



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Vídeo educativo para promover la salud del hombre: estudio comparativo descriptivo

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

¹ Universidad Federal do Piauí

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento que los hombres adultos tienen sobre la promoción del bienestar, de la alimentación sana y de la salud mental en el trabajo, antes y después de la aplicación del vídeo educativo.

Método: Estudio comparativo descriptivo, del tipo antes y después, realizado en un establecimiento comercial correspondiente a una unidad de salud, en junio de 2015. La muestra incluyó a 20 hombres trabajadores. **Resultados:** La edad media fue 26,8 ($\pm 6,7$) años. Solamente 25% realizaban exámenes clínicos anualmente. Tras aplicar el vídeo, hubo un aumento de los escores totales ($p < 0,01$). Las sentencias con aumento de aciertos significativos abordaron el alcoholismo ($p < 0,01$; $p = 0,02$) y la higiene ($p = 0,02$; $p = 0,04$).

Discusión: Las informaciones del vídeo educativo evidenciaron la necesidad de esclarecer las temáticas y la importancia de realizar exámenes preventivos. **Conclusión:** El vídeo educativo constituye una intervención accesible y promisoro para promover efectivamente la salud, por mostrar el aumento de los escores de la evaluación del conocimiento.

Descriptor: Salud del Hombre; Educación en Salud; Películas y Vídeos Educativos.

INTRODUCCIÓN

Estudios señalan que la población masculina tiene una expectativa de vida menor que la población femenina en todo el mundo⁽¹⁾. El antiguo modelo de atención direccionado a los cuatro grupos poblacionales: niños, adolescentes, mujeres y ancianos, se mostró insuficiente para atender a las necesidades de salud de Brasil, especialmente por desconsiderar 40 millones de hombres con edades entre 25 y 59 años. La Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) fue establecida con el objetivo de facilitar y ampliar el acceso de la población masculina a los servicios de salud, debido a los factores de riesgo presentados, principalmente los relacionados a las causas externas⁽²⁾. Para poder atender a estas determinaciones son necesarias tecnologías que correspondan y atiendan a las especificaciones de los programas en relación con el público al que va dirigido.

Cada tecnología tiene una finalidad, método y grado de comprensión y el enfermero debe conocer las actividades que mejor se encuadran para cada objetivo educativo que desea atañer, siendo clasificada en dura, leve-dura y leve. Tecnología dura se refiere al instrumental complejo en su conjunto, englobando los equipos para tratamientos, exámenes y la organización de informaciones; la leve-dura se refiere a los saberes profesionales, estando inscrita en la manera de organizar su actuación en el proceso de trabajo. La tecnología leve se produce en el trabajo en sí, en un proceso de relaciones entre el trabajador de la salud y el usuario/paciente⁽³⁻⁴⁾.

De ese modo, los vídeos educativos se insieren en la categoría de las tecnologías leves y constituyen instrumentos para atender a las políticas públicas brasileñas en el ámbito de la promoción de la salud, a partir de la transmisión de informaciones, dinamización y ampliación de las habilidades cognitivas provenientes de la riqueza de objetos y sujetos con los cuales permiten interactuar. Este

recurso posibilita, incluso, la extensión de la memoria y de la actuación en red mientras más rigurosa sea su metodología de construcción⁽⁵⁾.

En este contexto, la no adhesión a las medidas de salud integral deja a los hombres más vulnerables a enfermedades graves y crónicas, y también a una muerte precoz cuando se les compara a las mujeres con la misma edad⁽¹⁾. Como consecuencia, el acceso de ellos a los servicios de salud ocurre por medio de la asistencia especializada, lo que conlleva al aumento de la morbilidad resultando en gastos acentuados para las instituciones, indicando la necesidad de direccionar recursos para la educación y la promoción de la salud⁽⁶⁾.

La educación en salud constituye una herramienta de promoción de la salud y se revela como primordial en el proceso de trabajo, actuando por medio de líneas de cuidado que preserven la integralidad de las intervenciones e insieran a la población masculina en las actividades ligadas a la mejoría de su salud. Consiste en la producción sistemática de conocimientos dirigidos al desarrollo de acciones transformadoras en la salud, que requieran un pensar crítico y reflexivo que conlleven a la autonomía de las personas al tomar decisiones relacionadas a la salud, al cuidar de sí mismo, de su familia y de la colectividad⁽⁷⁾.

