



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARINA VIANA FERNANDES

**O HOMEM FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE**

Londrina
2012

MARINA VIANA FERNANDES

**O HOMEM FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

F363h Fernandes, Marina Viana.

O homem frente ao diagnóstico do câncer de próstata : procura por cuidado de saúde / Marina Viana Fernandes. – Londrina, 2012.
102 f. : il.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Próstata – Câncer – Cuidados em enfermagem – Teses. 2. Enfermagem na saúde e higiene do homem – Teses. 3. Enfermagem oncológica – Teses. 4. Homens – Atitudes em relação à saúde – Teses. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083:616-006.6

MARINA VIANA FERNANDES

**O HOMEM FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.
UEL – Londrina - PR

Prof^ª Dr^ª Júlia Trevisan Martins.
UEL – Londrina - PR

Prof^ª Dr^ª Sônia Silva Marcon.
UEM – Maringá - PR

Londrina, 27 de julho de 2012.

Aos homens com câncer de próstata que, carinhosamente, aceitaram ser entrevistados e, para isso, percorreram grandes distâncias, disponibilizaram algumas horas de seu cotidiano e abriram a porta de suas casas com a permissão de suas famílias. O crédito que esses homens deram a esta pesquisa, muitas vezes, cheios de dúvidas sobre como estariam contribuindo para o conhecimento científico, só pode ser agradecido com um muito obrigado, pois sem essa colaboração esse estudo seria inviável.

Para Joaquim José Fernandes e Flauzina Viana
Fernandes, meus pais, que, em vida, sempre foram
corajosos ao trilhar suas escolhas, cujas semelhanças
continuaram a florescer em seus descendentes (Leila,
Nuna, Mariete e Kim – *in memoriam*), que se
mantiveram, incondicionalmente, presentes em todos
os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTO (S)

A DEUS, que está acima de tudo, e a seus anjos guardiões, espíritos de luz que sempre me acompanharam e me sustentaram nas dificuldades.

À minha cunhada, Elisa, que, em bora esteja longe, me apóia e vibra com o meu sucesso.

Aos sobrinhos queridos, Marcos e Vítor, que fazem parte de minha vida e, com certeza, curtem cada vitória conseguida.

À minha orientadora, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli, pelo estímulo constante, pela oportunidade de aprendizado e por sua capacidade de desvelar os caminhos a serem percorridos durante todo o desenvolvimento desse trabalho.

Ao professor José Carlos Dalmas, por sua paciência nas diferentes etapas exigidas na construção e alimentação dos dados estatísticos.

À professora Sonia Silva Marcon, por mostrar a relevância da pesquisa para a enfermagem e pelo estímulo ao fazer científico.

À professora Júlia Trevisan Martins, pela alegria, espontaneidade e precioso parecer.

À professora Sandra Mara Maciel, pelas sugestões que foram imprescindíveis para este estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, pela disposição, carinho, dedicação e incentivo.

Aos amigos, Silvana Kelye Souza de Almeida Barros, Adriana Henriques Ribeiro Menezes e André Luis dos Santos Silva, parceiros de todas as horas, sempre presentes nos momentos de descontração e aprendizado.

À aluna, Jelsiana Mendes da Silva Beker, por sua rica participação na coleta de dados.

À aluna, Natany Cardozo, por sua contribuição na organização dos dados.

À amiga, Magali Godoy Pereira Cardoso, pela valiosa indicação das alunas Jelsiana e Natany.

A Benedita Gonçalves de Assis Ribeiro, Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina, pelo estímulo constante ao saber científico dos enfermeiros.

À amiga e parceira, Marisa Fugisawa Garani, pela retaguarda nas atividades profissionais.

Às colegas de profissão, Ivonice Zeppere e de Angelo e Sandra Ribeiro, por me substituírem no trabalho em momentos preciosos para a finalização desse estudo.

A Juliana Padial Miliorini Caetano, colega e amiga dedicada, sempre disponível.

A Ivone de Jesus Duarte, pela paciência e dedicação na localização dos participantes da pesquisa.

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desse estudo.

*Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou
um ser condicionado mas, consciente do
inacabamento, sei que posso ir mais além dele.*

Paulo Freire

FERNANDES, Marina Viana. **O homem frente ao diagnóstico do câncer de próstata: procura por cuidado de saúde.** 2012. 102p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico e comportamental de um grupo de homens com diagnóstico de Câncer de Próstata. Utilizou-se com o referencial teórico-metodológico o Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde conforme proposto por Rosentock. Trata-se de estudo epidemiológico analítico, com recorte transversal, com homens com câncer de próstata acompanhados em um Ambulatório de Oncologia de um Hospital Universitário Público localizado na região Norte do Paraná. Utilizou-se a técnica censitária para delimitação da população que foi constituída por 54 indivíduos (excluídos os óbitos, dificuldade auditiva e cognitiva, e as recusas), de um total de 70 homens acompanhados no ano de 2010, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 77%. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi realizada a coleta de dados, no período de abril a outubro de 2011, por meio de entrevista, utilizando-se um formulário estruturado com perguntas abertas e fechadas sobre dados epidemiológicos e questões que contemplam os constructos do modelo proposto, como percepção de suscetibilidade, percepção de severidade, percepção de barreiras, percepção dos benefícios da procura por cuidados de saúde e ação (Atitude positiva em relação à saúde). Os dados foram compilados no programa *Microsoft Office Excel® 2003* e, posteriormente, transportados para o programa *SPSS*, versão 19, onde foram analisados descritivamente e por meio do Teste Exato de Fisher. Os resultados revelaram que a idade média dos homens investigados foi de 74,8 anos, havendo predomínio de brancos (53,7%); baixa escolaridade (57,4%); aposentados (75,9%) e coabitação familiar (89,9%). Foram observados comportamentos de risco para o CaP, como alimentação inadequada (68,5%); uso do tabaco (28,0%) e bebida alcoólica (67,0%). Por outro lado, 62,0% relataram a prática de atividades físicas. A história familiar apontou que 24% dos homens investigados, apresentavam 2,2 vezes mais risco para Câncer de Próstata, por terem parentes de primeiro grau com a doença. O tempo médio da procura por cuidados de saúde para 45% foi superior a 30 dias, atingindo até 12 anos. Os resultados apontaram também que a prática de atividade física foi fator protetor para a procura de cuidado ($p=0,005$). A percepção de severidade ocorreu apenas após o diagnóstico do câncer, e embora a maioria acreditasse que a busca por cuidado de saúde fosse benéfica, só o fez tardiamente. Houve significância entre o tempo de procura por cuidado e a realização de exames para a detecção do CaP ($p = 0,015$), bem como, dos sentimentos decorrentes desses exames ($p = 0,055$) que foram considerados barreiras e retardaram a procura por cuidado. Conclusão: propõe-se que o conhecimento sobre o perfil epidemiológico e a aplicação do Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde sejam tomados como base para a transformação da prática cotidiana do enfermeiro e demais integrantes da equipe de saúde, para que as carências da população masculina sejam visualizadas e resolvidas.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Câncer de Próstata. Enfermagem. Conduta de saúde.

FERNANDES, Marina Viana. **Men and the diagnosis of prostate cancer: looking for health care.** 2012. 102 p. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

The aim of this study was to acknowledge the epidemiologic and behavioral profile of a group of men with diagnosed with prostate cancer. The theoretical and methodological approach used was the Health Belief Model suggested by Rosentock. This is an analytic and epidemiologic study, a survey with men living with prostate cancer attending an oncology and urology day-clinic in a Public Hospital in Northern Paraná. We used a censitary technique to limit the population constituted by 54 people (excluding deaths, hearing loss and cognitive, and refusals) out of the total of 70 men who attended health care in this institution in 2010. Hence, 77% of them participated in the survey. Participants signed the Informed Consent, based on the Resolution n.196/96 by National Health Counsel. Then, data were collected from April to October 2011 through interviews guided by a structured form with open and closed questions about epidemiologic data. There were also questions about the constructs of the proposed model such as perceptions, susceptibility, severity perception, barriers perception, perception of benefits from looking for health care and taking action (positive attitude towards health). Data were recorded into the *Microsoft Office Excel® 2003* and afterwards transferred to the Statistical Package for Social Sciences software, version 19. Data were analyzed descriptively and by Fisher's Exact Test. The results showed that the mean age of men participating in this study was 74.8 years old, most were Caucasian (53.7%); with few schooling years (57.4%); retired (75.9%) and lived with their families (89.9%). We observed risk behavior for prostate cancer, such as inadequate nutrition (68.5); smoking (28.0%) and drinking (67.0%). On the other hand, 62.0% of men said they did some physical activity. Family history pointed that 24.0% of men investigated presented 2.2 times more risk for prostate cancer, because they had a close relative with the disease. The mean period for looking for health care to 45.0/5 of the men studied was superior to 30 days, ranging up to 12 years. Results also showed that doing physical activities was a protective factor for looking for health care ($p=0.005$). Severity perception occurred only after the cancer diagnosis and although they believed looking for care was beneficial, most did it later. We found statistical significance between period of looking for care and undergoing some exams to detect prostate cancer ($p=0.015$). Likewise, the feelings originated by these exams ($p=0.055$) were considered as barriers and hindered looking for care. We believe that knowing the epidemiological profile and applying the Health Belief Model should be the foundation to change daily practice of the nurse and other health care providers in order to visualize and solve the needs of men.

Keywords: Men's health. Prostatic Neoplasms. Nursing. Health Behavior

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Modelo Analítico Hipotético – Adaptado de Maciel, 1999..... 27

Artigo 1

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos portadores de câncer de próstata. Londrina – PR, 2011 44

Tabela 2 – Comportamentos dos portadores de câncer de próstata. Londrina – PR, 2011 46

Tabela 3 – História da doença dos portadores de câncer de próstata. Londrina – PR, 2011 48

Artigo 2

Tabela 1 – Distribuição da população do estudo, segundo variáveis sociodemográficas e tempo de procura por cuidados de saúde. Londrina – PR, 2011 63

Tabela 2 – Distribuição da população do estudo, segundo estilo de vida e tempo de procura por cuidados de saúde. Londrina – PR, 2011 65

Tabela 3 – Distribuição da população do estudo, segundo percepção de suscetibilidade e tempo de procura por cuidados de saúde. Londrina – PR, 2011 67

Tabela 4 – Distribuição da população do estudo, segundo percepção de severidade e tempo de procura por cuidados de saúde. Londrina – PR, 2011 69

Tabela 5 – Distribuição da população do estudo, segundo percepção de barreiras e tempo de procura por cuidados de saúde. Londrina – PR, 2011 71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CaP	Câncer de Próstata.
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
US	Unidade de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LUTS	Lower Urinary Tracto Simtoms
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
OMS	Organização Mundial da Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
WHO	World Health Organizations
MCA	Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde
PSA	Antigen Prostatic Specific
TDP	Toque Digital Prostático
SPSS	Statistical Pockage of Social Sciences

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	A PROBLEMÁTICA EMBASADA NA VIVÊNCIA DA PESQUISADORA.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	A EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM.	19
2.2	O GÊNERO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE.....	21
2.3	MODELO DE CRENÇAS E ATITUDES EM SAÚDE	24
3	HIPÓTESE DE ESTUDO	27
3.1	MODELO ANALÍTICO HIPOTÉTICO	27
4	OBJETIVO	29
4.1	OBJETIVO GERAL	29
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5	MATERIAL E MÉTODO	31
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	31
5.2	LOCAL DO ESTUDO	31
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
5.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	32
5.5	COLETA DE DADOS.....	33
5.5.1	Instrumento e Técnica	33
5.5.2	Procedimento na Coleta de Dados.....	34
5.5.3	Tratamento dos Dados	35
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6.1	ARTIGO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA ATENDIDO EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO SUL DO PAÍS	38
6.2	ARTIGO 2 – MODELO DE CRENÇAS E ATITUDES: A BUSCA POR CUIDADO DE SAÚDE PELO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA	57
7	CONCLUSÃO GERAL	79

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
9	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	90
	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA A COLETA DE DADOS REFERENTES À PESQUISA	93

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico e comportamental de um grupo de homens com diagnóstico de Câncer de Próstata.

Os resultados desse estudo estão apresentados no formato de dois artigos científicos, correspondentes aos objetivos específicos propostos.

O primeiro artigo, intitulado “Perfil Epidemiológico do Homem com Câncer de Próstata atendido em Serviço Especializado no Sul do Brasil” teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico de homens com câncer de próstata, atendidos em um hospital universitário do sul do Brasil.

O segundo artigo intitula-se: “Modelo de Crenças e Atitudes: a busca por cuidados de saúde pelo homem com câncer de próstata”, que teve por objetivo investigar se crenças e atitudes de homens com câncer de próstata determinam a procura do homem com câncer de próstata por cuidados de saúde antes e após o desenvolvimento da doença”.

A presente dissertação está assim estruturada: introdução; problemática, embasada na vivência da pesquisadora; referencial teórico sobre epidemiologia da saúde do homem, o gênero como determinante de saúde e o MCA – Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde; hipótese do estudo; objetivos; material e método; resultados apresentados em artigos, conforme citado anteriormente; conclusão geral; considerações finais; referências comuns a todo o estudo, apêndices, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o anexo: Formulário para a coleta de dados referentes à pesquisa.

1. Introdução



O processo de reorganização global desencadeou grande modificação nos padrões de saúde-doença do mundo, o que causou alteração no perfil epidemiológico, ou seja, houve diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e aumento, concomitante, das taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente, as cardiovasculares e o câncer (LAURENTI, 1990).

As doenças crônicas têm aumentado em ritmo acelerado, sem distinção de região ou classe social. As condições não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo; em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e que as maiores incidências serão de doença cardíaca, de acidente vascular cerebral, de depressão e de câncer (OMS, 2003).

Os países de terceiro mundo e em desenvolvimento vêm exibindo, desde a década de 50 do século passado, um progressivo declínio em suas taxas de mortalidade, seguido pela redução da taxa de fecundidade nos anos seguintes. Esses dois fatores associados ocasionaram o envelhecimento populacional, cujo processo tem acontecido de forma diferenciada entre os países desenvolvidos, onde tem se configurado de maneira lenta, e os países em desenvolvimento, onde esse processo está ocorrendo rapidamente, acompanhado de melhorias nas condições de saúde (WONG, CARVALHO, 2006; VERAS, 2009).

Esse fato modificou as condições de saúde dos idosos, pois estes passaram a conviver, por muitos anos, com múltiplas doenças-crônicas e em situações assistenciais complexas, que exigem cuidados constantes, medicação contínua, consultas médicas e exames periódicos (VERAS, 2009).

Dentre as doenças crônicas, desde as últimas décadas do século XX, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda (INCA, 2011a).

No Brasil, a distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento. Ao mesmo tempo em que é nítido o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico (mama, próstata, cólon e reto), há taxas elevadas de incidência de tumores, geralmente, associados à pobreza (colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral). Essa classificação, certamente, resulta da exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes

químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida, que variam em função das desigualdades sociais (INCA, 2008; KOIFMAN; KOIFMAN, 2003).

Para a World Health Organizations/WHO (2002), o câncer está profundamente associado ao *status* social e econômico. Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer são mais elevados nos grupos com menos instrução e nas pessoas das classes sociais mais baixas, por estas desenvolverem um estilo de vida com mais privações do que as de classes sociais mais elevadas.

1.1 A PROBLEMÁTICA EMBASADA NA VIVÊNCIA DA PESQUISADORA

Durante o atendimento ambulatorial, observou-se que muitos homens demoram para buscar cuidado médico diante de algum agravo à sua saúde. Uma grande maioria só o faz por já apresentar sintomas que indicam comprometimento do sistema geniturinário, como dificuldade para urinar, hematúria, diminuição da força do jato urinário e muita dor. A porta de entrada ao sistema de atendimento ocorre por meio da US (Unidade de Saúde), de onde os pacientes são referenciados para avaliação em ambulatórios de urologia geral ou oncológicos.

Na avaliação oncológica, esses indivíduos, raramente, recebem diagnóstico de lesão benigna, o que evidencia que os homens não fazem nenhum tipo de prevenção contra o câncer e procuram assistência de saúde somente quando se sentem muito comprometidos clinicamente. Outro aspecto a ser considerado é o tempo de espera destes pacientes para atendimento por um urologista. Essa demora advém de duas situações: a primeira ocorre quando o homem procura atendimento na US e, nesse primeiro atendimento clínico, o médico não o encaminha para a especialidade urológica; a segunda, quando é feito o encaminhamento ao urologista, pois há uma longa espera para a efetivação de uma avaliação específica.

Assim, as chances da doença já estar em fase adiantada são grandes e os pacientes, ao receberem a informação sobre a malignidade da lesão, entram em sofrimento, visto que o câncer ainda se encontra, profundamente, relacionado à possibilidade de morte, perdas e dor. Neste sentido, Santos (2006) refere que mesmo com as descobertas sobre o câncer e seu tratamento, ocorridas há muito tempo, muitas pessoas ainda hoje, não mencionam o termo câncer e dizem “aquele doença”. Evidenciando que os símbolos culturais adotados, muitas vezes, provocam mais sofrimento às pessoas que adoecem de câncer e sua família.

