

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

FACENE/RN

ANA KAROLINY GOMES DE MORAIS

CÂNCER DE PRÓSTATA: Conhecimento do homem acerca do  
exame de toque retal

**MOSSORÓ**

**2010**

ANA KAROLINY GOMES DE MORAIS

CÂNCER DE PRÓSTATA: Conhecimento do homem acerca do  
exame de toque retal

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova  
Esperança de Mossoró–FACENE/RN, como exigência parcial  
para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ

2010

ANA KAROLINY GOMES DE MORAIS

CÂNCER DE PRÓSTATA: Conhecimento do homem acerca do  
exame de toque retal

Monografia apresentada pela aluna Ana Karoliny Gomes de Moraes, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

Orientador

---

Prof. Ms Patricia Josefa Fernandes Beserra (FACENE/RN)

Membro

---

Prof. Esp. Karla Simoes Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)

Membro

Dedico este trabalho aos meus pais, Raimundo Mendes de Moraes e Cosma Adélia Gomes de Moraes que são exemplo de vida para mim e me criaram com todo amor e carinho, me ensinando a ser uma pessoa digna e sempre acreditaram no meu potencial.

# **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por ter me dado a vida e por estar presente em todas as horas desta, me ouvindo e me guiando pelo caminho da vitória

Aos meus irmãos e toda minha família por me passar confiança e apoio em todas as horas. Isso me estimula a seguir em frente quando alguma vez penso em desistir de algo.

A professora especialista Joseline Pereira Lima, que me orientou para o desenvolvimento de trabalho, um exemplo vivo, compreensão, paciência, dedicação e conhecimento.

As pessoas especiais que entraram na minha vida nesses últimos 4 anos, que foram os de faculdade, e me deram força e apoio para enfrentar com firmeza essa jornada.

O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.

*Arthur Schopenhauer.*

## RESUMO

O câncer de próstata tornou-se nas últimas décadas um relevante problema de saúde pública devido à morbimortalidade relacionada a esta patologia e ao aumento de sua incidência em vários países. Alguns estudos afirmam que quanto mais cedo for diagnosticada a doença maior a chance de cura e menos agressivo será o tratamento. Uma das formas mais eficazes de detectar esta doença é através do exame de toque retal. Este estudo tem como objetivo geral investigar o conhecimento dos homens de Mossoró-RN acerca do exame de toque retal e objetivos específicos caracterizar o perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa e identificar se os homens de Mossoró conhecem as formas de diagnóstico de câncer de próstata. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, realizada com 10 homens de 40 a 60 anos, usuários do serviço de saúde da Unidade Básica Francisco Marques da Silva localizada na cidade de Mossoró-RN. Os dados foram coletados através de entrevistas gravadas. A análise dos dados quantitativos foi feita através de gráficos e dos dados qualitativos através do discurso do sujeito coletivo. De acordo com os resultados foi possível observar que 70% dos homens pesquisados têm entre 40 a 50 anos e 30% entre 51 a 60 anos; a maioria, 90% são casados. Em relação à escolaridade os participantes apresentam baixo grau de escolaridade, mas em sua maioria, revelam algum grau de instrução. 50% dos entrevistados ganham acima de 2 salários mínimos e os demais ganham inferior a esse valor. Em relação ao conhecimento sobre o exame de toque retal, observou-se que a maioria já ouviu falar do exame, mesmo que seja superficialmente e em relação a suas observações sobre o mesmo, os pesquisados o acham eficaz, bom e preciso, apesar de expressarem também receio de realizá-lo. Após a análise de dados pode-se constatar que, os homens ainda sabem muito pouco sobre o exame de toque retal e o câncer de próstata, e que a educação em saúde mais eficaz e melhor divulgada em relação à saúde do homem iria ajudar bastante aos mesmos, na obtenção desse conhecimento e conseqüentemente fazer com que os indivíduos do sexo masculino sejam mais ativos no seu processo saúde-doença.

Descritores: Câncer de próstata. Homem. Conhecimento.

## ABSTRACT

In recent decades, the morbidity and mortality of prostate cancer has become a significant public health problem as incidence continues to grow in several countries. Some studies claim that when the disease is diagnosed earlier, there is a greater chance of remission using less aggressive treatment. One of the most effective ways to detect this disease is through the digital rectal examination. This particular study aims at investigating the knowledge of Mossoro-RN's men on the digital rectal examination, specific objectives that characterize the socio-demographic profile of survey's participants, and the knowledge of Mossoro's men on methods for diagnosing prostate cancer. This research includes both exploratory and descriptive studies of ten men aged 40 to 60 years olds that are patients of the health service *Primary Care Francisco Marques da Silva* located in the town of Mossoro-RN. Qualitative data used in this research was collected through interviews, and quantitative analysis is visualized through charts and descriptive statistics measured during the course of each subject's treatment. Approximately 70% of men surveyed are between 40 to 50 years and 30% from 51 to 60 years. The majority (90%) replied as being married. Few participants were literate, but most had obtained some degree of instruction. Approximately 50% of respondents replied as earning at least twice the minimum wage, while the remaining ones earned less than that. Regarding the participants' knowledge about digital rectal examination: most replied *ex ante* as having heard of the exam and *ex post* the respondents generally replied that the exam was effective, smooth and precise – even some patients that had apprehensions prior to the exam. It can be seen from the data analysis that men still know very little about the digital rectal examination and specifics of prostate cancer. Improvements to health education and public information campaigns may improve people's knowledge of such issues and consequently may motivate males to be more active in their health-sickness process.

Key words: Prostate Cancer. Man. Knowledge.



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1. Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária. Mossoró/RN, 2010.....</b>	<b>25</b>
<b>Gráfico 2. Distribuição dos homens segundo o estado civil. Mossoró/RN, 2010.....</b>	<b>26</b>
<b>Gráfico 3. Distribuição da população pesquisada segundo a escolaridade. Mossoró/RN, 2010.....</b>	<b>27</b>
<b>Gráfico 4. Distribuição dos pesquisados segundo a renda mensal. Mossoró/RN, 2010.....</b>	<b>28</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à frequência com que os homens procuram o serviço de saúde.....	<b>29</b>
<b>Quadro 2.</b> Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao que os homens sabem sobre câncer de próstata.....	<b>30</b>
<b>Quadro 3.</b> Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à seguinte pergunta: Sabe quais são as formas de diagnosticar o câncer de próstata?.....	<b>31</b>
<b>Quadro 4.</b> Discurso do Sujeito Coletivo referente a se os homens já ouviram falar em exame de toque retal e o que eles ouviram falar.....	<b>32</b>
<b>Quadro 5.</b> Discurso do Sujeito Coletivo relacionado a seguinte pergunta: Já realizou o exame de toque retal? Em caso de recusa, qual o motivo? Em caso de resposta positiva, qual sua opinião sobre o exame? .....	<b>33</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo geral.....	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA.....	14
2.2 ETIOPATOGENIA E FATORES DE RISCO.....	15
2.3 PREVENÇÃO E RASTREAMENTO.....	16
2.4 PROGNÓSTICO.....	18
2.5 DIAGNÓSTICO .....	18
2.6 TRATAMENTO .....	20
<b>3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>22</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	22
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	23

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	23
3.7 FINANCIAMENTO.....	24
<b>4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
4.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS.....	25
4.2 DADOS RELACIONADOS AO OBJETIVO DA PESQUISA.....	29
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>44</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## a. CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O câncer de próstata é uma neoplasia que em geral tem sua evolução de forma lenta, de modo que poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade (BRASIL, 2008).

A idade é um marcador de risco importante no câncer e ganha um significado especial no câncer de próstata, uma vez que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos de idade. A história familiar também é citada como fator influente na gênese desse câncer. A dieta pode estar relacionada à doença, tanto na sua formação quanto na prevenção, mas ainda é algo incerto, pois resultados de estudos acerca dos fatores relacionados à doença ainda são inconsistentes (BRASIL, 2002).

Para Otto (2002) cerca de 200.000 mil novos casos são diagnosticados todo ano e a mortalidade anual é avaliada em 38.000 homens. Essa doença tem um impacto devastador sobre a morbidade e mortalidade da população norte-americana masculina a partir da meia idade, com mortalidade e incidência maior em homens negros. Prevê-se que 1 em 9 homens negros norte-americanos desenvolverá câncer de próstata, enquanto 1 em 11 homens brancos desenvolverá a doença.