Referente a este ínterin, se están produciendo tecnologías educativas, especialmente, para promover la salud del hombre, teniendo en consideración que él no es un sujeto activo en las cuestiones que envuelven su salud ni en la búsqueda por la red de los servicios de salud⁽⁸⁾. Esos instrumentos requieren la evaluación de su eficacia.

Los hombres refieren el horario de funcionamiento de los servicios de salud como uno de los factores dificultadores del acceso, por coincidir con la carga horaria del trabajo. Buscando romper esa barrera, las estrategias de educación en la salud pueden desarrollarse en el local de trabajo del público masculino, como barberías, industrias y clubes de fútbol. Las acciones obtuvieron buena

receptividad de los hombres y constituyeron actividades con representatividad y eficacia en el alcance de este género⁽⁹⁻¹¹⁾.

El presente estudio se justifica por las acciones de las políticas de atención a la salud brasileña y por la necesidad de evaluar las tecnologías leves producidas para promover la salud del hombre. Tuvo como objetivo evaluar el conocimiento que los hombres adultos tienen sobre la promoción del bienestar, de la alimentación sana y de la salud mental en el trabajo, antes y después de la aplicación del vídeo educativo. Dicha investigación se propuso responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es el efecto de la utilización del vídeo educativo en la promoción de la salud del hombre?

MÉTODO

Estudio comparativo descriptivo del tipo antes y después, realizado en un establecimiento comercial correspondiente a una unidad de salud ubicada en la región Nordeste de Brasil, en junio de 2015. El muestreo fue no probabilístico, del tipo por conveniencia, e incluyó a 20 hombres trabajadores, con edad igual o superior a 18 años, que participaron de la exhibición del video como educación en salud. Fue criterio de exclusión presentar limitación con la lectura y/o rellenado del instrumento de colecta de datos. El estudio ocurrió en una sala ofrecida por el propio establecimiento, con un área de 30 m² y con un televisor, una computadora y una caja de sonido.

El vídeo educativo para promover la salud del hombre fue producido por el Programa de Extensión, financiado por la Secretaría de Educación Superior, "Prácticas de enfermería para promover la salud del niño, del hombre y del anciano: arte, simulacro y tecnología - segunda etapa". Los medios se desarrollaron en un proceso que envolvió un panel de especialistas constituido por tres enfermeras doctoras y una máster, y estudiantes de

enfermería y medicina, con la aplicación del Arco de Maguerez⁽¹²⁾, así como el simulacro de prácticas de salud para dar un mayor realismo.

La utilización de este método objetivó considerar la condición socioeconómica, cultural y nosológica de la población pretendida, mediante la reflexión, la fundamentación científica y la identificación de las necesidades de salud sentidas y no sentidas de los hombres. Después de la capacitación por un curso de teatro y de guión realizado en una institución pública federal, se continuó con la apreciación final del material y el vídeo fue filmado y editado.

El instrumento de colecta de datos para ser aplicado antes y después de la exhibición del vídeo educativo intitulado "*Promoção do bem-estar, alimentação saudável e da saúde mental e no trabalho do homem*" (ISBN 978-85-7463-835-5 - "Promoción del bienestar, de la alimentación sana y de la salud mental en el trabajo del hombre") presentó 14 afirmaciones (dispuestas en la tabla de los resultados). Las cuestiones consideraron los guiones y los vídeos, atendiendo a los criterios del modelo psicométrico utilizado en la evaluación de instrumentos: comportamiento, simplicidad, claridad, variedad, modalidad y tipicidad, así como ser variado y comprensible para los diferentes estratos de la población que se pretende aplicar⁽¹³⁾.

De esta manera, la primera parte del instrumento presentaba datos sociodemográficos, educacionales y de salud, y cuestionaba si el participante había asistido a conferencias y/o cursos sobre la temática del vídeo; la segunda parte contenía sentencias construidas bajo validación semántica⁽¹⁴⁾, por tres especialistas. Estas fueron respondidas con las opciones: "verdadero", "falso" o "no sé", de modo que las respuestas equivocadas o dichas como "no sé" fueron computadas como errores y cada sentencia con respuesta correcta recibió el valor igual a 1 (uno). De esta forma, se obtuvo la suma final, variando de 0 (cero - ningún acierto) a 14 (catorce - totalidad de aciertos).