Sonobe, Barichello e Zago (2002) realizaram estudo com pacientes com diagnóstico de câncer colorretal e relataram o grande sofrimento que essas pessoas vivenciaram devido ao próprio câncer e à necessidade de colocação de bolsa de colostomia. Segundo os autores, para esses indivíduos, a doença era sinônimo de sofrimento, transformações no corpo e na vida, incertezas em relação ao futuro, morte, entre outros significados.

Para Tofani e Vaz (2007) informar ao paciente que ele está acometido pelo câncer, já o conscientiza de sua terminalidade e relatam que o diagnóstico de câncer e a dificuldade de aceitação dessa situação estão frequentemente associados à depressão.

O paciente oncológico, independente do gênero, necessita de apoio emocional e social de toda a equipe de saúde, nos diferentes momentos que envolvem o tratamento clínico, ou seja, desde a constatação do diagnóstico até a alta, em situação terapêutica bem sucedida, ou na fase avançada da doença, quando o mesmo já se encontra fora de possibilidade terapêutica. Para Silva, Aquino e Santos (2008, p.77):

A atividade cognitiva, ativada com o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer, pode influenciar o comportamento e as emoções do paciente, alterando a forma como ele se sente, e podendo resultar em transtornos psicológicos decorrentes de um modo distorcido de se perceber os acontecimentos, denominado distorções cognitivas.

A vivência cotidiana com pacientes cancerosos tem evidenciado que as mulheres enfrentam a doença de forma diferente dos homens. Estas, em sua maioria, são mais expansivas e espontâneas e, com isso, buscam, junto à equipe de atendimento, o esclarecimento de dúvidas sobre todas as questões que envolvem a doença, tais como, o que é o câncer, as suas causas, o tempo do tratamento, as reações adversas dos medicamentos, os alimentos que podem ou não ingerir, entre outros.

As mulheres têm mais desembaraço na busca por cuidados de saúde devido ao fato de que, culturalmente, são elas as responsáveis pela função de cuidar no âmbito da família, além de terem sido, prioritariamente, favorecidas, em relação aos homens, desde as primeiras décadas do século passado, pelas políticas de saúde, cujas ações abarcavam a mulher no contexto da gravidez e do parto (BRASIL, 2011b). Assim, por terem uma história mais antiga de incentivo ao cuidado à saúde, as mulheres, de uma forma geral, têm mais facilidade para demonstrar as suas fragilidades frente à doença e para buscar junto aos seus familiares, amigos e profissionais o apoio necessário para amenizar o sofrimento advindo do

câncer, além de acolherem com mais naturalidade o carinho recebido, atitude que não é comum no homem.

Por sua vez, os homens são mais introspectivos, permanecem, muitas vezes, silenciosos durante todo o atendimento e buscam pouca informação sobre o tratamento. De um modo geral, comparecerem sozinhos nas consultas e aparentam não ter queixas ou dúvidas a serem esclarecidas, entretanto, observa-se, no atendimento ambulatorial, que é comum apresentarem hipertensão no dia na consulta.

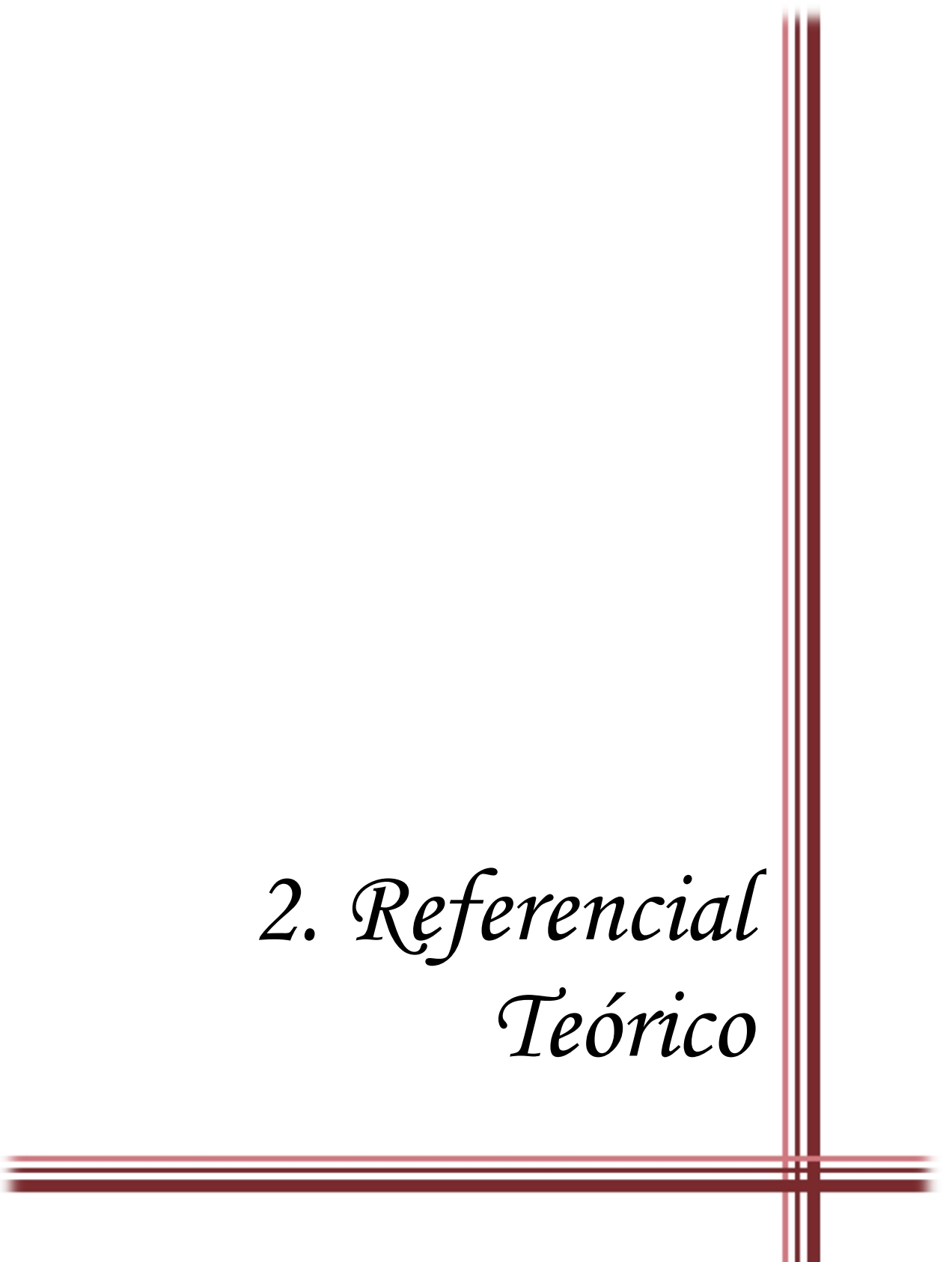
Esses comportamentos, caracterizados pela aparente desvalorização da doença e de seus sintomas, podem representar dificuldade para enfrentar o câncer de próstata, assim, a busca por cuidado pode ser protelada e a saúde destes indivíduos, prejudicada.

Kübler-Ross (1994) apontam a negação e o isolamento como atitudes que fazem parte do primeiro dos cinco estágios pelos quais passa o doente desde o diagnóstico até a morte. Tofani e Vaz, (2007) referiram que, ao ser informado do diagnóstico médico, o primeiro mecanismo de defesa utilizado pelo paciente é a negação. Inicialmente, a negação funciona como um escudo protetor, mas, se esta persistir por longo período, pode enfraquecer o relacionamento e impedir o paciente de assumir uma atitude mais responsável.

O homem fragilizado e com dificuldade no enfrentamento da doença pode ou não adotar atitudes positivas para atenuar os sintomas ou prevenir novos agravos de saúde em decorrência do câncer de próstata.

Neste contexto, evidencia-se a necessidade de aprimoramento da prática dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros, no que diz respeito à assistência a saúde do homem, considerando-se a complexidade que envolve a busca por cuidados médicos.

2. Referencial Teórico



2.1 A EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM

Os homens morrem mais precocemente que as mulheres em todas as faixas etárias. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2002 (BRASIL, 2005), 49,9% dos óbitos brasileiros ocorreram na faixa etária maior ou igual a 65 anos de idade. Em relação ao sexo, esse quadro é diferente: os homens morrem em faixas etárias mais baixas do que as mulheres. Enquanto que, entre as mulheres com 65 anos ou mais, o percentual de óbito é de 60%, o de homens é de 43,1%.

As doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa de morte para ambos os sexos. As segundas e terceiras causas modificaram-se tanto para os homens como para as mulheres e foram respectivamente: causas externas e neoplasias; neoplasias e doenças respiratórias (GOMES, 2008).

Laurenti et al (2005) chamam atenção para as causas externas que mais atingem os homens, que são os homicídios e os acidentes de transporte. Outras causas com acentuada sobremortalidade masculina são os transtornos mentais e comportamentais, que englobam o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, significativamente associadas ao homem. Seguem-se as mortes por doenças do aparelho digestivo, com destaque para a cirrose hepática, informada ou não, com associação ao alcoolismo. Assim, de um modo geral, atribuí-se as mortes por causas externas a fatores sociais e comportamentais e, as mortes por causa natural, o câncer de pulmão, à doença pulmonar obstrutiva crônica, à cirrose, entre outras.

No Brasil, segundo o INCA (2011a), as estimativas para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de, aproximadamente, 518.510 casos novos de câncer, incluindo os de pele não melanoma, que reforçam a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil novos casos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino.

Para esse órgão, é esperado um total de 257.870 novos casos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino, para os anos 2012-2013. Confirma-se a estimativa de que o câncer da pele do tipo não melanoma (134 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18 mil).

Os 5 (cinco) tumores mais incidentes para o sexo masculino serão: câncer de pele não melanoma (63 mil casos novos), próstata (60 mil), pulmão (17 mil), cólon e reto (14 mil) e estômago (13 mil) (INCA, 2011a).

A distribuição dos casos novos de câncer, segundo o tipo de tumor e as cinco regiões do país, para o sexo masculino, mostra-se heterogênea entre Estados e capitais, o que fica evidente ao se observar a representação espacial das diferentes 27 taxas brutas de incidência. As regiões sul e sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto as regiões norte e nordeste, as menores. As taxas da região centro-oeste apresentam um padrão intermediário (INCA, 2011a).

A estimativa de câncer de próstata para o ano corrente, na região sul, é de 9.490 novos casos, e no Paraná, de 3.555. Esses valores são expressivos e exigem uma reflexão crítica de como a saúde e a doença são percebidas pelo homem (INCA, 2011a).

Como as condições associadas ao risco de câncer são mais prevalentes em populações urbanas de regiões industrializadas, é comum se pensar que essa é uma doença do desenvolvimento. No entanto, é justamente em países em desenvolvimento que se verifica um grande aumento na incidência e na mortalidade. Cerca de 50% do total de óbitos e mais de 60% dos casos novos de câncer ocorrem nesses países (INCA, 2011a).

Com a globalização da economia, o que se constata é a generalização também dos fatores de risco para câncer, fortemente dependentes da ocidentalização dos hábitos relacionados à alimentação, ao uso de tabaco e álcool, às condições reprodutivas e hormonais e à falta de atividade física (INCA, 2008).

O estilo de vida é um dos fatores de risco para o câncer e este afeta, significativamente, a população masculina, considerando-se que os homens definem suas escolhas de cuidados com a vida e com a saúde subsidiados em padrões culturais que perpetuam sua masculinidade e que os caracterizam como fortalezas inabaláveis sem possibilidade de fracasso. Em um sentido contrário a esta construção, a doença evidencia a presença de falhas e implica em mudanças que colocam em risco as crenças dos homens e os põem frente a frente com limitações que não fazem parte do “masculino” (GOMES et al, 2011).

2.2 O GÊNERO COMO DETERMINANTE DE SAÚDE

São vários os fatores que retardam ou afastam o homem da busca pela manutenção da saúde, e os aspectos relacionados à masculinidade influenciam, significativamente, este processo (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

A masculinidade, numa perspectiva relacional de gênero, pode ser vista como:

[...] um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados [...] representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em determinada cultura (GOMES, 2008 p.70).

O estar doente pode representar para o homem uma fragilidade com a qual ele não está acostumado, colocando-o frente a uma situação de insegurança, quando necessita afastar-se ou ausentar-se do trabalho por motivo de doença. Estar trabalhando, em nossa sociedade, proporciona ao mesmo a sua identificação com o universo masculino, pois sente-se forte e capaz para realizar as atividades laborais assumidas.

Um fator determinante, apontado pelos homens como motivo para não buscarem os serviços de atenção primária à saúde, está ligado à sua posição de provedor. Não se pode negar que a atividade laboral tem um lugar destacado na preocupação masculina, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel, historicamente, atribuído ao homem, de ser o responsável pelo sustento da família. Alguns homens também alegam que o horário de funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho (BRASIL, 2008; GIANINI, 2007). Neste sentido, estudo realizado por Gomes et al aponta os seguintes resultados:

(a) dificuldades em se conciliar o atendimento dos serviços de saúde com as jornadas de trabalho dos homens que necessitam dos serviços públicos; (b) falta de recursos financeiros para se conseguir um atendimento privado ou para se ter acesso a exames complementares; (c) precarização dos serviços públicos em atender às demandas de cuidados em saúde da população em geral (GOMES et al, 2008, p. 1979)

Os autores Gomes et al (2008), reforçam que os aspectos culturais, por refletirem na socialização dos homens em geral, podem influenciá-los a não adotar as medidas preventivas para o câncer de próstata.

As condições econômicas, sociais, culturais e ambientais determinam o processo de autocuidado do homem. Os homens são sempre mais expostos a riscos do que as

mulheres, o que afeta os índices de morbimortalidade dessa população. Na temática da morbimortalidade dos indivíduos de sexo masculino, quando se considera o câncer de pulmão e o de próstata, dois comportamentos culturalmente marcados pelas distinções de gênero se destacam:

O hábito de fumar, fator de risco bem estabelecido para o câncer de pulmão e o padrão de uso dos serviços de saúde no caso do câncer de próstata, denotando a forma de relacionar-se com ações preventivas para o cuidado de si. Este último comportamento contrasta com o adotado pelas mulheres na prevenção do câncer de colo de útero, lembrando-se que esses dois agravos sofrem alto impacto pela prevenção, quando bem executada. E ainda que estes comportamentos não se caracterizem como de imediato vinculáveis à dimensão diretamente relacional entre homens e mulheres, não resta dúvida que fumar ou não, realizar exames preventivos ou não, faz parte do imaginário e do simbólico que perpassam as concretas e particulares relações entre homens e mulheres. (SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005, p.4)

O homem com câncer no aparelho reprodutor apresenta alterações clínicas que podem afetar, de forma definitiva, seu desempenho sexual. Quando o câncer é o de próstata, outros processos emocionais e psicológicos são ativados, especialmente, os relacionados à sexualidade e à masculinidade.

As mudanças geradas pela doença levam o indivíduo a se confrontar com as “Normas de Gênero”, ou seja, com os papéis pré-determinados e com as imposições sociais que indicam funções e comportamentos a serem assumidos por homens e mulheres. Além dessas preocupações referentes às exigências de gênero, os sentimentos de inferioridade e a impotência gerados pelo câncer de próstata inibem a participação do paciente no tratamento (GIANINI, 2007, p.2).

As medidas preventivas para o câncer de próstata são essenciais para a redução e detecção precoce do mesmo, mas estas são prejudicadas pelo fato de que muitos indivíduos evitam procurar ajuda visto que um dos exames a serem realizados é o toque prostático via retal. Esse exame provoca arranhaduras na masculinidade, pois o toque retal suscita interdições, violações e excitação, quase sempre associadas ao desejo. Esses elementos mexem com o que se entende por homem - um ser que não é tocado em determinadas partes do corpo, não é penetrado e tem o controle do seu desejo (GOMES et al, 2008).

Para Gomes et al (2007, p.569) “*ser homem está associado a invulnerabilidade, força e virilidade*”, que são características conflitantes em relação aos sentimentos ocasionados pela procura por cuidados de saúde, como a fraqueza, medo,

ansiedade e insegurança, pois essas emoções colocam em risco a masculinidade e aproxima o homem, das representações de feminilidade.

Além dessas considerações que contribuem para o distanciamento do homem da busca por atenção primária, deve-se acrescentar o fato de que muitos profissionais de saúde ainda não desenvolvem, em sua práxis cotidiana, ações que estimulem o homem a compreender e adotar medidas de prevenção em benefício da própria saúde. As US (Unidade Saúde) estão, em sua maioria, planejadas para o acolhimento da criança, da mulher e dos idosos, quando estes estão inseridos nos programas de prevenção de hipertensão e/ou diabetes.

Uma pesquisa realizada por Gomes et al (2007) com homens acima de 40 anos apontou, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde masculina.

Essa realidade começou a ser refletida nos últimos 30 anos, quando inúmeras discussões acadêmicas centraram-se nos vários aspectos que envolvem o universo masculino e na falta de programas específicos de saúde direcionados à assistência dessa população. Esse movimento de construção do conhecimento científico sobre a importância do cuidado do homem culminou na criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em 2008. Essa política tem como um de seus principais objetivos:

Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por câncer de próstata é uma prerrogativa a ser investida. (BRASIL, 2008, p.3)

O modelo atual deve ser transformado em benefício do homem, pois a saúde deste, com suas especificidades, ainda foi pouco explorada, e os estudos sobre a temática são incipientes (GOMES, 2008). No contexto político, mesmo com a criação, em 2008, da Política de Atenção a Saúde Integral do Homem (BRASIL, 2008), escassas ações estruturais e assistenciais tem sido observadas.

