



PERFIL DO USUÁRIO HOMEM ATENDIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MALE USER PROFILE CARED FOR IN A BASIC FAMILY HEALTH UNIT

PERFIL DEL USUARIO HOMBRE ATENDIDO EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DE LA FAMILIA

Rildo César Nunes Czorny¹, Claudia Eli Gazetta², Maria Helena Pinto³, Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro⁴, Denise Beretta⁵, Camilla Christina Rodrigues⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil do usuário homem atendido em uma Unidade Básica de Saúde. **Método:** estudo descritivo, desenvolvido com 150 homens usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família. Os dados foram obtidos por meio de entrevista durante a consulta de Enfermagem e analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** a maior parte tinha idade entre 41 a 60 anos, era composta por homens casados, com renda mensal entre dois a três salários mínimos e sedentários. Mais de 76,00% relataram ingerir frutas e vegetais e 88,67%, carne vermelha mais de cinco vezes/semana; 63,10% faziam uso de bebida alcoólica até duas vezes por semana e 54,67% apresentavam doença crônica não transmissível. **Conclusão:** necessidade de novas estratégias para sensibilizar os homens mais jovens a procurarem o serviço de saúde na busca de prevenção de doenças e promoção da saúde. **Descritores:** Saúde do Homem; Estilo de Vida; Doença Crônica; Atenção Primária.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of the man cared for in a Basic Health Unit. **Method:** descriptive study, developed with 150 male users of a Basic Family Health Unit. The data was obtained through an interview during the Nursing visit and analyzed by means of descriptive statistics. **Results:** most were aged between 41 and 60 years, was composed of married men, with monthly income between two and three minimum and sedentary wages. More than 76% reported eating fruits and vegetables and 88.67%, red meat more than five times a week; 63.10% used alcohol up to twice a week; and 54.67% had chronic non-transmissible disease. **Conclusion:** the need for new strategies to sensitize younger men to seek health care in the search for disease prevention and health promotion. **Descriptors:** Men's Health; Lifestyle; Chronic Disease; Primary Attention.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil del usuario hombre atendido en una Unidad Básica de Salud. **Método:** estudio descriptivo, desarrollado con los 150 hombres usuarios de una Unidad Básica de Salud de la Familia. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista durante la consulta de Enfermería y analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** la mayoría tenía edades entre 41 a 60 años de edad, compuesta de hombres casados. con ingreso mensual entre dos y tres salarios mínimos y sedentarios. Más de 76,00% relataron ingerir más frutas y vegetales y 88.67% carne roja más de cinco veces a la semana; 63,10% hacia uso de bebidas alcohólicas hasta dos veces a la semana; y 54.67% presentaban enfermedad crónica no transferible. **Conclusión:** necesidad de nuevas estrategias para sensibilizar a los hombres más jóvenes a buscaren el servicio de salud en busca de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. **Descriptores:** Salud del Hombre; Estilo de Vida; Enfermedad Crónica; Atención Primaria.

^{1,6}Enfermeiros, Mestrandos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: rildoenf@gmail.com; ca.c.rodrigues@hotmail.com; ^{2,3,4,5}Enfermeiras, Professoras Doutoras, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mails: claudiagazetta@yahoo.com.br; mariahelena@famerp.br; ricardo.rita@terra.com.br; denise@famerp.br;

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, a partir de 2009, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem o objetivo de promover ações voltadas ao homem, a fim de melhorar as condições da população masculina do Brasil e ampliar o acesso dos homens à atenção primária. Esta política visa a educar, planejar, traçar estratégias e oferecer promoção, prevenção, tratamento e reabilitação voltada à saúde do homem.¹

Em virtude de questões culturais que se prolongam há séculos, os homens tendem a acreditar que são mais resistentes às doenças do que as mulheres, vistas como mais frágeis fisicamente que os homens. Entretanto, esse não reconhecimento de sua condição biológica leva os homens a utilizarem menos os recursos da medicina preventiva, em contraposição às mulheres. A consequência imediata dessa situação é que os homens, em comparação às mulheres, são mais vulneráveis às doenças, sobretudo a doenças graves e crônicas, por cuidarem menos de si mesmos aumentando, assim, as situações de risco.²

