

## DISCUTINDO SAÚDE DO HOMEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UBERLÂNDIA, MG

Rosuita Fratari Bonito<sup>1</sup>  
Leonardo Landó<sup>2</sup>  
Débora de Sousa Ribeiro Costa<sup>3</sup>

**RESUMO:** Este relato, elaborado com base nas experiências e vivências oriundas de um projeto de extensão conduzido no ano de 2009 em duas Unidades Básicas de Saúde da Família, em Uberlândia, Minas Gerais, discorre a respeito das ações realizadas no sentido de difundir debates e reflexões em torno da questão da saúde do homem no tocante a três doenças: hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer de próstata. Tendo como base a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* e os referenciais da atenção primária em saúde, buscamos conduzir um ciclo de oficinas direcionadas ao público masculino acima de 40 anos, adscrito às unidades, a fim de elucidar aspectos importantes relacionados a sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Como produtos deste trabalho, obtivemos resultados quali-quantitativos de dois questionários, cartazes com percepções elencadas pelo público, elaboração e distribuição de uma cartilha educativa e a constatação de que, não obstante, o conhecimento desses agravos persiste em uma relutância e em um descuido por parte da população em efetivamente aplicá-los.

**UNITERMOS:** Saúde do homem. Atenção primária em saúde. Extensão.

*Discussing men's health at Unidades Básicas de Saúde da Família, in Uberlândia, MG*

**ABSTRACT:** This report – based on experiences and practices gathered from an extension project conducted in 2009 in twice basic units (Unidades Básicas de Saúde da Família), in Uberlândia City – discuss about the activities performed attempting to raise debates and reflections about men's health issue regarding three diseases: hypertension, diabetes mellitus and prostate cancer. In reference to the *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* and the principles of primary care, we sought to conduct a cycle of workshops directed to men over 40 years, ascribed to the chosen units, in order to elucidate important aspects related to symptoms, diagnosis, treatment and prevention. As products of this work, we have obtained qualitative and quantitative results out of two questionnaires and posters with perceptions from the participants, rationalized the writing and distribution of an educational booklet, and concluded the perception that, despite rich knowledge about these three illnesses, remains reluctance and a careless by the public to effectively apply them.

**KEYWORDS:** Men's health. Primary health care. Extension.

<sup>1</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (rosuita@netsite.com.br).

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, bolsista do Programa de Extensão e Integração UFU-Comunidade (PEIC-UFU/2009), da Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis (lando\_leo@hotmail.com).

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, bolsista do Programa de Extensão e Integração UFU-Comunidade (PEIC-UFU/2009), da Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis (debysrc@yahoo.com.br).

O presente relato nasceu das experiências e vivências por nós atestadas durante o desenvolvimento de um projeto de extensão nas Unidades Básicas de Saúde da Família Mansour I e II (Complexo Viva Mansour), em Uberlândia-MG, durante o ano de 2009. Nosso trabalho – cujo escopo foi o de organizar um ciclo temático de oficinas, envolvendo dinâmicas e debates sobre a saúde do homem – buscou, fundamentalmente, focar os problemas de hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer de próstata sob o viés da atenção primária em saúde.

O projeto, intitulado *Saúde do homem e atenção primária* é vinculado ao Programa de Extensão e Integração UFU-Comunidade, da Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis da Universidade Federal de Uberlândia, foi concebido a partir da atualidade e relevância do assunto sob o paradigma da promoção à saúde, especialmente por ocasião do recente lançamento da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*, pelo Ministério da Saúde. Este plano, publicado em agosto de 2008 e alinhado à *Política Nacional de Atenção Básica*, objetiva resguardar a integralidade da atenção, reconhecer os agravos do sexo masculino e estimular o autocuidado e a prevenção. De fato, os programas de saúde direcionados, em particular, a essa parcela da população são, por inúmeros fatores, escassos e, quando existentes, ineficientes.

[...] em geral, há programas de saúde que contemplam a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, não existindo, porém, com exceção dos programas de saúde do trabalhador, aqueles voltados especificamente para o homem adulto. Não que seja desejável existir um programa somente dirigido a eles, mas, no programa de saúde da família ou do subprograma de saúde do adulto, devem ser levantadas algumas questões específicas para o homem [...] (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 38).

