

**ANGELA MARIA ELIZABETH PICCOLOTTO NACCARATO**

---

---

***ESTUDO DEMOGRÁFICO E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE  
PACIENTES SOB RASTREAMENTO DE CARCINOMA  
PROSTÁTICO***

---

---

**Dissertação de Mestrado**

**Orientador: *Prof. Dr. Fernandes Denardi***

**Co-Orientador: *Prof. Dr. Wagner Eduardo Matheus***

**UNICAMP  
2010**

**ANGELA MARIA ELIZABETH PICCOLOTTO NACCARATO**

---

---

***ESTUDO DEMOGRÁFICO E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE  
PACIENTES SOB RASTREAMENTO DE CARCINOMA  
PROSTÁTICO***

---

---

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Cirurgia, área de Pesquisa Experimental

**Orientador: *Prof. Dr. Fernandes Denardi***

**Co-Orientador: *Prof. Dr. Wagner Eduardo Matheus***

**UNICAMP  
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

N113e

Naccarato, Angela Maria Elizabeth Piccolotto

Estudo demográfico e aspectos psicológicos de pacientes sob rastreamento de carcinoma prostático / Angela Maria Elizabeth Piccolotto Naccarato . Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Fernandes Denardi, Wagner Eduardo Matheus  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Próstata - câncer. I. Denardi, Fernandes. II. Matheus, Wagner Eduardo. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês : Demographic study and pshycological aspects of patients under prostate cancer screnning.**

**Keywords:** • Prostate, neoplasm

**Titulação: Mestre em Cirurgia**

**Área de concentração: Pesquisa Experimental**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Fernandes Denardi**

**Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo**

**Prof. Dr. Adriano Fregonesi**

**Data da defesa: 13-04-2010**

## **BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Aluna:** Angela Maria Elizabeth Piccolotto Naccarato

---

**Orientador:** Prof. Dr. Fernandes Denardi

---

**Co-orientador:** Prof. Dr. Wagner Eduardo Matheus

### **Membros:**

**1. Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo**

**2. Prof. Dr. Adriano Fregonesi**

**3. Prof. Dr. Nilton Julio de Faria**

**4. Prof. Dr. Ricardo Destro Saade**

**Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 13/04/2010**

# *Dedicatoria*

*Aos meus filhos, Carolina e Felipe...*

*... os presentes que a vida me deu. As trocas realizadas me permitiram me olhar numa dupla dimensão, como filha e como mãe. E esta experiência é uma das maravilhas da vida, onde a oportunidade da transformação acontece e a possibilidade do amadurecimento se concretiza.*

*Muito obrigada pela sua existência.*

# *Agradecimentos*

---

Aos meus pais, Alberto Francisco e Angelina Valentina, pelo afeto, coerência e consistência nas ações, nos dando a possibilidade de construir nossa integridade. A escuta e o respeito à necessidade do outro eram constantes. Palavras como respeito, compreensão, humildade, humanidade, honestidade e humor foram vividas em seu sentido pleno.

Aos meus irmãos, Alberto Francisco, José Paulo, José Carlos e Francisco Xavier, pela convivência fraterna e presença constante em minha vida. Sem o apoio de vocês minha caminhada seria muito árdua.

Ao meu amigo e orientador Prof. Dr. Fernandes Denardi, pelo convite em 2002 para desenvolver um trabalho de atendimento psicológico no ambulatório de Urologia Oncológica, junto às pessoas acometidas pelo câncer. Por ser um universo grande demais para somente duas psicólogas atenderem, selecionamos o grupo de homens com câncer de próstata. Sua confiança em nosso trabalho me permite crescer, realizar trocas e receber ensinamentos que me enriquecem como pessoa.

Ao Prof. Dr. Ubirajara Ferreira pela confiança em mim depositada e me haver entregado o presente trabalho, que se tornou objeto desta tese. Sua sensibilidade e humanidade tornam possível a minha presença na Urologia Oncológica.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Wagner Eduardo Matheus, pela paciência e constância de sua presença nos ensinamentos. Aprendo muito com você.

Ao meu colega de curso de pós-graduação Dr. Leonardo Oliveira Reis pelo companheirismo e pela sua contribuição na elaboração do artigo para a publicação deste trabalho.

A todo o grupo de Urologia Oncológica, em especial ao Dr. Rafael Mamprim Stopiglia, Dr. Mauricio Moreira da Silva Junior e a enfermeira Joice de Lima Ribeiro pela amizade e apoio ao nosso trabalho.

Aos meus amigos, “Bira”, “Fernando”, Wagner, “Rafa”, “Leo”, Maurício e Joice meu muito obrigada por serem quem são e podermos realizar um trabalho multidisciplinar, com respeito e reconhecimento do outro.

Ao Prof. Dr. Nelson Rodrigues Netto Júnior, pelo incentivo e confiança em meu trabalho desde o meu ingresso no grupo de Urologia.

A Jéssica Matheus Leitão pela elaboração deste projeto, ajuda na tradução e disponibilidade constante.

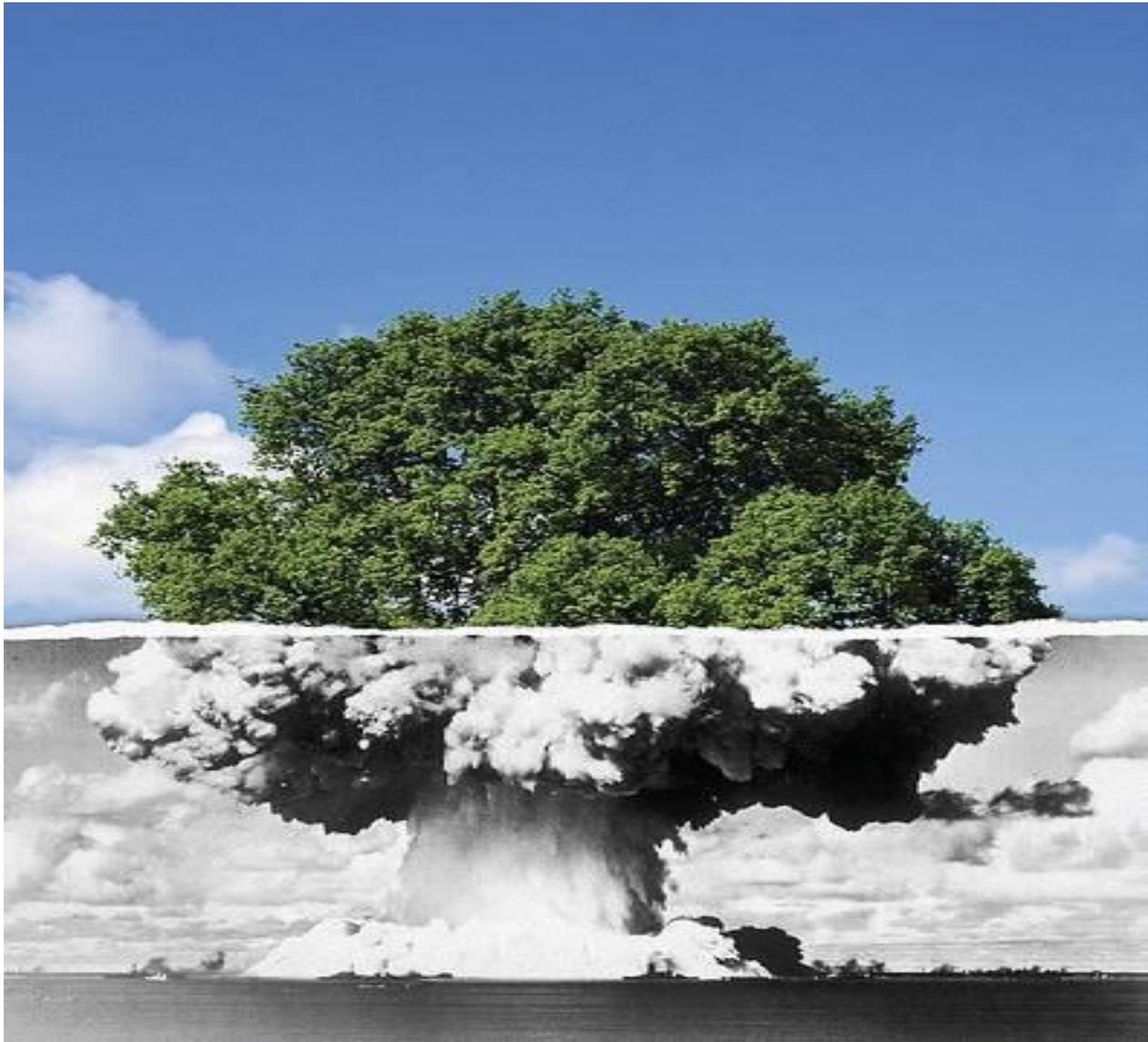
A todos os médicos que realizaram os exames de Toque Retal e aplicaram os questionários, possibilitando a realização desta pesquisa, com total disponibilidade e rigor científico. Especialmente aos doutores Cláudio José Pagotto e Victor Augusto Leitão, minha gratidão.

A minha amiga Flávia Sodero Victorio Nogueira pela ajuda na elaboração das tabelas e ajustes gráficos.

As amigas Regina Stella Ferreira de Camargo, Marilisa Guerreiro e Sophia Souto pela paciência e disposição interna para ler meu trabalho.

Aos médicos da Disciplina de Urologia da Unicamp Prof. Dr. Ricardo Destro Saade e Prof. Dr. Adriano Fregonesi pelo companheirismo e amizade.

Finalmente, agradeço a todos os residentes da Urologia da Unicamp, funcionários e todos os pacientes, do HC-Unicamp e dos outros serviços envolvidos neste trabalho.



*Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar, para atravessar o rio da vida.*

*- ninguém, exceto tu, só tu.*

*Existem, por certo, atalhos sem números, e pontes, e semideuses que se oferecerão para levar-te além do rio; mas isso te custaria a tua própria pessoa; tu te hipotecarias e te perderias.*

*Existe no mundo um único caminho por onde só tu podes passar.*

*Onde leva?*

*Não perguntes, segue-o!*

*- Nietzsche*

# SUMÁRIO

---

	Pág.
<b><i>Símbolos, Siglas e Abreviaturas</i></b> .....	xvii
<b><i>Resumo</i></b> .....	xix
<b><i>Summary</i></b> .....	xxi
<b>1. <i>Introdução</i></b> .....	23
<b>2. <i>Objetivo</i></b> .....	35
<b>2.1. <i>Objetivo geral</i></b> .....	37
<b>3. <i>Revisão da Literatura</i></b> .....	39
<b>4. <i>Pacientes e Métodos</i></b> .....	65
<b>4.1. <i>Processamento e Análise dos dados</i></b> .....	69
<b>5. <i>Resultados</i></b> .....	71
<b>5.1. <i>Dados descritivos e marcação de consulta</i></b> .....	73
<b>5.2. <i>Dados Perceptivos</i></b> .....	81
<b>5.3. <i>Análise Descritiva e Associações entre faixa de idade e Variáveis de conhecimento, e Atitudes em relação ao TR</i></b> .....	91
<b>5.4. <i>Análise Descritiva e Associações entre escolaridade e Variáveis de conhecimento, e Atitudes em relação ao TR</i></b> .....	97
<b>5.5. <i>Análise Descritiva e Associações entre Quem convenceu a consultar e Variáveis de conhecimento, e Atitudes em relação ao TR</i></b> .....	105
<b>6. <i>Discussão</i></b> .....	113
<b>7. <i>Conclusão</i></b> .....	131
<b>8. <i>Referências Bibliográficas</i></b> .....	135

<b>9. Anexo e Apêndices</b> .....	149
-----------------------------------	-----

# *Símbolos, Siglas e Abreviaturas*

---

<b>ACS</b>	<i>American Cancer Society</i>
<b>ALERT</b>	<i>Access to Life saving Early Detection, Research and Treatment</i>
<b>AUA</b>	<i>American Urological Association</i>
<b>CaP</b>	Câncer de Próstata
<b>EAU</b>	<i>European Association of Urology</i>
<b>ERSPC</b>	<i>European Randomised Study of Screening of Prostate Cancer</i>
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HPB</b>	Hiperplasia Benigna da Próstata
<b>IARC</b>	<i>International Agency for Research for Cancer</i>
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>NAU/HSL</b>	Núcleo Avançado de Urologia/ Hospital Sírio Libanês
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PCF</b>	<i>Prostate Cancer Foundation</i>
<b>PLCO</b>	<i>Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial</i>
<b>PSA</b>	<i>Prostate-Specific Antigen</i> (Antígeno Específico da Próstata)
<b>PSAt</b>	<i>Prostate-Specific Antigen total</i> (Antígeno Específico da Próstata Total)
<b>QoL</b>	Qualidade de Vida
<b>TR</b>	Toque Retal
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

**Introdução:** O câncer de próstata (CaP) é a segunda causa de morte em homens, estudos recentes tem confirmado a eficácia do toque retal (TR) e seus benefícios no diagnóstico precoce.

**Objetivo:** Avaliar aspectos demográficos e psicológicos de homens submetidos ao TR durante consulta para rastreamento do CaP.

**Pacientes e Métodos:** Estudo realizado com 345 pacientes submetidos ao TR pela primeira vez entre Fevereiro 2006 a Dezembro 2007, que foram avaliados quanto às impressões sobre o TR. Dados sobre etnia, idade, escolaridade, profissão e as motivações para o rastreamento foram colhidos e a correlação entre variáveis descritivas e aspectos psicológicos dos pacientes foi realizada.

**Resultados:** A média de idade foi de 52.8 anos. Sentiram medo 40.94% (sendo medo do exame 15.94% e medo do diagnóstico 25%), vergonha 26.45% e 48.26% referiram não pensar em nada. A correlação entre faixa etária, nível de escolaridade e reações emocionais não apresentou diferença significativa. 52.35% consideraram o exame melhor do que imaginavam, dos quais 41.81% eram analfabetos/1º grau incompleto, 4.12% uma experiência ruim e 96.8% fariam o teste novamente. O convencimento em se consultar foi em 50.14% por decisão própria, 26,67% encaminhados por médicos, 18,55% pela esposa, 7,83% por familiares ou amigos, 6,67% através da mídia e 24.06% tiveram consulta marcada pelas parceiras. Embora 85,47% soubessem da importância do exame, 80,81% consideram-se mais esclarecidos após a consulta. A falta de informação sobre o exame foi mais freqüente dentre os pacientes de menor escolaridade e 52.38% com decisão própria em se consultar tinham conhecimento prévio à consulta sobre a importância do exame.

**Conclusão:** Medo e vergonha frente ao TR desempenham papel significativo na resistência ao se submeter ao exame, porem a maioria absoluta dos pacientes achou menos desagradável do que imaginava e repetirá o exame futuramente.

**Palavras-chave:** câncer de próstata, toque retal, aspectos psicológicos.

# Summary

---

**Introduction:** Prostate cancer (PCa) is the second leading cause of death in men. Recent studies have confirmed the effectiveness of the digital rectal examination (DRE) in early diagnosis.

**Aim:** To evaluate the psychological and demographic aspects of men who received DRE during the PCa screening in an outpatient clinical setting.

**Patients and Methods:** Patients (345) who underwent DRE for the first time from February 2006 to December 2007 were evaluated for their psychological reactions and feelings after the examination. Data on age, race, education, profession and the motivations for the screening were gathered. Correlation of descriptive and psychological aspects of patients under PCa screening was done.

**Results:** The average age of the patients was 52.8 years; 40.94% had felt fear (examination fear 15.94%, and diagnosis fear 25%), 26.45% shame and 48.26% indicated they were not thinking about anything. There was no correlation between age, educational level and emotional reactions. Most patients (96.8%) would undergo a DRE again and 52.35% had considered it better than they had imagined. Of these patients, 41.81% were illiterate/incomplete elementary school. Only 4.12% described having a negative experience. The factors that persuaded the patient to book an appointment were: 50.1% made their own decision, 26.67% were recommended by a physician, 18.55% family/friends and 6.67% were influenced by the media. Wives booked 24.06% of the consultations. Although 85.47% of patients had some previous knowledge about the examination, 80.81% felt they had further clarification afterward. Lower educational level was related to lack of information about DRE, while 52.38% who made their own decision had previous knowledge of the importance of DRE. Emotional aspects and access to information play significant roles in the decision to undergo PCa screening and must be considered in educational campaigns.

**Conclusion:** The majority of the patients found DRE less awkward than what they had imagined it to be and would repeat the examination in the future. Fear and shame before the examination are baseless, but are a barrier to the DRE.

**Key words:** Prostate cancer, Digital Rectal Examination, Psychological aspects.



## *1. Introdução*

*“A vida é breve,  
a ocasião fugaz,  
a experiência é vacilante  
e o julgamento é difícil”.*

*Híppocrates*

O câncer é uma doença que se origina nos genes de uma única célula tornando-a capaz de se proliferar até originar uma massa tumoral no local e à distância. Inúmeras mutações ocorrem na mesma célula para que a mesma adquira fenótipo de malignidade. A biologia molecular desenvolve estudos exploratórios demonstrando o valor potencial da expressão dos genes como marcadores preditivos da doença<sup>1</sup>.

O câncer pode ocorrer em todos os estágios da vida e em todas as partes do mundo, onde as atitudes são infinitamente diferentes. Pode ser curado, tornar-se crônico, ou conduzir à morte<sup>2</sup>.

Em teoria, qualquer célula do corpo pode passar por transformações e originar um tumor maligno, o que torna a denominação câncer muito genérica e causadora de muitas confusões. Além disso, o diagnóstico costuma ser interpretado como possibilidade de morte eminente. Ouvir o diagnóstico pelo médico conscientiza o paciente da possibilidade e proximidade da morte. O diagnóstico de tumor maligno está associado à doença fatal, por razões culturais<sup>3</sup>.

Os temores relativos à mutilação, aos danos causados pelos tratamentos e outras representações sobre as possíveis causas do câncer tornam-se impeditivos da procura precoce para diagnóstico e tratamento<sup>4</sup>.

O câncer é uma das doenças que mais afeta a Qualidade de Vida (QoI), varia de acordo com o órgão, do seu estadiamento e das características físicas e psíquicas do paciente determinando o grau de comprometimento. Encontramos presente tanto variáveis psicológicas, como o medo, ansiedade e a negação da doença, como variáveis psicossociais, onde temos as crenças e diferentes atitudes com relação à doença. QoI envolve assim, questões altamente subjetivas.

Uma das crenças ainda muito enraizada em nossa cultura é que o câncer tem que ser obrigatoriamente acompanhado de dor, sofrimento, morte próxima, sintomas aversivos, perda de habilidades funcionais e vocacionais, frustração e incerteza quanto ao futuro.

Com a ansiedade presente, ocorre distorção na comunicação, trazendo dificuldade na compreensão do diálogo, com consequências no relacionamento médico - paciente e o não cumprimento das recomendações.

A dor é considerada como o sintoma mais incapacitante pela maioria dos pacientes. Segundo Twycross e Lack a dor pode ter várias causas, desde o próprio câncer, o tratamento, e pode se manifestar das mais variadas formas e intensidades. Os determinantes serão os aspectos físicos, psíquicos, sociais e culturais do paciente<sup>5</sup>.

Contudo, diversos tipos de câncer podem ser curados por procedimento cirúrgicos quando diagnosticados precocemente. Tudo depende de seu estadiamento, o qual é determinado de acordo com o acometimento de órgãos e

estruturas adjacentes, e à distância. Estes aspectos conferem estatisticamente o prognóstico, isto é, a possibilidade de resposta ao tratamento e de cura.

Esses aspectos devem ser discutidos com os pacientes e familiares, pois podem trazer modificações profundas na estrutura física, psíquica e no cotidiano desses pacientes. Algumas modalidades terapêuticas interferem principalmente nos atributos sexuais e, portanto, precisam ser discutidas com muita cautela antes da cirurgia<sup>6</sup>.

Embora os resultados do tratamento do câncer de próstata (CaP) tenham evoluído muito nos últimos anos, ainda não são satisfatórios, principalmente quando o diagnóstico é realizado em estágios avançados, impossibilitando uma cura completa<sup>3</sup>.

No intuito de obter resultados mais positivos, as pesquisas têm evoluído em várias direções: de um lado, aumentando o conhecimento da neoplasia em questão (história natural e epidemiologia), com implementação do diagnóstico precoce o tratamento ainda na fase inicial, melhorando o prognóstico do caso. Concomitantemente, têm-se procurado entender e avaliar as alterações na QoL que cada tratamento possa produzir, buscando a melhor forma de orientação terapêutica<sup>7</sup>.

A próstata, uma glândula de 25g a 30g (apenas 0,02% do peso corporal total), que nos jovens tem o papel triunfal de alimentar e manter vivos os

espermatozóides, no homem maduro pode ser responsável por trazer sofrimento e angústia, com conseqüências negativas para o tempo e a QoI<sup>8</sup>.

Ao exame estrutural da próstata observa-se que é formada por duas partes: a porção interna, ou epitelial, constituída por um agrupamento de glândulas que fabricam o líquido seminal, e pelas glândulas situadas em torno do canal uretral, que crescem com o passar dos anos e são responsáveis pelo aumento benigno da próstata nos homens maduros<sup>9</sup>.

Com relação ao CaP, não se sabe exatamente os fatores etiológicos, mas vários deles podem contribuir para seu aparecimento. A idade aparece em primeiro lugar, pois este tipo de câncer raramente se desenvolve antes dos 40 anos de idade. A partir dos 60 anos já é o câncer mais frequente, sendo uma das causas mais comum de morte em homens acima dos 80 anos<sup>10</sup>.

CaP é o único entre os tumores sólidos que se apresenta de duas formas: a latente ou histológica que pode ser identificada em aproximadamente 30% dos homens com mais de 50 anos e entre 60% a 70% dos homens com mais de 80 anos: e a forma clínica, que afeta aproximadamente um entre seis homens americanos<sup>11</sup>.

Na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de cinco anos para dobrar de tamanho<sup>8</sup>.

Atualmente, pode-se dizer que o CaP está se tornando, cada vez mais do que qualquer outro tipo, um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos<sup>12</sup>.

Outros fatores de risco são as características raciais do homem (60% mais frequente em homens negros), o país onde vive (dez vezes mais comum em países escandinavos e nos Estados Unidos do que na China e no Japão) e a existência de casos na família.

A influência que a dieta pode exercer sobre a gênese do câncer já está comprovada. Outros hábitos saudáveis também são recomendados, como fazer, no mínimo, 30 minutos diários de atividade física, manter o peso adequado à altura, diminuir o consumo de álcool e não fumar<sup>12</sup>.

Hoje, em virtude do aprimoramento das técnicas para diagnósticos e a importância que se dá à prevenção, aumentou muito o número de casos detectados em estágios precoces da doença, tornando as opções de tratamento mais eficazes.

Carroll apresentou como diretriz da *American Urological Association* (AUA) a recomendação do uso do Antígeno Prostático Específico (PSA) e do Toque Retal (TR) na detecção do CaP, com idade base de 40 anos<sup>13</sup>.

A AUA e *American Cancer Society* (Sociedade Americana do Câncer) apregoam oferecer anualmente o rastreamento PSA e TR, começando aos 50

anos na população em geral e idade inferior em homens com alto risco. Foi observado que mais de 50% dos CaP foram detectados após no mínimo 3 visitas, e 10% não foram diagnosticados até após no mínimo 15 visitas. Porção considerável de homens apresentou doença de alto grau após várias visitas, o que sugere que um número substancial de CaP significante não teria sido identificado caso o rastreamento anual não fosse realizado<sup>14</sup>.

Dois estudos ainda em andamento, *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)* e o *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial*, sustentam que o rastreamento é mais importante para a população mais jovem<sup>15</sup>.

Clinicamente, o CaP é diagnosticado como local ou avançado, e os tratamentos vão desde o acompanhamento a tratamento local, radical (cirurgia ou radioterapia) ou deprivação androgênica<sup>16</sup>.

No Brasil o CaP é a segunda causa de morte por neoplasia maligna em homens, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma<sup>12</sup>. Em 2009 a estimativa para os anos de 2010 e 2011 é de 52.350 novos casos de CaP. Os estados com maiores taxas de incidência por 100.000 e de número de casos novos são Rio Grande do Sul (80,40), Rio de Janeiro (77,27), Paraná (67,16) e São Paulo (61,84)<sup>12</sup>.

Em estudo prospectivo randomizado recente foi confirmada a eficiência e os benefícios do exame de TR no diagnóstico precoce do CaP. Nesse mesmo

trabalho os autores consideraram a realização do PSA<sub>t</sub> e TR, de forma anual, como métodos eficientes para o rastreamento da doença<sup>17,18</sup>.

