

DOENÇA ONCOLÓGICA

Conhecimento e Práticas de Cuidado de Homens em Tratamento

Elisangela da Costa Weiss¹
Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli²
Marli Maria Loro³
Gerli Elenise Gehrke Herr⁴
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar o conhecimento prévio sobre a doença oncológica e práticas de cuidado anterior ao diagnóstico do câncer de homens em tratamento no Centro de Alta Complexidade para o Tratamento do Câncer. Método: Estudo transversal descritivo realizado com 292 homens em tratamento oncológico ambulatorial, atendidos no período de abril a dezembro de 2011. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista estruturada elaborada pelos pesquisadores, abordando questões referentes aos aspectos sociodemográficos, estilo de vida, tipo de câncer e práticas de cuidado. Resultados: A idade média foi de 62,06 anos. Características sociodemográficas: Ensino Fundamental incompleto 73,6%; casados 79,8%; raça branca 86,6% e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (63,7%). Em relação ao conhecimento sobre fatores de risco de doenças oncológicas, 77,1% dos entrevistados as desconhecem; 35,3% compreendiam o que era doença oncológica; 64% não tinham conhecimento sobre o que é a doença. Quanto às práticas de cuidado 51,7% compareciam com regularidade a consultas de profissionais médicos e enfermeiros; 69,2% preocupavam-se com sua saúde em geral, com cuidados quanto aos hábitos alimentares e prática de atividade física. Conclusão: Faz-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde, estabelecendo um vínculo entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Neoplasias. Conhecimento. Educação em saúde. Homens.

ONCOLOGIC DISEASE: KNOWLEDGE AND PRACTICES CARE MEN IN TREATMENT

Objective: Identify prior knowledge about the disease and oncology practices prior to the diagnosis of cancer in men undergoing treatment center High Complexity for Cancer Treatment care. Method: A descriptive cross-sectional study with 292 men in outpatient cancer treatment, treated between April-December 2011. Data collection was performed by means of a structured interview with questions prepared by the researchers, addressing issues related to socio-demographic aspects, lifestyle, type of cancer and care practices. Results: Mean age was 62.06 years old. Sociodemographic characteristics: incomplete primary education 73.6 %, married 79.8 %, white 86.6 % and family income 1-2 minimum wages (63.7 %). With regard to knowledge about risk factors for malignancy, 77.1 % of the respondents are unaware, 35.3 % understood what oncological disease, 64 % had no knowledge about what the disease is. On the practices of care 51.7 % attended regularly queries for doctors and nurses, 69.2 % were concerned about their overall health, with care regarding eating habits and physical activity. Conclusion: It is necessary for the development of targeted health education intervention actions, establishing a link between professionals and users.

Keywords: Neoplasms. Knowledge. Health education. Men.

¹ Enfermeira graduada na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui). elisw@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. cleci.rosanelli@unijui.edu.br

³ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. marlil@unijui.edu.br

⁴ Enfermeira no Hospital Unimed Noroeste. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. gerli.herr@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. adriane.bernat@unijui.edu.br

O câncer é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), que tem um crescimento desordenado de células que se dividem rapidamente, com tendência a serem muito agressivas e incontroláveis, afetando, de forma crônica, tecidos e órgãos ou, na maioria das vezes, o sistema orgânico completo (Xavier et al., 2010). Na contemporaneidade tem sido considerado um problema de saúde pública, por sua elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares, demandas de cuidados para os profissionais de saúde (Herr et al., 2013), sendo que no país devem ser priorizadas ações de controle e prevenção (Brasil, 2014).

Conforme os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), existem no mundo 10 milhões de pessoas com câncer e, se não for adotada nenhuma medida, estaremos com 16 milhões de pessoas com câncer no ano de 2020 (Brasil, 2012). No Brasil, as estimativas para os anos de 2014/2015 assinalam a ocorrência de 576 mil casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma com 182 mil casos novos, seguido do de próstata com 69 mil, mama feminina com 75 mil, cólon e reto 33 mil, pulmão 27 mil, estômago 20 mil e colo do útero 15 mil (Brasil, 2014).