Para realizar el análisis de los datos, se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences*® versión 18.0. Cada cuestión fue testada en lo referente a la normalidad de su distribución y se realizó el Test t de *Student* de muestras dependientes para los datos paramétricos y el Test de Wilcoxon para los no paramétricos, considerando el intervalo de confianza de 95% y significancia de 5%.

El desarrollo de este estudio siguió los aspectos éticos y jurídicos nacionales e internacionales de la investigación sobre asuntos humanos, de acuerdo con el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí (UFPI), parecer n.º 657.823/2014, y los participantes firmaron el Término de consentimiento libre y esclarecido en dos vías.

RESULTADOS

Participaron del estudio 20 hombres con edad media de 26,8 ($\pm 6,7$) años, variando de 18 a 43 años. De ellos, 11 (55%) se encontraban en el intervalo foco de la PNAISH de 25 a 59 años. En su mayoría, eran solteros (12; 60%) o casados (7; 35%), con enseñanza secundaria incompleta o completa (15; 75%), siendo que 2 (10%) presentaban enseñanza primaria incompleta o completa y 3 (15%) afirmaron poseer nivel superior.

Cuando referían la ciudad de origen, predominaron los hombres naturales de la capital de Piauí (14; 70%) y solo 3 (15%) eran de otros estados de Brasil. Cuanto a las prácticas relacionadas a la salud, 6 (30%) bebían alcohol y 2 (10%) fumaban. Las enfermedades autorreferidas identificadas fueron la hipertensión arterial sistémica (2; 10%) y diabetes mellitus (1; 5%), de modo que 18 (90%) informaron no tener ninguna enfermedad. Solamente 5 (25%) suelen hacerse *check up* o exámenes clínicos anualmente.

Cuando preguntados sobre la frecuencia de higienización íntima, 11 (55%) informaron realizarla dos o tres veces al día, 8 (40%) relataron cuatro o

más veces al día y 1 (5%) dijo realizarla solo cuando es necesario. Cuanto al uso de preservativos, 12 (60%) relataron utilizarlo siempre, 4 (20%) lo utilizan solamente cuando la pareja lo exige, 3 (15%) no utilizan y 1 (5%) indicó utilizarlo eventualmente, sin regularidad. De los participantes, 14 (70%) practican actividad física regular; 13 (65%) afirmaron que no habían participado en conferencias ni en cursos sobre las temáticas del vídeo.

Los resultados del análisis descriptivo e inferencial comparativo de los conocimientos autorreferidos por los hombres antes y después de la intervención educativa con el vídeo están descritos en la Tabla 1.

Antes de la exhibición del vídeo educativo, se observó una media total de los escores de 10,2, con nota mínima de 6 puntos. Las sentencias con menores porcentuales de aciertos se refirieron al uso de equipos de protección individual (10; 50%), examen del toque rectal (10; 50%) e higiene íntima después de orinar (6; 30%). Por otro lado, las afirmaciones que más influenciaron la media de aciertos fueron sobre la higiene después de las relaciones sexuales (19; 95%), uso de preservativos para prevenir enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) (19; 95%) y reconocimiento del alcoholismo (18; 90%), conforme la Tabla 1.

Después de aplicarse el vídeo, la media total aumentó, alcanzando 11,9, con mínima de ocho puntos. De las cuestiones que obtuvieron menor frecuencia de aciertos, hubo aumento de 10% en el ítem 1, 5% en el ítem 8 y 40% en la sentencia 10. Las cuestiones que trataron de las consecuencias del consumo de alcohol (ítem 4) y de la frecuencia de higiene íntima diaria (ítem 10) tuvieron la totalidad de aciertos 20 (100%) (Tabla 1).

El análisis estadístico inferencial de los resultados antes y después mostró un aumento significativo en los escores totales obtenidos por los participantes ($p < 0,01$). Las sentencias que obtuvieron aumento estadísticamente significativo abordaron características de la persona alcohólica ($p < 0,01$),

Tabla 1. Distribución de la frecuencia de las medias (\pm desvío-estándar), mínimo y máximo y de aciertos de los hombres (n=30) antes y después de la exhibición del vídeo educativo. Teresina, PI, Brasil, 2015

