

PROMOÇÃO DA SAÚDE MASCULINA NA ATENÇÃO BÁSICA

Eduardo Alves Lima Junior¹, Hermínio de Sousa Lima²

¹ Enfermeiro em Saúde da Família.

² Departamento de Enfermagem, Centro de Estudos Superiores de Presidente Dutra, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Cidade Universitária Paulo VI, caixa postal 09, Tirirical, São Luis - Maranhão – Brasil, e-mail: herminiolima@yahoo.com.br.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo a avaliação da situação da saúde do homem na atenção primária de saúde, a fim de determinar o nível da promoção, acesso e prevenção da saúde, em Unidades Básicas de Saúde. Como método, optou-se pela abordagem quantitativa do tipo descritiva utilizando um questionário com perguntas fechadas, contendo questões sobre o nível de conscientização quanto à prevenção, promoção e adesão ao serviço primário de saúde e o nível de conhecimento da população masculino sobre os fatores de risco das patologias que mais atingem os

homens. Neste estudo verificou-se a falta de conhecimento por parte dos entrevistados quanto à essência da política adotada pela estratégia da saúde da família e as atividades desempenhadas em uma Unidade Básica de Saúde, trazendo como consequência a pouca presença de homens nas Unidades Básicas de Saúde. Como conclusão constata-se uma grande necessidade da criação e intensificações de políticas de saúde voltadas à população masculina, com o intuito de reverter a atual situação da saúde do homem.

Palavras-Chave: Atenção primária; Saúde do homem; Situação da saúde.

ABSTRACT

PROMOTION OF THE MASCULINE HEALTH IN THE BASIC ATTENTION

This study has as objective the evaluation of the situation of the man's health in the primary attention of health, in order to determine the level of promotion, access and prevention, the Basic Units of Health. As method, opted for quantitative approach, of the descriptive type, using a questionnaire, with closed questions, containing subjects on the understanding level with

relationship to the prevention, promotion and adhesion at the primary service of health and the level of knowledge of the masculine population about the factors of risk of the pathologies that more they reach the men. In this study the knowledge lack was verified on the part of the interviewees as the essence of the politics adopted by the strategy of the health of the family and the activities carried out in a Basic Unit of Health,

bringing as consequence the little presence of men in the Basic Units of Health. As conclusion is verified a great creation need and intensifications of

politics of health returned to the masculine population, with the intention of reverting the current situation of the man's health.

key Word: The man's health; Situation of the health; Primary attention.

INTRODUÇÃO

A saúde masculina tem sido uma temática pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, a qual é objeto de políticas públicas e de várias investigações (Braz, 2005).

Os indicadores de morbimortalidade do nosso país tem traçado um perfil que se mantêm já há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, que os homens (Pinheiro, 2002). No entanto há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência e a taxa de mortalidade por causas patológicas graves é maior entre os homens (Pinheiro, 2002). A grande diferença pode está relacionada com a prevenção, uma prática não muito adotada pelo sexo masculino e que é muito utilizada por grande parte das mulheres (Laurenti, *et. al.*, 2005).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) como provedoras de ações de promoção e prevenção de saúde através de programas destinados a toda população, tem adquirido uma imagem disseminada, de que seus serviços são destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos, por terem programas específicos para esse público. Como consequência, temos a pouca presença masculina nas UBS

(Figueredo, 2005). A ausência de um programa específico para o homem e a identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, pode ser uns dos principais fatores que nos levam aos indicadores atuais da Saúde, tendo como principais causas de morte masculina, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas (Figueredo, 2005), as quais com a realização de exames periódicos de prevenção podem ser evitadas ou minimizadas e através de um diagnóstico precoce a probabilidade de um tratamento eficaz aumenta significativamente.

A área da saúde, em especial a da saúde da mulher, experimentou consideráveis avanços nas últimas décadas. Programas visando à redução das mortes materna e infantil, programas de combate ao câncer cérvico-uterino e câncer de mama são alguns exemplos desses avanços. Naturalmente tais conquistas tiveram a participação ativa dos homens como pais, como cidadãos ou como profissionais das esferas executivas governamentais (Paschoalick, *et. al.*, 2006).

Longe de sugerir um "movimento machista", com intuito de ampliar as discussões acerca das questões que envolvem os homens, caberia enfatizarmos a necessidade de semelhante mobilização política para reverter a atual situação da saúde masculina (Paschoalick, *et. al.*, 2006). Pois a ausência de uma oportunidade

equitativa em relação à assistência em saúde, no que concerne ao sexo, implica na exclusão de políticas que privem os homens, dos serviços de saúde (Braz, 2005).