Os homens adentram ao serviço de saúde, na maior parte das vezes, pela atenção especializada, quando a doença está em um estágio mais avançado, causando um aumento na morbidade e consequente elevação de gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).² Diante desse quadro, verifica-se que, entre os indicadores demográficos de agravos à saúde do homem, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).²

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são caracterizadas por serem doenças multifatoriais que, de modo geral, são de grande período de latência, evolução longa, causas não esclarecidas totalmente, lesões irreversíveis e complicações que podem causar incapacidade de graus variáveis ou morte.³

Como fatores de risco intermediários para DCNT são considerados a hipertensão arterial, a dislipidemia, o sobrepeso, a obesidade e a intolerância à glicose, e os fatores de risco modificáveis são o tabagismo, a alimentação não saudável, o uso de álcool e o sedentarismo.⁴

Estudos destacam que os países de baixa e média renda apresentam os maiores índices de DCNT e as pessoas de menor escolaridade e renda são mais vulneráveis a este grupo de patologias devido a uma maior exposição a fatores de riscos, menor informação, menos acesso à saúde, impactando nas desigualdades sociais.¹⁻⁵

No Brasil, as DCNT correspondem a 74% das mortes no país e "são consideradas como sério problema de saúde pública, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS)".⁵

Devido à situação denominada "epidemia de DCNT", por se tratar de uma questão prioritária que afeta a saúde e a sociedade, em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu uma reunião de alto nível sobre DCNT "da qual participaram os chefes de Estado para debater compromissos globais com o tema", cujo resultado foi o comprometimento dos países-membros em controlar o aumento das DCNT com ações cuja finalidade é evitar os principais fatores de risco, dentre eles, o tabagismo e a inatividade física, e assegurar a garantia à saúde dos pacientes.⁵⁻⁶

OBJETIVO

- Descrever o perfil do usuário homem atendido em uma Unidade Básica de Saúde da Família, com a finalidade de obter subsídios para o planejamento efetivo de atenção à saúde do homem.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de São José do Rio Preto (SP), Brasil, interior do Estado de São Paulo, que está integrada à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, não disponibiliza atendimento especializado à saúde do homem, sendo necessário o usuário passar por atendimento voltado à saúde do homem em outras unidades de saúde do município. A unidade atende, em média, 403 homens por mês, sendo 315 pela equipe médica e 88 em consulta de Enfermagem.

A amostra do estudo foi composta por 150 homens que compareceram na unidade para consulta de Enfermagem com o pesquisador, no mês de novembro/2015, mês esse em que é realizada a campanha do Novembro Azul que visa à promoção à saúde do homem, incentivando a realização de exames preventivos de combate ao câncer de próstata.

Os critérios de inclusão foram pacientes com idade igual ou maior que 18 anos, sem comprometimento intelectual e que aceitaram participar do estudo após convite e esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

conforme previsto no CNS 466/12. Foram excluídos os homens que não se incluíram nos critérios de inclusão. Os dados foram obtidos por meio de entrevista com o usuário, realizada pelo pesquisador, no consultório de Enfermagem, utilizando um instrumento de coleta de dados elaborado pelo pesquisador contendo dados sociodemográficos, presença de doença crônica, estilo de vida como o tipo de alimentação, uso de álcool, tabaco e outras drogas inaláveis, atividade física ou sedentarismo, avaliação antropométrica e classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).⁷

Os dados obtidos foram armazenados em uma planilha do programa Microsoft Excel® de forma a possibilitar a análise dos dados. Todos os testes estatísticos foram aplicados com

nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e o software utilizado para a realização dos testes foi o Minitab 17 (Minitab Inc.).⁸ Os resultados foram apresentados por meio de tabelas. Este estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria Municipal de Saúde e da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/São Paulo (FAMERP), com o CAAE nº 41959015.2.0000.5415.

RESULTADOS

De acordo com os resultados percentuais da tabela 1, a maioria dos pacientes avaliados tem idade de 41 a 60 anos (52 - 34,67%), consideram-se brancos (91 - 60,67%), casados (76 - 50,67%), com escolaridade de nível fundamental (75 - 50%) e com renda mensal de um a três salários mínimos (109 - 72,67%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos homens atendidos em uma UBSF. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2015.