Dada tal perspectiva e em consonância com a determinação ministerial, tencionamos não só alertar o público, composto principalmente por homens acima dos 40 anos, para a importância dos argumentos abordados durante nossas oficinas, mas também instigá-los a modificar hábitos alimentares, exercitarem-se regularmente e a comparecerem à unidade de saúde para atendimentos e orientações – um incentivo, enfim, à melhoria da qualidade de suas vidas.

## **Da saúde do homem**

Por uma longa tradição histórica e cultural, os indivíduos do sexo masculino, que no país correspondem a 49,2% dos brasileiros (IBGE, 2005), padecem de uma menor carga de cuidados em saúde. Considerando que os homens apresentam menos iniciativa voluntária de se consultar periodicamente e aderem pouco aos tratamentos preconizados, é de se esperar que acabem perfazendo um grupo de atendimento quase “descoberto”, no qual doenças e complicações terminam por levá-los a quadros mais graves e crônicos. Também por esse processo, têm-se entre a população masculina alguns indicadores de saúde preocupantes, tais como para o alcoolismo e tabagismo, a violência e dados de morbimortalidade.

Constituem aspectos da vulnerabilidade dos homens diante de agravos: 1) neoplasias malignas

(cânceres de estômago, pulmão e próstata); 2) as doenças isquêmicas do coração; 3) as doenças cerebrovasculares e 4) as causas externas (destacando-se os acidentes de carro e os homicídios) (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 10).

Concorrem amiúde para esse quadro de ausência dos homens aos serviços de saúde diversos determinantes psicossociais – medo da descoberta de um problema grave, preconceito contra procedimentos invasivos e necessários, vergonha de exposição do corpo perante o profissional e descuido em relação a si próprio. Ademais, para Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 571), as chamadas “amarras culturais” criam nesse público uma mentalidade de que o autocuidado exprime um ato de fraqueza e insegurança, contrariando a atitude de invulnerabilidade e destemor comumente adotada.

Eles morrem mais cedo do que as mulheres e recorrem menos às consultas. Internam-se mais gravemente e procuram a emergência quando já não suportam mais a doença. [...] O menino cresce e é educado para ser forte e proteger. Isso o coloca numa posição de vulnerabilidade física e psíquica já que não pode admitir que pode ser frágil ou que possa adoecer, o que o torna susceptível a riscos de agravamento de uma doença que poderia ser evitado (BRAZ, 2005, p. 102).

No caso dos homens, com o avançar dos anos, certos agravos são mais prevalentes tanto em termos de sexo quanto de idade, comparados a outros grupos etários e às mulheres. Nesse sentido, em função da abrangência demandada, tratamos de assinalar, entre vários outros, apenas três deles: a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o câncer de próstata. A opção pela faixa acima dos 40 anos, por sua vez, explica-se pelo fato de o acompanhamento médico regular adquirir reconhecido interesse a partir dessa idade, quando problemas ligados ao envelhecimento tornam-se mais comuns.

A hipertensão arterial – tida por Schmidt et al. (2009, p. 75) como a mais freqüente das doenças crônicas não transmissíveis e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares e para a doença renal crônica – projeta-se como um problema de saúde crescente e já aparece, conforme Costa et al. (2009, p. 19), como o principal indicador de risco para a mortalidade, com prevalência global de 26% na população adulta. Em pessoas com 40 anos, Toscano (2004, p. 887) estabelece que a prevalência de alterações da pressão arterial alcança o índice de 50%.

O diabetes mellitus, por sua vez, coloca-se como uma importante alteração crônica das taxas de glicemia que desencadeia sérias complicações e atinge diretamente a qualidade de vida do paciente. O aumento de sua prevalência, apontado por Teixeira, Zanetti e Pereira (2009, p. 386) como fruto da maior expectativa de vida da população e dos hábitos contemporâneos, representa, para as autoras, uma sobrecarga para os serviços de saúde e para as famílias, com desdobramentos nas políticas de saúde pública. Nessa perspectiva, segundo Schmidt et al. (2009, p. 75), as hospitalizações atribuíveis ao diabetes englobam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde.

Essa doença figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009, p. 125).

Finalmente, o câncer de próstata, cuja incidência, relatada por Guerra, Gallo e Mendonça (2005, p. 231), tem se sobressaído desde 1960, é hoje o quarto tipo de câncer mais comum e o segundo que mais mata entre os homens. Consoante relatório do *World Cancer Research Fund* (1997, p. 3), foi demonstrado exponencial aumento desse tipo de câncer em homens acima dos 50 anos, devendo a educação ser, do ponto de vista da Organização Mundial da Saúde (1991, p. 311), uma das prioridades na implementação de um programa de alívio da dor no câncer.

