

Conhecimento, Comportamento e Práticas em Saúde do Homem em Relação ao Câncer de Próstata

Knowledge, Behaviour and Health Practices of Men Concerning the Prostate Cancer

Conocimiento, Comportamiento y Práctica en Salud del Hombre en Relación con Cáncer de Próstata

Roberta Menezes¹; Mariana Menezes²; Elen Ferraz Teston³; Silvia Matumoto⁴; Jossiana Wilke Faller^{5*}

Como citar este artigo:

Menezes R, Menezes M, Teston EF, *et al.* Conhecimento, Comportamento e Práticas em Saúde do Homem em Relação ao Câncer de Próstata. Rev Fund Care Online.2019. out./dez.; 11(5):1173-1179. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1173-1179>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to describe the knowledge, behavior and health practices regarding the prostate cancer in adults. **Methods:** It is a cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach, which had 130 participating men. Data collection took place from March to April 2015, using the Health Belief Model. **Results:** Although they report having knowledge about cancer, only 30% had done the prostate-specific antigen dosage and 17.6% the rectal examination annually. Most comprehend the susceptibility and severity of this cancer, and believe that they are capable of doing something for themselves and benefiting from such care. Regarding the barriers, 16.9% had non-preventive behavior. **Conclusion:** Fear of pain, shame, and lack of courage to take the exam are barriers to these individuals. The health team should opportunistically approach these aspects by using strategies that increase men's access to health care and encourage self-care practices..

Descriptors: Beliefs, Behavior, Human health, Prostate neoplasms.

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

² Bacharel em Hotelaria pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

³ Enfermeira pela Universidade Estadual de Maringá. Doutora em Enfermagem pela Universidade estadual de Maringá. Vínculo Empregatício: Professora na Universidade Estadual do Paraná-campus Paranavaí.

⁴ Enfermeira pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Doutor e Livre-docente pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Vínculo Empregatício: Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

⁵ Enfermeira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná/PR. Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo/SP. Vínculo Empregatício: Professora na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

RESUMO

Objetivo: Descrever o conhecimento, o comportamento e as práticas em relação ao câncer de próstata em adultos. **Métodos:** Estudo quantitativo, realizado com 130 homens. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2015, por meio do Modelo de Crenças em Saúde. **Resultados:** Embora relatem conhecimento sobre o câncer, 30% realizam a dosagem do Antígeno Prostático Específico e 17,6% o exame de toque retal anualmente. A maioria percebe a susceptibilidade e a severidade do câncer e acredita que é capaz de fazer algo por si mesmo, beneficiando-se com esses cuidados. Quanto às barreiras, 16,9% apresentaram comportamento não preventivo. **Conclusão:** O medo da dor, a vergonha e a falta de coragem para realizar o exame constituem barreiras a esses indivíduos. A equipe de saúde deve oportunizar abordagens considerando esses aspectos, utilizando estratégias que ampliem o acesso dos homens ao serviço de saúde e estimulem a prática do autocuidado.

Descritores: Crenças, Comportamento, Saúde do homem, Neoplasias da próstata.

RESUMEN

Objetivo: Describir el conocimiento, el comportamiento y las prácticas en relación al cáncer de próstata en adultos. **Métodos:** Estudio cuantitativo, realizado con 130 hombres. La recolección de datos ocurrió entre marzo a abril de 2015, a través del Modelo de Creencias en Salud. **Resultados:** Aunque reportan conocimiento sobre el cáncer, el 30% realiza la dosificación del Antígeno Prostático y el 17,6% el examen de tacto anual. La mayoría percibe la susceptibilidad y la severidad del cáncer y cree que es capaz de hacer algo por sí mismo y beneficiarse con esos cuidados. En cuanto a las barreras, el 16,9% presentó comportamiento no preventivo. **Conclusión:** El miedo al dolor, la vergüenza y la falta de coraje para realizar el examen constituyen barreras a esos individuos. El equipo de salud debe oportunizar enfoques considerando estos aspectos, utilizando estrategias que amplíen el acceso al servicio de salud y estimulen la práctica del autocuidado.

Descriptores: Las creencias, Comportamiento, La salud humana.