Variáveis avaliadas no estudo	n	%
Idade	150	100
18 a 29 anos	22	14,67
30 a 40 anos	20	13,33
41 a 60 anos	52	34,67
61 a 80 anos	48	32,00
Acima de 80 anos	8	5,33
Raça/cor autodeclarada	150	100
Amarela	3	2,00
Branca	91	60,67
Parda	42	28,00
Preta	14	9,33
Estado civil	150	100
Solteiro	34	22,67
Casado	76	50,67
Divorciado	21	14,00
Viúvo	2	1,33
Amasiado	17	11,33
Escolaridade	150	100
Sem Escolaridade	9	6,00
Fundamental	75	50,00
Médio	48	32,00
Superior	18	12
Renda mensal (salário mínimo)	150	100
Menos de 1	7	4,66
1 a 2	54	36,00
2 a 3	55	36,67
Mais de 3	34	22,67

Os dados da tabela 2 mostram que a maior parte dos pacientes foi classificada como sedentária (114 - 76%), ingere bebida alcoólica (84 - 56,00%) até duas vezes na semana (53 - 63,10%) e não apresenta o hábito de fumar e/ou uso de drogas inaláveis (113 - 75,33%). Em

relação à alimentação, a maioria dos pacientes ingere carne vermelha (133 - 88,67%), leite (96 - 64%), gordura (76 - 50,67%), frutas (115 - 76,67%), vegetais (123 - 82%) e leguminosas (129 - 86%) cinco ou mais vezes por semana.

Tabela 2. Percentual das variáveis relacionadas ao estilo de vida dos homens atendidos em uma UBSF. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2015.

Variáveis avaliadas no estudo	n	%
Sedentarismo	150	100
Não	36	24,00
Sim	114	76,00
Uso de bebida alcoólica	150	100
Até 2 vezes	53	63,10
Mais de 2 vezes	31	36,90
Tabagismo e ou drogas Inaláveis (maconha, cocaína e crack)	150	100
Não	113	75,33
Sim	37	24,67
Ingestão de carne vermelha (cinco ou mais vezes/semana)	150	100
Não	17	11,33
Sim	133	88,67
Ingestão de leite ou derivados (cinco ou mais vezes/semana)	150	100
Não	54	36,00
Sim	96	64,00
Ingestão de gordura (cinco ou mais vezes/semana)	150	100
Não	74	49,33
Sim	76	50,67
Ingestão de frutas (cinco ou mais vezes/semana)	150	100
Não	35	23,33
Sim	115	76,67
Ingestão de vegetais (cinco ou mais vezes/semana)	150	100
Não	27	18,00
Sim	123	82,00
Ingestão de leguminosas (cinco ou mais vezes/semana)	150	100
Não	21	14,00
Sim	129	86,00

A tabela 3 indica que os pacientes com baixo peso foram os que apresentaram média de idade superior, seguido dos pacientes com sobrepeso e com peso normal. Pacientes obesos foram os que apresentaram média de idade inferior. Além disso, foi possível

observar a ausência de diferenças significativas na idade dos pacientes quando comparada ao IMC, sugerindo que a idade não é um fator preponderante para determinar o IMC do paciente (valor de $p = 0,708$).

Tabela 3. Resultados da comparação da idade em relação ao IMC dos homens atendidos em uma UBSF. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2015.

IMC	n	Média±DP	Mediana	Valor p ¹
Baixo peso	5	55,20±28,50	45,00	
Normal	49	53,64±18,76	53,50	
Sobrepeso	66	54,31±16,90	60,00	0,708
Obeso I	23	48,39±16,29	47,00	
Obeso II	5	46,40±10,41	42,00	
Obeso III	2	45,50±3,54	45,50	

¹Valor P referente ao teste de Análise de Variância a $P<0,05$.

Na tabela 4, é observado que 54,67% dos pacientes apresentaram doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial sistêmica a

principal delas (35 - 42,68%), seguida de diabetes e HAS (20 - 24,39%), diabetes (12 - 14,64%) e outras (15 - 18,29%).

