

A influência de um programa de educação na saúde do homem^a

The influence of a program of education in men health

La influencia de un programa de educación en la salud de hombres

*Denise Fernandes Leite**

*Iracema Maria Gonçalves Ferreira**

*Marta Solange de Souza**

*Vanessa Silva Nunes**

*Paulo Roberto de Castro***

RESUMO: O objetivo desse estudo foi proporcionar a indivíduos do sexo masculino conhecimentos sobre aspectos globais da saúde e verificar se o programa de educação em saúde trouxe benefícios e mudanças em suas vidas. Trata-se de um estudo prospectivo com abordagem qualitativa-quantitativa. Foram realizadas seis palestras em duas empresas, com a participação de 25 colaboradores do sexo masculino. Houve, no primeiro e no último encontro, aplicação de um mesmo questionário com 15 perguntas de múltipla escolha relacionadas aos temas abordados. Na segunda vez, adicionou-se uma questão aberta cujas respostas foram posteriormente analisadas sob a ótica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer n. 60/08. A idade dos indivíduos variou entre 18 e 49 anos; 36% possuíam ensino médio completo. Observou-se que, em relação à saúde e aos hábitos de vida, não se percebeu mudanças importantes após a intervenção das palestras. Porém, o nível de conhecimento sobre as doenças hipertensão, diabetes, câncer de próstata e acidente vascular encefálico apresentou melhora significativa. Concluiu-se que a estratégia de educação em saúde do homem produziu impacto positivo no conhecimento sobre as doenças. A análise do DSC revelou maior conscientização sobre a importância da prevenção e da adoção de hábitos de vida saudáveis. A partir disso, revela-se necessária a ampliação das ações voltadas a esse grupo, que é pouco contemplado pelas políticas públicas de saúde, conforme verificado na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem. Educação em saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT: The objective of this study was to give male individuals knowledge on global aspects of health and verify if the program of education in health brought benefits and changes to their lives. It is a prospective study with a qualitative-quantitative approach. Six lectures in two companies had been carried through, with the participation of 25 male collaborators. In the first one and the last meeting, we applied the same questionnaire with 15 multiple choice questions. In a second moment, an open question was added whose answers were analyzed under the perspective of the Collective Subject Discourse (DSC). The research was approved by the Committee of Ethics in Research (process n.60/08). The age of subjects was 18 to 49 years; 36% had completed secondary education. We observed that in relation to health and life habits, the intervention of the lectures had not produced significant changes. However, the level of knowledge about hypertension, diabetes, prostate cancer and vascular-encephalic accidents presented a significant improvement. One concluded that the strategy of education in health of men had a positive impact in the knowledge on the diseases. DSC analysis showed a greater awareness on the importance of prevention and the adoption of a healthful life habit. This shows to be necessary more actions directed to this group, which is not adequately contemplated by the public health policies, as proves the literature.

KEYWORDS: Men health. Education in health. Health promotion.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue dar a individuos masculinos conocimientos acerca de aspectos globales de la salud y verificar si el programa de educación en salud trajo ventajas y cambios a sus vidas. Es un estudio prospectivo con un acercamiento cualitativo-quantitativo. Seis conferencias en dos compañías han sido ejecutadas, con la participación de 25 colaboradores masculinos. En la primera y la última, aplicamos el mismo cuestionario con 15 preguntas de múltiple opción. En un segundo momento, se ha agregado una pregunta abierta cuyas respuestas fueran analizadas bajo la perspectiva del discurso del sujeto colectivo (DSC). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (proceso n.60/08). La edad de los sujetos fue 18-49 años; 36% habían terminado la enseñanza secundaria. Observamos que en lo referente a hábitos de salud y de vida, la intervención de las conferencias no ha producido cambios significativos. Sin embargo, el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, la diabetes, el cáncer de próstata y accidentes vascular-encefálicos presentó una mejora significativa. Uno concluyó que la estrategia de educación en la salud de hombres tuvo un impacto positivo en el conocimiento de las enfermedades. El análisis según el DSC demostró un mayor conocimiento en la importancia de la prevención y la adopción de hábitos de vida saludables. Esto demuestra la necesidad de más acciones dirigidas a este grupo, que no es contemplado adecuadamente por las políticas sanitarias públicas, como lo prueba la literatura.