INTRODUÇÃO

Embora o câncer afete vários grupos etários, a sua maior incidência ocorre em pessoas acima dos 65 anos e sua prevalência é maior em homens do que em mulheres. Os casos de câncer são menos frequentes que as doenças cardiovasculares, por isso, constituem a segunda principal causa de morte em todo mundo.¹ A idade é um fator de risco considerável para algumas doenças, entre elas o câncer de próstata (CAp), sendo raro antes dos 40 anos e mais comum a partir dos 50 anos.²

No Brasil, a estimativa biênio 2016/2017 aponta 600 mil casos novos de câncer. Esse perfil epidemiológico assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, sendo o câncer de próstata líder no ranking dos mais incidentes em todas as regiões do país, com a estimativa de sessenta e um mil novos casos. A evolução dos métodos diagnósticos, no sistema de informação e o aumento da expectativa de vida, justificam, em parte, o aumento na taxa de incidência deste tipo de câncer.³

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pelo Ministério da Saúde, tem como meta promover ações de saúde da população masculina

na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, de modo a fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. A referida meta se justifica tendo em vista que o homem adentra o sistema de saúde por meio da atenção especializada, e não pela atenção primária, gerando consequências e agravos da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

Os homens reconhecem que têm necessidades em saúde, embora hesitem e retardem em procurar os serviços de assistência à saúde, e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas. Justificam dificuldades relacionadas ao trabalho e também a maior capacidade física masculina, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento.⁵ Essa resistência à utilização dos serviços aumenta a sobrecarga financeira da sociedade e o sofrimento físico e emocional do paciente e família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

O uso dos serviços de saúde pelos homens é baseado em um comportamento complexo e deve ser analisado por diversos fatores como o de predisposição, de capacitação e da necessidade em saúde. Esses fatores incluem a suscetibilidade do indivíduo, o acesso aos serviços e a necessidade, ou seja, o estado de saúde.⁶ Em geral, as pesquisas apontam barreiras socioculturais e barreiras institucionais.⁷⁻⁸ Incluem nas barreiras institucionais os próprios profissionais de saúde, que relatam ter dificuldades para identificar as necessidades em saúde dos homens e planejar ações com base nelas.⁵

Assim, sendo o CAp notadamente reconhecido como um importante problema de saúde pública, cuja mortalidade apresenta taxas crescentes e resistência desta população em procurar por serviços de saúde, torna-se necessário que políticas e programas sejam implementados, de modo a reduzir a morbimortalidade por determinados agravos. Destarte, mostra-se relevante identificar o comportamento em saúde do homem, pois as percepções de adoecimento e de práticas de cuidado à saúde revelam ser diferentes entre os gêneros.⁹ No campo da produção do conhecimento sobre a temática, sobressai uma lacuna em relação a interpretação que o homem faz sobre sua própria saúde e seu reflexo nas práticas de autocuidado, o que pode subsidiar profissionais de saúde na construção de ações de cuidado a essa população tendo a prevenção e a detecção precoce como alvo do CAp.

Esses fatores motivaram a realização deste estudo, com o objetivo de descrever o conhecimento, o comportamento e as práticas em saúde em relação ao CAp em homens adultos.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo, realizado com 130 homens, acima de 40 anos, residentes no município de Foz do Iguaçu, região Sul do Brasil. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2015,

junto a colaboradores de empresas públicas e privadas, as quais incluíram áreas do transporte, segurança e limpeza do município. Para a seleção dos indivíduos, utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência, conforme a autorização e disponibilidade dos colaboradores em cada empresa. As entrevistas ocorreram no próprio ambiente de trabalho, em horários de entrada e saída ou intervalos dos colaboradores.

A obtenção dos dados foi orientada por um instrumento estruturado, padronizado, baseado no Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock, adaptado e validado por Virgulino.¹⁰ Esse modelo busca explicar o comportamento em saúde do homem, por meio de cinco dimensões, sendo elas: *Percepção de ser susceptível* a um determinado agravo; *Percepção de severidade/gravidade* verificada por meio da noção dos efeitos nocivos da doença sobre a vida; *Percepção de autoeficácia*, que se refere à crença pessoal na própria capacidade de fazer algo, neste caso, no cuidado com a própria saúde; *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 saúde.

