



ISSN: 2230-9926

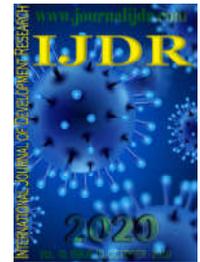
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 10, pp. 41363-41368, October, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20224.10.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DESIGUALDADES REGIONAIS NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO BRASIL

Fábia Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes¹, Emelynne Gabrielly de Oliveira Santos², Talita Araujo de Souza³, Arthur de Almeida Medeiros⁴ and Isabelle Ribeiro Barbosa¹

¹Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz-RN, Brasil

²Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil

³Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil

⁴Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande. MS. Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th July, 2020

Received in revised form

26th August, 2020

Accepted 08th September, 2020

Published online 30th October, 2020

Key Words:

Saúde do homem; Próstata;
Exame retal digital. Prevenção e controle;
Programas de rastreamento.

*Corresponding author: *Fábia Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes,*

ABSTRACT

Objetivo: avaliar a prevalência da realização do exame de toque retal no Brasil e seus fatores associados. **Métodos:** Dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, inquérito populacional. Foram calculadas as prevalências de realização do exame, estratificadas a partir de variáveis sociodemográficas e de saúde para Brasil e regiões. **Resultados:** a região Sul registrou o maior percentual de realização desse exame há menos de 1 ano e a Norte com o maior percentual para os que nunca fizeram o exame. Observou-se ainda um maior percentual de não realização para homens com idade entre 40 e 59 anos, residentes na área rural, de cor preta, solteiros e sem instrução. **Conclusão:** as menores prevalências de rastreamento do câncer de próstata por esse exame foram observadas nas regiões menos desenvolvidas do país, suscitando, portanto, a necessidade da realização contínua de ações voltadas à prevenção do câncer de próstata nos serviços de saúde e veículos de comunicação.

Copyright © 2020, *Fábia Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: *Fábia Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes, Emelynne Gabrielly de Oliveira Santos, Talita Araujo de Souza, Arthur de Almeida Medeiros and Isabelle Ribeiro Barbosa, 2020. "Water governance in Brazil: reflections from the literature", International Journal of Development Research, 10, (10), 41363-41368.*

INTRODUCTION

Amudança no perfil demográfico e epidemiológico, caracterizados pelo envelhecimento da população e ascensão das doenças crônico-degenerativas, respectivamente, em detrimento das infecciosas, tem refletido nas taxas de morbimortalidade no mundo. Dentre elas, destaca-se o câncer de próstata¹. Embora o Brasil apresente uma das menores taxas de mortalidade por câncer de próstata na América Latina, observa-se uma tendência na incidência da doença no país, estimando-se a ocorrência de 68.220 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019. Esse aumento pode ser influenciado pelo aumento da expectativa de vida, pela melhoria dos métodos diagnósticos e aprimoramento dos sistemas de informação em saúde do país^{1,2}. O toque retal e a dosagem do antígeno prostático específico (PSA) são os principais métodos de identificação de alteração na próstata. Desse modo, a ocorrência de sobrediagnóstico e resultados

falso-positivos em função da disseminação do rastreamento do câncer de próstata com esses métodos também podem influenciar na magnitude do crescimento da doença³. Entre os principais fatores de risco estabelecidos para o câncer de próstata pode-se destacar: idade de 65 anos ou mais (3/4 dos casos novos ocorrem entre homens com 65 anos ou mais), homens da raça negra e história familiar da doença. Nesse sentido, a dificuldade de acesso dos homens, à atenção primária, mediado por fatores como desconhecimento, preconceito e/ou ausência de recursos médico local, bloqueia o rastreamento da doença e, como consequência, impossibilita a detecção precoce de tumores em fase inicial, prejudicando o diagnóstico e tratamento^{4,5,6}. É importante ressaltar que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) não recomenda a organização de programas de rastreamento populacional para o câncer de próstata no Brasil, seja com PSA associado ou não ao toque retal, pois as evidências científicas atuais apontam que ambas as estratégias apresentam mais riscos do que

possíveis benefícios no rastreamento^{1,2}. Desse modo, para reduzir as mortes consideradas evitáveis, é imprescindível a organização dos serviços de saúde, para a oferta de diagnóstico precoce e tratamento adequado, permeando o planejamento dos serviços, a identificação dos centros de referência e da regionalização do tratamento. Todavia, é necessário analisar o perfil do acesso ao serviço de diagnóstico no Brasil, uma vez que em muitos casos o excesso de diagnósticos leva a exames de acompanhamento e tratamentos desnecessários. O presente estudo teve por objetivo avaliar a prevalência da realização do exame de toque retal no Brasil e seus fatores associados a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

