3. Qual sua frequência de escovação dental? 1() Três ou mais vezes ao dia 2() Duas vezes ao dia 3() Uma vez ao dia 4() Não escova diariamente	3__
4. Você utiliza fio dental, enxaguatório bucal ou limpador de língua? 1() Sim 2() Não	4__
5. Caso afirmativo, qual utiliza e com que frequência? _____	5__
6. Qual motivo o levou a procurar o dentista nos últimos doze meses? 1() Urgência(dor) 2() Obturação 3() Extração de dente 4() Prevenção 5() Tratamento de canal 6() Outro	6__
7. Você tem hábito de fazer autoexame da boca? 1() Sim 2() Não	7__
8. Caso afirmativo, com que frequência? 1() Diariamente 2() Semanalmente 3() Uma vez ao mês 4() Raramente	8__
9. Você já realizou o exame de prevenção do câncer de boca no dentista? 1() Sim 2() Não	9__
10. Como você avalia sua saúde bucal? 1() Muito boa 2() Boa 3() Regula 4() Ruim 5() Muito Ruim	10__
11. O quanto você se preocupa com sua saúde bucal? 1() Bastante 2() Mais ou menos 3() Muito pouco 4() Não se preocupa	11__

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário em uma pesquisa intitulada **“Avaliação do autocuidado em grupos de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família.** Você não deve participar contra a sua vontade. A pesquisa limita-se à coleta e avaliação de dados pessoais e clínicos e desta forma não causa nenhum prejuízo ou risco à sua integridade física. Você será consultado pelo médico, que realizará um exame clínico de rotina, avaliando sua condição de saúde geral e irá sugerir exames laboratoriais (sangue). Caso você queira fazer o exame de sangue, o mesmo será agendado para ser feito no CSF Ivana Paes. Os exames laboratoriais que podem ser solicitados incluem dosagens do Antígeno Prostático Específico (PSA), glicemia de jejum, ureia, creatinina, colesterol total e frações e hemograma completo. Tais exames serão colhidos obedecendo medidas de segurança para que os riscos e complicações decorrentes dessa atividade sejam mínimos para você. A formação de hematoma, que se constitui em uma protuberância, pelo extravasamento do sangue durante ou após a coleta, é uma complicação pouco observada se a compressão do local da coleta for realizada por pelo menos dois minutos. O total de sangue a ser coletado é de 20 mL para os exames descritos acima. Seu retorno para mostrar seus exames estará garantido na sua próxima reunião do grupo. Os encaminhamentos para médicos especialistas, se necessários, serão realizados. Os encontros acontecerão no Centro de Saúde da Família Ivana Paes às sextas-feiras de manhã, semanalmente. Sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos. Você tem garantido o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa em questão ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para a sua participação, ou seja, você não pagará nada para participar, assim como não há compensação financeira relacionada à sua participação, isto é, também não receberá nenhum pagamento por contribuir com a pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o médico Rômulo Fernandes Augusto Filho, que pode ser encontrado no endereço profissional - CSF Ivana Paes- Rua Virgílio Brígido, S/N, bairro Presidente Kennedy. Telefone para contato: 3238 1851.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Devido aos altos índices de doença e morte por câncer de próstata e de boca na população masculina, reforça-se a importância deste estudo que poderá contribuir para melhoria da saúde do homem e também ampliar o acesso deste grupo aos serviços de saúde. Em caso de dúvida ou consideração sobre ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, localizado rua coronel Nunes de Melo, 1127, bairro Rodolfo Teófilo (33668338).

Eu, _____, _____ anos
RG _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Assinatura do entrevistado Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional ou aluno que aplicou o TCLE Data ____ / ____ / ____

**ANEXO A – TABELA BASEADA EM PREDITORES NÃO
LABORATORIAIS PARA CÁLCULO DE PONTOS PARA RISCO
CARDIOVASCULAR EM HOMENS – ESCORE DE FRAMMINGHAN
PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA – Passo 1**

Supplementary Table IIIA. CVD Points for Men - Simple Model with Office-based non-laboratory Predictors

POINTS	Age	BMI	SBP Not Treated	SBP Treated	Smoker	Diabetic
-2			<120			
-1						
0	30-34	<25	120-129	<120	NO	NO
1		25-<30	130-139			
2	35-39	≥30	140-159	120-129		
3			160+	130-139		YES
4				140-159	YES	
5	40-44			160+		
6						
7	45-49					
8	50-54					
9						
10	55-59					
11	60-64					
12						
13	65-69					
14	70-74					
15	75+					
Points Allotted						TOTAL POINTS

Fonte: RALPH B. D'AGOSTINO; RAMACHANDRAN S. VASAN; MICHAEL J. PENCINA; PHILIP A. WOLF; MARK COBAIN; JOSEPH M. MASSARO; WILLIAM B. KANNEL. Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. Circulation. 2008;117:743-753.