PALABRAS LLAVE: Salud de los hombres. Educación en salud. Promoción de la salud.

a. Trabalho apresentado em forma de pôster, no IV Congresso Brasileiro de Reabilitação, realizado no Expo Center Norte, junho de 2009 com o tema central: Gestão da Saúde no Brasil – Questão de Cidadania.

* Fisioterapeutas graduadas pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.

** Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela FSP/USP. Coordenador Adjunto do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.
E-mail: paulo.caty@uol.com.br

Introdução

A promoção da saúde visa provocar mudanças de comportamento capazes de beneficiar camadas mais amplas da sociedade. É o esforço da comunidade organizada para implementar políticas que melhorem as condições de saúde da população e programas educativos que desencadeiem mudanças individuais de comportamento^{1,2}. De uma forma restrita, prevenção significa inibir o desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra. O significado mais amplo, no entanto, inclui medidas que interrompam ou atrasem a progressão da doença³.

Ações preventivas são definidas como intervenções direcionadas para surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população².

Em uma sociedade em constante transformação, a promoção da saúde adquire importante papel sócio-econômico e cultural, pois os indivíduos do sexo masculino, com sobrecarga de atividades, acabam por renegar ao segundo plano a qualidade da própria vida⁴.

É importante reconhecer que esse grupo necessita de ações educativas em saúde, tendo em vista que os homens apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, quando comparado às mulheres. Entre as principais causas, estão doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, doenças isquêmicas do coração, além de causas externas (acidentes de trânsito e homicídios). Trata-se, no entanto, de um desafio, pois os homens tendem a assumir comportamentos pouco saudáveis, gerando fatores de risco para o adoecimento. Há também que se considerar fatores culturais, como o modelo da masculinidade hegemônica, que associa expressão de necessidades de saúde com demonstração de fraqueza e de feminilização^{5,6}.

Diante da sua grande eficiência para promover a saúde, prevenir doenças e diminuir repercussões econômicas, os programas de educação em saúde podem ser utilizados como estratégia para a redução do absenteísmo e a mudança no estilo de vida dos indivíduos do sexo masculino, que apresentam baixa adesão e estão pouco inseridos em políticas públicas de saúde. Além disso, o local de trabalho tem se mostrado um ambiente propício para o desenvolvimento de programas de educação em saúde, pois, por estarem ativos profissionalmente, os homens acabam dispondo de pouco tempo para praticar atividade física e lazer, manter uma alimentação saudável e ir periodicamente ao médico.

O objetivo do presente estudo foi proporcionar a indivíduos do sexo masculino conhecimentos sobre aspectos globais em relação à saúde e verificar se o programa de educação em saúde trouxe benefícios e mudanças em suas vidas.

Métodos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo sob o parecer n. 60/08, de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996, e autorizada pelas empresas Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia (HMSCP) e Centro Automotivo Pedrão (CAP), ambas situadas em São Paulo (SP). Trata-se de um estudo prospectivo com abordagem qualiquantitativa realizado entre dezembro de 2008 e março de 2009.

O grupo inicial de colaboradores foi composto de indivíduos adultos do sexo masculino, sendo 25 do HMSCP e 11 do CAP. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para ser incluído na pesquisa, o colaborador teve que participar de todos os

três encontros da sua empresa e ser maior de 18 anos.

Ao todo, foram realizados seis encontros com duração de uma hora, três em cada empresa apoiadora. No primeiro encontro foram abordados, por meio de palestras e entrega de *folders*, os temas fisioterapia, qualidade de vida e fatores de risco, problemas de coluna, depressão e estresse; no segundo encontro, diabetes e câncer de próstata; e, no terceiro, hipertensão e doenças cerebrovasculares.