MÉTODOS

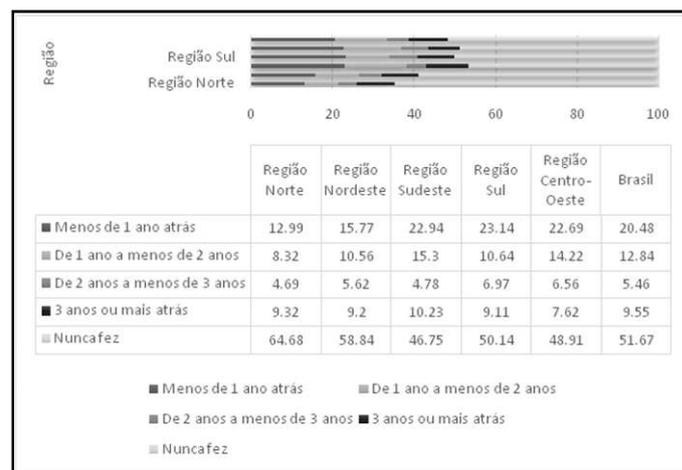
Trata-se de uma análise descritiva dos dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - PNS 20137. Para este inquérito, o tamanho da amostra foi definido considerando-se o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse. A PNS sorteou um total de 81.187 domicílios, sendo selecionado um indivíduo por domicílio. Após o encerramento da coleta, foram realizadas entrevistas em 64.348 domicílios, o que resultou em uma taxa de não resposta de 8,1%. O plano amostral empregado foi o de amostragem por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPA), os domicílios representam as unidades de segundo estágio, e os moradores adultos definem as unidades de terceiro estágio. O questionário da PNS foi dividido em módulos, que contemplam características do domicílio, de todos os moradores (escolaridade, renda, trabalho, pessoas com deficiências, cobertura de planos de saúde, utilização de serviços de saúde, saúde de crianças menores de dois anos, saúde dos idosos) e do morador adulto selecionado (estilos de vida, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, doenças crônicas, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal e atendimento médico). Através do Módulo Q, a PNS investigou as Doenças Crônicas – doenças do pulmão, câncer, insuficiência renal crônica e outras doenças, em indivíduos acima de 18 anos de idade. No presente estudo, a variável analisada foi “Último exame físico próstata”, definida como “Última vez que o entrevistado fez um exame físico/toque retal da próstata, para homens de 40 anos ou mais”. A resposta foi categorizada em “Menos de 1 ano atrás”, “De 1 ano a menos de 2 anos”, “De 2 anos a menos de 3 anos”, “3 anos ou mais atrás” e “Nunca fez”.

A realização do exame de toque retal foi avaliada de acordo com os seguintes aspectos: as macrorregiões (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro Oeste), unidades da federação (26 estados e o Distrito Federal), faixa etária, nível de instrução (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto e superior completo); raça/cor da pele (branca, preta, parda); estado civil (solteiro; casado; separado; divorciado; viúvo), e os motivos para a não realização do exame. O presente estudo avaliou os dados da PNS que estavam disponíveis no site do DATASUS (www.datasus.gov.br) e as análises foram realizadas entre setembro e outubro de 2018. Os dados foram apresentados a partir de valores de proporções e intervalo de confiança a 95%. O presente estudo utiliza dados secundários da PNS disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil,

sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

O exame de toque retal entre homens brasileiros de 40 anos ou mais obteve nas Regiões Sul e Sudeste os maiores percentuais para os que realizaram este exame há menos de 1 ano (23,14% IC95% 19,83-26,45 e 22,94% IC95% 20,65-25,23, respectivamente) e a Região Norte com o maior percentual para os que nunca realizaram o exame (64,68% IC95% 61,40-67,96) (Figura 1).