Nas últimas décadas, esse câncer tornou-se um relevante problema de saúde pública, devido ao aumento da incidência dessa patologia no mundo. Estimou-se que entre 1985 e 2000, houve um aumento de 37% de mortes por ano, como também um aumento de 90% de novos casos diagnosticados nos Estados Unidos. Os adenocarcinomas da próstata são tumores de causas idiopáticas, ou seja, possuem a sua etiologia indeterminada. Salienta que o progredir da idade e a presença de testosterona no sangue são os fatores de risco mais importantes para o seu desenvolvimento (LEFORT; ALMEIDA, 2004).

Segundo Santos et al (2010a) a estimativa para o câncer de próstata em 2005 para o Brasil era de 46.330 novos casos, com a porcentagem de 27% do total de cânceres masculino. Nesse mesmo ano o Nordeste totalizava 33,9 % do total de cânceres mais acometido entre os homens da região.

Após três anos, a incidência esperada da doença para todo o país era de 49. 530 novos casos, medido em porcentagem 28% do total de câncer masculino (SANTOS et al., 2010b).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o ano de 2010 espera-se 52.350 novos casos desta neoplasia. Estes valores correspondem a um risco estimado de 54

casos novos a cada 100 mil homens. Na região Centro-Oeste (48/100.000) o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, é o mais frequente nas regiões Sul (69/100.000), Sudeste (62/100.000), Nordeste (44/100.000) e Norte (24/100.000). A partir desses dados percebe-se o crescimento contínuo dessa patologia (BRASIL, 2010).

Entre os estados do Nordeste o Rio Grande do Norte (RN) espera-se 760 novos casos da doença, segundo localização primária, e uma taxa bruta de 48,19 por cada 100.000 homens. Na capital, Natal, é estimado 220 novos casos, equivalendo 56,15 de taxa bruta.

Para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, costuma-se recomendar o exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico, conhecido por PSA. Essa recomendação tem apoio na literatura médica internacional. Uma revisão literária sistemática de artigos publicados e indexados pela Medline e Pubmed, no período 1966 a 2003, conclui que o PSA associado ao toque retal é o método de maior sucesso no diagnóstico do câncer prostático, podendo chegar até 95% de exatidão (GOMES et al., 2008a).

Ao longo dos últimos anos houve um aumento significativo da importância do câncer de próstata no perfil de morbimortalidade brasileira e mundial e essa doença passou a ser um relevante problema de saúde pública em vários países. A cada ano a relação deste câncer por habitantes brasileiros vem crescendo e as estimativas para novos casos futuros estão sempre se elevando. Segundo estudiosos, quanto mais precoce for detectado o câncer de próstata, maior a chance de cura e o tratamento será menos agressivo e mutilante.

Diante disso viu-se a necessidade de conhecer um pouco mais sobre essa doença e os fatores que fazem com que essa incidência cresça anualmente, assim como investigar o que os homens da cidade de Mossoró-RN conhecem sobre o exame de toque retal, visto que é uma das formas mais eficazes para a pesquisa desse tipo de câncer.

Diante dessa situação questiona-se: Qual o conhecimento dos homens de Mossoró-RN acerca do exame de toque retal?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral:

Investigar o conhecimento dos homens de Mossoró-RN acerca do exame de toque retal.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa.
- Identificar se os homens de Mossoró conhecem as formas de diagnóstico de câncer de próstata.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### a. CÂNCER DE PRÓSTATA

A próstata é uma glândula localizada pouco abaixo da bexiga, mede cerca de 6,5 cm de comprimento, pesa aproximadamente 20g e circunda a uretra como rosca. Sua função é produzir um líquido leitoso que se mistura com o líquido seminal durante a ejaculação, o qual irá aumentar a motilidade dos espermatozóides e provavelmente melhorar a fertilidade por neutralizar a acidez da uretra e da vagina. Diante disso vê-se a importância que essa glândula tem na fase reprodutora masculina (ANDRIS et al., 2006).

À medida que os homens vão envelhecendo, a próstata vai aumentando de tamanho e consequentemente causando prejuízos a esses indivíduos, no que diz respeito à micção, pelo fato dessa glândula comprimir a uretra e deixar o fluxo urinário mais lento. Normalmente as células da próstata crescem e se reproduzem ordenadamente, mas quando essa reprodução começa a ficar desordenada, produz-se um excesso de tecido, no qual poderá originar o tumor, que tanto pode ser benigno ou maligno. O benigno é a hiperplasia prostática benigna já o maligno é o câncer de próstata (TONON; SCHOFFEN, 2009).

Segundo Timby; Smith (2005) o homem cujo está acometido pelo câncer de próstata, inicialmente, é assintomático e pode não apresentar sintomas por muitos anos. Quando o tumor está grande o suficiente e comprime a uretra, pode causar sintomas como: aumento da frequência miccional, nictúria e disúria. Já na metástase, quando o tumor deixa de ser primário e invade outras regiões, os sintomas iniciais podem ser a dor lombar ou a dor que irradia para o membro inferior em decorrência do envolvimento da bainha nervosa. Quando o paciente vem apresentando dor é porque provavelmente a doença encontra em um estágio avançado.

Tonon; Schoffen (2009) referem que o crescimento do tumor do câncer de próstata é lento e as células levam de 4 a 10 anos para produzir um tumor de apenas 1 cm, todavia durante esse crescimento a próstata pode chegar a ter seu volume inicial, que era de 20 cm, triplicado ou aumentado em até cinco vezes, sendo necessário procedimento cirúrgico para o tratamento.

Ambrose et al (2007) também relatam que o crescimento do tumor é bastante lento e que raramente provoca sinais e sintomas até que se encontre numa fase mais avançada. Mencionam que as manifestações clínicas são basicamente problemas urinários, mas que podem levar a complicações como compressão da medula espinal, trombose venosa profunda,

êmbolos pulmonares, mielotístia e morte. Além disso, eles dizem que fatores endócrinos talvez participem do processo, levando os pesquisadores a suspeita de que andrógenos acelerem o crescimento tumoral. Os andrógenos são hormônios esteróides que estimulam ou controlam o desenvolvimento e a manutenção das características masculinas.

#### b. ETIOPATOGENIA E FATORES DE RISCO

O câncer prostático possui uma etiologia indeterminada, entretanto, vários são os fatores postulados na sua promoção e início: o envelhecimento, o metabolismo hormonal, o estilo de vida, a história sexual, a exposição a patógenos, as substâncias químicas industriais, a urbanização, os hábitos alimentares e a hereditariedade. Dentre os fatores citados, os hormonais, dietéticos, ambientais e genéticos têm recebido mais destaque na literatura científica (TONON; SCHOFFEN, 2009).

Em relação ao câncer, e direcionando esse tema à neoplasia maligna da próstata, Srougi (2010), defende que todo o homem nasce propício para ter o câncer de próstata, porque todos carregam em seu código genético os proto-oncogenes, que têm a função de transformar uma célula normal numa célula maligna. Porém, quem nos salva desses gens do “mal” são os gens supressores também conhecidos como protetores, os mais conhecidos são o p 53 e o p 21, os quais têm a função antagonizar os proto-oncogenes. Toda vez que as células sofrem o processo de degeneração maligna os gens protetores promovem o suicídio das mesmas, no processo chamado de apoptose. Com o decorrer dos anos acumulam-se perdas dos gens supressores, que libera a atividade dos proto-oncogenes e permite a degeneração das células prostáticas.

O mesmo autor afirma que os homens com histórico do câncer na família têm mais chances de ter a doença e muitas vezes a mesma se manifesta precocemente nestes, antes dos 50 anos. Quando se tem um parente de primeiro grau, a chance de obter a doença é de 2,2 vezes, dois parentes de primeiro grau 4,9 vezes e três parentes de primeiro grau 10,9 vezes. Outro fator de risco é a gordura. Em seu artigo o autor cita um experimento realizado por um grupo de pesquisadores norte-americanos sobre o tumor de próstata, em camundongos com câncer de próstata no qual o resultado dizia que o volume do tumor foi três vezes maior nos animais que receberam dieta com 40% de gordura do que naqueles cujo teor de gordura era de 2,3%.



O Instituto Nacional do Câncer (INCA) reforça a idéia de que, o homem que tem antecedente familiar com câncer de próstata tem mais risco de adoecer. Se ele tem o pai ou um irmão com menos de 60 anos, com câncer de próstata, o mesmo pode ter aumentado de três a dez vezes o risco de obter a doença em relação a população em geral (BRASIL, 2002).