Tabela 4. Variáveis da Condição de Saúde Referida dos homens atendidos em uma UBSF. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2015.

Variáveis avaliadas no estudo	n	%
Doenças Crônicas	150	100
Não	68	45,33
Sim	82	54,67
Tipo de doença crônica	82	100
Diabetes	12	14,64
Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica	20	24,39
Hipertensão Arterial Sistêmica	35	42,68
Outras1	15	18,29

DISCUSSÃO

Com este estudo, observou-se que a maioria dos usuários homens que procuraram a UBS no mês de novembro apresentavam idade de 41 a 80 anos, o que corresponde aos dados encontrados em outros estudos.⁹⁻¹⁰

O fator idade é o que motiva uma população a adotar meios de cuidados preventivos, pois, devido às DCNT não terem um agente etiológico e à pouca compreensão dos processos fisiológicos, a prevenção para essa classe de doença torna-se um desafio. Em geral, as pessoas relacionam doenças com algum agente causador.⁹

O mesmo estudo destaca que a população jovem não tem preocupação com as DCNT e, apesar de entender que existe o caráter hereditário, não adota postura de prevenção (esses jovens acreditam que o desenvolvimento de doenças só ocorre após os 40 anos).⁹

Um estudo realizado no setor do módulo Matapaca do Programa Médico de Família (PMF), em Niterói- RJ, verificou que homens com mais idade, menor nível de escolaridade e que admitiram ter algum problema de saúde procuravam com maior frequência por atendimento na atenção básica. Isto pode ser justificado por se encontrarem em uma fase da vida na qual a saúde tende a ficar debilitada, por serem mais velhos e já terem alguma doença.¹⁰Os resultados desta pesquisa indicam também esta realidade, visto que a maioria dos pacientes avaliados tem idade entre 41 e 60 anos (34,67%), de nível fundamental (50,00%) e que apresentam alguma doença crônica (54,67%).

Na população estudada, os participantes ainda não estão na faixa de idade classificada como idosos, mas apresentam-se sedentários, com sobrepeso e obesos.Excesso de peso e obesidade são problemas que afetam todos os grupos sociais. Dentre as suas causas, destacam-se o aumento de alimentos de alta densidade calórica e inatividade física.¹¹⁻²

O hábito alimentar saudável é um fator passível de mudança, sendo o mais importante na luta contra o não surgimento das DCNT. Segundo dados da OMS, 90% de diabéticos tipo

2, 80% das doenças coronárias e 30% de câncer deixariam de acometer a população em geral se realizassem mais práticas de atividade física, alimentação saudável e menos uso de tabaco e seus derivados.¹³

A correta nutrição ao longo dos anos pode contribuir para uma longevidade bem-sucedida, pois várias modificações fisiológicas estão associadas ao processo de envelhecimento que pode afetar o estado nutricional.¹⁴⁻⁵

Em estudo realizado em Minas Gerais, verificou-se que a população masculina apresenta menos consciência sobre alimentação saudável em comparação às mulheres e considera o consumo de frutas e hortaliças menos importante para a saúde. Isso pode indicar que deve haver maior atenção por parte dos profissionais de saúde ao abordar assuntos sobre alimentação saudável para a população masculina.¹⁶

Este estudo, não foi verificado baixo consumo dessas classes de alimentos, porém, vale ressaltar que, entre outros temas a serem abordados com a população do sexo masculino, a alimentação saudável e a prática de atividade física devem ser priorizadas, pois vários estudos desenvolvidos com participantes do gênero masculino destacam a prevalência de sobrepeso, obesidade e sedentarismo^{12,17}, tabagismo e etilismo^{13,18-20}, considerados como fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT.