Para colher os dados, antes do primeiro e após o terceiro encontro, foi aplicado o questionário "Avaliação da Saúde do Homem – ASH", com questões de múltipla escolha sobre dados pessoais (8), hábitos de vida (6), saúde (3) e doenças (6). Na segunda vez, foi acrescentada uma questão aberta para que o colaborador pudesse avaliar seu aproveitamento e manifestar possíveis mudanças de comportamento após o advento das palestras.

O questionário foi baseado na avaliação da WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*)⁷, já validada na língua portuguesa, que apresenta quinze questões fechadas sobre três campos principais: hábitos de vida – atividade esportiva, lazer, alimentação adequada, estresse, tabagismo e etilismo; saúde – preocupação, cuidados e visitas ao médico; e doenças – depressão, dor na coluna, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), câncer (CA) de próstata e acidente vascular encefálico (AVE).

Os dados colhidos foram tabulados e enviados ao estatístico, que aplicou o procedimento de Igualdade de Duas Proporções, um teste não-paramétrico que verifica se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis são estatisticamente significantes. Para o presente estudo foi definido o nível de significância de

$p < 0,05$ (5%) para comparar a distribuição das respostas, questão por questão, entre o momento inicial e o final.

A questão aberta foi analisada com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite a organização e análise dos principais elementos contidos nas respostas. Compreende as seguintes etapas: identificação das expressões-chave das respostas de cada questão; identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave; seleção das expressões-chave representativas de cada idéia central; distinção entre as idéias centrais semelhantes, complementares e diferentes; reunião das expressões-chave, formando o DSC.

Resultados

Dos 36 colaboradores iniciais, 11 foram excluídos, sendo 1 por ter idade inferior a 18 anos e 10 por terem faltado a pelo menos um encontro, totalizando uma perda de 30,5%. 25 colaboradores cumpriram todos os requisitos e fizeram parte da amostra, sendo a idade média desta de $30,16 \pm 3,38$ anos. As principais características desses indivíduos estão descritas na Tabela 1.

A análise das respostas revelou que não se percebeu mudanças significativas após a intervenção das palestras no tocante aos hábitos de vida, nem quanto à saúde geral dos colaboradores.

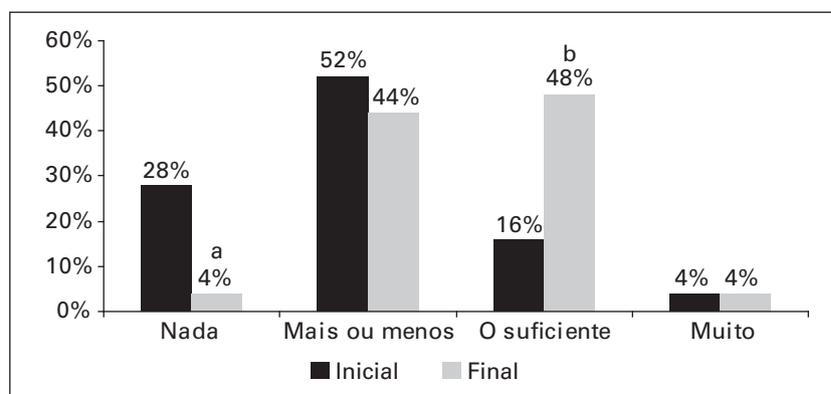
Na avaliação do nível de conhecimento sobre doenças, não foram observadas diferenças significativas em relação à depressão e à dor na coluna. No entanto, houve mudanças significativas quanto ao nível de conhecimento sobre HAS, DM, CA de próstata e AVE, conforme demonstram as Figuras 1, 2, 3 e 4.