2.3 MODELO DE CRENÇAS E ATITUDES EM SAÚDE

O modo como ocorre o enfrentamento da situação de doença está relacionado às crenças que o indivíduo tem sobre o processo saúde-doença e estas motivarão ou não as atitudes em relação ao autocuidado.

A atitude em saúde foi definida por Kasl e Cobb (1966) “*como qualquer atividade realizada por uma pessoa que acredita ser saudável, com o propósito de prevenir doenças ou detectá-las precocemente em estágio assintomático*”.

Cardelli (2012) propõe o conceito de atitude positiva em prevenção, caracterizado pela procura por cuidado desvinculada da vivência de problema de saúde em um determinado contexto. Esta atitude é determinada por crenças, percepções sobre saúde e doença, bem como pelas experiências vivenciadas pelo indivíduo. (CESTARI; ZAGO, 2005).

Para entender o comportamento do homem frente ao câncer de próstata, propõe-se o Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde (MCA), com base na Teoria da Cognição Social, que discute como os indivíduos agem em situações sociais concretas, ou seja, como os indivíduos percebem os outros (percepção pessoal) e a si próprios (autorregulação). (FISKE; TAYLOR, 1991 apud Maciel, 1999)

Sheeran e Abraham (1995) descrevem o Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde (MCA) e apontam dois aspectos das representações individuais sobre a saúde e a atitude em saúde: a percepção de ameaça e a avaliação da atitude em saúde. A percepção de ameaça à saúde depende de duas crenças: percepção da susceptibilidade à doença ou da degradação da saúde; e antecipação da severidade e das consequências da doença (percepção da severidade). Essa avaliação frente às atitudes em saúde também envolve crenças relacionadas aos benefícios ou à eficácia do comportamento recomendável em saúde e aos custos em saúde ou às barreiras que dificultam esse comportamento. Além disso, o modelo classifica diversos determinantes, tais como: percepção individual dos sintomas, influência social, campanhas de educação sanitária e, finalmente, a motivação para o autocuidado.

Com base no MCA, que também é encontrado na literatura com a denominação de Modelo de Crenças em Saúde (MCS), a adoção de um comportamento preventivo depende: de o indivíduo considerar-se suscetível a um problema de saúde, isto é, acreditar que esse problema poderá afetá-lo particularmente (Percepção de Suscetibilidade); de o indivíduo associar o problema de saúde à gravidade de suas implicações, isto é, perceber que o problema pode ter consequências sérias (Percepção de Severidade); e de o indivíduo acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (Percepção de

Benefícios), embora esta possa envolver aspectos negativos, como impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros, entre outros (Percepção de Barreiras). Isto significa que os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disto, a presença de estímulos para a ação é fundamental para desencadear percepções de suscetibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir (ROSENSTOCK, 1990).

Acredita-se que todo o processo de adoecimento está associado ao padrão pré-existente de autocuidado e ao conhecimento sobre saúde-doença, fatores estes que determinam as crenças em saúde e definem, individualmente, a forma como cada um cuida de si próprio, em uma relação dialética.

Desta forma, o homem com câncer no aparelho geniturinário pode apresentar dificuldades emocionais, fisiológicas e sociais, após o diagnóstico, e desenvolver ou não uma atitude positiva em relação à prevenção, sendo este seu ponto de vulnerabilidade.

3. Hipótese do Estudo



A hipótese deste estudo propõe que a condição socioeconômica do indivíduo determina sua percepção sobre saúde-doença, ou seja, suas crenças. Estas crenças determinam a procura por cuidado de saúde pelo homem antes e após o diagnóstico de câncer de próstata, bem como, a adesão deste ao tratamento. Estas variáveis podem agir, em conjunto ou independentemente, sobre a variável dependente.

3.1 MODELO ANALÍTICO HIPOTÉTICO



Fig 1 - Modelo Analítico Hipotético - Adaptado de Maciel, 1999.

4. Objetivo



4.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil epidemiológico e comportamental de um grupo de homens com diagnóstico de Câncer de Próstata.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e o estilo de vida do homem com câncer de próstata.
- Levantar as percepções sobre os problemas de saúde antes e após o diagnóstico de câncer de próstata.
- Descrever a procura por cuidado de saúde no contexto do câncer de próstata.
- Identificar atitudes positivas de prevenção de saúde no contexto do câncer de próstata.

5. Material e Método



5.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se como estudo epidemiológico analítico, com recorte transversal e abordagem quantitativa.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um Ambulatório de Quimioterapia de um Hospital Universitário Público, localizado na região Norte do Paraná, onde o pesquisador exerce suas atividades laborais.

A população atendida neste ambulatório é composta por crianças e adultos portadores de patologias oncológicas nas diferentes especialidades, classificadas como Oncologia Geral, que incluem portadores de cânceres ginecológicos dos aparelhos reprodutor feminino e digestório e outros tipos de câncer. A clínica de Urologia funciona uma vez por semana, às sextas-feiras, no período matutino, e atende pacientes de ambos os sexos com câncer no aparelho urinário e homens acometidos pela doença no aparelho reprodutor masculino. Além dessas, a clínica de Hematologia abarca os pacientes adultos e crianças com câncer no sistema hematopoiético, e a clínica de Oncologia Pediátrica atende crianças com câncer, exceto as que têm câncer no sistema hematopoiético.

Entre os meses de janeiro a novembro de 2010, ocorreram cerca de 5.500 atendimentos no Ambulatório de Quimioterapia, incluindo os de enfermagem, de psicologia, de assistência social, além das consultas médicas. Dentre estes atendimentos, aproximadamente, 550 foram realizados junto a pacientes portadores de câncer no aparelho geniturinário e destes, cerca de 290, especificamente, a pacientes com câncer de próstata.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi definida por meio da técnica censitária, que consiste em um processo para obtenção de informação sobre a totalidade dos membros de uma população, o que se dá por meio de um levantamento dos dados desejados em um determinado período de tempo. A população pode ser descrita como conjunto de todos os elementos que têm em comum, pelo menos, uma característica de interesse entre eles, fenômeno este que se deseja estudar (BISQUERA, SARRIERA, MARTINEZ, 2004).

Dessa forma, a população foi constituída por homens com câncer de próstata que faziam acompanhamento no ambulatório de Uro-Oncologia. Os critérios de inclusão adotados

foram: diagnóstico do câncer há mais de seis meses; e capacidade cognitiva e auditiva para responder as perguntas do formulário e concordar em participar da pesquisa.

Foi realizado, inicialmente, um levantamento dos pacientes com câncer de próstata, atendidos nos anos de 2010 e 2011, e registrados nos livros de cadastramento de consultas e em programas informatizados fornecidos pelo Setor de Arquivo da instituição. Após esse levantamento, verificou-se, nos prontuários, se o diagnóstico de câncer de próstata havia sido constatado há mais de seis meses. Com base nesses dados, foi constituída uma lista numerada com o nome de todos os pacientes selecionados, os quais foram contatados via telefone ou pessoalmente, durante o atendimento no ambulatório. Nesta abordagem, foram apresentados os objetivos do estudo e, após a concordância do paciente em participar, foi realizada uma entrevista, individualmente, em horário previamente agendado. Como houve nove óbitos, duas recusas de pacientes em participar da pesquisa e cinco exclusões, decorrentes de alteração cognitiva ou auditiva, a população foi definida em N=54 do total de 70 indivíduos, ou seja, 77% do total da população.

5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Uma variável refere-se a uma característica ou atributo de um indivíduo ou de uma organização, que pode ser medida ou observada e que varia entre as pessoas ou organizações que estão sendo estudadas (CRESWELL, 2010).

Conforme Creswell (2010), as variáveis independentes são aquelas que, provavelmente, causam, influenciam ou afetam os resultados. Estas podem ser chamadas, também, de variáveis de tratamento, manipuladas, antecedentes ou preditoras; as variáveis dependentes são aquelas que dependem das variáveis independentes, ou seja, são as consequências ou os resultados da influência das variáveis independentes. Estas podem também ser denominadas de variáveis de critério, de resultado e de efeito.

Neste estudo, a variável dependente é a atitude positiva em prevenção, caracterizada pela procura por cuidado de saúde no contexto do câncer de próstata, e as variáveis independentes estão elencadas a seguir.

As variáveis independentes relacionadas à condição socioeconômica e ao estilo de vida, incluídas no estudo, foram: idade; condições de moradia; educação formal; renda; constituição familiar; hábitos alimentares; atividade física; tabagismo, uso de álcool e/ou de drogas; e condições de ocupação.

As variáveis independentes relacionadas à percepção dos problemas de saúde (percepção de susceptibilidade e severidade) foram: antecedentes familiares para o câncer, conhecimento da doença; mudanças no estilo de vida após o diagnóstico de câncer; relação entre os problemas de saúde e o câncer de próstata, o uso de medicamento; realização de exames periódicos antes do problema de saúde e dos exames para acompanhamento da evolução do câncer de próstata; e cuidado para se manter saudável.

Variáveis independentes relacionadas à procura por cuidado de saúde (barreiras para procurar por cuidados de saúde antes e após o diagnóstico) foram: frequência com que buscava por cuidado de saúde antes e após o diagnóstico de câncer; procura por amigo ou família; procura por cuidado alternativo; procura por cuidado médico na ausência e presença do problema; problema de saúde que levou a procurar pelo médico; tempo que demorou para procurar o médico, depois que percebeu que estava com problema de saúde; tempo de diagnóstico de câncer; e resolução do problema de saúde

5.5 COLETA DE DADOS

5.5.1 Instrumento e Técnica

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário (anexo 1) constituído de perguntas abertas e fechadas sobre:

- Dados de identificação, condições socioeconômicas e estilo de vida;
- Percepção do problema de saúde:
 - ✓ Percepção de suscetibilidade: percepção do problema de saúde relacionada a crenças sobre saúde-doença;
 - ✓ Percepção de severidade: relacionada a crenças sobre o câncer de próstata;
- Procura por cuidado de saúde;
- Atitude positiva em prevenção em saúde no contexto do câncer de próstata.

A opção pelo formulário deveu-se à presença de sujeitos de pesquisa com alteração motora e idade avançada, o que dificultava o preenchimento. Da mesma forma, as

entrevistas foram gravadas, pois, no pré-teste, os entrevistados verbalizaram que a transcrição das respostas pelo pesquisador, durante os seus discursos, limitava-os e os inibia.

Gil (2009) define o formulário como uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões, previamente elaboradas, e anota as respostas. Esse instrumento tem as mesmas vantagens da entrevista, que é aplicável a um maior número de pessoas, mesmo que estas não saibam ler e escrever.

5.5.2 Procedimento na Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2011 pela pesquisadora e por 02 alunas do 4º ano do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras. Uma das alunas foi previamente selecionada e treinada para a aplicação do instrumento proposto, para a transcrição da entrevista gravada e para o preenchimento do formulário. A outra aluna foi capacitada para a transcrição da entrevista e para o preenchimento do formulário. O treinamento teve duração de 10 horas e foi realizado na primeira quinzena do mês de abril de 2011, para a primeira aluna, e na primeira quinzena do mês de agosto do mesmo ano, para a segunda aluna. O instrumento foi testado em um grupo de 03 pacientes não participantes da população do estudo, em março de 2011, quando foram identificadas algumas dúvidas a respeito da clareza das questões e determinados os critérios de preenchimento correto do formulário. Optou-se, por gravar as entrevistas devido ao fato de que dois dos participantes do teste piloto referiram que a transcrição das respostas pelo pesquisador no momento da entrevista, os limitava e inibia em sua espontaneidade. Com isso, os formulários foram preenchidos posteriormente à realização das mesmas, mediante a transcrição das respostas.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo no dia da consulta urológica por contato pessoal ou por telefone. Nos casos de aceite, as entrevistas eram realizadas no mesmo dia, em um dos consultórios do ambulatório ou eram agendadas em dia, local e horário adequados ao homem com CaP. Antes da realização da entrevista, os objetivos da pesquisa eram expostos e mediante a confirmação do aceite em participar, realizava-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), elaborado conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e solicitava-se a assinatura do termo em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o respondente).

5.5.3 Tratamento dos Dados

Os dados foram compilados no programa *Microsoft Office Excel*[®] 2003 e, posteriormente, transportados para o programa *SPSS*, versão 19, onde foram analisados de maneira descritiva e por meio de Testes Exato de Fisher, com construção de tabelas e gráficos para apresentar as informações mais relevantes. O **Teste Exato de Fisher** é uma significância estatística de teste utilizado na análise de tabelas de contingência. Embora, na prática, seja empregado quando a amostra é pequena, é válido para todos os tamanhos de amostra. Este está incluído na classe de testes exatos, porque o significado do desvio de uma hipótese nula pode ser calculado exatamente, em vez de depender de uma aproximação que se torna exata no limite em que o tamanho da amostra cresce ao infinito, como acontece com muitos testes estatísticos. É indicado quando o Teste Qui-quadrado de Associação em tabelas 2 x 2 é inválido, caso a frequência esperada em qualquer um dos cálculos seja inferior a 5 (DORIA FILHO, 1999; CALLEGARY-JACQUES, 2003; WIKIPÉDIA, 2012).

6. Resultados e Discussão



Os dados serão apresentados em forma de dois artigos. O primeiro artigo, cujo título é: “*Perfil Epidemiológico do Homem com Câncer de Próstata atendido em um Serviço Especializado no Sul do país*”, será submetido à Revista Ciências e Saúde Coletiva.

O segundo artigo aborda a aplicação do Modelo de Crenças e Atitudes, conforme apresentado por Rosenstock, cujo título é: “*Modelo de Crenças e Atitudes: a busca por cuidados de saúde pelo paciente com câncer de próstata*” será submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem.

6.1 Artigo 1 – Perfil Epidemiológico Do Homem Com Câncer De Próstata atendido em um Serviço Especializado no Sul do país.

MARINA VIANA FERNANDES¹; ALEXANDRINA APARECIDA MACIEL CARDELLI². SONIA SILVA MARCON³; JÚLIA TREVISAN MARTINS⁴

Submissão: Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Categoria: Artigo de Tema Livre.

6.2 Artigo 2: Modelo de Crenças e Atitude em Saúde: a busca por cuidados de saúde pelo homem com câncer de próstata.

MARINA VIANA FERNANDES¹; ALEXANDRINA APARECIDA MACIEL CARDELLI². SONIA SILVA MARCON³; JÚLIA TREVISAN MARTINS⁴

Submissão: Revista Latino Americana de Enfermagem.

Categoria: Artigo de Tema Livre.

6.1 ARTIGO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA ATENDIDO EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO SUL DO PAÍS.

MARINA VIANA FERNANDES¹; ALEXANDRINA APARECIDA MACIEL CARDELLI². SONIA SILVA MARCON³; JÚLIA TREVISAN MARTINS⁴

Submissão: Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Categoria: Artigo de Tema Livre.

Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um Serviço Especializado no Sul do país.
Epidemiological profile of men with prostate cancer treated at a specialized service in the south of Brazil.

Marina Viana Fernandes¹; Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli²; Sonia Silva Marcon³; Júlia Trevisan Martins⁴.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico de homens com Câncer de Próstata (CaP), atendidos em um hospital universitário do Sul do Brasil. A população deste estudo epidemiológico analítico, com recorte transversal e abordagem quantitativa, foi constituída por 54 indivíduos. Foi utilizada a técnica de entrevista para coleta de dados, empregando-se um formulário estruturado contendo questões sobre características sociodemográficas, comportamentos em saúde e história da doença. Foi realizada a análise descritiva dos dados, utilizando-se o programa *SPSS*, versão 19. A idade média dos homens investigados era de 74,8 anos, havendo predomínio de brancos (53,7%); baixa escolaridade (57,4%); aposentados (75,9%) e coabitação familiar (89,9%). Foram observados comportamentos de risco para o CaP, como alimentação inadequada (68,5%); uso do tabaco (28,0%) e bebida alcoólica (67,0%). Por outro lado, 62,0% relataram a prática de atividades físicas. A história familiar apontou que 24% dos homens investigados apresentavam 2,2 vezes mais risco para CaP, por terem parentes de primeiro grau com a doença. O tempo médio da procura por cuidados de saúde para 45% foi superior a 30 dias, atingindo até 12 anos. Este estudo aponta para a necessidade dos serviços de saúde e dos enfermeiros estabelecerem estratégias para informar o binômio homem-família sobre a importância de uma atitude positiva de prevenção, considerando-se que os homens com CaP demoraram, em média, mais de um ano para buscar cuidados após o aparecimento dos primeiros sintomas do trato urinário inferior.