Sobre a dieta, o autor menciona que não há uma influência provada da relação dos nutrientes com a gênese do câncer, pois não há mecanismos exatos da influência no desenvolvimento da neoplasia maligna da próstata, mas há evidências que o alto consumo energético, a ingestão de carne vermelha, e o leite tenham uma relação positiva com o câncer de próstata.

### c. PREVENÇÃO E RASTREAMENTO

O INCA estabeleceu ações nas quais a promoção e a prevenção ao câncer de próstata estão bem enfatizadas, a fim de que haja realmente um consenso por parte dos profissionais de saúde, na prevenção dos homens não acometidos e no cuidado para os já portadores dessa patologia. Segundo esse instituto em relação à prevenção, deve se levar em conta os fatores de risco e evitar o máximo possível de ter uma vida exposta e com hábitos que tenham relação com esses fatores. Ter uma vida saudável, com prática de exercício físico no cotidiano. Alimentar-se de frutas e vegetais ricos em carotenóides (tomate e cenoura) e leguminosas (feijão, ervilha e soja), pois eles têm sido associados como efeito protetor. Além desses, alguns componentes das vitaminas (A, D e E) e minerais (selênio) também podem desempenhar efeito protetor (BRASIL, 2002).

Além disso, indica procurar o serviço de saúde para o rastreamento do câncer de próstata após os 45 anos de idade se tiver no grupo de risco da doença, ou após os 50 para os homens em geral. Os profissionais de saúde devem fazer o rastreamento oportunístico (case finding), nos homens de 50 a 70 anos que procurem o serviço de saúde por outro motivo não ligado ao câncer de próstata.

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (2006) defende a prática de exercícios físicos, avaliando o risco cardiovascular, pois se o exercício ajuda a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em geral, pode ser útil na prevenção do câncer de próstata. Reduzir o consumo de comidas com gorduras saturadas e alimento rico em colesterol, consumir derivados de soja, frutas e vegetais regularmente e alimentos ricos em ômega 3, vitamina E e selênio, não fumar e se ingerir álcool, ingerir com moderação.

Para a SBU o rastreamento é a avaliação periódica e sistemática em uma determinada população de uma certa faixa etária, cujo o objetivo é detectar doenças curáveis, nas pessoas avaliadas, com expectativa de vida saudável. E deve ter as seguintes características: haver alto nível de incidência indicando redução de mortalidade e morbidade obtida com o rastreamento; deve ser aceitável pelo público alvo e pelos profissionais de saúde, além de ser clínico e social; deve superar os danos físicos e psicológicos, causado pelos testes, diagnósticos e tratamento; economicamente os custos devem ser compatíveis com os benefícios obtidos; e o tratamento da doença deve ser eficaz. Apesar de todo esse discurso sobre rastreamento e características que o mesmo deve seguir para ser eficaz, a SBU cita nas suas recomendações que a indicação atual para o rastreamento do câncer de próstata é controversa.

Lefort; Almeida (2004), dizem que, apesar de todo o discurso do Ministério da Saúde sobre prevenir-se, procurar o serviço de saúde para o rastreamento, de os profissionais de saúde fazer o rastreamento oportunístico, não há hoje nada que comprove a eficácia desse rastreamento precoce.

Os autores revelam que o PSA está disseminado cada vez mais como estratégia de detecção precoce e o aumento da incidência dessa doença pode está refletindo o aumento da detecção dos casos assintomáticos. O aumento concomitante da mortalidade sugere que o aumento da incidência não pode ser explicado somente por um viés de detecção de casos subclínicos. Atualmente não existe provada uma estratégia de prevenção primária específica para o câncer de próstata, pois os principais fatores de risco para essa doença não são passíveis de modificações, (por exemplo, idade e história familiar de câncer de próstata antes dos 60 anos). Em relação à prevenção secundária dois ensaios clínicos estão sendo atualmente conduzidos nos Estados Unidos e Europa, respectivamente, com o objetivo de avaliar a efetividade do diagnóstico precoce através do teste de PSA na redução da mortalidade por câncer de próstata.

Embora o exame de toque retal e o PSA possam detectar os tumores em seus estágios iniciais, não há uma comprovação científica de que essa detecção precoce possa reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Apesar da detecção e do tratamento precoce prevenir a progressão do tumor e de metástases, também pode ser detectado tumores que provavelmente teria o crescimento muito lento e que não iria influenciar na qualidade de vida do paciente. A morbidade que se segue ao diagnóstico do câncer de próstata deve ser avaliada, tendo em vista a frequente ocorrência de complicações irreversíveis que afetam a qualidade de vida do homem após o tratamento para essa doença. Há poucas evidências que o tratamento seja mais eficaz quando na ausência de sintomas de que na existência de

manifestações, ou que o tratamento cirúrgico reduza a mortalidade ou a redução do tumor quando diagnosticado no início dos sinais e sintomas. Então a relação entre os danos e os benefícios ainda é desconhecida atualmente, de modo que, biopsias desnecessárias sejam feitas, ansiedade gerada pelos resultados, complicações potenciais causadas pelo tratamento a paciente que não teria sua qualidade de vida alterada pelo tumor, falsos positivos e outros danos (CALVETE et al., 2003 apud LEFORT; ALMEIDA, 2004).

#### d. PROGNÓSTICO

O INCA relata, que as justificativas que norteiam a detecção precoce do câncer de próstata é que quanto mais cedo for detectado o tumor, maior são as chances de cura, o tratamento será menos mutilante e agressivo e essa detecção poderia reduzir os altos custos decorrentes do câncer em estágios avançados ou da doença metastática. Porém uns dos maiores desafios dessa detecção é o falta de conhecimento sobre sua história natural e a falta de evidências que permitam prever quais dos tumores pequenos evoluirão para câncer invasivo. Dessa forma, ao detectar-se precocemente o câncer de próstata microscópico pelo rastreamento não há dados concretos que permitam determinar seu prognóstico. Então é necessário mais conhecimento e estudos sobre essa doença para que o prognóstico tenha um embasamento científico preciso (BRASIL, 2002).

Rebelo et al (2010), realizaram um trabalho no INCA/Hospital do câncer I, com pacientes com câncer de próstata, no Rio de Janeiro para o período de 1990 e 1994. E chegaram a conclusão que a taxa de sobrevida geral desses pacientes, durante esses cinco anos, foi de 51%.

“Embora o prognóstico dos casos de tumor disseminado pelo organismo seja mais reservado, cerca de 35% destes pacientes permanecem vivos e bem após cinco anos, muitos sobrevivendo mais de 10 anos” (SROUGI, 2010).

#### e. DIAGNÓSTICO

“A avaliação diagnóstica inclui: O exame retal digital (ERD), Testes de laboratório (antígeno prostático específico – PSA e fosfatase ácida), Ultra-Sonografia transretal, Ressonância magnética, Tomografia computadorizada e a Biopsia prostática com agulha” (OTTO, 2002).

O exame de toque retal tem cunho preventivo e permite avaliar diversos aspectos da próstata como: tamanho, forma, consistência, sensibilidade, se a próstata é muito dolorosa, se incomoda ou é assintomática à pressão com o dedo e também o tônus do esfíncter anal. A próstata com câncer torna-se firme ou endurecida (pétrea) (TONON; SCHOFFEN, 2009). Esse exame é bem familiar a todo urologista e apresenta uma coincidência de indicação ou não de 84% entres variados examinadores, tem valor preditivo positivo de 17 a 38%, que aumenta com a idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006).

Otto (2002) menciona que a determinação laboratorial de nível de fosfatase ácida fornece um marcador para a avaliação a resposta terapêutica e que essa enzima está raramente elevada nos pacientes com câncer inicial e pode estar nos limites normais até 40% dos clientes com doença metastática. O PSA, uma glicoproteína produzida pelo epitélio ductal normal e neoplásico, tem a função de destruir o coágulo seminal. O mesmo foi encontrado tanto no tecido prostático na doença benigna, quanto no tecido canceroso. Foram desenvolvidos anticorpos monoclonais e policlonais que reagem com o PSA, para favorecer a determinação laboratorial do nível de PSA. Quando um cliente está com o nível de PSA crescente após uma prostatectomia radical, sugere que o possa ter havido uma recidiva clínica. Em homens sem doença prostática a variação no sistema tandem-R é de 0 a 40 ng/ml<sup>216</sup>.

