



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Vídeo educativo para promoção da saúde do homem: estudo comparativo descritivo

Vanessa Caminha Aguiar Lopes¹, Elaine Cristina Carvalho Moura¹,
Isabela Maria Magalhães Sales¹, Silvana Santiago da Rocha¹

¹ Universidade Federal do Piauí

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento de homens adultos sobre a promoção do bem-estar, da alimentação saudável e da saúde mental no trabalho do homem, antes e após a aplicação de vídeo educativo. **Método:** Estudo comparativo descritivo, do tipo antes e depois, realizado em estabelecimento comercial na abrangência de uma unidade de saúde, em junho de 2015. A amostra incluiu 20 homens trabalhadores. **Resultados:** A idade média foi 26,8 ($\pm 6,7$) anos. Apenas 25% realizavam exames clínicos anualmente. Após a aplicação do vídeo, houve aumento nos escores totais ($p < 0,01$). As sentenças com aumento de acertos significativos abordaram o alcoolismo ($p < 0,01$; $p = 0,02$) e a higiene ($p = 0,02$; $p = 0,04$). **Discussão:** As informações do vídeo educativo evidenciaram a necessidade de esclarecimentos das temáticas e importância da realização de exames preventivos. **Conclusão:** O vídeo educativo constituiu intervenção acessível e promissora para efetiva promoção da saúde, diante da melhora significativa dos escores da avaliação do conhecimento.

Descritores: Saúde do Homem; Educação em Saúde; Filmes e Vídeos Educativos.

INTRODUÇÃO

Estudos apontam que a população masculina possui expectativa de vida menor que a população feminina em todo o mundo⁽¹⁾. O antigo modelo de atenção direcionado à quatro grupos populacionais, a saber: crianças, adolescentes, mulheres e idosos, mostrou-se insuficiente para o atendimento das necessidades de saúde do Brasil, especialmente por desconsiderar 40 milhões de homens na faixa etária de 25 a 59 anos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi estabelecida com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, diante de fatores de risco apresentados, sobretudo os relacionados às causas externas⁽²⁾. Para o atendimento destas determinações são necessárias tecnologias que correspondam e atendam às especificações dos programas em relação ao público-alvo.

Cada tecnologia tem uma finalidade, método e grau de compreensão e o enfermeiro deve ser conhecedor das atividades que melhor se enquadram para cada objetivo educativo que deseja atingir, sendo classificada em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho em ato, em um processo de relações entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente⁽³⁻⁴⁾.

Desse modo, os vídeos educativos se inserem na categoria das tecnologias leves e constituem instrumentos para atendimento das políticas públicas brasileiras no âmbito da promoção da saúde, a partir da transmissão de informações, dinamização e ampliação das habilidades cognitivas provenientes da riqueza de

objetos e sujeitos com os quais permitem interagir. Este recurso possibilita, inclusive, a extensão da memória e de atuação em rede quanto mais rigorosa for a sua metodologia de construção⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a não adesão às medidas de saúde integral torna os homens mais vulneráveis às doenças graves e crônicas, além da morte precoce quando comparado às mulheres na mesma faixa etária⁽¹⁾. Como consequência, o acesso destes aos serviços de saúde ocorre por meio da assistência especializada, o que configura um agravamento na morbidade e resulta em custos acentuados para as instituições, indicando, ainda, a necessidade de direcionamento de recursos para a educação e promoção da saúde⁽⁶⁾.

A educação em saúde compreende uma ferramenta de promoção da saúde e revela-se como chave no processo de trabalho para atuação por meio de linhas de cuidado que preservem a integralidade das intervenções e inserção da população masculina nas atividades ligadas à melhoria da saúde. Consiste na produção sistemática de conhecimentos voltados à formação para o desenvolvimento de ações em saúde, que requer um pensar crítico e reflexivo para elencar ações transformadoras que levem as pessoas à autonomia nas decisões de saúde, para cuidar de si, da sua família e da coletividade⁽⁷⁾.

