Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ESTILO DE VIDA E DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE REALIZADORES OU NÃO DE EXAME DE PRÓSTATA

Bruna Rios Rauber[1]
Josemara de Paula Rocha[2]
Bruna Borba Neves[3]
Raquel Seibel[4]
Ângelo Gonçalves Bós[5]

RESUMO - O câncer de próstata é a segunda neoplasia mais comum de óbito entre os homens. Apesar de controvérsias sobre a indicação do exame preventivo, sabe-se que o diagnóstico precoce e a identificação de fatores de risco são práticas frequentemente recomendadas. O estudo objetivou verificar que fatores sociodemográficos, de estilo de vida e de acesso a serviços de saúde estão relacionados à realização do exame investigativo do câncer de próstata. Foi realizada uma análise secundária dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, para testar a relação das variáveis independentes com o relato de exame de próstata, aceitando como significativos valores de $p<0,05$. De acordo com as maiores frequências observadas, os indivíduos que realizaram exame de próstata tinham 60 anos ou mais, principalmente entre 70 e 79 anos, brancos, com escolaridade média ou superior, residentes em capitais, de classe socioeconômica alta, portadores de plano de

[1] Fisioterapeuta, aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: brurauber@gmail.com
[2] Fisioterapeuta, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.
[3] Terapeuta Ocupacional, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.
[4] Nutricionista, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.
[5] Médico geriatra, Pós-doutor em Saúde e Participação Comunitária pelo Instituto Metropolitano Gerontológico de Tóquio, Tóquio, Japão, professor do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

saúde, não cadastrados em Estratégia de Saúde da Família, com última consulta médica recente à entrevista e motivada por exame de rotina. Quanto às características do estilo de vida, aqueles que apresentavam hábitos alimentares mais saudáveis, não sedentários ou tabagistas eram os que, em geral, relatavam ter feito o exame. Os dados parecem demonstrar que o ato de fazer o exame de próstata está envolvido com comportamentos saudáveis prévios, o que não atinge a maior parte da amostra. Os resultados comprovam um reflexo da fragilidade de campanhas de prevenção da saúde masculina, associada ao exame de próstata, mediante opiniões distintas presentes na literatura.

Palavras-chave: saúde pública; promoção de saúde; prevenção secundária; saúde do homem; neoplasia prostática.

ABSTRACT - Prostate cancer is the second most frequent neoplasm death of men. In spite of controversies in the literature related to the screening test, it is known that the early diagnosis and the identification of risk factors are procedures often recommended clinically. We goal to verify among sociodemographic and lifestyle characteristics and access to health services which of them presented significant relation to investigative examination of prostate cancer. This is a secondary analysis of the Brazilian National Health Survey 2013 aimed to test the relationship between the independent variables and the reporting of prostate exam, accepting as significant values of $p<0.05$. We could identify aspects of the individuals who underwent prostate exam that were to be 60 years or more, especially 70 and 79 years old, to be White, have medium or high level of education, dwell in a State Capital, have higher socioeconomic class, have private health insurance, be not registered in Family Health Strategy Program, have been attended to physician recently because of routine medical examination. Related to lifestyle characteristics, people presenting healthier eating habits, not sedentary, and not smokers were those reporting undergone the exam. The data presumably demonstrate that prostate examination was associated with previous healthy behaviors, but these healthy attitudes were not representative to the most of the sample. The results probably show a consequence of the non-sustentation of male health prevention campaigns including prostate examination because of distinct opinions in the literature.

Keywords: public health; health promotion; secondary prevention; men's health; prostatic neoplasms.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

INTRODUÇÃO

Na população masculina, o câncer de próstata é a segunda causa oncológica de morte (CESTARI; ZAGO, 2005). A estimativa brasileira era, em 2016, de 61.200 casos novos de câncer de próstata. Estimam-se 61,8 casos novos a cada 100 mil homens, sendo o câncer mais incidente entre os homens brasileiros (INCA, 2016).