Rastreamento é a avaliação periódica e sistemática de uma população do sexo masculino pertencente a uma determinada faixa etária, com objetivo de detectar doença curável em homens com boa expectativa de vida saudável. A intenção do rastreamento é diminuir a mortalidade e aumentar a QoL do paciente. Entretanto seu real benefício no CaP permanece incerto<sup>19</sup>.

O aumento do rastreamento para CaP tem levado a um aparente crescimento da sua incidência, diminuição da idade por ocasião do diagnóstico, aumento do diagnóstico de tumor moderadamente diferenciado e redução da mortalidade<sup>20</sup>.

Entretanto, o mito existente com relação ao exame de TR e a resistência encontrada na população masculina ainda são muito significativas<sup>21</sup>.

Em estudo realizado por Nagler e colaboradores pôde ser evidenciado que de 13.580 homens saudáveis, apenas 78% aceitaram ser submetidos ao exame de TR<sup>22</sup>.

Evidências suportam o uso do PSA em conjunto com o TR como método útil para identificar precocemente casos de CaP<sup>23</sup>.

Nos próximos anos, a prevalência desse tumor e os gastos com o seu tratamento deverão aumentar, principalmente pelo incremento da expectativa de

vida da população, e a tendência atual de se ampliar a detecção precoce do CaP<sup>24</sup>.

Com o aumento da expectativa de vida, doenças como o CaP, que surgem com o envelhecimento e que potencialmente podem ser detectadas e tratadas precocemente, vêm assumindo uma dimensão cada vez maior, não somente pelo impacto socioeconômico sobre a população, mas como um problema de saúde pública.

No entanto, ainda são necessários muitos esforços de todos os seguimentos da sociedade, no sentido de divulgação e conscientização sobre a realização dos exames de rastreamento do CaP, principalmente o de TR.

Aspectos como baixo nível educacional, pouco conhecimento a respeito do CaP e suas formas de rastreamento, homens sem companheira, saúde geral debilitada, atitudes e fatores sociodemográficos desempenham um papel significativo na recusa ou procura do rastreamento<sup>25</sup>.

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde, apresentou como uma das prioridades, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional.

Além de evidenciar os principais fatores de morbi-mortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na

vulnerabilidade da população masculina aos agravos da saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde<sup>26</sup>.

Para melhor acompanhamento desses pacientes, não basta o conhecimento dos dados de sobrevida, taxas de complicações e respostas aos tratamentos pelos sintomas que possam avaliar o impacto da doença e seu tratamento. Faz-se necessária a promoção de conhecimento, levando-se em conta aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Poder exercitar um trabalho vinculado à concepção integral do homem, inserido em contexto cultural, social e histórico que permeia sua subjetividade e existência, propiciará um olhar mais amplo na compreensão de sua totalidade.



## 2. Objetivo

*“A primeira tarefa da educação é ensinar a ver”.*

*Nietzsche*

## ***2.1 Objetivo geral***

Avaliar a correlação entre aspectos demográfico e psicológicos em pacientes que procuraram o médico urologista para detecção precoce de carcinoma de próstata, e foram submetidos ao exame digital prostático pela primeira vez.



### 3. *Revisão da Literatura*

*“Nuvens não são esferas,  
montanhas não são cones,  
linhas costeiras não são círculos,  
e a casca da árvore não é macia,  
nem os relâmpagos viajam em linha reta”.*

*Benoît B. Mandelbrot*

*(The Fractal Geometry of Nature)*

Entre os seres vivos, o homem tem a angustiante advertência de sua finitude. A idéia de sua própria imortalidade e a crença em seres poderosos que controlam a natureza são parte da resposta do homem primitivo a seu problema existencial e a origem de práticas religiosas e de magia.

A mitologia grega é um caudal de observações realistas e penetrantes acerca da conduta e das aspirações humanas. A evolução do pensamento a partir de Hipócrates, com o olhar na objetividade da observação clínica, passa por Platão, que observou a importância do equilíbrio entre corpo e alma como elemento importante na saúde, e em Aristóteles, com a analogia dedutiva. Somente nos séculos XVI e XVII a perspectiva medieval mudou radicalmente.

As mudanças revolucionárias no campo da física e da astronomia trouxeram um ônus às questões da mente, sendo sentimentos, motivos, intenções, consciência, espírito, esferas expulsas do domínio científico. A grande contribuição de Descartes foi a apresentação do método analítico de raciocínio, onde a essência da natureza humana reside no pensamento.

Alguns filósofos e escritores do mundo ocidental, anteriores a Freud, haviam percebido intuitivamente motivações subconscientes da conduta humana. Shopenhauer, Balzac, Shakespeare, Nietzsche dentre outros, reconheceram em suas obras a influência do inconsciente. A novidade teórica apresentada por Freud foi a de demonstrar como o conflito psíquico se fundamenta em parte no inconsciente e se mantém oculto da consciência.

O ser humano é detentor de ricas potencialidades e estratégias que lhe permite perceber, pensar e agir. É fruto de um processo evolutivo de seu cérebro que sempre recebeu os registros, marcas, <sup>1</sup>*imprintings*, providos do meio ambiente, aguçando a sua inteligência e sensibilidade.

Segundo Capra<sup>27</sup>, “o cérebro humano é um sistema vivo por excelência”. É uma estrutura formada por uma massa cinzenta, os neurônios, que recebem e transmitem impulsos elétricos e químicos. É onde se dá o processo de conhecer e de viver do qual participa o organismo como um todo, num processo cognitivo.

À medida que o organismo vivo responde às influências ambientais com mudanças estruturais, estas vão alterando a capacidade de pensar e refletir, contribuindo para uma mudança futura de comportamento do indivíduo, ou seja, ser capaz de uma autoconsciência.

Qualquer manifestação do comportamento irá depender da existência de algum tipo de estrutura. A atividade motora, por exemplo, necessita da existência de um aparelho ósseo e muscular, da mesma forma que a atividade cognitiva irá necessitar de um cérebro.

Na atividade psíquica, Freud<sup>28</sup> concebeu uma estrutura que chamou de aparelho psíquico, o qual foi dividido hipoteticamente em Id, Ego e Superego.

---

<sup>1</sup> *Imprinting* é uma palavra da língua inglesa que poderia ser traduzida como “gravar”. É uma marca que fica registrada.

O Id é a estrutura mais antiga destas três localidades ou áreas de ação psíquica e é a partir dele que as outras duas estruturas (Ego e Superego) se desenvolvem. Contém tudo o que é herdado, cujo objetivo está voltado à satisfação das necessidades básicas da criança no início da vida. Sua atividade consiste em impulsos que obedecem ao princípio do prazer, ou seja, busca o prazer e evita a dor, sem avaliar a forma e as fontes de satisfação disponíveis. O Id não tolera a frustração<sup>28</sup>.

À medida que a criança cresce, será obrigada a se adaptar às exigências e condições impostas pelo meio, que nem sempre irá satisfazer suas necessidades. Como consequência temos a frustração. Para que seja capaz de se adaptar ao meio, uma parte do Id se diferencia e passa a agir como intermediário entre as necessidades imediatas em busca do prazer e o mundo externo que frustra.

Conforme cita Freud (1974, p. 170)<sup>28</sup>:

*Sob a influência do mundo externo que nos cerca, uma porção do Id sofreu um desenvolvimento especial. Do que era originalmente uma camada cortical, equipada com órgãos para receber estímulos com disposições para agir como um escudo protetor contra estímulos surgiu uma organização especial que, desde então, atua como intermediária entre o Id e o mundo externo. A esta região de nossa mente demos o nome de Ego.*

E assim, ao se deparar com as demandas do meio, o Ego é constituído, fazendo com que os impulsos do Id possam ser satisfeitos dentro de um princípio que não o do prazer, mas o da realidade.

“O Ego abandona sua conexão com o mundo externo e se retira para o estado de sono de forma a recompor suas energias” (Freud, 1940. P.171)<sup>28</sup>. Mas conforme o tempo passa o Ego recebe influências do meio (cultura, valores), que irão constituir o chamado Superego. Os valores morais e idéias são internalizados a partir da cultura, da família e da sociedade, cuja função principal permanece sendo a limitação das satisfações.

O Ego também terá a função de intermediar os conflitos entre o Superego e o Id de forma a encontrar soluções aceitáveis.

Essas três estruturas (Id, Ego e Superego) não podem ser consideradas isoladamente no seu desenvolvimento e funcionamento. Elas são formadas durante as etapas do desenvolvimento psicológico pelas quais passa a criança e são totalmente interdependentes.

Assim sendo o equilíbrio irá depender de um Ego fortalecido e capaz de resolver os conflitos entre o Id e Superego, de um Superego moderado e flexível e do reconhecimento da natureza dos impulsos do Id. Caso contrário o equilíbrio da personalidade obedecerá a padrões desviados da normalidade.

Desde o momento da fecundação, conforme vai se desenvolvendo morfológicamente e fisiologicamente, o ser humano também se desenvolve

psicologicamente. A esse processo chamamos de etapas do desenvolvimento psicológico, que correspondem à incorporação de experiências do meio que irão formar registros no aparelho psíquico, contribuindo assim para a estruturação do temperamento, da personalidade e do caráter. Cada uma dessas etapas é caracterizada por fenômenos específicos que desde o início trazem consigo, na bagagem genética da célula, valores biofisiológicos, emocionais-afetivos e intelectivos, que serão transmitidos para todas as demais células do corpo durante o processo de desenvolvimento.

A terceira etapa do desenvolvimento é a anal. Tem seu início com o desmame e se estende até o final do terceiro ano de vida. Nessa etapa ocorre o desenvolvimento da autoconsciência, que permite a criança desenvolver a capacidade de antecipar acontecimentos, como, por exemplo, não se sentir abandonada pelos pais quando eles saem, porque sabe que eles irão voltar. É também nessa etapa que a criança imita os pais em busca de modelos. As exigências para que a criança contenha suas necessidades fisiológicas de urinar e defecar antes de completar dezoito meses e o treino precoce ao toalete são fatores que contribuem para o bloqueio da energia nessa etapa do desenvolvimento. A frustração e o medo da punição tolhem a espontaneidade da criança, deixa-a numa situação de submissão ao genitor que a frustra e confinada às rotinas diárias de seu cotidiano, propiciando a formação de uma estrutura de caráter anal (Freud), masoquista (Reich, Navarro)<sup>29,30</sup> ou estrutura psiconeurótica (Navarro)<sup>30</sup>.

É a partir do quarto ano de vida que se inicia a quarta etapa, chamada de fálica e se estende até o final do quinto ano de vida. É a etapa em que a energia volta-se para a descoberta dos genitais e a criança passa a distinguir a diferença entre menino e menina e a ter uma idéia segura quanto ao sexo a que pertence. É quando surgem as primeiras perguntas sobre sexo e ocorrem as primeiras masturbações, mas como mera fricção do órgão genital, sem nenhuma intenção ou fantasia, o que deveria ser encarado com naturalidade e sem punições. Nessa etapa, a criança também passa por momentos de individualidade.

Aos poucos vai aprendendo a compartilhar, saindo do campo familiar e voltando-se cada vez mais para o campo social. Mais tarde, na próxima etapa, a criança irá realizar a chamada constância ou conservação de gênero, ou seja, passa a ter consciência de que seu sexo será sempre o mesmo e, depois disso, assumir seu papel sexual.

Os bloqueios trazem a formação das estruturas de caráter fálico (Freud), fálico-narcisista e histérico (Reich)<sup>29</sup>, ou também denominadas de estruturas neuróticas (Navarro)<sup>30</sup>.

Assim, desde o momento da fecundação, todas as informações genéticas dos pais são passadas ao bebê, que conforme vai se desenvolvendo, incorpora esses estímulos e os organiza em seu psiquismo, o que vem a contribuir para a formação de seu temperamento, sua personalidade e de seu caráter<sup>30</sup>.

Para Reich o que constitui a neurose é a incapacidade do indivíduo atravessar as etapas do desenvolvimento emocional sem trazer consigo os bloqueios decorrentes da repressão imposta pelo regime educacional moralista e neurótico, que impede a livre pulsação do organismo<sup>31</sup>.

As etapas do desenvolvimento emocional representam momentos de passagem que induzem à incorporação de experiências vividas pela criança.

Diz Freud (1912, p. 291)<sup>32</sup> que:

*O indivíduo foi sadio enquanto sua necessidade de amor foi satisfeita por um objeto real no mundo externo; torna-se neurótico assim que esse objeto é afastado dele, sem que um substituto ocupe seu lugar.*

Aqui, a felicidade coincide com a saúde e a infelicidade com a neurose.

Pensamento e sentimento caminham juntos e apenas se sobrepõem de acordo com as situações em que nos encontramos. Há momentos em que estamos mais mentais, mais racionais; em outros momentos estamos mais afetivos, mais emotivos. Porém, essas duas funções agem em conjunto, e não de forma separada como proposto pelo cartesianismo.

Segundo Damásio, há uma combinação do processo mental (cognitivo) e corporal (sensação), que se traduz no que se chama emoção, “um conjunto de alterações no estado do corpo associadas a certas imagens mentais que ativaram um sistema cerebral específico”<sup>33</sup>(p. 175).

Caráter é um termo originário do grego “*charakter*”, e se refere a um sinal, uma marca, um instrumento que grava. Aplicado este termo à personalidade, denota os aspectos que foram gravados, inscritos em cada indivíduo durante seu desenvolvimento<sup>30</sup>.

Personalidade é o padrão interno de uma pessoa e caráter é o padrão externo, ou seja, é através do caráter que a personalidade se manifesta, como também se manifesta o temperamento.

Para Reich o caráter se forma como uma defesa do Ego contra ansiedade criada pelos intensos sentimentos sexuais da criança e o conseqüente medo da punição. Tendo por finalidade proteger, o caráter é estruturado como resultado do choque entre as <sup>2</sup>pulsões e as frustrações do mundo externo que acontecem em cada etapa do desenvolvimento emocional pela qual a criança passa e especifica o modo pessoal de funcionar de cada pessoa.

Portanto o caráter é composto por atitudes habituais de uma pessoa e de seu padrão consistente de respostas para várias situações. Inclui a pulsão, as atitudes e valores conscientes, o estilo de comportamento (timidez, agressividade) e as atitudes físicas (postura, hábitos de manutenção e movimentação do corpo).

Rodrigues (1972, p.402)<sup>34</sup> diferencia comportamento de atitude afirmando:

---

<sup>2</sup> Pulsões – Conceito de extrema importância em psicanálise, que diz respeito ao limite entre psíquico e orgânico. É um impulso traduzido em desejo.

*As atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem, e como elas gostariam de se comportar em relação a um objeto atitudinal. O comportamento não é apenas determinado pelo que as pessoas gostariam, mas também pelo que elas pensam que devem fazer, isto é, normas sociais, pelo que elas geralmente tem feito, isto é, hábito, e pelas conseqüências de seu comportamento.*

O ser humano age e interage com o meio ambiente natural e social de acordo com o seu caráter, dependendo da forma como foram educados, em diferentes ambientes e classes sociais, expostos a variados tipos de valores e culturas.

A espécie humana se agrupa em sociedades e cria sua própria cultura, que vai se modificando conforme surgem novas invenções e descobertas. Alguns valores e hábitos foram se modificando ao longo dos tempos em algumas culturas.

Capra diz que é possível estabelecermos uma mudança de valores e de comportamentos, desde que façamos um profundo reexame das principais premissas e valores de nossa cultura. Para isto é preciso rejeitar àqueles modelos conceituais que duraram mais do que sua utilidade justificada, e dessa forma adquirir “um novo reconhecimento de alguns valores descartados em períodos anteriores de nossa história cultural” (Capra, 1982, p.31)<sup>27</sup>.

Quando o assunto é saúde, os homens são muito mais resistentes que as mulheres a realizar os check-ups de rotina. Esse comportamento traz riscos,

como o de procurar o médico, ou um serviço de emergência, quando o problema já se encontra em estágio avançado, em vez de preveni-lo.

Seidler afirma que na cultura britânica os homens são vistos como mais “racionais” do que as mulheres, vistas como mais emocionais e próximas da natureza. Os homens não gostam de ser considerados “fracos”, precisando de ajuda e tem dificuldade em expressar emoções<sup>35</sup>.

Braz afirma que apesar de poucos estudos relacionarem a subjetividade masculina à morbi-mortalidade, alguns dados mostram que mulheres procuram mais consultas médicas, declaram mais suas doenças, tomam mais medicamentos e se submetem mais a exames que os homens. E a mortalidade é maior entre os homens em todas as idades da vida<sup>36</sup>.

De acordo com Gomes, uma das dificuldades que o modelo hegemônico de masculinidade ocasiona no campo da saúde refere-se à possibilidade de realizar medidas preventivas de doenças como o CaP. Muitos homens ainda se esquivam do exame de TR por consistir em um procedimento que mexe com o imaginário masculino<sup>37</sup>.

As possíveis questões relacionadas à esquiva para realizar o TR são:

- Medo de “ser tocado em sua parte inferior”. Como o toque envolve penetração, pode ser visto como violação, quase sempre associada à dor. Ainda que não sinta dor, o homem pode ter a experiência do desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado por estar associado a vivências homossexuais.

- Medo de ter ereção durante o exame. No imaginário masculino a ereção está associada ao prazer unicamente, não se consegue imaginá-la como uma reação fisiológica<sup>37</sup>.

Os relatos de casos de câncer são encontrados desde a antiguidade. A doença é descrita em papiros egípcios datados de 1600 a.C. e presentes em relatos na Mesopotâmia, na Grécia Antiga e Império Romano, onde aparecem as primeiras descrições sistemáticas do câncer.

Hipócrates criou os termos *karkinos* que significa "caranguejo". O termo "câncer" apareceu bem mais tarde, derivado da palavra latina *cancrum*, que também significa "caranguejo". Observando que algumas feridas pareciam penetrar profundamente na pele, comparou-se este comportamento ao de um caranguejo agarrado à superfície. O câncer era atribuído ao excesso de um fluido corporal chamado bile negra. No século II da era cristã, Galeno fez uma das primeiras referências ao câncer como doença que se caracterizava pelo endurecimento e fibrose dos tecidos<sup>38</sup>.

Há duas teorias para origem deste nome: uma acredita que se relaciona às dores que causa a picada do animal e a outra pensa que o desenho dos vasos sanguíneos dilatados devido ao tumor, lembra as patas de um caranguejo.

Atualmente câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida.

No séc. XVIII nasce o conceito de metástase, que em grego quer dizer "mudança de lugar". O sangue e a linfa foram caracterizados como o meio através do qual a doença se disseminava. É este aspecto migratório que gera o sentimento de impotência frente à doença.

Ainda neste período, o câncer era uma doença raramente diagnosticada. Quando se deparava com ela pouco se tinha a fazer, pois não se dispunha de qualquer tratamento para combatê-la. A palavra câncer era tão ameaçadora que o médico só revelava o diagnóstico aos familiares, e não ao paciente<sup>2</sup>.

O câncer estava associado à dor, à tumoração deformante e inevitavelmente à morte. No convívio social, ele era a doença a ser ocultada, pois gerava sentimentos de vergonha e medo<sup>39</sup>.

É sabido que o câncer tem representações extremamente negativas em muitas sociedades. Estas crenças culturais sobre a saúde e a doença de um indivíduo podem se constituir em uma forma de estresse culturalmente induzido.

Até a década de 1970 a palavra câncer raramente era dita ao paciente. As escolas de medicina ensinavam que era cruel o médico dizer ao paciente o diagnóstico de câncer (apesar da família sempre ser informada), pois tal diagnóstico iria tirar toda a esperança e seria incorporado como sentença de morte. Muitos pacientes sentiam-se culpados por trazer vergonha à família com tal diagnóstico. Este silêncio e estigma cultural limitavam a oportunidade de falar sobre sua doença e seu sentir<sup>2</sup>.

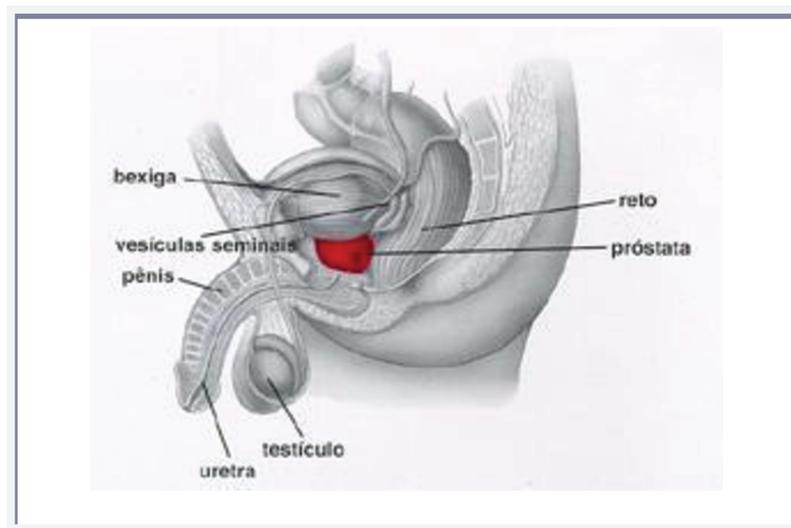
Apesar de reconhecidas há tanto tempo, somente com a descoberta do microscópio que o estudo das doenças malignas pôde evoluir. A partir da identificação da célula como a unidade fundamental dos organismos evoluídos, foi possível compreender um pouco melhor o desenvolvimento das doenças.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadirem tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

Atualmente, com o advento de novas técnicas cirúrgicas, da quimioterapia e radioterapia, mudou-se radicalmente o prognóstico de vários tumores<sup>40</sup>.

Conforme Ferreira (2006)<sup>8</sup> o CaP: “acomete um percentual considerável da população masculina adulta, instala-se num órgão que, além de ser uma espécie de santuário para a população masculina, está relacionado intimamente com a área sexual física e psicológica do homem”.

A próstata é uma glândula masculina, que no homem se localiza na parte baixa do abdômen. Ela é um órgão do tamanho de uma noz, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga e adiante do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, um tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada (Figura 1).



**Figura 1** – Localização da próstata abaixo da bexiga e atravessada pelo canal da uretra, que é comprimido quando esta glândula tem o volume aumentado. (<http://www.centrodeterapias.com.br/imagens/próstata.jp>)

O crescimento da próstata começa a partir dos 40 anos, podendo ser benigno, a hiperplasia prostática benigna (HPB), ou maligno. Como o câncer geralmente ocorre na zona periférica da próstata, demora-se para perceber alterações na micção. Quando o sintoma aparece, em geral o caso já está adiantado. Daí a importância do diagnóstico precoce.

Assim como em outros cânceres, a idade é um fator de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após os 50 anos.

Paciente com antecedentes de pai ou irmão com CaP antes dos 60 anos de idade tem 20% de possibilidade de desenvolver a doença, podendo refletir tanto fatores hereditários quanto hábitos alimentares ou estilo de vida<sup>41</sup>.

Aronson apresentou a influência da dieta e estilo de vida no CaP. Atualmente não há estudo com nível de evidência 1 que suportem estes aspectos na prevenção e tratamento do CaP. Porém uma dieta saudável para o coração e exercícios físicos é recomendada<sup>42</sup>.

Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos do corpo e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm<sup>3</sup>) que não chega a ocasionar sintomas durante a vida e tampouco ameaçar a saúde do homem<sup>12</sup>.

Os dois únicos fatores confirmadamente associados a um aumento do risco de desenvolvimento do CaP são a idade e história familiar<sup>40</sup>.

Até o presente momento, não são conhecidas formas específicas de prevenção do CaP. No entanto, sabe-se que a adoção de hábitos saudáveis de vida é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas o câncer.

Contudo, já está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, não só pode ajudar a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não transmissíveis<sup>12</sup>.

Dados epidemiológicos recentes sugerem que a ingestão de gordura animal está associada ao aumento de risco do CaP, assim como a ingestão de derivados de soja (isoflavóides, fitoestrogenos) podem inibir o desenvolvimento e progressão do CaP<sup>43</sup>.

Alguns sintomas relacionados ao CaP são: presença de sangue na urina; necessidade frequente de micção, principalmente à noite; jato urinário fraco; dor ou queimação à micção.

A manifestação do CaP pode variar desde completamente assintomático até manifestações de doença avançada. Com a melhora das técnicas de rastreamento o diagnóstico tem sido feito cada vez mais com os pacientes assintomáticos.

A presença de um ou mais destes sintomas não significa que o homem esteja com câncer, pois várias doenças podem apresentar sintomas semelhantes. Por isso, é muito importante a visita ao médico, para esclarecimento diagnóstico, tão logo os sintomas surjam. Esta é a melhor forma para se chegar ao diagnóstico precoce do CaP.