Nesse ínterim, vêm sendo produzidas tecnologias educativas, em especial, para a promoção da saúde do homem, tendo em vista que ele não é sujeito ativo nas questões que envolvem sua saúde e na procura da rede de serviços em saúde⁽⁸⁾. Esses instrumentos requerem avaliação de sua eficácia.

Os homens referem o horário de funcionamento dos serviços de saúde como um dos fatores dificultadores do acesso, por coincidir com a carga horária do trabalho. Com vistas a romper essa barreira, as estratégias de educação em saúde podem ser desenvolvidas no local de trabalho do público masculino, como barbearias,

indústrias e clubes de futebol. As ações obtiveram receptividade dos homens e constituíram atividades com representatividade e eficácia no alcance deste gênero⁽⁹⁻¹¹⁾.

O presente estudo se justifica nas ações das políticas de atenção à saúde brasileira e pela necessidade de avaliar tecnologias leves produzidas com vistas à promoção da saúde do homem. Teve como objetivo avaliar o conhecimento de homens adultos sobre a promoção do bem-estar, da alimentação saudável e da saúde mental no trabalho, antes e após a aplicação de vídeo educativo. Tal pesquisa se propôs a responder à questão: Qual o efeito da utilização de vídeo educativo na promoção da saúde do homem?

MÉTODO

Estudo comparativo descritivo do tipo antes e após, realizado em um estabelecimento comercial na área de abrangência de uma unidade de saúde localizada na região Nordeste, Brasil, em junho de 2015. A amostragem foi não probabilística, do tipo por conveniência, e incluiu 20 homens trabalhadores, com idade igual ou superior a 18 anos, que participaram de educação em saúde com vídeo. Foi critério de exclusão apresentar limitação para leitura e/ou preenchimento do instrumento de coleta de dados. O estudo ocorreu em sala própria, fornecida pelo estabelecimento, com área de 30 m² e com televisor, computador e caixa de som.

O vídeo educativo para promoção da saúde do homem foi produzido pelo Programa de Extensão, financiado pela Secretaria de Educação Superior, "Práticas de enfermagem na promoção da saúde da criança, do homem e do idoso: arte, simulação e tecnologia - segunda etapa". As mídias foram desenvolvidas em um processo que

envolveu um painel de especialistas constituído por três enfermeiras doutoras e uma mestre, e estudantes de enfermagem e medicina, com a aplicação do Arco de Maguerz⁽¹²⁾, bem como simulação de práticas de saúde para fornecer maior realismo.

A utilização desse método objetivou considerar a condição socioeconômica, cultural e nosológica da população pretendida, mediante reflexão, fundamentação científica e identificação das necessidades de saúde sentidas e não sentidas dos homens. Após capacitação por curso de teatro e roteirismo realizado em uma instituição pública federal, seguiu-se com a apreciação final do material e o vídeo foi filmado e editado.

O instrumento de coleta de dados para aplicação antes e após da exibição do vídeo educativo intitulado "Promoção do bem-estar, alimentação saudável e da saúde mental e no trabalho do homem" (ISBN 978-85-7463-835-5) apresentou 14 afirmações (dispostas em tabela dos resultados). As questões consideraram os roteiros e os vídeos em mídia, atendendo aos critérios do modelo psicométrico utilizado na avaliação de instrumentos: comportamental, simplicidade, clareza, variedade, modalidade e tipicidade, bem como ser variado e compreensível aos diferentes estratos da população que se pretendeu aplicar⁽¹³⁾.

Assim, a primeira parte do instrumento apresentava dados sociodemográficos, educacionais e de saúde, e questionava se o participante havia assistido a palestras e/ou cursos sobre a temática do vídeo; a segunda parte continha sentenças construídas sob validação semântica⁽¹⁴⁾, por três especialistas. Estas foram respondidas com as opções: "verdadeiro", "falso" ou "não sei", de modo que as respostas erradas ou ditas como "não sei" foram computadas como erros e cada sentença com resposta correta recebeu o valor igual a 1 (um). Dessa forma, obteve-se o

somatório final, variando de 0 (zero – nenhum acerto) a 14 (quatorze – totalidade dos acertos).