Palavras Chaves: Saúde do Homem. Câncer de Próstata. Enfermagem

ABSTRACT: The objective of this study was to determine the epidemiological profile of men with Prostate Cancer (PCa) treated at a university hospital in southern Brazil. The population of this epidemiological study, with cross-cut and quantitative approach was formed by 54 individuals. Data were collected through interviews, using a structured form with questions about socio-demographic characteristics, health behaviors and history of the disease. Data were analyzed descriptively using the Statistical Package for Social Sciences software, version 19. Mean age of men investigated was 74.8 years old, most were most were Caucasian (53.7%); with few schooling years (57.4%); retired (75.9%) and lived with their

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL)

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL

³ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem na UEM. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF)

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL

families (89.9%). We observed risk behavior for prostate cancer, such as inadequate nutrition (68.5); smoking (28.0%) and drinking (67.0%). On the other hand, 62.0% of men said they did some physical activity. Family history pointed that 24.0% of men investigated presented 2.2 times more risk for prostate cancer, because they had a close relative with the disease. The mean period for looking for health care to 45.0/5 of the men studied was superior to 30 days, ranging up to 12 years. This study highlights the need for health services and nurses to develop strategies to inform both men and families about the importance of a positive attitude towards prevention. This, considering that men with prostate cancer take over a year, in average, to look for health care after they realize a symptom in the inferior urinary tract.

Keys Words: Men's health. Prostatic Neoplasms. Nursing.

INTRODUÇÃO

O CaP é o câncer mais comumente diagnosticado entre os homens. Foram registrados 899.000 casos novos e 258.000 mortes em 2008, e as estimativas apontam aumento de 1,7 milhões novos casos e de 499.000 mortes até 2030, o que demonstra que as taxas de mortalidade continuarão inalteradas no futuro¹. A taxa de mortalidade é mais elevada em países de baixa e média renda, o que inclui parte da América do Sul, Caribe e África².

A tendência crescente em áreas menos favorecidas pode estar relacionada ao aumento da prevalência de fatores de risco decorrentes do desenvolvimento econômico, como obesidade, aumento do consumo de gorduras e diminuição da atividade física¹.

Na América do Sul, em 2008, o CaP foi a primeira causa de morte entre os homens, seguido dos cânceres de pulmão, estômago, colon e bexiga³. No Brasil, a estimativa deste câncer, para os anos de 2012 e 2013, é de 60 mil novos casos, o que o coloca na segunda posição dos cânceres em geral, para ambos os sexos, e na primeira para os homens².

São vários os fatores predisponentes para o câncer de próstata, entre eles, os mais aceitos pela comunidade científica e bem estabelecidos são: a idade avançada; raça negra/etnia; e história familiar da doença. Outros fatores, relacionados ao ambiente e ao estilo de vida, são apontados como favoráveis ao aparecimento do CaP^{1;4;5}: hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade e consumo de tabaco.

O risco familiar aumenta 2,2 vezes quando um parente de primeiro grau (pai ou irmão) é acometido pelo problema; 4,9 vezes, quando acomete dois parentes de primeiro grau; e 10,9 vezes, quando três parentes de primeiro grau têm a doença. Em casos hereditários, a doença se manifesta mais precocemente, muitas vezes, antes dos 50 anos. Assim, homens com história familiar devem realizar o primeiro exame preventivo aos 40 anos e os demais indivíduos, aos 50 anos^{4,5}.

O CaP é passível de prevenção e pode ser evitado se for diagnosticado precocemente. Os altos índices da doença são atribuídos ao fato de que a busca por cuidados preventivos de saúde não é prática comum entre a população masculina. O homem, normalmente, não reconhece e, conseqüentemente, desvaloriza as próprias necessidades de saúde^{6,7,8}. Pode-se, inclusive, afirmar que a identidade masculina constitui um “fator de risco” para a saúde^{8,9}, uma vez que o homem se torna vulnerável quando aceita, sem reflexão, padrões de gênero constituídos cultural e socialmente.

Por outro lado, apesar da disponibilização do exame de prevenção do câncer de próstata pelo sistema público de saúde, a demanda é insignificante, pois este grupo ainda não adquiriu o hábito de buscar o serviço de saúde, mesmo na vigência de queixas⁷. Neste sentido, a efetivação de ações de atenção à saúde do homem, voltadas à reflexão sobre a influência desses valores culturais na prevenção de agravos, como diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção e proteção da saúde, representam um desafio¹⁰.

O enfermeiro tem papel fundamental para o desenvolvimento dessas e de outras ações, incluindo as que abarcam o controle e o rastreamento precoce do câncer de próstata, bem como, a difusão, por meio de educação em saúde, dos fatores de risco a esse câncer, recurso determinantes para a sensibilização dos homens para o cuidado com a saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral ao Homem¹¹ reconhece os agravos à saúde dessa população como problema de saúde pública, por este motivo, determinou maior interesse pela

pesquisa na área. Entende-se que conhecimento do estilo de vida e dos hábitos de procura por cuidados de saúde, por parte dessa população, pode subsidiar o estabelecimento de estratégias assistenciais mais apropriadas em todos os níveis, ou seja, na promoção da saúde, prevenção da doença, diminuição de agravos, tratamento e recuperação e por consequência melhorando a qualidade de vida destes homens e de suas famílias.

Diante destas considerações, o objetivo desta pesquisa foi traçar o perfil epidemiológico de homens com CaP atendidos em um hospital universitário do sul do país.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa, que se caracteriza como um estudo epidemiológico analítico, com recorte transversal e abordagem quantitativa, foi realizada no período entre abril e outubro de 2011. A população do estudo foi constituída por 54 indivíduos, (excluídos os óbitos, dificuldade auditiva e cognitiva, e as recusas) de um total de 70 homens acometidos por CaP cadastrados e acompanhados no ano de 2010 e 2011, no ambulatório de Uro-oncologia de um hospital universitário do sul do país, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 77%. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de câncer de próstata há mais de 6 meses e condições auditivas e cognitivas preservadas, que permitissem participação nas entrevistas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista, que foi gravada e, posteriormente, transcrita para um formulário estruturado. O conteúdo das questões abrangeu: dados de identificação pessoal; variáveis sociodemográficas (faixa etária, procedência, raça, religião, escolaridade, condição de trabalho atual e pregressa, proveniência da renda); estilo de vida (condição de coabitação, quem cuida e tipo de cuidado, hábitos alimentares, consumo de bebida alcoólica, tabaco e drogas, atividade física e de lazer); percepção do problema de saúde; e procura por cuidados de saúde. Os dados foram compilados no programa *Microsoft*

Office Excel[®] 2003 e, posteriormente, transportados para o programa *SPSS*, versão 19, onde foram analisados de maneira descritiva ou por meio de cálculos de medidas estatísticas, com a construção de tabelas para a representação das informações mais relevantes. O referido estudo atendeu as especificações da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹² e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – Pr, sob o protocolo nº 007/2011 e CAAE nº 0001.0.268.000-11 em 28 de fevereiro de 2011.

RESULTADOS

A idade média dos homens entrevistados foi de 74,8 anos (DP=8,3); a maior parte destes encontrava-se na faixa etária entre 72 a 79 a maior (38,9%); em sua maioria, eram procedentes de Londrina (83,3%); declararam ser brancos (53,7%); católicos (74,4%) e que coabitavam com a família (89,9%). A escolaridade, para pouco mais da metade, foi de até 7 anos de estudo (57,4%). A maioria não trabalhava (81,5%) e a fonte de renda era proveniente da aposentadoria pelo INSS (75,9%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos portadores de Câncer de Próstata. Londrina - PR, 2011 (n=54)

Características	N	%
Faixa etária		
51 a 71 anos	15	27,8
72 a 79 anos	21	38,9
80 e + anos	18	33,3
Procedência		
Londrina	45	83,3
Outros municípios do estado	9	16,7
Raça		
Branca	29	53,7
Negro/pardo	23	42,6
Amarelo	2	3,7
Religião		
Católica	38	74,4
Evangélica	13	24,1
Outras	3	5,6
Condição de coabitação		
Mora sozinho	6	11,1
Mora com a família	48	88,9
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeto	14	25,9
Até 7 anos	31	57,4
≥ 8 anos	9	16,7
Condição de trabalho atual		
Trabalha	10	18,5
Não trabalha	44	81,5
Proveniência da renda		
Aposentadoria por INSS	41	76
Aposentadoria por INSS e outra fonte	13	24

Quanto à condição do trabalho, entre aqueles que trabalhavam na época da pesquisa (18,5%), as ocupações eram na área da construção civil (2%); na agricultura, como proprietário (4%); motorista (6%); representante comercial (2%); corretor de imóveis (2%); reciclador de lixo (2%) e proprietário de empresa de instalação elétrica (2%). Ressalta-se que todos estes tinham dispensa para realizar o tratamento. As ocupações exercidas, antes do CaP e da aposentadoria, que mais se destacaram, conforme denominação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)⁽¹³⁻¹⁴⁾ foram: trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca (74%); da indústria

extrativa e construção civil (52%); e trabalhadores dos serviços administrativos, escriturários e outros (37%). O tempo médio trabalhado nessas ocupações foi superior a 20 anos.

Esses homens referiram serem cuidados, em sua maioria (89%), pelos familiares que com eles coabitavam ou não. Os familiares cuidaram desses homens quando eles tiveram a capacidade funcional alterada, em decorrência da patologia, e se encontravam limitados para a realização das atividades básicas da vida diária e para o suprimento das necessidades referentes às atividades instrumentais de vida diária⁽¹⁵⁾. Esses cuidados foram classificados como: financeiro (17%), processos domésticos (28%), apoio emocional, afetivo e espiritual (22%), e atividades instrumentais da vida diária (33%).

As variáveis sobre o comportamento desses homens, elencadas na tabela 2, demonstram que: os alimentos preferidos foram arroz, feijão e massas (68,5%); a caminhada foi a atividade física mais praticada (62%); receber e visitar parentes e amigos (30%), ir à igreja, assistir a programas de TV e ouvir rádio (27%) foram atividades de lazer mais apreciadas; outras atividades, como jogar baralho; passear de ônibus intermunicipal, realizar pequenos consertos domésticos, ler jornal, ir ao clube recreativo e ser delegado de um grupo de idosos em seu município, também foram referidas (4%). Quanto ao tempo de uso do tabaco, 28% dos pesquisados afirmaram fumar por mais de 51 anos; e a média, em anos, do uso do tabaco, foi de 38,4 anos (DP=22,46). O uso de bebida alcoólica foi reportado por 67%. Ressalta-se que somente 2% (n=1) referiram o uso de drogas ilícitas.

Tabela 2 – Comportamentos dos portadores de Câncer de Próstata. Londrina - PR, 2011.

Comportamentos	N	%
Alimentos preferidos*		
Arroz, feijão e massas	37	68,5
Carnes e gorduras	19	35,0
Frutas, verduras e legumes	5	9,0
Doces	4	7,0
Atividade Física		
Caminhada	23	62,0
Dança	3	8,0
Andar de Bicicleta	2	5,0
Exercícios ativos monitorados por profissional ou não	9	25,0
Lazer		
Assistir a programas de televisão e ouvir rádio	39	27,0
Frequentar a igreja	39	27,0
Receber e visitar parentes e amigos.	41	30,0
Pescar, cuidar de horta, ir a sítio e chácaras.	9	6,0
Nadar, dançar, cantar e tocar instrumento musical.	9	6,0
Outros #	6	4,0
Tempo de uso do Tabaco (em anos)		
1 a 10	4	16,0
11 a 20	3	12,0
21 a 30	4	16,0
31 a 40	3	12,0
41 a 50	4	16,0
≥ 51	7	28,0
Uso de bebida alcoólica atual		
Sim	18	33,0
Não	36	67,0

A história familiar demonstrou que 24% da população do estudo tinham parentes de primeiro grau com diagnóstico de CaP, e 41%, com outros cânceres (mama, útero, pulmão, laringe, esôfago, estomago, vesícula biliar, fígado, intestino, melanoma, leucemia, linfoma, ossos e cérebro). Os sintomas obstrutivos (43%) e os irritativos (40%) foram os que mais levaram à procura por cuidado de saúde em 30 dias (55%). O serviço de saúde de escolha foi, para 68,5% dos pesquisados, o de atenção básica, nas Unidades de Saúde (UB) ou em atendimento privado em consultórios. Uma parcela (8%) demorou mais de 6 anos para procurar por cuidado e um homem esperou 12 anos.

Os exames realizados, mais citados, para o rastreamento e controle da doença foram: o teste de PSA e o TDP em igual proporção (21%) e a biópsia guiada por ultrassom transretal (20%). Uma grande parcela (38%) não fazia uso de medicamento; 43% utilizava hormônios e quimioterápicos; e 19%, medicamentos específicos para atenuar os efeitos dos sintomas obstrutivos e melhorar o desempenho sexual. A cirurgia mais realizada (43%) foi a prostatectomia e 29% desses homens foram submetidos à radioterapia.

Tabela 3 – História da doença dos portadores de Câncer de Próstata. Londrina - PR, 2011

História da Doença	N	%
História Familiar		
Pai	4	7,0
Irmãos	9	17,0
Avô/tio/filho	3	5,0
Somente outro tipo de Câncer	22	41,0
Desconhece	8	15,0
Nenhum	8	15,0
Primeiros Sintomas		
Irritativos	35	40,0
Obstrutivos	37	43,0
Relacionados a potência sexual	7	8,0
Outros*	8	9,0
Tempo de procura por cuidado após 1ºs sintomas		
1º mês	30	55,0
2º a 12º mês	10	18,0
2 a 5 anos	7	13,0
≥ 6 anos	4	8,0
Não lembra	3	6,0
Tipo de serviço de saúde procurado		
Atenção básica	31	57,5
Atenção secundária	10	18,5
Atenção terciária	7	13,0
Consultório particular	6	11,0
Exames para rastreamento/ controle		
PSA (Antigen Specific Prostatic)	54	21,0
TDP (Toque Digital Prostático)	54	21,0
Biópsia de próstata guiada por ultrassom transrretal	51	20,0
Cintilografia óssea	34	13,0
Tomografia	30	12,5
Outros		
Terapêutica medicamentosa		
Zoladex	13	23,0
Androcur	7	12,0
Dietilbestilesterol, Ciclofosfamida e Decadron	3	5,0
Quimioterapia endovenosa	2	3,0
Nenhum	22	38,0
Outro (doxazosina, finasteride, duomo)	11	19,0
Terapêutica cirúrgica e outras		
Prostatectomia	35	43,0
Orquiectomia	18	23,0
Radioterapia	23	29,0
Nenhum	4	5,0

*Outros sintomas: hematúria, incontinência fecal, dor em região pélvica e hipogástrica.

Em relação à história da doença, 37% dos pesquisados descobriram o câncer de próstata ao realizar exames preventivos, independentemente da presença de sintomas irritativos ou obstrutivos do trato urinário inferior - *LUTS (Lower Urinary Tracto Symptoms)*⁽¹⁶⁾. O tempo médio de aparecimento dos primeiros *LUTS* foi de 6,6 anos (DP=7,22 anos); o tempo médio de busca por cuidados de saúde foi de 1,4 anos (DP=3,1 anos); e o tempo médio de diagnóstico do câncer de próstata foi de 4,2 anos (DP= 4,0 anos).

As mudanças que ocorreram na vida desses homens, após o desenvolvimento do câncer de próstata, foram: físicas (48%); emocionais e afetivas (48%); espirituais (42%); financeiras (33%); nas relações familiares (29%); e sociais (24%).

DISCUSSÃO

Entre os fatores sociodemográficos de risco, o único considerado bem estabelecido para o desenvolvimento do CaP é a idade; aproximadamente, 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorreram em homens com 65 anos ou mais². A população deste estudo se enquadrou nesta faixa etária de risco. Além disso, o predomínio de homens portadores desta doença que se declararam brancos está de acordo com estudos realizados por outros autores nacionais que identificaram também o predomínio de homens brancos^{7;17}. Contudo, estes dados divergem das estatísticas mundiais, que apontam predominância em indivíduos da raça negra^{1;2}.

A baixa escolaridade identificada na população pesquisada, que apresentou até 7 anos de estudo formal, não chama atenção, pois se trata de indivíduos, predominantemente, idosos, cujas famílias, nas primeiras décadas do século passado, priorizavam a sobrevivência em detrimento da escolarização⁸. Esse tipo de instrução é classificado como analfabetismo funcional¹⁹. Este indicador, quando atrelado ao baixo nível socioeconômico, pode ter retardando a busca por cuidados de saúde, principalmente, quando o conhecimento sobre o câncer de próstata, suas causas, seus sintomas e fatores de risco para a doença é insuficiente⁸.

O fato de a maioria residir no município onde realizava o tratamento pode ser considerado fator positivo para a população deste estudo. A facilidade de acesso propicia satisfação e bom vínculo com o serviço de saúde²⁰. A presença do vínculo entre usuário-profissional-instituição de saúde diminui as barreiras para a continuidade do acompanhamento clínico e propicia o monitoramento dos pacientes mais resistentes e com tendência ao abandono do tratamento, que pode ser de longa duração, pois o câncer é uma doença crônica²¹.