Dados do Ministério da Previdência Social evidenciam que as neoplasias têm associação estatística com as influências ambientais, particularmente aquelas relacionadas ao estilo de vida adotado. Desse modo, parcela expressiva deste número de ocorrências é prevenível (Gonçalves; Padovani; Popin, 2008). É possível evitar casos novos de alguns tipos de câncer com ações de prevenção que incluam: educação em saúde e promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos populacionais (Brasil, 2012).

Com a inserção das equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, a partir da política ministerial da Estratégia da Saúde da Família (ESF) desde 1990, o trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde tem maior potencialidade, tendo em vista a possibilidade de a equipe realizar uma atenção integral e contínua aos sujeitos adscritos àquele serviço (Herr et al., 2013). Ainda, para o mesmo autor, o trabalho desenvol-

vido pelas ESFs possibilita o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, por meio do vínculo existente, periodicidade dos encontros e atenção no domicílio, uma vez que estas ações permitem a aquisição de conhecimentos sobre os fatores causais bem como cuidados que devem ter com a sua saúde (Herr et al., 2013).

O comportamento preventivo das pessoas prende-se a um processo sequencial com a aquisição de um conhecimento correto cientificamente, o que favorecerá a adoção de práticas de saúde que irão evitar doenças e complicações. Não basta apenas, porém, o conhecimento científico. É necessário avaliar a cultura, valores, crenças e as condições socioeconômicas que podem determinar práticas mais ou menos favoráveis à saúde (Paiva; Motta; Griep, 2010).

Ainda outro fator limitante neste processo é a população masculina, tendo em vista que um estudo populacional evidencia que os homens apresentam baixa adesão às ações dos serviços de atenção básica. Estes serviços consideram o ser humano como ser singular e complexo, que compreende sua inserção sociocultural, busca promover a saúde, prevenir e tratar enfermidades, além de reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de um viver saudável, e que, por vezes, na concepção masculina, eles entendem este espaço como um meio feminino (Vieira et al., 2013).

O desejável seria que a busca por estes serviços fosse equitativa com os demais segmentos populacionais (Vieira et al., 2013). Homens demonstram maior resistência em buscar por assistência em saúde, por motivos relacionados à autopercepção de necessidades de cuidados e pelo conhecimento de que esta é uma tarefa feminina. Solicitar cuidados de saúde é algo que desmerece sujeitos criados para assessorar e ministrar (Machin et al., 2011). A ideia masculina de que deve “ser forte” pode trazer prejuízo no que diz respeito a práticas insuficientes de cuidado com o próprio corpo, tornando o homem mais vulnerável (Machin et al., 2011).

Atualmente há várias políticas públicas e campanhas para a população feminina. Relativo ao sexo masculino, após consulta pública em 2009, foi lan-

çada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelo Ministério da Saúde. A PNAISH destaca a singularidade masculina nos seus múltiplos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a diminuição dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina (Schwarz et al., 2012).

Perante os dados relacionados às morbimortalidades masculinas e, mais especificamente, referentes ao câncer de próstata, entende-se que essa iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro constitui um marco em relação à saúde do homem e, certamente, resultará em progressos significativos. Nesse sentido, há uma perspectiva de melhor qualificação dos profissionais da saúde para atuarem nessa área e, conseqüentemente, no sentido de despertá-los para questões voltadas especificamente à promoção da saúde do homem (Medeiros; Menezes; Napoleão, 2011).

Diante deste contexto, o objetivo deste estudo é: identificar o conhecimento prévio sobre a doença oncológica e práticas de cuidado anterior ao diagnóstico do câncer de homens em tratamento no Centro de Alta Complexidade para o Tratamento do Câncer e caracterizar a população assistida.

Método

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva, o qual integra uma pesquisa institucional denominada *Qualidade de vida de pacientes oncológicos assistidos no ambulatório do Centro de Alta Complexidade para o Tratamento do Câncer (Cacon)* desenvolvido pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí).