*Nota: as hastes representam os intervalos de confiança de 95% dos percentuais apresentados.

Figura 1. Proporção de realização do exame de toque retal para o rastreamento do câncer de próstata no Brasil de acordo com as macrorregiões brasileiras. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Para a realização do exame de toque retal há menos de 3 anos, de acordo com a Unidade da Federação, 4 estados brasileiros estão acima da média nacional: São Paulo (46,6%), Rio Grande do Sul (41,0%), Goiás (39,8%) e Minas Gerais (38,9%). Os dez estados da federação com as menores prevalências de realização pertencem às regiões norte/nordeste (Figura 2).

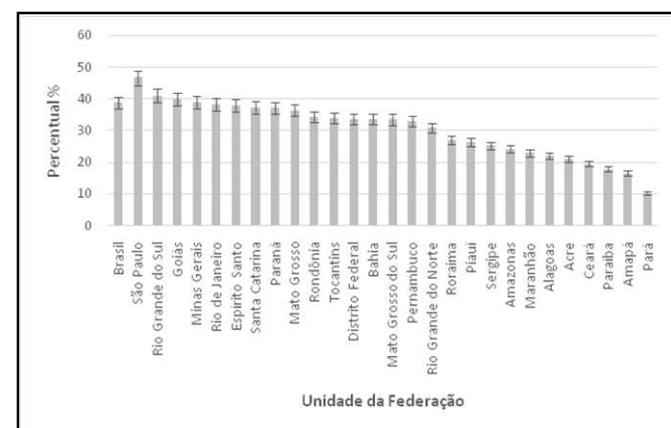


Figura 2. Proporção de realização do exame de toque retal para o rastreamento do câncer de próstata no Brasil nos últimos três anos de acordo com as Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

A realização do exame de toque retal há menos de 1 ano foi significativamente maior entre os homens de 60 a 64 anos (29,3% IC95% 24,94-33,84), residentes na área urbana (21,4%

IC95% 19,98-23,00), de cor branca (23,0% IC95% 21,13-25,04), estado civil casado (23,5% IC95% 21,77-25,32) e com ensino superior completo (33,6% IC95% 28,93-38,29) (Tabela 1). Para os homens que realizaram o exame de toque retal há mais de 3 anos foi significativamente maior com idade de 75 anos ou mais (26,6% IC95% 22,32-30,91), de cor branca (10,3% IC95% 8,96-11,65), viúvos (18,6% IC95% 14,35-22,90), sem instrução ou ensino fundamental incompleto (10,7% IC95% 9,48-11,94) (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo mostram que a prevalência de realização do exame de rastreamento para o câncer de próstata apresenta imensas desigualdades entre as regiões brasileiras, e que, nunca haver realizado este exame, está associado às piores condições socioeconômicas, como viver em área rural, ser negro e ter baixa escolaridade.

Tabela 1. Prevalência da realização do exame de toque retal entre homens brasileiros de 40 anos ou mais de acordo com variáveis sociodemográficas pesquisadas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