A condição de estar casado, situação da maioria dos investigados foi considerada como fator de proteção para o homem. A ajuda familiar também foi apontada como importante para os homens desta pesquisa. Um estudo sobre a masculinidade e práticas de saúde apontou resultado similar ao constatar que 62% dos homens investigados eram casados, dos quais, 53% relataram que a família contribuiu para o autocuidado, nas situações de agravamento da doença e na estabilidade clínica²². A proveniência da renda da maioria foi a aposentadoria pelo INSS (Instituto Nacional de Seguro Social). Essa renda, devido à política estabelecida no país, diminui a cada ano, porque a atualização desses valores não corresponde à inflação real²³. Assim, muitos dos pesquisados recebem valores baixos e por isso sofrem restrições financeiras que foram referidas como uma das modificações após o CaP. Outros trabalhos realizados com pessoas que vivenciam doença crônica retratam essa mesma dificuldade tanto na vida pessoal como na familiar, devido à necessidade de conciliação entre as despesas domésticas e as de transporte e compra de medicamentos^{24;25}.

Quanto às ocupações, algumas expuseram, por muito tempo, ou ainda expõem esses homens a agentes cancerígenos classificados pela IARC (Internacional Agency for Research on Cancer) como suspeitos para a CaP. Entre estes agentes estão: as poeiras de amianto/ abesto e do cádmio; e as aminas aromáticas, que são usadas em fertilizantes, agrotóxicos, tintas de paredes e tinturas para cabelos²⁶. Entretanto, o estabelecimento da conexão entre o câncer e a ocupação é dificultado pelo longo período de latência, que pode variar de 5 a 50 anos. A

associação do tempo prolongado de exposição a agentes cancerígenos, em algumas profissões, com o consumo de tabaco, que, neste estudo, teve média de 38 anos, pode ter potencializado o risco para o câncer de próstata de 46% dos sujeitos que fumaram e/ou ainda fumam, uma vez que o consumo de tabaco é suspeito para este tipo de câncer devido à presença de aminas aromáticas no fumo²⁶.

Entre as mudanças físicas, as relacionadas à sexualidade, como alteração na ereção, na qualidade e na frequência ou impotência completa, foram as mais referidas por estes homens. Essas e as demais modificações demandaram enfrentamentos emocionais significativos, o que corrobora resultado similar levantado por outro estudo^{26,27}.

O tipo de alimento preferido foi o calórico, com ingestão excessiva de carboidratos, carnes e gordura animal, leites e açúcares, o que pode levar ao excesso de peso. A obesidade advinda desses alimentos pode influenciar, potencialmente, o desenvolvimento do CaP, por provocar algumas alterações como resistência insulínica, alteração no perfil lipídico, inflamação, menor concentração de PSA, diminuição dos andrógenos e aumento de estrógenos²⁸.

Em estudo realizado na Austrália, há uma previsão de redução de 4.882 casos de câncer de próstata, até 2025, se os homens praticarem exercícios físicos, dieta adequada e reduzirem a obesidade²⁸. A realização de atividades de lazer e exercícios físicos foi frequente na população de estudo e pode estar relacionada ao tempo disponível em função da aposentadoria. Este fato evidencia que, mesmo com a patologia instalada, houve busca de melhoria na qualidade de vida e na condição de saúde por parte dos homens portadores de CaP. Por outro lado, mesmo doentes, uma parcela expressiva dos homens relatou alguns comportamentos de risco à saúde, como o consumo de bebida alcoólica e o uso de tabaco.

A história familiar aponta que 24% dos homens investigados apresentavam 2,2 vezes mais risco para CaP por terem parentes de primeiro grau com a doença⁴⁻⁵. O conhecimento prévio da relação da doença com antecedentes familiares, dos sintomas do trato urinário inferior e

dos fatores predisponentes, como alimentação calórica e hipergordurosa, uso do tabaco e outros, poderia ter favorecido a prática do autocuidado entre esses homens, pois o tempo médio da procura por cuidados de saúde, para 45%, foi superior a 30 dias, atingindo até 12 anos. Este quadro evidencia que os mesmos não valorizaram os sintomas, principalmente, os obstrutivos, que predominaram sobre os demais. A incidência de câncer de próstata em pacientes que desenvolvem retenção urinária aguda tem sido estimada entre 13 a 25%²⁹.

Os exames realizados foram os indicados para o rastreamento do CaP: o toque retal, a dosagem do PSA total e a ultrassonografia pélvica ou prostática transrretal²⁷. A introdução da dosagem do PSA contribuiu para a redução da resistência masculina ao diagnóstico do câncer de próstata, o que não se verifica com o toque retal, que, apesar de ser uma medida preventiva de baixo custo, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata³⁰. Os serviços de Atenção Básica foram referenciados como o primeiro atendimento, principalmente a US, fato que demonstrou a procura pelo cuidado descentralizado. Esse resultado aponta um diferencial no comportamento destes indivíduos, pois estudos revelam que homens procuram mais os serviços de saúde especializados por motivo de doença^{30; 8}.

As terapêuticas utilizadas corresponderam às indicadas nas diretrizes^{27;31} de tratamento para o câncer de próstata e envolveram: uso de medicamentos, cirurgias e radioterapia, ou somente o acompanhamento clínico, associado ou não a outros procedimentos, dependendo do estágio da doença. O tratamento medicamentoso foi, basicamente, o hormonal (Zoladex – Goserelina, Androcur – Acetato de ciproterona e Dietilestilbestrol), que reduz a produção de testosterona e inibe, assim, o crescimento da massa tumoral. As cirurgias foram de esvaziamento e remoção das células cancerosas (Prostatectomia) e para a castração (Orquiectomia). A minoria recebia medicamento quimioterápico endovenoso, o que caracteriza a presença de

câncer em estágio avançado. Esses tratamentos provocam disfunção erétil, o que justifica o alto índice de alterações sexuais registrado.

CONCLUSÃO

Este estudo aponta que os serviços de saúde precisam desenvolver estratégias de informação para o binômio homem-família sobre a importância de uma atitude positiva em relação à prevenção, pois os homens, de um modo geral, demoraram, em média, mais de um ano para buscar cuidados após o aparecimento dos primeiros sintomas do trato urinário inferior, e que a relação entre algumas ocupações e o CaP deve ser investigada com profundidade.

A sensibilização sobre a importância da detecção precoce do câncer de próstata deve estar presente na prática de todos os profissionais de saúde, pois grande parcela da população pesquisada foi diagnosticada por meio de exames preventivos realizados na US.

As ações de educação em saúde direcionadas aos enfermeiros devem focar informações sobre exames, cirurgias e medicamentos, assim como, sobre o preparo da família como cuidadora, visto que esta participa, integralmente, do universo do homem portador de câncer de próstata.

Por fim enfatiza-se que os órgãos públicos, ou políticas pública locais, estaduais e nacionais devem aprimorar os programas de saúde no sentido de melhorar a qualidade de vida dessa população, pois o aumento da expectativa de vida constitui uma realidade brasileira.

REFERENCIAS

1. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. World Health Organization. Study Finds Prostate Cancer Increasing in Most Countries. **Rates Remain Highest in Highest Income Regions of the World** . Press Release, n. 209. 21 March 2012. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2012/pdfs/pr209_E.pdf. Acesso em 02 de abril de 2012.
2. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva,

- Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p.
3. GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. **Prostata Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2008**. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>. Acesso em 01 de março 2012.
 4. SROUGHI, M. Adenocarcinoma de próstata. In: BARATA, H.S, CARVALHO, G.F.C. et al. **Urologia princípios e práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999. cap. 24, p.356-372.
 5. CORREA, F.M. Epidemiologia. (Cap1) 2008. In: GUIMARÃES, R.Q. **Manual de Oncologia**. v.1, p.1104. 2008. p.73-88
 6. GONÇALVES, I.R.; PADOVANI, C.; POPIM, R.C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1337-1342, 2008.
 7. VIEIRA, L.J.E.S. et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 145-152, 2008.
 8. GOMES, R. et al As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Rev Ciênc Saúde Colet.** (RJ), v.13, n.6, p. 1975-84, 2008.
 9. LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 2-6 set 1990; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco. p. 143-65.
 10. FONTES, W.D. et al Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Rev Acta Paul Enferm**, v.24, n.3, p. 430-33, 2011.
 11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. BRASÍLIA, 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. Acesso em 21 de dezembro 2011
 12. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº169/96**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
 13. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.v. 2 592 p.
 14. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.v. 1 828 p.
 15. BRASIL. IBGE 2010. **Grandes Regiões e Unidades da Federação: esperança de vida ao nascer por sexo e ganho absoluto. 1991-2007**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1. Acesso em 12 de novembro de 2011.

16. ABRAMS, P. et al. The Standartisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from Standartisation Sub-Committee of the International Continence Society. **Neurology and Uroynamics**. v. 21, p. 167-178. 2002.
17. PAIVA, E.P.; MOTTA, M.C.S.; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n.1, p. 88-93, 2010.
18. CIAVATTA, M. A cultura do trabalho e a educação plena negada. **Revista Labor**. n.5, v.1, 2011. Disponível em: http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume5/9_Maria_Ciavatta.pdf. Acesso em 15 de março de 2012.
19. RIBEIRO, V.M. Alfabetismo funcional: Referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, nº 60, dezembro/97, p.144-158.
20. DALL'AGNOL, C.M.; LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n.3, p. 674-80, 2009. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>. Acesso em 18 de dezembro de 2011.
21. PALERMO, PU. **Um estudo sobre a desigualdade de acesso a Serviços de Saúde na Região Sul**/Patrícia Ullmann Palermo. – Porto Alegre, 2005. 110f. Orientador: Marcelo Savino Portugal. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciência Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto alegre, 2005.
22. NASCIMENTO ARA; TRINDADE ZA; GIANORDOLI-NASCIMENTO IF; PEREIRA FB; SILVA SAT C; CERELLO AC. **Masculinidades e Práticas de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte – MG**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.182-194, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/20.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2012.
23. BULLA, L.C.; KAEFER, C.O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos & Contextos**. n. 2, ano II, dez. 2003. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/957/737>. Acesso em 15 de maio de 2012.
24. CARDOSO, C.C.L.; ROSALINI, M.H.P.; PEREIRA, M.T.A.M.A. O Cuidar na Concepção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 13, n.1, p. 24-42, jul/dez. 2010.
25. MILIORINI, J.P. et al A família no contexto hospitalar: apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 9, n.3, p. 81-91. jul./set. 2008.
26. INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente**/ Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2e. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 63p.

27. CAMPOS, H.L.M. ET AL. Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnóstico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 493-501, 2011.
28. PETER D BAADE, XINGQIONG MENG, CRAIG SINCLAIR, PHILIPPA YOUL. Estimating the future burden of cancers preventable by better diet and physical activity in Australia. **MJA**, v. 196, n. 5, p. 3370349, 2012.
29. RHODEN, E.L.; AVERBECK, M.A. Câncer de Próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 92-99, jan.-mar. 2010. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf
30. Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de Próstata: Prevenção e Rastreamento**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2006.
31. DIRETRIZES DE CÂNCER DE PRÓSTATA. Marco Francisco Dall’Aglio (Coord.), Alexandre Crippó, Eliney Ferreira Faria, Gustavo Franco Carvalhal et al. Rio de Janeiro: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia, 2011. 92 p.

6.2 ARTIGO 2 – MODELO DE CRENÇAS E ATITUDES: A BUSCA POR CUIDADO DE SAÚDE PELO
HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA.

Submissão: Revista Latino Americana de Enfermagem.

Categoria: Artigo Original

MODELO DE CRENÇAS E ATITUDES: A BUSCA POR CUIDADO DE SAÚDE PELO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA**MODELO DE CREENCIAS Y ACTITUDES: LA BÚSQUEDA DE CUIDADOS DE SALUD POR EL HOMBRE CON CÁNCER DE PRÓSTATA****THE HEALTH BELIEF MODEL: MEN WITH PROSTATE CANCER LOOKING FOR HEALTH CARE**

Marina Viana Fernandes⁵; Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli⁶; Sonia Silva Marcon⁷; Julia Trevisan Martins⁸.

RESUMO: O objetivo do estudo foi investigar se crenças e atitudes determinam a procura do homem com câncer de próstata por cuidados de saúde. Estudo epidemiológico analítico e transversal. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista gravada com 54 homens, nos meses de abril a outubro de 2011. Utilizou-se o referencial metodológico do Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde. Os resultados apontaram que a percepção de susceptibilidade por meio da atividade física foi fator protetor ao homem com câncer de próstata. A percepção de barreiras evidenciou-se na realização de exames para a detecção do câncer de próstata e nos sentimentos decorrentes desses exames. A percepção de severidade não foi evidente. Conclui-se que o modelo aplicado propiciou identificar os conhecimentos das crenças do homem com câncer de próstata e pode ser aplicado como recurso diagnóstico pelos enfermeiros.

Palavras Chaves: Saúde do Homem. Câncer de Próstata, Enfermagem. Conduta de saúde.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue investigar si las creencias y actitudes del hombre determinan la búsqueda de cuidados de salud al padecer cáncer de próstata. Estudio epidemiológico analítico y transversal. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas grabadas con 54 hombres en los meses de abril a octubre de 2011. El Referencial metodológico adoptado fue el Modelo de Creencias y Actitudes en Salud. Los resultados mostraron que la percepción de la susceptibilidad a través de la actividad física tuvo un efecto protector en los hombres con cáncer de próstata. La percepción de barreras se hizo evidente en la realización de exámenes para la detección del Cáncer Prostata y los sentimientos derivados de éstos. La percepción de la gravedad no fue evidente. Llegamos a la conclusión de que el modelo respaldó el conocimiento de las creencias del hombre con cáncer de próstata y su aplicación como recurso diagnóstico por los enfermeros.

Palabras Claves: Salud masculina. Cáncer de próstata. Enfermería. Conducta en salud

ABSTRACT: The objective of this study was to investigate beliefs and attitudes determine the demand of man with prostate cancer for health care. And cross-sectional epidemiological

⁵Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL)

⁶Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL

⁷Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem na UEM. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família (NEPAAF)

⁸Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UEL.

study. Data collection was performed through recorded interviews with 54 men in the months from April to October 2011. We used the methodological framework of the Model Health Beliefs and Attitudes. The results showed that the perception of susceptibility by means of physical activity was protective in men with prostate cancer. The perception of barriers highlighted in the examinations for the detection of prostate cancer and feelings resulting from these examinations. The perception of severity was not evident. We conclude that the model used to identify the knowledge provided the beliefs of the man with prostate cancer and can be applied as a diagnostic tool for nurses.

Keys Words: Men's health. Prostatic Neoplasm. Nursing. Health Behavior

INTRODUÇÃO

A busca pela compreensão dos motivos que levam o homem a procurar ou não por cuidados de saúde não tem sido objeto de muitos estudos, pois o tema saúde do homem ainda não compõe a grade curricular das escolas de nível superior, na área de saúde, ao contrário do que ocorre com os temas relacionados à mulher, à criança, ao adolescente e ao idoso. Esse comportamento acadêmico reflete a cultura hegemônica de construção da identidade masculina balizada pela força e obtenção de sucesso e poder¹. A obtenção e manutenção dessa cultura poder levar o homem a negar fraquezas, vulnerabilidades, dores, sofrimentos, bem como, situações de risco à sua saúde².

Esse modelo masculino tem suscitado discussões devido ao reduzido envolvimento do homem com o autocuidado, visto que as taxas de mortalidade masculina são, significativamente, superiores às femininas e persistem durante toda vida³⁻⁴. Estes dados apontam que os homens preferem retardar, ao máximo, a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com os sintomas de uma doença⁵.

Os aspectos individuais que abarcam a busca por cuidados de saúde exprimem comportamentos que refletem crenças sobre o autocuidado e sobre o processo saúde-doença. A procura por cuidado de saúde pelo homem com câncer de próstata (CaP), neste estudo, foi analisada por meio das ações efetivadas para a prevenção de agravos à saúde provenientes da doença estabelecida e da adesão aos tratamentos propostos a um grupo de indivíduos.

A busca pela identificação dos fatores que balizam os comportamentos individuais em relação à saúde está em foco há muito tempo e inúmeras pesquisas foram desenvolvidas com o objetivo de: instituir medidas intervencionistas para mudar a prevalência de atitudes omissivas; promover melhorias na saúde individual e da população como um todo; e obter maior compreensão das razões pelas quais os sujeitos apresentam comportamentos distintos⁶.

Compreender a diversidade comportamental que interfere na busca por cuidados de saúde pelo homem ainda é uma meta a ser alcançada, principalmente, nos temas relacionados ao rastreamento e tratamento do câncer de próstata. Esse câncer se insere no grupo de Doenças Crônicas não Transmissíveis devido às suas características de caráter permanente, ou seja, incapacidade residual, longa duração, dependência contínua de medicamentos, recorrência, além do fato de ser, quase sempre, incurável, irreversível e degenerativa⁷⁻⁸.

O homem deve buscar por ações preventivas e realizar os exames para o rastreamento do CaP, como o PSA (Antígeno Prostático Específico) e o TDP (Toque Digital Prostático). O TDP é assinalado como uma das barreiras para a adoção de atitudes preventivas; por outro lado, o PSA é apontado como um facilitador na detecção por não envolver a violação da intimidade e não suscitar sentimento de perda da masculinidade⁰⁹⁻¹⁰.