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 18.0. Cada questão foi testada quanto à normalidade de sua distribuição e foi realizado o Teste t de Student de amostras dependentes para os dados paramétricos e Teste de Wilcoxon para os não paramétricos, considerando o intervalo de confiança de 95% e significância de 5%.

O desenvolvimento deste estudo seguiu os aspectos éticos e jurídicos nacionais e internacionais da pesquisa em assuntos humanos, de acordo com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI), parecer n.º 657.823/2014, e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 homens com idade média de 26,8 ($\pm 6,7$) anos, variando de 18 a 43 anos. Destes, 11 (55%) encontravam-se no intervalo foco da PNAISH de 25 a 59 anos. Em sua maioria, eram solteiros (12; 60%) ou casados (7; 35%), com ensino médio incompleto ou completo (15; 75%), sendo que 2 (10%) apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 3 (15%) afirmaram possuir nível superior.

Ao tratar-se da cidade de origem, predominaram homens naturais da capital do Piauí (14; 70%) e 3 (15%) eram de outros estados do Brasil. Quanto às práticas relacionadas à saúde, 6 (30%) eram etilistas e 2 (10%) tabagistas. As doenças autorreferidas identificadas foram hipertensão arterial sistêmica (2; 10%) e diabetes mellitus (1; 5%), de modo que 18 (90%) informaram não apresentar doenças. Apenas 5 (25%) costumam realizar *check up* ou exames clínicos anualmente.

Quando questionados sobre a frequência de higienização íntima, 11 (55%) informaram

realizar duas ou três vezes ao dia, 8 (40%) relataram quatro ou mais vezes ao dia e 1 (5%) disse realizar somente quando necessário. Quanto ao uso de preservativos, 12 (60%) relataram utilizar sempre, 4 (20%) utilizam somente quando a pessoa (parceira) exige, 3 (15%) não utilizam e 1 (5%) indicou utilizar eventualmente, sem regularidade. Dos participantes, 14 (70%) praticam atividade física regular; 13 (65%) afirmaram não ter participado de cursos ou palestras sobre as temáticas do vídeo anteriormente.

Os resultados da análise descritiva e inferencial comparativa dos conhecimentos autorreferidos pelos homens antes e após a intervenção educativa com vídeo estão descritos na Tabela 1.

Antes da exibição do vídeo educativo, observou-se uma média total dos escores de 10,2, com nota mínima de 6 pontos. As sentenças com menores percentuais de acertos referiram-se ao uso de equipamentos de proteção individual (10; 50%), exame do toque retal (10; 50%) e higiene íntima após micção (6; 30%). Por outro lado, as afirmações que mais influenciaram a média de acertos foram sobre higiene após relações sexuais (19; 95%), uso de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) (19; 95%) e reconhecimento do alcoolismo (18; 90%), conforme a Tabela 1.

Após a aplicação, a média total aumentou, alcançando 11,9, com mínima de oito pontos. Das questões que obtiveram menor frequência de acertos, houve aumento em 10% no item 1, 5% no item 8 e 40% na sentença 10. As questões que trataram de consequências do consumo de álcool (item 4) e frequência da higiene íntima diária (item 10) atingiram a totalidade de acertos 20 (100%) (Tabela 1).

A análise estatística inferencial dos resultados antes e após mostrou aumento significativo nos escores totais obtidos pelos participantes ($p < 0,01$). As sentenças que obtiveram aumento estatisticamente significativo abordaram carac-

Tabela 1. Distribuição de frequência das médias (\pm desvio-padrão), mínimo e máximo e de acertos dos homens (n=30) antes e após a exibição do vídeo educativo. Teresina, PI, Brasil, 2015