O câncer de próstata é notadamente reconhecido como um problema de saúde pública, dado a sua magnitude no quadro de morbimortalidade masculina, já possuindo consenso entre órgãos oficiais sobre o seu controle e a sua prevenção (GOMES et al., 2008, p. 236).

### **Da atenção primária**

A atenção primária, durante os anos, tem figurado como um grande marco referencial para a organização de estratégias de promoção da saúde. Incorporada à lógica organizacional dos serviços até então genuinamente assistenciais, acabou por se confundir atualmente, como apontam Gil (2006, p. 1172) e Assis et al. (2007, p.5), com os cenários da atenção básica e de convergir para o Programa de Saúde da Família. Seu modelo de abordagem original, que alude aos próprios princípios-guia do Sistema Único de Saúde, configura uma significativa reorientação das diversas linhas de ação em saúde, já que a atenção primária, paralelamente a atenção básica, é considerada o primeiro ponto de convergência do usuário com o serviço.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFEILD, 2002, p.28).

Destarte, a atenção básica coloca-se, para Giovanella et al. (2009, p. 784), como meio de orientar a organização do sistema e de responder às necessidades da população, uma vez que permite o melhor direcionamento das redes de serviços rumo à integralidade, resolutividade e intersetorialidade, de modo a garantir o primordial: cuidado contínuo e proteção social.

O papel da atenção primária se tornará mais crucial com o crescente reconhecimento da interação entre biologia e o ambiente social e físico. O desafio da atenção primária é entender e interpretar esta interação e ajudar os indivíduos a modificar suas circunstâncias de vida para maximizar seu potencial de saúde e realização pessoal. Conforme o papel da Medicina muda de uma meta de cura para a prevenção de enfermidades, e daí para a proteção e promoção da saúde, sua contribuição para a saúde assumirá

uma importância cada vez maior. Como o único ramo da Medicina a focar basicamente as pessoas, e não suas doenças, a atenção primária é fundamental no avanço da ciência e da arte dos serviços de saúde na sociedade moderna (STARFEILD, 2002, p. 697-698).

## **Sobre o projeto desempenhado e seus resultados**

A primeira oficina de nosso projeto deu-se em meados de setembro de 2009. Até então, vínhamos nos preparando com conteúdos e materiais para as reuniões na unidade de saúde, tomando conhecimento da equipe local e protocolando em instâncias da Prefeitura Municipal as atividades que pretendíamos desenvolver.

Enquanto isso, tivemos tempo não só para estudar os temas hipertensão arterial, diabetes mellitus e câncer de próstata, como também para aprofundar nossa abordagem metodológica referenciada em Paulo Freire. Remetendo à teoria freiriana de ensinar a partir da construção individual do conhecimento em detrimento da transmissão unidirecional do saber, decidimos que a estratégia por meio de oficinas seria a mais oportuna, já que abria espaço para debates informais, esclarecimentos científicos, atividades lúdicas, questionamentos e confraternização dos participantes.

A primeira tarefa foi construir um questionário de sondagem, o qual foi aleatoriamente (sem caráter estatístico generalizável) aplicado pelos agentes comunitários de saúde em algumas visitas de rotina, para que pudéssemos compreender o quanto aquela população local conhecia e quais os pontos que precisaríamos enfatizar. Vimos por meio do questionário que as grandes dificuldades recaíam no câncer de próstata, destacadamente em “sintomas” e “em que idade submeter-se aos exames”.

Em seguida, elaboramos cartazes com textos e imagens e providenciamos um boneco sintético representativo da anatomia humana. Nesses cartazes, estabelecemos exercícios em que os presentes deveriam elencar seus conhecimentos prévios e afixamos figuras dos órgãos correlatos com informações complementares. Além disso, preocupados em materializar o projeto também fora daquele momento da oficina e em estender as reflexões a outras pessoas, tratamos de escrever, esquematizar e ilustrar três cartilhas, cada qual voltada a um dos três agravos. As cartilhas foram distribuídas aos participantes que compareciam às oficinas, mas estes eventualmente recebiam um número maior de exemplares para que pudessem oferecer a outros familiares e amigos.