O questionário autoaplicável contém 26 questões e abrange conhecimento sobre a doença; características e comportamentos de saúde e; crenças em saúde, além de dados sociodemográficos, com variáveis independentes: faixa etária, cor da pele, status conjugal, filhos, religião, escolaridade (em níveis), trabalho, renda familiar (em salários mínimos), status ocupacional e jornada de trabalho. As respostas a grande maioria das perguntas são de escolha simples, dentro de uma lista pré-definida. As respostas aos itens de crença estão em escalas tipo Likert (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente). Os valores das escalas no questionário foram estruturados na direção positiva, ou seja, quanto maior o valor da escala maior a sua percepção de saúde.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão idade igual ou superior a 40 anos, com capacidade cognitiva para comunicar-se de forma escrita e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Os dados foram compilados e analisados por estatística descritiva simples das variáveis mediante os cálculos dos valores mínimos, máximos e médias.

O desenvolvimento do estudo atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais, regidas pelo Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde - RESOLUÇÃO Nº 466/2012, sob parecer n. 988.635 do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta por 130 homens, sendo 48,4% com idade entre 40 e 49 anos (n=63), 62,3% brancos (n=81).

A maioria era casado (82,3%/n=107), residia com esposa e filhos (63,8%/n=83), com média de dois filhos (56,1%/n=73). Quanto a escolaridade, 34,6% (n=45) possuíam o ensino fundamental e 34,6% (n=45) renda familiar entre um a dois salários mínimos. Quando questionados em relação a busca de informações referente à saúde, 53,1% (n=67) relatam a busca por profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos e 33,1% (n=88) citam a esposa. As principais fontes de informações sobre o CAP foram televisão ou rádio (67,7%/n=88).

O conhecimento sobre o câncer da próstata foi avaliado primeiro por uma autoavaliação e por um questionário. Como resultado da autoavaliação, 55,3% (n=72) dos homens considerou seu conhecimento como “pouco” e apenas 21,5% (n=28) acreditaram ter muito conhecimento sobre o CAP (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos, segundo variáveis sociodemográficas e autoconhecimento em relação ao câncer de próstata. Foz do Iguaçu-PR, 2015

VARIÁVEIS	N	%	VARIÁVEIS	N	%
Idade (anos)			Escolaridade*		
40 - 49	63	48,5	EF	45	34,6
50 - 59	46	35,4	EM	39	30,1
60 - 69	20	15,4	ES	38	29,2
> 70	01	0,7	Nenhuma	08	6,1
Cor			N. de filhos		
Branco	81	62,3	0 a 02	73	56,1
Pardo	35	26,9	03 a 05	53	40,7
Negro	14	10,8	≥ 06	04	3,2
Status conjugal			Renda (SM)		
Casado	107	82,3	< 1	23	17,7
Solteiro	12	9,2	1 a 2	45	34,6
Divorciado	08	6,2	3 a 5	40	30,8
Viúvo	03	2,3	> 5	22	16,9
Com quem mora			Onde busca informação sobre câncer		
Esposa e filhos	83	63,8	TV ou Rádio	88	67,7
Só esposa	24	18,5	Jornal ou Revista	76	58,5
Outros	23	17,7	Profissional de saúde	74	56,2
			Amigos	74	56,2
Quanto sabe sobre câncer			Status ocupacional		
Pouco	72	55,4	Transporte	47	36,2
Razoável	30	23,1	Limpeza	21	16,2
Muito	28	21,5	Segurança	14	10,7
			Administrativo	11	8,5
			Outros	37	28,4
Quem procura p/ informações sobre saúde			Quer obter mais informações sobre câncer		
Profissionais de saúde	67	53,0	Sim	124	95,4
Esposa	43	33,0	Não	06	04,6
Outros	20	14,0			
Total	130	100	Total	130	100

*EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior; SM: Salário Mínimo; N.: número.

Fonte: Dados da pesquisa. Foz do Iguaçu-PR, 2015.

O conhecimento sobre CAP e sua prevenção foi avaliado por meio de questões de verdadeiro e falso, obtendo uma média de acertos de 67,7%. Os itens com maior número de erros foram as afirmativas “O câncer de próstata pode ser prevenido pela realização regular de exercícios físicos”, “O fumo contribui para o surgimento do câncer de próstata”, “A bebida alcoólica contribui para o surgimento do câncer de próstata”, “Os homens devem fazer o exame de toque retal anualmente, a partir dos 60 anos” e “Os principais sinto-

mas do câncer de próstata são jato urinário fraco e dor nos testículos”, essas afirmativas são relativos a fatores de risco, prevenção e sintomatologia do CAp como mostra a **tabela 2**.