As respostas da questão aberta, "Dê sua opinião em relação ao seu aproveitamento e/ou mudanças em relação aos conhecimentos sobre sua

Tabela 1. Principais características dos sujeitos. São Paulo, SP, 2008-09. (n = 25)

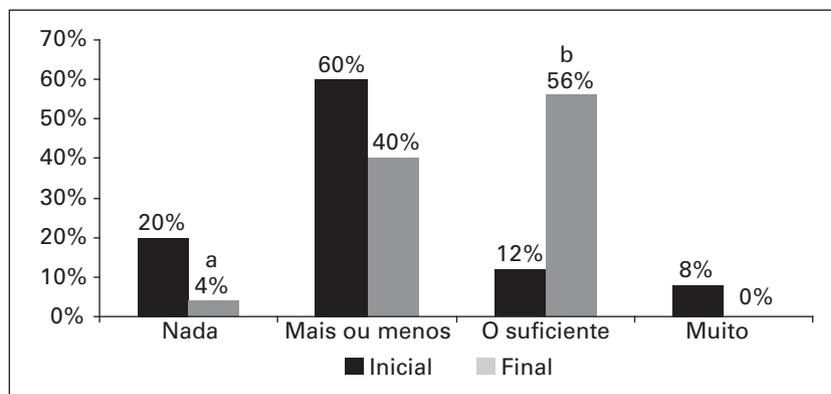
Variável	%
Escolaridade	
Médio completo	36
Superior incompleto	24
Superior completo	12
Outras	28
Estado civil	
Solteiros	60
Casados	40
Profissão	
Mecânico	24
Auxiliar de atendimento	28
Outras	48
Postura de trabalho	
Sentado	40
Em pé	28
Várias	32
Residência	
Própria	76
Alugada	24
Sente-se seguro na cidade	
Sim	52
Não	48

Figura 1. Nível de conhecimento sobre HAS. São Paulo, SP, 2008



Diferença estatisticamente significativa (^a $p = 0,021$; ^b $p = 0,015$)

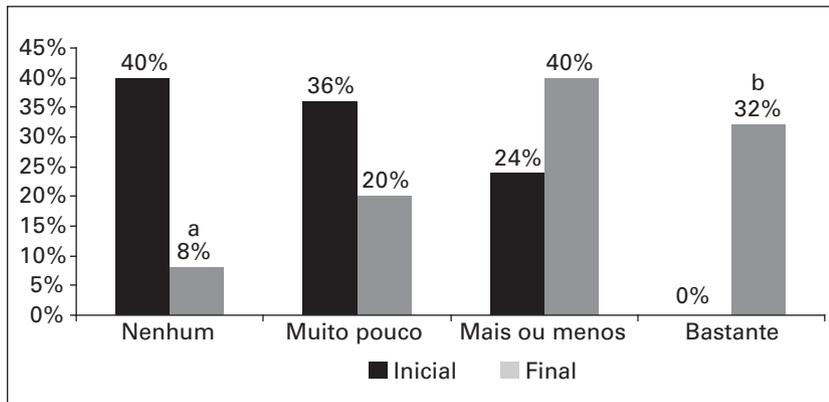
Figura 2. Nível de conhecimento sobre DM. São Paulo, SP, 2008



^a Tendência a diferença significativa ($p = 0,082$)

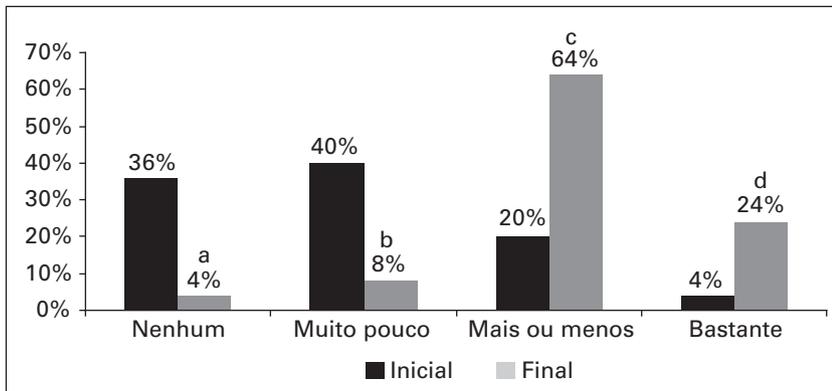
^b Diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$)