**ANEXO B – TABELA PARA CÁLCULO DE RISCO
CARDIOVASCULAR DE HOMENS ATRAVÉS DOS PONTOS
OBTIDOS NA TABELA BASEADA EM PREDITORES NÃO
LABORATORIAIS – ESCORE DE FRAMMINGHAN PARA ATENÇÃO
PRIMÁRIA – Passo 2**

Supplementary Table IIIB. CVD Risk for Men - Simple Model with Office-based non-laboratory Predictors

POINTS	RISK	POINTS	RISK	POINTS	RISK
-5 or less	Below 1%	3	4.0%	11	15.7%
-4	1.1%	4	4.7%	12	18.5%
-3	1.4%	5	5.6%	13	21.7%
-2	1.6%	6	6.7%	14	25.4%
-1	1.9%	7	8.0%	15	29.6%
0	2.3%	8	9.5%	16+	Above 30%
1	2.8%	9	11.2%		
2	3.3%	10	13.3%		

Fonte: RALPH B. D'AGOSTINO; RAMACHANDRAN S. VASAN; MICHAEL J. PENCINA; PHILIP A. WOLF; MARK COBAIN; JOSEPH M. MASSARO; WILLIAM B. KANNEL. Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. Circulation. 2008;117:743-753.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº25 /10

Fortaleza, 05 de março de 2010

Protocolo COMEPE nº 22/ 10

Pesquisador responsável: Rômulo Fernandes Augusto Filho

Deptº./Serviço: Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes

Título do Projeto: “Avaliação do autocuidado em grupos de saúde do homem na estratégia saúde da família”

Levamos ao conhecimento de V.S^ª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 04 de março de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink that reads "Mirian Parente Monteiro". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO D – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 54/13

Fortaleza, 02 de agosto de 2013.

Prezado Pesquisador,

Projetos aprovados anteriormente a Plataforma Brasil podem continuar tramitando no CEP de forma impressa, não sendo necessária sua inserção na Plataforma Brasil.

No entanto, o pesquisador deverá comprometer-se a manter o CEP informado da realização do projeto através de relatórios parciais, assim como de entregar ao comitê Relatório final do projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEP/UFCE

Prof. Dr. Fernando Antônio Frota Bezerra
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
da Universidade Federal do Ceará- UFC

ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO AO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE COLETIVA

CADERNOS SAÚDE COLETIVA

CAPA	SOBRE	PÁGINA DO USUÁRIO			
<i>Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas</i>					
SUBMISSÕES ATIVAS					
ATIVO	ARQUIVO				
ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
452	04-28	ART	Augusto Filho, Lima, Almeida, Lima,...	GRUPO DE SAÚDE DE HOMENS E AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO...	Aguardando designação
1 a 1 de 1 itens					
INICIAR NOVA SUBMISSÃO					
CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.					
APONTAMENTOS					
TODOS	NOVO	PUBLICADO	IGNORADO		
DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
<i>Não há apontamentos.</i>					
ISSN: 1414-462x					

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Ajuda do sistema

USUÁRIO

Logado como: **aluisiolima**

Meus periódicos

Perfil

Sair do sistema

NOTIFICAÇÕES

Visualizar

Gerenciar

AUTOR

Submissões

Ativo (1)

Arquivo (0)

Nova submissão

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

Para leitores

Para Autores

Para Bibliotecários

ANEXO F – ARTIGO CIENTÍFICO SUBMETIDO AO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE COLETIVA

Grupo de Saúde de Homens e Autocuidado na Atenção Primária à Saúde

Men's Health Group and Self-care in Primary Care

Grupo de salud de Hombres y Autocuidado en la Atención Primaria

Rômulo Fernandes Augusto Filho^I; Aluísio Ferreira de Lima^{II}, Paulo César de Almeida^{III}; Sandra Cecília de Souza Lima^{III}; Silvana Dayse Brito de Araújo Costa^{IV};

I – Médico. Mestrando no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – UFC/RENASF.

II – Psicólogo. Doutor em Psicologia Social. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.

III – Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Professor da Universidade Estadual do Ceará.

IV – Enfermeira. Mestranda no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – UFC/RENASF. Universidade Federal do Ceará.

V – Mestre em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Endereço para correspondência: Av. da Universidade, 2762 - Área II - Centro de Humanidades. Campus do Benfica - CEP 60.020-180 - Fortaleza/CE – Brasil.

Fone(fax): (85) 3366.7661.

E-mail: aluisiolima@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar

Participação de cada um dos autores na confecção do artigo: I – Concepção, planejamento, desenho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e elaboração do manuscrito; II – Definição do desenho metodológico, análise, discussão dos resultados, elaboração e revisão final do artigo; III – Análise e interpretação dos dados; IV e V – Planejamento e análise dos dados.