VARIÁVEIS	Menos de 1 ano atrás (% IC _{95%})	De 1 ano a menos de 2 anos (% IC _{95%})	De 2 anos a menos de 3 anos (% IC _{95%})	3 anos ou mais atrás (% IC _{95%})	Nunca fez (% IC _{95%})
FAIXA ETÁRIA					
De 40 a 59 anos	16,91 (15,33-18,49)	12,04 (10,85-13,22)	4,77 (4,01-5,53)	5,54 (4,65-6,42)	60,75 (58,88-62,63)
De 60 a 64 anos	29,39 (24,94-33,84)	13,78 (10,89-16,68)	7,49 (4,92-10,05)	10,91 (7,95-13,87)	38,43 (33,67-43,19)
De 65 a 74 anos	29,07 (25,11-33,02)	15,63 (12,80-18,46)	6,93 (5,03-8,82)	17,56 (14,28-20,85)	30,82 (27,20-34,43)
Com 75 anos ou mais	23,32 (19,08-27,56)	13,30 (9,55-17,06)	5,91 (3,82-8,00)	26,61 (22,32-30,91)	30,86 (26,09-35,62)
COR OU RAÇA					
Branca	23,09 (21,13-25,04)	13,64 (12,14-15,14)	5,82 (4,82-6,82)	10,31 (8,96-11,65)	47,15 (44,91-49,39)
Preta	19,61 (15,26-23,96)	10,54 (7,63-13,44)	4,48 (3,02-5,94)	7,91 (3,97-11,85)	57,46 (52,17-62,75)
Parda	17,09 (15,30-18,88)	12,26 (10,83-13,68)	5,13 (4,17-6,09)	8,99 (7,86-10,12)	56,53 (54,30-58,77)
ESTADO CIVIL					
Casado(a)	23,54 (21,77-25,32)	14,66 (13,34-15,98)	5,99 (5,14-6,84)	10,03 (8,87-11,19)	45,77 (43,88-47,67)
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente	22,00 (13,78-30,22)	6,97 (3,66-10,28)	*	16,36 (0,98-26,73)	51,66 (42,13-61,18)
Divorciado(a)	16,78 (12,44-21,12)	14,48 (10,34-18,62)	6,47 (2,82-10,12)	10,04 (7,17-12,92)	52,23 (45,68-58,79)
Viúvo(a)	22,29 (16,84-27,73)	12,60 (8,66-16,54)	3,24 (1,66-4,83)	18,62 (14,35-22,90)	43,24 (37,05-49,44)
Solteiro(a)	11,64 (9,78-13,49)	7,92 (6,34-9,51)	4,50 (3,51-5,49)	4,83 (3,81-5,85)	71,11 (68,58-73,65)
NÍVEL DE INSTRUÇÃO					
Sem instrução e fundamental incompleto	17,76 (16,20-19,32)	11,05 (9,83-12,26)	5,07 (4,29-5,85)	10,71 (9,48-11,94)	55,42 (53,49-57,35)
Fundamental completo e médio incompleto	20,23 (16,50-23,97)	14,41 (11,30-17,52)	4,79 (3,36-6,22)	8,27 (5,10-11,44)	52,29 (47,93-56,65)
Médio completo e superior incompleto	20,15 (17,55-22,74)	14,13 (11,98-16,28)	6,16 (4,50-7,81)	7,94 (6,27-9,61)	51,63 (48,33-54,93)
Superior completo	33,61 (28,93-38,29)	17,03 (13,62-20,44)	6,66 (4,55-8,77)	8,47 (5,98-10,95)	34,24 (30,02-38,46)

Tabela 2. Motivos relatados pelos homens de 40 anos ou mais no Brasil para nunca haver realizado o exame de toque retal para o rastreamento para o câncer de próstata. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

MOTIVO	PERCENTUAL %	IC95%
Não achou necessário	53,17	51,08-55,25
Tem vergonha	10,67	9,52-11,81
Nunca foi orientado para fazer o exame	16,7	15,19-18,21
Não sabe quem procurar ou onde ir	0,99	0,62-1,36
Tem dificuldades financeiras	0,92	0,57-1,27
Tem dificuldades de transporte	0,24	0,06-0,42
Teve dificuldades para marcar consulta	2,2	1,69-2,71
Tempo de espera no serviço de saúde muito grande	2	1,38-2,62
O serviço de saúde é muito distante	0,63	0,35-0,91
Horário serviço de saúde incompatível com atividade trabalho ou doméstico	1,84	1,28-2,40
Está marcado, mas ainda não realizou	1,56	1,03-2,10
Outro	9,06	7,97-10,16

Como motivo para nunca haver realizado o exame de toque retal, as principais justificativas relatadas foram: “não acha necessário” (53,1% IC95% 51,08-55,25), “nunca foi orientado para fazer o exame” (16,7% IC95% 15,19-18,21) e “tem vergonha” (10,6% IC95% 9,52-11,81), conforme dados apresentados na Tabela 2.