Para analisar o comportamento do homem frente ao câncer de próstata, foi adotado o Modelo de Crenças e Atitudes (MCA), que busca explicar o comportamento humano, no processo de saúde, por meio de quatro constructos. A adoção de medidas preventivas pelo indivíduo relaciona-se a: percepção de ser susceptível a um determinado agravo; percepção da severidade/gravidade, verificada por meio da noção dos efeitos nocivos da doença sobre a vida; percepção de barreiras, que diz respeito à identificação de situações ou fatores que impedem ou dificultam ações voltadas ao autocuidado; e percepção dos benefícios, que está relacionada à opinião do sujeito sobre os cuidados em saúde¹¹.

Diante do exposto, é relevante que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, busquem compreender as crenças e atitudes dos homens com câncer de próstata, em relação ao processo saúde-doença, para que possam traçar estratégias que visem promover e prevenir os agravos dessa doença, favorecendo a melhoria do estado de saúde, bem com a qualidade de vida do homem com CaP.

O objetivo deste estudo foi investigar se crenças e atitudes de homens com câncer de próstata interferem na procura por cuidados de saúde antes e após o desenvolvimento da doença.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico, com recorte transversal que foi realizado no período de abril a outubro de 2011. A população de estudo foi constituída por 54 indivíduos (excluídos óbitos, recusas e os pacientes com alterações cognitivas e auditivas), de um total de 70 homens acometidos por câncer de próstata cadastrados e acompanhados nos anos de 2010 e 2011, no ambulatório de uro-oncologia de um hospital Universitário do sul do país, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 77%. Os critérios de inclusão adotados foram: ser acometido por câncer de próstata há mais de 6 meses e apresentar condições auditivas e cognitivas que permitissem participação nas entrevistas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada com duração média de 70 minutos, utilizando-se um formulário estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas que foram transcritas posteriormente. As entrevistas ocorreram no Ambulatório de Onco-Urologia ou no domicílio do paciente, conforme sua preferência.

Os dados foram compilados no programa *Microsoft Office Excel*[®] 2003 e, posteriormente, transportados para o programa *SPSS*, versão 19. A variável dependente deste

estudo foi o tempo de procura por cuidados de saúde após a percepção dos primeiros sintomas do trato urinário inferior, que foi dicotomizada em: tempo ≤ 30 dias (considerada atitude positiva em prevenção) e tempo > 30 dias (considerada atitude negativa em prevenção). As variáveis independentes que compuseram o modelo proposto foram: sociodemográficas; percepção de suscetibilidade (estilo de vida e cuidados de saúde anteriores ao desenvolvimento do CaP); percepção de severidade/gravidade da doença (conhecimento e causas do CaP e cuidados com saúde após a doença); percepção das barreiras para o enfrentamento da doença; e percepção dos benefícios da busca por cuidados de saúde. Para a análise de associação entre as variáveis, utilizou-se o Teste Exato de Fischer¹². A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – Pr, sob o protocolo nº 007/2011 e CAAE nº 0001.0.268.000-11, em 28 de fevereiro de 2011, segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96¹³.

RESULTADOS

A amostra foi composta por homens com idade média de 74,8 anos; dentre estes, a maioria dos indivíduos que apresentaram atitude positiva em prevenção tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo formal, eram católicos, casados, declararam-se brancos e de baixa renda. Não houve associação, estatisticamente significativa, entre as variáveis sociodemográficas e a atitude em prevenção desses homens (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população do estudo, segundo variáveis sociodemográficas e atitude de prevenção de homens com CaP. Londrina, PR, 2011(N=54)

Variáveis sociodemográficas	Atitude de prevenção	
	Tempo de procura por cuidados de saúde	
	Positiva	Negativa
	N (%)	N (%)
Escolaridade		
Menor ou igual a 8 anos de estudo	26 (86,6)	23(95,8)
Maior que 8 anos de estudo	4 (13,4)	1 (4,2)
Religião		
Católica	22(73,3)	16(66,7)
Demais religiões	8 (26,7)	8 (33,3)
Estado Civil		
Casado	27(90,0)	19 (79,2)
Solteiro e outros	3(10,0)	5(20,8)
Cor/etnia		
Branca/caucasiano	17(56,7)	12 (50,0)
Demais cor/etnia	13(43,3)	12(50,0)
Renda		
Alta renda	6 (20,0)	5 (20,8)
Baixa renda	24 (80,0)	19 (79,2)

Teste Exato de Fisher n.s.

A tabela 2 evidencia que todos os indivíduos procuraram por ajuda, porém, 43% dos entrevistados só o fizeram após 30 dias, o que pode proporcionar retardo tanto na detecção quanto no diagnóstico do câncer de próstata. A maioria, ou seja, 83,3%, exerceu ocupações com exposição a agentes cancerígenos; destes, 44,5% procurou por cuidado após 30 dias.

Quanto à alimentação, a maioria (83,3%) tinha hábito alimentar com potencial para o câncer de próstata; destes, 42% não apresentou atitude positiva em prevenção. Pouco mais da metade (63%) praticava algum tipo de atividade física; dentre estes, 70,5% procurou por cuidados antes de 30 dias. A grande maioria (98%) referiu alguma atividade de lazer, porém, 43% destes procuraram por cuidados somente após 30 dias.

Entre os que faziam uso de bebida alcoólica (33,4%), tabaco (9,2%) e drogas (9,2%), a procura por cuidados foi menor. A procura foi maior (94,4%) entre os que moravam com os familiares; 43% destes, entretanto, buscaram o cuidado somente após 30 dias. A média de tempo para a procura por cuidados de saúde, após os primeiros sintomas do trato urinário inferior, foi de 1,43 anos.

Na tabela 2, pode-se observar que a única variável do estilo de vida que apresentou significância estatística como atitude em prevenção foi a prática de atividade física ($p \leq 0,005$). Este pode ser considerado um fator de proteção para esses homens, principalmente em função da faixa etária, pois 80% dos que praticavam atividades físicas procuraram por cuidado de saúde até 30 dias após a manifestação dos primeiros sintomas.

Tabela 2. Distribuição da população do estudo, segundo a percepção de suscetibilidade (estilo de vida) e atitude de prevenção de homens com CaP. Londrina, PR, 2011(N=54)

PERCEPÇÃO DE SUSCETIBILIDADE Variáveis relacionadas ao estilo de vida.	Atitude de prevenção	
	Tempo de procura por cuidados de saúde	
	Positiva N (%)	Negativa N (%)
Ajuda quando em desequilíbrio na saúde.		
Sim	30 (96,8)	23(100,0)
Não	1(3,22)	0 (0,00)
Ocupação com exposição a agentes cancerígenos.		
Sim	25 (83,3)	20 (83,3)
Não	5 (16,7)	4 (16,7)
Hábitos alimentares com potencial para CaP		
Sim	26 (86,7)	19 (79,2)
Não	4 (13,7)	5 (20,8)
Prática de atividade de lazer		
Sim	30(100,0)	23(95,8)
Não	0(0,00)	1(4,2)
Prática de atividade física*		
Sim	24 (80,0)	10(41,7)
Não	6 (20,0)	14(58,3)
Uso de bebida alcoólica		
Sim	11 (36,7)	7 (29,2)
Não	19 (63,3)	17 (70,8)
Uso do tabaco		
Sim	3 (10,0)	2 (8,3)
Não	27 (90,0)	22 (91,7)
Uso de drogas		
Sim	3 (10,0)	2 (8,3)
Não	27 (90,0)	22 (91,7)
Com quem reside		
Sozinho	1(3,34)	2 (8,34)
Familiares	29 (96,6)	22 (91,6)

*Teste Exato de Fisher p= 0,005

Em relação às crenças e atitudes em saúde (suscetibilidade), não foi detectada associação significativa destas com a atitude de prevenção. Entretanto, os dados da tabela 3 demonstram que a maioria dos homens, tanto com atitude positiva como negativa em relação

à prevenção, acreditava que o uso do tabaco e da bebida alcoólica interfere na saúde. Da mesma forma, todos consideravam que a procura por cuidados de saúde traria benefícios e adesão aos tratamentos. Chama atenção o fato de que, no grupo de homens classificados como tendo atitude positiva em relação à prevenção, a maioria (73,4 %) reportou não procurar por cuidado de saúde antes da história do CaP; e no grupo de homens classificados como tendo atitude negativa, a maioria (58,3%) relatou buscar informações sobre saúde.

Tabela 3. Distribuição da população do estudo, segundo percepção de suscetibilidade (crenças e atitudes em saúde) e atitude de prevenção de homens com CaP. Londrina, PR, 2011(N=54)

PERCEPÇÃO DE SUSCETIBILIDADE Variáveis relacionadas a crenças e atitudes em saúde.	Atitude de prevenção	
	Tempo de procura por cuidados de saúde	
	Positiva N (%)	Negativa N (%)
Alimentação interfere na saúde		
Sim	12 (40,0)	11 (45,8)
Não	18 (60,0)	13 (54,2)
Uso do tabaco interfere na saúde.		
Sim	21 (70,0)	13 (54,2)
Não	9 (30,0)	11 (45,8)
Uso de bebida alcoólica interfere na saúde.		
Sim	19 (63,3)	19 (79,2)
Não	11 (36,7)	5 (20,8)
Procura por cuidado de saúde antes do CaP.		
Sim	8 (26,6)	8 (33,3)
Não	22 (73,4)	16 (66,7)
Benefício da procura por cuidado de saúde.		
Sim	27 (90,0)	21(87,5)
Não	3 (10,0)	3 (12,5)
Realização de todos os tratamentos		
Sim	27 (90,0)	21(87,2)
Não	3 (10,00)	3 (12,5)
Cuidado para se manter saudável		
Sim	16 (53,3)	13 (54,2)
Não	14 (46,7)	11 (45,8)
Procura de informações sobre saúde		
Sim	14 (46,6)	14 (58,3)
Não	16 (53,4)	10 (41,7)

Teste Exato de Fisher n.s.

Não se verificou, também, associação estatística entre variáveis que mediram a percepção de severidade, por meio das crenças sobre o câncer de próstata, e o tempo de procura por cuidado de saúde, conforme análise dos dados da tabela 4.

Para a maioria dos homens, com atitude positiva ou negativa em relação à prevenção, não houve interferência da alimentação, uso do tabaco, uso de bebida alcoólica, ocupação e atividade cotidiana nos sintomas presentes no desenvolvimento da doença. Vale

ressaltar que, para a maioria dos entrevistados, a percepção da severidade só ficou evidente na procura por cuidado de saúde após o desenvolvimento do CaP, uma vez que 63% destes relataram um melhor cuidado com a saúde após o diagnóstico do câncer; e 89%, que tomavam os medicamentos corretamente. Chamou a atenção o fato de 83,3% dos homens se autodeclararem saudáveis, embora estivessem vivenciando o CaP.

Tabela 4. Distribuição da população do estudo, segundo percepção de severidade (crença sobre o câncer de próstata) e atitude de prevenção de homens com CaP. Londrina, PR, 2011(N=54)

PERCEPÇÃO DE SEVERIDADE Variáveis relacionadas a crenças sobre o Câncer de Próstata	Atitude de prevenção	
	Tempo de procura por cuidados de saúde	
	Positiva N (%)	Negativa N (%)
Alimentação interferiu no desenvolvimento do CaP.		
Sim	4 (13,4)	5 (20,8)
Não	26 (86,6)	19 (79,2)
Uso do tabaco interferiu no desenvolvimento do CaP.		
Sim	9 (30,0)	10 (41,6)
Não	21 (70,0)	14 (58,4)
Uso de bebida alcoólica interferiu no desenvolvimento do CaP.		
Sim	8 (26,6)	9 (37,5)
Não	22 (73,4)	15 (62,5)
Interferência da ocupação no aparecimento do CaP.		
Sim	5 (16,7)	8 (33,3)
Não	25 (83,3)	16 (66,7)
Interferência da atividade cotidiana no aparecimento do CaP.		
Sim	11(36,6)	7 (29,1)
Não	19 (63,4)	17 (70,9)
Associação entresintomas e possibilidade de CaP.		
Sim	3 (10,0)	4 (16,6)
Não	27 (90,0)	20 (83,4)
Antecedentes familiares para o CaP.		
Sim	13 (43,3)	14 (58,3)
Não	17 (56,7)	10 (41,7)
Opinião sobre a condição de saúde em relação ao CaP.		
Saudável	25 (83,3)	20 (83,3)
Doente	5 (16,7)	4 (16,7)
Cuidando melhor da saúde após o CaP		
Sim	19 (63,4)	15 (62,5)
Não	11(36,4)	9 (37,5)
Procura por cuidado de saúde após o desenvolvimento do CaP.		
Sim	28 (93,3)	21 (87,5)
Não	2 (6,7)	3 (12,5)

Teste Exato de Fisher n.s.

Entre as barreiras associadas, estatisticamente, à atitude de prevenção (Tabela 5) estão: a realização dos exames para a detecção e monitoramento do CaP ($p=0,015$), percebida pelos homens como situação de dor; a realização frequente de exames; a dependência de acompanhante; a interferência no trabalho do acompanhante; a distância percorrida; e os gastos com o transporte. Outra barreira associada ($p=0,055$) diz respeito aos sentimentos decorrentes da realização desses exames, entre eles: medo, vergonha, preocupação, ansiedade e amargura.

O local de moradia, a resolutividade do atendimento, o agendamento de consulta, o acesso ao serviço de saúde, a interferência das terapêuticas na adesão ao tratamento e o recebimento de informações sobre os exames não foram percebidos como barreiras pelos indivíduos.

Tabela 5. Distribuição da população do estudo, segundo percepção de barreiras e atitude de prevenção de homens com CaP. Londrina, PR, 2011(N=54)

PERCEPÇÃO DE BARREIRA. Variáveis referentes à percepção de barreiras para o rastreamento e tratamento do CaP	Atitude de prevenção	
	Tempo de procura por cuidados de saúde	
	Positiva N (%)	Negativa N (%)
Localização da residência.		
Sim	6 (20,0)	7 (29,2)
Não	24 (80,0)	17 (70,8)
Interferência das terapêuticas na adesão ao tratamento do CaP.		
Sim	9 (30,0)	6 (25,0)
Não	21 (70,0)	18 (75,0)
Resolubilidade do atendimento.		
Sim	29 (96,7)	19 (79,2)
Não	1 (3,3)	5 (20,8)
Facilidade no agendamento de consulta		
Sim	28 (93,3)	23 (95,8)
Não	2 (6,7)	1 (4,2)
Orientações de exames relacionados ao CaP		
Sim	24 (80,0)	18 (75,0)
Não	6 (20,0)	6 (25,0)
Dificuldade de acesso ao Serviço de Saúde		
Sim	3 (10,0)	4 (16,6)
Não	27 (90,0)	20 (83,4)
Interferência dos exames na adesão ao tratamento do CaP*		
Sim	2 (6,7)	9 (37,5)
Não	28 (93,3)	15 (62,5)
Desconforto decorrente de exames CaP **		
Sim	17 (56,6)	7 (29,2)
Não	13 (43,4)	17 (70,8)

Teste Exato de Fisher * p=0,015, ** p=0,055

DISCUSSÃO

Uma parcela importante dos homens com pouca escolaridade e baixa renda apresentou atitude positiva em relação à prevenção, pois procurou por cuidados de saúde até 30 dias após o aparecimento dos primeiros sintomas do trato urinário inferior. Apesar de não

ter sido detectada associação estatística, esses dados foram positivos, considerando-se que, geralmente, essas são características de populações que têm maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por motivo de trabalho ou pouco esclarecimento sobre saúde-doença, devido à formação escolar incompleta¹⁴⁻¹⁵. Esse diferencial pode estar relacionado ao fato de se tratar de população, em sua maioria, idosa, pois, na fase de envelhecimento, a realização de exames periódicos e *check-up* é mais comum¹⁶. A presença nos serviços de saúde pode ser também decorrente de outras patologias, fato que aumenta as chances de realização de exames preventivos¹⁷. Um estudo realizado com homens portadores de diabetes e hipertensão revelou o contrário, ou seja, que os profissionais de saúde não estão inserindo, em sua prática, o estímulo à realização do exame preventivo de próstata¹⁸.

Houve significância estatística entre a realização de atividade física e a atitude positiva em prevenção. Pode-se considerar que esta prática foi fator de proteção para esses homens idosos e com limitações decorrentes de outras comorbidades. Entre as atividades físicas, foram citadas: caminhadas regulares diárias; exercícios ativos como alongamento ou em academias ao ar livre; movimentação ativa dos membros superiores dos cadeirantes, com acompanhamento ou não de profissionais; dança; e andar de bicicleta. A adoção de atitudes e comportamentos preventivos, como os acima citados, é capaz de reduzir a susceptibilidade e/ou atenuar a severidade/gravidade da doença instalada¹⁹.

Fatores nutricionais, tabagismo e etilismo têm sido apontados como determinantes de risco para várias doenças, inclusive, para o câncer de próstata, mas essas informações têm sido pouco difundidas junto a população masculina¹⁰⁻²⁰. A percepção de suscetibilidade a agravos à saúde por parte destes indivíduos foi bastante comprometida e, talvez, esta tenha determinado a busca tardia por cuidados de saúde. A pouca noção de susceptibilidade à doença aparece respaldada por: insuficiente conhecimento sobre os fatores de risco à saúde e ao câncer de próstata; cultura hegemônica da masculinidade; aspectos socioculturais que

envolvem o consumo de alimentos, tabaco, álcool ou drogas; e possível adoecimento advindo de exposição a agentes cancerígenos em algumas ocupações. Esses dados, exceto a relação do câncer com a ocupação, são corroborados por estudos realizados na Colômbia¹⁰ e nos Estados Unidos, com homens negros e brancos, que assinalam suscetibilidade ao CaP devido à interferência de fatores culturais e ao desconhecimento dos fatores de risco à doença²¹⁻²².