Para o INCA o exame de toque prostático é recomendável para ver em qual estágio está a doença, assim como para estabelecer o tratamento. Para o PSA são aceitáveis valores limites normais até 4 ng/ml, mas pode existir tumor no qual o PSA está com o valor menor que 4. Quando este exame estiver acima de 10 ng/ml há indicação para biopsia. Para os valores entre 4 e 10 deve-se levar em conta a velocidade do PSA e o PSA livre/total. O ultra- som transretal pode ser usado para orientar na biopsia da próstata, como também na determinação do volume prostático e para avaliar a extensão local. Para pesquisa de metástase usa a cintilografia óssea (BRASIL, 2002).

Levando em consideração a relação custos/benefícios, definiu-se que a melhor forma de diagnosticar o câncer da próstata é representada pela combinação de toque digital e dosagem do PSA. O toque exclusivo falha em 30% a 40% dos casos, as medidas de PSA falham em 20%, mas a execução conjunta dos dois exames deixa de identificar o câncer em menos 5% dos pacientes (SROUGI, 2010).

## f. TRATAMENTO

Para Otto (2002), a cirurgia é a indicação de tratamento principal para o câncer de próstata na forma de prostatectomia radical para o câncer in situ, ressecção transuretral para um tumor causando obstrução do escoamento vesical ou orquiectomia bilateral para o controle da doença metastática. A radioterapia é indicada para homens que não são candidatos a prostatectomia radical por causa do estado geral, por problemas clínicos concomitante ou preferência, a radioterapia externa com ou sem implante radioativo intersticial pode resultar em remissões completas a longo prazo. A quimioterapia é feita com medicamentos isolados, incluindo a ciclofosfamida, o 5-fluororacil, a doxorrubina, o metotrexato e a ciplastina, e eles foram associados a respostas subjetivas e estabilização da doença em 25% e 50% dos pacientes. A quimioterapia combinada não parece oferecer vantagem clínica significativa e está associada a uma morbidade significativa. O autor também cita a terapia hormonal como forma de tratamento.

O Instituto Nacional do Câncer menciona que o tratamento deve ser individualizado para cada tipo de paciente, e deve-se levar em conta a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as co-morbidades existentes, a expectativa de vida e os anseios dos pacientes, assim como os recursos técnicos disponíveis. Dentre as opções para o tratamento da doença incluem a cirurgia radical, a radioterapia e a observação vigilante (BRASIL, 2002).

O autor cita que observação vigilante seja optada frente à doença localizada, mas deve ser empregada apenas em pacientes acima de 75 anos de idade, com expectativa de vida limitada e tumores de baixo grau histológico.

Mostra que cirurgia radical- prostatovesiculectomia radical retropúbica (PTR) é o procedimento padrão-ouro para o tratamento de câncer in situ. Aproximadamente 85 dos clientes submetidos à PTR não apresentam evidência da doença depois de 5 anos e 2/3 após 10 anos. O tratamento cirúrgico pode apresentar complicações como: incontinência urinária, disfunção erétil, estenose de uretra ou colovesical, lesão dos retos e as complicações resultantes de cirurgia de grande porte.

E ainda relata que a radioterapia pode ser dividida em externa e intersticial (braquiterapia). A primeira é indicada para pacientes com doença localizada, bem como para os que tem algum tipo de contra-indicação para cirurgia. A braquiterapia permanente com sementes radioativas está indicada isoladamente para pacientes com bom prognóstico e deve

ser evitada no caso de tumores volumosos ou submetidos previamente a ressecção prostática transuretral ou à prostatectomia convencional e em próstata menores que 20 gramas.

A braquiterapia, depois da cirurgia, foi a modalidade terapêutica de maior impacto para os tumores sólidos no início do século 20. Naquele momento, os equipamentos de teleterapia (radioterapia externa) eram de baixa energia e não conseguiam doses adequadas na profundidade. Enquanto isso, a braquiterapia proporcionava altas doses concentradas em volumes restritos, fazendo com que as estruturas normais adjacentes recebessem baixas doses de radiação (ESTEVEES et al., 2006)

A meta terapêutica na doença localmente avançada é a cura dos pacientes. A monoterapia geralmente é ineficaz nessa situação. As melhores combinações de tratamento são o bloqueio hormonal, combinada com cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia. Na doença metastática a cura é improvável e o tratamento é baseado na suspensão androgênica (BRASIL, 2002).

### 3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

#### a. TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa.

Segundo Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como objetivo, “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” e a pesquisa descritiva, tem o objetivo de descrever determinadas características da população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A abordagem quantitativa são investigações de pesquisas empíricas e sua principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou isolamento de variáveis principais (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Já a pesquisa qualitativa, para Richardson et al (1999) costuma ser descritiva, holística, ou seja, ela deve se preocupar em ver o indivíduo e o seu meio em sua complexidade e naturalista (sem nenhuma limitação ou controle impostos ao pesquisador).

#### b. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Francisco Marques da Silva, localizada na Rua Farias, no Bairro Alameda dos Cajueiros, na cidade de Mossoró RN.

#### c. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa constituiu-se de todos os homens usuários do serviço de saúde da unidade básica Francisco Marques da Silva. A amostra foi realizada com 10 pacientes com faixa etária entre 40 e 60 anos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitando assim participar da pesquisa.

“A amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo” (MARCONI; LAKATOS, 2007).

#### d. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Segundo Rudio (2004), o instrumento de pesquisa é utilizado para a coleta de dados e este possui técnicas próprias de elaboração e aplicação, que devem ser obedecidas, para que haja validade e fidedignidade na pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista, dividido em duas partes, a primeira contendo dados sociodemográficos, com questões objetivas e a segunda composta por questões abertas onde foi abordado o conhecimento dos homens de Mossoró-RN acerca do exame de toque retal.

#### e. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente os objetivos e a finalidade da pesquisa foram informados aos sujeitos da pesquisa. Em seguida, foi solicitado que o participante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). A entrevista foi gravada e depois as informações coletadas foram transcritas para posterior análise.

Os dados quantitativos foram analisados através de estatística e apresentados em forma de gráfico. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica do discurso do sujeito coletivo.

Segundo Lefevre; Lefevre (2003) o discurso do sujeito coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

#### f. POSICIONAMENTO ÉTICO

Em relação aos aspectos éticos dessa pesquisa, foram adotadas as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil e contém o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que entre outras coisas menciona que durante a pesquisa, o pesquisado há garantia de liberdade para consentir a pesquisa, assim como a liberdade para retirar o consentimento sem penalização e sem prejuízo ao cuidado (BRASIL, 1996).

Segue também as recomendações da resolução COFEN-311/07 que institui o código de Ética dos profissionais de enfermagem, e traz em seu terceiro capítulo a questão do ensino,



da pesquisa e produção técnico-científica, mencionando que os pesquisadores no ato da elaboração de um trabalho de pesquisa devem ter responsabilidades e deveres de forma que atenda a norma vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos, como também algumas proibições (BRASIL, 2007).

A coleta de dados só foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE, conforme certidão em anexo.