Por ser tão relevante no âmbito epidemiológico têm sido investigados os fatores de risco determinantes em fontes de diversas naturezas. Entre esses, a idade é o principal fator de risco. A incidência do câncer de próstata aumenta com a idade, principalmente a partir dos 50 anos, onde se observa que mais de 80% dos casos acomete homens acima de 65 anos (SANTOS; SOUZA, 2017). Além da idade avançada, hereditariedade, etnia, tabagismo atual ou pregresso e baixa atividade física estão entre as demais causas mais citadas. Ao passo que, alimentação e alcoolismo têm sido também relacionados à maior frequência dessa doença (MIDDLETON et al., 2009; CUZICK et al., 2014; MEHRA; BERKOWITZ; SANFT, 2017).

Estudos sugerem que a ingestão elevada de gorduras saturadas, carnes vermelhas cozidas a altas temperaturas ou processadas, batatas e peixes fritos, leite com alto teor de gordura, pão branco e cálcio estão associadas a um risco aumentado de câncer de próstata, sendo esses considerados como componentes de estilos de vida não saudáveis (GATHIRUA-MWANGI; ZHANG, 2015; LIN; ARONSON; FREEDLAND, 2015).

Diante de um amplo espectro de causas, é possível esperar que não o efeito isolado, mas conjunto de várias delas seja decisivo para o surgimento do câncer de próstata. De acordo com Bós e Bós (2004) até mesmo a escolha entre buscar atendimento em rede pública ou privada de saúde por idosos pode ser influenciada pela situação econômica, social, demográfica e epidemiológica. Além disso, devido a constantes mudanças culturais, econômicas e políticas, também se presume que as condições de vida estejam em contínua alteração modificando a frequência dos diferentes fatores de riscos, justificando a contínua monitorização destes. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 possibilitam essa atualização.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2002), recomenda que o exame preventivo seja realizado por rastreamento oportunístico, ou seja, os homens com idade entre 50 e 70 anos que procurarem serviços de saúde por motivos que não sejam o câncer de próstata sejam estimulados a realizar a detecção precoce. Por sua vez, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), recomenda que os homens acima de 50 anos ou homens com 40 anos que apresentem histórico familiar da doença, sejam estimulados a realizar o check-up da

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

próstata (SBU, 2006). Somente 1% dos cânceres de próstata é diagnosticado abaixo dos 50 anos, aumentando progressivamente para 80% aos 80 anos (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). Fatores sociodemográficos como escolaridade, classe socioeconômica e acesso a serviços de saúde podem estar relacionados ao maior rastreio do câncer de próstata e consequente maior diagnóstico da doença (LUCCHESE, 2003). Rauber et al.(2018), analisando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde; observam que 35,8% dos brasileiros com idade entre 60 e 79 anos e 33,6% dos com 80 anos ou mais nunca haviam realizado nenhum exame preventivo de detecção do câncer de próstata. Entre os principais motivos para a não realização foi não achar necessário ou nunca ter sido orientado para a sua realização. Os autores mencionam a ausência de estudos sobre que fatores sociodemográficos, além da idade, estão relacionados à maior ou menor frequência de rastreio do câncer de próstata no Brasil. Mencionam também que esses dados da PNS, junto com características de estilo de vida, poderiam ser usados nessa análise. A determinação desses fatores será de importância na construção de políticas para a incrementação de programas mais eficientes.

Este estudo, portanto, pretende verificar que fatores sociodemográficos, de estilo de vida e de acesso a serviços de saúde estão relacionados à realização do exame preventivo do câncer de próstata, utilizando os dados da PNS, realizada pelo IBGE em 2013.

METODOLOGIA

Foi realizada uma análise secundária dos dados da PNS. A PNS foi um estudo transversal de uma amostra significativa da população brasileira envolvendo todas as Unidades da Federação, incluindo o Distrito Federal (IBGE, 2014). Na presente análise foram utilizados somente dados de entrevistados do sexo masculino com idade igual ou superior a 40 anos.

Foi considerada variável dependente desta análise o relato de ter sido submetido ou não ao exame físico ou toque retal da próstata (presente no módulo Q – doenças crônicas) e independente: do Módulo C – características gerais dos moradores: faixa etária (40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos ou mais), raça (branca, parda, preta e outra), estado conjugal (casado, solteiro viúvo e outro), do Módulo D – características de educação: escolaridade (analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo e médio ou superior), do Módulo B – Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias: ESF (o domicílio está cadastrado na Estratégia de Saúde da Família?), do