Fizeram parte da amostra do estudo pacientes oncológicos, atendidos no ambulatório do Cacon do Hospital de Caridade de Ijuí (HCI), hospital de porte IV, localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Para o cálculo da amostra foram

considerados os seguintes critérios de inclusão: ser paciente oncológico em tratamento quimioterápico (QT) intravenoso; radioterápico (RxT) ou conjugado. Dos pacientes em tratamento QT foram considerados elegíveis os que realizaram no mínimo três ciclos de QT de qualquer protocolo; no caso dos pacientes em tratamento RxT, considerou-se a partir da primeira sessão. Foram excluídos os participantes de protocolos de pesquisa clínica e pacientes com alterações cognitivas sem condições de responder aos instrumentos, atestadas no prontuário.

O tamanho da amostra foi calculado a partir de dados prévios do número de pacientes atendidos no ambulatório no mês que antecedeu a coleta de dados – março de 2011 – que foi de 1756 indivíduos. Considerando a confiabilidade de 95%, erro de 5%, incluindo 5% para possíveis perdas, obteve-se uma amostra de 670 pacientes, com uma representatividade de 25% da população. No estudo em tela foram incluídos 292 pacientes do sexo masculino.

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2011 a dezembro de 2011. As variáveis foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada com características sociodemográficas (idade em anos, escolaridade, estado conjugal, raça, renda familiar), estilo de vida, tipos de câncer, práticas de cuidado, conhecimento antes do diagnóstico sobre fatores de risco, sobre o que é câncer, com duas opções de resposta, sim e não.

Para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC 18). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unijuí, sob o parecer substanciado nº 275/2010.

Resultados

Participaram do estudo 292 homens em tratamento oncológico ambulatorial. A idade média foi de $62,06 \pm 13,26$ anos, com idade mínima 21 e máxima 88. Prevaleram pacientes com: Ensino

Fundamental incompleto 73,6%; casados 79,8%; raça branca 86,6%; renda familiar de 1 a 2 salários mínimos 63,7%.

Tabela 1 – Condições sociodemográficas de homens em tratamento oncológico atendidos no ambulatório do Cacon, Rio Grande do Sul, Brasil. 2011

Variável	Nº	%
Idade (anos)		
Até 39	20	6,8
De 40 a 59	94	32,2
Mais de 60	178	61,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	04	1,4
Ensino Fundamental Incompleto	215	73,6
Ensino Fundamental Completo	20	6,8
Ensino Médio Incompleto	12	4,1
Ensino Médio Completo	29	9,9
Ensino Superior	12	4,1
Estado Conjugal		
Casado	233	79,8
Solteiro	23	7,9
Viúvo	19	6,5

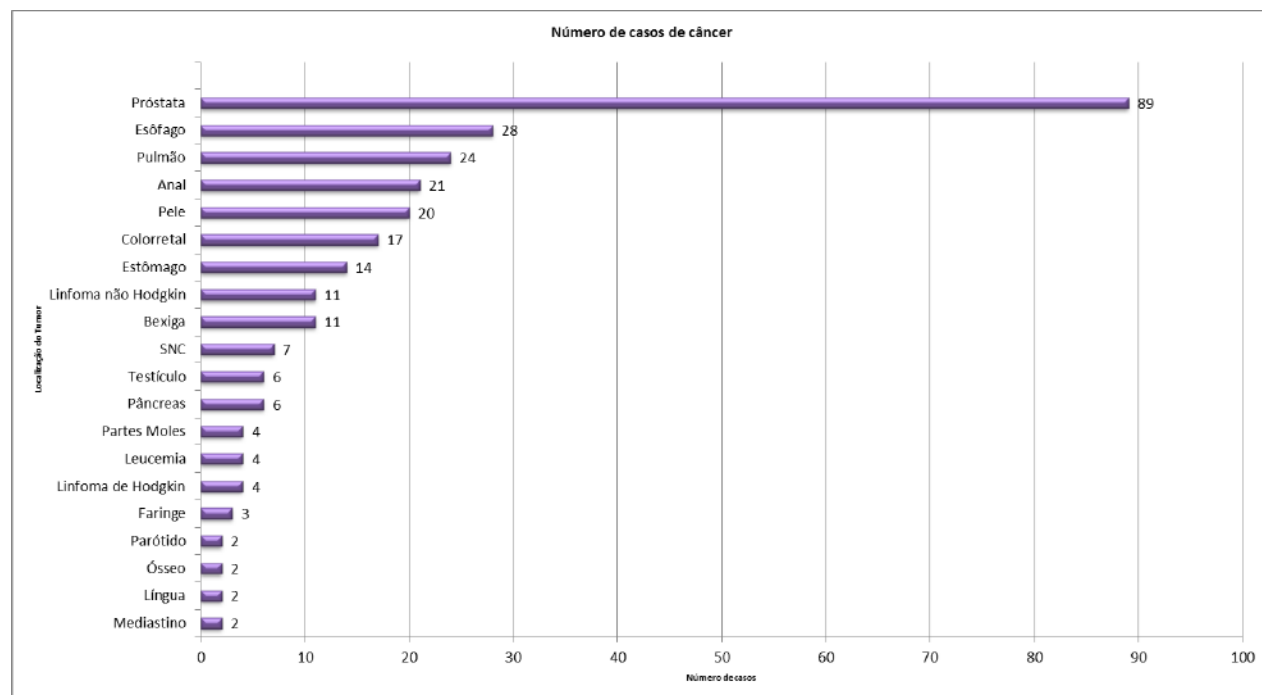
Separado ou Divorciado	17	5,8
Raça (autorreferenciada)		
Branca	253	86,6
Negro	13	4,5
Mulato	26	8,9
Renda familiar per capita (salários mínimos)*		
Abaixo de 1	15	5,1
1 a 2	186	63,7
3 a 5	64	21,9
5 a 8	12	4,1
Acima de 8	10	3,4
Não responderam	5	1,7
Total	292	100