A cada data agendada, no início da noite (período em que a unidade era aberta por dois agentes escalados), dispondo o público assentado em roda e com esses instrumentos, iniciávamos, então, os trabalhos planejados. A condução da discussão, dividida entre nós estagiários, desenrolou-se de modo que, sequencialmente, partíamos para os temas até que cada um os estivesse esgotado. Iniciávamos com uma intervenção expositiva, na qual introduzíamos a doença, seguida pelos sintomas, regiões e órgãos do corpo afetados (indicando-os no boneco), terapêuticas, tratamentos e formas de prevenção. Nossa conversa era, a todo o instante, aberta às manifestações dos ouvintes e enveredava em muitas ocasiões o curso natural das perguntas e opiniões. Ao final, pedíamos que todos respondessem voluntariamente a um questionário de avaliação relacionado àquela oficina.

As oficinas perduravam cerca de uma hora e findavam com um lanche. Realizadas a cada quinze dias, seguiram o mesmo arcabouço estrutural e metodológico, com modificações mínimas. Mas, a despeito desse fato, cada uma delas produzia seus resultados particulares e específicos e, na mesma medida, desvelavam numerosas dificuldades – reunir o público em um bairro notadamente desmobilizado e de pouco comparecimento, vivenciar momentos de pouco *feedback* por parte dos ouvintes e despertar o interesse de um grupo muitas vezes já exausto pelo dia de trabalho.

Nossa pretensão, entretanto, foi a de convocar majoritariamente participantes do sexo masculino com mais de 40 anos. As oficinas estiveram invariavelmente direcionadas a eles. Todavia, entendíamos ser indispensável também a presença conjunta do restante da família (esposa, filhos etc.) e da comunidade (vizinhos, amigos etc.), que, em que pesem sua influência, poderiam contribuir para a veiculação da informação e para a superação das barreiras pessoais e culturais. Por assim dizer, os agentes comunitários, que nos ajudaram na divulgação dos encontros, casa a casa, preocuparam-se sempre em estender o convite a todos.

Na opção pelas Unidades Básicas de Saúde da Família como local para desempenhar o projeto, preponderou tanto o princípio norteador da atenção primária, puramente representado nesse tipo serviço, como também o de que o profissional de saúde deve estar convenientemente ciente de toda essa realidade relacionada à saúde masculina, oportunizando uma atenção adequada e solúvel.

Os estudos apontam também para o fato de homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde, devido às ações preventivas se dirigir quase que exclusivamente para mulheres. Assim, os serviços públicos costumam ser percebidos como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Essa situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 570).

Feito, enfim, o balanço geral das atividades e reportando aos resultados do questionário de avaliação da oficina, constatamos que a totalidade (100%) do público participante classificou a reunião, dentre quatro alternativas (“ruim”, “regular”, “boa” e “excelente”), como “excelente” e que esse mesmo dado se repetiu para o grau de aprendizado, sobre o qual, de três opções de escolha (“nada”, “um pouco” e “bastante”), todos (100%) afirmaram ter aprendido “bastante”. Tal fato, de certa forma, corroborou nossa percepção, já abstraída em outras ocasiões, de um satisfatório interesse por parte do público em descobrir mais sobre os assuntos tratados, especialmente o “câncer de próstata”, que era virtualmente o tema mais aguardado nos encontros. Por fim, nas linhas abertas do questionário, ofertadas às observações adicionais, recebemos discursos diversos e de grande valor simbólico – “está de bom grado”, “foi muito boa a palestra, obrigado, Geraldo”, “parabéns pelo projeto, deve dar continuidade”, “poderá ser na sexta-feira, 7h30?”.

Já a partir do questionário de sondagem aplicado no início do projeto pelos agentes comunitários de saúde, tivemos algumas conclusões alarmantes. Das doenças apresentadas, a totalidade (100%) disse conhecer hipertensão, ao passo que 88% referiram saber sobre diabetes mellitus e 80% declararam ter conhecimento a respeito do câncer de próstata. Sobre este último, contudo,



chamou-nos a atenção a marca de 52% de respostas positivas sobre a existência de sintomas para essa doença, comumente assintomática, e da dúvida a respeito de sua possibilidade de cura, com apenas 56% de respostas favoráveis a isso.

Nesse sentido, por diversas vezes ainda no transcorrer das oficinas, já havíamos verificado, a partir das falas proferidas, uma baixa adesão dos homens aos exames da próstata, tidos como invasivos demais e considerados por muitos desnecessários e de pouco efeito para o diagnóstico. Alguns, inclusive, viam a doença sob um ponto de vista puramente fatídico, enumerando casos de pessoas conhecidas que faleceram em decorrência dela.