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Módulo I – Cobertura de Plano de Saúde: plano de saúde (tem algum plano de saúde?), do Módulo A – Informação do Domicílio: classe socioeconômica (através dos bens de consumo classificada conforme os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa em: A, B, C, D & E), domicílio (rural ou urbano), cidade (capital, interior e metropolitana, que inclui cidades da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno). Características do estilo de vida foram considerados não saudáveis: consumo de feijão (P06) menor que 4 dias por semana, salada ou verdura crua (P07), verdura cozida (P09) e comer frutas (P18) ou suco de frutas naturais (P16) nenhuma vez por semana, e carne vermelha (P11) todos os dias da semana. As pessoas que referiram comer carne sem tirar o excesso de gordura (P12), comer galinha sem tirar a pele (P14) ou tomar leite integral (P24) foram considerados como tendo hábito não saudável para ingestão de gordura animal. Nunca comer peixe (P15) foi considerado com um hábito não saudável. Não saudável para o consumo de carboidrato foram ingerir três ou mais copos de refrigerante por dia (P20), alimentos doces (P25) e substituir refeições por lanches (salgados e pizzas) (P26) todos os dias. Fazer uso de álcool diário (P28) e não realizar nenhuma atividade (38) ou exercício físico (P34) e fumar algum produto com tabaco (P50) também foram fatores não saudáveis.

Para análises estatísticas foi utilizado o pacote estatístico Epi Info™ versão 7.2, aceitando como significativo valor de $p<0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 mostram as características socioeconômicas dos indivíduos acima de 40 anos que responderam à pergunta se realizaram ou não o exame de próstata. As variáveis sociodemográficas faixa etária, raça, escolaridade, estado conjugal, zona de residência e classe socioeconômica mostraram relação significativa nos testes de qui-quadrado ($p<0,001$). Participaram 13.625 homens, destes 6.186 (45%) responderam que haviam realizado o exame de próstata alguma vez na vida. Dentre as faixas etárias criadas para a análise a faixa etária que mais havia realizado o exame foi a dos 70 a 79 anos, com 68%, sendo a faixa etária com menor realização do exame foi a dos 40 a 49 anos (26%). Houve relação significativa entre faixa etária e realização de exame de próstata ($p<0,001$). Entre as raças os brancos foram os que mais realizaram o exame (51%) e os pardos os com menor (41%, $p<0,001$). Escolaridade foi também significativamente relacionada à realização do exame de próstata ($p<0,001$). Quanto maior o nível de escolaridade maior foi a frequência de realização do exame. Os viúvos foram os que mais realizaram (57%) e os

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

solteiros (31%) os que menos realizaram o exame de próstata. Residentes em capitais (51%) e região metropolitana (43%) realizaram mais frequentemente exame da próstata do que residentes em cidades do interior ($p<0,001$). O domicílio foi significativamente relacionado à realização do exame ($p<0,001$), 49% dos residentes em domicílios urbanos e 35% nos rurais. Entre os participantes a frequência de exame de próstata foi maior que o esperado nas classes A (67%) e B (56%, $p<0,001$).

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 1. Distribuição dos participantes que realizaram ou não alguma vez o exame de próstata quanto às características sociodemográficas, Brasil, 2013.