#### g. FINANCIAMENTO

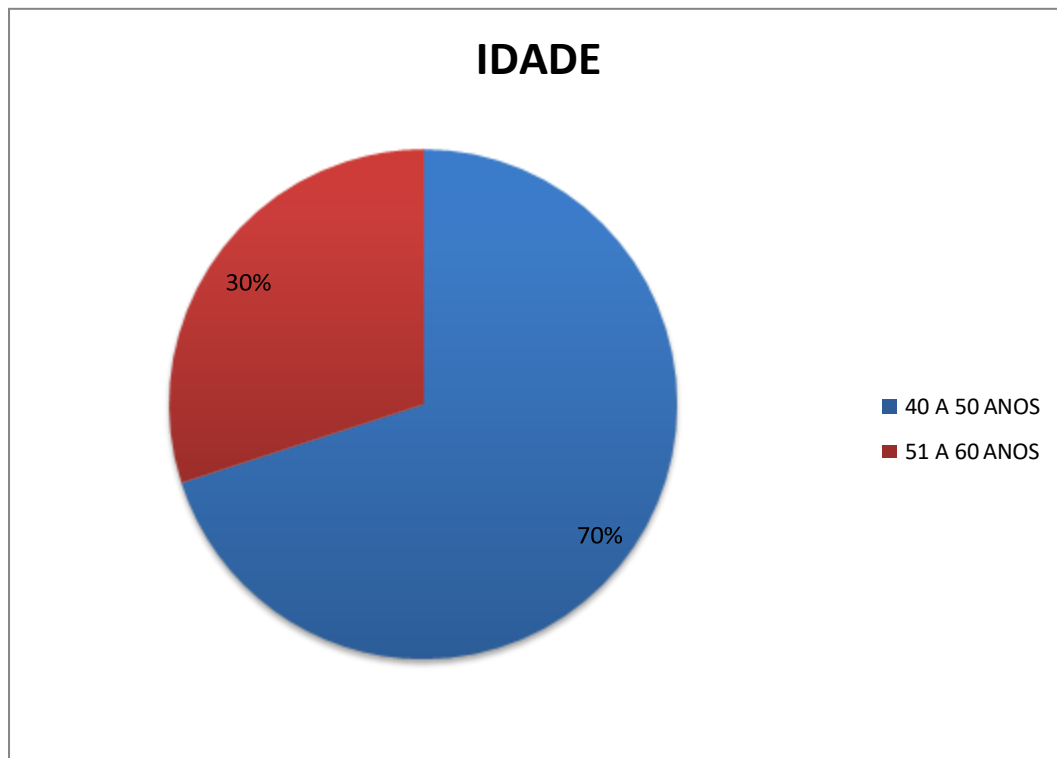
Todas as despesas da pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró disponibilizou o acervo bibliográfico, bem como o orientador e banca examinadora.

## 4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesse tópico serão mostrados os resultados desta pesquisa. Primeiramente virão os resultados dos dados sociodemográficos que serão apresentados em forma de gráficos em formato de pizza e posteriormente analisados. Depois serão mostrados os resultados dos dados relacionados aos objetivos da pesquisa que serão apresentados em forma de quadro e analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo.

### a. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

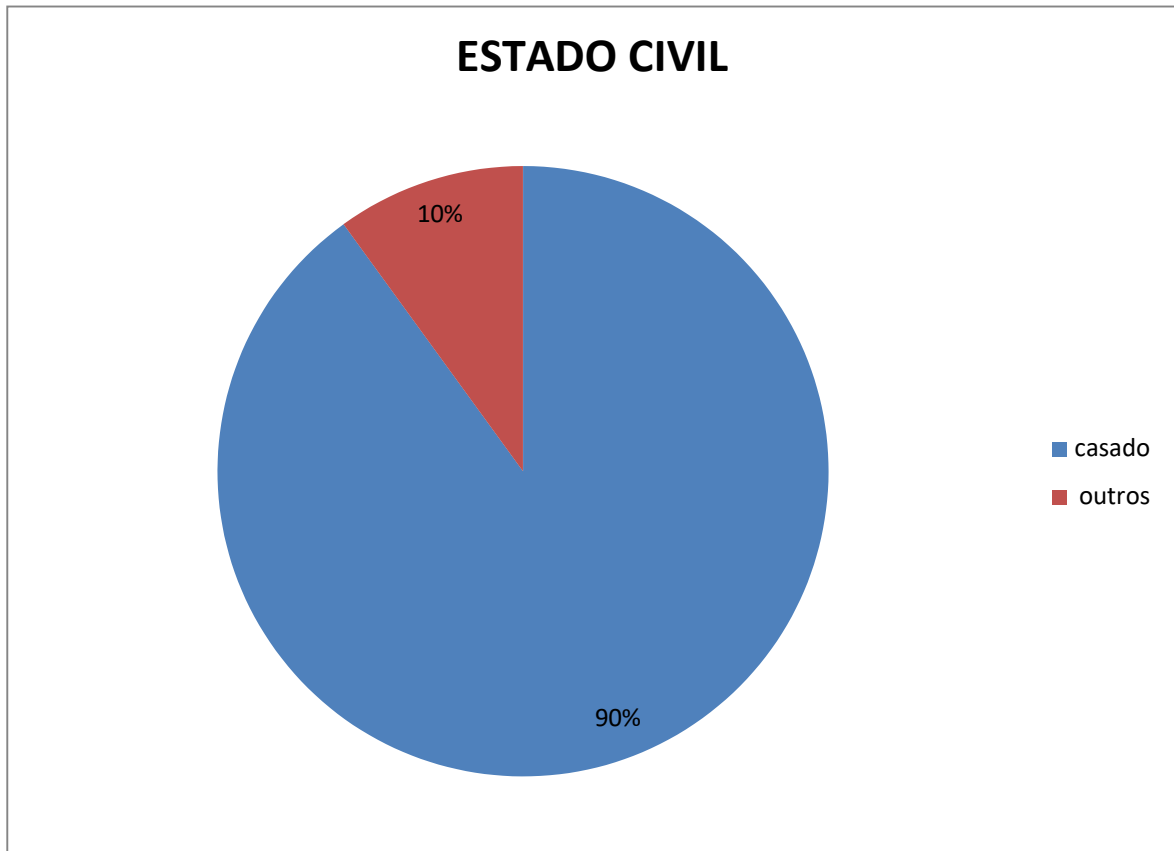
**Gráfico I- Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária. Mossoró/RN, 2010.**



A pesquisa foi realizada com 10 homens na faixa etária compreendida entre 40 e 60 anos. Destes, 70% apresentaram-se entre 40 e 50 anos enquanto a menor parte 30% variou de 51 a 60 anos, como identificados no gráfico I.

Sabendo-se que o câncer de próstata tem a sua incidência de forma bastante crescente a cada ano e que um dos fatores de risco marcante para a doença é o envelhecimento (BRASIL, 2008), observa-se a importância da pesquisa feita com homens entre 40 e 60, já que estão representando idade de risco para a neoplasia.

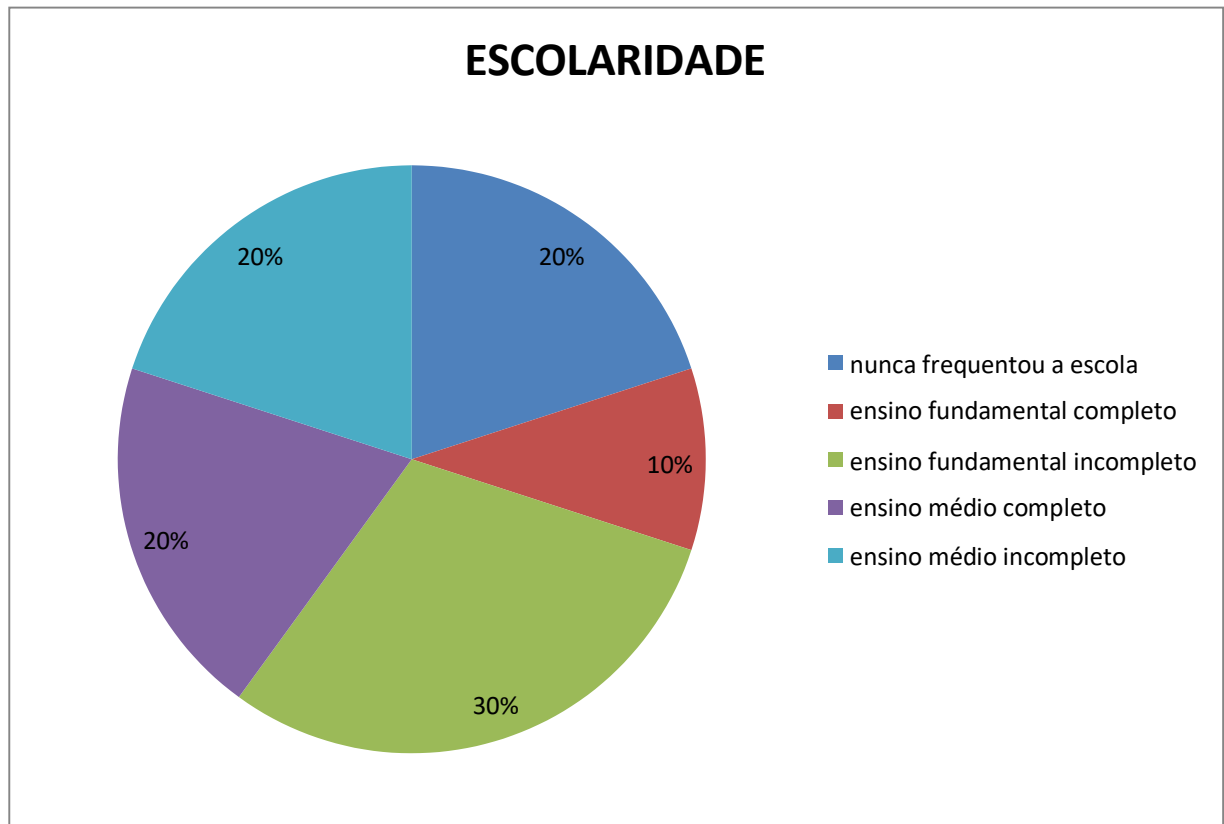
**Gráfico II – Distribuição dos homens segundo o estado civil. Mossoró/RN, 2010.**



Quanto à situação conjugal o gráfico II mostra que 90% dos pesquisados são casados e apenas 10% outros. Nenhum dos participantes eram solteiros ou viúvos.