Figura 3. Nível de conhecimento sobre CA de Próstata.
São Paulo, SP, 2008



Diferença estatisticamente significativa (^a p= 0,008; ^b p= 0,002)

Figura 4. Nível de conhecimento sobre AVE.
São Paulo, SP, 2008



Diferença estatisticamente significativa (^a p= 0,005; ^b p= 0,008; ^c p= 0,002; ^d p= 0,042)

saúde proporcionadas após a participação nestas palestras”, produziram as seguintes idéias centrais: aumento de conhecimento; melhoria dos hábitos de vida; participação do indivíduo na prevenção de doenças; diminuição de preconceitos e consultas mais frequentes ao médico. Essas idéias resultaram na construção do seguinte DSC:

“O aproveitamento das palestras foi interessante e necessário para nosso meio de vida; adquirir um nível de conhecimento sobre doenças e ana-

tomia; aprendi coisas que não sabia, que desejo passar para parentes e amigos; esclareceu dúvidas sobre como prevenir algumas doenças; incentivou-me a ter outra postura sobre a vida, mudando minha rotina e da família, melhorando os hábitos de vida, tomando a decisão de praticar esportes, voltar para academia, cuidar da alimentação, parar de fumar, ter menos preconceito e consultar mais o médico, pois cuidar da minha saúde só depende de mim”.

Discussão

Tendo em vista a necessidade de uma abordagem específica sobre a saúde da população masculina, esse estudo buscou verificar qual o impacto sobre a mudança do estilo de vida dos homens de um programa de educação que agregasse conhecimentos sobre aspectos globais da saúde.

Segundo Gomes, Nascimento, Araújo⁸, em um estudo envolvendo 28 homens com o objetivo de analisar as explicações para a pequena procura aos serviços de saúde, as justificativas mais citadas foram: o homem não foi criado para se cuidar; se considera invulnerável; não tem tempo suficiente; tem medo de descobrir que algo vai mal; tem vergonha de ficar exposto; e falta unidade de saúde específica. Observou-se que as explicações estão intimamente relacionadas ao que se entende por “ser homem”.

Infelizmente, estudos sobre o tema são escassos, conforme demonstra uma revisão sistemática realizada por Robertson, Douglas, Ludbrook, Reid, Teijlinger⁹, que encontraram 27 estudos sobre intervenções de promoção de saúde visando homens. A maioria tratava sobre câncer de próstata ou testículos e outras doenças específicas, enquanto nenhum abordava programa de educação de forma mais ampliada. Verificou-se que há poucas evidências publicadas sobre adesão masculina em serviços de saúde. Portanto, não se pode concluir que programas de saúde específicos para homens funcionam melhor do que programas generalistas.

As políticas públicas de atenção à saúde não eram direcionadas às necessidades do homem adulto. Apenas recentemente, em agosto de 2008, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Homem¹⁰, que visa atingir quase 40 milhões de homens (25 a 59 anos) com o objetivo de modificar a cultura em relação às ações preventivas e de promoção de saúde. Portanto, a correlação desta pesquisa com trabalhos semelhantes envolvendo homens não será possível. Serão discutidos trabalhos sobre programas de educação voltados à população geral, sendo específico somente no caso do CA de próstata.

Observou-se que, em relação à saúde e aos hábitos de vida, não houve mudanças significativas com a intervenção das palestras, isso provavelmente ocorreu devido ao curto período (máximo 15 dias) em que foram desenvolvidas.