	Exame próstata			
	Nunca n (%)	Alguma vez n (%)	Total n (%)	p
Total	7439 (55,0)	6186 (45,0)	13625 (100)	
Faixa etária				
40 a 49	3775 (74,3)	1304 (25,7)	5079 (37,3)	
50 a 59	2043 (51,2)	1948 (48,8)	3991 (29,3)	
60 a 69	983 (37,9)	1612 (62,1)	2595 (19,0)	p<0,001
70 a 79	459 (32,1)	969 (67,9)	1428 (10,5)	
80 + anos	179 (33,6)	353 (66,4)	532 (3,9)	
Raça				
Branca	2814 (49,0)	2934 (51,0)	5748 (42,2)	
Parda	3747 (58,8)	2624 (41,2)	6371 (46,8)	p<0,001
Preta	776 (58,4)	552 (41,6)	1328 (9,7)	
Outra	102 (57,3)	76 (42,7)	178 (1,3)	
Escolaridade				
Analfabeto	1391 (62,8)	825 (37,2)	2216 (16,3)	
Fundamental Incompleto	3180 (56,4)	2462 (43,6)	5642 (41,4)	p<0,001
Fundamental Completo	849 (56,2)	662 (43,8)	1511 (11,1)	
Médio ou Superior	2019 (47,4)	2237 (52,6)	4256 (31,2)	
Estado conjugal				
Casado	4854 (52,8)	4333 (47,2)	9187 (67,4)	
Divorciado	844 (51,6)	793 (48,4)	1637 (12,0)	
Solteiro	1425 (69,1)	638 (30,9)	2063 (15,1)	p<0,001
Viúvo	316 (42,8)	422 (57,2)	738 (5,4)	
Cidade				
Capital	2750 (48,8)	2888 (51,2)	5638 (41,4)	
Interior	3257 (59,5)	2221 (40,5)	5478 (40,2)	p<0,001
Metropolitana	1432 (57,1)	1077 (42,9)	2509 (18,4)	
Domicílio				
Rural	2059 (65,3)	1096 (34,7)	3155 (23,2)	p<0,001
Urbano	5380 (51,4)	5090 (48,6)	10470 (76,8)	
Classe socioeconômica				
A	155 (32,6)	320 (67,4)	475 (3,5)	
B	1461 (44,3)	1835 (55,7)	3296 (24,2)	
C	3195 (54,5)	2665 (45,5)	5860 (43,0)	p<0,001
D&E	2628 (65,8)	1366 (34,2)	3994 (29,3)	

Fonte: PNS, IBGE, Brasil, 2013.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Na tabela 2, estão apresentados os resultados quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde. As variáveis plano de saúde, cadastro em Estratégia de Saúde da Família, tempo decorrido da última consulta médica e motivo da última consulta foram significativamente relacionados com o relato de exame de próstata nos testes de qui-quadrado ($p<0,001$). A maioria dos participantes que possuíam plano de saúde foram submetidos ao exame de próstata (61%) alguma vez na vida, percentual este menor que os que não tinham plano (40%), sendo essa relação significativa ($p<0,001$). Entre os participantes com cadastro na ESF, 45% relataram terem feito exame de próstata. Já os que não possuíam cadastro na ESF, esse percentual foi maior (48%, $p<0,001$). Os participantes que haviam realizado alguma consulta médica há menos de 1 mês, foram os que mais frequentemente realizaram o exame (59%). Quanto mais distante foi a última consulta menos frequente foi a realização do exame ($p<0,001$). O motivo da última consulta foi significativamente relacionado à frequência da realização do exame de próstata ($p<0,001$). Exame periódico (60%) e continuação do tratamento (57%) formam os motivos de consulta que apresentaram maior frequência de realização do exame.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 2. Distribuição dos participantes que realizaram ou não alguma vez o exame de próstata quanto às características de acesso à saúde, Brasil, 2013.

	Exame próstata			
	Nunca n (%)	Alguma vez n (%)	Total n (%)	p
Total	7439 (55,0%)	6186 (45,0%)	13625 (100%)	
Plano de saúde				
Não	6006 (60,4)	3933 (39,6)	9939 (72,9)	p<0,001
Sim	1433 (38,9)	2253 (61,1)	3686 (27,1)	
ESF				
Não	2414 (52,2)	2207 (47,8)	4621 (33,9)	
Não sabe	979 (57,4)	727 (42,6)	1706 (12,5)	p<0,001
Sim	4046 (55,4)	3252 (44,6)	7298 (53,6)	
Última consulta médica				
Há menos de 1 mês	1547 (41,4)	2186 (58,6)	3733 (27,4)	
Entre 1 e 3 meses atrás	1079 (46,5)	1241 (53,5)	2320 (17,0)	
Entre 3 meses e 1 ano	1641 (50,6)	1601 (49,4)	3242 (23,8)	p<0,001
Há mais de 1 ano	3018 (72,5)	1143 (27,5)	4161 (30,5)	
Nunca foi ao médico	154 (91,1)	15 (8,9)	169 (1,2)	
Motivo da última consulta				
Exame médico periódico	1642 (39,6)	2502 (60,4)	4144 (30,4)	
Continuação de tratamento	704 (42,9)	937 (57,1)	1641 (12,0)	
Outro	1921 (54,7)	1589 (45,3)	3510 (25,8)	p<0,001
Não consultou há mais de um ano	3172(73,3)	1158(26,7)	4330(31,7)	

Fonte: PNS, IBGE, Brasil, 2013.