Destaca-se também que, a falta de orientação e os sentimentos atribuídos, como a vergonha, ainda são importantes motivos para a não realização deste exame no Brasil. Essas desigualdades no acesso à realização deste exame também foram relatadas em outras pesquisas no Brasil^{8,9}. Em um desses estudos¹⁰, realizado no Rio de Janeiro, a informação e o

acesso aos exames de rastreio ao câncer de próstata estavam vinculados a fatores socioeconômicos dos participantes, sendo evidente que os homens com educação de nível superior tendem a gerenciar melhor seu tempo para atenção à sua saúde, corroborando, portanto, com os achados deste estudo.

Destaca-se a importância da realização do diagnóstico precoce para o ganho na sobrevida em cinco anos para o paciente com câncer de próstata. Em países da América do Sul, Ásia e Europa, obteve-se um aumento de 10% a 20% na sobrevida ao longo da última década. No Brasil, por sua vez, observou-se uma sobrevida em cinco anos acima de 95% para o período de 2005 a 2009¹¹. Porém, a elevada proporção de realização dos exames de rastreamento através do toque retal ou da dosagem de PSA pode representar repercussões significativas na saúde pública, como o sobrediagnóstico e sobretratamento para o câncer de próstata^{8,12}. Embora estes sejam exames amplamente indicados para a definição do diagnóstico dessa doença, a comparação da sensibilidade e especificidade com outros testes demonstram os riscos associados à ampla realização deste exame. Um estudo de coorte retrospectiva realizado em homens irlandeses que foram submetidos à biópsia da próstata guiada por Ultrassonografia Transretal, mostrou que, dos 103 homens avaliados com um nível de PSA dentro dos limites de normalidade para a idade, 67% apresentavam o exame de toque retal anormal. Trinta e nove por cento dos homens com o exame retal anormal foram diagnosticados com câncer de próstata. O exame de toque retal teve uma sensibilidade e especificidade de 81% e 40%, respectivamente, no diagnóstico de câncer de próstata, com um valor preditivo positivo de 42%¹³.

Apesar de não haver o rastreamento populacional instituído no Brasil, uma parcela expressiva da população masculina refere ter realizado o exame, ressaltando os estados das regiões sul e sudeste do Brasil, com destaque para o estado de São Paulo, onde 46,6% dos homens realizaram pelo menos um exame nos últimos três anos. Esse achado está de acordo com um estudo de base populacional realizado no estado de São Paulo, que avaliou 992 homens com 50 anos ou mais, com relatos de que 55,6% dos homens realizaram exames de detecção do câncer de próstata, sendo 61,8% através do toque retal, 73,2%, pelo PSA, 28,2% por ultrassonografia e 7,3% por biópsia⁹. A marcada variabilidade nas prevalências globais de acesso a realização deste exame também foi observada entre as regiões do país. Os estados do norte e nordeste, consideradas as menos desenvolvidas do Brasil, possuem os maiores percentuais dos homens que referiram nunca realizaram o exame do câncer de próstata. Tendo em vista as tendências temporais de aumento das taxas de mortalidade por câncer de próstata que foram observadas nos últimos quinze anos para essas duas regiões, e que continuarão a serem registrados para as próximas décadas, segundo projeções realizadas¹⁴, esses achados mostram uma situação epidemiológica desfavorável relacionada ao câncer de próstata no Brasil. Desse modo, esses dados apontam para necessidade de melhorias na atenção à saúde do homem nessas regiões. Na América Latina, a exemplo do Brasil e México, há uma concentração de serviços de oncologia em grandes centros urbanos, como consequência da extrema migração interna e do desenvolvimento dessas áreas devido às demandas socioeconômicas regionais e locais. A população de áreas rurais deve viajar para grandes centros urbanos para receber tratamento, bem como para consultas com especialistas e serviços de diagnóstico. Tais dificuldades geram atrasos no diagnóstico e tratamento de pacientes, o que resulta em um pior prognóstico em comparação com pacientes que já vivem

em centros urbanos¹⁶. Outra explicação para a menor busca pelos serviços de saúde nessas regiões diz respeito à própria dificuldade de acesso e disponibilidade de serviços de saúde. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde mostram que existem grandes diferenças do acesso aos serviços de saúde entre as regiões no Brasil, com maiores proporções de consultas médicas nas regiões que apresentam as melhores condições de vida e os maiores Índices de Desenvolvimento Humano¹⁷. A menor procura de serviços de saúde na região norte do país pode ser justificada sobretudo pela dimensão territorial da região, o sistema de transporte precário, composto por poucas rodovias e em mau estado de conservação, além de hidrovias com problemas de navegabilidade, o que prejudica a distribuição e organização de serviços de saúde de forma eficaz, dificultando a acessibilidade dos usuários¹⁸.