Tabela 2. Distribuição das afirmativas do questionário, segundo acertos e erros dos homens em relação ao câncer de próstata. Foz do Iguaçu-PR, 2015

Afirmativa	Acerto		Erro	
	N	%	N	%
O câncer de próstata é o tipo de câncer mais comum entre os homens no Brasil (V)	116	89,2	14	10,8
O toque retal é um exame importante no diagnóstico do câncer de próstata (V)	121	93,1	09	6,9
O "PSA" é um exame de sangue utilizado no diagnóstico do câncer de próstata (V)	117	90,0	13	10,0
Alguns homens podem ter o câncer de próstata e não ter o conhecimento disso (V)	123	94,6	07	5,4
O câncer de próstata pode ser curado se for descoberto (diagnosticado) logo no início (V)	121	93,1	09	6,9
O câncer de próstata pode ser prevenido pela realização regular de exercícios físicos (F)	63	48,5	67	51,5
O fumo contribui para o surgimento do câncer de próstata (F)	40	30,8	90	69,2
A bebida alcoólica contribui para o surgimento do câncer de próstata (F)	40	30,8	90	69,2
Os homens devem fazer o exame de toque retal anualmente, a partir dos 60 anos (F)	60	46,2	70	53,8
Os homens devem fazer o exame de PSA anualmente, a partir dos 45 anos (V)	90	69,2	40	30,8
Os exames da próstata só precisam ser feitos quando aparecem os sintomas (F)	92	70,8	38	29,2
A forma de descobrir o câncer de próstata antecipadamente é através de exames (V)	117	90,0	13	10,0
Os principais sintomas do câncer de próstata são jato urinário fraco e dor nos testículos (F)	26	20,0	104	80,0
A idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata (V)	76	60,8	51	42,5
Não existe cura para o câncer de próstata (F)	103	79,2	27	20,8

Fonte: Dados da pesquisa. Foz do Iguaçu, 2015.

Quanto às percepções de saúde, 65,4% (n=85) dos entrevistados consideram sua saúde como boa – excelente. Quanto à frequência ao clínico, 44,6% (n=58) o fazem anualmente, 24,6% (n=32) só quando não se sentem bem e 9,2% (n=12) nunca foram ao médico. Em relação ao urologista, a frequência é menor, 22,6% (n=32) vão anualmente, sendo que 28,5% (n=37) referiram nunca ter ido a este especialista. Além disso, 69,2% relatam ser indiferente ser médico ou médica urologista (n=90). A maioria, 36,1% (n=47), desconhece história de câncer na família, mas 38,5% (n=50) apresentam familiares homens próximos com antecedentes de câncer. Quanto ao diagnóstico atual ou anterior de algum tipo de câncer, 5,4% (n=7) apresentaram antecedentes, sendo um deles de próstata.

Quanto a realização dos exames para o rastreamento do CAp, apenas 30% (n=39) reportaram fazer a dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) anualmente e cerca de 46,9% (n=61) relataram que nunca fizeram esse exame. Em relação à frequência com que realizaram o exame de toque retal, apenas 17,6% (n=23) o realizam anualmente, e 61,5% (n=80) relataram que nunca o fizeram (**Tabela 3**).

Tabela 3. Característica e comportamento de saúde de homens em relação ao câncer de próstata. Foz do Iguaçu- *CA - Câncer. *CAp – Câncer de próstata.

VARIAVEIS	N	%	VARIAVEIS	N	%
Estado de saúde		Diagnóstico de CA*			
Ruim - Razoável	45	34,6	Não	123	94,6
Boa - Excelente	85	65,4	Sim	07	05,4
Visita ao médico		Visita ao urologista			
Anualmente	58	44,6	Anualmente	32	22,6
Dois anos ou mais	17	13,1	Dois anos ou mais	14	10,8
Só uma vez	11	8,5	Só uma vez	27	15,8
Nunca fez	12	9,2	Nunca fui	37	28,5
Saúde não está bem	32	24,6	Sente algo errado	20	22,3
Preferência do urologista		Histórico de CA na família			
Homem	28	21,5	Não existe	33	25,3
Mulher	12	09,3	Desconheço	47	36,3
Indiferente	90	69,2	Pai - Irmão	22	16,9
			Avô - Tio - Primo	28	21,5
Frequência que faz exame PSA		Frequência faz exame toque retal			
Anualmente	39	30,0	Anualmente	23	17,6
Nunca fez	61	46,9	Nunca fiz	80	61,5
Dois anos ou mais	08	06,2	Dois anos ou mais	08	6,2
Fiz só uma vez	19	14,6	Fiz só uma vez	18	13,8
Desconheço o exame	03	2,3	Desconheço o exame	01	0,9
Diagnóstico de CAp*					
Não	129	99,2			
Sim	01	0,8			
Total	130	100		130	100

Fonte: Dados da pesquisa. Foz do Iguaçu, 2015.