Na Tabela 3, é possível observar que a maioria dos participantes apresentavam hábitos saudáveis quanto ao consumo de feijão (78%), salada (85%), verdura (83%), carne vermelha (78%), peixe (63%), fruta (92%), carboidrato (79%), álcool (95%), sedentarismo (77%) e tabagismo (79%). Por outro lado, apenas o hábito "consumo de gordura animal" não saudável foi mais frequente (74%) que o saudável (26%). Em relação à distribuição dos participantes quanto à realização ou não do exame de próstata e as características saudáveis e não saudáveis do estilo de vida, exceto no consumo do feijão, a frequência de

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

realização de exame de próstata foi maior entre os participantes que possuíam estilo de vida saudável, sendo significativo para a maioria desses hábitos. No caso do feijão, os participantes que não consumiam essa leguminosa de forma saudável (menos de 4 dias na semana) apresentaram maior frequência de realização do exame, sendo essa relação significativa (p=0,0061). A relação entre exame de próstata e ingesta de carboidrato e consumo de álcool atingiram níveis indicativos de significância nos testes estatísticos, com p=0,0945 e 0,0768, respectivamente.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Tabela 3. Distribuição dos participantes que realizaram ou não alguma vez o exame de próstata quanto às características saudáveis e não saudáveis do estilo de vida, Brasil, 2013.

	Exame próstata			
	Não	Sim	Total	p
Consumo de feijão				
Saudável	5851 (55,2)	4744 (44,8)	10595 (77,8)	0,0061
Não saudável	1588 (52,4)	1442 (47,6)	3030 (22,2)	
Consumo de salada				
Saudável	6102 (52,9)	5441 (47,1)	11543 (84,7)	<0,0001
Não saudável	1337 (64,2)	745 (35,8)	2082 (15,3)	
Consumo de verdura				
Saudável	5965 (52,5)	5404 (47,5)	11369 (83,4)	<0,0001
Não saudável	1474 (65,3)	782 (34,7)	2256 (16,6)	
Consumo de carne vermelha				
Saudável	5714 (54,0)	4869 (46,0)	10583 (77,7)	0,0081
Não saudável	1725 (56,7)	1317 (43,3)	3042 (22,3)	
Consumo de gordura animal				
Saudável	1694 (47,2)	1893 (52,8)	3587 (26,3)	<0,0001
Não saudável	5745 (57,2)	4293 (42,8)	10038 (73,7)	
Consumo de peixe				
Saudável	4516 (52,8)	4030 (47,2)	8546 (62,7)	<0,0001
Não saudável	2923 (57,6)	2156 (42,4)	5079 (37,3)	
Consumo de fruta				
Saudável	6726 (53,5)	5853 (46,5)	12579 (92,3)	<0,0001
Não saudável	713 (68,2)	333 (31,8)	1046 (7,7)	
Consumo de carboidrato				
Saudável	5828 (54,2)	4919 (45,8)	10747 (78,9)	0,0945
Não saudável	1611 (56,0)	1267 (44,0)	2878 (21,1)	
Uso de álcool				
Saudável	7065 (54,4)	5915 (45,6)	12980 (95,3)	0,0768
Não saudável	374 (58,0)	271 (42,0)	645 (4,7)	
Sedentarismo				
Não presente	5615 (53,2)	4934 (46,8)	10549 (77,4)	<0,0001
Presente	1824 (59,3)	1252 (40,7)	3076 (22,6)	
Tabagismo				
Não presente	5550 (51,6)	5208 (48,4)	10758 (79,0)	<0,0001
Presente	1889 (65,9)	978 (34,1)	2867 (21,0)	
Total	7439	6186	13625	

Fonte: PNS, IBGE, Brasil, 2013.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

O presente estudo teve como objetivo observar os fatores relacionados à realização do exame de detecção do câncer de próstata. Apesar de ser o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens (CHAVES et al., 2016), menos da metade dos entrevistados pela PNS haviam realizado o exame alguma vez na vida. Observamos que a frequência de realização do exame foi menor que o esperado entre os participantes com idade inferior aos 50 anos. A Sociedade Brasileira de Urologia e o INCA orientam a realização do exame nos homens a partir dos 50 anos de idade. Essa orientação é diferente para os homens com histórico familiar de câncer de próstata, que devem fazer esse acompanhamento a partir dos 40 anos de idade (INCA, 2016). Desta forma a orientação dessas duas organizações parecem estar influenciando a frequência de realização do exame.