Resumo

A saúde do homem tem sido negligenciada em muitos aspectos, especialmente aqueles relacionados ao modo como os homens lidam com sua saúde. O estudo tem como objetivo avaliar práticas de autocuidado em homens com idade igual ou superior a 25 anos, participantes em grupos de saúde do homem, vinculados a equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF em um bairro de Fortaleza – Ceará, considerando aspectos socioeconômicos e hábitos desenvolvidos para manutenção da saúde e prevenção de agravos pelos participantes dos grupos. Trata-se de pesquisa descritiva correlacional, quantitativa, realizada no ano de 2013. Foram entrevistados 170 homens. Deles, 42,1% referiram ir ao médico de forma regular e 41,8% praticavam atividades físicas regulares. Dentre os homens de 50 a 59 anos, 42,6% haviam sido submetidos ao toque retal. Daqueles com vida sexual ativa, 68,9% não usavam preservativos. Conclui-se, através desse estudo, a necessidade de integração de medidas de prevenção para a população masculina na busca de

práticas de autocuidado efetivas, incluindo a capacitação dos profissionais e a transformação das unidades de atenção primária à saúde em ambientes que considerem o universo masculino e suas singularidades.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde

Abstract

The health of men has been neglected in many aspects, mainly those related to the way men deal with their own health. The study aims to assess self-care practices in men aged above 25 years, participants in men's health groups, linked to teams of the Family Health Strategy – ESF in a neighborhood of Fortaleza – Ceará/Brazil, considering socioeconomic aspects and habits developed for health maintenance and disease prevention by group participants. This is a quantitative, correlational and descriptive survey conducted in the year 2013. 170 men were interviewed. Of these, 42.1% reported go to the doctor regularly and 41.8% practiced regular physical activity. Among men 50-59 years old, 42.6% had undergone digital rectal exam. Of those sexually active, 68.9% did not use condoms. It is highlighted by this study the need for integration of preventive measures for the male population in the search for effective self-care practices, including the training of professionals and the transformation of primary health care units in environments that consider the universe of men and their singularities.

Key-words: Men's Health; Self-care; Primary Health Care

Resumen

La salud de los hombres se ha descuidado en muchos aspectos, sobre todo los relacionados con la forma en que los hombres se ocupan de su propia salud. El

estudio tiene como objetivo evaluar las prácticas de autocuidado en los varones de más de 25 años, los participantes en los grupos de salud de los hombres, vinculados a los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia – ESF en un barrio de Fortaleza – Ceará/Brasil, teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y hábitos desarrollados para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades por los participantes del grupo. Se trata de un estudio cuantitativo, correlacional y descriptiva a cabo en el año 2013. Se entrevistó a 170 hombres. De éstos, el 42,1% reportado ir al médico regularmente y 41,8% practicaban actividad física regular. Entre los hombres de 50-59 años de edad, el 42,6% se había sometido a un examen rectal digital. De los sexualmente activos, 68,9% no utilizaban preservativos. Se destaca en este estudio la necesidad de integración de las medidas de prevención para la población masculina en la búsqueda de prácticas de autocuidado eficaces, incluida la formación de profesionales y la transformación de las unidades de atención primaria de salud en los ambientes que tienen en cuenta el universo de los hombres y sus singularidades.

Palabras clave: Salud de los Hombres; Autocuidado; Atención Primaria de Salud.

(artigo com 3.993 caracteres)

INTRODUÇÃO

Em 2010, os homens com faixa etária acima de 25 anos representavam 56,58% da população masculina do Brasil e 27,70% da população total¹. Apesar do número significativo de homens acima de 25 anos, a procura dessas pessoas por serviços de saúde não corresponde às demandas em diversos serviços, especialmente de Atenção Primária. Além de os homens terem dificuldade em

reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso². A negligência com a própria saúde tem raízes culturais e isso faz com que as doenças nos homens sejam diagnosticadas mais tardiamente, acarretando pior prognóstico e encurtando a expectativa de vida^{3,4}. A inclusão dos homens em ações de saúde, nesse sentido é desafiadora, por estes não reconhecerem a importância do cuidado e a valorização do corpo no sentido da saúde como questões sociais do homem⁵, tornando-se mais suscetíveis às enfermidades crônicas e graves^{6,7} que aparecem no sistema por meio da Atenção Secundária e Terciária, agravando a morbidade e elevando os custos para o sistema de saúde.

No intuito de proporcionar uma melhor qualidade de atenção à saúde da população masculina no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 2008 como prioridade a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*, tentando direcionar a perspectiva do cuidado aos homens através da Atenção Primária, com ênfase na integralidade do cuidado e com fortalecimento e qualificação dos profissionais, além de garantir uma atenção que não se restrinja à recuperação e sim à promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis².

Um dos principais objetivos dessa política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos níveis de morbimortalidade por causas passíveis de prevenção nessa população².

Essa política tornou fundamental o papel dos profissionais que atuam na Atenção Primária, tentando reverter tal quadro, uma vez que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária e adotassem práticas de autocuidado.

O autocuidado pode ser entendido como um conjunto de práticas realizadas pelas pessoas e famílias na busca de promoção de comportamentos positivos de saúde, tentando-se prevenir enfermidades e tratar sintomas⁸. Além disso, também pode ser compreendido como parte do estilo de vida das pessoas, representando padrões de conduta que se refletem na forma de interação do indivíduo com seu meio social^{9,10}. Dessa forma, as escolhas relacionadas a um estilo de vida saudável podem implicar em ações de autocuidado concreto e são reforçadas por políticas de saúde de países que adotam sistemas de saúde universais e integrais^{11,12,13}.

A Atenção Primária, assim, se constitui como um *locus* privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e na ênfase em ações preventivas e promocionais de saúde¹⁴.

As ações assistenciais e preventivas têm, no plano das políticas de saúde, impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde¹⁵.