Variables	Antes		Después		p
	n (%)	M (\pm DP)	n (%)	M (\pm DP)	
	Mín-Máx		Mín-Máx		
Score total		10,2 (1,7)		11,9 (1,5)	<0,01t
		6-12		8-14	
(1) Los equipos de protección individual en el trabajo deben ser colocados solamente cuando no causan incomodidad al utilizarlos (F)	10 (50)		12 (60)		0,58t
(2) Personas que consumen bebida alcohólica por un largo período tienden al aislamiento, irritación y vicio (V)	12 (60)		19 (95)		<0,01u
(3) Alcohólico es la persona que necesita de cada vez más dosis para satisfacerse o que se siente mal al no beber por un tiempo (V)	18 (90)		19 (90)		1,00u
(4) Consumir bebidas alcohólicas aumenta la presión arterial, engorda y puede provocar enfermedades cardíacas y vasculares (V)	15 (75)		20 (100)		0,02u
(5) Sentirse triste, sin deseos de realizar actividades que antes eran rutineras y sentimiento de culpa son señales de depresión (V)	15 (75)		18 (90)		0,26u
(6) La práctica de actividad física debe ser iniciada de forma intensa, durante muchos días y por muchas horas (F)	15 (75)		17 (85)		0,32u
(7) Una alimentación sana envuelve hacer de 4 a 6 refecciones equilibradas por día, evitando grasas e incluyendo fibras, frutas y verduras (V)	15 (75)		16 (80)		0,32u
(8) Solamente los hombres que sienten dolor, ardor e incomodidad al orinar deben hacer el examen de próstata (examen de toque) (F)	10 (50)		11 (55)		0,76u
(9) Los hombres necesitan usar papel sanitario después de orinar (V)	6 (30)		14 (70)		0,02u
(10) Para realizar la higiene íntima, basta lavar el pene con agua una vez al día (F)	17 (85)		20 (100)		0,08u
(11) El pene posee estructuras, llamadas glándulas, que producen secreciones pastosas, blancas y con mal olor (V)	13 (65)		19 (95)		0,03u
(12) La falta de higiene íntima puede llevar al cáncer de pene y amputación del miembro (V)	15 (75)		19 (95)		0,04u
(13) La higiene íntima debe realizarse principalmente después de las relaciones sexuales y/o masturbación (V)	19 (95)		19 (95)		1,00u
(14) El uso de preservativos evita enfermedades sexualmente transmisibles y cáncer de pene (V)	19 (95)		20 (100)		0,32u

Fuente: primaria. Subtítulo: M: media, DP: desvío estándar; Mín-Máx: mínimo-máximo; t: significancia del Test t de Student; u: significancia del Test de Wilcoxon

consecuencias del consumo de alcohol ($p=0,02$), uso de papel tras orinar ($p=0,02$), características del órgano masculino ($p=0,03$), y asociación entre la falta de higiene y el cáncer de pene ($p=0,04$), como descrito en la Tabla 1.

DISCUSIÓN

La aplicación del vídeo educativo sobre la promoción del bienestar, de la alimentación sana y de la salud mental en el trabajo del hombre

fue eficaz al suministrar informaciones y/o conocimientos, logrando así mejorar el desempeño general de los participantes. Esta metodología se mostró comprensible y accesible al público al que estaba dirigido.

Las características sociodemográficas y de salud encontradas en el estudio fueron semejantes a otras investigaciones con intervenciones educativas en la salud del hombre realizadas en Brasil y en el exterior⁽⁹⁻¹¹⁾. Los factores de riesgo modificables, como tabaquismo (10%), consumo de alcohol (30%) e inactividad física (30%) fueron considerables. Estas características contribuyen para que se desarrollen enfermedades crónicas, y para el empeoramiento de la salud reproductiva, siendo esencial que se desarrollen estrategias preventivas adecuadas, en consonancia con el desarrollo de las políticas de salud⁽¹⁵⁾.

El examen de sangre para identificar el antígeno específico de la próstata y el examen del toque rectal son reconocidos como medidas primarias para detectar el cáncer de próstata⁽¹⁶⁾. Sin embargo, los conocimientos sobre el monitoreo y el tratamiento de esta enfermedad son limitados⁽¹⁰⁾. La preocupación de los hombres con la exposición dificulta el alcance de los objetivos de los programas de prevención y promoción de la salud. El toque rectal todavía es una medida poco aceptada, a pesar del bajo costo, y los relatos son de que el examen despierta el miedo del dolor físico y psicológico⁽¹⁷⁾.