Até a pouco mais de 20 anos, os sintomas eram a única maneira de diagnosticar o CaP. Com o surgimento do exame de sangue que mede o nível de Antígeno Prostático Específico (PSA), revolucionou-se a probabilidade do diagnóstico e manejo do homem com CaP<sup>44</sup>.

Em 1986, o PSA foi aprovado pelo *Food and Drug Administration* (Administração de Comida e Drogas) dos Estados Unidos para monitorar o CaP, e em 1994 aprovado como instrumento para a detecção da doença em homens  $\geq$  50 anos<sup>45</sup>.

O PSA é uma glicoproteína que, embora possa ser encontrada em células das glândulas parótida, mamária e do pâncreas, apresenta níveis sanguíneos que resultam exclusivamente da sua produção ao nível da próstata. Este fenômeno transforma o PSA em marcador específico das doenças prostáticas, notadamente das neoplasias malignas (CaP), cujas células produzem cerca de dez vezes mais PSA do que o tecido benigno<sup>45</sup>.

A dosagem do PSA e o exame clínico (TR) quando alterados, individualmente ou em conjunto, podem sugerir a possibilidade da existência da doença (CaP). O diagnóstico só é confirmado através do exame anatomo patológico da próstata.

Levando em conta a relação custos/benefícios, definiu-se que a melhor forma para o rastreamento do CaP é representada pela combinação de TR e dosagem do PSA. O toque exclusivo falha em 30% a 40% dos casos, as medidas

de PSA falham em 20%, mas a execução conjunta dos dois exames deixa de identificar o câncer em menos 5% dos pacientes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda exames periódicos completos, de TR e PSA, para todos os homens com idade igual ou superior a 50 anos<sup>46</sup>.

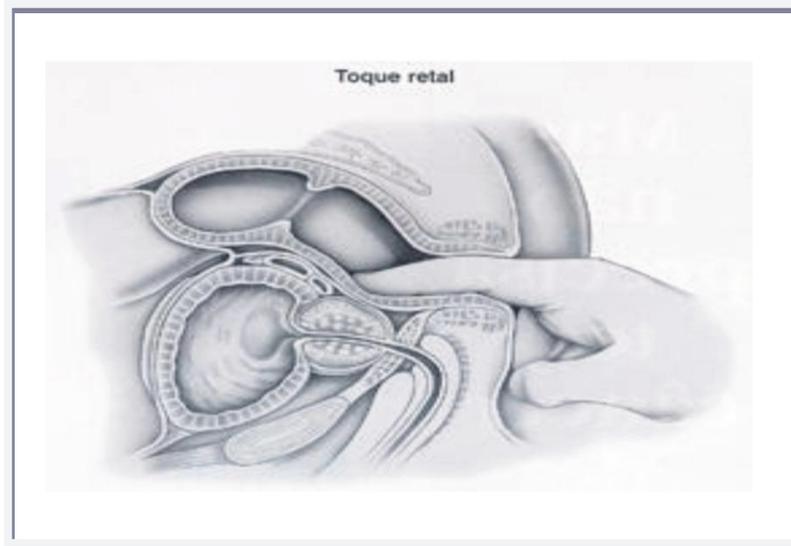
A Associação Européia de Urologia (EAU) tendo como referencia os resultados do estudo *European Randomised Study of Screening of Prostate Cancer (ERSPC)* reconhece os benefícios do rastreamento na redução da mortalidade, assim como os efeitos adversos do sobre diagnóstico e sobre o tratamento do CaP<sup>47</sup>.

O *Prostate Cancer Foundation (PCF)* propicia e suporta a detecção precoce, acesso à prevenção e tratamento (*ALERT- 21st Century Cancer Access to Life-Saving Early detection, Research and Treatment*)<sup>48</sup>.

Nadler salienta que PSA realizado aos 40 anos tem a função de ponto de referencia para determinar o risco de desenvolver o CaP<sup>49</sup>.

O TR fornece informações sobre o volume, consistência, presença de irregularidades, limites, sensibilidade e mobilidade da próstata<sup>50</sup>.

O exame de TR é aquele em que um médico especialista toca digitalmente a porção anterior do reto, região em que se assenta a próstata<sup>50</sup>. A palpação é possível em mais ou menos 70% da superfície da próstata, na área de maior incidência de CaP.(Figura 2).



**Figura 2** – Exame de TR que possibilita o diagnóstico do CaP.  
(<http://www.centrodeterapias.com.br/imagens/toqueretal.jpg>)

Os tumores prostáticos são constituídos por adenocarcinoma de próstata em 95%, e 70% deles se localizam na periferia da glândula sendo, portanto, palpável por via retal. O TR é um método de triagem para a detecção das neoplasias malignas de próstata, além de seu valor preditivo positivo ser significativo. Dados da literatura mostram uma acuracidade do TR de mais de 90%, confirmada através da análise histopatológica do tecido prostático<sup>51</sup>.

Após os 40 anos de idade há a recomendação de o público masculino avaliar a saúde urológica, a gastrointestinal e a cardíaca. É a partir dessa faixa etária que exames preventivos podem detectar precocemente o CaP.

Mesmo sendo o primeiro tipo de câncer mais recorrente nos homens, o diagnóstico esbarra no preconceito. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o CaP é a segunda causa de óbitos por câncer em homens, sendo superado apenas pelo de pele não melanoma.

O aumento observado nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro.

Nos Estados Unidos o câncer é responsável por cerca de 25% de todas as mortes. Anualmente, 0,5% da população é diagnosticada com câncer. O CaP é líder em malignidade de cancer nos homens americanos e causa mais de 60,000 mortes anualmente. As estatísticas abaixo são para adultos nos Estados Unidos, e variam consideravelmente em outros países<sup>52</sup>.

Dados estatísticos para 2009, mostram que a estimativa de novos casos de CaP seria de 192.280 e que 27.360 homens morreram por esta causa<sup>52</sup>.

Em países desenvolvidos o CaP é o segundo mais freqüente câncer diagnosticado, e a terceira causa de mortes por câncer em homens. A incidência de Ca de próstata tem aumentado substancialmente nas últimas duas décadas, provavelmente pela realização do rastreamento, com os exames preconizados e o aumento do conhecimento pela população<sup>16</sup>.

Porém, a perspectiva de cura desse tipo de doença é de até 90%. Isso significa que a prevenção gera economia em gastos com Saúde para as empresas e para o país. Para o executivo, por exemplo, além da qualidade de vida, garante maior tempo em atividade no mercado de trabalho.

O tratamento do câncer da próstata depende do estadiamento clínico. Para doença localizada, cirurgia, radioterapia e até mesmo uma observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizada. Para doença metastática, o tratamento de eleição é hormonioterapia<sup>53</sup>.

A escolha do tratamento mais adequado deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios do tratamento.

Apesar de 93% dos executivos brasileiros considerarem "muito importante" a realização de exames preventivos para o CaP, apenas 52% deles fazem exames periódicos para a detecção da doença. Destes, só 46% submetem-se rotineiramente ao exame de TR<sup>54</sup>.

Essa é uma informação preocupante, pois aproximadamente 25% dos tumores malignos da próstata são detectados apenas com o exame de TR quando as análises do sangue não apresentam qualquer alteração que identifique a doença.

Em alguns tipos de câncer, o médico pode avaliar qual grupo de pessoas corre mais risco de desenvolver um tipo específico de câncer por causa de sua história familiar, por causa das doenças que já teve ou por causa dos hábitos que tem como fumar, consumir bebidas alcoólicas ou ingerir dieta rica em gorduras.

A probabilidade, de um homem desenvolver neoplasia prostática ao longo de sua vida é de 9% a 11%, e a chance deste câncer matá-lo é de 2,6% a 4,3%<sup>55</sup>.

Labrie e colaboradores em 1999 foram os primeiros que evidenciaram a influência do rastreamento na sobrevida. Eles mostraram que a mortalidade por CaP nos oito anos do estudo foi de 48.7 por 100.000 homens/ano no grupo que não passou por triagem, contra 15 por 100.000 homens/ano no grupo que passou pela triagem desta neoplasia<sup>56</sup>. Por outro lado está comprovado que o tratamento de tumores em estágio baixo tem melhor sobrevida<sup>57</sup>.

Os autores que julgam o rastreamento necessário afirmam que o câncer prostático tem uma progressão lenta, porém fatal e o diagnóstico precoce permite o tratamento curativo. Lembrem que, uma vez disseminado, não existe mais possibilidade de tratamento curativo<sup>57</sup>.

Para Glina e colaboradores o PSA elevado é o maior preditor do CaP, sendo o TR fundamental para indicar biópsias, sobretudo se o PSA estiver alterado<sup>58</sup>.

Estudo realizado em 1079 homens, sendo 45 pacientes com alteração exclusiva do TR, encontrou-se câncer em 5 pacientes, em três dos quais o PSA estava entre 1,4 e 2,5 ng/ml. Isso mostra a importância do TR no rastreamento, pois caso não tivesse sido realizado, o diagnóstico seria omitido em 19,2% dos casos com PSA < 4,1 ng/ml e em 11,5% com PSA < 2,5 ng/ml<sup>59</sup>.

A mensagem divulgada nas campanhas de rastreamento é “não são todos os carcinomas de próstata identificados precocemente que são tratados, mas os que necessitam de tratamento devem ser diagnosticados precocemente”. Resultados de estudos com nível 1 de evidência são esperados para 2010. Entretanto, análise de metástases como endpoint mostram o benefício do rastreamento comparado ao grupo controle. Resultados de estudos clínicos com nível B de evidência mostram o benefício do rastreamento individual<sup>60</sup>.

Apesar de importantes organizações não estarem em concordância sobre a eficácia do rastreamento de CaP, o teste de PSA e o TR continuam a ser utilizados regularmente pela maioria dos norte americanos com mais de 40 anos. Ross e colaboradores afirmam que o uso de ambos os exames nesta população fornece bases para levantar aspectos relacionados ao rastreamento<sup>61</sup>.

Apesar das limitações do TR, um percentual significativo de CaP são diagnosticados por este exame. Ainda é um instrumento importante no diagnóstico clínico não só de tumores localizados como oferece importante informação prognóstica. Estudos têm demonstrado que a omissão do exame de TR nos programas de rastreamento pode comprometer os resultados do diagnóstico e

tratamento, pois muitos cânceres detectados pelo TR sozinho são potencialmente curáveis e podem ter piores resultados na espera pelo aumento do PSA<sup>62</sup>.



## *4. Pacientes e Métodos*

*“Deus de vez em quando me tira a poesia.*

*Olho para uma pedra e vejo uma pedra”.*

*Adélia Prado*

Estudo prospectivo realizado no Ambulatório de Urologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, no Hospital Estadual de Sumaré, na Irmandade Santa Casa de Louveira e nos consultórios particulares de oito urologistas, vinculados à Disciplina de Urologia da Unicamp, no período de fevereiro de 2006 a dezembro de 2007.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP pelo parecer número 455/2005 (Anexo 1).

Todos os pacientes que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ciência de sua participação autorizando a utilização dos dados colhidos. Foram informados quanto ao sigilo profissional, seriedade científica a que se dispõe, salientando que a pesquisa não ocasionaria nenhum risco ou custo aos participantes (Apêndice 2).

O tamanho amostral foi definido por avaliação estatística realizada pelo Departamento de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Utilizando estudo piloto com 77 casos obtivemos percentual de 69% com a resposta “melhor do que imaginava”, referente à pergunta - **em relação ao que imaginava e o que achou do exame de toque retal?** Admitindo-se erro amostral de 5%, com nível de significância (alpha) também de 5%, o cálculo da amostra necessário para o estudo foi de 330 sujeitos, baseado nos parâmetros de tamanho amostral por proporção (Estudo descritivo - Variável qualitativa)<sup>63</sup>.

Foram selecionados para o estudo homens que passaram por consulta com urologista e submetidos ao TR pela primeira vez, com o objetivo de detecção precoce de CaP.

Pacientes com desordens psicológicas que os impossibilitassem de responder ao questionário não foram elegíveis ao estudo.

Após o término da consulta médica, o paciente respondeu um questionário elaborado pela equipe de pesquisadores, contendo abordagens descritivas e dados para marcação da consulta: idade, profissão, escolaridade, raça, quem convenceu a se consultar e quem marcou a consulta.

Além destas, responderam perguntas de caráter perceptivo:

<p>Em relação ao que imaginava o que você achou do exame retal?</p> <p><input type="checkbox"/> melhor do que imaginava    <input type="checkbox"/> igual    <input type="checkbox"/> pior    <input type="checkbox"/> muito pior</p>
<p>Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):</p> <p><input type="checkbox"/> senti medo do exame  <input type="checkbox"/> senti medo do diagnóstico  <input type="checkbox"/> senti vergonha  <input type="checkbox"/> não pensei em nada</p>
<p>Você pensa em fazer o exame novamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Talvez</p> <p>Por quê? _____</p>
<p>Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após esta consulta, você se sente:</p> <p><input type="checkbox"/> mais esclarecido  <input type="checkbox"/> menos esclarecido  <input type="checkbox"/> igual à antes da consulta</p>

Para os pacientes analfabetos foi necessária a leitura das perguntas pelo urologista.

#### 4.1. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se o programa SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.1.3 Service Pack 3, e o programa Excell XP para confecção dos gráficos.

A análise descritiva foi realizada com apresentação de tabelas de freqüências para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas.

Quando necessário para verificar associação ou comparar proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%,  $\alpha=0,05$ .



## *5. Resultados*

*“A árvore que o sábio vê*

*não é a mesma árvore que o tolo vê”.*

*William Blake*

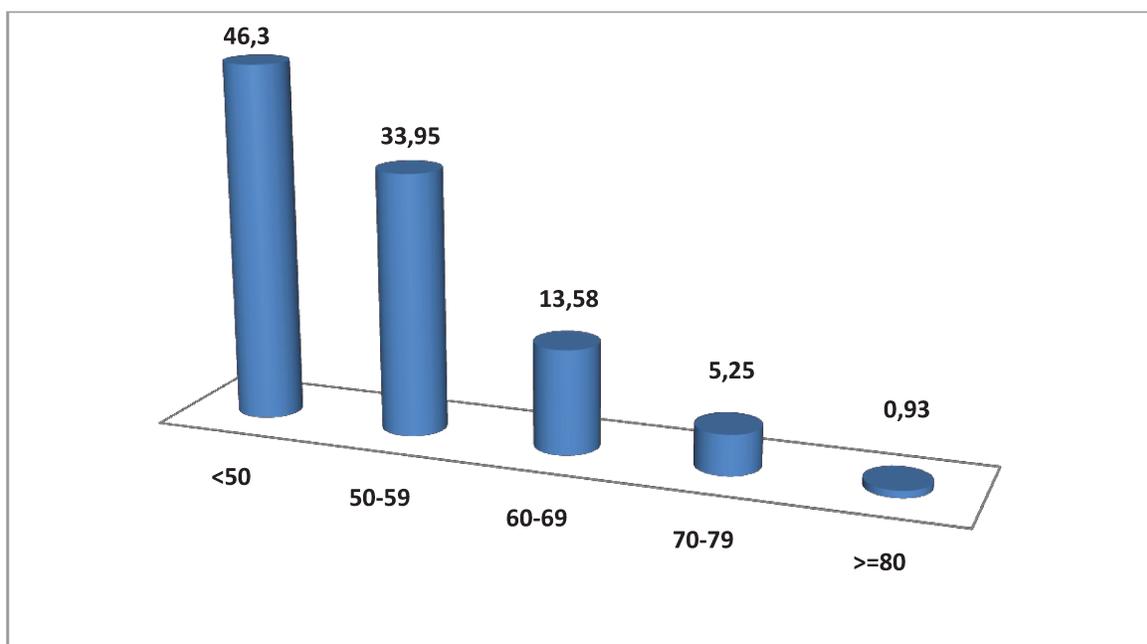
## 5.1 *Dados descritivos e marcação de consulta*

### 5.1.1. Distribuição por Faixa Etária

Foram entrevistados 345 pacientes com idade média de 52.8 anos, variando de 25 a 85 anos. Porém 21 pacientes não responderam este item.

**Tabela 3 – Distribuição por Faixa Etária**

Idade	n	Porcentagem (%)
<50	150	46,30
50 – 59	110	33,95
60 - 69	44	13,58
70 – 79	17	5,25
>=80	3	0,93
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100</b>



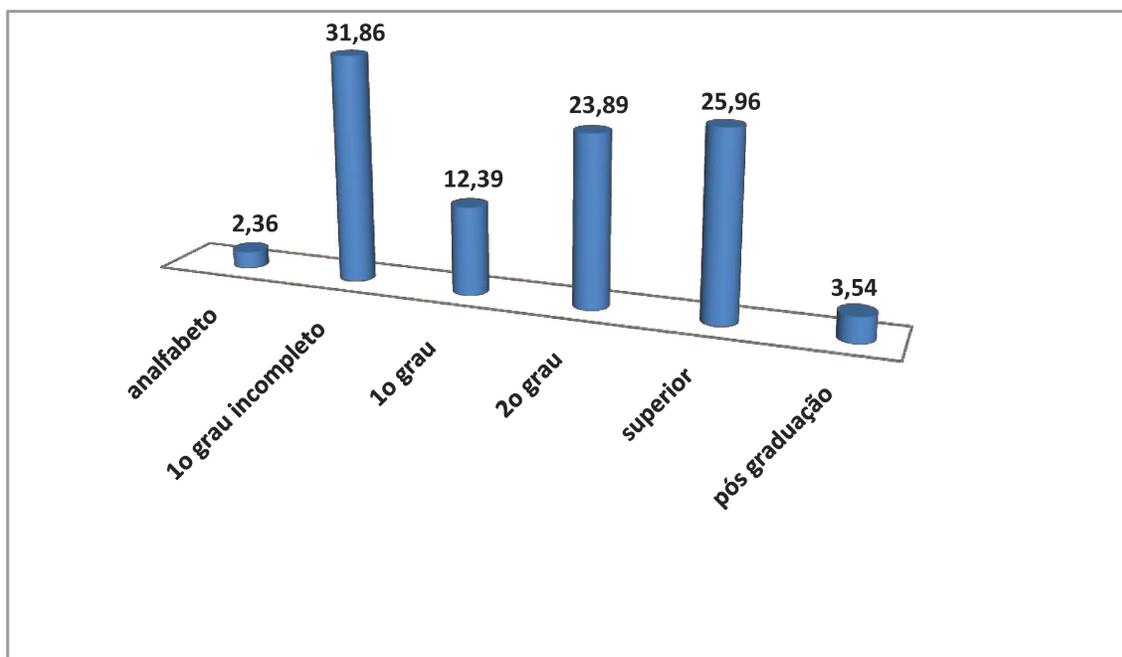
**Gráfico 2: Distribuição por faixa etária.**

### 5.1.2. Distribuição por Escolaridade

Os participantes tinham os seguintes graus de escolaridade, sendo que 6 (seis) deles não responderam este item:

**Tabela 4 – Distribuição por Escolaridade**

<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Analfabeto	8	2,36
1º Grau Incompleto	108	31,86
1º Grau Completo	42	12,39
2º Grau Completo	81	23,89
Superior	88	25,96
Pós Graduação	12	3,54
<b>Total</b>	<b>339</b>	<b>100</b>



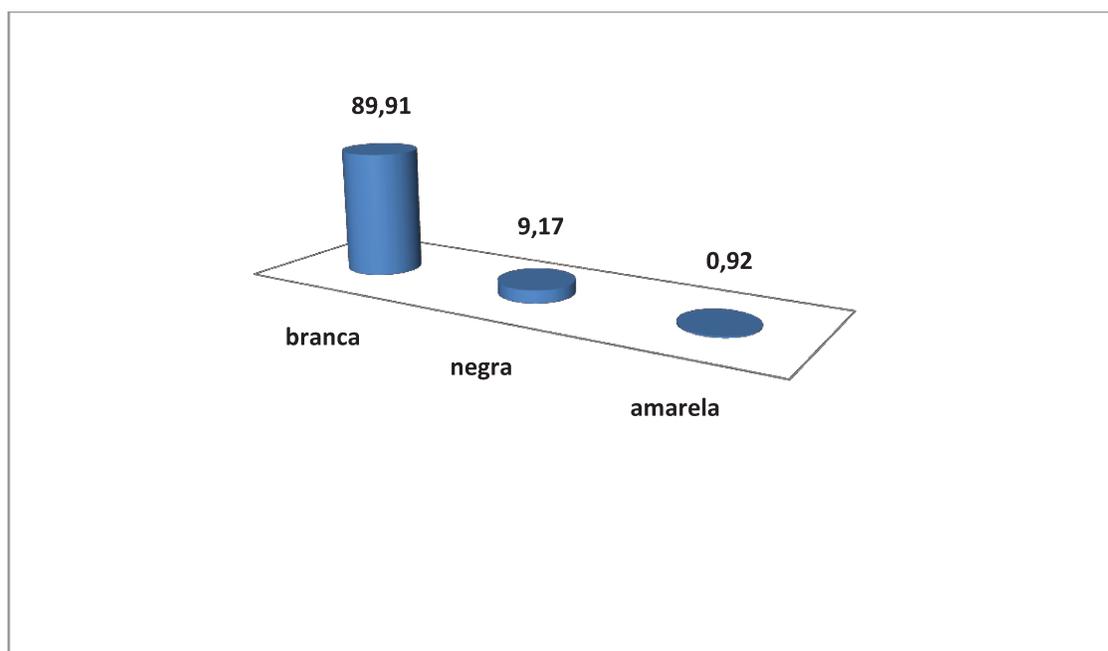
**Gráfico 3 : Nível de escolaridade**

### 5.1.3. Distribuição por Raça

Em relação à raça, 18 pacientes deixaram de responder, e o restante referiu-se como:

**Tabela 5 – Distribuição por Raça**

<b>Raça</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Branca	294	89,91
Negra	30	9,17
Amarela	3	0,92
<b>Total</b>	<b>327</b>	<b>100</b>



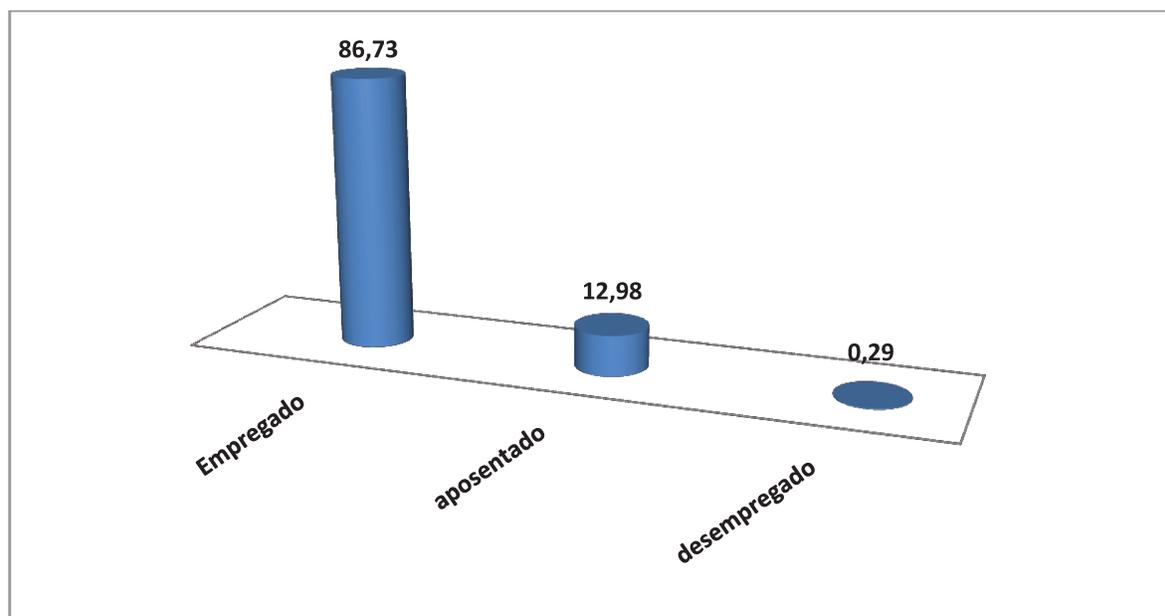
**Gráfico 4 : Raça.**

#### 5.1.4. Categoria Profissional

Quanto as categorias profissionais dos entrevistados, o resultado apresentou-se da seguinte forma, sendo que 6 deles deixaram de responder. Dentre os pacientes empregados, as categorias com maior representação são comerciantes, motoristas e pedreiro:

**Tabela 6 – Profissão**

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Empregado	293	86,73
<b>Comerciante</b>	<b>16</b>	<b>4,72</b>
<b>Motorista</b>	<b>15</b>	<b>4,42</b>
<b>Pedreiro</b>	<b>20</b>	<b>5,90</b>
Aposentado	45	12,98
Desempregado	1	0,29
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100</b>