Fato observado em décadas anteriores mostrou que na tentativa de melhoria dos indicadores desfavoráveis às mulheres, foram adotadas políticas públicas de resolução, investindo na criação de Institutos e Serviços de Saúde da Mulher (Beauchamp, *et. al.*, 2002). Com o intuito de obedecer ao princípio da equidade se faz necessário, em meio aos indicadores atuais de saúde masculina, a adoção de políticas de saúde direcionada ao sexo masculino.

Atualmente tem havido uma ampla discussão sobre masculinidade na área da saúde em geral, mas ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde (Courtenay, 2000). Para se avançar nessa discussão, dentre outros aspectos, é importante dar voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde.

Um fator a ser enfatizado é a concepção masculina sobre saúde e doença, pois, problemas de saúde podem significar uma possível demonstração de fragilidade e feminilização. Denota-se daí a idéia de feminilização associada aos cuidados de saúde (Figueredo, 2005).

Existem vários estudos que atribuem alguns fatores ligados ao gênero masculino e seu processo de socialização, como causas da atual situação da saúde masculina. “Na construção do gênero masculino, muitos homens assumem risco que interferem em suas condições de saúde, essa

construção também define a forma como o homem usa e percebe o seu corpo” (Korin, 2001).

É com essas concepções e tendo como referência os diagnósticos de saúde dos homens em cada contexto em que as UBS estão inseridas, que os serviços devem construir as estratégias assistenciais para contemplar as diferentes necessidades de saúde dos homens.

O objetivo desse estudo é avaliar a situação da saúde do homem na atenção primária de saúde, a fim de determinar o nível da promoção, acesso e prevenção, realizada no Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, Maranhão.

MATERIAL E METODOS

A pesquisa foi realizada sob o aspecto da abordagem quantitativa, do tipo descritiva, com o propósito de conhecer a situação da saúde do homem na Atenção Primária de Saúde do Centro de Saúde Cohab-Anil quanto à promoção, acesso e prevenção.

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Cohab-anil e a população estudada era composta por 105 entrevistados, os quais foram assim selecionados: o Centro de Saúde Cohab-Anil é composto de três equipes de saúde da Família, onde de cada equipe foram escolhidos cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo sorteadas sete famílias de cada micro-área dos ACS escolhidos. De cada família sorteada foi entrevistado um homem, o qual estava presente no horário da entrevista com tinha idade igual ou maior que 20 anos.

Foi elaborado um questionário, com perguntas fechadas, contendo questões sobre dados pessoais; o nível de

conscientização quanto à prevenção, promoção e adesão ao serviço primário de saúde e o nível de conhecimento da população masculino sobre os fatores de risco das patologias que mais atingem os homens.

A coleta dos dados realizou-se no período de 01 de dezembro de 2007 a 29 de fevereiro de 2008, a qual possibilitou analisar a situação da saúde do homem na Atenção Primária de Saúde e conhecer o nível da promoção, acesso e prevenção realizada no Centro de Saúde Cohab-Anil.

É importante informar que os entrevistados, antes de responderem os questionários aplicados, foram informados da intenção da pesquisa e dado aos mesmos o direito de responderem ou não, caso não julgassem importante o propósito do estudo.

Se na família sorteada não houvesse homens na faixa etária exigida ou os homens presentes optassem por não responder o questionário, seria sorteada outra família da mesma micro-área, em substituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente o padrão de mortalidade masculina, no Brasil, segue aquele observado em outros países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. Os óbitos masculinos segundo grupos etários, mostram dois aspectos importantes: em primeiro lugar, há uma grande redução da participação do grupo de menores de cinco anos; o outro ponto é o aumento da mortalidade proporcional entre os idosos, isto é, de indivíduos de

60 anos e mais (Laurenti, *et. al.*, 2005). É demonstrado também um aumento gradativo da sobremortalidade masculina nas idades jovens e adultas jovens (Braz, 2005). Nos últimos anos, as taxas de mortalidade masculina, na faixa dos 20 a 29 anos de idade, chegam a ser mais de três vezes superiores às femininas (Laurenti, *et. al.*, 2005).

Com vista nesses indicadores de mortalidade masculina por faixa etária, decidimos entrevistar homens com vinte ou mais anos de idade. Assim, foram entrevistados 105 homens distribuídos da seguinte forma: 32,38% com faixa etária de 20 a 40 anos, 40% tinham entre 41 a 60 anos de idade e os que tinham idade igual ou superior a 61 anos, corresponderam a 27,61% (Tab. 1).