A percepção de severidade/gravidade do câncer de próstata ocorreu após o diagnóstico e se concretizou em atitudes de adesão ao tratamento e uso correto de medicamentos, ou seja, os homens passaram a cuidar melhor da saúde depois do desenvolvimento do câncer de próstata, constatação que reforça o que tem sido amplamente apontado no meio científico: o homem procura por cuidado de saúde somente após o aparecimento da doença^{1,2,4,5,9,14}.

O conhecimento reflete a percepção de suscetibilidade e de severidade da doença, o que foi constatado pelos discursos de alguns homens com CaP: *o câncer de próstata é uma doença ruim, perigosa e silenciosa que mata se não for detectada e tratada no início e pode se espalhar para outros órgãos; é uma doença que afeta o homem sexualmente; é uma doença que pode ser tratada com medicamentos e/ou cirurgia que é a mais indicada pelos médicos; o câncer de próstata pode ser prevenido se o homem aos 40 anos procurar o médico e fizer os exames.*

As causas para a doença também refletiram o conhecimento sobre a doença e a percepção de severidade, conforme relatos: *é de origem hereditária; foi ocasionado pelo uso excessivo de cigarro e bebida alcoólica; O CaP foi originado pelo descuido com a saúde; provocado pela vasectomia, a alimentação em excesso e consequência normal da idade.*

Quanto às barreiras, houve significância tanto em relação aos exames realizados para a detecção e controle da doença como aos sentimentos advindos desses. O exame mais referido como barreira foi a biópsia da próstata, seguida do toque digital prostático. Os

desconfortos citados, em relação aos exames, foram: a dor; o fato de machucar; o medo; a vergonha; a dependência da esposa para acompanhar, sendo que esta poderia ser prejudicada no trabalho; o gasto com o transporte; a distância entre o local onde mora e o do exame; e a necessidade de comparecer muitas vezes ao hospital. Os sentimentos mais sinalizados foram: constrangimento, vergonha, preocupação, ansiedade, dor, medo, cisma, sensação de desconforto e desânimo. Resultados semelhantes quanto ao medo e à vergonha apareceram em outros estudos¹⁰⁻¹⁵⁻²¹⁻²³.

Para melhor entender a percepção de suscetibilidade e severidade, assim como, as barreiras e os benefícios, o modelo proposto aponta que aspectos intrínsecos ao indivíduo interferem na probabilidade deste desencadear uma ação em prol de sua saúde, pois esta depende, fundamentalmente, da percepção que o homem tem dos fatores que, de algum modo, podem estar relacionados a uma situação de doença e da importância que o mesmo atribui a sua saúde. Assim, se o homem atribui à saúde uma importância fundamental, modificações em seu comportamento ocorrerão⁶.

Os homens não sinalizaram como barreira o local de residência, a resolutividade do serviço, a facilidade do agendamento de consultas, as orientações anteriores aos exames e o acesso aos serviços de saúde. Essas variáveis, que podem ser caracterizadas como extrínsecas,⁶ apontadas como facilitadoras ao tratamento do câncer de próstata, foram fundamentais para que os homens com câncer de próstata superassem as barreiras e adotassem atitude positiva, caracterizada pela busca por cuidado antes de 30 dias após os primeiros sintomas do trato urinário inferior. Esses dados diferem de outros estudos que apontam como barreiras: o alto custo do tratamento; a dificuldade de acesso; a falta de confiança no sistema e no profissional de saúde que realiza a avaliação; e a falta de médico na atenção básica¹⁰⁻²¹.

Esse modelo atendeu as expectativas quanto à percepção de barreiras, pois esse constructo é o maior determinante do MCA²⁴.

Percebeu-se que os homens têm buscado cuidados de saúde, mas necessitam ser sensibilizados para a procura precoce em benefício da qualidade de vida e, para isso, os profissionais e as instituições de saúde devem investir em uma maior aproximação com o homem adulto, em fase produtiva, por meio do estabelecimento de estratégias como: horários alternativos de funcionamento; agilização das consultas com as especialidades; capacitação da equipe multiprofissional para o desenvolvimento de uma abordagem e de uma linguagem específicas; e realização de campanhas para participação em programas preventivos por meio de planos assistenciais que atendam as necessidades integrais dessa população.

CONCLUSÃO

O modelo de crenças e atitudes em saúde, por abranger a dimensão cognitiva, propiciou que se conhecesse, com profundidade, as crenças do homem com câncer de próstata, portanto, este deve ser mais utilizado como recurso diagnóstico pelos enfermeiros, para o planejamento de ações em educação voltadas à população masculina adulta, pois as desenvolvidas até o momento têm sido insuficientes para despertar no homem a cultura da prevenção, principalmente, quanto às medidas relacionadas ao rastreamento da doença.

Pela utilização do Modelo de Crenças e Atitudes, verificou-se que os indivíduos pesquisados apresentavam insuficiente percepção sobre sua suscetibilidade ao Câncer de Próstata e sobre a severidade da doença, o que pode ter determinado a procura tardia por cuidado de saúde. O acesso ao serviço de saúde não se constituiu barreira, mas uma possibilidade de realização dos exames específicos para o rastreamento. A crença no benefício da procura por cuidado não se concretizou na prática.

REFERENCIAS

1. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 184p.

2. Pinheiro TF, MT. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan* [internet]. jan-jun 2008. [Acesso em 24 de fevereiro em 2010]; IV (1):53-67. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v4n1/a04v4n1.pdf>.
3. Braz NA. Construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(1): 97-104, 2005.
4. Silva MEDC, Alvarenga WA, Silva SS, Barbosa LDCS, Rocha SS. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI* [internet]. Teresina. Jul-Ago-Set- 2010. [acesso em 11 de janeiro de 2012]; 3(3): 21-25. Disponível em: http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf.
5. Schraiber LB Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, [internet] Rio de Janeiro, mai, 2010. [acesso em 02 de março de 2012]; 26(5):961-970. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>.
6. Conner N, Norman P. *Predicting Health Behaviour: research and practice with social cognition models*. Bucking. Philadelphia. Open University Press. 1998. 230p.
7. Organização Mundial da Saúde (BR). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003.
8. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Rev.Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2005; 14(esp.):116-24.
9. Silva VLQ. *Sexualidade masculina e saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família: trabalhando com a equipe pesquisa-ação*. [tese de mestrado]. Ribeirão Preto. (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009. 148 p.
10. Astudillo MNM, Pinzón LAS, Ospina JJ, Grisales A, Garcia JDR. Percepciones sobre El cáncer de próstata em poblacion masculina mayor de 45 años. *Santa Rosa de Cabal*, 2010. *Hacia La promoción de La Salud*, 16 (2): 147-161, 2011.
11. Rosentock IM. Why people use healt services, millbanck Memorial Fund Quarterly, 44, 92-124.1966.
12. Callegari-Jacques, S.M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255 p.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº169/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília; 1996.

14. Gomes R , Nascimento EF Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [internet], Rio de Janeiro 2007. [acesso em 25 de março de 2010]; 23(3):565-574. disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>.
15. Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan-fev 2011 [acesso em: 29/04/2012]; 19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_11.pdf.
16. Camargo BV, Campos PHF, Torres TL, Stuhler GD, Matão MEL. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Rev Temas de psicologia*, 19(1): 179-192. 2011.
17. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, ALVES MCGP. fatores associados à realização dos exames de rastreamento de câncer. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2):347-356, fev, 2011
18. Vieira LJES, Santos ZMSA, Landim FLP, Caetano JA. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):145-152, 2008.
19. Rosentock IM. Historical origins of the health belief model, *Health Education Monographs*, 2, 1-8. 1974.
20. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AAN. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): 385-8.
21. Woods, VD; Montgomery SB; Herring RP; Gardner RW; Stokoes, D. Social ecological predictors of prostate specific antigen blood test and digital rectal examination in black American men. *J. Natl. Med. Assoc.* 98 (4): 492-504, April, 2006.
22. Demar K, Walvefried W, Strigo T, Catoe K, Conaway M, Brunetti M, Rimer BK, Robertson CN. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. *Urology*. 46 (3):346-51, september, 1995.
23. Coutinho JV. Comportamento de adesão ao rastreio do cancro de próstata: estudo exploratório. *Rev. Psicologia, Saúde & doença* [Internet]. 2001. [acesso em 29/04/2012]; 1 (2) 107-115 *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/362/36220108/36220108_5.html.
24. Pitts M. *The psychology of preventive health*. London. Routledge. 1996. 160p.

7. Conclusão Geral



Considerar o homem nas múltiplas interfaces que envolvem a vivência do câncer de próstata e a busca por cuidado de saúde não é tarefa simples, porém, este tema deve ser alvo de frequentes pesquisas, pois estas são necessárias para o aprimoramento e para a consolidação das políticas públicas voltadas à população masculina. Indiscutivelmente, a população está envelhecendo e, nessa nova sociedade, emerge o homem idoso, com muitas co-morbidades, entre estas, o câncer, sendo o de próstata o mais significativo.

Nesse contexto, entender como o homem com câncer de próstata se comporta e quais são suas características, suas crenças e atitudes no enfrentamento da doença deve ser uma meta atual e persistente dos profissionais de saúde e dos enfermeiros.

Ao estudar essa população, foram detectadas algumas particularidades, entretanto, deve-se considerar o tamanho da amostra. Portanto, generalizações mais abrangentes, mesmo entre a população em estudo, devem ser evitadas, para se prevenir possíveis vieses de confundimento.

Os resultados epidemiológicos possibilitaram as seguintes conclusões:

- Os homens com câncer de próstata, em sua maioria, tinham mais de 72 anos, eram brancos, católicos, casados e residiam na zona urbana do município de Londrina, Pr, cidade onde realizavam o tratamento.
- A baixa escolaridade foi evidenciada, pois a grande maioria tinha menos de 8 anos de estudo.
- A renda pessoal era baixa, geralmente, proveniente de aposentadoria pelo INSS. As ocupações mais exercidas, na fase produtiva, estavam relacionadas a atividades na agricultura e na construção civil. O exercício dessas atividades favoreceu a exposição, por mais de 20 anos, a agentes cancerígenos, como o Cádmo, o amianto e os agrotóxicos e fertilizantes.

- Quanto à convivência familiar, a maioria vivia com a família e era assistida por familiares com os quais coabitava ou não. Os cuidados recebidos foram delineados como: financeiros; processos domésticos; apoio emocional, afetivo e espiritual; e atividades instrumentais da vida diária. A família, na figura da esposa, desponta como fonte de apoio e segurança ao homem com câncer de próstata.
- Dentre as mudanças ocorridas após o aparecimento do câncer de próstata, as mais significativas foram sexuais, caracterizadas por alteração na ereção, na frequência e na qualidade das relações sexuais e impotência.
- Os alimentos preferidos foram os calóricos e hipergordurosos, com ingestão excessiva de carboidratos, carnes e gordura animal.
- Alguns apresentaram comportamento de risco à saúde e à doença, ao fazerem uso de tabaco e de bebida alcoólica.
- Os sintomas obstrutivos impulsionaram os homens a buscar cuidados de saúde, embora essa busca tenha ocorrido tardiamente, considerando-se que o tempo médio de procura foi superior a um ano.
- Os exames para o rastreamento da doença foram os PSA e o TDP; a cirurgia mais evidente para o controle da doença foi a prostatectomia; e o medicamento mais utilizado, no momento da pesquisa, era o Zoladex (Gosrelina).

A aplicação do MCA evidenciou que:

- Apenas dois fatores relacionados à percepção de barreiras na procura por cuidado de saúde, antes e após o diagnóstico de Cap, apresentaram significância estatística: a realização dos exames para o rastreamento ($p=0,015$) e os sentimentos advindos desta prática ($p=0,055$), que se

caracterizaram como barreiras reais para a procura por cuidado, apesar das inter-relações evidentes entre as variáveis que compuseram o modelo de análise proposto.

- O acesso aos serviços de saúde foi percebido como fator facilitador para a procura por cuidado, não se caracterizando como barreira.
- A atividade física, fator relacionado ao ‘estilo de vida’ e relacionado à percepção de suscetibilidade, constituiu-se em proteção, pois os homens que percebiam a importância desta também percebiam a relevância do cuidado com sua saúde e procuraram o serviço precocemente (tempo inferior a 30 dias a partir da presença de sintomas).
- Os homens com câncer de próstata percebem-se susceptíveis à doença e à severidade deste tipo de câncer e reconhecem os benefícios da procura por cuidado de saúde, mas a crença nesses benefícios não se concretizou na prática, pois o tempo médio para a procura por cuidados de saúde foi superior a um ano.

8. Considerações finais

A decorative border consisting of two parallel red lines. One line is vertical, running along the right edge of the page. The other line is horizontal, running across the bottom of the page. The two lines intersect at the bottom right corner, forming a partial frame around the text.

Há necessidade dos profissionais de saúde, em especial, dos enfermeiros, estabelecerem estratégias para informar o binômio homem-família sobre a importância de uma atitude positiva em relação à prevenção, considerando-se que a família foi reconhecida como participante nos cuidados ao homem com câncer de próstata.

No entanto, ações em saúde, na atenção básica, vêm efetivando os princípios de integralidade da assistência, por meio da busca ativa e detecção precoce do câncer de próstata, pois grande parcela da população pesquisada foi diagnosticada por exames preventivos realizados na US.

Nesse sentido, os órgãos públicos devem aprimorar a cobertura de ações programáticas voltadas à saúde homem, pela oferta de cuidados preventivos, principalmente, para o rastreamento do câncer de próstata, o que possibilitaria a redução da mortalidade por essa doença e aumentaria, com qualidade, a expectativa de vida dessa população.

9. Referências



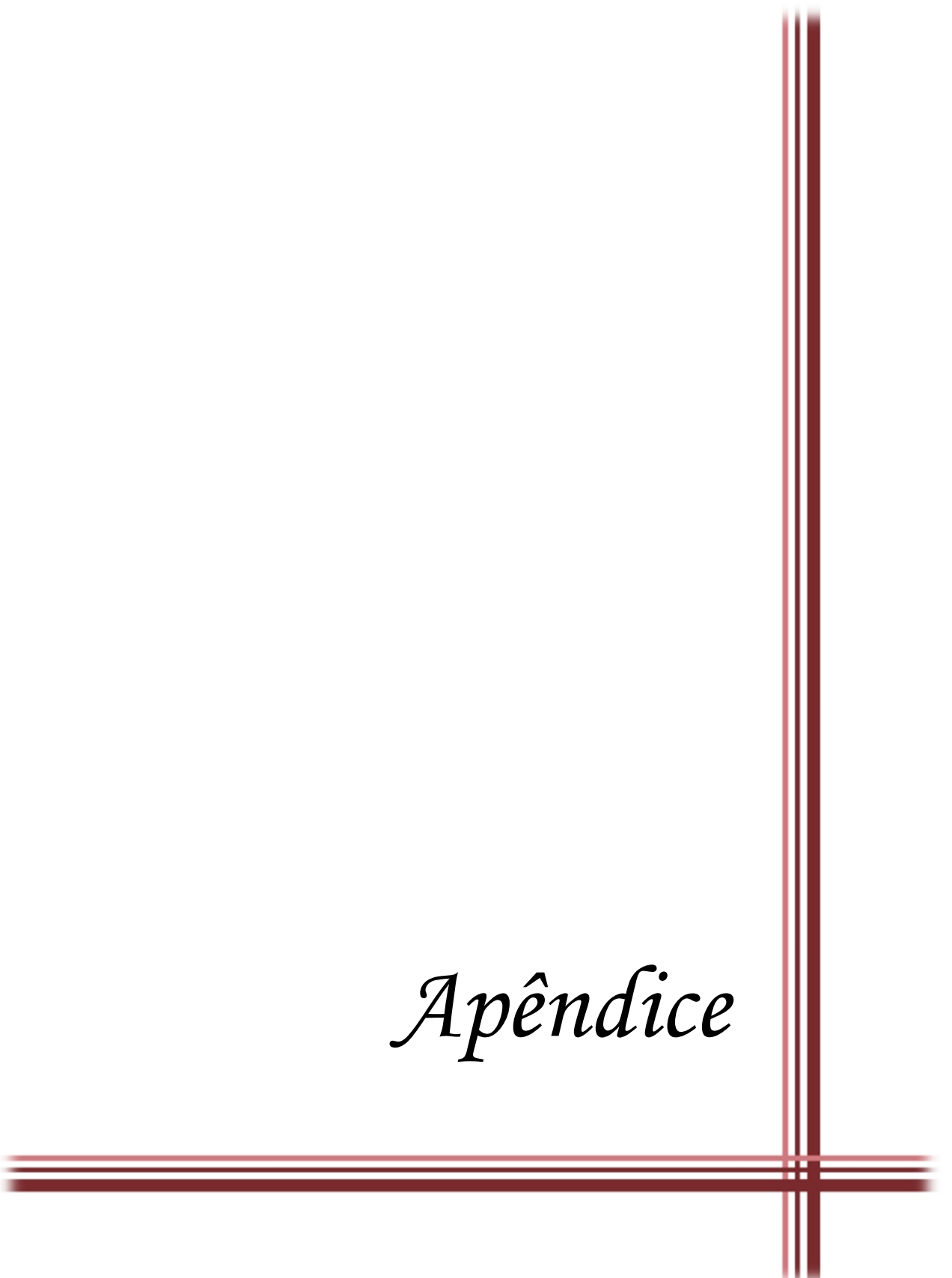
1. BISQUERA, R.; SARRIERA J.C.; MARTINEZ F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Tradução Fátima Murad.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – Uma Análise dos Dados de Mortalidade em 2001. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2004. []p. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377.
3. _____. Ministério da Saúde. Saúde do Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Secretaria de vigilância em Saúde, 2005.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. Reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.
5. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – Uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 364 p.: il. color. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) Acessado em 28/02/2012. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377.
6. CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255 p.
7. CARDELLI, AAM; TANAKA, ACD. O papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. *Cienc Cuid Saude* , v.11, n.(suplem.),p. 108-114, 2012.
8. CESTARI, M.E.W.; ZAGO, M.M.F. A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.2, p. 218-21, 2005.
9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº169/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
10. CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 269 p.