Em relação às crenças e comportamento em saúde (**Tabela 4**), os resultados demonstraram que o homem percebe-se susceptível ao risco pessoal de contrair uma doença (73,8%), percebe a severidade do risco (73,1%), ou seja, identifica a gravidade da doença pelo grau de perturbação emocional ao pensar no agravo e pelas consequências que acarreta, como dor, morte, gastos materiais e desordens familiares, acredita na própria capacidade de fazer algo (72,3%) e possuem à crença na efetividade da ação para a saúde e à percepção de suas consequências positivas (93,8%).

Tabela 4. Descrição das dimensões e a relação das crenças e comportamento em saúde dos homens em relação ao câncer de próstata. Foz do Iguaçu-PR, 2015

Dimensões	Alta - média		Baixa - nenhuma	
	N	%	N	%
Susceptibilidade	96	73,8	34	26,2
Severidade	95	73,1	35	26,9
Auto-eficácia	94	72,3	36	27,7
Benefícios	122	93,8	08	06,2
Barreiras	22	16,9	108	83,1

*Alta- média: Concordo e concordo totalmente; Baixa- nenhuma: Discordo e discordo totalmente.

Fonte: Dados da pesquisa. Foz do Iguaçu, 2015.

Quanto à percepção de barreiras, a qual diz respeito à identificação de situações ou fatores que impedem ou dificultam ações voltadas ao autocuidado, 83,1% (n=108) não percebem aspectos negativos para ação em saúde que pudessem interferir na prevenção.

A população desse estudo encontra-se na faixa etária de risco para o CAp, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam significativamente com o avançar da idade.¹¹ A condição de estarem casados, situação da maioria dos investigados, foi considerada como um fator de proteção para homem, pois a ajuda familiar já foi apontada por outro estudo como fator contribuinte para o autocuidado.¹²

A falta de informação e instrução sobre prevenção ou tratamento do CAp associa-se a baixos níveis de escolaridade.¹³ Em relação aos meios para obter informação, foram citados em maior proporção a televisão e o rádio, veículos de comunicação em massa, importantes para a divulgação de agravos e doença, suas causas e os modos de prevenção.¹⁴

Embora tenham relatado subjetivamente pouco conhecimento sobre o câncer de próstata, grande parte obteve acertos nas questões, considerado como bom resultado, sendo os menores acertos relacionados à prevenção, relação do tabaco e álcool com CAp, realização de exames e sintomas. Em geral, esses dados se assemelham a outro estudo, como o desconhecimento de causas, sinais e sintomas do câncer.¹⁴

No entanto, o conhecimento demonstrado pelos homens não foi o suficiente para adotar medidas preventivas, pois revelam frequência inadequada à consultas médicas e de realização de exames de detecção precoce do câncer, o que não se esperaria do comportamento nestas dimensões neste modelo. Assim, essa contradição pode ter sido causada pela amostra pequena e baixa escolaridade dos entrevistados, fato que já ocorreu em outro estudo com o uso do Modelo de Crenças em Saúde (MCS).¹³

Em relação ao comportamento em saúde, demonstrado na **Tabela 3**, define como qualquer atividade realizada por uma pessoa que acredita ser saudável, com a finalidade de prevenir ou detectar a doença em estágio assintomático.¹² As teorias comportamentais buscam ampliar o conhecimento e contribuir para um melhor entendimento do comportamento humano, considerando fatores ambientais e psicossociais.¹³ Pressupõe que o comportamento em saúde se prende a um processo sequencial: a aquisição de um conhecimento correto leva a uma atitude favorável que, por sua vez, pode conduzir às práticas saudáveis.¹⁵

Posto que, no gênero masculino, o comportamento se apresenta diferente ao do gênero feminino, acredita-se que a não adesão às medidas de autocuidado e prevenção, por parte do homem, decorra das variáveis culturais, pois se veem fortes e com a saúde invulnerável, julgando-se não precisarem de serviços de saúde.¹ Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em uma cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino.