A tentativa de minimizar o impacto da mortalidade por câncer de próstata no Brasil no futuro deverá permear o adequado planejamento dos serviços além da identificação dos centros de referência, a regionalização do tratamento, a redução das distâncias que os pacientes têm que se deslocar, além da organização da demanda de tratamento por região¹⁹. Esse quadro de desigualdade de acesso ao exame diagnóstico pode também ser reflexo do atraso na organização de uma política específica para a saúde do homem. Somente no ano de 2008, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional para a Assistência Integral à Saúde do Homem, que tem como prerrogativa implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva e orientar os homens sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que os atingem²⁰. Um dos desafios a serem ultrapassados com a instituição dessa política é a ocorrência de limitado acesso da população masculina aos serviços de atenção primária, e que a busca pelos serviços de saúde, quando existe, está atrelada a um quadro clínico de morbidade já cronicado com repercussões biopsicossociais para sua qualidade de vida²¹. A elevada prevalência de acesso total à realização deste exame não se traduziu em uma distribuição equânime entre os diversos contextos da sociedade brasileira, destacando-se diferenças significativas entre os níveis socioeconômicos. Essas desigualdades também foram relatadas em outras pesquisas, a exemplo do estudo realizado em Juiz de Fora (MG), que apontou uma maior probabilidade de indivíduos mais jovens (60-69 e 70-79 anos) ter realizado o exame, quando comparados aos de 80 anos ou mais. Os idosos casados ou com companheira e com maior escolaridade (> 4 anos) apresentavam associações positivas e estatisticamente significativas com a realização de toque retal⁸.

Homens na faixa etária de 75 anos ou mais apresentaram o maior percentual de realização do teste há mais de 3 anos. Esse dado pode ser explicado pelo que foi exposto por uma metanálise de cinco ensaios clínicos randomizados, o qual destaca que qualquer benefício da triagem do câncer de próstata pode levar até 10 anos para se acumular, dessa forma, os homens que têm uma expectativa de vida de menos de 10-15 anos devem ser informados de que a triagem para câncer de próstata não é benéfica devido aos danos associados ao teste¹². Os achados desse estudo mostraram ainda que a prevalência da não realização do exame de toque retal foi significativamente maior entre os homens de cor preta e residentes na zona rural. Além disso, como motivo para não realizar os exames de toque retal, a falta de conhecimento (“não acha necessário”) assumiu o maior percentual nos discursos dos homens. Esse achado é bastante expressivo, pois, de acordo com Stewart e colaboradores²², os homens

negros têm duas vezes mais chances de morrer de câncer de próstata em relação aos homens brancos. Além disso, os homens negros apresentam uma incidência de câncer de próstata de 64% maior e são diagnosticados, em média, 1,2 anos antes, com um risco aumentado de diagnóstico antes dos 45 anos, quando comparados com homens brancos. Em relação ao local de residência, sugere-se que em zonas rurais existam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como há maior solidez nas questões culturais e tradicionalistas, da masculinidade, dificultando a procura por atendimento²³. Essa afirmação pode ser confirmada pelo estudo que investigou uma população de gaúchos tradicionalistas; 83% realizou, ao menos uma vez, um dos exames preventivos. Mas quando questionados sobre a cidade em que viveram por mais tempo, o fato de ter morado maior tempo em zona rural mostrou estar associado a não realização dos exames preventivos. Em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, os autores analisaram as causas que impedem os homens a realizarem o exame preventivo para o câncer de próstata, destacando como principais fatores: ausência de tempo e conhecimento sobre a doença, a falta de especialidade médica na Unidade Básica de Saúde, medo e o preconceito. Todavia, apenas a falta de conhecimento corrobora com os achados deste estudo²⁴.