Em todos os estados brasileiros, considerando-se o conjunto de todas as faixas etárias, as doenças cardiocirculatórias são responsáveis pelo maior contingente de óbitos, decorrentes de doença arterial coronariana, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca (MS, 1993), constituindo-se, atualmente, na principal causa de gastos em assistência médica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Buss, 1993).

Cerca de 75 a 80% dos portadores de Doença Arterial Coronariana (DAC) apresentam fatores de risco convencionais ou clássicos, representados por hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, idade avançada, sexo masculino e antecedentes familiares, sendo acrescentados, posteriormente, sedentarismo, estresse emocional e obesidade (Wilson, *et. al.*, 1998).

TABELA 1. Distribuição de entrevistados por faixa etária.

IDADE	Nº	%
20 a 40	34	32,38
41 a 60	42	40,00
61 ou mais	29	27,61
Total	105	100,00

Há evidências de que o processo aterosclerótico inicia-se na infância, progride com a idade e exibe gravidade diretamente proporcional ao número de fatores de risco apresentados pelo indivíduo (Berenson, *et. al.*, 1998), razão pela qual acredita-se que a prevenção primária das doenças cardiovasculares deve começar na infância (Armaganijan, *et. al.*, 1996), principalmente pelo processo de educação para a promoção da saúde cardiovascular com ênfase na importância da dieta e da manutenção de uma prática regular de atividade física para toda a vida (Kimm, *et. al.*, 1998).

O tabagismo é um dos mais importantes fatores de risco para a doença cardiovascular e também neoplasias, bronquite crônica e enfisema. Sua alta prevalência faz inúmeras vítimas, principalmente por doença cardiovascular aterosclerótica. É válido observar que a população masculina detem a maior parcela de fumantes em nosso país (Ciorlia Souza, *et. al.*, 2005), no entanto quase a metade dos entrevistados desconheciam ser o tabagismo um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, tornando claro a deficiência na promoção da saúde relacionada a prevenção de doenças cardiovasculares. Vale ressaltar também que 3,8% responderam ser a ingestão excessiva de doces um fator de risco para

doenças cardiovasculares, demonstrando assim o total desconhecimento sobre o assunto (Tabela 2).

Ao abordarmos os entrevistados sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, as respostas foram: colesterol (LDL) alto 83,80%, sedentarismo 79,04%, hipertensão 61,90%, tabagismo 59,04% e ingestão excessiva de doces 04,00% (Tabela 2).

Laurenti e colaboradores, em 2005, destacaram as quatro primeiras causas de óbitos por patologias entre homens, para todas as faixas etárias, no Brasil em 2001: doenças do aparelho circulatório (28,7%), neoplasias (13,9%), doenças do aparelho respiratório (10,3%) e doenças do aparelho digestivo (6,0%). Conhecer os fatores de risco para essas patologias é fundamental para a prevenção delas.

O câncer de próstata se tornou uma das formas de câncer mais comum na população masculina e se estima que um em cada doze homens seja diagnosticado com a doença ao longo da vida. A incidência dessa doença aumenta com o passar dos anos. Casos esporádicos são registrados em homens abaixo de 45 anos, sendo comum em homens acima dos 70 anos (Thurston, 2003).

O número de casos novos diagnosticados de câncer de próstata no mundo é de aproximadamente 543 mil casos por ano, representando 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em

países desenvolvidos e 4,3 % dos casos em países em desenvolvimento. O câncer de próstata é o tipo de neoplasia mais prevalente em homens, com estimativa de 1,5 milhão com diagnóstico nos últimos anos. É, também, considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2003).

Segundo o Sistema Nacional de Auditoria, órgão do Ministério da Saúde, no quadro da saúde pública brasileira, o câncer de próstata é um dos grandes problemas. Esse tipo de câncer já é duas vezes mais freqüente do que o câncer de mama (Brasil, 2005).

A prevenção se volta para uma ação orientada para que o sujeito não adoça e possa desfrutar de melhor qualidade de vida; para tal, é necessário envolvê-lo com informações relevantes para que se insira ativamente e possa incorporar hábitos preventivos (Czeresnia *et. al.*, 2003) .

Assim como em outros cânceres, a idade é um fator de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta consideravelmente após a idade de 50 anos (INCA, 2003). Para esse fator, 87,61% dos entrevistados afirmaram conhecer-lo.

TABELA 2. Fatores de risco para o câncer de próstata e doenças cardiovasculares.