A doença é considerada como um sinal de fragilidade e vulnerabilidade, que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, o que contribui para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. As ações em saúde para homens devem considerar a heterogeneidade, pois a significação

da masculinidade é um processo permanente e construído socioculturalmente.⁴

Por isso, a adesão a exames de rastreamento para o CAp, como o exame de toque retal e o PSA, tidos como de suma importância para diagnósticos, seja em fase inicial ou tardia da doença, apresentaram-se insuficientes neste estudo. Nesse contexto, o toque retal pode ser visto como um tipo de violação, ou um comprometimento da masculinidade.¹⁶

Em relação ao comportamento de prevenção de doença, o mesmo pode ser explicado por meio da relação entre a percepção de susceptibilidade, severidade, autoeficácia, benefícios e barreiras. A susceptibilidade percebida refere-se à avaliação individual de chances de adquirir uma doença ou vivenciá-la. A percepção de severidade/gravidade é verificada por meio da noção dos efeitos nocivos da doença sobre a vida. A percepção de autoeficácia refere-se à crença pessoal na própria capacidade de fazer algo, neste caso, no cuidado com a própria saúde, a percepção dos benefícios está relacionada à opinião do sujeito sobre os cuidados em saúde e a percepção de barreiras diz respeito à identificação de situações ou fatores que impedem ou dificultam ações voltadas ao autocuidado.¹³

Em relação às cinco dimensões investigadas, a percepção de susceptibilidade ao CAp demonstrou que os homens identificaram riscos de terem câncer. No entanto, estes indivíduos não apresentam comportamento ou medidas de prevenção em relação ao agravo, pois as práticas de prevenção não foram prevalentes. Conhecimentos, atitudes e práticas proporcionam qualidade e o aumento da sobrevida do homem, considerando que a prevenção e a detecção são estratégias básicas para o controle dessa doença.¹⁷

Os entrevistados reconhecem que o câncer é uma doença grave, e que se não tratado pode levar a morte, sendo uma doença que pode afetar a vida familiar, social e financeira além da autoestima. Isso se confirma com o modelo de crença de Rosenstock onde o grau de severidade pode ser julgado tanto pelo grau de excitação emocional criado pelo pensamento de uma doença, bem como pelos tipos de dificuldades que o indivíduo acredita que uma determinada condição de saúde vai criar para ele.¹³

Deste modo, reconhecendo a doença como um limitador nas condições da vida, os entrevistados demonstram possuir autoeficácia, ou seja, acreditam que o indivíduo tem controle sobre os eventos que podem afetar a sua vida, como mostram as afirmativas “eu sou responsável pela minha saúde”, “eu sinto que tenho o controle do meu corpo”, “eu me sinto saudável tomando conta da minha própria saúde”. A autoeficácia é um comportamento da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, e tem papel fundamental na aquisição e mudança de comportamento.¹⁸

A crença de autoeficácia é considerada como uma crença do indivíduo de que ele pode executar um comportamento específico ou uma tarefa no futuro a partir de julgamentos pessoais quanto as próprias capacidades de performace em dado domínio de atividade. Indivíduos com elevada autoe-

ficácia normalmente tendem a desempenhar tarefas mais desafiadoras, investem mais esforços e persistem mais do que aquelas com baixa autoeficácia.¹⁹

A direção que a ação vai levar é influenciada por crenças sobre a eficácia relativa a alternativas disponíveis para reduzir a ameaça de doença em que o indivíduo sente-se submetido. Seu comportamento dependerá, do quão benéficas as alternativas seriam para sua saúde. Durante a pesquisa notou-se que o conceito de autoeficácia na área de saúde ainda é pouco conhecido, diante da escassez de estudos que associam a autoeficácia com a saúde e nenhum relacionado ao CAP.

A percepção de benefícios, uma crença acerca da importância do tratamento para saúde, é uma conclusão individual de que uma nova ação pode trazer resultados positivos, ou seja, uma ação pode ser vista como benéfica se atuar na redução da susceptibilidade ou na severidade da doença²⁰, o que é de grande valia para o reconhecimento do homem frente a importância do tratamento para sua saúde.