Variáveis	Antes		Após		p
	n (%)	M (\pm DP)	n (%)	M (\pm DP)	
	Mín-Máx		Mín-Máx		
Score total		10,2 (1,7) 6-12		11,9 (1,5) 8-14	<0,01t
(1) Os equipamentos de proteção individual no trabalho devem ser colocados somente quando não causam incômodo ao utilizá-los (F)	10 (50)		12 (60)		0,58t
(2) Pessoas que consomem bebida alcoólica por um longo período tendem ao isolamento, irritação e vício (V)	12 (60)		19 (95)		<0,01u
(3) Alcoólatra é a pessoa que precisa de cada vez mais copos para se satisfazer ou que se sente mal ao ficar sem beber por um tempo (V)	18 (90)		19 (90)		1,00u
(4) Consumir bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial, engorda e pode provocar doenças cardíacas e vasculares (V)	15 (75)		20 (100)		0,02u
(5) Sentir-se triste, sem vontade de realizar atividades que antes eram comuns e sentimento de culpa são sinais de depressão (V)	15 (75)		18 (90)		0,26u
(6) A prática de atividade física deve ser iniciada de forma intensa, durante muitos dias e por muitas horas (F)	15 (75)		17 (85)		0,32u
(7) Uma alimentação saudável envolve fazer 4 a 6 refeições equilibradas por dia, evitando gorduras, e incluindo fibras, frutas e verduras (V)	15 (75)		16 (80)		0,32u
(8) Apenas os homens que apresentam dor, ardor e desconforto ao urinar devem fazer o exame de próstata (exame do toque) (F)	10 (50)		11 (55)		0,76u
(9) Os homens precisam usar papel higiênico depois de urinar (V)	6 (30)		14 (70)		0,02u
(10) Para fazer a higiene íntima, basta lavar o pênis com água uma vez por dia (F)	17 (85)		20 (100)		0,08u
(11) O pênis possui estruturas, chamadas glândulas, que produzem secreções pastosas, brancas e com mau odor (V)	13 (65)		19 (95)		0,03u
(12) A falta de higiene íntima pode levar ao câncer de pênis e amputação do membro (V)	15 (75)		19 (95)		0,04u
(13) A higiene íntima deve ser feita principalmente depois das relações sexuais e/ou masturbação (V)	19 (95)		19 (95)		1,00u
(14) O uso de preservativos evita doenças sexualmente transmissíveis e câncer de pênis (V)	19 (95)		20 (100)		0,32u

Fonte: primária. Legenda: M: média, DP: desvio padrão; Mín-Máx: mínimo-máximo; t: significância do Teste t de Student; u: significância do Teste de Wilcoxon

terísticas da pessoa alcoólatra ($p < 0,01$), consequências do consumo de álcool ($p = 0,02$), uso de papel após micção ($p = 0,02$), características do órgão masculino ($p = 0,03$), e associação entre falta de higiene e câncer peniano ($p = 0,04$), como descrito na Tabela 1.

DISCUSSÃO

A aplicação do vídeo educativo sobre promoção do bem-estar, alimentação saudável e da saúde mental e no trabalho do homem foi eficaz no fornecimento de informações e/ou conhecimentos, constituindo melhora no

desempenho geral dos participantes. Esta metodologia mostrou-se compreensível e acessível ao público-alvo.

As características sociodemográficas e de saúde encontradas no estudo foram semelhantes a outras pesquisas com intervenções educativas em saúde do homem realizadas no Brasil e exterior⁽⁹⁻¹¹⁾. Os fatores de risco modificáveis, como tabagismo (10%), consumo de álcool (30%) e inatividade física (30%) foram consideráveis. Estas características contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas, assim como para o declínio na saúde reprodutiva, sendo essencial o desenvolvimento de estratégias preventivas adequadas, em consonância com o desenvolvimento das políticas de saúde⁽¹⁵⁾.

O exame de sangue para identificação do antígeno específico da próstata e o exame do toque retal são reconhecidos como medidas primárias na detecção do câncer de próstata⁽¹⁶⁾. Entretanto, os conhecimentos sobre rastreamento e tratamento desta doença são limitados⁽¹⁰⁾. A preocupação dos homens com a exposição dificulta o alcance dos objetivos dos programas de prevenção e promoção da saúde. O toque retal ainda é uma medida pouco aceita, apesar do baixo custo, e os relatos são de que o exame desperta o medo da dor física e psicológica⁽¹⁷⁾.