PATOLOGIAS	Nº	%
CA de próstata		
Maus hábitos alimentares	53	50,47
Idade acima de 50 anos	92	87,61
Cardiovasculares		
Ingestão exces. de doces	4	3,8
Sedentarismo	83	79,04
Hipertensão	65	61,90
Tabagismo	62	59,04
Colesterol alto	88	83,90

A menor sobrevida masculina, comparada à feminina, foi, e ainda é quase sempre aceita sem muita discussão e vista como resultado somente de fatores biológicos. É inegável a existência do fator biológico, porém, é necessário e possível haver intervenções que minimizem ou retardem tais predisposições, para que cheguemos a um equilíbrio equitativo de saúde entre os sexos.

A sobremortalidade entre os homens e a grande incidência de homens internados em situação grave (Pinheiro, 2002) demonstram ser do conhecimento da maioria dos entrevistados, pois 63,80% responderam ser conhecedores da alta mortalidade masculina e 65,71% do grande número de internações por situações graves, mas por outro lado mais de 30% desconhecem esses dados, afirmando ser o sexo feminino mais propenso a essas situações. (Tab. 3).

TABELA 3. Ocorrência de internação por situações graves e mortalidade entre os sexos.

OCORRÊNCIA	Nº	%
Internação		
Masculino	69	65,71
Feminino	36	34,28
Mortalidade		
Masculino	67	63,80
Feminino	38	36,19

Os significados e valores culturais variam temporariamente em uma cultura, especialmente entre uma cultura e outra, e, longitudinalmente, ao longo da vida de um mesmo indivíduo (Korin, 2001). Desta forma, hoje podemos ter um homem diferente daqueles de gerações anteriores, “podemos ter um homem que se modifica com o passar dos anos no contexto de sua própria vivência, e podemos ter um homem aqui no Brasil, diferente daquele que cresceu, por exemplo, no Afeganistão” (Paschoalick, *et. al.*, 2006).

Dentre os motivos sugeridos para a pouca procura dos homens pela UBS, 92,38% responderam que está relacionado a pouca importância dada pelo homem à sua saúde. Mas o reconhecimento e o entendimento de que gênero é algo que vai se construindo e

que é um produto histórico, torna-se imprescindível para se compreender que é possível modificar determinados comportamentos. Assim, não ficamos reféns deste ou daquele comportamento e as assertivas que comumente ouvimos em nossa sociedade de que "homem é assim mesmo", ou "isto é coisa de homem", ou ainda "é da natureza do homem", não se sustenta (Paschoalick, *et. al.*, 2006).

Ainda sobre os motivos da pouca procura masculina pela UBS, 18,09% afirmaram ser este um ambiente mais destinado aos problemas da mulher e da criança e 4,76% acham que é porque os homens adoecem menos que as mulheres. Verificou-se que há uma parte da população que desconhece a essência da política adotada pela estratégia da saúde da família (Tab. 4).

TABELA 4. Causas da pouca procura dos homens pela Unidade Básica de Saúde.

Causas	Nº	%
Mas destinado a prob. mulheres e crianças	19	18,09
O homem não se importa com sua saúde	97	92,38
Homens adoecem menos que mulheres	5	4,76

O sistema de saúde público brasileiro, Sistema Único de Saúde (SUS), adotou modelos organizacionais baseados na atenção primária, focados

nas necessidades da população, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde. Pelas características de

descentralização do atendimento, a Unidade Básica de Saúde é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. A sistemática dessas unidades possibilita um acompanhamento contínuo do paciente, com uma visão integrada baseada na pessoa, dando ênfase à prevenção de doenças e trabalhando com equipes multidisciplinares. Dessa maneira, a Unidade Básica de Saúde é o local ideal para educar e estimular a comunidade quanto à necessidade de se adotar hábitos preventivos.

O Programa de Saúde da Família estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações

básicas de saúde. Integra-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurado-se a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (Ribeiro, 2004).

Na tentativa de descobrir o grau de conhecimento da população masculina, sobre as atividades desenvolvidas em uma UBS e o nível de suas ações, abordamos a questão do motivo que o levaria a procurar uma UBS. Como resultados tivemos: 84,76% procurariam uma UBS no caso de ter sofrido algum tipo acidente, 28,57% em situações de mal estar, 26,66% por sentir dor em alguma parte do corpo e apenas 17,14% responderam que iriam por motivos de prevenção. (Tab. 5).

TABELA 5. Motivos que o levaria a comparecer em uma Unidade Básica de Saúde.