Com foco em ações preventivas, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a *educação em saúde* tem se configurado como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família na Atenção Primária. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e

contínua às famílias da área *adscrita*, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria os determinantes do processo saúde-doença¹⁶. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de formas simples e contextualizadas, orientando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida¹⁷.

Inserido nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar práticas de autocuidado em homens acima de 25 anos, participantes de atividades assistenciais e de promoção da saúde em Grupos de Saúde do Homem – GSH, vinculados a Equipes da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza – Ceará, considerando aspectos socioeconômicos e hábitos desenvolvidos para manutenção da saúde e prevenção de agravos pelos participantes dos grupos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo correlacional, no qual identificou os fatos e fenômenos que ocorrem em uma dada realidade, estabelecendo relações entre as variáveis. Os dados empíricos foram submetidos à abordagem quantitativa na busca do aprofundamento a respeito da capacidade de autocuidado do homem.

Local do estudo

O local da pesquisa compreendeu a área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) Ivana de Sousa Paes. Tal CSF está localizado no Bairro Presidente Kennedy, na região noroeste de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, na área administrativa da Secretaria Executiva Regional III. Em 2010, a população estimada do bairro era de 26.000 habitantes, com densidade populacional de 130,6

habitantes/km², tendo uma proporção de 45,12% de homens e de 54,88% de mulheres¹.

Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram homens com idade igual ou superior a 25 anos, residentes na área de abrangência do Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes, convidados pelas agentes comunitárias de saúde a participarem de atividades de educação em saúde e consultas individuais no referido local. Foram convidados 15 homens por encontro e planejadas 16 atividades, que aconteceram semanalmente em um período de quatro meses, com uma previsão de 240 participantes. O total de homens que aceitaram participar do Ambulatório do Grupo de Saúde do Homem (GSH) foi de 170. A média de participantes por GSH foi de 11 homens.

Os GSH aconteceram no período de Agosto a Dezembro de 2013 e os participantes eram acolhidos pelo pesquisador que também é médico da Unidade de Saúde. Antes do momento da consulta individual, os homens participavam de um momento de conversa coletiva com o médico, em que aspectos relacionados à Saúde do Homem eram discutidos e os homens tinham oportunidade de expor suas dúvidas e compartilhar experiências a respeito da saúde urológica e sexual.

Os homens foram atendidos em consultas individuais e tiveram suas queixas ouvidas por profissional médico e, durante a consulta, os participantes que necessitaram de avaliação especializada foram devidamente encaminhados e tiveram exames solicitados por esse profissional que os orientou para tais marcações no Centro de Saúde da Família Ivana de Sousa Paes. O seguimento e acompanhamento longitudinal desses homens foram garantidos em consultas de

retorno para apresentação de exames que tivessem sido solicitados no momento do GSH.

Instrumentos

Essa investigação utilizou a técnica de entrevista semiestruturada para coleta de dados e constou de duas etapas: a primeira parte conteve questões fechadas para obter os dados referentes ao perfil socioeconômico. A segunda contemplou questões norteadoras referentes à capacidade de autocuidado, em relação à saúde geral, urológica e sexual. Esse instrumento foi submetido a teste piloto para adequar os termos, de modo que não trouxesse ambiguidades nas respostas e avaliasse sua aplicabilidade.

As fichas foram digitadas e analisadas, os dados, processados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0. As fichas com preenchimento inadequado ou incompleto foram descartadas. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. A partir dos dados coletados, os homens pesquisados foram analisados com relação às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, hábitos, estilo de vida e ações de autocuidado. Todos os dados obtidos neste estudo foram objeto de análise crítica sobre a questão focalizada, tendo suporte da literatura sobre o tema para que as conclusões fossem formuladas.

Questões éticas

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹⁸, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, protocolo 22/10.

RESULTADOS

Ao todo, 170 homens participaram das atividades dos Grupos de Saúde do Homem. A idade dos participantes variou entre 25 a 83 anos de idade, com idade média de 49,3 anos (DP \pm 8,97). O maior número de participantes se concentrou nas faixas entre 40 a 49 anos (40,6%) e 50 a 59 anos (40%). Os homens na faixa etária de 25 a 39 anos representaram 10,6% do total e aqueles com 60 anos ou mais representaram 8,8% do total. Com relação ao estado civil, 64,7% dos homens eram casados. Os participantes em União Estável representaram 12,4% dos homens do estudo. Os solteiros representaram 17,0% dos integrantes dos grupos e juntamente com os divorciados (5,9%), somaram 22,9% dos participantes.

Verificou-se baixo grau de escolaridade entre os participantes, onde 38,8% não concluíram o Ensino Fundamental, incluindo os analfabetos, que representaram 2,9% do total. Com relação ao Ensino Médio, 58,2% dos participantes não o concluíram. Aqueles que conseguiram acessar o Ensino Superior representaram 20,6% do total de participantes, constituído por 15,9% dos participantes com Ensino Superior Incompleto e 4,7% dos participantes com Ensino Superior Completo. Esses dados e os demais dados referentes ao perfil socioeconômico estão dispostos na Tabela 1.