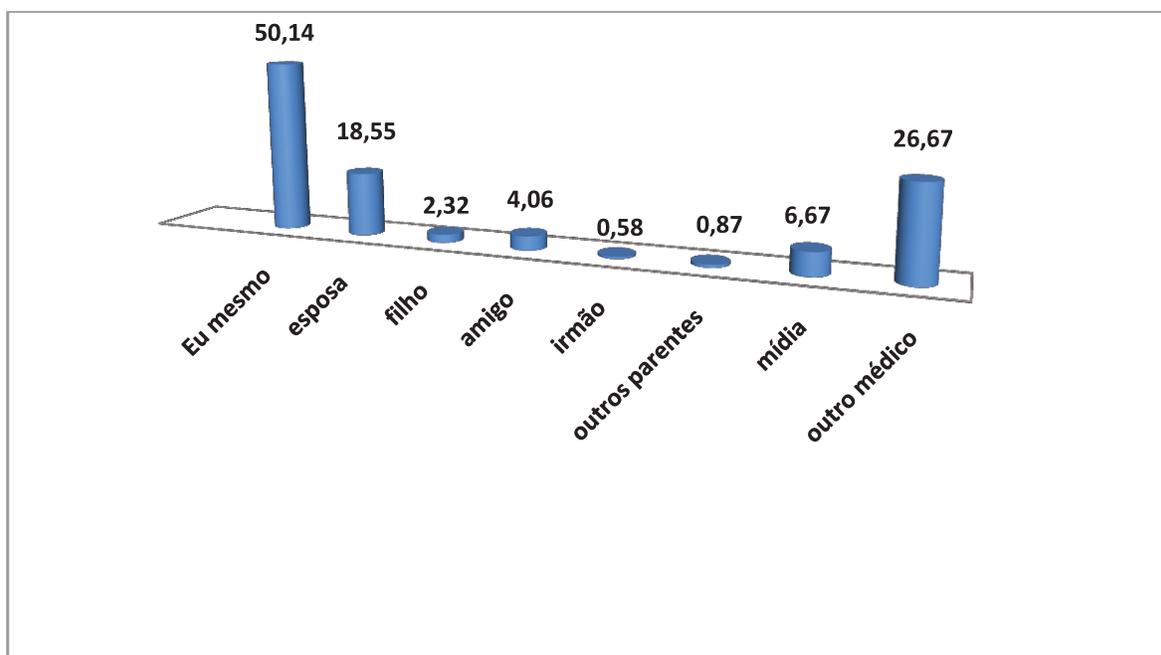
**Gráfico 5: Profissão**

### 5.1.5. Quem te convenceu a consultar?

Quanto ao questionamento sobre quem o convenceu a consultar, assinalaram que:

**Tabela 7 – Quem te convenceu a consultar?**

Resposta	n	Porcentagem (%)
Eu mesmo	173	50,14
A esposa	64	18,55
O filho	8	2,32
Um amigo	14	4,06
O irmão	2	0,58
Outros Parentes	3	0,87
A mídia	23	6,67
Outro Médico	92	26,67
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100</b>



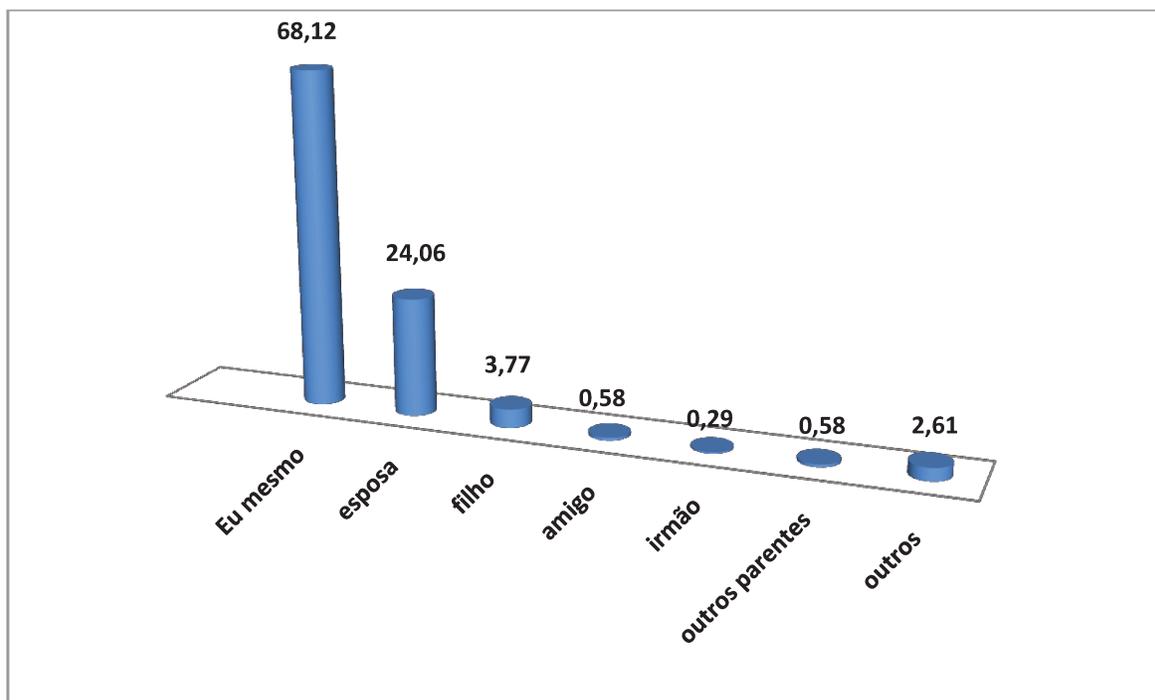
**Gráfico 6: Quem te convenceu a consultar?**

### 5.1.6. Quem marcou a consulta?

Quanto ao questionamento de quem marcou a consulta, o resultado apresentou-se da seguinte forma:

**Tabela 8 – Quem marcou a consulta?**

Resposta	n	Porcentagem (%)
Eu mesmo	235	68,12
A esposa	83	24,06
O filho	13	3,77
Um amigo	2	0,58
O irmão	1	0,29
Outros Parentes	2	0,58
Outros	9	2,61
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100</b>



**Gráfico 7: Quem marcou a consulta?**

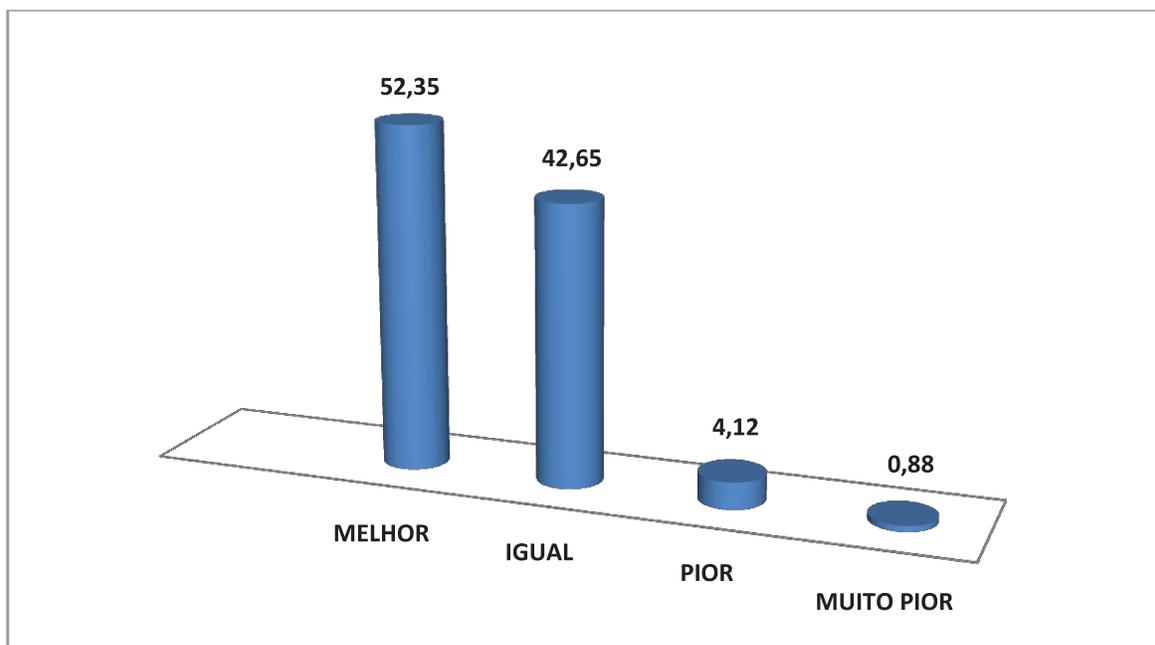
## *5.2. Datos perceptivos*

### 5.2.1. Em relação ao que imaginava o que você achou do exame retal?

A percepção que os pacientes tiveram após o exame apresenta-se da seguinte forma, sendo que 5 deles deixaram de responder:

**Tabela 9 – Em relação ao que imaginava, o que você achou do exame retal?**

<b>Resposta</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Melhor	178	52,35
Igual	145	42,65
Pior	14	4,12
Muito pior	3	0,88
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>



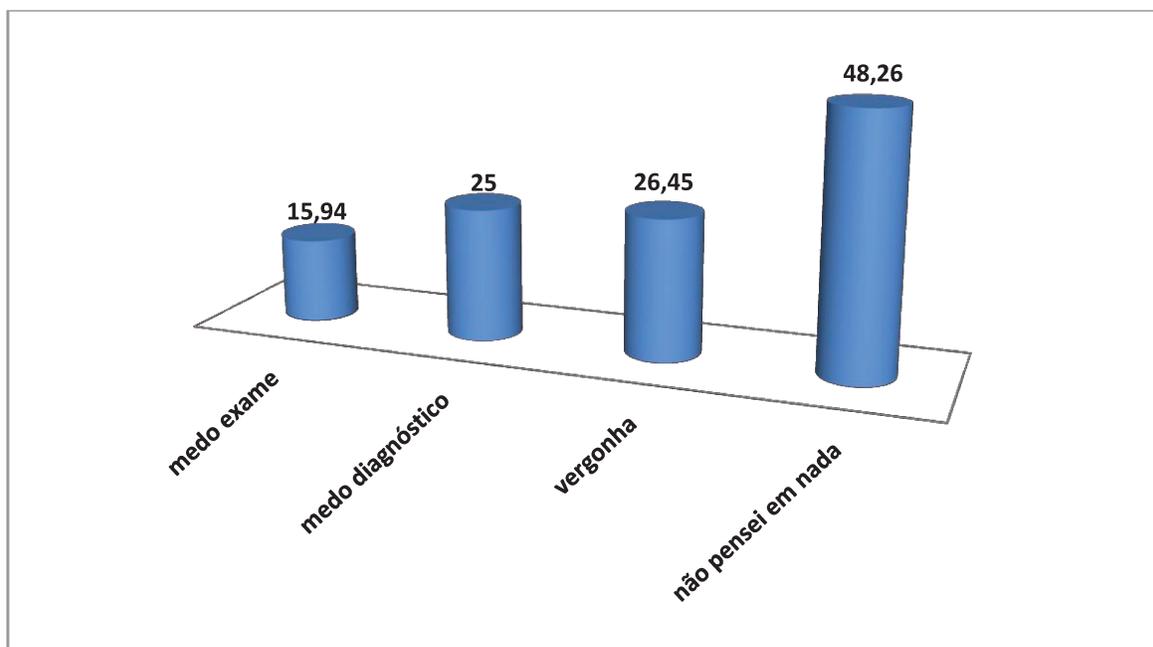
**Gráfico 8: Em relação ao que imaginava, o que você achou do exame de toque retal?**

**5.2.2. Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

As alternativas assinaladas pelos pacientes encontram-se distribuídas da seguinte forma, sendo que 1 (um) deixou de assinalar:

**Tabela 10 – Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Senti medo do exame	55	15,94
Senti medo do diagnóstico	86	25,00
Senti vergonha	91	26,45
Não pensei em nada	166	48,26
<b>Total</b>	<b>398</b>	<b>100</b>



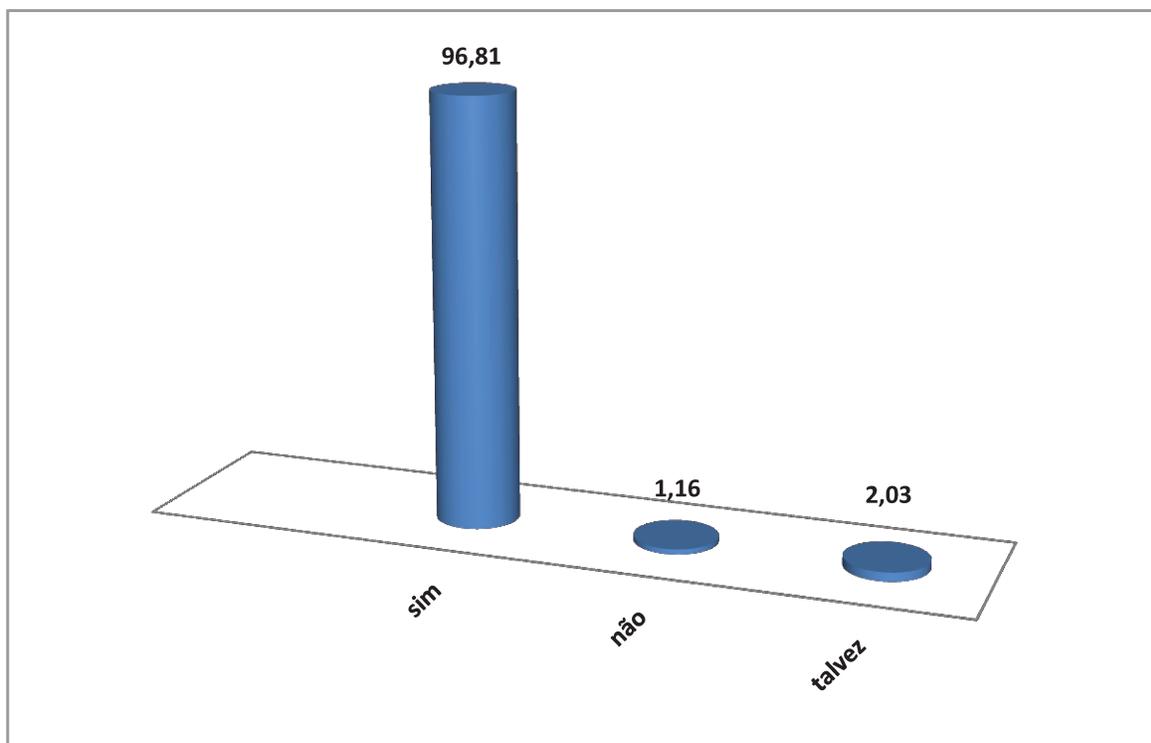
**Gráfico 9: Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

### 5.2.3. Você pensa em fazer o exame novamente?

Em relação a esta pergunta, obtivemos as seguintes respostas:

**Tabela 11 – Você pensa em fazer o exame novamente?**

<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Sim	334	96,81
Não	4	1,16
Talvez	7	2,03
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100</b>



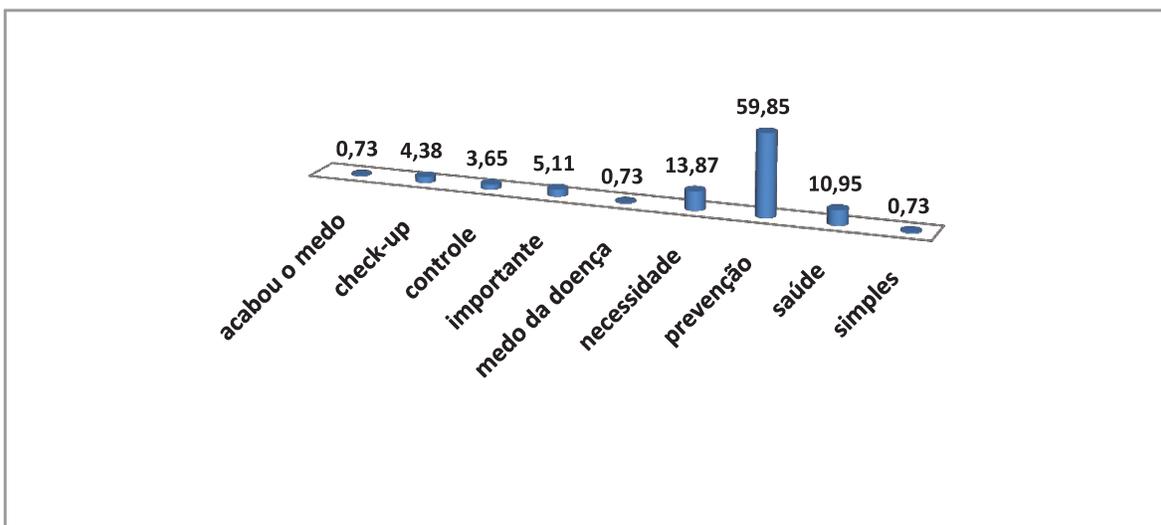
**Gráfico 10: Você pensa em fazer o exame novamente?**

As afirmativas apresentadas por alguns pacientes como explicação pela realização ou não de um novo exame foram às seguintes:

### 5.2.3a - Sim, por que?

**Tabela 12 – Sim, por que?**

<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Acabou o medo	1	0,73
Check-up	6	4,38
Controle	5	3,65
É importante	7	5,11
Medo da doença	1	0,73
Necessidade	19	13,87
Prevenção	82	59,85
Saúde	15	10,95
Simples	1	0,73
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

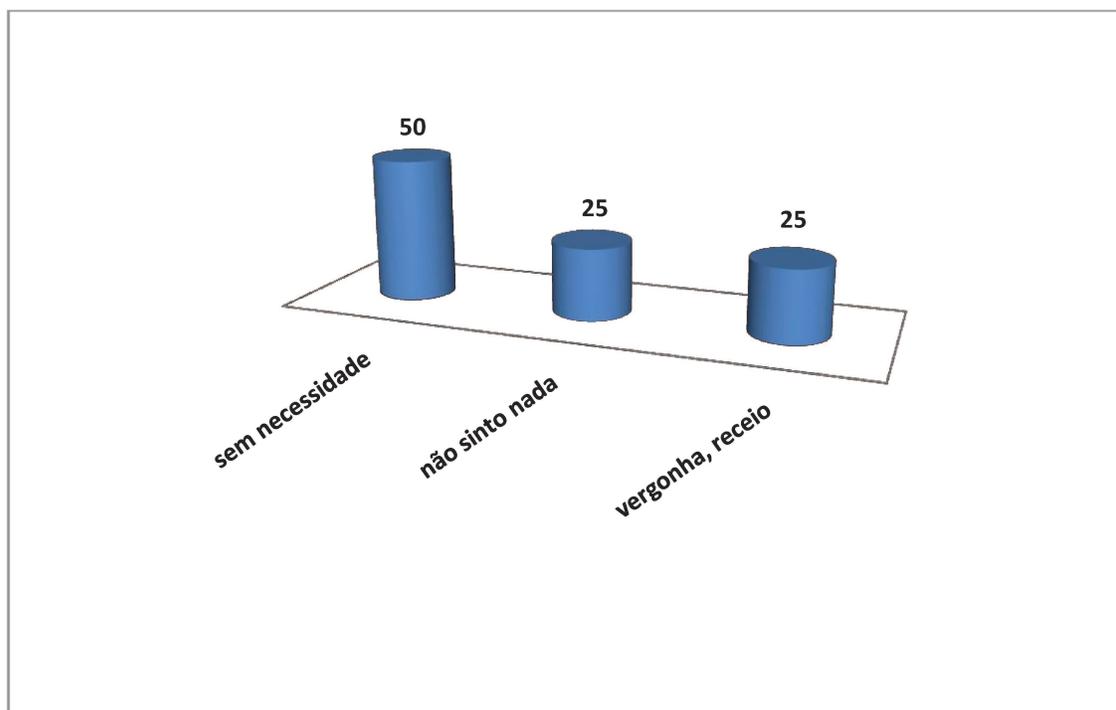


**Gráfico 11: Sim, porque?**

### 5.2.3b - Não, por quê?

**Tabela 13 – Não, por quê?**

<b>Respostas</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Sem necessidade	2	50,00
Não sinto nada	1	25,00
Vergonha, receio	1	25,00
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>



**Gráfico 12: Não, por que?**

### 5.2.3c - Talvez, por quê?

Tabela 14 – Talvez por quê?

Respostas	n	Porcentagem (%)
Check-up	1	16,67
Necessidade	4	66,67
Não precisa	1	16,67
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

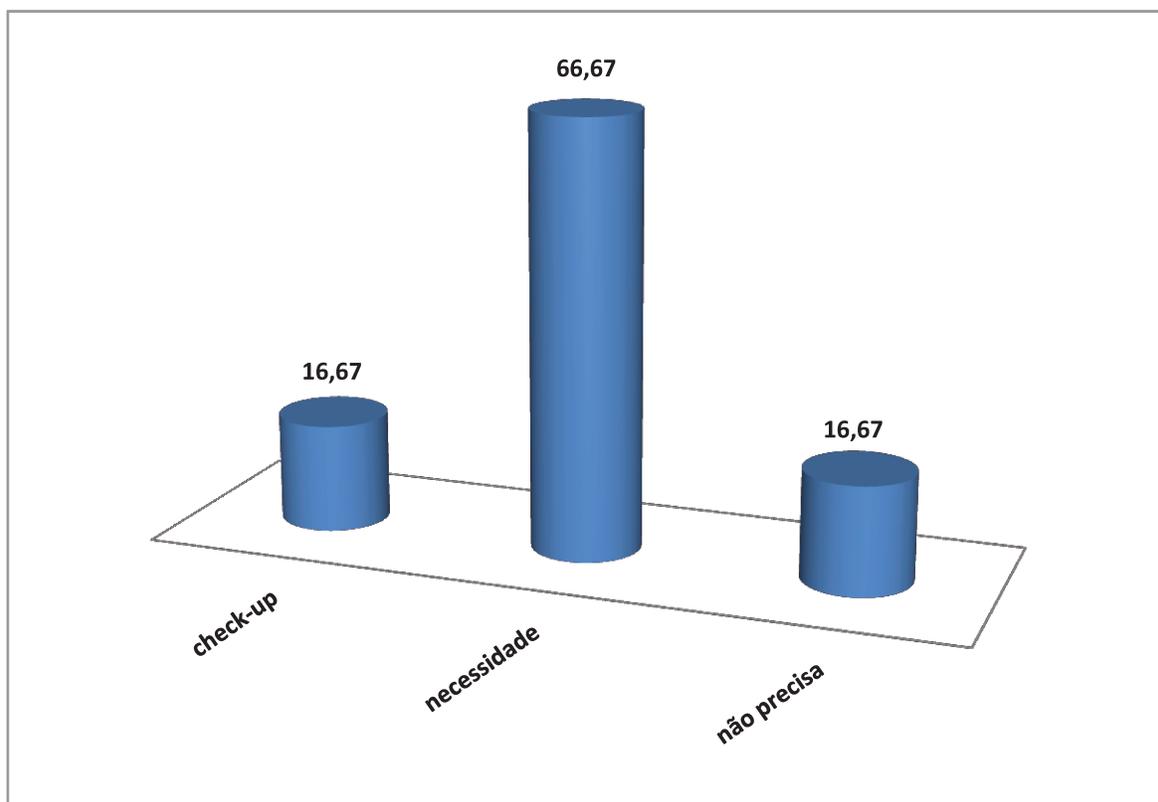


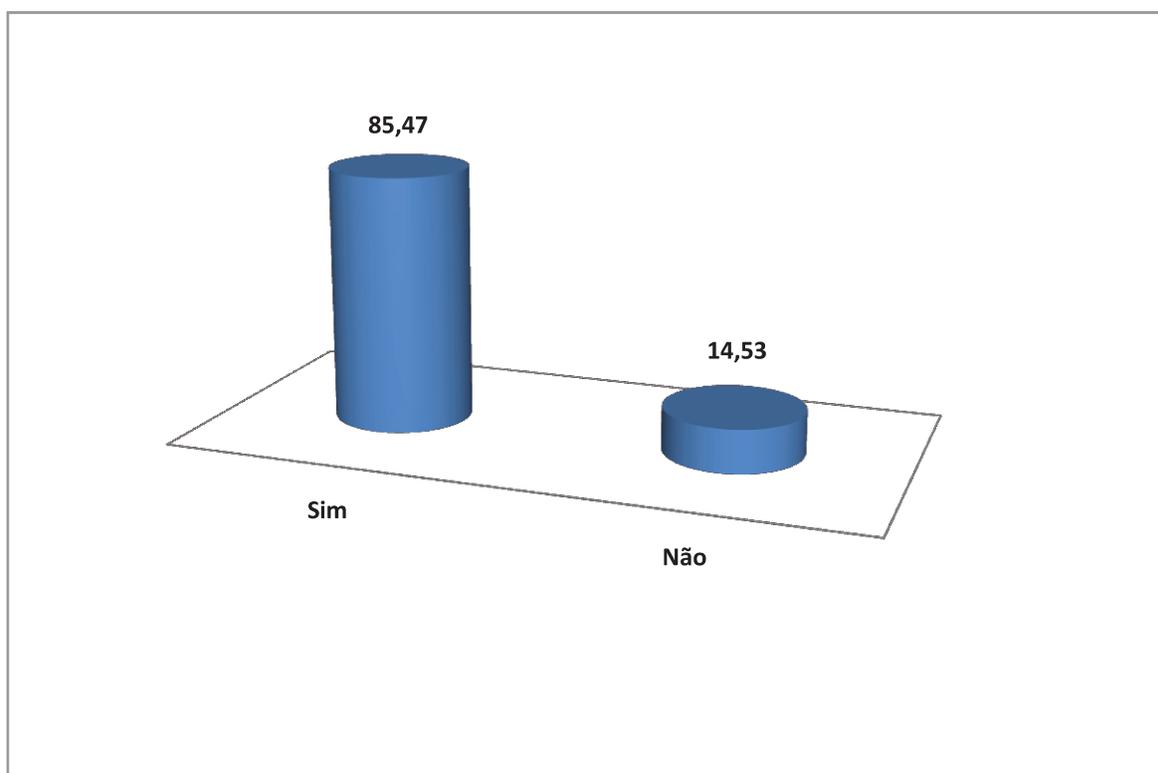
Gráfico 13: Talvez, por que?