Um estudo realizado na Tailândia com 87.151 participantes, com idade de 15 a 87 anos, observou que os homens fazem mais uso de bebidas alcoólicas em comparação às mulheres. O álcool, além de ser um fator de risco para DCNT, também está associado ao sedentarismo e má alimentação. Foi observado também que aqueles que faziam uso de bebida alcoólica, classificados como consumidor abusivo e consumidor regular, em relação a não consumidores de bebidas alcoólicas, tiveram valores elevados de colesterol, hipertensão e doença do fígado.²¹

O risco elevado de desenvolvimento de DCNT está relacionado ao consumo de quatro copos ou mais de bebida alcoólica por ocasião, o que sugere a necessidade de pesquisas

acerca de novas estratégias para reduzir o consumo de álcool entre os homens e, consequentemente, diminuir as DCNT relacionadas ao uso de álcool.²¹

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 40% da população adulta, cerca de 57,4 milhões de pessoas, têm ao menos uma DCNT. A região Sudeste do Brasil obtém índices de 39,8%, representando 25,4 milhões de habitantes, sendo a segunda região com maior prevalência de doenças crônicas, ficando atrás somente da região Sul.¹⁸

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou que as DCNT atingem 23 milhões de homens. No Brasil, as doenças de maior prevalência são hipertensão arterial, diabetes, doença da coluna, dislipidemia (principal fator de risco para doenças cardiovasculares) e a depressão. A subsistência dessas patologias está associada a fatores de risco como o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e o sedentarismo.¹⁸

Os resultados deste estudo revelaram consonância em relação à prevalência dos tipos de DCNT comparados à estatística nacional, porém, neste estudo, não houve relato dos participantes em relação à depressão.

Na Malásia, tem aumentado a preocupação com a saúde dos homens. A população masculina passou a ser abordada mais holisticamente, envolvendo a saúde psicológica, física e social. As doenças não transmissíveis e ferimentos são as principais causas de morte nos homens, destacando que muitas comorbidades não são notificadas e diagnosticadas precocemente e, assim, sem a oportunidade de intervenções preventivas.²²

Um estudo canadense sobre doenças crônicas físicas e mentais na população masculina evidenciou que viver com uma doença crônica ameaça o senso de masculinidade do homem e sua autoimagem, bem como a sua capacidade para cumprir determinados papéis sociais, como expressar suas emoções, atributos e atitudes²³, o que sugere que a saúde do homem seja melhor abordada e, assim, permitir que os homens sejam ouvidos, capacitando-os para a escolha de uma melhor qualidade de vida.

Os programas de ações que envolvem a população masculina ainda são de alcances reduzidos, curta duração e não fazem parte

totalmente das agendas dos cronogramas do governo e das políticas públicas.²⁴

Outra pesquisa mostrou a necessidade de mais estudos e planejamentos para a população masculina, afim de melhor servir a este gênero, que o considera pouco pesquisado.²⁵

Como limitação, pode-se afirmar que, embora seja uma população representativa de usuários homens, não permite a compreensão do motivo pelo qual os mais jovens não procuram a unidade de saúde, o que pode ser tema de uma próxima pesquisa. Ademais, tais reflexões podem proporcionar atos eficazes no campo da Atenção Primária à Saúde, em especial, embasar ações voltadas para o cuidado integral à Saúde do homem.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que a maioria dos usuários homens atendidos durante o Novembro Azul na UBSF era de idade acima de 41 anos, composta por homens casados, com escolaridade de nível fundamental, renda mensal de um a três salários mínimos, sedentários, que fazem uso de bebida alcoólica, não tabagistas, apresentam-se com sobrepeso e obesos grau I, hipertensão e diabetes associada à hipertensão.

Mais da metade da população estudada faz uso habitual de alimentos saudáveis tais como frutas, vegetais e leguminosas e relata ingerir carne vermelha.

Os participantes da pesquisa foram na maioria idosos, o que pode indicar a necessidade de novas estratégias para sensibilizar os homens mais jovens a procurarem o serviço na busca de prevenção de doenças e promoção da saúde, com um plano de ação voltado para o reforço do estilo de vida saudável envolvendo, assim, o controle dos fatores de risco para as DCNT.