No que se refere a avaliação do autocuidado em relação à saúde geral, a pergunta “Costuma ir ao médico regularmente?” foi utilizada e 42,1% dos 170 integrantes dos GSH referiram ir ao médico de forma regular. A ida ao médico de forma regular foi maior entre os homens solteiros (n=29) e divorciados (n=10), tendo sido referida por 48,3% dos homens solteiros e por 50% dos homens divorciados. Entre os homens casados (n=110) e com união estável (n=21), a ida ao médico de forma regular foi referida por 40% dos casados e por 33,3% dos homens com união estável.

Com relação ao grau de escolaridade, os homens com ensino fundamental completo (n=16) foram os que mais referiram ir ao médico de forma regular, seguidos pelos homens analfabetos (n=5), sendo a ida ao médico referida por 62,5% dos primeiros e por 60% dos últimos. Os participantes com ensino fundamental incompleto (n=61) formaram categoria mais representativa do estudo e 39,3% destes referiram ir ao médico de forma regular. A ida ao médico de forma regular foi referida por 41,2% dos participantes com ensino médio incompleto (n=17) e por 41,7% dos participantes com ensino médio completo (n=36). Dentre os homens com ensino superior incompleto (n=27) e com ensino superior completo (n=8), a ida ao médico de forma regular foi referida por somente 29,6% dos primeiros e por 37,5% dos últimos, sendo estes os percentuais mais baixos dentre os participantes. Os dados referentes a prática regular de atividades físicas e demais dados da avaliação do autocuidado em relação à saúde geral são apresentados na Tabela 2.

Dos 170 participantes, 30% indicaram que já haviam sido submetidos ao exame de toque retal e 54,7% já haviam se submetido ao exame de sangue para a detecção do Antígeno Prostático Específico, mais comumente conhecido pela sua sigla em inglês, PSA.

Dos participantes com faixa etária entre 50 e 59 anos (n=68), 42,6% indicaram já terem sido submetidos ao exame de toque retal e entre os homens com faixa etária acima de 60 anos (n=15), 66,7% indicaram já haver sido submetidos a tal procedimento. A data de realização do exame dos participantes que foram submetidos ao toque retal (n=51) foi referida por 21,6% destes nos últimos 12 meses, por 29,4% no período entre 13 e 24 meses e por 49% em um período superior a 24 meses. Dos participantes que não foram submetidos ao exame de toque retal (n=119), 46,2% disseram não ter tido acesso à consulta médica, 16% acreditavam não estar na faixa etária recomendada e 9,2% por desconhecimento a respeito do exame. Indicações de preconceito quanto ao exame, inutilidade do mesmo e medo do procedimento compreenderam, respectivamente, 10,1%, 6,7% e 4,2%. Outros motivos sem especificação para a não realização do exame foram informados por 7,6% do grupo que não foi submetido ao toque retal.

Em relação aos homens que tiveram coleta do exame de PSA (n=93), a data de realização do mesmo foi referida por 60,2% dos participantes nos últimos 12 meses, 22,6% indicaram a realização do exame entre os últimos 13 e 24 meses e 15% em um período superior a 24 meses. Somente 2,1% dos que tiveram o exame de PSA coletado disseram não lembrar a data de realização do mesmo. Quando perguntados sobre acharem que o exame de PSA substitui o exame de toque retal, 72,4% dos participantes referiram que o exame de PSA não substitui o exame de toque retal.

Dos 170 participantes, 88,8% disseram ter vida sexual ativa e destes (n=151), 68,9% referiram que não faziam uso de preservativos durante as relações sexuais. Dentre os participantes que referiram ter vida sexual ativa, o uso de preservativo durante as relações sexuais foi maior na faixa etária de 50 a 59 anos, em que 41,4%

referiram tal prática, seguidos por 26,7% dos homens entre 25 e 39 anos, 26,6% dos participantes entre 40 e 49 anos, e por somente 14,3% entre os homens acima de 60 anos. Quando indagados sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, 33,5% dos participantes referiram já ter apresentado algum tipo de DST durante o curso de suas vidas.

Dos participantes dos GSH, 23,5% (n=40) referiram ter disfunção erétil (DE). No estudo em questão, 2,5% (n=1) dos que referiram DE tinha idade inferior a 40 anos. A grande maioria 97,5% (n=39) apresentava idade superior a 40 anos, sendo a idade máxima de 63 anos. Somente 3,5% (n=6) dos participantes dos GSH referiram fazer uso de substâncias para ajudar na relação sexual. Dos que referiram uso de substâncias, somente um participante referiu fazer uso de inibidores da fosfodiesterase, dentre os quais, o mais conhecido é o medicamento Viagra® e os outros cinco relataram uso de “vitaminas”. Os dados referentes à avaliação do autocuidado em relação à saúde urológica e sexual são apresentados na Tabela 3.

DISCUSSÃO

A pesquisa evidenciou que existe a necessidade de se entender as diversas singularidades e especificidades do universo masculino, especialmente quando se considera a Atenção Primária como centro de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças¹⁹.

A questão da escolaridade chama atenção no estudo, onde 58,2% dos homens não concluíram o Ensino Médio e 38,8% não concluíram o Ensino Fundamental. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância revelaram que 57% dos jovens brasileiros de ambos os sexos não completaram o ensino fundamental²⁰.