#### 5.2.4 Você tinha alguma informação a respeito da importância do exame?

Quanto ao questionamento se os pacientes tinham alguma informação a respeito da importância do exame, o resultado apresentou-se da seguinte forma, sendo que 1 (um) paciente deixou de responder:

**Tabela 15 – Você tinha alguma informação a respeito da importância do exame?**

Respostas	n	Porcentagem (%)
Sim	294	85,47
Não	50	14,53
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>100</b>



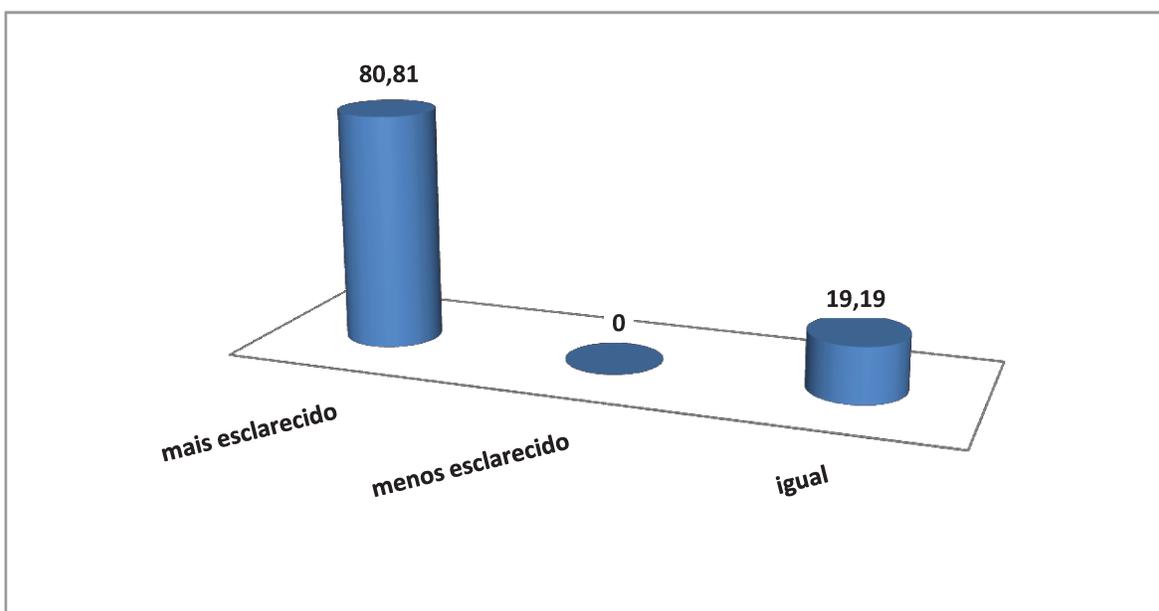
**Gráfico 14: Você já tinha alguma informação a respeito da importância do exame?**

### 5.2.5 Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido ou igual a antes da consulta?

Quanto ao questionamento sobre o conhecimento do câncer de próstata, após a consulta, como os pacientes se sentiam, o resultado apresentou-se da seguinte forma, sendo que 1 (um) deles não respondeu:

**Tabela 16 – Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido ou igual a antes da consulta.**

Respostas	n	Porcentagem (%)
Mais esclarecido	278	80,81
Menos esclarecido	0	0
Igual a antes da consulta	66	19,19
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>100</b>



**Gráfico 15: Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido, igual à antes da consulta.**

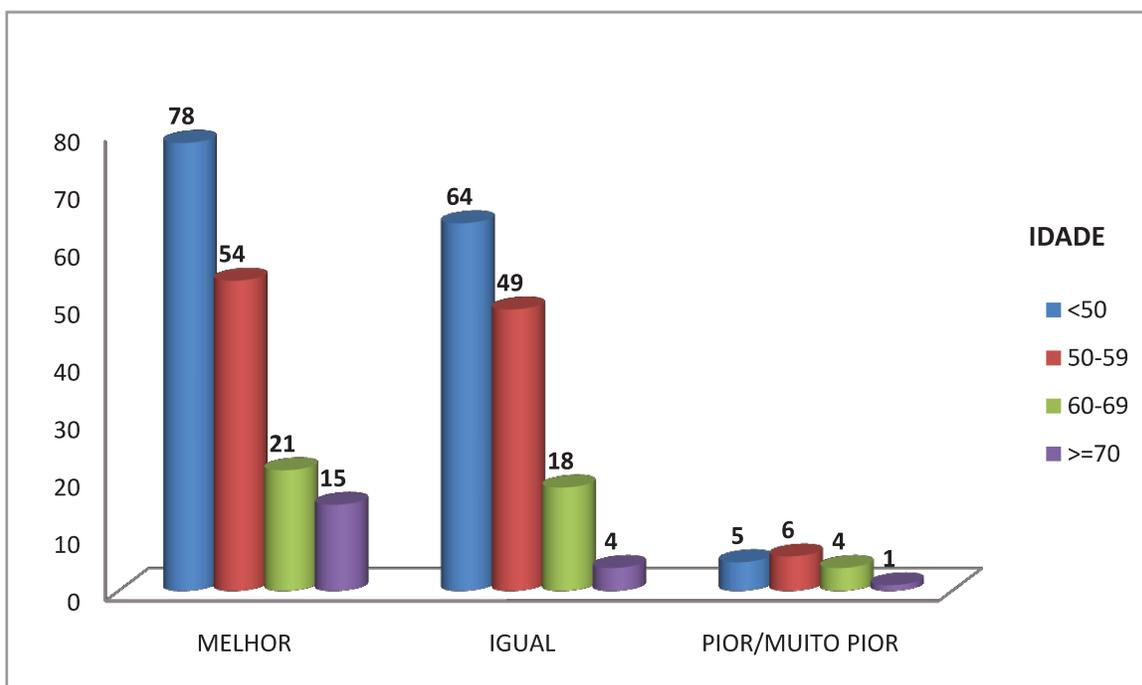
### *5.3 Análise descritiva e associações entre faixas de idade e variáveis de conhecimento e atitudes em relação ao TR.*

### 5.3.1 Correlação entre Faixa Etária e - Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal?

Na correlação entre a faixa etária e o que achou do exame de TR não foi encontrada diferença significativa. (p-valor=0,3029)

**Tabela 17 – Correlação entre a idade e pergunta: Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal?**

Idade	Melhor	Igual	Pior/Muito Pior
<50	78	64	5
50 – 59	54	49	6
60 - 69	21	18	4
>= 70	15	4	1
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>135</b>	<b>16</b>



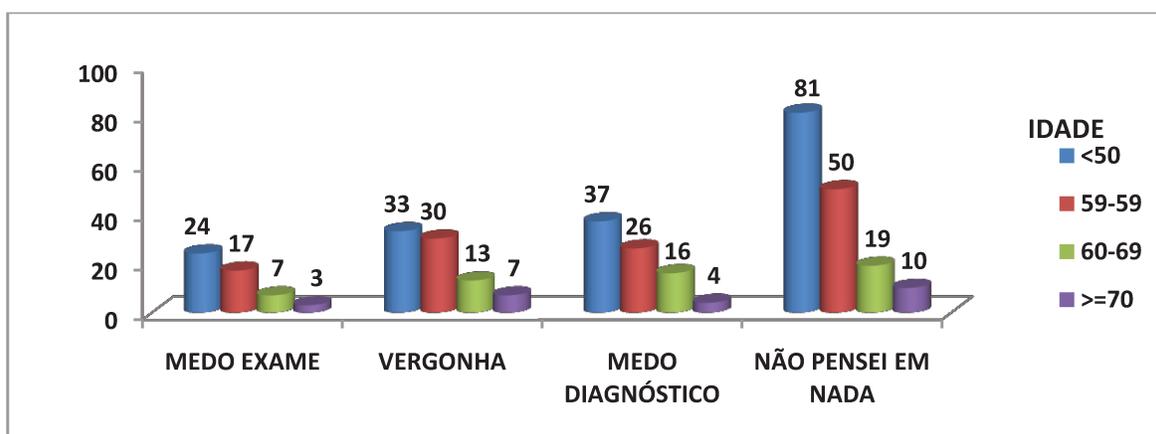
**Gráfico 16: Correlação entre faixa etária e pergunta três - Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal? p-valor=0,3029**

**5.3.2 Correlação entre Faixa Etária e: Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

Na correlação entre a faixa etária e as possibilidades de alternativas oferecidas – **Medo do exame, Medo do diagnóstico, Senti vergonha, Não pensei em nada**, não foram encontradas diferenças significativas (Medo do exame p-valor=0,9990; Medo do diagnóstico p-valor=0,3526; Senti vergonha p-valor=0,4985; Não pensei em nada p-valor=0,4180).

**Tabela 18 – Correlação entre a idade e a pergunta: Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

Idade	Medo do Exame	Vergonha	Medo do Diagnóstico	Não Pensei em Nada
<50	24	33	37	81
50 – 59	17	30	26	50
60 - 69	7	13	16	19
>=70	3	7	4	10
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>160</b>



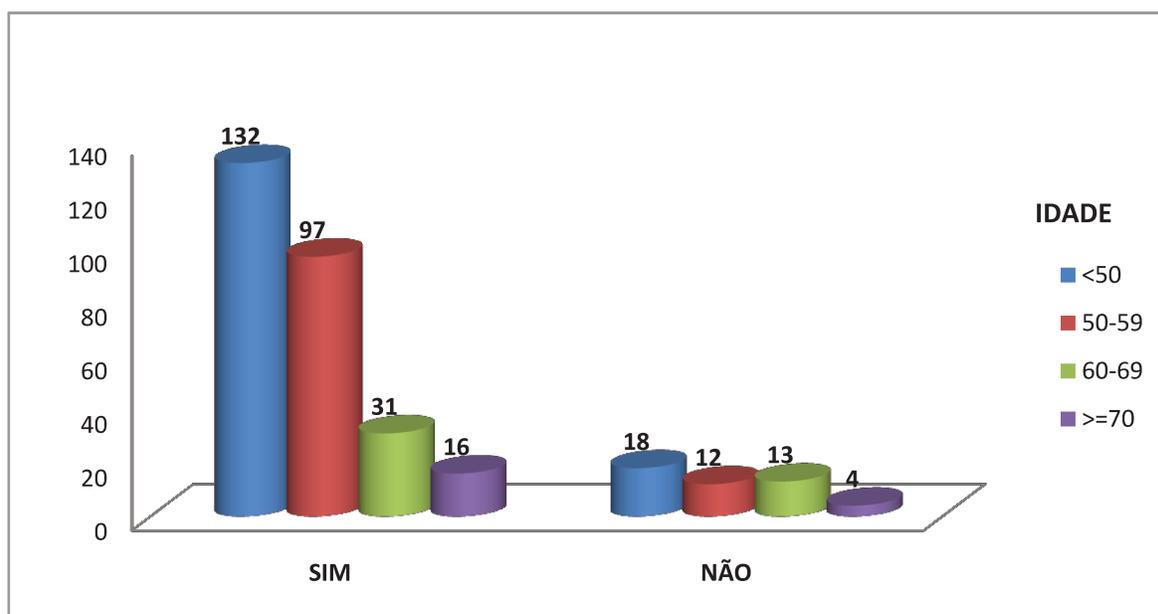
**Gráfico 17: Correlação entre faixa etária e a quarta pergunta– Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

### 5.3.3 Correlação entre Faixa Etária e Você tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?

Na correlação entre a idade e a pergunta se já tinha alguma informação a respeito da importância do exame foi encontrada diferença significativa na faixa etária de 60-69 com p-valor=0,0160.

**Tabela 19 – Correlação entre a idade e a pergunta – Você tinha alguma informação a respeito da importância do exame?**

Idade	Sim	Não
< 50	132	18
50 – 59	97	12
60 - 69	31	13
>= 70	16	4
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>47</b>



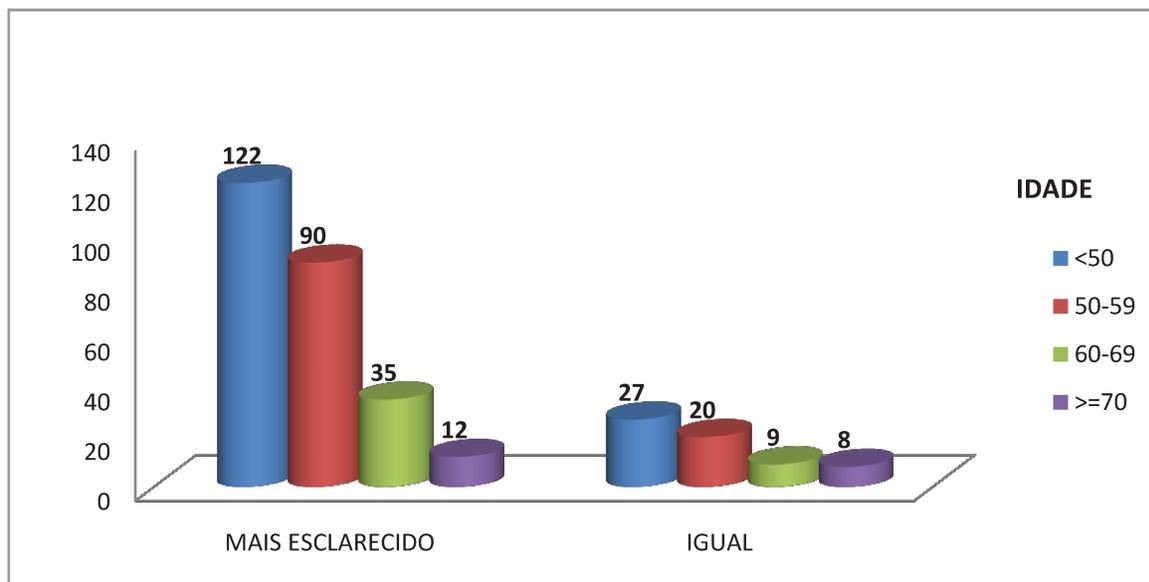
**Gráfico 18: Correlação entre faixa etária e a sexta pergunta – Você tinha alguma informação a respeito da importância do exame? p-valor=0,0160**

### 5.3.4 Correlação entre Faixa Etária e Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido, igual à antes da consulta?

Na correlação entre a faixa de idade e a pergunta de como se sente após a consulta médica não foi encontrada diferença significativa com p-valor=0,1331.

**Tabela 20 – Correlação entre a idade e a pergunta: Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido, igual à antes da consulta?**

Idade	Mais Esclarecido	Igual
<50	122	27
50 – 59	90	20
60 - 69	35	9
>=70	12	8
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>64</b>



**Gráfico 19: Correlação entre faixa etária e a sétima pergunta– Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido, igual a antes da consulta? p-valor=0,1331**

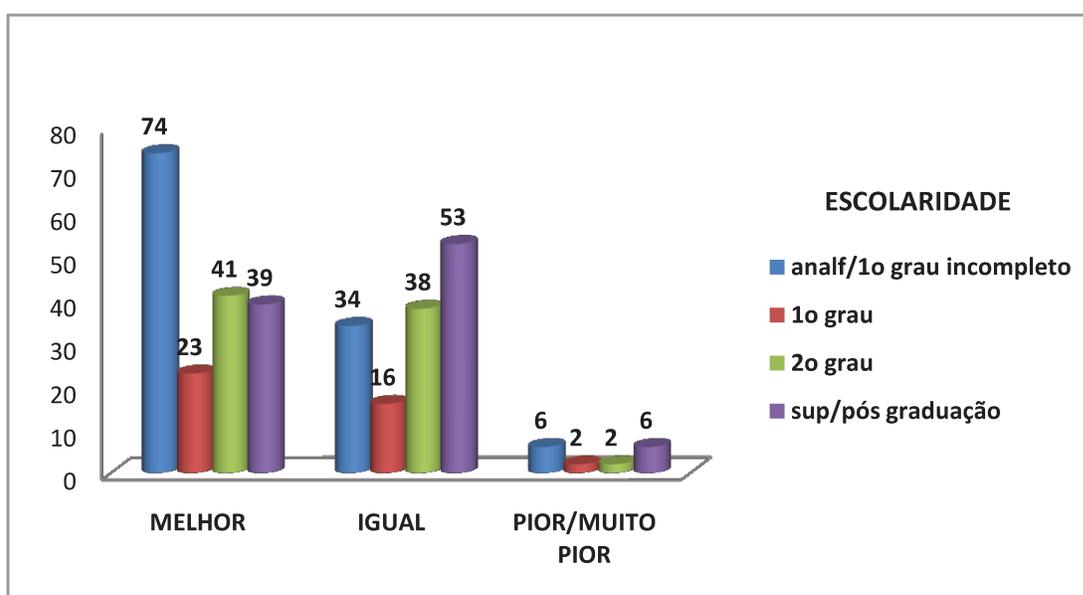
5.4 *Análise descritiva e associações entre escolaridade e variáveis de conhecimento, e atitudes em relação ao TR.*

### 5.4.1 Correlação entre Escolaridade e - Em relação ao que imaginava, o que você achou do exame retal?

Foi encontrada diferença significativa entre os analfabetos e pacientes com 1º grau incompleto, sendo que ambos acharam melhor do que imaginavam o TR com p-valor=0, 0105.

**Tabela 21 – Correlação entre escolaridade e a pergunta: Em relação ao que imaginava, o que você achou do exame retal?**

Escolaridade	Melhor	Igual	Pior/Muito Pior
Analf/1º grau incompleto	74	34	6
1º Grau	23	16	2
2º Grau	41	38	2
Sup/Pós Grad	39	53	6
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>141</b>	<b>16</b>



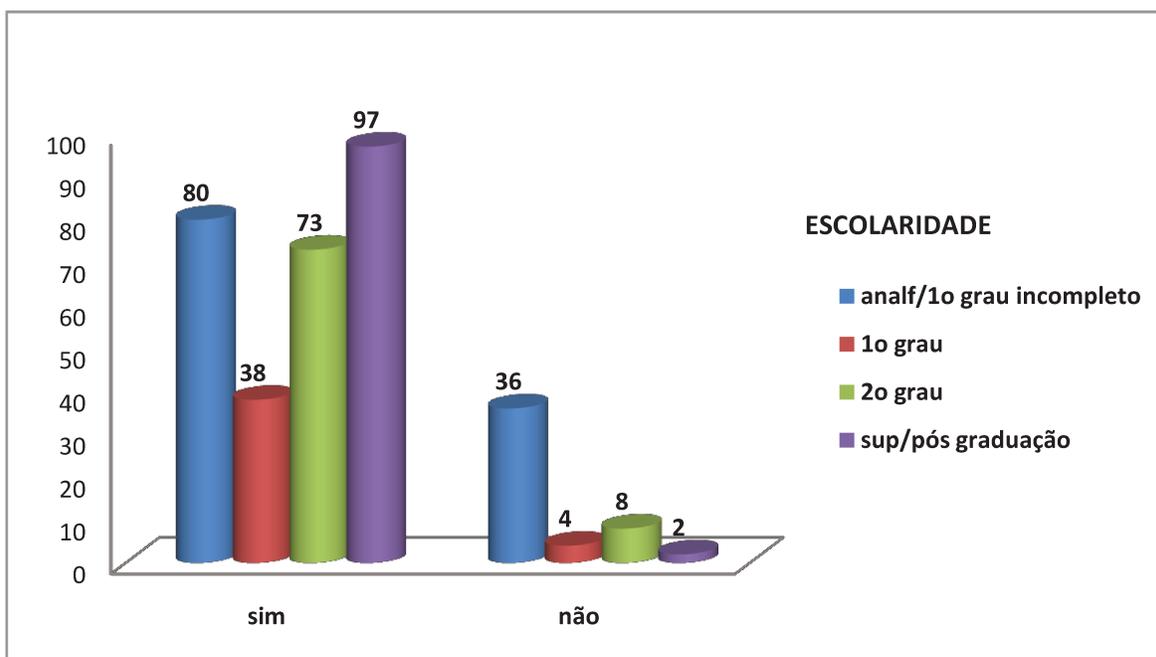
**Gráfico 20: Correlação entre escolaridade e a terceira pergunta - Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal? p-valor=0,0105**

#### 5.4.2 Correlação entre Escolaridade e - Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?

Ao correlacionar os analfabetos e pacientes com 1º grau incompleto e informações prévias sobre a importância do exame, foi encontrada diferença significativa, com p-valor<0,0001.

**Tabela 22 – Correlação entre escolaridade e a pergunta: Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?**

Escolaridade	Sim	Não
Analf/1º grau incompleto	80	36
1º Grau	38	4
2º Grau	73	8
Sup/Pós Grad	97	2
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>50</b>



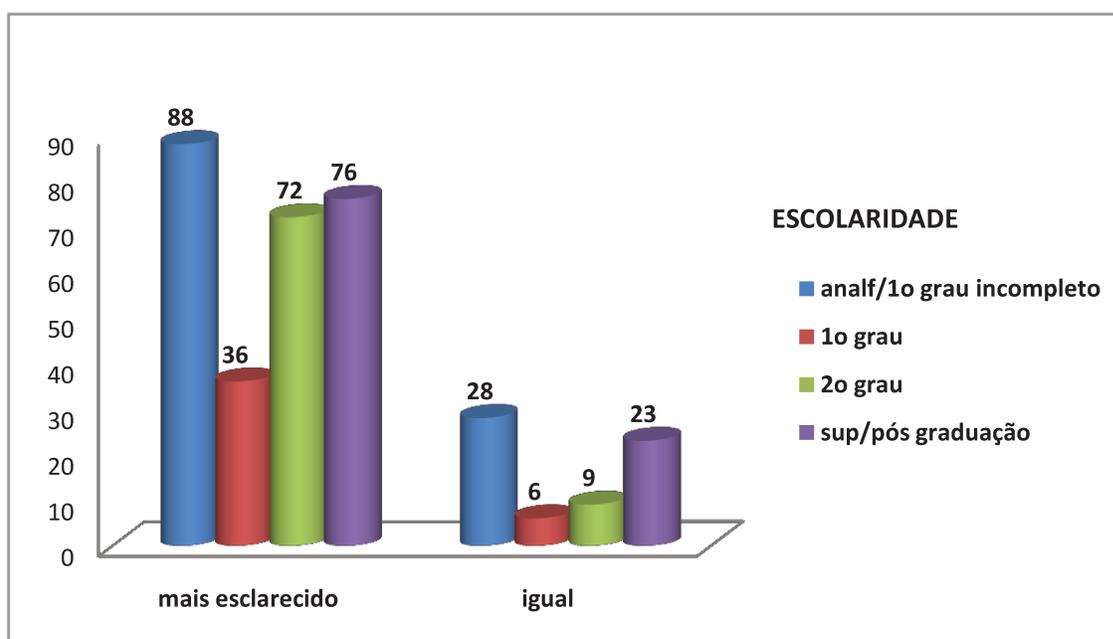
**Gráfico 21: Correlação entre escolaridade e - Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?** p-valor<0.0001

### 5.4.3 Correlação entre escolaridade e - Após esta consulta você se sente mais esclarecido, menos esclarecido, igual a antes da consulta?