REFERÊNCIAS

1. Bidinotto DNPB, Simonetti JP, Bocchi SCM. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 09];24:e2756. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100380&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; 2008 [cited 2016 Dec 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf

3. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis [Internet]. Aspectos gerais; São Paulo: CVE; 2012 [cited 2016 Mar 26]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-ocasionadas-pelo-meio-ambiente/doc/doma13_caderno_ambiental.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; 2014. [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>
5. Malta DC, Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2016 Mar 17];22(1):151-64. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>
6. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN) [Internet]. Estado Nutricional do Usuários de Atenção Básica; 2004 [cited 2016 Apr 02]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html
8. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise Multivariada de Dados. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
9. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde construções sociais de participantes do Vigitel. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 May 09];20(3):679-88. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00679.pdf
10. Oliveira MM, Daher DV, Silva JL, Andrade CA. A saúde do homem em questão busca por atendimento na atenção básica de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 May 02];20(1):273-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00273.pdf
11. Van der Berg JD, Stehouwer CD, Bosma H, Van der Velde JH, Willems PJ, Savelberg HH, et al. Associations of total amount and patterns of sedentary behaviour with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: The Maastricht Study. Diabetologia [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 June 15];59(4):709-18. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779127/pdf/125_2015_Article_3861.pdf
12. Malta DC, Bernal RYI, Oliveira M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 May 05];20(4):1005-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01005.pdf
13. Dantas RCO, Farias DAA, Oliveira FVA, Paes NA. Medidas Preventivas para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Homens de um Município Paraibano. Rev bras ciênc saúde [Internet]. 2013 [cited 2016 May 14];17(3):217-24. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/13989/9802>
14. Souza R, Fraga JS, Gottschall CBA, Busnello FM, Rabito EI. Avaliação antropométrica em idosos estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2016 May 08];16(1):81-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a09v16n1.pdf>
15. Venturini CD, Engroff P, Gomes I, Carli GA. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2016 May 09];16(3):591-601. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a16.pdf>
16. Oliveira MS, Lacerda LNL, Santos LC, Lopes ACS, Câmara AMCS, Menzel HJK, et al. Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015 Aug [cited 2015 May 05];20(8):2313-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2313.pdf>
17. Chatfield SL, Gamble A, Hallam JS. Men's Preferences for Physical Activity Interventions: An Exploratory Study Using a Factorial Survey Design Created With R Software. Am j mens health [Internet]. 2016 [cited 2016 June 15];8:1-12. Available from:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988316643316>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros tem doença crônica; 2014. [cited 2016 June 02]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>

19. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. Interface com saúde educ [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 May 14];20(58):597-610. Available from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150611.pdf>.

20. Gubner NR, Kozar-Konieczna A, Szoltysek-Boldys I, Słodczyk-Mankowska E, Goniewicz J, Sobczak A, et al. Cessation of alcohol consumption decreases rate of nicotine metabolism in male alcohol-dependent smokers. Drug alcohol depend [Internet]. 2016 June [cited 2016 June 15];163:157-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871616300333>

21. Wakabayashi M, McKetin R, Banwell C, Yiengprugsawan V, Kelly M, Seubsman S, et al. Alcohol consumption patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease. BMC public health [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 June 15];15:1297. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4690366/pdf/12889_2015_Article_2662.pdf

22. Tong SF, Low WY, Ng CJ. Profile of men's health in Malaysia: problems and challenges. Asian jandrol [Internet]. 2011 Jul [cited 2016 June 14];13(4):526-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739619/pdf/aja2010125a.pdf>

23. Zanchetta MS, Maheu C, Kolisnyk O, Mohamed M, Guruge S, Kinslikh D, et al. Canadian Men's Self-Management of Chronic Diseases: A Literature Analysis of Strategies for Dealing With Risks and Promoting Wellness. Am jmens health [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 June 15]; pii: 1557988315577674. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988315577674>

24. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas a equidade de gênero em questão. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 Oct [cited 2016 May 14];17(10):2569-78. Available from:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/02.pdf>

25. Chan I, Corvin JA. Chronic Disease and Depression Among Hispanic Americans: Reconceptualizing the Masculine Self. Am jmens health [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 June 15];10(6):NP11-NP21. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988315595858>

Submissão: 30/11/2016

Aceito: 04/02/2017

Publicado: 01/04/2017

Correspondência

Rildo César Nunes Czorny

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416

Bairro Vila São Pedro

CEP: 15090-000 – São José do Rio Preto (SP),
Brasil