Essa não adesão relaciona-se a estereótipos de gênero caracterizadores da masculinidade hegemônica, cuja doença indica a fragilidade do corpo e, por consequência, do seu portador. Apesar de alguns homens se apresentarem mais acessíveis ao exame do toque retal, ainda é necessária maior sensibilização em relação à promoção de sua saúde^(10,18). Um ponto essencial é a desmistificação de condições importantes, como as expressas pelo pensamento de que somente os homens com dor, ardor e desconforto ao urinar devem fazer este exame (item 8).

As informações transmitidas por meio do vídeo educativo buscaram a atenção dos parti-

cipantes para a necessidade de esclarecimentos e para a importância da realização de exames preventivos, diante da capacidade de detectar doenças ainda em fase inicial, antes da manifestação dos primeiros sintomas. No que se refere às medidas preventivas do câncer de pênis, expressas nos itens 13 e 14 (95%), a avaliação revelou maior conhecimento dos homens.

Essa doença é considerada rara em países desenvolvidos e apresenta importante incidência no Brasil, com destaque nas regiões Norte e Nordeste. No geral, tem como fatores associados: fimose, DST, tabagismo, hábitos inadequados de higiene e resistência à procura de assistência médica. A falta de higiene gera um acúmulo de resíduos da urina e da produção de esmegma, os quais podem ocasionar uma irritação crônica associada ou não à infecção bacteriana na glândula ou no prepúcio⁽¹⁹⁾.

Estudo de revisão enfatizou a importância da realização da higiene íntima masculina como principal medida de prevenção do câncer de pênis, devendo ser realizada com água e sabão diariamente, em especial, após a relação sexual e masturbação. A realização de higiene íntima é diária⁽²⁰⁻²¹⁾, semelhante às frequências de higienização prevalentes na presente pesquisa.

Embora não seja possível afirmar que os homens realizam essa higiene com o objetivo principal de prevenção do câncer de pênis, a atividade com mídia educativa ampliou o conhecimento sobre os benefícios das boas práticas de saúde nesse contexto. Outro aspecto importante foi o percentual de 40% de homens que utilizam preservativos ocasionalmente ou que não o utilizam. O uso do preservativo é imprescindível em qualquer tipo de prática sexual, já que é a forma mais segura de prevenção de DST, as quais frequentemente estão associadas ao câncer de pênis⁽²²⁾.

O desenvolvimento do estudo em um estabelecimento comercial, com homens tra-

balhadores, propiciou a visualização de uma configuração ambiental específica em que abordagens de promoção da saúde podem ser aplicadas. São crescentes os estudos ambientais em barbearias e lojas, com foco nas doenças crônicas, doenças transmissíveis, atividade física e comportamentos de saúde. Conduzir estratégias educacionais no local de trabalho do homem permite atingir um público de diversificada faixa etária, com maior risco de apresentar disparidades de saúde⁽²³⁾.

Ressalta-se que a simulação de práticas de saúde aplicada na produção do vídeo, com a finalidade de fornecer condições realísticas aos vídeos, pareceu facilitar a condução do homem na visualização de atitudes positivas de vida pelo viés da promoção à saúde. Assim, o vídeo educativo permitiu a visualização de simulações da realidade do homem, tendo autonomia para a adesão de práticas adequadas e saudáveis de acordo com seu contexto de vida.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou como limitação o pequeno público, tendo em vista que a amostragem foi por conveniência. A aplicação do vídeo educativo constituiu uma intervenção acessível e promissora para promoção efetiva da saúde, diante da melhora significativa dos escores da avaliação do conhecimento após a exibição da mídia. A maior aquisição de conhecimento sobre as temáticas discutidas não significa, necessariamente, mudança de comportamento, mas sim potencial para adesão. É importante considerar os aspectos envolvidos, como o social, o cultural, a disponibilidade financeira e o acesso aos serviços de saúde.