Dentre os resultados, a não realização do exame também estava relacionada ao acesso aos serviços de saúde, pois os participantes com plano privado apresentaram maiores frequências de realização do exame, o contrário acontecendo com os participantes residentes em domicílio cadastrados pela ESF. Chaves et al. (2016) apontam a dificuldade em implementar rotinas nos serviços de saúde pública e privada que possam favorecer a detecção precoce do câncer de próstata. Arruda, Mathias e Marcon (2017) citam outros fatores, além do acesso à saúde, podem estar relacionados à baixa realização do exame. O autor refere questões culturais masculinas, como a procura pelos serviços de saúde somente mediante adoecimento. Os homens, ainda segundo Arruda, Mathias e Marcon (2017), se deparam com serviços de saúde, principalmente os preventivos, voltados principalmente para as necessidades de crianças e mulheres, acrescido ao fato das unidades básicas de saúde funcionarem em horários que coincidem com o de trabalho (ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017). Veras (2017) considera a baixa realização de exames preventivos como uma falha dos serviços de saúde, principalmente pelos profissionais responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde que deveriam realizar busca ativa dos homens que nunca tiveram conhecimento das medidas preventivas do câncer de próstata e, assim, informá-los da importância e então solicitar a realização destes exames.

Estudo realizado no interior do Estado de São Paulo com 150 usuários de cinco UBS, encontrou como resultado o predomínio da raça branca entre os homens que realizam o exame (61%), resultado esse semelhante com do presente estudo (CZORNY et al., 2017). Essas observações contrastam com a maior frequência do câncer de próstata em negros descrita na literatura (2002; CHAVES et al., 2016). Observa-se assim que o maior risco de câncer de próstata entre negros não é levado em consideração na indicação do exame preventivo, indicando uma possível falha nessa política de saúde.

O estudo de Czorny et al. (2017), também encontrou relação entre escolaridade e a realização do exame de próstata. Assim como nosso estudo, homens com escolaridade

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

mais elevada apresentaram maior frequência de realização do exame. O autor sugere que a prevalência de poucos anos de estudo pode estar relacionada a um diagnóstico de câncer em estágio mais avançado e maior taxa de mortalidade, além de estar relacionado também a piores níveis de cuidado com a saúde. (CZORNY et al., 2017).

Em relação ao estado conjugal e realização do exame de próstata, um estudo realizado no Estado do Tocantins observou que o estado conjugal com menor realização do exame de próstata foi o solteiro com ainda menor frequência que a observada nesse estudo. Entre homens que realizaram exame de próstata avaliados por Chaves et al. (2016) 6% eram solteiros, já nos dados da PNS, 10% dos que realizaram o exame tinham esse estado conjugal. Chaves et al. (2016) justifica que homens casados ou algum relacionamento conjugal seriam incentivados pelas mulheres a realizar o exame. Entretanto, nesse estudo, os viúvos e divorciados realizaram os exames mais frequentemente que os casados. Lembrando que na análise realizada neste trabalho homens, independentemente do estado civil, convivendo com companheiro foram considerados casados. Tyson et al. (2013) que identificou que homens não casados, inclusive apresentam uma taxa de sobrevivência em 5 anos menor do que a dos casados, controlando pela idade, raça e estadiamento do tumor (de 80,5%, para 89,1% entre casados, $p<0,001$).

Os resultados da presente pesquisa incitam a refletir que o acesso a serviços de saúde pode ser maior para os residentes em capitais, zona urbana e classificados socioeconomicamente nos níveis mais altos já que apresentaram frequências mais altas do exame. Essa reflexão apenas não parece se aplicar a situação cadastral do domicílio em ESF. Em relação aos exames preventivos, um estudo realizado na região Centro-oeste do Brasil observou que o diagnóstico precoce está relacionado com a maior oferta de serviços de saúde (CZORNY et al., 2017). Essa afirmação corrobora com os dados de Mutua, Pertet e Otieno (2017), que identificou uma taxa de rastreio para câncer de próstata de apenas 2,4% entre homens de uma comunidade rural africana com baixo acesso a serviços de saúde. Esse percentual era baixo mesmo entre os 64% que reconheciam o alto risco de câncer. Outros fatores culturais também foram influenciadores na tomada de decisão para rastreio, entre eles manifestação de desconforto físico durante o exame, sentimento de perda da masculinidade, temor de decorrente disfunção erétil e receio de receber um resultado positivo para a doença (MUTUA; PERTET; OTIENO, 2017, JAMES et al., 2017).