Fonte: Dados dos autores.

* Renda foi considerada a válida em março de 2011 – R\$ 545,00 – e o número de respondentes desta questão foi de 287.

Quanto à distribuição dos locais do tumor, evidencia-se que o maior porcentual foi de câncer de próstata, seguido pelos cânceres de esôfago e pulmão, dados apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos tipos de cânceres de homens em tratamento oncológico atendidos no ambulatório do Cacon, Rio Grande do Sul, Brasil 2011



Quanto aos conhecimentos que os entrevistados apresentavam, evidencia-se que 22,9% destes tinham conhecimento prévio sobre fatores de risco que predis põem a doença oncológica; 77,1% não tinham conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer; 35,3% compreendiam o que era doença oncológica; e 64% não tinham conhecimento sobre o que é a doença.

Tabela 2 – Conhecimento prévio de fatores de risco e de doença oncológica de homens em tratamento oncológico atendidos no ambulatório do Cacon, Rio Grande do Sul, Brasil 2011

Variável	Nº	%
Tinha conhecimento, antes do diagnóstico, sobre fatores de risco que predis põem ao câncer?		
Sim	67	22,9
Não	225	77,1
Tinha conhecimento sobre o que era doença oncológica?*		
Sim	103	35,3
Não	187	64,0
Total	292	100

Fonte: Dados dos autores.

* Respostas válidas: 290.

Quando questionados quanto aos cuidados que tinham com a sua saúde, 51,7% responderam que compareciam com regularidade a consultas de profissionais médicos e enfermeiros. Ainda, 69,2% dos entrevistados manifestaram preocupar-se com sua saúde em geral, com cuidados quanto aos hábitos alimentares e prática de atividade física.

Tabela 3 – Práticas de cuidado com a saúde de homens em tratamento oncológico atendidos no ambulatório do Cacon, Rio Grande do Sul, Brasil, 2011

Variável	Nº	%
Preocupava-se com a prática de exercícios físicos e alimentação saudável?		
Sim	202	69,2
Não	90	30,8
Comparecia com regularidade a consultas de enfermagem ou médicas?		
Sim	151	51,7
Não	141	48,3
Total	292	100

Fonte: Dados dos autores.

Ainda quando questionados em relação ao estilo de vida, foi evidenciado que 22,3% fumam atualmente, 40,1% são ex-fumantes e 37,7 não fumam ou nunca fumaram. Ao questionar quanto ao uso de bebida alcoólica diariamente, os entrevistados responderam que 46,2% não faz uso atualmente, 42,5% faz uso diariamente e 11% são alcoolistas, no entanto não estavam fazendo uso no momento.