Na análise das afirmativas, os entrevistados acreditam que o problema de saúde pode ser prevenido por uma ação trazendo benefícios para a sua vida, isso mostra nas afirmações correspondentes a prevenção como “o exame de toque retal ajuda na detecção precoce do CAP”, eu acredito que o CAP pode ser curado se for descoberto logo no início”, “eu sigo as recomendações médicas, eu cuido melhor da minha saúde”. Desta forma, a percepção de benefícios implicaria em maior adesão ao comportamento de realização do rastreamento anual. Porém, esses dados só se confirmam em relação a percepção de benefícios, pois na prática diária, poucos entrevistados realizaram o exame de toque retal e de PSA, mesmo reconhecendo como exames de rastreamento e diagnóstico do câncer.

Um estudo realizado com 54 homens com CAP, em um ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário do Paraná-BR, revela que os mesmos percebem ser susceptíveis à doença e à severidade, reconhecem os benefícios da procura por cuidado de saúde, mas a crença nesses benefícios não se concretizou na prática, observado pela não procura aos serviços de modo preventivo.² Este comportamento pode ser compreendido pela percepção de barreiras, uma visão individual de todos os aspectos negativos da ação em saúde que interferem na prevenção. Quanto maior a ocorrência da prevenção pelo indivíduo, menor será sua percepção de barreira, pois estes não veem aspectos negativos na realização do autocuidado.

Com os homens da pesquisa, poucos apresentaram comportamento de barreiras como medo de dor, vergonha e falta de coragem, ou seja, crenças relacionadas aos exames preventivos que inibem a busca pelos serviços de saúde. Aspectos identificados em outros estudos foram insatisfação, aborrecimento e dor, constituídos pelos aspectos negativos da ação.²² Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada à sua posição de provedor e medo que o médico descubra que algo vai

mal com a sua saúde, colocando em risco sua crença de invulnerabilidade.

Assim, o modo como as pessoas percebem a doença poderá atuar como impedimento para direcioná-lo a uma conduta, os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-las, além da presença de estímulos para a ação, importante para desencadear as percepções de susceptibilidade e severidade e motivar a pessoa a agir.

Com isso, ressalta-se a importância da realização de programas de educação em saúde, capacitação da equipe multiprofissional para o desenvolvimento de uma abordagem e de uma linguagem específica com a realização de campanhas e programas preventivos que atendam às necessidades e compreendam o comportamento desses indivíduos, com vistas a incentivá-los para o autocuidado.

CONCLUSÕES

No presente estudo, identificou-se que os homens apresentam pouca informação sobre o CAP, especialmente quanto a prevenção, fatores de risco e exames para investigação, indicando a necessidade de produção de novos estudos e debates que se direcionem para divulgação do conhecimento sobre essa doença, em todos os níveis assistenciais de atenção à saúde do homem. As dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, susceptibilidade, severidade, autoeficácia e benefícios possibilitaram apreensão do conhecimento sobre o CAP no grupo estudado.

Embora grande parte considere seu estado de saúde bom – excelente, poucos visitam o médico anualmente e realizam exames preventivos como o PSA e o exame de toque retal, demonstrando contradição entre discurso e realidade. Mesmo em tempos atuais, esses exames se apresentam como um estigma, sendo a principal dificuldade na adesão dos métodos diagnósticos. Muitos homens desconhecem a função do urologista, fato que se agrava diante da insuficiência de serviços desse profissional na rede pública de saúde.

Diante disso, é necessário fortalecer e qualificar a atenção primária para a implementação de ações de cuidado à saúde do homem, com ações educativas em espaços laborais como empresas, para famílias, atividades nos eventos públicos, visando a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis relacionados ao CAP.

A realização de programas de educação em saúde e políticas eficazes de capacitação da equipe multiprofissional para o desenvolvimento de abordagem e utilização de linguagem apropriada, além de campanhas e programas preventivos que atendam às necessidades e especificidades dos homens.