A presença da ESF na área de residência no presente estudo não identificou este como sendo um fator decisivo para o rastreio de câncer de próstata entre idosos. Silva et al.(2011) verificaram que todos os médicos da ESF entrevistados recomendavam a realização do exame, mesmo não havendo consenso sobre o rastreamento do câncer pela

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

União Internacional de Controle do Câncer (2004). Caldeira (2014) discutiu várias questões sobre a saúde do homem na ESF e identificaram a incompatibilidade de horários como um dos fatores de difícil acesso, além da ausência de atividades educativas, preventivas e consultas voltadas para a saúde do homem, na ótica dos usuários. Por outro lado, a maioria das ESF relataram que realizam essas atividades, o que leva a crer que a melhor divulgação e flexibilização de horários possa abranger mais adequadamente o público alvo.

Louvison et al. (2008), denotam que a posse de um seguro privado de saúde é maior na população idosa com maior renda, maior escolaridade, menor idade e com melhor condição de saúde (LOUVISON et al., 2008). Conforme o estudo os idosos que possuíam grau de escolaridade inferior apresentavam pior estado de saúde e consequentemente menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços de saúde precocemente. Santiago et al. (2013) também observaram que o tipo de serviço de saúde, público ou privado, influencia na realização dos exames de próstata, sendo maior a prevalência da sua realização entre idosos que tinham acesso ao serviço privado.

Outro estudo observou que a população com maior idade e com plano de saúde apresentavam maior taxa e frequência de consultas médicas reforçando os achados desse estudo. Os mesmos pesquisadores ainda identificaram que indivíduos sem plano de saúde particular tinham taxas de utilização de consultas reduzidas em função da baixa cobertura do sistema, seja por ineficiência na oferta ou pela dificuldade de acessar esse serviço de saúde (distância) (RIBEIRO; PERPÉTUO; ANDRADE, 2016).

Em relação à procura de serviços de saúde, Lucchese (2003) sugere que os critérios demográficos interferem no acesso físico dos serviços, principalmente em regiões que não há oferta de hospitais. Inclusive, quanto pior a condição de saúde, menor pode ser o acesso aos serviços de saúde preventivos (NORONHA, 2001). Com relação ao motivo da última consulta médica, o presente estudo verificou maior frequência de realização de exame de próstata entre os participantes que estavam realizando continuação de tratamento, achado semelhante a Zacchi et al. (2014), em que o estadiamento inicial do câncer de próstata foi associado a diagnóstico e tratamento anterior. James et al. (2017) e Santiago et al. (2013) também identificaram a história familiar positiva como fator que favorece o rastreio, já que a proximidade da doença leva ao maior conhecimento das suas consequências.

Apesar de divergentes opiniões científicas publicadas a respeito do estímulo à realização do exame de rastreio para câncer de próstata, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), é de que não seja recomendado ações com esse objetivo. Contudo, a OMS preconiza que seja realizada o "rastreamento oportunístico": homens que fizerem parte do grupo de risco (história familiar e idade avançada), devem ser orientados

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

quanto aos riscos e benefícios do rastreamento (BRASIL, 2013). Essa filosofia parece estar sendo realizada pois as chances de realização do exame foram maiores entre os homens que consultaram meses antes da realização da entrevista. Entretanto, no presente estudo, observamos que esses fatores de risco não foram utilizados como critério para a realização do exame.