Os profissionais de enfermagem, especialmente em parceria com a equipe multidisciplinar, têm nessa estratégia uma valiosa contri-

buição para orientação de pensamentos, bem como para o desenvolvimento do autocuidado, que são intimamente ligados à promoção da saúde. Ademais, é pertinente ampliar o acesso aos vídeos à população masculina e demonstrar a confiabilidade das medidas utilizadas no estudo que seguiram uma validação semântica por painel de especialistas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MM, Daher DV, Silva JL, Andrade SS. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. *Ciênc saúde coletiva*. 2015 Jan;20(1):273-8.
2. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. *Ciênc saúde coletiva*. 2012 Oct; 17(10):2607-16.
3. Rocha SM, Almeida MC. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev latinoam enferm*. 2000 Dec; 8(6):96-101.
4. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2000 Feb; 4(6):109-16.
5. Tuong W, Larsen ER, Armstrong AW. Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. *J Behav Med*. 2014 Apr; 37(2):218-33.
6. Siqueira EL, Oliveira GR, Mendes JD, Ximenes JM, Moraes KM. Atenção à saúde do homem: trabalhando a percepção do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. *Sanare*. 2014 jun; 13(1):48-55.
7. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2012 mar; 19(3):847-52.
8. Eid AP, Kohn KC, Motta RF. Política de saúde do homem: para além do que se vê. *Diaphora*. 2012 dez; 12(2):70-8.

9. Moore N, Wright M, Gipson J, Jordan G, Harsh M, Reed D, et al. A survey of African American Men in Chicago Barbershops: implications for the effectiveness of the barbershop model in the health promotion of African American men. *J Community Health*. 2016; 41:772-9.
10. Ilic, D. Educating men about prostate cancer in the workplace. *Am J Mens Health*. 2013 July; 7(4):285-94.
11. Pringle A, Zwolinsky S, McKenna J, Robertson S, Daly-Smith A, White A. Health improvement for men and hard-to-engage-men delivered in English Premier League football clubs. *Health Educ Res*. 2014; 29(3):503-520.
12. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012 mar; 16(1):172-7.
13. Alexandre N, Gallasch C, Lima L, Rodrigues R. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2013 jul [cited 2016 Feb 15]; 15(3):802-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>. doi: 10.5216/ree.v15i3.20776.
14. Pasquali L, organizador. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.
15. Rizio T, Thomas W, O'Brien W, Collins V, Holden C. Engaging primary healthcare nurses in men's health education: a pilot study. *Nurse Educ Pract*. 2016 Mar; 17:128-133.
16. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. Screening examination for prostate cancer: men's experience. *Esc Anna Nery*. 2014 dez; 18(4):697-704.
17. Oliveira, PMP; Lima, MMF; Cezario, KG; Oliveira, MG. The workers knowledge about prostate cancer: a descriptive exploratory study. *Online braz j nurs (Online) [internet]* 2012 May [cited 2015 Aug 14]; 11(1):171-9.
18. Sandiford L, D'Errico E. Facilitating shared decision making about prostate cancer screening among African American men. *Oncol Nurs Forum*. 2016 Jan; 43(1):86-92.
19. Paula SHB, Souza MJL, Almeida JD. Câncer de pênis, aspectos epidemiológicos e fatores de risco: tecendo considerações sobre a promoção e prevenção na Atenção Básica. *BIS, Bol Inst Saúde*; 2012 jul; 14(1):111-8.
20. Zequi SC. Penile Cancer: the importance of prevention. *Int braz j urol*. 2013 Oct; 39(5):611-3.
21. Stratton KL, Culkin DJ. A Contemporary Review of HPV and Penile Cancer. *Oncology (Williston Park)*. 2016 Mar; 30(3):245-9.
22. Silva RS, Silva ACM, Nascimento SG, Oliveira CM, Bonfim CV. Demographic and epidemiological aspects of mortality from penile cancer. *Acta paul enferm*. 2014 Feb; 27(1):44-7.
23. Linnan LA, D'Angelo H, Harrington CB. A literature synthesis of health promotion research in salons and barbershops. *Am J Prev Med*. 2014 July; 47(1):77-85.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglios sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 24/09/2016
 Revisado: 13/11/2017
 Aprovado: 13/11/2017