Segundo Gonçalves; Padovani; Popim (2008) estima-se que um em cada dez homens, ao longo de sua vida, desenvolve o carcinoma da próstata evidente clinicamente. Essa incidência ocorre em homens com idade mais avançada e predominantemente entre os homens casados. Dessa forma observa-se a importância da pesquisa feita com esses homens casados, já que constituem a grande maioria dos homens que adoeçam de câncer de próstata.

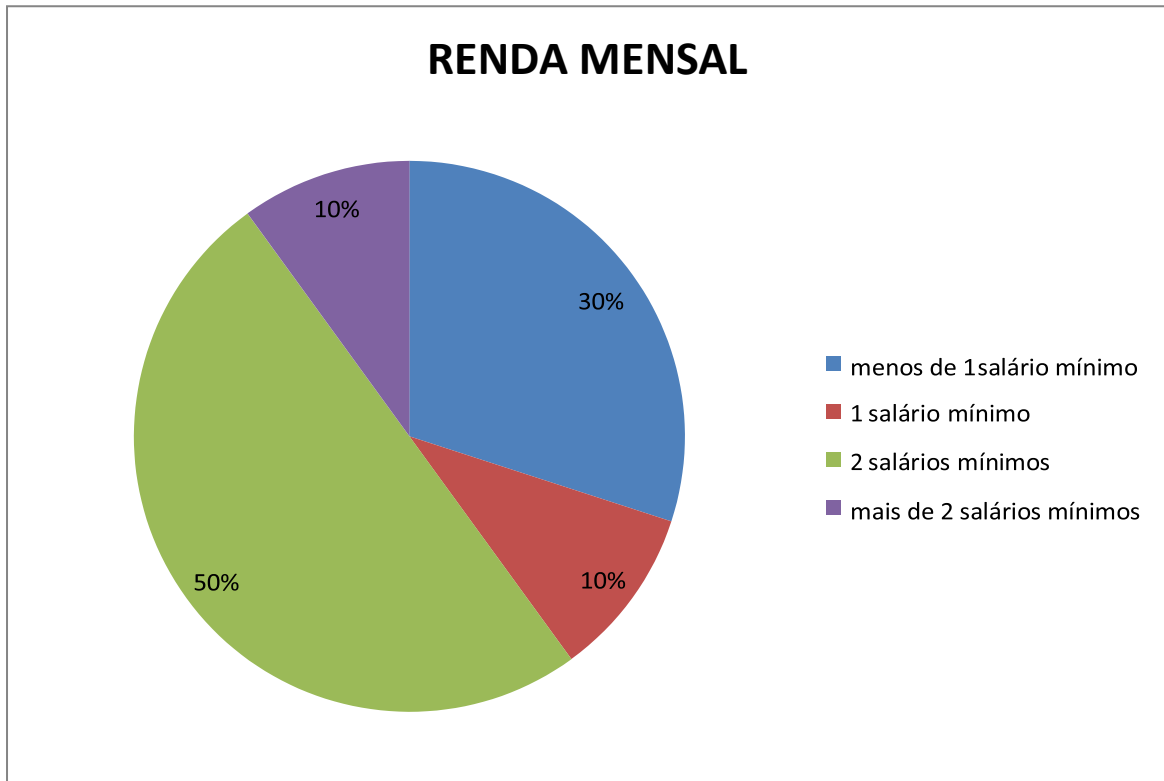
**Gráfico III – Distribuição da população pesquisada segundo a escolaridade. Mossoró/RN, 2010.**



De acordo com o gráfico III observa-se que 20% dos pesquisados nunca frequentaram a escola, 10% têm apenas o ensino fundamental completo, 30% têm o ensino fundamental incompleto, 20% completaram o ensino médio, o mesmo percentual para os que não completaram e foi registrado perfil nulo para ensino superior.

No que se refere o grau de escolaridade, vê-se que em geral os participantes apresentam baixo grau de escolaridade, mas em sua maioria, revelam algum grau de instrução.

**Gráfico IV – Distribuição dos pesquisados segundo a renda mensal. Mossoró/RN, 2010.**



O gráfico IV mostra que 30% dos homens referiram ter uma renda mensal menor que 1 salário mínimo, enquanto 10% recebem 1 salário no mês, a grande maioria, 50% referiram sobreviver com 2 salários mínimos e apenas 10% dos entrevistados têm uma renda mensal superior a dois salários mínimos.

## b. DADOS RELACIONADOS AO OBJETIVO DA PESQUISA

**Quadro I – Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à frequência com que os homens procuram o serviço de saúde.**

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Recebimento de medicação	<p><i>“Vou todo mês receber medicação”.</i></p> <p><i>“Sou diabético e hipertenso, ai tenho que ir todo mês pegar medicação”.</i></p>
Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Procuram na presença de sintomas	<p><i>“Só vou mais quando to doente (...) Faz uns três meses, eu tava doente ai fui”.</i></p> <p><i>“Raramente. Só vou quando tenho algum tipo de doença”.</i></p> <p><i>“Às vezes procuro a UPA”.</i></p>

Diante do questionamento sobre a procura ao serviço de saúde por parte dos homens, conclui-se de acordo com o quadro I que os indivíduos do sexo masculino que mais buscam o serviço primário de saúde, são aqueles que sofrem de alguma doença crônica e conseqüentemente vai todo o mês buscar as devidas medicações necessárias no dia a dia.

Além disso, a busca ao serviço de saúde por parte dessa população se dar em sua maioria na busca de medidas curativas. Eles vão buscar o serviço de saúde para resolver os problemas que estão sentindo no momento, vão à busca de cura para os sintomas, sem ao menos se preocupar com o que estaria causando aquilo.

Segundo Brasil (2008), os homens não buscam o serviço de saúde primário como fazem as mulheres. Eles adentram o sistema de saúde principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade o que traz como consequência agravo da morbidade pelo retardamento a atenção. O autor afirma que a não procura pelo serviço de saúde de atenção primária faz com que os mesmos se privem da proteção necessária à preservação da saúde e continue a fazer procedimentos desnecessários se a busca tivesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem a busca pelas medidas de prevenção primária.

**Quadro II – Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao que os homens sabem sobre câncer de próstata.**

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Mortalidade	<p><i>“Que mata, ela matou meu pai”.</i></p> <p><i>“É um caroço que dar na pessoa ai a pessoa tem que fazer exame, se não dar o mal”.</i></p> <p><i>“Sei que é uma doença meio perigosa que faz o cara apagar rapidamente”.</i></p>
Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Relacionam à idade e aos exames	<p><i>“Ouvi falar que a partir dos 40 anos tem que fazer o exame”.</i></p> <p><i>“Que o cara com mais de 45 anos tem que fazer o exame”.</i></p> <p><i>“Sei que para detectar o câncer de próstata só através dos exames”.</i></p>

Referente ao que os homens sabem sobre o câncer de próstata, conforme o quadro II observa-se que este tipo de câncer está relacionado com a mortalidade e com a realização de exames devido à idade um pouco avançada. Isso se deve em parte à divulgação da doença pelos meios de comunicação, informando aos homens sobre a doença, dizendo que ela pode ser prevenida e que se não tratada cedo pode matar. Os homens comentaram que já ouviram falar da doença através da televisão, também pelas informações fornecidas pelas próprias pessoas em rodas de conversas ou até mesmo por ter parente ou amigo que teve a doença e chegou a falecer.