No entanto, um acompanhamento em longo prazo poderia causar modificação dos hábitos de vida e da cultura em relação à saúde, pois, de acordo com Santos, Lima¹¹, mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil e quase sempre acompanhada de muita resistência. A educação em saúde é um instrumento de transformação social, uma excelente alternativa para conduzir as pessoas às mudanças de hábitos e à aceitação de novos valores. Os resultados mostraram que houve mudanças significativas quanto ao nível de conhecimento sobre HAS, DM, CA de próstata e AVE.

Um estudo realizado por Santos, Lima¹¹ analisou mudanças nos hábitos de vida de 20 trabalhadores de uma universidade (construção civil, serviços gerais e segurança) após a aplicação de uma tecnologia educativa em saúde na prevenção da HAS. O trabalho, que consistia em cinco oficinas educativas durante sete meses, acarretou mudanças em 16 sujeitos, que passaram a prevenir e/ou controlar os fatores de riscos, evitando ou postergando o agravamento do quadro. Porém, tal resultado diferiu do encontrado em nosso estudo, que não detectou mo-

dificação dos hábitos de vida da população estudada. Certamente isso se explica pela diferença de tempo de intervenção entre os estudos.

Samal, Greisenegger, Auff, Lang, Lalouschek¹² avaliaram, através de um questionário, o nível de conhecimento sobre HAS prévio ao AVE em 591 indivíduos divididos por nível educacional; 77% afirmaram ter consciência que a HAS era um fator de risco para AVE. O resultado mostrou que quanto mais alto o nível de educação, maior o número de pessoas conscientes. Porém, esse conhecimento foi insuficiente para mudanças individuais. Isso revela a necessidade de investimentos na educação desses indivíduos através de programas específicos com acompanhamento em longo prazo.

Em relação ao DM, após o término das palestras, 56% dos indivíduos afirmaram ter conhecimentos suficientes sobre a doença, contra 12% do início. É um indício de que um processo educativo leva a mudanças de comportamento, podendo prevenir e/ou controlar a doença e suas complicações. Isso corrobora o estudo realizado por Torres, Franco, Stradioto, Hortale, Schall¹³, com duração de seis meses, que demonstrou que tanto a educação sobre DM em grupo quanto a individual foram positivas ao conhecimento dos participantes sobre a doença, motivando a mudanças de hábitos de vida.

Pesquisa conduzida por Msheilia, Akinosun, Abbiyesuku¹⁴, que fez análise de dois grupos durante cinco anos, mostrou que o grupo que fez tratamento intensivo com consultas e participação em fóruns de educação obteve redução da morbidade associada à DM em relação ao outro grupo, que teve somente o acompanhamento médico ambulatorial. Isso demonstrou que quanto maior o conhecimento sobre determinada doença, menor

é o risco de desenvolvê-la ou de ter complicações.

Quanto ao nível de conhecimento sobre câncer de próstata, na pesquisa inicial 40% alegaram não possuir nenhum conhecimento, enquanto ninguém afirmou ter conhecimento suficiente. Ao término das palestras, o número de indivíduos que alega não conhecer nada caiu para 8%, enquanto o daqueles que afirmam ter conhecimento suficiente subiu para 32%.

Esse resultado está de acordo com o estudo de Vieira, Santos, Landim, Caetano, Sá¹⁵, que objetivou identificar o conhecimento do usuário sobre a prevenção do CA de próstata. Inicialmente, 65% nada sabiam sobre a doença; 35 indivíduos foram então orientados. Desses, 34,2% (12) realizaram o procedimento preventivo. Concluiu-se que a não realização do exame estava relacionada ao déficit de conhecimento, aos preconceitos e à ausência de sintomatologia.

Ilic, Egberts, McKenzie, Risbridger, Green¹⁶ observaram que a apresentação de informações sobre CA de próstata através de vídeo, internet e panfletos aumentou o conhecimento de maneira uniforme nos participantes, ressaltando que é essencial o acesso à informação para influenciar de forma favorável a decisão e o comportamento.