Por fim, reitera-se a importância de considerar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, vivenciadas pelos homens, no planejamento de estratégias pela equipe de saúde, que aproximem esses indivíduos ao conhecimento frente a sua condição de saúde, medidas de prevenção de doenças e de complicações posteriores, bem como àquelas que orientem o autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Paz MFCJ, Montes BS, Rêgo Neto JJ, Tapety FI, Sousa CMM, Cavalcante AAMCMC. Correlações entre fatores de risco para o câncer de próstata: uma análise epidemiológica. *J res fundam care Online*. 2013 dec 5(6):187-99. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3365/pdf_1146.
2. Czorny RCN, Pinto MH, Pompeo DA, Bereta D, Cardoso LV, Silva DM. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm; Curitiba*, 2017; 22(4): e51823. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2017/10/51823-217936-1-PB.pdf>.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) – Brasil. Estimativa 2016. Rio de Janeiro; 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=1>. Acesso em 4 dez. 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília; 2008. Disponível em: <http://goo.gl/EsOLPB>. Acesso em 27 jun. 2015.
5. Rocha EM, Medeiros ADL, Rodrigues KSLF, Cruz JPMC, Siqueira MFC, Farias EFN et al. A política Nacional de saúde do homem e os desafios de sua implementação na Atenção Primária à saúde. *Rev Eletrônica da UNIVAR*. 2016; 15(1): 43-8. Disponível em: <http://observatoriodasauderj.com.br/wp-content/uploads/2017/08/476-941-1-PB.pdf>.
6. Sette NLF, Garcia LF, Santim AA. Análise de fatores associados a não adesão das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero: uma revisão bibliográfica. *Revista UNIFEV: Ciência e Tecnologia*. 2016; 1(1): 158-70. Disponível em: <http://periodicos.unifev.edu.br/index.php/RevistaUnifev/article/view/226>
7. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(11): 2865-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em 5 dez 2017.
8. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização dos serviços de saúde: análise da pesquisa nacional de saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 1:4s. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/672/67251395008/>
9. Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(1): 291-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=en. Acesso em 5 dez 2017.
10. Virgulino ALS. Comportamento de industriários quanto à prevenção do câncer da próstata. 2011. 126p. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Medicina da Bahia; Bahia. Disponível em: <http://bancodeteses.capes.gov.br/>. Acesso em 20 Jan. 2015.
11. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes A.A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 abr 19(4): 1263-74. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63030543027/>.
12. Tramonte MS, Silva PCS, Chubaci SR, Cordoba CCRC, Zucca-Matthes G, Vieira RAC. Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2016; 49(5): 451-62. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/125606/122539>.
13. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(4): 793-803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=en&nrm=iso.
14. Guedes M, Miranda FMA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Cruz EDA. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crença em saúde. *Cogitare Enferm. abr/jun 2012*; 17(2): 304-9. Disponível em: <http://goo.gl/0H4k3I>.
15. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc saúde coletiva [online]*. 2015; 20(6): 1763-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nrm=iso.
16. Andrade RF, Monteiro AB. Fatores determinantes para criação da política nacional de Saúde do homem. *PRACS: Revista eletrônica de humanidades do curso de ciência sociais da UNFAR*. 2012; Macapá (5): 71-86. Disponível em: <http://goo.gl/qn5Crg>.
17. Freitas MEM, Soares T, Souza LPS, Alcântara DDF, Silva CSO, Barbosa HA. Rectal exam: the perception of men as their realization. *Rev Enferm. UFPI*. 2015; 4(4): 8-13. Disponível em: <http://www.revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3461/pdf>
18. Silva TBC, MacDonald DJ, Ferraz VEF, Nascimento LC, Santos CB, Lopes-Junior LC, Santos MF. Percepção de causas e risco oncológico, história familiar e comportamentos oncogênico. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2): 377-84. Disponível em: <http://goo.gl/zPTmYC>.
19. Mata LRF. Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado. 2013. 191p. Tese de pós-graduação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <http://goo.gl/ysOcmY>. Acesso em 28 Jun. 2017.
20. Baptista MN, Santos KM, Dias RR. Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento; Curitiba*. 2016; jan/mar; 24(44): 27-36. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19909/19207>.
21. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015 jan/mar; 13(1): 75-84. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>.
22. Fernandes MV. O homem frente ao diagnóstico de câncer de próstata: procura por cuidado de saúde, 2012, 106 p. Dissertação de mestrado- Universidade Estadual de Londrina. Paraná. Disponível em: <http://bancodeteses.capes.gov.br/>.

Recebido em: 02/12/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 09/04/2018

Publicado em: 05/10/2019

***Autor Correspondente:**

Jossiana Wilke Faller

Rua Jorge Sanwais, 3692

Jardim Guarapuava, Foz do Iguaçu, PR, Brasil

E-mail: jofaller@hotmail.com

Telefone: +55 45 99137-7650

CEP: 85.856-230