Os homens casados (64,7%) e aqueles em união estável (12,4%) representaram grande maioria dos participantes dos grupos, totalizando 77,1%, podendo representar um fator de proteção para as práticas de autocuidado. Isso porque a família exerce um papel importante na formulação dos conhecimentos sobre cuidado e saúde e pode influenciar sobremaneira a percepção da necessidade de ajuda e uso dos serviços de saúde por parte dos homens²¹.

Foi possível observar que a ida ao médico pode ser entendida como uma medida de obter orientações e tirar dúvidas a respeito da sua saúde e não somente como um momento para se procurar um profissional de saúde quando ocorre o adoecimento. Considerando a faixa etária e o grau de escolaridade, a ida ao médico de forma regular foi referida com maior frequência por homens entre 50 e 59 anos (47,1%) e por homens com ensino fundamental completo (62,5%). Em contrapartida, os homens entre 25 e 39 anos e aqueles com ensino superior incompleto foram os que menos referiram ida regular ao médico, representados respectivamente por 33,3% e 29,6%. O fato de homens jovens terem referido menor frequência em consultas médicas pode indicar a falta de esforços dos serviços de saúde no envolvimento desses em trabalhos relacionados à saúde²².

Com relação à saúde urológica e práticas para rastreamento de câncer de próstata, notou-se baixa frequência de realização do exame de toque retal por parte dos homens de 50 a 59 anos situando-se em 42,6% a referência por esses participantes. A partir dos 60 anos, notou-se um aumento da frequência de realização do exame de toque retal, representada por 66,7% para essa faixa etária. Os homens acima de 60 anos apresentaram características diferentes de vulnerabilidade e com o desgaste das condições de saúde, especialmente da população pobre, juntam-se às mulheres na vivência de patologias, tornando-os

candidatos à atenção aos serviços de saúde²², podendo justificar a maior frequência do exame entre os homens acima de 60 anos. Também pode justificar tal frequência entre os homens acima de 60 anos a ocupação dos serviços com as necessidades específicas dessa faixa etária, particularmente os agravos do aparelho circulatório e genital²¹.

Dos homens que não foram submetidos ao exame de toque retal, merece destaque o fato de 46,2% destes não terem tido acesso à consulta médica para realização do procedimento.

A frequência de realização do exame de PSA por parte dos homens dos grupos foi de 54,7%, sendo mais alta que a frequência de realização do PSA. Apesar de 72,4% dos homens afirmarem que o exame de PSA não substitui o exame de toque retal, a maior frequência de realização do exame de PSA pode indicar algum grau de preconceito com o exame de toque retal ou ainda conduta médica que pode considerar somente o exame de PSA para monitoramento e avaliação da função prostática.

A maioria dos homens com vida sexual ativa referiu que não fazia uso de preservativo. Dos 151 participantes com vida sexual ativa, somente 47 referiram o uso de preservativos. Homens com 50 a 59 anos foram os que mais referiram o uso de preservativo (41,4%), seguidos pelos homens de 25 a 39 anos (26,7%). O uso de preservativos é influenciado pela informação e também por valores como intimidade, confiança e comunicação entre os parceiros, podendo afetar o processo de negociação para o uso do preservativo²³.

A disfunção erétil (DE) foi referida por 23,5% dos participantes dos grupos. Recente estudo de revisão demonstrou que a taxa de DE moderada a severa pode variar de 0,5 a 20%²⁴. Uma vez que a disfunção erétil pode ser considerada uma

patologia que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo^{25,26} fica claro que esta deve ser entendida como um problema de saúde pública.

Finalmente, a pouca valorização e a pouca utilização dos serviços de atenção primária e do cuidado por parte de homens ganha destaque significativo, uma vez que mais do que o tratamento das doenças, o cuidado e sua valorização tem sido vistos como pontos importantes a discutir sobre o modo de lidar com a saúde que os homens tomam para si²⁷.

CONCLUSÃO

Verificou-se a necessidade de inclusão dos homens, especialmente os mais jovens, em ações e serviços de saúde de Atenção Primária. Tal inclusão precisa acontecer envolvendo ações de promoção da saúde e também assistenciais, mas devem considerar outros locais para as práticas de saúde, podendo incluir os locais de trabalho, pontos de encontro dos homens, como associações, além de envolvê-los através de atividades esportivas, com a parceria de academias, ginásios e quadras esportivas de escolas.

A inserção dos homens em serviços de Atenção Primária também deve considerar a transformação desses serviços em locais mais amigáveis e com informações pertinentes à saúde do homem. Além disso, a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde da Atenção Primária em temas de saúde do homem pode aumentar a adesão de homens às medidas de rastreamento e de práticas de autocuidado em serviços de Atenção Primária.

É urgente também o alinhamento dos serviços nas informações referentes à saúde sexual, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de informações sobre o uso de preservativos e outras condições, como a disfunção erétil.