Houve diferença significativa em todas as respostas à questão sobre o conhecimento em AVE após as palestras. Stern, Berman, Thomas, Klassen¹⁷ referiram que poucos estudos têm sido específicos em orientar sobre os fatores de risco do AVE e atitudes adequadas frente aos sinais e sintomas. Ao avaliar o impacto educacional de um audiovisual sobre os participantes quanto aos fatores de risco e sinais de aviso, observou aumento significativo do conhecimento. Porém o estudo não contemplou a retenção da informa-

ção em longo prazo, nem mudanças nos hábitos de vida.

Os benefícios em longo prazo de programas de prevenção de AVE ainda são desconhecidos. É o relatado por DeLemos, Atkinson, Croopnick, Wentworth, Akins¹⁸, que constatou que o conhecimento aumentou para 94% no período de intervenção, mas diminuiu 77% após três meses. Além disso, 73% não alteraram suas práticas de saúde. A correlação deste trabalho com o estudo em pauta comprova que o acompanhamento educativo é essencial para promover e manter mudanças nos hábitos de vida do indivíduo, pois o aprender implica em mudar comportamento.

As limitações deste estudo incluem o curto período de acom-

panhamento para avaliação; a dificuldade na obtenção de uma amostra maior, pois as perdas são inevitáveis, especialmente em longos períodos de intervenção; a relutância por parte das empresas em liberar o colaborador; e a dificuldade em adequar os horários dos pesquisadores com os dos colaboradores.

Conclusões

A estratégia de educação em saúde do homem produziu um impacto positivo, com resultados estatisticamente significantes sobre o conhecimento das doenças (HAS, DM, CA de próstata e AVE).

Com base no referencial teórico, verificou-se uma escassez de estudos sobre educação em saúde

de modo mais abrangente, como o realizado neste trabalho, demonstrando a necessidade de desenvolvimento de pesquisas e políticas públicas de promoção da saúde voltadas ao grupo pesquisado.

A partir da análise do DSC, constatou-se que a estratégia utilizada nesta pesquisa gerou, entre os participantes, uma maior conscientização sobre a importância da prevenção, de buscar orientação médica periódica e de adotar hábitos de vida mais saudáveis.

Conclui-se que se faz necessário o desenvolvimento de mais estudos longitudinais para confirmar os resultados encontrados e verificar a possibilidade de mudanças nos hábitos de vida e o impacto sobre os serviços de saúde de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):209-13.
2. Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
3. Mausner JS, Kramer S. *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2004.
4. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-77.
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
6. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL - bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74.
9. Robertson LM, Douglas F, Ludbrook A, Reid G, Teijlingen E. What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Services Research*. 2008;8(141).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem [Internet]. [citado 2009 Abr 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
11. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):90-7.
12. Samal D, Greisenegger S, Auff E, Lang W, Lalouschek W. The Relation Between Knowledge About Hypertension and Education in Hospitalized Patients With Stroke in Vienna. *Stroke*. 2007;38:1304-8.
13. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):291-8.

14. Mshelia DS, Akinosun OM, Abbiyesuku FM. Effect of increased patient-physician contact time and health education in achieving diabetes mellitus management objectives in a resource-poor environment. *Singapore Med J.* 2007;48(1):74-9.
 15. Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JÁ, Sá Neta CA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(1):145-52.
 16. Ilic D, Egberts K, McKenzie JE, Risbridger G, Green S. Informing Men about Prostate Cancer Screening: A Randomized Controlled Trial of Patient Education Materials. *J Gen Intern Med.* 2007;23(4):466-71.
 17. Stern EB, Berman ME, Thomas JJ, Klassen AC. Community Education for Stroke Awareness: An Efficacy Study. *Stroke.* 1999;30:720-3.
 18. Delemos CD, Atkinson RP, Croopnick SL, Wentworth DA, Akins PT. How Effective Are "Community" Stroke Screening Programs at Improving Stroke Knowledge and Prevention Practices? Results of a 3-Month Follow-Up Study. *Stroke.* 2003;34:247-9.
-

Recebido em 1 de outubro de 2009
Aprovado em 27 de novembro de 2009