Não foi encontrada diferença significativa entre a escolaridade e o esclarecimento após a consulta, com p-valor= 0, 0779.

**Tabela 23 – Correlação entre escolaridade e – Após esta consulta você se sente : mais esclarecido, menos esclarecido, igual a antes da consulta?**

Escolaridade	Mais esclarecido	Menos esclarecido	Igual
Analf/1º grau incompleto	88	0	28
1º Grau	36	0	6
2º Grau	72	0	9
Sup/Pós Grad	76	0	23
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>0</b>	<b>66</b>



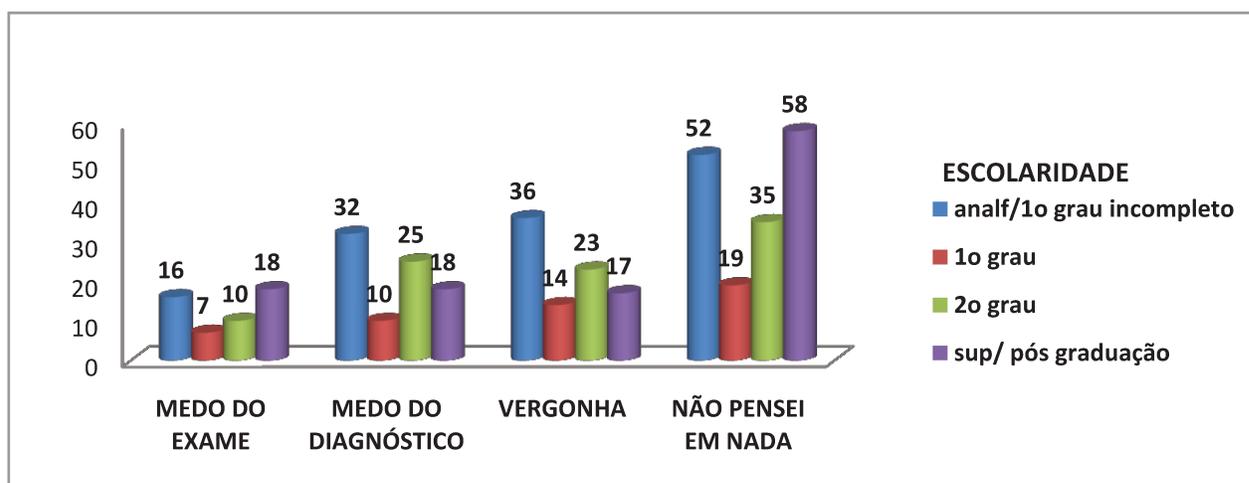
**Gráfico 22: Correlação entre escolaridade e a sétima pergunta – Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após esta consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido, igual à antes da consulta? p-valor=0,0779**

**5.4.4 Correlação entre escolaridade e- Assinale as alternativas corretas: senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

Não foram demonstradas diferenças significativas em relação à escolaridade e as demais respostas nas alternativas a serem assinaladas, com p-valor=0,7117 para Medo do exame; p-valor=0,2247 para Medo do diagnóstico; p-valor=0,0792 para Senti vergonha e p-valor=0,1247 para Não pensei em nada.

**Tabela 24 – Correlação entre escolaridade e assinale as alternativas corretas: senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

<b>Escolaridade</b>	<b>Medo do Exame</b>	<b>Medo do Diagnostico</b>	<b>Vergonha</b>	<b>Não Pensei em Nada</b>
Analf/1º grau incompleto	16	32	36	52
1º Grau	7	10	14	19
2º Grau	10	25	23	35
Sup/Pós Grad	18	18	17	58
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>85</b>	<b>90</b>	<b>164</b>



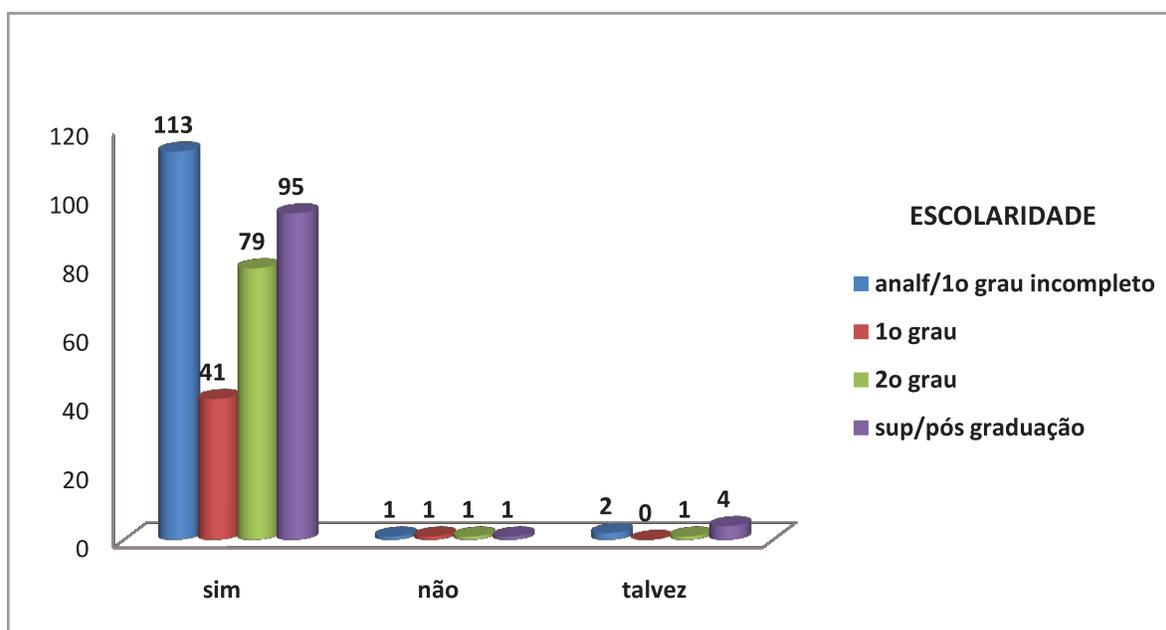
**Gráfico 23: Correlação entre escolaridade e a quarta pergunta – Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): Senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

### 5.4.5 Correlação entre escolaridade e – Você pensa em fazer o exame novamente?

Na correlação entre escolaridade e a pergunta quanto a fazer o exame novamente, não foi encontrada diferença significativa com p-valor=0,7550.

**Tabela 25 – Correlação entre escolaridade e - Você pensa em fazer o exame novamente?**

Escolaridade	Sim	Não	Talvez
Analf/1º grau incompleto	113	1	2
1º Grau	41	1	0
2º Grau	79	1	1
Sup/Pós Grad	95	1	4
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>4</b>	<b>7</b>



**Gráfico 24: Correlação entre a escolaridade e – Você pensa em fazer o exame novamente? p-valor=0,7550**

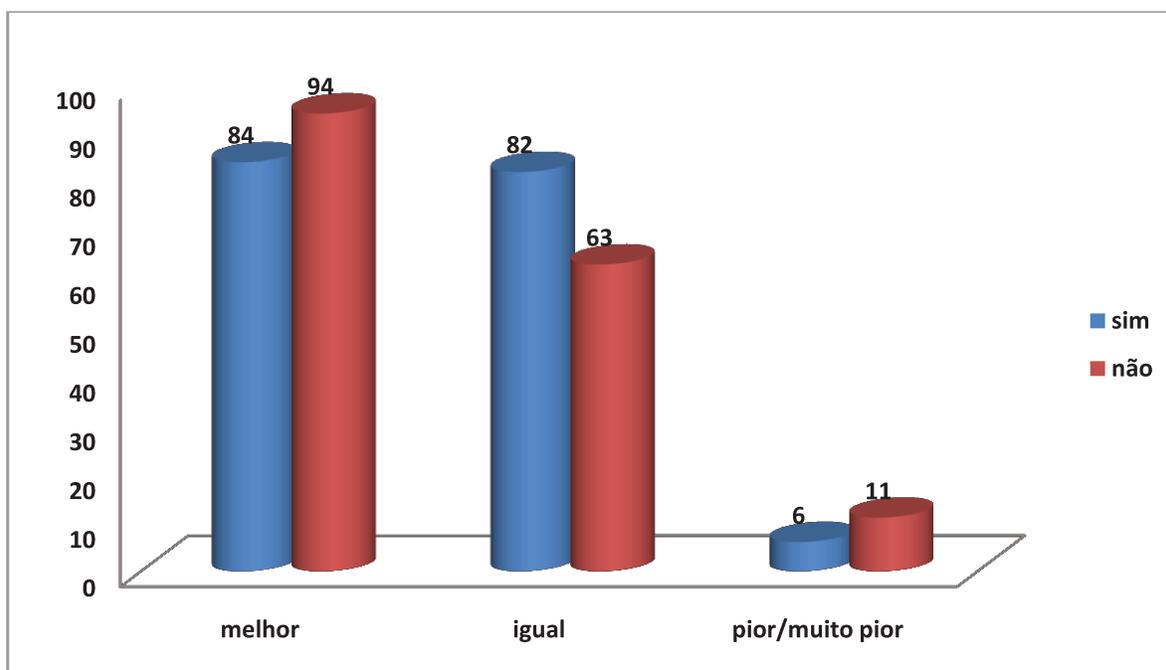
*5.5 Análises descritiva e associações entre quem convenceu a consultar e variáveis de conhecimento e atitudes em relação ao TR.*

### 5.5.1 Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal?

Na correlação entre a decisão própria em se consultar e em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal não foram encontradas diferenças significativas com p-valor=0,1067.

**Tabela 26 – Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal?**

Escolha própria	Em relação ao que imaginava, que achou do exame de TR?		
	Melhor	Igual	Pior/Muito Pior
Sim	84	82	6
Não	94	63	11
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>145</b>	<b>17</b>



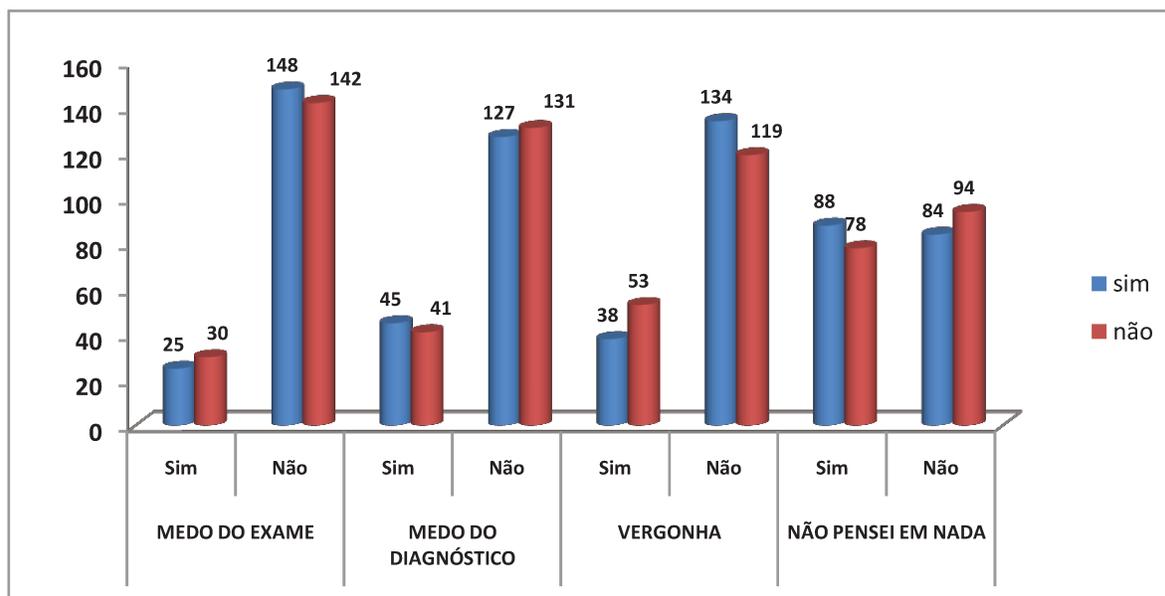
**Gráfico 25: Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Em relação ao que imaginava o que você achou do exame de toque retal** p-valor=0,1067

**5.5.2 Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

Na correlação entre a decisão própria em se consultar e Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame (p-valor=0,4480), senti medo do diagnóstico (p-valor=0,6184), senti vergonha (p-valor=0,0667), não pensei em nada (p-valor=0,2806).

**Tabela 27 – Correlação entre a decisão própria em se consultar e- Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

Escolha Própria	Medo do Exame		Medo do Vergonha		Diagnostico		Não Pensei em nada	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sim	25	148	38	134	45	127	88	84
Não	30	142	53	119	41	131	78	94
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>290</b>	<b>91</b>	<b>253</b>	<b>86</b>	<b>258</b>	<b>166</b>	<b>178</b>



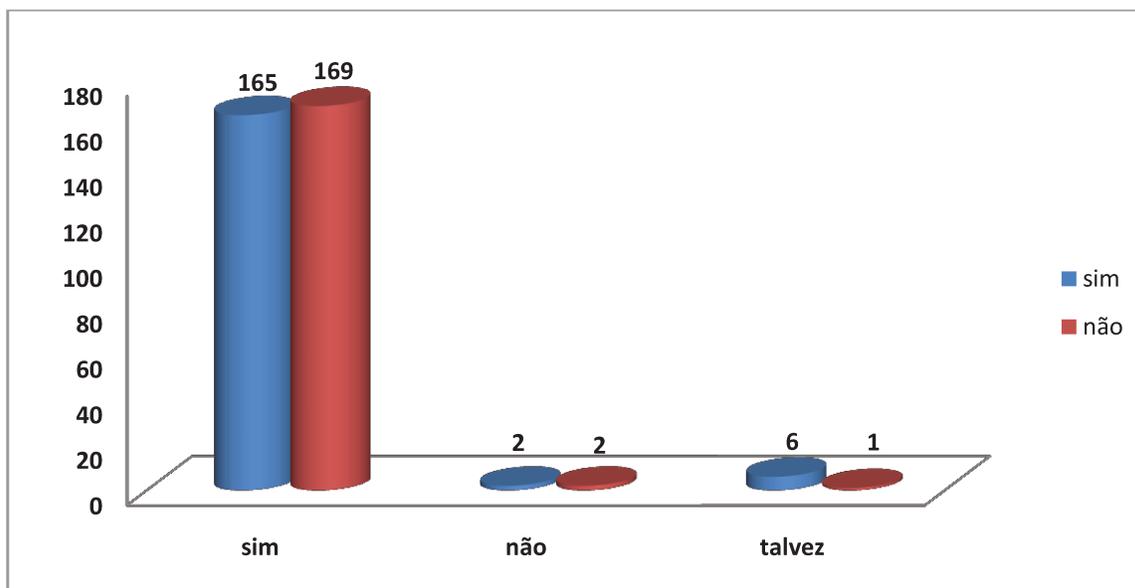
**Gráfico 26: Correlação entre a decisão própria em se consultar Assinale a(s) alternativa(s) correta(s): senti medo do exame, senti medo do diagnóstico, senti vergonha, não pensei em nada.**

### 5.5.3 Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Você pensa em fazer o exame novamente?

Na correlação entre a decisão própria em se consultar e se Você pensa em fazer o exame novamente não foram encontradas diferenças significativas com  $p\text{-valor}=0,2291$ .

**Tabela 28 – Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Você pensa em fazer o exame novamente?**

Escolha própria	Você pensa em fazer o exame novamente?		
	Sim	Não	Talvez
Sim	165	2	6
Não	169	2	1
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>4</b>	<b>7</b>



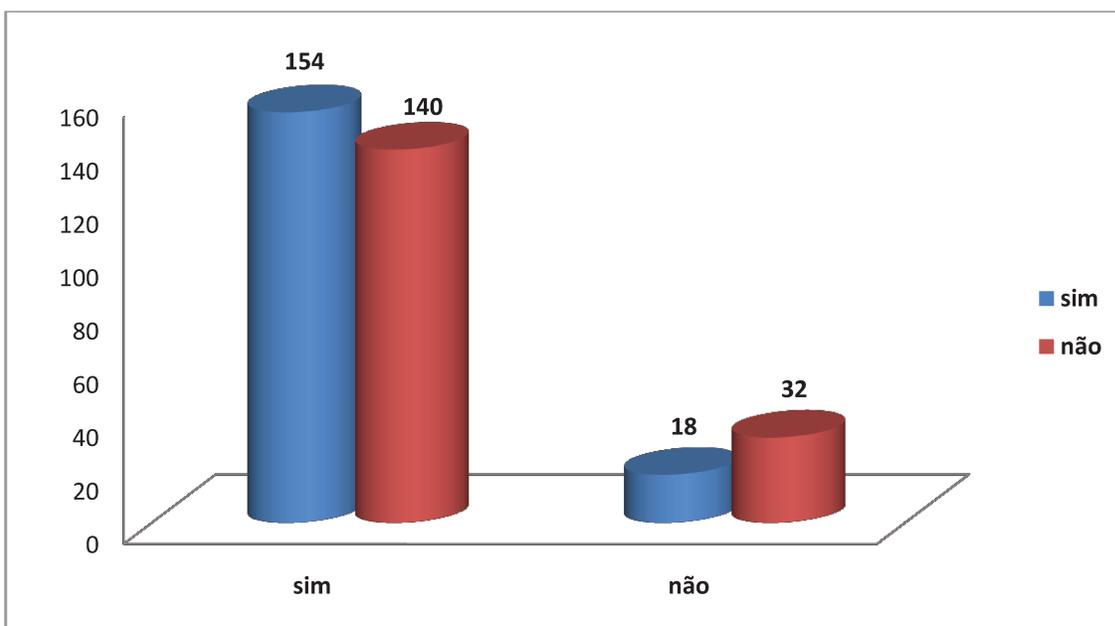
**Gráfico 27: Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Você pensa em fazer o exame novamente?**  $p\text{-valor}=0,2291$

#### 5.5.4 Correlação entre a decisão própria em se consultar e -Você já tinha informação a respeito da importância deste exame?

Na correlação entre a decisão própria em se consultar e informação prévia a consulta sobre a importância do exame, foi encontrada diferença significativa com  $p\text{-valor}=0,0322$ .

**Tabela 29 – Correlação entre a decisão própria em se consultar, e - Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?**

Escolha própria	Já tinha informação sobre a importância	
	Sim	Não
Sim	154	18
Não	140	32
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>50</b>



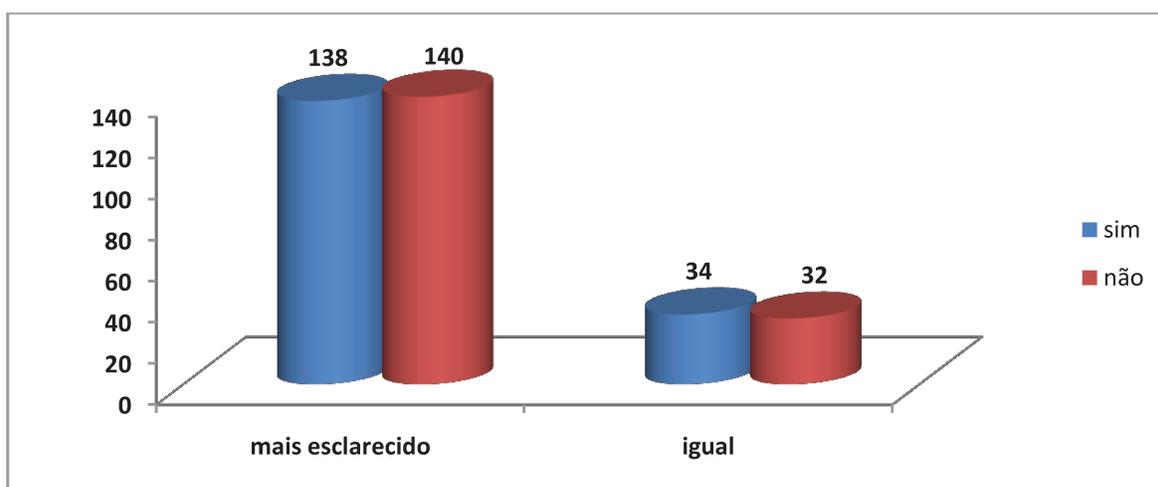
**Gráfico 28: Correlação entre- Eu mesmo decidi a consultar e- Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?  $p\text{-valor}=0,0322$**

**5.5.5 Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após esta consulta,você se sente:**

Na correlação entre a decisão própria em se consultar e - Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após esta consulta, você se sente: mais esclarecido, menos esclarecido, igual à antes da consulta, não foram encontradas diferenças significativas com p-valor=0,7842.

**Tabela 30 – Correlação entre a decisão própria em se consultar e - Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após esta consulta, você se sente:**

Escolha Própria	Em relação ao que você sabia, após a consulta, você se sente:	
	Mais esclarecido	Igual a antes
Sim	138	34
Não	140	32
<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>66</b>



**Gráfico 29: Correlação entre a decisão própria em se consultar e Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após esta consulta** p-valor=0,7842



## 6. *Discussão*

*É preciso que o aprendizado esteja ligado às situações vividas, caso contrário tudo é esquecido.*

Crenças e pensamento exercem efeitos profundos na resposta comportamental e modelam os efeitos do humor e da ansiedade. As maneiras de pensar originam de muitas fontes de interação, como antecedentes morais, culturais, religiosos, sociais, educacionais e familiares, fatores genéticos e experiências vividas. A mudança das condições indesejáveis pode provocar uma alteração positiva da resposta comportamental.

Ao olharmos para o humano temos uma moeda com três faces: biológica, psicológica e social.

Toda desordem no funcionamento do indivíduo se expressa em aspectos físicos (somáticos) ou psíquicos – dupla vertente que, considerado numa perspectiva dinâmica, expressa a unidade funcional entre corpo e espírito, entre soma e psique.

Em nosso olhar não privilegiamos uma ou a outra vertente, e menos ainda fazer uma a causa da outra. Em tal perspectiva o funcionamento humano está ligado nas estruturas biológicas (órgãos, tecidos, sobretudo os musculares), até mesmo quando depositado em estases, e que está representado nas formações psíquicas, especialmente nos traços de caráter.

O biológico, o corpo, o psíquico e o caráter não são pensados isoladamente como campos autônomos, mas se inscreve, sempre, em redes da

sociedade, em sistemas sociopolíticos das micro sociedades, que são o casal e a família, aos grandes agregados que são a nação e a própria humanidade.

Familiar, cotidiano, do corpo se tem uma consciência mais imediata, mais aguda, mais difusa, mais confusa. Com ele se exprime o desejo ou o medo, a ternura, a tristeza, as sensações, as emoções.

Entremeados nele, o real, o simbólico, o imaginário se atam e se desatam.

Nada do que sinto, do que quero, do que sou, do que penso nenhum projeto, nenhum lamento nenhuma idéia, nenhuma palavra, nada existe para mim ou para a reflexão de alguém sobre mim que não passe por este lugar geométrico, este nó vital da minha existência (Henry, 1981)<sup>64</sup>.

A psicanálise nos mostra como as imagens do corpo recompõem a realidade da anatomofisiologia ativas numa realidade fantasmática.

Neste estudo, com uma amostra de 345 homens, de diferentes raças, níveis de escolaridade e profissões, pudemos correlacionar estas variáveis descritivas com a percepção, sensações e nível de consciência (antes e após a consulta) a respeito do exame de TR.

Em 50,14% das vezes foi o próprio paciente que o levou a se consultar e em 68,12% ele mesmo marcou a consulta. A esposa foi quem em 18,55% das vezes o convenceu a se consultar e em 24,06% das vezes foi quem marcou a

consulta, denotando o papel importante que a mulher desempenha no incentivo ao homem para a procura e diagnóstico precoce, enfocando a prevenção do CaP.

Em 26,67% outro médico os havia convencido a se consultar. Estes dados mostram a importância da orientação médica até na procura por atendimento especializado. Em estudo realizado por Woods e colaboradores concluiu-se que a conduta do médico, o estilo da comunicação, direta, positiva, esclarecedora, informando e encorajando para o teste é um preditor significativo<sup>65</sup>.

Em 53,05% das vezes outras pessoas (incluindo esposas e médicos) ou meios de informação convenceram os homens a se consultar e apenas 6,67% foi através da mídia. Estes dados demonstram que publicações, divulgação e campanhas esclarecedoras são escassas.

Em relação ao que imaginava sobre o exame de TR, após o exame, 52,35% acharam melhor do que imaginavam e apenas 4,12% acharam pior do que imaginavam.

Ao correlacionar nível de escolaridade e a resposta a esta pergunta, encontrou-se diferença significativa no grupo dos analfabetos e com primeiro grau incompleto, pois dentre os 52,35% que acharam melhor do que imaginavam, 41,81% pertencem a este grupo.