Outras barreiras da acessibilidade ao toque retal incluem desconforto, constrangimento e homens que associam o exame à homossexualidade. Além disso, algumas pessoas estão preocupadas com o sentimento estimulado e resposta física não desejada e descontrolada durante o toque retal, medo do procedimento ou medo de descobrir doenças²⁵. Os aspectos simbólicos interferem diretamente na decisão de realizar exame/diagnóstico do toque retal, além de fatores como a inadequação de horários de atendimentos que não se pautam no contexto do trabalhador, principalmente para aquele grupo de alto e muito alto risco que necessita iniciar o acompanhamento a partir dos 40 anos de idade^{26,27}. Uma das limitações desse estudo refere-se aos vieses de participação, já que o tema está envolto em questões de cunho moral e cultural, e esses fatores exercem forte influência sobre a resposta. Apesar deste estudo ser conduzido pela Pesquisa Nacional de Saúde, com comprovada validade metodológica, trata-se de informações autorreferidas pelos entrevistados, sendo possível ocorrer diferenças na compreensão dos entrevistados, viés de recordatório, sub ou superestimação dos valores referidos. Todavia, os inquéritos populacionais nos oferecem amostras representativas da população de todas as regiões do país, podendo servir para comparação destes resultados com o de outros países, além de embasar a organização de políticas públicas.

CONCLUSÃO

A partir da descrição do cenário de acesso ao exame de rastreio para o câncer de próstata no Brasil, as políticas de saúde do homem poderão focalizar em aspectos como a observação de fatores de risco bem como da organização dos serviços de saúde necessário para reduzir as iniquidades no acesso a esse exame diagnóstico, e como consequência, a redução das mortes por câncer de próstata consideradas evitáveis. A menor prevalência de rastreamento do câncer de próstata, observada nas regiões menos desenvolvidas do país, sugere a necessidade de se planejar estratégias de adesão do público masculino aos serviços de saúde, com ênfase nas ações de prevenção, ao passo que a realização de exames

diagnósticos nas populações de risco deve ser incentivada nessas regiões. As mudanças ocorridas no Brasil nas últimas décadas, relacionadas à rápida transição demográfica e epidemiológica, bem como ao aumento da expectativa de vida, tem contribuído para o panorama do câncer de próstata no país. Os achados dessa pesquisa mostraram uma precariedade no que concerne à informação de caráter acerca da importância de realização de rastreamento em populações de risco, uma vez observado o grande percentual de não realização desse exame de diagnóstico. Nesse contexto, aponta-se para a importância da realização contínua de ações educativas voltadas à prevenção do câncer de próstata nos serviços de saúde e veículos de comunicação. Logo, os profissionais poderão atuar na orientação de hábitos de vida saudáveis e de cuidados em saúde, a fim de auxiliar na prevenção do desenvolvimento de neoplasias, como o câncer de próstata. Ademais, necessitam estar capacitados quanto à identificação de indivíduos com fatores de risco, reconhecendo os principais sinais e sintomas associados à doença.

ACKNOWLEDGMENT

Esse estudo recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES-001 e por meio do pagamento de bolsa de pós-doutorado a Arthur de Almeida Medeiros [processo 88887.372306/2019-00], e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

REFERENCES

- 1-INCA. Instituto de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- 2-INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- 3-Bacelar Júnior AJ et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research [internet] 2015 [acesso em 2018 10 out]; 10(3): 40-46. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150501_174533.pdf.
- 4-Czorny RCN, Pinto MH, Pompeo DA, Bereta D, Cardoso LV, Silva DM. Fatores de risco para o cancer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. Cogitare enferm [internet] 2017 [acesso em 11 out 2018];4(22).
- 5-INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- 6-Lalitha K, Suman G, Pruthivish S, Mathew A, Murthy NS. Estimation of Time Trends of Incidence of Prostate Cancer – an Indian Scenario. Asian Pacific J Cancer Prev [internet] 2012 [access in 2018 oct 12]; 13(12): 6245-6250. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23464439>.
- 7-Ministério da Saúde. DATASUS. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 8-Santiago LM, Luz LL, Silva JFS, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. Cienc Saude Col [internet] 2013 [acesso em 2018 out 12]; 18(2): 3535-3542. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200010>.
- 9-Amorim WMSL, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alvez MCGP. Fatores associados à

- realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* [internet] 2011 [acesso em 2018 out 13], 27(2): 247-356. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200016>.
- 10-Costa TB, Moura VF. The meaning of touch the prostate for man: the nurse in health promotion. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [internet] 2013 [acesso em 2018 out 13]; 5(4):537-46. Disponível em: DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p537.
- 11-INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silv. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016.
- 12-Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Internacional* [internet] 2011 [access in 2018 oct 16];882-291. Available from: doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.1003.
- 13-Walsh NA, Considine SW, Thomas AZ, Lynch TH, Manecksha RP. Digital rectal examination in primary care is importante for early detection of prostate cancer: a retrospective cohort analysis study. *British Journal of General Practice* [internet] 2014 [access in 2018 oct 18];783-787. Available from: doi: 10.3399/bjgp14X682861.
- 14-Jerez-Roig J, Souza DL, Medeiros PF, Barbosa IR, Curado MP, Costa IC et al. Future burden of prostate cancer mortality in Brazil: a population- based study. *Cad. Saúde Pública* [internet] 2014 [access in 2018 oct 19]; 30(11): 2451-2458. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493998>.
- 15-Modesto AADA, de Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface. (Botucatu)* [internet] 2018 [aceso em 2018 out 19];22(64). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>.
- 16-Curado MP, De Souza DLB. The burden of cancer in Latin America and the Carribean. *Ann Global Health* [internet] 2014 [access in 2018 oct 20]; 80(5): 370-377. Available from: doi: 10.1016/j.aogh.2014.09.009.
- 17-Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública* [internet] 2017 [acesso em 2018 out 21]; 51. Supl 1:3s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074>.
- 18-Rodrigues CG, Simões RF, Amaral PV. Distribuição da rede de oferta de serviços de saúde na região norte: uma análise espacial multivariada. *UFMG/Cedeplar*. 2007; 23.
- 19-Knaul FM, Alleyne G, Piot P, et al. Health system strengthening and cancer: a diagonal response to the challenge of chronicity. In: Knaul FM, Gralow JR, Atun R, Bhadelia A, eds. *Closing the cancer divide: an equity imperative*. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative. 2012; 79-95.
- 20-Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 21-Fontes WD, Barboza TM, Leite MCL, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul Enferm* [internet] 2011 [acesso em 2018 out 22]; 24(3): 430-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300020>.
- 22-Stewart RW, Lizama S, Peairs K, Sateia HF, Choi Y. Screening for prostate cancer. *Seminars in Oncology* [internet] 2017 [access in 2018 oct 23]; 44: 47-56. Available from: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2388\(200001/02\)18:1<29::AID-SSU5>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2388(200001/02)18:1<29::AID-SSU5>3.0.CO;2-Y).
- 23- Souza LM, Silva MP, Pinheiro IS. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos internacionais. *Rev Gaucha Enferm* 2011; 32(1): 151-8.
- 24-Silva LS, Costa CMA, Martins ERC, Francisco MTR, Marta CB. Fatores impeditivos para o exame preventivo do câncer de próstata: visão masculina. *Rev. Saúde Corpo Ambiente e Cuidado* [internet] 2013 [acesso em 2018 out 24]; 1(1):143-156. Disponível em: <http://rescac.com.br/rescac/index.php/ojs/article/view/23/26>.
- 25-Zhang A, Fear T, Ahmed H. Digital rectal examination in prostate cancer screening. *The University of Western Ontario* 2013; 82(1):10.
- 26-Gomes R, Rebello LEFS, Araújo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Cien Saúde Coletiva* [internet] 2008 [acesso em 2018 out 25]; 13(1): 235-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>.
- 27- Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Rev Latino-americana Enf* [internet] 2011 [acesso em 2018 out 26]; 19(1): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_11.pdf.