Esta no adhesión se relaciona a estereotipos de género caracterizadores de la masculinidad hegemónica. A pesar de que algunos hombres indican la posibilidad del toque rectal, se hace necesario que haya mayor sensibilización en relación a la promoción de su salud^(10,18). Un punto esencial es la desmitificación de la obligación de algunas condiciones importantes, como las expresadas por el pensamiento de que solamente los hombres con dolor, ardor e incomodidad al orinar deben realizar este examen (ítem 8).

Las informaciones transmitidas a través del vídeo educativo buscaron que los participantes comprendieran la necesidad de esclarecimientos y la importancia de la realización de exámenes preventivos, para así ser capaz de detectar enfermedades en fase inicial, antes del apareamiento de los primeros síntomas. Referente a las medidas preventivas del cáncer de pene, expresadas en los ítems 13 y 14 (95%), la evaluación reveló mayor conocimiento de los hombres.

Esta enfermedad, considerada rara en países desarrollados, presenta importante incidencia en Brasil, principalmente en las regiones Norte y Nordeste. Generalmente con factores asociados como: fimosis, DST, tabaquismo, hábitos inadecuados de higiene y resistencia a la búsqueda de asistencia médica. La falta de higiene genera una acumulación de residuos de la orina y de la producción de esmegma, lo que puede ocasionar una irritación crónica asociada o no a infección bacteriana en el glande o el prepucio⁽¹⁹⁾.

Un estudio de revisión enfatizó la importancia de realizar la higiene íntima masculina como principal medida para prevención del cáncer de pene, y ella se debe hacer con agua y jabón diariamente, especialmente, después de la relación sexual y la masturbación. La realización de la higiene íntima es diaria⁽²⁰⁻²¹⁾, semejante a las frecuencias de higienización prevalentes en la presente investigación.

Aunque no es posible afirmar que los hombres realizan esta higiene con el objetivo principal de prevención del cáncer de pene, la actividad con el video educativo amplió el conocimiento sobre los beneficios de buenas prácticas de salud en ese contexto. Otro aspecto importante fue el porcentual de 40% de hombres que utilizan preservativos ocasionalmente o que no lo utilizan. El uso de preservativo es imprescindible en cualquier tipo de práctica sexual, ya que es la forma más segura de prevenir ETS, las cuales frecuentemente están asociadas al cáncer de pene⁽²²⁾.

El desarrollo del estudio en un establecimiento comercial, con hombres trabajadores, propició la visualización de una configuración ambiental específica en la que abordajes de promoción de la salud se pueden aplicar. Los estudios ambientados en barbearías y tiendas, enfocando las enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, actividad física y comportamientos de salud, están aumentando. Conducir estrategias educativas en el local de trabajo del hombre permite atingir un público con edades diversificadas, con mayor riesgo de presentar disparidades de salud⁽²³⁾.

Se destaca que el simulacro de las prácticas de salud aplicada en la producción del vídeo, con la finalidad de suministrarles condiciones realísticas a los vídeos, pareció facilitar la visión del hombre sobre las actitudes positivas de vida a través de la promoción de la salud. Por lo tanto, el vídeo educativo permitió la visualización de simulaciones de la realidad del hombre, teniendo este, autonomía para realizar prácticas saludables y adecuarlas de acuerdo con su contexto de vida.

CONCLUSIÓN

El estudio presentó como limitación el público pequeño, teniendo en consideración que la muestra fue por conveniencia. La aplicación del vídeo educativo constituyó una intervención accesible y promisoro para promover de forma efectiva la salud, por mostrar el aumento significativo de los scores de evaluación del conocimiento después de su exhibición. La mayor adquisición de conocimiento sobre las temáticas discutidas no significa, necesariamente, un cambio de comportamiento, pero sí del potencial para la adhesión. Es importante considerar los aspectos envueltos, como el social, el cultural, la disponibilidad financiera y el acceso a los servicios de salud.

Los profesionales de enfermería, especialmente junto al equipo multidisciplinar, tienen en

esta estrategia una valiosa contribución para orientar los pensamientos, así como para desarrollar el autocuidado, que están íntimamente ligados a la promoción de la salud. Además, es pertinente ampliar el acceso de los vídeos a la población masculina y demostrar la confiabilidad de las medidas utilizadas en el estudio que siguieron una validación semántica por panel de especialistas.

CITAS

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 reestruturas 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: tecen- do 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, Culkun 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 los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 24/09/2016
 Revisado: 13/11/2017
 Aprobado: 13/11/2017