Estratégias de prevenção em um nível populacional precisam ser inseridas e adotadas por parte dos serviços de saúde, especialmente os de Atenção Primária, que integram a rede capilar do sistema de saúde e estão mais próximos dos homens, reconhecendo que a ocorrência de doenças e adoção de hábitos saudáveis, além de práticas de autocuidado efetivas são reflexos do comportamento e das circunstâncias da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Available from: <http://www.ibge.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília, 2008. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
3. Meirelles RMR.; Hohl A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(8): 899-900.
4. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(1): 105-109.

5. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 7-17.
6. Nardi A, Glina S, Favorito LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, *International Braz J Urol*. 2007; 33: 1-7.
7. Laurenti R; Jorge MHPM; Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 35-46.
8. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Santiago, Chile; 2006.
9. Kickbusch I. Self-care in health promotion. *Soc Scienc Med*. 1989; 29(2):125-30.
10. World Health Organization. Self-care in the context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation. Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009.
11. National Health Service. What is self care? Available from: <http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Whatisselfcare.aspx>.
12. Portal do Departamento de Atenção Básica. Autocuidado. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>.

13. Carvalho GI; Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº8142/90).4 ed. rev. e atual. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2006.
14. Conass. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção progestores. Para entender a gestão do SUS.1 ed. Brasília, 2007.
15. Mattos, RA. et al (org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
17. Alves, GG, Aertes D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(1): 319-325.
18. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013.
19. Schraiber LB, Figueiredo WS. Integralidade em Saúde e os Homens na Perspectiva Relacional de Gênero. In Gomes R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

20. Nascimento M, Segundo M, Barker G. Reflexões sobre a Saúde dos Homens Jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social. In Gomes R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
21. MEDRADO, B.; LYRA, J. & AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!' Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In Gomes R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
22. Scott P. Vulnerabilidade Masculina, Curso de Vida e Moradia Urbana: um dilema para homens adultos de bairros populares. In Gomes R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
23. Promundo. Projeto de Jovem para Jovem: engajando homens jovens na prevenção de violência e na saúde sexual e reprodutiva no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Promundo, 2002.
24. Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. Int J Import Res. 2003; 15: 63-71.
25. Montague DK et al. The American Urological Association Erectile Dysfunction Clinical Guidelines Panel Report on The Treatment of Organic Erectile Dysfunction. Baltimore, MD: American Urological Association, 1996.
26. Moreira ED et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study in Brazil. Urology,. 2003; 61: 431-436.

27. FIGUEIREDO, W. S. Masculinidades e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

TABELAS (Númeroadas de acordo com a ordem que aparecem no texto)

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos participantes dos Grupos de Saúde do Homem, Fortaleza, 2013.

Características	Nº	%	
Faixa etária (anos)			Média ± DP
25 – 39	18	10,6	49,34 ± 8,97
40 – 49	69	40,6	
50 – 59	68	40,0	
60 – 83	15	8,8	
Estado civil (n=170)			
Casado	110	64,7	
União estável	21	12,4	
Solteiro	29	17,1	
Divorciado / separado	10	5,9	
Viúvo	0	0	
Escolaridade/Anos de estudo (n=170)			
Analfabeto	5	2,9	
Ensino Fundamental Incompleto	61	35,9	
Ensino Fundamental Completo	16	9,4	
Ensino Médio Incompleto	17	10	
Ensino Médio Completo	36	21,2	
Ensino Superior Incompleto	27	15,9	
Ensino Superior Completo	8	4,7	
Casa Própria (n=170)			
Sim	139	81,8	
Não	31	18,2	
Nº de pessoas no domicílio (n=170)			Média ± DP
1 a 2	45	26,5	3,57 ± 1,68
3 a 4	106	62,3	
5 a 11	19	11,2	
Religião (n=170)			
Católica	122	71,8	
Evangélica	32	18,8	
Espírita	3	1,8	
Umbandista	2	1,2	
Não tem	11	6,5	
Renda Familiar (n=170)			
Menos de 1 Salário Mínimo*	1	0,6	
Igual a 1 Salário Mínimo*	19	11,2	
Entre 1 Salário Mínimo* e R\$ 999,00	63	37,1	
Entre R\$ 1000,00 e R\$ 1999,00	54	31,8	
Entre R\$ 2000,00 e R\$ 2999,00	24	14,1	
Igual ou maior a R\$ 3000,00	9	5,3	
Trabalha atualmente? (n=170)			
Sim	153	90,0	
Não	9	5,3	
Aposentado	8	4,7	

Fonte: Tabela construída pelos autores a partir dos instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

*O valor do salário mínimo no ano de 2013 era R\$678,00.