Motivo	Nº	%
Dor em parte do corpo	28	26,66
Mal estar	30	28,57
Exames preventivos	18	17,14
Acidente	89	84,76

É notório na tabela acima, a falta de conhecimento, da maioria dos homens, sobre as atividades desempenhadas em uma UBS. Esse é o ponto mais sustentável da precariedade da promoção, que desencadeia um acesso insatisfatório e conseqüentemente uma prevenção precária na saúde do homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É em nome da equidade, valor ético hoje inquestionável, que cabe ressaltar que a iniciativa de se deter e propor caminhos para prevenir ou salvar vidas ameaçadas está atendendo a este

princípio. Assim, deve-se levar em consideração a necessidade de se mudar tanto o enfoque em relação ao homem, quanto ao funcionamento dos serviços que não priorizam esta parcela da população. O fato de ser imprescindível levar em conta outras variáveis reforça a intenção de um olhar ético no delineamento de um programa de atenção ao homem, já que a ética se define a partir da preocupação com o outro. Neste caso, o outro está submetido a uma carga ideal pesada que pode inviabilizar a vontade de mudar um quadro de morbi-mortalidade.

Há uma atenção muito grande voltada à construção do gênero

masculino de não aderir a ações preventivas, como fator principal da não procura masculina pelos serviços primários de saúde, demonstrando um assunto complexo e de difícil resolução. Mas se olharmos pelo lado da criação de políticas de saúde voltada à prevenção e promoção da saúde masculina, utilizando todos os meios de promoção desse serviço, promovendo uma conscientização dos riscos e suscetibilidade do sexo masculino às doenças, intensificando esse processo com a criação de programas específicos na Atenção Primária de Saúde e abrindo portas para uma maior presença dos homens nas UBS, certamente teríamos resultados favoráveis, ainda que a longo prazo, obtendo uma grande redução na morbi-mortalidade masculina.

Este é um tema de abordagem bibliográfica restrita, onde poucos pesquisadores têm se dedicado ao aprofundamento das reais causas da atual situação da saúde do homem na Atenção Primária de Saúde. Esse estudo tem a finalidade de contribuir com enriquecimento deste assunto de grande importância e relevância social.

REFERÊNCIAS

ARMAGANJAN, D; SAMPAIO, M. F.; BATLOUNI, M. *Cardiologia Preventiva Intervenção nos diferentes grupos: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Revista SOCESP*, v.56, n.6, p.649, 1996.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS J. F. *Princípios da ética biomédica*. Loyola, São Paulo, 2002. 574p.

BERENSON, G. S.; SRINIVASAN, S. R.; BAO W.; NEWMAN W. P.

Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *New England Journal Medicine*, v. 338, n. 23, p. 1650-1656, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria, Departamento de Auditoria do SUS. Aumenta a incidência do câncer de próstata. 2005. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br>

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 62-65, 2005.

BUSS, P. M. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Informativo Epidemiológico SUS*, v.2, n.5, 1993, p.44.

CIORLIA SOUZA, L. A.; GODOY, M. F. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade. Seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 85, n.1, 2005, p. 92.

CONNELL, R. Políticas da masculinidade. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

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, p.87-92, 2000.

- CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176p.
- DINI, L. I.; KOFF, W. J. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.52, n.1, p. 711-715, 2006.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.
- GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem – proposta para uma análise. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.29, n.8, p.825-829, 2003.
- HARDY, E; JIMÉNEZ, A.L. Masculinidad y género. *Salud y género*. Chile, p. 349-359. 2000.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer. Câncer de próstata/Epidemiologia. **Instituto Nacional do Câncer**, 2003. Disponível em: URL:<http://www.inca.gov.br>
- KIMM, S. Y.; PAYNE, G.H.; STYLIANOU, M.P.; WACLAWIW, M.A.; LICHTENSTEIN, C. National trends in the management of cardiovascular disease risk factors in children: second NHLBI survey of primary care physicians. *Pediatrics*, v.50, p.102, 1998.
- KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latino-Americana*, v.2, n.2, p.67-79, 2001.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.76, p.99-104, 2001.
- LAURENTI, R.; MELO, J.; PRADO, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n 1, p.35-46, 2005.
- MS - Ministério da Saúde. Estatísticas de Mortalidade 1989. Brasília, DF, 1993.
- PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem* v. 11, n 1, p.80-86, 2006.
- PINHEIRO, S. P. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n 4, p.687-707, 2002.
- RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* v.12, n.4, p.658-664, 2004.
- THURSTON, A. Câncer de próstata. *Medical Update*, v.1, n.3, p.21-23, 2003.
- WILSON, P. W.; D'AGOSTINO, R. B.; LEVY, D.; BELANGER, A.M.; SILBERSHATZ H.; KANNEL, W. B. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**. v.97, p. 1837-1847, 1998.