11. DORIA FILHO, ULYSSES. **Introdução à bioestatística: para simples mortais**. São Paulo: Elsevier, 1999. 4ª reimpressão. 158 p.
12. FISKE, S.T., TAYLOR S.E. *Social Cognition*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill: 1991.
13. GIANINI M.M.S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. 2007. [Mestrado]. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Acesso em 18 de maio de 2010. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>.
14. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. 12 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.
15. GOMES, R., NACIMENTO, E.F., ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar, 2007. Acesso em 18 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
16. GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008, 184p.
17. GOMES, R., MOREIRA, M.C.N., NASCIMENTO E.F., REBELLO, LEFS; COUTO MT; SCHIRAIER LB. Os homens não vem! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 983-992, 2011. Acesso 23 de fevereiro de 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>.
18. GOMES, R., NASCIMENTO E.F., REBELLO, L.E.F.S., ARAUJO, F.C. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 6, p. 1975-1984, 2008. Acesso em 23 de junho de 2010. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n6/a33v13n6.pdf>
19. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p. Acessado em 23/03/2012 <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
20. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. (BRASIL). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3ª ed.rev.atual.ampl.Rio de Janeiro: INCA, 2008.

21. KASL S.V., COBB S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. **Archives of Environmental Health**, v. 12, p. 246-66, 1966,
22. KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. **Mutat Res**, v.544, n 2-3, p.305-311. Nov.2003.
23. KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer: o que os Doentes Terminais Têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes**. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
24. LAURENTI, R. MELLO JORGE, M.H.P., GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Rev Ciência & saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.35-46, 2005.
25. LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 143-65.
26. MACIEL, A.A. **A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença**. 1999.183 p. - Dissertação [Tese de Doutorado] apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. USP. São Paulo. 183 p.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. BRASÍLIA, 2008. Acessado em 21/09/2010. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
28. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.
29. RAMOS L.R., VERAS R.P., KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev.Saúde Públi.**, S. Paulo, v. 21, n.3, p. 211-24, 1987.
30. ROSENSTOCK, I.M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER, B.K. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990. p. 39-62.
31. SANTOS R.B. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva Heideggeriana**. 2006. 243f [Mestrado]. Ribeirão Preto. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006.

32. SCHRAIBER, L.B, GOMES R., COUTO MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, jan-mar, 10 (001). Rio de Janeiro, Brasil. PP.7-17. Acesso em 30 de março de 2012. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010102.pdf>
33. SHEERAN, P., ABRAHAM, C. The Health Belief Model.In: CONNER, M., NORMAN P. Predicting Health Behavior. p.23 a 61. Capítulo 2. **Philadelphia**. Open University Press. 1995. 230 p.
34. SILVA S.S.; AQUINO T.A.A.; SANTOS R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev Brasil Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 73-88, 2008. Acesso em 28 de julho de 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a06.pdf>
35. SONOBE, H. M.; BARRICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002.
36. TOFANI A.C.A, VAZ C.E. Câncer de Próstata, Sentimento de Impotência e Fracassos ante os Cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 2, p. 197-204. 2007.
37. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.
38. WIKIPÉDIA. The free encyclopedia. Acessado em 31/01/12. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Fisher's_exact_test.
39. WONG L.L.R., CARVALHO J. **Rev.Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.23, n.1, p. 5-26, já./jun.2006.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 12, n. 5, p.366-70, nov.2002.

Apêndice



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Título da pesquisa: “O HOMEM FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE”

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “O homem frente ao diagnóstico do câncer de próstata: a procura por cuidado de saúde”, realizada “no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Londrina”. O objetivo da pesquisa é “Conhecer o perfil epidemiológico e comportamental de um grupo de homens com diagnóstico de Câncer de Próstata.”

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma através de entrevista com perguntas sobre as condições de moradia, trabalho, estilo de vida, conhecimento sobre doença e saúde, além das dificuldades enfrentadas após o aparecimento do cancer de próstata. O entrevistador preencherá o formulário no momento da entrevista para não haver perdas de dados.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo o senhor: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são contribuir com a assistência de saúde ao homem com câncer de próstata em todos os níveis de atenção desde as primárias, Unidades Básicas de Saúde até os Hospitais Terciários. Fornecer dados para a realização de outras pesquisas com a população masculina sobre o tema câncer

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (MARINA VIANA FERNANDES residente em Londrina na Rua Arthur Jaceguai, 234 – Jardim Itamaraty, TELEFONE: (043) 3325-8895 ou 9997-0002), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 2010.

Pesquisador Responsável

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em
participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Anexo



ANEXO 1 - Formulário para a Coleta de Dados referentes à Pesquisa

**O HOMEM FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA:
PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE.**

Nº do formulário:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de _____/_____/_____
(Iniciais) _____ Nascimento:

Local do Nascimento: (Cidade e Estado) _____

Cidade onde mora: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Estado civil: _____

Cor/etnia: Branca Amarela Negra Pardo Índio

2.1. Com quem mora? Esposa Filhos Filhas Netos
 Netas Pai Mãe Sobrinho(a)
 Amigo(a) Outros – Especificar: _____

2.2. Dessas pessoas com a(s) qual(is) mora, quem ajuda/ cuida do Sr?

2.2.1. Por quê? Que tipo de ajuda/ cuidado oferece?

2.3. Considera uma barreira/ dificuldade ao tratamento o local em que mora? Em relação ao bairro/cidade e transporte. (quantas conduções necessita, vem com carro próprio, ônibus, ambulância), quanto tempo demora para chegar ao hospital?

Sim Não Por quê? _____

2.4 Quais os tipos de atividade o senhor já exerceu/ trabalhou?

Tipos de trabalho/ local	Tempo trabalhado
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____
10 _____	_____

2.4.1. Atualmente o senhor está trabalhando?

Sim Não Aposentado Desempregado

2.4.1.1. Em relação ao seu trabalho atual:

Qual a

Atividade: _____

Carga horária: _____

Turno: Noturno Manhã Tarde Diurno Outro: _____Quantas horas/dia Carteira assinada Autônomo Contribui com INSS **2.4.1.2. O senhor tem dispensa para fazer o tratamento? (Barreira)**

Sim Não Comente: _____

2.4.1.3. O senhor acha que algum(ns) deste(s) trabalho (s) pode(m) ter causado o seu câncer?

Sim Não Por quê? _____

2.5. Quais os tipos de alimento que ingere? Especificar a frequência semanal.

Alimentos	Frequência semanal
Arroz	
Feijão	
Macarrão, massas em geral	
Pães, bolachas, bolos ,biscoitos, tortas doces	
Doces	
Carne de vaca	
Carne de frango	
Carne de porco	
Carne de peixe	
Embutidos (salsicha, presunto, mortadela, lingüiça)	
Legumes (chuchu, cenoura vagem, tomate, batata, beterraba, mandioquinha, mandioca e etc)	
Verduras (repolho, couve, alface, agrião, couve-flor, rúcula e almeirão, etc)	
Leite e derivados	
Frutas	
Outros	

2.5.1. Dos alimentos que escolheu, qual(is) o senhor não consegue ficar sem ingerir/comer?

2.5.2. O senhor acha que a sua alimentação interfere na sua saúde?

Sim Não Por quê? _____

2.5.3. O senhor acha que a sua alimentação interferiu no aparecimento do câncer de próstata?

Sim Não Por quê? _____

2.6 O senhor bebe?

Sim Não Por quê? _____

2.6.1. O senhor acha que a bebida interfere na sua saúde?

Sim Não Por quê? _____

2.6.2. O senhor acha que a bebida interferiu no aparecimento do câncer de próstata saúde?

Sim Não Por quê? _____

2.7 O senhor fuma?

Sim Não Por quê? Quantos cigarros por dia? _____

2.7.1. O senhor acha que o cigarro interfere na sua saúde?

Sim Não Por quê? _____

2.7.2. O senhor acha que o cigarro interferiu no aparecimento do câncer de próstata?

Sim Não Por quê? _____

2.8. O senhor USA DROGAS ?

Sim Não Por quê? _____

2.9. O senhor realiza alguma atividade física?

Quais	Frequência semanal

2.10. O senhor faz alguma atividade de lazer?

Quais	Frequência semanal
Cinema	
Teatro	
Igreja	
Visita amigos	
Visita parentes	
Outros - Quais?	

2.11. Acredita que mais algum outro fator relacionado às atividades do seu dia-a-dia possa ter interferido no aparecimento do câncer de próstata?

Sim Não Qual? _____
 Por quê? _____

3.1. Na sua família outras pessoas já tiveram algum tipo de câncer? Especificar qual tipo de câncer (ovário, útero, intestino, mama, próstata, pulmão, bexiga, pele ou outro).

Grau de parentesco	Tipo de câncer/ órgão do corpo atingido.
Mãe	
Pai	
Irmão (os)	
Irmã (s)	
Avó materna	
Avô materno	
Avó paterna	
Avô paterno	
Tios (as)	
Primos (as)	
Outro parente	

3.2. O que o senhor sentiu que o fez procurar por um serviço médico? Especificar os sinais e sintomas?

Diminuição da força da urina Dor ao urinar
 Presença de sangue na urina Diminuição da potencia sexual
 Ereção peniana alterada Desconfiança de estar estéril.
 Não sabe referir Exame de rotina – preventivo
 Retenção urinária Urgência miccional
 Gotejamento ao término ou início da micção Nocturia – levantar a noite para urinar mais que uma vez
 Nicturia – eliminar a urina no leito enquanto dorme Nenhum
 Não lembra _____

Outro (s): _____

3.2.1. Quanto tempo faz que o senhor sentiu esses sinais/sintomas pela primeira vez?

3.2.2. Quanto tempo o senhor demorou em procurar o médico após perceber esses sintomas?

Por quê? _____

3.2.3. O senhor achava que os sintomas que o levaram a procurar pelo médico poderiam estar relacionados a um possível câncer de próstata?

Sim Não Por quê? _____

3.4. Há quanto tempo o senhor tem câncer de próstata?

3.4.1. O senhor acredita que o seu câncer pode estar relacionado aos antecedentes familiares.

Sim Não Por quê? _____

3.4.2. O que o senhor sabe sobre o câncer de próstata?

3.4.3. O senhor sabe dizer o que provocou o câncer de próstata? Investigar as causas da doença.

4.1. Houve alguma mudança na vida do senhor após o diagnóstico de câncer de próstata?

Mudanças ocorridas relacionadas ao:	Comente cada uma delas
Físico/ corpo	
Família	
Trabalho	
Vida social	
Atividade sexual	
Emocional/ psicológico	
Espiritual	
Financeiro	
Outros	

4.2. Quais os tratamentos que já foram realizados para combater o câncer de próstata?

Tratamento Medicamentoso	Tratamento cirúrgico
<input type="checkbox"/> Zoladex	<input type="checkbox"/> Prostatectomia
<input type="checkbox"/> Androcur	<input type="checkbox"/> Orquiectomia
<input type="checkbox"/> DES+ CTX+Decadron	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Quimioterápico	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Outro: _____	

4.3. O Senhor acha que alguns desses tratamentos foram barreiras/dificuldades para a continuidade do tratamento?

Qual? _____

Por quê? _____

5.1. Antes de apresentar o diagnóstico do câncer de próstata, o senhor tinha o hábito de procurar por cuidado de saúde/ ir ao medico:

- Para prevenção de problemas de saúde
- Somente quando apresentava algum problema
- Para tratamento
- Após não conseguir sanar o problema de saúde com automedicação
- Nunca procurava
- Convocado por programas de atenção à saúde do trabalhador na empresa em que trabalha.
- Outros _____

5.2. Com que frequência o senhor procurava o médico para cuidar da sua saúde geral antes do diagnóstico de câncer de próstata? (Esclarecer que pode ser atendimento médico ou de outro profissional da saúde)

- Uma vez por ano para *chek up* geral
- Só quando apresentava alguns sintomas
- Após não conseguir sanar com cuidados alternativos
- Não sabe referir
- Nunca procurava
- Após não conseguir sanar o problema com a auto-medicação
- Outro _____

5.3. Após o diagnóstico do câncer de próstata, o senhor passou a ter o hábito de

procurar por cuidado de saúde:

- Para prevenção de problemas de saúde
- Somente quando apresentava algum problema
- Para tratamento
- Nunca procurava
- Convocado por programas de atenção à saúde do trabalhador na empresa em que trabalha.
- Outros _____

5.4. O senhor ao apresentar problemas de saúde em relação à próstata, procurou ajuda ou conversou com alguém, que não fosse profissional de saúde, para resolver este problema de saúde? Especificar se amigo/ parente/ líder religioso ou profissional de saúde.

Pessoa que procurou:	Motivo
Amigo	
Familiar	
Parente	
Religioso	
Não procurou	
Benzedor, curandeiro	
Outro.	

5.5. Se procurou por profissional de saúde, qual foi?

- Médico – Especialidade: _____
- Dentista
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Farmacêutico
- Outro: _____

5.6. A primeira vez que precisou de cuidados de saúde relacionados à próstata, qual o serviço procurou?

- UBS
- Consultório particular
- Convênios. Qual? _____
- Pronto socorro/hospital
- Farmácia
- Pronto atendimento

Outro: _____

5.6.1. Teve alguma dificuldade?

Sim Não Por quê? _____

5.6.2. O senhor acha que esse atendimento resolveu o seu problema?

Sim Não Por quê? _____

5.6.3. O senhor conseguiu consulta fácil?

Sim Não Por quê? _____

5.6.4. O senhor foi encaminhado para outro serviço ou outro profissional?

Sim Não
Por quê? _____
Qual? _____

5.7. Qual(is) o(s) exame(s) foram realizados para a detecção e controle do câncer de próstata?

Exames	Detecção do CaP	Controle do CaP
Sangue (PSA)		
Toque retal		
Ultrassom transretal para biopsia de		
Cintilografia		
Tomografia		
Ressonância magnética		
Ultrassom de rins e via urinarias		
Outros. Quais:		

5.7.1. Como o senhor se sentiu durante a realização desses exames?

Por quê? _____

5.7.2. O senhor foi orientado sobre os exames? A finalidade de como seria o mesmo?

5.7.3. O Senhor acha que alguns desses exames foram barreiras para a continuidade do tratamento?

Qual? _____
Por quê? _____

5.8. O senhor percebe que a procura por cuidados de saúde proporciona benefícios em sua vida e em sua saúde?

Por quê? _____

6.1. O senhor acha que esta cuidando melhor da sua saúde após o diagnóstico do câncer de próstata?

Deixou de fazer algo por considerar prejudicial a sua saúde

Parou ou reduziu o uso de bebida alcoólica,

Parou ou reduziu o consumo de cigarros

Parou ou reduziu o consumo de drogas

Parou ou reduziu o consumo de algum alimento?
Qual? _____

Iniciou alguma atividade física e de lazer.

Qual? _____

Outro: _____

Por quê? _____

6.2. O senhor faz uso correto dos medicamentos prescritos?

Sim Não

Por quê? _____

6.3. O senhor busca informações adequadas sobre a manutenção da saúde e prevenção dos agravos da sua doença?

Sim Não

Por quê? _____

6.4. Onde busca essas informações (TV, rádio, livros, folhetos informativos, outros)?

6.5. O senhor realiza todos os tratamentos propostos pelos médicos, sejam referentes ao câncer de próstata ou outra doença?

Sim Não

Por quê? _____

6.6. Têm alguma dificuldade para realizar o tratamento proposto em relação ao câncer de próstata?

Sim Não

Por quê? _____

6.7. Quais doenças além do câncer o senhor tem?

6.8. O senhor poderia dizer qual outro cuidado que realiza para manter-se saudável?

6.9. O que é ser saudável para o senhor?

Por quê? _____

6.10. O que é estar doente para o senhor?

Por quê? _____

6.11. No momento atual, em relação ao câncer de próstata, o senhor se sente saudável ou doente?

Por quê? _____