Tabela 2 – Avaliação do Autocuidado em relação à saúde geral

Características	Nº	%
Costuma ir ao médico regularmente (n=170)		
Sim	70	41,2
Não	100	58,8
Ida regular ao médico por faixa etária		
Sim		
25-39 anos (n=18)	6	33,3
40-49 anos (n=69)	26	37,7
50-59 anos (n=68)	32	47,1
>60 anos (n=15)	6	40
Não		
25-39 anos (n=18)	12	66,7

	40-49 anos (n=69)	43	62,3
	50-59 anos (n=68)	36	52,9
	>60 anos (n=15)	9	60
Ida regular ao médico por estado civil			
Sim	União Estável (n=21)	7	33,3
	Casado (n=110)	44	40
	Solteiro (n=29)	14	48,3
	Divorciado (n=10)	5	50
Não	União Estável (n=21)	14	66,7
	Casado (n=110)	66	60
	Solteiro (n=29)	15	51,7
	Divorciado (n=10)	5	50
Ida regular ao médico por escolaridade			
Sim	Analfabeto (n=5)	3	60
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	24	39,3
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	10	62,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	7	41,2
	Ensino Médio Completo (n=36)	15	41,7
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	8	29,6
	Ensino Superior Completo (n=8)	3	37,5
Não	Analfabeto (n=5)	2	40
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	37	60,7
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	6	37,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	10	58,8
	Ensino Médio Completo (n=36)	21	58,3
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	19	70,4
	Ensino Superior Completo (n=8)	5	62,5
Data da última consulta (n=170)			
	Nos últimos 12 meses	109	64,1
	Entre 13 e 36 meses	38	22,4
	Há mais de 36 meses	17	10
	Não lembrou	6	3,5
Pressão Arterial verificada regularmente (n=170)			
	Sim	109	64,1
	Não	61	35,9
Glicemia verificada regularmente (n=170)			
	Sim	49	28,8
	Não	121	71,2
Prática regular de atividade física (n=170)			
	Sim	71	41,8
	Não	99	58,2
Prática regular de atividade física por faixa etária			
Sim	25-39 anos (n=18)	11	61,1
	40-49 anos (n=69)	31	44,9
	50-59 anos (n=68)	21	30,9
	>60 anos (n=15)	8	53,3
Não	25-39 anos (n=18)	7	38,9
	40-49 anos (n=69)	38	55,1
	50-59 anos (n=68)	47	69,1
	>60 anos (n=15)	7	46,7
Prática regular de atividade física por escolaridade			
Sim	Analfabeto (n=5)	2	40
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	21	34,4
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	6	37,5
	Ensino Médio Incompleto (n=17)	8	47,1
	Ensino Médio Completo (n=36)	15	41,7
	Ensino Superior Incompleto (n=27)	14	51,9
	Ensino Superior Completo (n=8)	5	62,5
Não	Analfabeto (n=5)	3	60
	Ensino Fundamental Incompleto (n=61)	40	65,6
	Ensino Fundamental Completo (n=16)	10	62,5

Ensino Médio Incompleto (n=17)	9	52,9
Ensino Médio Completo (n=36)	21	58,3
Ensino Superior Incompleto (n=27)	13	48,1
Ensino Superior Completo (n=8)	3	37,5

Fonte: Tabela construída pelos autores a partir dos instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.

Tabela 3 – Avaliação do autocuidado em relação à saúde urológica e sexual

Características	Nº	%
Foi submetido ao exame de toque retal (n=170)		
Sim	51	30
Não	119	70
Exame de toque retal por faixa etária		
25-39 anos (n=18)	1	5,6
40-49 anos (n=69)	11	15,9
50-59 anos (n=68)	29	42,6
>60 anos (n=15)	10	66,7
Sim		
25-39 anos (n=18)	17	94,4
40-49 anos (n=69)	58	84,1
50-59 anos (n=68)	39	57,4
>60 anos (n=15)	5	33,3
Não		
Quando foi feito o exame de toque retal (n=51)		
Nos últimos 12 meses	11	21,6
Entre 13 e 24 meses	15	29,4
Há mais de 24 meses	25	49
Não lembrou	-	-
Porque não foi submetido ao exame de toque retal (n=119)		
Medo	5	4,2
Preconceito	12	10,1
Por achar inútil	8	6,7
Não teve acesso à consulta médica	55	46,2
Desconhecimento	11	9,2
Faixa etária não recomendada	19	16
Outro motivo não especificado	9	7,6
Foi submetido ao exame de PSA (n=170)		
Sim	93	54,7
Não	77	45,3
Quando foi feito o exame de PSA (n=93)		
Nos últimos 12 meses	56	60,2
Entre 13 e 24 meses	21	22,6
Há mais de 24 meses	14	15
Não lembrou	2	2,1
Acha que o PSA substitui o toque retal		
Sim	47	27,6
Não	123	72,4
Vida sexual ativa		
Sim	151	88,8
Não	19	11,2
Usa preservativo nas relações sexuais (n=151)		
Sim	47	31,1
Não	104	68,9
Uso do preservativo nas relações sexuais por faixa etária		
25-39 anos (n=15)	4	26,7
40-49 anos (n=64)	17	26,5
50-59 anos (n=58)	24	41,4
>60 anos (n=14)	2	14,3
Sim		
25-39 anos (n=15)	11	73,3
40-49 anos (n=64)	47	73,4
50-59 anos (n=58)	34	58,6
>60 anos (n=14)	12	85,7
Não		
Queixas de disfunção erétil (n=170)		
Sim	40	23,5
Não	130	76,5
Toma algum medicamento para ajudar na relação sexual (n=170)		

Sim	3,5	6
Não	96,5	164
Doença sexualmente transmissível, passado e atualidade (n=170)		
Sim	57	33,5
Não	113	66,5

Fonte: Tabela construída pelos autores a partir dos instrumentos de pesquisa sobre saúde do homem, 2013.