Discussão

A faixa etária tem sido considerada um importante fator de risco, dependendo do tipo de neoplasia, o que pode representar o efeito acumulativo no decorrer da vida aos agentes causadores do câncer (Herr et al., 2013). Para alguns tipos de câncer a idade é um fator bem-estabelecido, como no caso do câncer de próstata, no qual aproximadamente 62% diagnosticados no mundo são em idade superior a 65 anos (Brasil, 2011). Em estudo realizado no interior paulista com pacientes com doença maligna, o resultado demonstrou uma prevalência de câncer de próstata elevada – cerca de 10% dos pacientes – e que pode estar intimamente ligada à idade (Rodrigues; Ferreira, 2012).

O aumento da incidência do câncer de próstata nos últimos anos pode ser justificado pelo avanço dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação e aumento da expectativa de vida (Rodrigues; Ferreira, 2010). Outro contribuinte está relacionado ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde com a criação das equipes de saúde da família, tendo em vista desenvolver atividades que objetivam o diagnóstico precoce e a prevenção de novos casos.

Quanto à escolaridade dos sujeitos entrevistados na presente investigação, o maior percentual é de homens com Ensino Fundamental incompleto. Pesquisa realizada com 922 homens, em São Paulo, Brasil, demonstrou que 76,4% apresentavam menos de nove anos de estudo (Amorim et al., 2011). Estes dados revelam a necessidade de um trabalho efetivo e contínuo das equipes de saúde atuantes junto a esta população.

O câncer tem uma incidência maior na população de baixa renda, a qual está mais exposta aos fatores de risco e também por ter menor acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2011). Na presente investigação, a renda familiar *per capita* prevalente foi de 1 a 2 salários mínimos. Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, no Brasil o custo individual da doença ainda é alto, em virtude dos gastos agregados ao diagnóstico e tratamento (Brasil, 2011), pois, por vezes, para agilizar o início do tratamento o paciente e seus familiares acabam realizando consultas e exames diagnósticos por conta própria.

Neste estudo, quanto ao estado civil a maioria eram casados, corroborando com outra pesquisa realizada em um ESF do município de Juiz de Fora – MG, Brasil, com 457 homens, a qual destacou que a maioria era constituída de casados (69,4%) (Paiva; Motta; Griep, 2010). Ainda outro estudo sobre a caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata, descreve que 80% dos homens entrevistados eram casados (Herr et al., 2013). Pavão, Werneck e Campos (2013) destacam que há maior sobrevida e menor incidência de doenças entre indivíduos casados ou que moram com companheiras, e o seu principal modelo explicativo é o fato relacionado ao suporte social de suas companheiras.

Ainda, ao caracterizar os participantes da pesquisa, evidencia-se que o maior percentual é o de raça branca, característica das pessoas que residem nesta região. Dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia apontam que o câncer afeta principalmente pessoas de pele clara (SBD, 2013).

A próstata foi evidenciada como o local de maior frequência, pois se constitui a neoplasia mais prevalente em homens. É o sexto tipo de câncer comumente diagnosticado no mundo, representando cerca de 10% do total de câncer (Medeiros; Menezes; Napoleão, 2011). Ainda para os autores, este tipo de neoplasia é considerado o tumor que predomina na terceira idade, e três quartos dos casos no mundo ocorre a partir dos 65 anos.

Para Queiroga e Pernambuco (2006), o câncer de esôfago acomete mais os homens, com uma maior incidência após os 60 anos de idade, e parece estar relacionado a níveis socioeconômicos mais baixos, condições de vida inadequadas que levam a uma má-nutrição e, também, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Ainda, Melo Nunes e Leite (2012) enfatizam que a taxa de incidência do câncer de esôfago do sexo masculino é duas vezes maior se comparada com o sexo feminino. Entre os fatores associados a esta incidência estão o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e baixo nível socioeconômico. Assim sendo, a maior incidência no sexo masculino está estritamente ligada ao estilo de vida. Ademais, um modelo culturalmente construído de masculinidade, significados culturais atribuídos às diferenças sexuais que, à medida que são perpassadas, são referências para o modo de ser, influenciam nos cuidados com a própria saúde (Alves et al., 2011).