Em relação à mortalidade, estudos são bastante enfáticos quando dizem que o câncer de próstata é um dos principais responsáveis pela mortalidade por neoplasia nos homens. Para Nascimento (2010) o diferencial de mortalidade no Brasil entre homens e mulheres sempre foi bastante significativo, expressando uma sobremortalidade masculina e desde 1980 a mortalidade masculina ligada ao câncer de próstata vem aumentando nesse país e em vários países da América. Dentre as principais neoplasias que têm mais matado homens: pulmão, estômago e próstata, esta última tem se destacado com um aumento bastante significativo, enquanto as outras apresentam um discreto declínio.

Já Gomes et al (2008b) relata que no Brasil o perfil de morbimortalidade em relação ao câncer de próstata tem se alterado nas últimas décadas, mas apesar de ser o câncer mais prevalente entre os homens e ter um número de mortalidade elevado, se for considerar em termos de fatalidade o índice de mortalidade da neoplasia da próstata é relativamente baixo e isso em parte se deve ao seu bom prognóstico. Em países desenvolvidos a sobrevida é de 64%, nos países em desenvolvimento 41% e mundial 58%.

Com relação à idade a serem realizados os exames Brasil (2002), menciona que a partir dos 50 anos de idade a incidência e a mortalidade aumentam exponencialmente e recomenda o rastreamento populacional dos exames de toque e PSA conjuntamente em homens a partir dos 50 anos e com expectativa de vida de pelo menos 10 anos e a partir dos 45 anos para os homens pertencentes ao grupo de risco. Isso mostra que realmente os homens entrevistados mesmo têm uma noção da idade com que deve ser realizado o exame e também que o envelhecimento é um marcador importante para o câncer de próstata

**Quadro III – Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à seguinte pergunta: Sabe quais são as formas de diagnosticar o câncer de próstata?**

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Desconhecimento	“Sei não”. “Não”.
Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecem os dois exames	“Tem o exame de sangue e o de toque”. “Tem o do toque e o de sangue que já fiz”. “O exame de sangue e o do dedo”.

Com relação às formas de diagnosticar o câncer de próstata, o quadro III revela que alguns homens disseram que não conheciam nada sobre os exames, já outros responderam que conheciam o exame de sangue e o de toque, também chamado por alguns de exame do dedo.

Como já mencionado anteriormente, existem várias formas de diagnosticar esse tipo de câncer, entre elas estão o exame de sangue e o do toque retal que são as formas mais conhecidas entre a população. Para um diagnóstico mais exato, é importante a associação desses dois exames. Existem outros exames que também são úteis de alguma forma na doença como ultrassonografia transretal, ressonância magnética, tomografia computadorizada e a biopsia prostática com agulha



**Quadro IV – Discurso do Sujeito Coletivo referente a se os homens já ouviram falar em exame de toque retal e o que eles ouviram falar.**

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Relacionam ao de sangue	<p><i>“Parece que bota o dedo no reto da pessoa, mas nem todos agora, de primeiro tinha isso, mas tem outro mais fácil”.</i></p> <p><i>“Aquele negócio do dedo, agora tem o do sangue, a tecnologia mais avançada porque os homens não estavam querendo ir”.</i></p> <p><i>“Ouvi falar que o de sangue não é exato, se der alguma alteração tem que fazer o de dedo”.</i></p>
Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Receio	<p><i>“Essa é a parte mais ruim”.</i></p> <p><i>“O pessoal não quer fazer porque tem vergonha”.</i></p>
Idéia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Eficácia	<p><i>“Que é um exame mais eficaz, melhor de detectar”</i></p> <p><i>“O exame de toque é mais preciso”.</i></p>

Nas respostas dos pesquisados sobre o que eles conhecem sobre o exame de toque retal, o quadro IV mostra que os homens geralmente relacionam o exame de toque ao de sangue. A princípio os mesmos comentaram o que sabiam sobre o exame de toque e logo após falaram também do exame de sangue como se fosse uma substituição ou uma forma de se livrar do exame de toque. Os homens falaram sobre esse exame com certo receio, vergonha, pois para eles ainda é um tabu muito grande falar sobre isso.

O exame de sangue para diagnosticar o câncer de próstata, PSA é bem mais aceito pelos homens. Uma pesquisa datafolha encomendada pela Sociedade Brasileira de Urologia mostra que o índice de prevenção varia conforme a faixa etária e o nível socioeconômico. Até os 50 anos, 18% dos homens fazem o toque retal e 36%, o PSA. Dos 50 aos 59 anos, a taxa passa para 40% e 54%, respectivamente. Entre os 60 e os 70 anos, 53% fazem o toque e 65%, o PSA (COLUCCI, 2009).

Essa pesquisa datafolha só vem a reforçar o resultado deste trabalho, em que nas falas dos homens eles mostram preferir e se sentirem aliviados pelo surgimento do exame de sangue o PSA. Porém apesar dessa preferência eles também falaram que acham o exame de toque retal mais eficaz. Disseram ser um exame mais preciso na detecção deste câncer. Dessa forma conclui-se que há uma grande imparcialidade sobre esses exames. Observa-se que há preferência por um e pelo outro maior confiança no diagnóstico.

Os exames de toque e PSA são exames complementares, ou seja, um precisa do outro para o diagnóstico mais correto da neoplasia maligna da próstata e os homens necessitam ver qual é o real valor de cada exame e vê-los interligados.

**Quadro V – Discurso do Sujeito Coletivo relacionado a seguinte pergunta: já realizou o exame de toque retal? Em caso de recusa, qual o motivo? Em caso de resposta positiva, qual sua o opinião sobre o exame?**

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Ausência de sintomas	<p><i>“Não. Não tive tempo nem tive vontade de fazer, não sinto nada”.</i></p> <p><i>“Não. Rapaz, eu acho que não faria não, como se fala na televisão a medicina, eu não tenho esses sintomas, dor na urina, eu não tenho isso”.</i></p>
Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Exigência do trabalho	<p><i>“Sim. é bom, é um exame bom, é com ele que você sabe se está doente ou não”.</i></p>

Os homens apontaram falta de tempo e/ou ausência de sintomas entre os principais motivos de não terem procurado ou de não procurarem futuramente o serviço de saúde para realizar o exame de toque retal.

A não procura à atenção básica de saúde por parte dos homens está ligada a sua posição de provedor. Eles alegam que o horário de trabalho é o mesmo do funcionamento dos serviços de saúde, e que muitas vezes perdem um dia inteiro de trabalho sem que tenham suas demandas resolvidas. A atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem por ser responsável financeiramente pela família. Ainda que hoje em dia a mulher esteja se

destacando na força produtiva, no mercado formal, nem por isso deixam de procurar o serviço de saúde (BRASIL, 2008).

Apesar de muitos homens terem reconhecido a eficácia do exame de toque retal, apenas um homem dos pesquisados realizou o exame de toque.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa fluiu com um bom andamento e os objetivos propostos pelo trabalho tiveram resultados bastante satisfatórios.

Percebeu-se que os homens são possuidores de um conhecimento superficial em relação à patologia câncer de próstata e das formas de diagnosticar a doença, além de expressarem um grande receio quando se fala de exame de toque retal.

Em vários momentos da pesquisa alguns homens quando eram questionados sobre seu conhecimento em relação à doença associavam a mesma imediatamente ao exame de toque retal. Esse fato se deve principalmente à divulgação da doença nos meios de comunicação e entre si e através dessas informações, as que ficam mais gravadas em suas mentes são as que se relacionam ao exame de toque retal, por ser um assunto muito polêmico ainda hoje nesta população.

O que os homens sabem sobre a neoplasia maligna da próstata é principalmente que é uma doença perigosa que leva a morte, que tem dois exames que se pode diagnosticar e que numa certa idade deve ser feitos esses exames. Daí observa-se que apesar do assunto abordado neste trabalho ser bastante explorado em trabalhos, os homens necessitam de aprender mais sobre o câncer de próstata, sua detecção e prevenção.

Após o término de cada entrevista era aproveitado o momento para realizar educação em saúde ensinando aos pesquisados sobre as principais dúvidas e em sua maioria eram explicados aspectos sobre a prevenção do câncer de próstata, tratamento e principalmente sobre o exame de toque retal e seus benefícios, com a intenção de amenizar o tabu que ainda se têm sobre esse exame. A relevância da educação em saúde é proporcionar conhecimento, sendo este a melhor forma de tornar os homens participantes das ações de saúde.