Estes dados mostram que crenças e pensamentos fantasiosos estão presentes e os levam a imaginar que o TR é algo muito mais desagradável do que realmente o é. Pode-se considerar que estas fantasias fazem parte de um mito

existente em relação ao exame, envolvendo aspectos da sexualidade humana, pois 96,81% dos pacientes disseram que fariam o teste novamente.

Mito é uma narrativa tradicional com caráter explicativo e/ou simbólico, profundamente relacionado com uma dada cultura e/ou religião. Pode-se dizer que o mito é uma primeira tentativa de explicar a realidade<sup>66</sup>. Aquilo que não conhecemos por não termos vivido, ou justamente por ter sido vivido e que nos traz ou trouxe medo e sensações desagradáveis, criamos uma história de um universo puramente maravilhoso e fantasioso, sem fundamento objetivo ou científico. O termo “mito” é, por vezes, utilizado de forma pejorativa para se referir às crenças comuns de diversas comunidades.

Como nos diz Fernando Pessoa: *“O mito é o nada que é tudo.*

*O mesmo sol que abre os céus*

*É um mito brilhante e mudo.”*

Alguns comportamentos são regidos por leis que escapam da consciência do sujeito e apresentam reações automáticas à influência do meio ambiente.

Entre a sensação e o impulso motor está situada uma esfera intermediária na qual se desenvolve a vida psíquica.

O corpo, conjunto complexo de estruturas, de aparelhos, de órgãos, lugar de trocas sutis, de químicas secretas, não aparece nunca como nos manuais de anatomia ou como nos tratados de fisiologia.

O corpo, marcado pela história individual também o é pela história social.

Nele se inscrevem os constrangimentos, as sujeições, os costumes, os rituais transmitidos, ligados e impostos pela família, pela cultura, pelo meio ambiente.

Ao falar de um determinismo psíquico, Freud entende com esse termo um princípio de continuidade da vida psíquica, que impede de considerar qualquer elemento que seja (palavra, imagem, recordação, etc.) como desprovido de significação, isolado ou aleatório. Está presente uma intencionalidade inconsciente<sup>67</sup>.

A percepção do próprio corpo envolve as experiências, vividas de forma consciente ou inconsciente, crenças sobre o tamanho e formas ideais do corpo, sobre sua estrutura interna e suas funções.

Alguns pacientes escreveram o porquê fariam o teste novamente, em 59,85% das respostas dadas temos a prevenção como fator de motivação, em 13,87% a necessidade e em 10,95% a preocupação com a saúde.

O medo foi o determinante psicológico chave detectado no comportamento de homens que se submeteram a exame de CaP envolvendo TR, sendo que seus efeitos operaram igualmente entre diferentes grupos étnicos, classe social e severidade dos sintomas<sup>68,69</sup>. Outro estudo encontrou que, apesar

de possuírem pouco conhecimento sobre o assunto, os homens consideram o TR como embaraçoso e desconfortável<sup>70</sup>.

Neste estudo, 15,94% dos pacientes sentiram medo do exame, 25% sentiram medo do diagnóstico, 26,45% sentiram vergonha e 48,26% não pensaram em nada. Não foi encontrada diferença significativa ao fazermos a correlação entre faixa de idade e nível de escolaridade. Podemos afirmar que tais sensações e reação de defesa ao “não pensarem em nada” são vividas pelos homens em todas as idades, independente do nível de instrução e conhecimento que adquiriram até este momento de suas vidas.

Dos pacientes que responderam não haverem pensado em nada, 50,63% tinham idade igual/inferior a 50 anos e 35,37% tinham nível superior e/ou pós-graduação. Entre os que respondeu sentir vergonha, igualmente a porcentagem mais alta foi obtida com os de idade igual/inferior a 50 anos (39,76%) e entre os de nível superior e/ou pós-graduação (35,29%).

O medo é a emoção primordial que se instala no ser humano. Congela as emoções, perverte as relações, alimenta as servidões e obstaculiza a possibilidade da assimilação do conhecimento e da criatividade. A partir desta emoção as defesas se constituem e conduz o ser humano para além do princípio do prazer freudiano, o *princípio da alegria* de viver, o único capaz de assegurar uma melhor Qol<sup>71</sup>.

Assim, 40,94% dos homens deste estudo sentiram medo, do exame ou do diagnóstico. Somando-se as demais respostas (“não pensaram em nada” e

sentiram vergonha) a totalidade dos pacientes apresenta reações emocionais de defesa frente ao exame de TR, alternando entre as potencialidades e realizações, bloqueando a ação e inibindo a busca da detecção precoce.

Macias e colaboradores em estudo para determinar se havia diferença entre o gênero do examinador na percepção de dor e vergonha durante o exame de TR, encontraram que pacientes jovens sentiram mais dor e vergonha no exame. O nível do treinamento e o sentimento de vergonha não variaram frente ao gênero do examinador<sup>72</sup>.

Achados semelhantes foram encontrados por Forrester-Anderson em grupos com homens negros americanos onde a vergonha e o medo do diagnóstico, somam-se ao pouco conhecimento sobre a doença e falta de programas de rastreamento<sup>73</sup>.

Dor e desconforto durante o exame de TR não é desprezível, mas não afeta a intenção de se submeter a outro exame no futuro. Estes são os resultados de estudo realizado por Romero e colaboradores em 200 pacientes<sup>74</sup>.

Todos os seres vivos possuem um ritmo orgânico de funcionamento próprio que precisa ser respeitado para que possa se desenvolver naturalmente. No entanto, a sociedade se impõe como potência reguladora essencial que dita regras morais e códigos, organiza os sistemas matrimoniais e ritos de iniciação e mutilações como forma de assegurar a moral e os costumes. É a responsável pelas defesas e aniquila a espontaneidade. Assim o sentir, as sensações e

percepções do corpo, o contato com si mesmo fica comprometido e impossibilita a escuta dos próprios medos, mágoas, decepções, ressentimentos.

Com o objetivo de avaliar porque o homem turco não procura ou participa de programas de rastreamento, Ceber e colaboradores não obtiveram em 51% dos homens estudados a razão pela qual se recusam a participar de tais programas gratuitos. E 25% marcaram a consulta, porém não aceitaram o exame de TR. Em 5,8% dos homens a resposta foi que a vergonha seria o motivo<sup>75</sup>.

De acordo com Nascimento, a escolaridade, associada à idade, é um elemento significativo para a realização do TR. O autor encontrou resultado diferente aos deste estudo, pois segundo ele, homens mais novos e com maior escolaridade disseram não ter muitas restrições para realizar o exame de TR apesar de que, em alguns casos, teriam hesitado em realizá-lo. Já os homens mais velhos e com pouca escolaridade teriam mencionado não ter realizado o exame por não apresentarem sintomas, revelando assim pouco conhecimento a respeito da doença. Tal estudo não apresenta o número de sujeitos ou a metodologia utilizada na coleta dos dados<sup>76</sup>.

A partir dos anos 1990 a temática da saúde do homem começou a se consolidar com enfoque diferenciado, voltando-se para as singularidades envolvidas no processo saúde e doença e articulando-as às noções de raça, orientação sexual, classe social, religião, entre outras<sup>77</sup>.

A busca do homem por sustentar ideais de masculinidade, tais como a necessidade de ser ativo, de prover ao invés de cuidar, não expressar fragilidade,

ou ter atitudes de cuidado com si mesmo, o afastam de exames preventivos, o colocam em maior exposição a riscos (doenças sexualmente transmissíveis, neoplasias, cardiopatias, etc.) e conseqüentemente com um descuido relacionado à própria saúde.

Para o homem é muito difícil ocupar o papel de paciente, frequentemente nega a possibilidade de estar enfermo e procura o médico só em último caso, já que ao contrário poderia estar assumindo um papel passivo, dependente e de fragilidade.

Por outro lado, ser passivo significa ser penetrado. Metaforicamente, são as mulheres e homossexuais quem são penetrados. A partir deste olhar, o TR pode não ser visto apenas como uma penetração física. Pode ser associada, simbolicamente como uma violação e humilhação<sup>78</sup>.

Gomes e colaboradores apresentam dentre os principais resultados de pesquisa realizada, a idéia de que o TR pode suscitar interdições e violações, podendo ser percebido como algo que compromete o que se entende comumente por ser homem; ou seja, o TR não toca apenas a próstata, mas também toca na masculinidade, podendo arranhá-la<sup>79</sup>.

Muitos fatos da vida sexual e genital não podem ser explicados senão relacionados com o desenvolvimento psicoafetivo.

Freud fala da importância das zonas dos orifícios, portas do corpo, no decorrer do desenvolvimento da criança, sobre o prazer das mucosas e dos

órgãos. A anatomia funcional, as funções vegetativas, os músculos e as emoções entram neste jogo.

A sede do superego situa-se nos músculos das coxas, onde não é raro constatar-se um bloqueio dos músculos adutores, chamados “músculos da virgindade”. E, isto não apenas nas mulheres, mas também nos homens. Este superego está ligado ao julgamento dos outros<sup>30</sup>.

Na pelve encontramos não apenas o problema edipiano, mas também a expressão neurótica da analidade ou neurótica fálica. A abordagem anatomofisiológica da pelve masculina sublinha a importância desta região.

No componente anal encontramos a ambivalência afetiva da criança forçada a controlar seus esfíncteres pelo medo de ser punida. A importância à dimensão do pênis como se isto determinasse a virilidade do indivíduo. A dimensão do órgão não está ligada a sua função, mas muitos homens desenvolvem um complexo de inferioridade a este respeito.

A estagnação energética pelas excitações não “descarregadas”, pelas dificuldades próprias e nos relacionamentos, impossibilita um contato satisfatório e facilitador. É na expressão da sexualidade genital que encontramos os laços mais estreitos entre a fisiologia e a psicologia.

No que se refere à homossexualidade, essa expressão permite várias significações e sentidos, tanto que a concepção apresentada por vários autores se

superpõe ou coincidem como também surgem ambíguas e divergentes entre si, outras vezes se complementam em ampla gama de variações teórico-técnico<sup>80</sup>.

A cultura determina grandes e decisivas mudanças na maneira de encarar a homossexualidade. O que prevalece por parte do ambiente, é uma rejeição declarada ou dissimulada, nos mesmos moldes persecutórios e humilhatórios que se processam contra todas as minorias sociais. Assim, o discurso sobre sexualidade, sobre padrões de comportamento “perigosos” e efeminados coíbem a realização do TR.

As pessoas lidam com as doenças, com as possibilidades de tratamento e a quem recorrer quando ficam doentes de diferentes formas, influenciados e determinados pela cultura e grupos sociais em que estão inseridas. Essas crenças e práticas estão relacionadas com as mudanças biológicas e psicológicas no organismo humano, tanto na saúde como na doença<sup>81</sup>.

Cultura é um conjunto de regras que orienta e atribui significados às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social. É a lente herdada através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo em que habitam<sup>71</sup>.

Víctora e colaboradores afirmam que a doença vista à luz de uma perspectiva antropológica, é um fato concreto, mas só existe a partir da ordem simbólica de determinada sociedade. A doença só é pensada como anormalidade se a construção social de uma sociedade a considerar como tal<sup>82</sup>.

Os rótulos “diagnósticos” que as pessoas recebem são estressores adicionais, principalmente quando crenças leigas atuam, prejudicam e determinam condutas de esquivas e medo frente aos rastreamentos precoces. Nesta amostra encontramos que 25% dos pacientes sentiram medo do diagnóstico.

Estamos falando de ações que mexem com sentimentos que surgem a partir da representação do câncer como um mal, visto no senso comum como fatal. Independentemente de ser homem ou mulher as pessoas quando acometidas por estes sentimentos, podem ser impedidas de buscar diagnósticos que precocemente detectem a doença e contribuam para um tratamento eficaz. Desta forma o medo presente impede a busca do rastreamento precoce.

Se o câncer é a “doença terrível”, entre os homens o câncer de próstata é o mais terrível de todos<sup>83</sup>.

Lucumí-Cuesta e Cabrera-Arana encontraram diferenças significativas entre a história de TR e escolaridade, nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, percepção da suscetibilidade da doença, e percepção das barreiras e benefícios do exame. Também foi encontrada diferença significativa entre a intenção de ser submetido ao exame de TR e possuir plano de saúde, percepção da severidade da doença e percepção das barreiras<sup>84</sup>.

Achados semelhantes foram encontrados em revisão de literatura realizada por Myers relativos a afro-americanos. Fatores envolvidos na baixa procura da detecção precoce incluem características sociodemográficas, históricos médicos, e percepção cognitiva e psicossocial<sup>85</sup>.

É esperado que o homem de etnia negra e historia familiar (irmão ou pai com CaP) deva estar mais preocupado e conheça sua maior suscetibilidade em desenvolver a doença, portanto deveria procurar mais o rastreamento do que homens sem este histórico. Porém, não foi este o resultado encontrado em estudo realizado por Bloom e colaboradores. Homens com casos de CaP na família auto declarado não percebiam o risco como sendo maior daqueles sem histórico familiar. Ou sequer relataram preocupação. Além disto, reportaram terem feito exame de PSA recentemente, mas não o exame de TR<sup>86</sup>.

Meiser e colaboradores apresentam como resultado de estudo *cross-sectional* que fatores psicológicos são a influência mais significativa na realização do TR, enquanto que fatores externos, incluindo o envolvimento da parceira, influenciam a realização do PSA<sup>87</sup>.

Estudo conduzido para identificar preditores socioculturais das reações psicológicas do homem ao ser diagnosticado com CaP encontrou que não há diferença entre as raças avaliadas (brancos e negros). Todavia, uma percepção aumentada do estresse da doença, orientação temporal (conseguir focar-se no presente – aqui e agora - e não no passado, ou no futuro) aumentada e maior pressão social exercem efeito positivo no aumento das reações de esquiva. A percepção aumentada do estresse contribui também para o surgimento de pensamentos negativos<sup>88</sup>.

Vários achados de pesquisas sugerem que fatores psicológicos podem afetar parâmetros fisiológicos. Cohen e colaboradores estabeleceram associação

entre a percepção do risco do CaP, preocupação com CaP, e sintomas relacionados ao câncer e níveis de PSA e achados de exame de TR em uma amostra de 1635 homens em procedimento de rastreamento. Os resultados sugerem que a preocupação com o CaP está significativamente associado com níveis alterados de PSA<sup>89</sup>.

Estudo realizado no condado de Olmsted (USA), Wallner e colaboradores observaram que a preocupação com a doença leva mais os homens a fazerem os exames, porém a idade não modifica a associação entre histórico familiar ou preocupação com a doença e a frequência no rastreamento. Homens casados com histórico familiar de CaP procuram mais o rastreamento do que homens casados sem histórico familiar. O estado civil não modifica a associação entre preocupação e procura do rastreamento<sup>90</sup>.

No presente estudo, 85,47% dos pacientes sabiam sobre a importância do exame de TR e em 80,81% dos casos os homens saíram mais esclarecidos após a consulta médica. Estes dados mostram a influência da orientação médica. Em estudo recente concluiu-se que a pouca compreensão de termos médicos referentes ao CaP e a baixa escolaridade, criam barreiras no entendimento dos resultados de exames e na obtenção de consentimento para tratamento<sup>91</sup>.

Na faixa etária dos 60-69 anos, 27,66% disseram não ter informação a respeito da importância do exame e, o mesmo acontecendo entre 10,65% dos analfabetos e com 1º grau incompleto.

Entre os com decisão própria em se consultar 52,38% tinham conhecimento prévio à consulta sobre a importância do exame. Foi encontrado um percentual significativo com  $p\text{-valor}=0,0322$ . Isto revela o papel importante que o conhecimento exerce no comportamento de auto cuidado relativos à saúde.

Woods e colaboradores referem que uma comunicação direta e esclarecedora sobre o CaP, envolvimento do médico na tomada de decisão, influências sociais que promovem prevenção de câncer entre negros, assim como, políticas institucionais aumentam a detecção precoce e conseqüente diminuição da enfermidade neste grupo<sup>92</sup>.

Pouco conhecimento sobre a doença, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, idade (50 anos ou mais), percepção cognitiva e psicossocial, são fatores que influenciam negativamente na procura da detecção precoce do CaP em homens da raça negra<sup>93,94</sup>.

A liberdade para a auto regulação que deveria ser vivida naturalmente desde a infância, não encontra espaço para ser vivenciada em nossa sociedade. O ser humano deveria ser capaz de “ouvir” a si mesmo, respeitar suas necessidades, ir à busca da satisfação e respeitar seus limites.

Muitas vezes passamos por situações em que não podemos ser satisfeitos e respeitados em nossas necessidades físicas e emocionais. Ao longo de nossa história, dependendo da intensidade e da frequência com que estas situações acontecem, vamos nos distanciando do contato com nós mesmos e da capacidade de nos perceber e nos respeitar.

O acesso à informação pode ser um caminho para a procura do urologista e realização do exame de TR. Porém, somente este item não garante a detecção precoce. Os aspectos emocionais desempenham um papel significativo nesta esfera. Existe pouca discussão sobre a sexualidade masculina nos meios de comunicação, e o pouco que há é voltado a assuntos relativos a comportamentos de homens jovens e saudáveis.

A internet é uma forma de fácil acesso à informação médica, o que a torna uma ferramenta a ser utilizada por pacientes e profissionais da saúde<sup>95</sup>. Permite ao público em geral a leitura de material médico com relativa facilidade e anonimato, sem necessitar de uma consulta com profissionais da saúde a fim de esclarecer questões com as quais não se sente confortável. Informações de todos os níveis encontram-se disponíveis, porém a dificuldade em filtrar a de “boa” qualidade é um fato preocupante.

Isto acontece com sites de informação sobre o rastreamento do CaP. A qualidade da informação varia entre a “boa” e a “má”. A falta de evidências claras nos estudos citados pode influenciar de maneira catastrófica a decisão do homem. A forma como se lê a informação muda a decisão a ser tomada<sup>96,97</sup>.

Algumas notícias geram uma ansiedade desnecessária. O paciente que busca muita informação precisa ser seletivo e se informar sobre o material com seu médico. O que não ocorre na maioria das vezes.

A Organização Mundial da Saúde disponibiliza o site multilingual HONcode (Health on the Net Fondation Code of Conduct), com Web sites médicos e sobre saúde, contendo informação confiável<sup>98</sup>.

Os meios de comunicação influenciam na vida das pessoas, difundindo idéias, formas e padrões de vida, trazendo visibilidade ou silêncio a setores inteiros da sociedade e até mesmo pautando o diálogo no relacionamento das pessoas. A análise sobre a relação entre a mídia e a produção de subjetividades deve ser considerada.

Só a prevenção e a tomada de consciência entre os homens podem conduzir, através de uma revolução interior, à evolução humana<sup>99</sup>. A compreensão sobre o elemento caracterial humano é fundamental na elaboração de campanhas educativas.

São necessárias mais publicações e divulgação, com campanhas elucidativas e esclarecedoras, considerando os aspectos emocionais dos homens, ressaltando pontos importantes do CaP e as possibilidades de detecção precoce.

Através da reestruturação cognitiva, utilizando condições facilitadoras como a empatia, o respeito e a concreticidade, focando o contato e a percepção do próprio corpo, poderemos propiciar que cada indivíduo encontre sua maneira satisfatória de viver, procurando melhor Qol.



## *7. Conclusão*

*“Me contaram e eu esqueci.*

*Vi e entendi.*

*Fiz e aprendi”*

*Confúcio*

**7.1.** As reações emocionais de defesa frente ao exame de TR que inibem a busca da detecção precoce são infundadas, pois a maioria absoluta dos pacientes achou menos desagradável do que imaginava e repetirá o exame futuramente.



## 8. Referências Bibliográficas

*“Eu lembro a mim mesmo toda manhã - nada que eu disser neste dia me ensinará coisa alguma. Portanto, se eu pretendo aprender, devo fazê-lo através de ouvir”.*

*Larry King*

1. Sun Y, Goodison S. Optimizing molecular signatures for predicting prostate cancer recurrence. *Prostate* 2009; 69:1119-27.
2. Holland MD, Sheldon L. The human side of cancer. USA: Harper Collins Publishers Inc.; 2000. 1-25p.
3. Moraes MC. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho MMMJ (org.) Introdução a Psiconcologia. São Paulo: Livro Pleno; 1994. 57-63p.
4. Arán MR, Zahar S, Delgado PGG, Souza CM, Cabral CPS, Viegas M. Representation of mastectomized patient about disease and mutilation and impact in diagnosis of breast cancer. *J Bras Psiquiatria* 1996; 45:633-9.
5. Twycross, R, Lack S. Therapeutics in terminal cancer. Londres: Churchill, Livingstone; 1992.
6. Carvalho MMMJ (org.) Parahyba EM, Perina EM, Martins do Valle ER, Wanderley KS, Gimenes MGG. Introdução a Psiconcologia. Campinas: Editora Livro Pleno; 1994. 285p.
7. Gugliota A, Ferreira U, Reis LO, Matheus WE, Denardi F, Mamprim Stopiglia R, Piccolotto Naccarato AME. Satisfaction Analysis in men presenting with localized prostate cancer treated with radical prostatectomy or radiotherapy: psychological and social aspects. *Actas Urol Esp* 2008; 32:411-6.
8. Ferreira U. Câncer de próstata. Tire suas dúvidas. 99 respostas e um alerta. São Paulo: Âmbito Editores. 2006. 68p.
9. Srougi M. Próstata: isso é com você. São Paulo: PubliFolha. 2003. 125p.
10. Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer Statistics, 1997. *CA Cancer J Clin.* 1997; 45:5-27.

11. Reiter RER, de Kernion JB. Epidemiology, etiology, and preventions of prostate cancer. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan DA, Wein AJ. Campbell's urology. Philadelphia: Sanders; 2002. p.3003-24.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação do programa de controle do câncer – Pro-onco –“O câncer no Brasil”[Acesso em 31 de janeiro de 2010]. Disponível em: URL: [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)
13. Carroll PR. AUA Best Practice Statement on Prostate Specific Antigen (PSA). Annual Meeting of the American Urological Association (AUA) - April 25-30, 2009. [Acesso em 29 de abril de 2009]. Disponível em: URL: [http://www.urotoday.com/287/conference\\_coverage/aua\\_2009](http://www.urotoday.com/287/conference_coverage/aua_2009)
14. Griffin CR, Roehl K, Loeb S, Mondo DM, Gashti SN, Catalona WJ. Presented at the annual Meeting of the American Urological Association (AUA)-May 17-22 2008. [Acesso em 21 de maio de 2008]. Disponível em: URL:[http://www.urotoday.com/287/conference\\_coverage/aua\\_2008\\_prostate\\_cancer\\_highlights](http://www.urotoday.com/287/conference_coverage/aua_2008_prostate_cancer_highlights)
15. Eckersberger E, Finkelstein J, Sadri H, Margreiter M, Taneja SS, Lepor H, Djavan B. Rev Urol. 2009 Summer;11(3):127-33.
16. Damber JE, Aus G. Prostate Cancer. **Lancet**, 2008; 371:1710-21.
17. Andriole GL, Levin DL, Crawford ED, Gelmann EP, Pinsky PF, Grobb RL et al. Prostate cancer screening in prostate, lung, colorectal and ovarian cancer screening round of a randomized trial. **J Natl Cancer Inst** 2005; 97:433-8.
18. Ferreira U. Valor do toque retal na detecção do carcinoma de próstata. Campinas, 1988. [Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas].

19. Prostate-Specific Antigen Best Practice Statement: 2009 Update. [Acesso em 30 de janeiro de 2010]. Disponível em:  
[URL:http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/mais-reports/psa09.pdf](http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/mais-reports/psa09.pdf)
20. Potosky AL, Miller BA, Albertsen PC, Kramer BS. The role of increasing detection in the rising incidence of prostate cancer. *JAMA* 1995; 273:548-52.
21. Ikari O, Ferreira U. Como enfrentar as doenças de próstata. Campinas, SP: Ícone; 1986.
22. Nagler HM, Gerber EW, Homel P, Wagner JR, Leborvitch S, Phillips JC. DRE is barrier to population – based prostate cancer screening. *Urology* 2005; 65:1137-40.
23. Tenhe P, Horti J, Balint P, Kovacs B. Prostate cancer screening. *Recent Results Cancer Res* 2007; 175: 65-81.
24. Seidenfeld J, Samson DJ, Aronson N, Albertson PC, Bayoumi AM, Bennett C, et al. Relative effectiveness and cost-effectiveness of methods of androgen suppression in the treatment of advanced prostate cancer. *Evid Rep Technol Assess* 1999; 4:246-8.
25. Nijs HG, Essink-Bot MI, DeKoning HJ, Kirkels WJ, Schröder FH. Why do men refuse or attend population-based screening for prostate cancer? *J Public Health Med* 2000; 22:312-6.
26. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem. [Acesso em 10 de janeiro de 2010]. Disponível em:  
[URL:http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf](http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf)
27. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982. 285p.