Com relação ao uso de tabaco, na população investigada foi presente em 22%. Já em estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de analisar o tabagismo e o câncer no Brasil de acordo com as regiões do país, autores evidenciaram que a prevalência de tabagismo foi de 12% entre aqueles com educação universitária e 35% entre pessoas com menos de dois anos de estudo (Wünsch Filho et al., 2010). Para Zaitune et al. (2012), o tabagismo é o fator de risco para 7 das 14 principais causas de morte entre a população idosa, sendo um dos mais destacados problemas de saúde pública da atualidade.

No Brasil, o ato de fumar estabelece uma das principais causas de mortes evitáveis, estimando-se que seja responsável por 45% dos óbitos por infarto do miocárdio, 85% dos provocados por enfisema, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das provocadas por câncer (Zaitune et al., 2012).

Ainda podemos considerar o tabagismo como a primeira causa global prevenível da morbimortalidade. Estimativas mostram que no ano de 2015 o tabaco será responsável por 10% dos óbitos globais, e para 2030 projetam ser mais de oito milhões de óbitos em países emergentes. Ainda podemos dizer

que o tabaco será responsável por perdas de bilhões ao ano em razão da redução da produtividade e da morbimortalidade, posto que, em 2012, foi responsável por 29% das mortes por câncer em países desenvolvidos (Pinto; Ugá, 2011).

A associação entre tabaco e câncer atualmente é bem-estabelecida com os cânceres de pulmão, laringe e esôfago. No Brasil, as neoplasias de pulmão e esôfago estão entre as mais incidentes e apresentam alta letalidade (Pinto; Ugá, 2011). Chama a atenção também o fator de risco alcoolismo. Estudo realizado com 40 pacientes com câncer do esôfago em Botucatu – SP – denota que 29 pacientes mencionaram ingerir altas doses de bebidas alcoólicas por um longo período da vida, associada ao tabagismo que, hoje, é reconhecido como um fator de risco para várias doenças crônicas (Henry; Lerco; Oliveira, 2007), dado este que vem ao encontro desta pesquisa.

Em relação ao conhecimento prévio sobre doenças oncológicas, 77,1% dos homens em estudo mencionou desconhecê-las. Estes dados apontam para a importância do desenvolvimento de ações de orientação/educação/prevenção para a população, assim como para profissionais de saúde (Herr et al., 2013). O Ministério da Saúde, por meio da ESF, propõe o desenvolvimento de ações multidisciplinares com este foco, delineadas a partir das necessidades locais dessa população, entendendo o seu ambiente físico e social e estabelecendo vínculos entre profissionais e a população, com a finalidade de garantir a efetividade da atenção (Silva; Casotti; Chaves, 2013).

Entende-se que havendo essa interação, os profissionais de saúde terão uma melhor resposta da população, aderindo às ações de educação e prevenção, a partir de fatores de riscos específicos como, por exemplo, o combate ao tabagismo e a proteção contra a exposição ao sol (Carvalho et al., 2008). Estratégias de prevenção e promoção da saúde são indispensáveis, tendo em vista aumentar o conhecimento dos usuários sobre fatores de risco como possibilidade de modificar o estilo de vida da população brasileira (Borges et al., 2009).

Sendo a ESF uma estratégia de promoção da participação da população, deve ser desenvolvida uma relação de vínculo entre os sujeitos, quando tanto o profissional quanto o usuário podem/devem ser elaboradores de um viver mais saudável. Este envolvimento entre os profissionais e a população somente é possível mediante um processo dialógico entre os diferentes saberes, no qual cada um contribui com o seu conhecimento peculiar e, juntos, possibilitam uma interação efetiva pela valorização das diferentes experiências e expectativas de vida (Backes et al., 2012).

É fundamental o trabalho das equipes de saúde junto a essa população, a qual amplia suas capacidades de compreender o processo saúde-doença, instituindo ações de prevenção e promoção a toda a família (Borges et al., 2009). Na questão que aborda sobre a preocupação em cuidar da saúde, um expressivo número de entrevistados referiu que a tem. Esse resultado mostra que os sujeitos desconhecem fatores de risco para a doença oncológica e outras doenças, mas afirmam preocupar-se com sua saúde.

Neste sentido, os serviços de saúde da família devem organizar-se de maneira que atendam às demandas da população, dirigidos para o cuidado e para as necessidades de saúde, como o rastreamento de doenças, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes, e o planejamento das intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas para a população (Herr et al., 2013).