Observou-se que apesar da maioria dos homens relatarem que o exame de toque retal é bom, eficaz e preciso, dos 10 pesquisados, apenas 1 e por obrigação da empresa que trabalha realizou o exame e alguns poucos utilizaram o de sangue, não como um exame complementar, mas como uma forma de substituição ao de toque ou que não realizaram porque não têm nenhum sintoma. Esse fato e outras falas dos pesquisados durante a realização da entrevista leva a conclusão de que a grande maioria dos homens procura o serviço de saúde apenas para medida assistencial curativista.

As respostas dos entrevistados vieram a se confirmar na literatura e reforçar ainda mais a idéia de que os homens necessitam de uma política de saúde que se importe com os mesmos e visem os agravos masculinos como um relevante problema de saúde pública e que

busquem ver o homem como um todo, um ser integral, e que essa política ajude a diminuir a morbimortalidade dos homens por causas preveníveis e evitáveis.

Este estudo possibilitou conhecer melhor a vivência dos homens em relação ao cuidado com sua saúde, mais especificamente em relação ao exame de toque retal. Bem como incentivar a adesão por parte desta população à realização do exame de toque retal no rastreamento do câncer de próstata.

## REFERÊNCIAS:

- AMBROSE, Marguerite et al. **Doenças da sintomatologia ao plano de alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- ANDRIS, Deborah A. et al. **Semiologia: Bases para a prática assistencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer. **Câncer de próstata: consenso**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_prostata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer. **Estimativa 2010 - incidência do câncer no Brasil**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5)>. Acesso em: 27 Fev. 2010.
- BRASIL. 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.
- COLUCCI, Cláudia. Folha de São Paulo. Só 1/3 dos homens faz toque retal no Brasil, mostra pesquisa Datafolha. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u654050.shtml>>. Acesso em: 17. Set. 2010. São Paulo, 2009.
- ESTEVES, Sérgio Carlos B. et al. Braquiterapia de alta taxa de dose no tratamento do carcinoma da próstata: análise da toxicidade aguda e do comportamento bioquímico. **Radiologia Brasileira**. v.30, n. 2. São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842006000200011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842006000200011&lang=pt)>. Acesso em: 25. Mar. 2010.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Romeu et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Ciências saúde coletiva**. v.13, n.1. Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100027&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100027&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 14 set. 2010.

GOMES, Romeu et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciências saúde coletiva**. v.13, n.6. Rio de Janeiro, 2008b. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000600033&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000600033&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 26 Fev. 2010.

GONÇALVES, Ivana Regina; PADOVANI, Carlos; POPIM, Regina Célia. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciências e saúde coletiva**. v.004, n 13. Rio de Janeiro, 2008.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria C. **Pesquisa qualitativa levada a sério**. 2003. Disponível em: < [http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso\\_o\\_que\\_e.htm](http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm)>. Acesso em: 27. Abr. 2010.

LEFORT, Alexandre; ALMEIDA, Juliano Castro. **Câncer de próstata: a importância das campanhas de prevenção**. 2004. 59 f.(Especialização em Geriatria e Gerontologia) - Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento, Minas Gerais. Disponível em: <[www.ciape.org.br/artigos/CANCER%20DE%20PRÓSTATA.doc](http://www.ciape.org.br/artigos/CANCER%20DE%20PRÓSTATA.doc)> Acesso em: 26 Fev. 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

NASCIMENTO, Marcos Roberto. **Câncer de próstata: Motivações e barreiras para o diagnóstico precoce da doença**. Disponível em: < <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/C%C3%A2ncer%20de%20Pr%C3%B3stata%20e%20Masculinidade%20-%20Motiva%C3%A7%C3%A3o%20e%20Barreiras...pdf> > Acesso em: 20 set. 2010.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

REBELO, Marise Souto et al. **Sobrevida geral em cinco anos de pacientes com câncer de próstata, assistidos no instituto nacional do câncer/hospital do câncer I, Rio de Janeiro, para o período de 1990 a 1994**. Disponível em: < [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/deteccao\\_precoc\\_e](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/deteccao_precoc_e) >. Acesso em 19. Mar. 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

SANTOS, Marceli et al. **Estimate 2008 - Brazilian cancer incidence: incidência do câncer no Brasil**. Disponível em: < [http://www1.inca.gov.br/vigilancia/banco\\_de\\_trabalhos.html](http://www1.inca.gov.br/vigilancia/banco_de_trabalhos.html) >. Acesso em: 26 fev. 2010a.

SANTOS, Marcell et al. **Estimativa 2005 - Incidência do câncer no Brasil**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/vigilancia/banco\\_de\\_trabalhos.html](http://www1.inca.gov.br/vigilancia/banco_de_trabalhos.html)>. Acesso em: 26 fev. 2010b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). **Câncer de próstata: Prevenção e rastreamento**, 2006. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/10-CancerPrev.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/10-CancerPrev.pdf)>. Acesso em: 20 Mar. 2010.

SROUGI, Miguel. **Câncer de próstata: Uma opinião médica**. Disponível em: <<http://www.uronline.unifesp.br/uronline/ed1098/caprostata.htm>>. Acesso em: 18. Mar. 2010.

TIMBY, Bárbara K.; SMITH, Nancy E. **Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 8. ed. Barueri: Manole, 2005.

TONON, Thiarles C.A.; SCHOFFEN, João Paulo F. Câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Saúde e pesquisa**. V.2, n.3. [s.l.], 2009. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1189/900>>. Acesso em 16 mar. 2010.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **CÂNCER DE PRÓSTATA: Conhecimento do homem acerca do exame de toque retal**. Está sendo desenvolvida por Ana Karoliny Gomes de Moraes, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora Joseline Pereira Lima. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Investigar o conhecimento dos homens de Mossoró-RN acerca do exame de toque retal, e tem como objetivos específicos: caracterizar o perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa e identificar se os homens de Mossoró conhecem as formas de diagnóstico do câncer de próstata. A finalidade desse trabalho é mostrar o conhecimento dos homens de Mossoró acerca do exame de toque retal.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista que será gravada. O senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas ao conhecimento dos homens de Mossoró-RN acerca do exame de toque retal, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização dessa pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_,  
concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que  
fui devidamente esclarecido, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar  
o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia  
desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2010

---

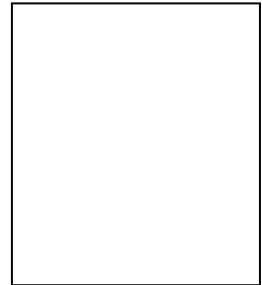
Joseline Pereira Lima  
Pesquisador responsável

---

Pesquisador participante

---

Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:

Av. Presidente Dutra, 701  
Alto de São Manoel – Mossoró/RN  
CEP 59628-000  
Fone/Fax : (84) 3312-0143

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa

R. Frei Galvão, 12.  
Bairro Gramame – João Pessoa/PB.  
Fone: (83) 2106-7792  
e-mail: cep@facene.com.br

**APÊNDICE 2****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****I – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS****IDADE:** \_\_\_\_\_**ESTADO CIVIL:** Solteiro (  ) casado (  ) viúvo (  ) outros (  )

**ESCOLARIDADE:** (  ) nunca frequentou a escola (  ) ensino médio completo  
(  ) ensino fundamental completo (  ) ensino médio incompleto  
(  ) ensino fundamental incompleto (  ) ensino superior

**PROFISSÃO:** \_\_\_\_\_

**RENDA MENSAL:** (  ) menos de 1 salário mínimo  
(  ) 1 salário mínimo  
(  ) 2 salários mínimos  
(  ) mais de 2 salários mínimos

**II- DADOS RELACIONADOS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA**

- A) PROCURA O SERVIÇO DE SAÚDE COM QUE FREQUÊNCIA?
- B) FALE O QUE SABE SOBRE CÂNCER DE PRÓSTATA.
- C) SABE QUAIS SÃO AS FORMAS DE DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA? FALE SOBRE ELAS.
- D) JÁ OUVIU FALAR EM EXAME DE TOQUE RETAL? O QUE?
- E) JÁ REALIZOU O EXAME DE TOQUE RETAL? EM CASO DE RECUSA AO EXAME, QUAL O MOTIVO DE NÃO REALIZÁ-LO? EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA À REALIZAÇÃO DO EXAME. QUAL A SUA OPINIÃO?

## **Anexo**