28. Freud S. Esboço da Psicanálise? In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago; (1940) 1974. p.165-98.
29. Reich W. Análise do Caráter. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes; 2004. 492p.
30. Navarro F. Caracteriologia pós-reichiana. São Paulo: Summus, 1995
31. Reich W. Bambini del futuro: sulla prevenzione delle patologie sessuali. Milano: Sugar Co Edizioni, 1987. 221p.
32. Freud S. Tipos de desencadeamento da neurose. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, (1912) 1974. p.289-302.
33. Damásio AR. O erro de Descartes. Emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Cia das Letras. 1996. 330p.
34. Rodrigues A. Psicologia Social. 2ª Edição. Petrópolis: Vozes, 1972. p.402.
35. Seidler V. Man enough: embodying masculinities. London: Sage. 1997. 256p.
36. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência Saúde Coletiva**. 2005; 10:97-104.
37. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência Saúde Coletiva**. 2003; 8:825-9.
38. Enciclopédia Medicina e Saúde. Vol VIII. São Paulo: Abril Cultural.
39. Carvalho MM. Psycho-oncology: History, Characteristics and Challenge. **Psicol USP** 2002; 13:151-66.

40. Castro MAS, Oliveira NJ, Fartes G, Ferreira U. Câncer Urológico em Geriatria. In: Dambros M (org.). Urologia Geriátrica. Roca. 2009. 91-117p.
41. Fradet Y, Klotz L, Trachtenberg J, Zlotta A. The burden of prostate cancer in Canada. **Can Urol Assoc J**. 2009 Jun;3(3 Suppl 2):S92-S100.
42. Aronson WJ. Presented at the Annual Meeting of the American Urological Association (AUA) - April 25-30,2009. [Acesso em 30 de abril de 2009]. Disponível em: URL:  
[http://www.urotoday.com/287/conference\\_coverage/aua\\_2009\\_\\_prostate\\_cancer\\_highlights/aua\\_2009](http://www.urotoday.com/287/conference_coverage/aua_2009__prostate_cancer_highlights/aua_2009).
43. Leitzmann MF, Stampfe MJ, Michaud DS, Augustsson K, Colditz GC, Willett WC et al. Dietary intake of n-3 and n-6 fatty acids and the risk of prostate cancer. **Am J Clin Nutr** 2004; 80:204-16.
44. Shariat SF, Scardino PT, Lilja H. Screening for prostate cancer: an update. **Can J Urol** 2008; 15: 4363-74.
45. Fitzpatrick JM, Banu E, Oudard S. Prostate-specific antigen kinetics in localized and advanced prostate cancer. **BJU Int** 2009; 103:578-87.
46. Organização Mundial da Saúde (OMS) [Acesso em 30 de abril de 2009]. Disponível em: URL:  
<http://www.who.int/cancer/detection/prostatecancer/en/>
47. Associação Européia de Urologia (EAU) [Acesso em 30 de abril de 2009]. Disponível em URL: <http://www.uroweb.org/press/press-releases/eau-to-launch-online-prostate-risk-indicator/>
48. *Prostate Cancer Foundation* (PCF) [Acesso em 30 de abril de 2009]. Disponível em URL:  
[http://www.prostatecancerfoundation.org/site/c.itlWK2OSG/b.47285/k.9EA6/PSA\\_\\_DRE\\_Screening.htm](http://www.prostatecancerfoundation.org/site/c.itlWK2OSG/b.47285/k.9EA6/PSA__DRE_Screening.htm)

49. Nadler RB. The case for prostate-specific antigen screening starting at age 40. **Cancer** 2008; 113:1278-81.
50. Associação Brasileira do Câncer. [Acesso em 20 de novembro de 2008]. Disponível em: URL: [http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo\\_fixo&id=619](http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=619).
51. Bissada NK, Rountree GA, Sulieman JS. Factors affecting accuracy and morbidity in transrectal biopsy of prostate. **Surg Gynecol Obstet** 1977; 145:869-72.
52. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. **Ca Cancer J Clin**. 2009 Jul-Aug;59(4): 255-49. Epub 2009 May 27.
53. Byar DP, Corle DK. Hormone therapy for prostate cancer: results of the Veterans Administration Cooperative Urological Research Group studies. **Nat Cancer Inst Monograph**. 1988;(7):165-70
54. Boletim do NAU. Publicação do Núcleo Avançado de Urologia do Hospital Sírio- Libanês. Abril-2008. 1ª Edição. [Acesso em 20 de novembro de 2008]. Disponível em: URL: [HTTP://www.hospitalsiriolibanes.org.br/pacientes\\_acompanhantes/nucleo\\_urologia/boletim/pdf/1edicao\\_abril08.pdf](HTTP://www.hospitalsiriolibanes.org.br/pacientes_acompanhantes/nucleo_urologia/boletim/pdf/1edicao_abril08.pdf)
55. Silverberg E, Lubera JA. Cancer statistics, 1988. **CA Cancer J Clin** 1988; 38:5-22.
56. Labrie F, Candas B, Dupont A, Cusan L, Gomez JL, Suburu RE, et al. Screening decreases prostate cancer death: first analysis of the 1988 Quebec prospective randomized controlled study. **Prostate** 1999; 38:83-91.
57. Walsh PC: Why make an early diagnosis of prostate cancer. **J Urol** 1992; 147:853-4.

58. Glina S, Toscano Jr IL, Mello LF, Martins FG, Vieira VLA, Damas CGS. Results of screening for prostate cancer in a community hospital. *Braz J Urol* 2001; 27:235-43.
59. Martins ACP, Reis RB, Suaid HJ, Maciel LMZ, Cologna AJ, Falconi RAR. Screening for carcinoma of the prostate in volunteers. *Braz J Urol* 2000; 26:516-22.
60. Arndt B, Kwiatkowski M, Recker F. Status of care for prostate cancer in 2008. *Urology* 2008; 47:969-74.
61. Ross LE, Taylor YJ, Richardson LC, Howard DL. Patterns in prostate-specific antigen test use and digital rectal examinations in the behavioral risk factor surveillance system, 2002-2006. *J Natl Med Assoc* 2009; 101:316-24.
62. Okotie OT, Roehl KA, Han M, Loeb S, Gashti SN, Catalona WJ. Characteristics of prostate cancer detected by digital rectal examination only. *Urology* 2007; 70:1117-20.
63. Hulley SB, Cummings SR. *Designing Clinical Research*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1988. 220p.
64. Ey H. *Naissance de la médecine*. Paris: Masson. 1981. 230p. In: Navarro FA *somatopsicodinâmica. Sistemática reichiana da patologia e da clínica médica*. São Paulo. 1995.
65. Woods VD, Montgomery SB, Herring RP, Gardner RW, Stokols D. Social ecological predictors of prostate-specific antigen blood test and digital rectal examination in black american men. *J Natl Med Assoc* 2006; 98:492-504.
66. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*- Ferreira ABH. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1986.

67. Reich W. O caráter impulsivo: um estudo psicanalítico da patologia do ego. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. 120p.
68. Consedine NS, Morgenstern AH, Kudadjie-Gyanfi E, Magai C, Neugut AI. Prostate cancer screening behavior in men from seven ethnic groups: the fear factor. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2006; 15:228-37.
69. Brown CT, O'Flynn E, Van Der Meulen J, Newman S, Mundy AR, Emberton M. A fear of prostate cancer in men with lower urinary tract symptoms: should symptomatic men be screened? **BJU Int** 2003; 91: 492-504.
70. Clark-Tasker VA, Wade R. What we thought we knew: African American male's perceptions of prostate cancer and screening methods. **ABNF J** 2002; 13:56-60.
71. Dadoun R. Cem flores para Wilhelm Reich. São Paulo. Editora Moraes. 1991. 397p.
72. Macias DJ, Sarabia MJ, Skalar DP. Male discomfort during digital rectal examination: does examiner gender make a difference? **Am J Emerg Med** 2000; 18:676-8.
73. Forrester-Anderson IT. Prostate cancer screening perceptions, knowledge and behaviors among African American men: focus group findings. **J Health Care Poor Underserved** 2005; 16(4 Suppl A):22-30.
74. Romero FR, Romero AW, Brenny Filho T, Bark NM, Yamazaki DS, de Oliveira FC. Patients' perception of pain and discomfort during digital rectal exam for prostate cancer screening. **Arch Esp Urol** 2008; 61:850-4.
75. Ceber E, Cakir D, Ogce F, Simsir A, Cal C, Ozentürk G. Why do men refuse prostate cancer screening? Demographic analysis in Turkey. **Asian Pac J Cancer Prev** 2008; 9:387-90.

76. Nascimento MR. Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença. Anais do XII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP. Caxambu, 2000, v.1,24 p.
77. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 10 nº 1. Rio de Janeiro. Jan/Mar 2005.
78. Lucumi-Cuesta DI, Cabrera-Arana GA. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para câncer em La próstata: hallazgos cualitativos de um estúdio em Cali. **Colomb Med** 2003; 34:111-8.
79. Gomes, R; Nascimento, EF; Rebello LEFS; Araújo, FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência e Saúde Coletiva** 2008; 13:1975-84.
80. Zimmerman DE. A face narcisista da homossexualidade: implicações na técnica. In: Granã RB. (Org). Homossexualidade. Formulações psicanalíticas atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
81. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médias, 1994.
82. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Corpo, saúde e doença na antropologia. In: Victora et al. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.
83. Patterson JT. The dread disease. London: Harvard University Press, 1987. p.839-78.
84. Lucumí-Cuesta DI, Cabrera-Arana GA. Beliefs of men from Cali, Colombia, about digital rectal examination: findings of an exploratory study. **Caderno Saude Publica** 2005; 21:1491-8.

85. Myers RE. African American men, prostate cancer early detection examination use, and informed decision-making. ***Semin Oncol*** 1999; 26:375-81.
86. Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvans I, Banks PJ, Chang S. Family history, perceived risk, and prostate cancer screening among African American men. ***Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*** 2006; 15:2167-73.
87. Meiser B, Cowan R, Costello A, Giles GG, Lindeman GJ, Gaff CL. Prostate cancer screening in men with a family history of prostate cancer: the role of partners in influencing men's screening uptake. ***Urology*** 2007; 70:738-42.
88. Halbert CH, Wrenn G, Weathers B, Delmoor E, Have TT, Coyne J. Sociocultural determinants of men's reaction to prostate cancer diagnosis. ***Psycho-Oncol*** 2009; May 1. Epub ahead of print.
89. Cohen L, Fouladi RT, Babaian RJ, Bhadkamkar VA, Parker PA, Taylor CC, Smith MA, Gritz ER, Basen-Enquist K. Cancer worry is associated with abnormal prostate-specific antigen levels in men participating in a community screening program. ***Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*** 2003; 12:610-7.
90. Wallner LP, Sarma AV, Lieber MM, St Sauver JL, Jacobson DJ, McGree ME, et al. Psychosocial Factors Associated with an increased frequency of prostate cancer screening in men ages 40 to 79 years: The Olmsted County Study. ***Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*** 2008; 17:3588-92.
91. Kilbridge KL, Fraser G, Krahn M, Nelson EM, Conaway M, Bashore R, Wolf A, Barry MJ, Gong DA, Nease RF Jr, Connors AF. Lack of comprehension of common prostate cancer terms in an underserved population. *J Clin Oncol*. 2009 Apr 20;27(12): 1938-40.

92. Woods VD, Montgomery SB, Herring RP, Gardner RW, Stokols D. Social ecological predictors of prostate-specific antigen blood test and digital rectal examination in black American men. **J Natl Med Assoc** 2006; 98:492-504.
93. Meyers RE, Hyslop T, Jennings-Dozier K, Wolf TA, Burgh DY, Diehl JA et al. Intention to be tested for prostate cancer risk among African American men. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2000; 9:1323-8.
94. Agho AO, Lewis MA. Correlates of actual and perceived knowledge of prostate cancer among African Americans. **Cancer Nurs** 2001; 24:165-71.
95. Lawrentschuk N, Abouassaly R, Hackett N, Groll R, Fleshner NE. Health information quality on the internet in urological oncology: a multilingual longitudinal evaluation. **Urology**. 2009 Nov;74(5):1058-63.
96. Risbridger G, Green S, Carson CC. Presented at the Masters in Urology Meeting – To screen or not to screen: the online opinion on prostate cancer screening – July 31- August 2, 2008, Elbow Beach, Bermuda. [Acesso em 2 de agosto de 2008]. Disponível em: URL: [http://www.urotoday.com/287/conference\\_coverage/master\\_in\\_urology\\_2008](http://www.urotoday.com/287/conference_coverage/master_in_urology_2008)
97. Steinberg PL, Wason S, Stern JM, Deters L, Kowal B, Seigne J. You tube as source of prostate cancer information. **Urology**. 2009 Oct 6. [Epub ahead of print].
98. Health on the net Fondation- HON. [Acesso em 30 de janeiro de 2010]. Disponível em: [URL:http://www.hon.ch/HONcode/Portuguese](http://www.hon.ch/HONcode/Portuguese)
99. Reich W. A Revolução Sexual. 8ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. 1988. 316p.



## *9. Anexo e Apêndices*

*“Na lenda e no mito há sempre*

*um coração, uma alma”.*

## 9.1. Anexo 1: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 26/06/07.

PARECER CEP: Nº 455/2005

### PARECER

#### I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SOB RASTREAMENTO DE CARCINOMA PROSTÁTICO”

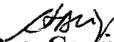
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ubirajara Ferreira

#### II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a utilização de dados do protocolo de pesquisa supracitado, para desenvolvimento da dissertação de mestrado da aluna Ângela Maria Elizabeth Piccolotto Naccarato.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de junho de 2007.

  
**Prof. Dra. Carmin Silvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br

## 9.2. Apêndice 1:

### Avaliação demográfica da primeira consulta de pacientes para rastreamento de câncer de próstata:

Idade  
Profissão  
Escolaridade  
Raça

Quem te convenceu a consultar?

Eu mesmo  Esposa  Filho  Amigo  Irmão  outros parentes  Mídia  Outro médico

Quem marcou a consulta?

Eu mesmo  Esposa  Filho  Amigo  Irmão  outros parentes

Outros  Especificar: \_\_\_\_\_

Em relação ao que imaginava, o que você achou do exame retal?

Melhor do que imaginava  igual  pior  muito pior

Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):

Senti medo do exame (toque)  Senti medo do diagnóstico

Senti vergonha  Não pensei em nada

Você pensa em fazer o exame novamente?

Sim  Não  Talvez

Você já tinha alguma informação a respeito da importância deste exame?

Sim  Não

Em relação ao que você sabia sobre o câncer de próstata, após essa consulta, você se sente:

Mais esclarecido  Menos esclarecido  Igual a antes da consulta

### 9.3. Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você esta sendo convidado a participar de um estudo chamado **“PERFIL DEMOGRÁFICO E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES SOB RASTREAMENTO DE CARCINOMA PROSTÁTICO”**. Este estudo será desenvolvido no Ambulatório de Urologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP, Hospital Estadual de Sumaré, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Louveira e consultórios particulares dos médicos desses mesmos serviços.

Após a consulta de rotina, você responderá um questionário sobre idade, profissão, escolaridade, raça, como procurou o médico urologista, quem agendou a consulta, impressão a respeito do exame de toque retal e idéia em relação à prevenção do câncer de próstata.

Sua participação é voluntária e você tem liberdade de recusar ou de retirar este consentimento em qualquer momento, sem penalização alguma ou comprometimento dos atendimentos oferecidos por estes serviços, bem como buscar junto ao(s) responsável (is) esclarecimento de qualquer natureza.

Os médicos, pesquisadores responsáveis, garantem o sigilo e a privacidade de dados confidenciais, garantem ainda que sua participação não traga riscos, transtornos físicos e/ou morais e nem ônus financeiro.

Em caso de duvida, a equipe de urologia estará a disposição para esclarecimentos por contato telefônico.

Finalmente, eu \_\_\_\_\_  
declaro estar totalmente esclarecido sobre o estudo **“PERFIL DEMOGRÁFICO E ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES SOB RASTREAMENTO DE CARCINOMA PROSTÁTICO”** e ter ciência de que as atividades desenvolvidas poderão ser utilizadas para fins acadêmicos e científicos, incluindo publicações e participações em congressos, no limite da ética e do proceder científico integro e idôneo.

Qualquer duvida poderá ser esclarecida com o Dr. Wagner Eduardo Matheus, telefone 0xx19-9771.1865 ou com o comitê de Ética em Pesquisa, telefone 0xx19-3788.8936.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

Nome	Data	Assinatura do paciente
------	------	------------------------

---

Nome	Data	Assinatura do responsável
------	------	---------------------------

---

Nome	Data	Assinatura do pesquisador
------	------	---------------------------

---

#### 9.4. Apêndice 3:

<b>Profissão</b>	<b>Frequência</b>	<b>% Acumulada</b>	<b>Frequência</b>
administrador	3	0.88	3
administrador de sítio	1	0.29	4
administrador empresa	7	2.06	11
advogado	5	1.47	16
afiador ferramenta	1	0.29	17
agente comercial	1	0.29	18
agricultor	7	2.06	25
ajudante geral	1	0.29	26
almoxarife	3	0.88	29
analista operações	1	0.29	30
analista sistemas	1	0.29	31
aposentado	44	12.98	75
aposentado invalidez	1	0.29	76
arquiteto	1	0.29	77
artista plástico	1	0.29	78
assistente administrativo	1	0.29	79
autônomo	4	1.18	83
auxiliar administrativo	1	0.29	84
auxiliar de enfermagem	1	0.29	85
auxiliar de pedreiro	1	0.29	86
auxiliar de produção	1	0.29	87
auxiliar geral	2	0.59	89
azulejista	1	0.29	90
açougueiro	1	0.29	91
balconista	1	0.29	92
bancário	2	0.59	94
barbeiro	1	0.29	95
biólogo	1	0.29	96
cabelereiro	1	0.29	97
caldeireiro	1	0.29	98
carpinteiro	1	0.29	99
caseiro	2	0.59	101
chefe cozinha	1	0.29	102
chefe de vendas	1	0.29	103
comerciante	16	4.72	119
comerciário	3	0.88	122
comprador	4	1.18	126
comércio	1	0.29	127

construtor	2	0.59	129
construtor civil	1	0.29	130
construção civil	1	0.29	131
consultor	2	0.59	133
consultor de recursos humanos	1	0.29	134
contabilista	1	0.29	135
contador	2	0.59	137
coordenador	2	0.59	139
coordenador cobrança	1	0.29	140
cozinheiro	1	0.29	141
desempregado	1	0.29	142
diretor comercial	3	0.88	145
economista	1	0.29	146
eletricista	2	0.59	148
eletricitário	1	0.29	149
eletrotécnico	1	0.29	150
empacotador	1	0.29	151
empilhadeiraista	1	0.29	152
empreiteiro	1	0.29	153
empresário	9	2.65	162
encarregado	1	0.29	163
encarregado almoxarifado	1	0.29	164
encarregado manutenção	1	0.29	165
encarregado produção	1	0.29	166
engenheiro	9	2.65	175
engenheiro agrônomo	2	0.59	177
engenheiro civil	2	0.59	179
engenheiro florestal	1	0.29	180
engenheiro mecânico	2	0.59	182
escriturário	1	0.29	183
faxineiro	1	0.29	184
feirante	1	0.29	185
ferramenteiro	1	0.29	186
funcionário publico estatal	1	0.29	187
funcionário público	2	0.59	189
funcionário público aposentado	2	0.59	191
físico	1	0.29	192
gerente	1	0.29	193
gerente de produção	1	0.29	194
gerente de vendas	2	0.59	196
hidráulico-eletricista	1	0.29	197
industrial	2	0.59	199

industrial	2	0.59	201
inspetor aluno	1	0.29	202
Investigador	1	0.29	203
jardineiro	5	1.47	208
jornalista	1	0.29	209
lavrador	3	0.88	212
lider	1	0.29	213
locutor	1	0.29	214
logistica	1	0.29	215
mecânico	2	0.59	217
mecânico industrial	1	0.29	218
metalúrgico	3	0.88	221
micro empresário	1	0.29	222
militar	2	0.59	224
modelador	1	0.29	225
montador	1	0.29	226
montagem	1	0.29	227
motorista	15	4.42	242
médico	4	1.18	246
médico e professor	1	0.29	247
médico veterinário	1	0.29	248
músico	1	0.29	249
oficial de pré moldados	1	0.29	250
operador de máquinas	1	0.29	251
operador de produção	2	0.59	253
operador destilaria	1	0.29	254
paisagista	1	0.29	255
pastor	1	0.29	256
pedreiro	20	5.90	276
pintor	3	0.88	279
policia	1	0.29	280
policia militar aposentado	1	0.29	281
porteiro	4	1.18	285
produção	2	0.59	287
professor	2	0.59	289
professor aposentado	1	0.29	290
professor mba	1	0.29	291
professor universitário	3	0.88	294
projetista	1	0.29	295
propagandista	1	0.29	296
publicitário	1	0.29	297
quimico	1	0.29	298

representante comercial	5	1.47	303
reserva exercito	1	0.29	304
sapateiro	1	0.29	305
segurança	1	0.29	306
serrador	1	0.29	307
servente pedreiro	1	0.29	308
servidor publico	2	0.59	310
serviços gerais	4	1.18	314
soldador	1	0.29	315
supervisor	1	0.29	316
supervisor de produção	1	0.29	317
suporte CPD	1	0.29	318
taxista aposentado	1	0.29	319
tecnologo em logística	1	0.29	320
torneiro mecânico	5	1.47	325
tratorista	2	0.59	327
tecnico agrícola	1	0.29	328
tecnico contabilidade	1	0.29	329
tecnico eletrônica	2	0.59	331
tecnico em enfermagem	1	0.29	332
tecnico informática	1	0.29	333
tecnico mecânica	1	0.29	334
tecnico segurança	1	0.29	335
Vigia	2	0.59	337
Vigilante	2	0.59	339

### 9.5. Apêndice 4:

<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>LOCAL</b>	<b>N</b>
<b>Prof. Dr. Cláudio Pagotto</b>	Jundiaí	15
<b>Prof. Dr. Fernandes Denardi</b>	Consultório Particular Araras/SP	31
<b>Dr. Leonardo O. Reis</b>	Hospital Municipal de Paulínia Paulínia/SP	12
<b>Prof. Dr. Nelson Rodrigues Netto</b>	Consultório Particular São Paulo/SP	8
<b>Dr. Rafael Mamprim Stopiglia</b>	Consultório Particular-Campinas/SP	30
	Centro Clinico Valinhos – Valinhos/SP	8
	Hospital Estadual Sumaré – Sumaré/SP	2
	Clinica Jaguari - Jaguariuna/SP	12
<b>Prof. Dr. Ubirajara Ferreira</b>	Consultório Particular-Campinas/SP	76
<b>UNICAMP</b>	Ambulatório de Urologia Geral	6
<b>Dr. Victor F Leitão</b>	Santa Casa de Louveira-Louveira/SP Amb.Uro Prefeitura Municipal Vinhedo-SP	91
<b>Prof. Dr. Wagner E. Matheus</b>	Consultório Particular-Campinas/SP	54



### ***Um dia a gente entende que...***

*Que é errando que se aprende,*

*Que envelhecer não significa deixar de ser criança,*

*Que o silencio é a melhor resposta quando ouvimos uma bobagem,*

*Que ganhar dinheiro não é prioridade em toda profissão,*

*Que os sonhos estão aí para serem alcançados,*

*Que amigos a gente conquista mostrando o que somos,*

*Que os verdadeiros amigos estão ao nosso lado até o fim,*

*Que a maldade muitas vezes se esconde atrás de uma bela face,*

*Que não se espera a felicidade chegar, mas se procura por ela,*

*Que a natureza é a coisa mais bela da vida,*

*Que amar significa se dar por inteiro e sem medo de se perder,*

*Que um só dia pode ser mais importante do que muitos,*

*Que se pode confessar com a lua,*

*Que é possível viajar além do infinito,*

*Que ouvir uma palavra de carinho faz bem a saúde,*

*Que um gesto de amor sempre aquece o coração,*

*Que o julgamento alheio não é importante,*

*Que quando pensamos saber de tudo descobrimos que temos muito que aprender,*

*Que devemos ser crianças a vida toda,*

*Que é preciso cultivar a paz interior,*

*Que sonhar é preciso,*

*E o mais importante de tudo...*

***....é que somos livres para nossas escolhas.***

*Autor desconhecido*