Por outro lado, a hipertensão e o diabetes colocavam-se numa perspectiva absolutamente dicotômica à do câncer. Para uma simples comparação, tomando como exemplo a pressão arterial elevada, manifestada como o principal problema entre os participantes presentes e, como já mostrado anteriormente no outro questionário, a doença sobre a qual todos disseram saber, demonstrou ser o agravo com que o público parecia ter mais contato, mais conforto em debater e perguntar e mais experiências para compartilhar. Para o diabetes e a hipertensão, além disso, a população revelou grande facilidade em traçar estratégias de controle (hipertensão – “atividade física”, “alimentação”, “acompanhamento médico”, “medicação”, “não beber”, “não fumar”; diabetes – “dieta”, “atividade física”, “tomar insulina”, “ir ao médico”, “tomar outros remédios”, “não fumar”, “parar de beber”) e determinar problemas secundários de casos não tratados (hipertensão – “aumento da pressão”, “ficar inválido”, “morrer”, “derrame”, “problema no coração”, “infarto”, “perda da visão”, “problema respiratório”, “problemas renais”, “dor de cabeça”; diabetes – “perda da visão”, “trombose”, “amputação dos membros”, “feridas nos pés”, “infarto”, “dor no peito”, “morte”, “parada dos rins”).

Durante as várias reuniões do projeto, no entanto, ainda que todas essas medidas tenham sido explicitadas, transpareceu nas falas um baixíssimo cumprimento efetivo das mesmas, de modo que os próprios homens espontaneamente assumiam a postura de sedentarismo, a alimentação incorreta e os hábitos de fumar e beber que praticavam. Sobre isso, o coordenador do espaço Viva Mansour, onde se alocam as duas unidades de saúde, alega que há no bairro um número bastante reduzido de indivíduos (menor ainda pensando-se o sexo masculino) que aderem às atividades de esporte e lazer regularmente oferecidas ali, o que destoa do que seria a busca efetiva por práticas saudáveis de vida.

Todo esse quadro situacional, enfim, reiterou a necessidade da constante e incisiva abordagem desses conteúdos junto à população, que, por mais informada e por mais autocrítica a si própria – isto é, reconhecendo suas escolhas como incorretas – ainda carecia da maior aplicação das orientações no seu cotidiano.

A estratégia de prevenção e promoção da saúde tem de levar em conta a mudança comportamental, em toda a população, tendo em mente as diferenças de gênero em relação ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, ao peso corporal, entre outros. Fica bastante claro que a presença de muitas doenças que afetam a população, muitas vezes mais acentuadamente a masculina, tem mecanismos bastante conhecidos e aceitos cientificamente; o difícil,

muitas vezes, é como incorporá-los à prática diária (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005, p. 44-45).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob nosso ponto de vista, o projeto *Saúde do homem e atenção primária* significou, afinal, uma inestimável etapa de aprendizado, tanto teórico quanto prático. Tivemos, ao longo das atividades, oportunidades enriquecedoras de progredir na nossa compreensão acerca da realidade em que estivemos inseridos e do público com o qual tivemos contato. Pudemos ampliar nossa percepção crítica em relação ao imaginário e à construção social em torno da questão da saúde do homem e apreender os desafios técnico-institucionais persistentes nessa área.

De fato, esperamos ter sido de verdadeira utilidade prática as informações e reflexões que endossamos. Contamos que elas tenham contribuído de alguma forma para a saúde dos que nos prestigiaram e desencadeiem junto aos homens o impulso real de mudança. É esse, sem dúvida, o grande passo inevitável.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, 2007. Disponível em: <[http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_228616371.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2010.

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: Ministério da Saúde, 2008.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

COSTA, Maria Fernanda Furtado de Lima et al. Comportamento em saúde de idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s2/ao793.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2010.



GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

GOMES, Romeu et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/26.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2009.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos demográficos e contagem populacional para os anos intercensitários**: estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS. 2005.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alívio da dor no câncer**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

SCHMIDT, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseado em inquérito de morbidade autoreferida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia; PEREIRA, Marta Cristiane Alves. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a06v22n4.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

XAVIER Antônia Tayana da Franca; BITTAR, Daniela Borges, ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo de. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. **Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington: American Institute for Cancer Research, 1997.

Submetido em 29 de janeiro de 2010

Aprovado em 10 de maio de 2010