Para Lima-Costa e Barreto (2003), a prevenção, a eliminação de fatores de risco e a adoção de estilo de vida saudável, são fatores determinantes no ciclo da vida.

Fatores socioculturais, crenças e valores têm sido apontados como obstáculos na efetivação de práticas de cuidado em saúde na população masculina (Moscheta; Santos, 2012). Para tanto, há necessidade de os profissionais de saúde compreender estas peculiaridades que fazem parte do contexto sociocultural dos usuários participantes do sistema de saúde e instituir ações neste sentido.

Conclusão

Evidencia-se que apenas 22,9% dos entrevistados tinham conhecimento prévio sobre fatores de risco que predisõem a doença oncológica; 35,3% compreendiam o que era doença oncológica; e 64% não tinham conhecimento sobre o que é a doença.

Quando questionados quanto aos cuidados que tinham com a sua saúde, 51,7% compareciam com regularidade a consultas de profissionais médicos e enfermeiros. Ainda, 69,2% dos entrevistados manifestaram preocupar-se com sua saúde em geral, com cuidados quanto aos hábitos alimentares e prática de atividade física.

O presente estudo evidencia a necessidade de efetivação de políticas públicas para a população masculina, e também de profissionais da saúde atuantes na atenção básica para trabalhar com a população nos diferentes ciclos da vida, no intuito de avançar no processo de educação em saúde e, futuramente, melhorar os indicadores de morbidade com o cuidado das pessoas a partir de um conhecimento adequado sobre fatores de risco e demais elementos que participam do processo saúde-doença.

Referências

- ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol. Teor. Prat.* [on-line], v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [on-line], v. 27, n. 2, p. 347-356, 2011.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line], v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BORGES, T. T. et al. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [on-line], v. 25, n. 7, p. 1.511-1.520, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_carilha_dcnt.pdf.2011>.
- CARVALHO, K. D. et al. Estratégia de educação em saúde na prevenção do câncer de pele por agentes comunitários de saúde. *Reeuni – Revista Eletrônica de Enfermagem do Unieuro*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 28-41, set./dez. 2008.
- GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line], v. 13, n. 4, p. 1.337-1.342, 2008.
- HENRY, M. A. C. A.; LERCO, M. M.; OLIVEIRA, W. K. Câncer do esôfago em paciente com megasôfago chagásico. *Arq. Gastroenterol.* [on-line], v. 44, n. 2, p. 151-155, 2007.
- HERR, G. E. et al. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(1): 33-41, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Inca. *Incidência de câncer no Brasil*. 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.. Inca. *Incidência de câncer no Brasil*. 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp>>.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde* [on-line], v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line], v. 16, n. 11, p. 4.503-4.512, 2011.

- MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [on-line], v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011.
- MELO, M. M.; NUNES, L. C.; LEITE, I. C. G. Relação entre fatores alimentares e antropométricos e neoplasias, do trato gastrointestinal: investigações conduzidas no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(1):85-95, 2012.
- MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line], v. 17, n. 5, p. 1.225-1.233, 2012.
- PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paul. Enferm.* [on-line], v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.
- PAVAO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública* [on-line], vol. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.
- PINTO, M. UGÁ M. A. D. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo do hospital em especializado em câncer. *Rev. Saúde Pública* [on-line], vol. 45, n. 3, p. 575-582, 2011.
- QUEIROGA, R. C.; PERNAMBUCO, A. P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2):173-178, 2006.
- RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Acta Paul. Enferm.*, 25(5): 781-7, 2012.
- RODRIGUES, J.S.M; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(4): 431- 441, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. SBD. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doenca/cancerpele.aspx>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. *Rev. Saúde Pública* [on-line], dez. 2012.
- SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line], v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc. Anna Nery* [on-line], v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.
- WÜNSCH FILHO V. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 13(2): 175-87, 2010.
- XAVIER, A. T. F. et al. Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Rev. Bras. Enferm.* [on-line], v. 63, n. 6, p. 921-926, 2010.
- ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. Saúde Pública* [on-line], v. 28, n. 3, p. 583-596, 2012.

Recebido em: 29/3/2014

Aceito em: 18/2/2015