No presente estudo, a maioria dos participantes que realizaram o exame apresentaram características saudáveis quanto ao estilo de vida. Autores sugerem que uma dieta rica em gordura saturada (principalmente gordura animal) e pobre em fibras, estaria relacionada com o aumento das chances em desenvolver o câncer de próstata (CHAN; LOK; WOO, 2009). Ao passo que o consumo de 100g por dia de carne vermelha não processada aumenta o risco de desenvolver câncer de próstata avançado em 19% (WOLK, 2017). No que se refere à alimentação, observamos que o comportamento alimentar saudável foi diretamente relacionado à maior realização do exame de próstata. Essa constatação parece ser contraditória pois, participantes com hábitos não saudáveis apresentariam maior risco de desenvolver o câncer. Quanto aos hábitos de estilo de vida relacionados a quem realizou exame de próstata, apenas "consumo de carboidrato" e "uso de álcool", não apresentaram significância estatística. Os resultados nos permitem concluir que a realização do exame de próstata está mais dependente da predisposição do paciente em realizar o exame como parte de um comportamento saudável e não relacionado a fatores de risco que o mesmo possa ter.

A adoção de hábitos saudáveis está bem referenciada na literatura para a prevenção de doenças crônicas, podendo ser incluído também o câncer de próstata, como alimentar-se adequadamente, controlar o peso, cessar tabagismo e ingestão de álcool, limitar a ingestão de açúcar e sal e praticar exercícios físicos (GOMES et al., 2008). Ainda em relação ao tabagismo, sabe-se que o cigarro possui no mínimo 60 substâncias cancerígenas, que provocam alterações gênicas, causando multiplicação celular anormal e finalmente gerando o câncer. Essas alterações ocorrem não somente no fumante ativo, como no passivo (PRADO, 2014).

CONCLUSÃO

Concluímos que os indivíduos que realizaram exame de próstata tinham 60 anos ou mais, principalmente entre 70 e 79 anos, brancos, com escolaridade média ou superior, residentes em capitais, de classe socioeconômica alta, portadores de plano de saúde, não cadastrados em Estratégia de Saúde da Família, com última consulta médica recente à

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

entrevista e motivada por exame de rotina. Quanto às características do estilo de vida, aqueles que apresentavam hábitos alimentares mais saudáveis, não sedentários ou tabagistas eram os que, em geral, relatavam ter feito o exame. Os dados parecem demonstrar que o ato de fazer o exame de próstata está envolvido com comportamentos saudáveis prévios, o que não atinge a maior parte da amostra. Os resultados comprovam um reflexo da fragilidade de campanhas de prevenção da saúde masculina, associada ao exame de próstata, mediante opiniões distintas presentes na literatura, principalmente porque somente a idade foi um critério relacionado a um fator de risco para a realização do exame de próstata. As demais variáveis relacionadas significativamente com o exame de rastreio de câncer de próstata pareceram estar envolvidas com comportamentos saudáveis prévios, o que não atinge a maior parte da amostra.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, GO., MATHIAS, TAF., MARCON, SS. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 279-290, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0279.pdf. Acesso em: 11 de Janeiro de 2018.

BÓS, AMG., BÓS, AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100016. Acesso em: 17 de Janeiro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29) ISBN 978-85-334-1729-8. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 4 de abril de 2018.

CALDEIRA, EC. **Obstáculos encontrados pelas UBS para inserir o homem na estratégia Saúde da Família**: uma revisão de literatura. 2017. 18f. Artigo Científico

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

(Bacharelado). – Centro Universitário São Lucas, Faculdade de Enfermagem, Porto Velho, 2017. Disponível em http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2055/Eduardo%20Costa%20Caldeira%2C%20Iunaia%20Fran%C3%A7a%20de%20Sousa%20-%20Obst%C3%A1culos%20encontrados%20pelas%20UBS%20para%20inserir%20o%20homem%20na%20estrat%C3%A9gia%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia%20-%20uma%20revis%C3%A3o%20de%20literatura.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 de abril de 2018.

CESTARI, MEW., ZAGO, MMF. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 218-221, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 de janeiro de 2018.

CHAN, R., LOK, K., WOO, J. Prostate cancer and vegetable consumption. Molecular nutrition & food research, v. 53, n. 2, p. 201-216, 2009. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mnfr.200800113. Acesso em 4 de abril de 2018.

CHAVES, RGR et al. Perfil socioeconômico de homens em um Município do Tocantins e sua percepção sobre toque retal e câncer de Próstata. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 37-56, 2016. Disponível em: https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/515. Acesso em: 25 de Janeiro de 2018.

CUZICK, J et al. Prevention and early detection of prostate cancer. **The Lancet Oncology**, v.15, n.11, p. e484-492, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203149/. Acesso 25 de Janeiro de 2018.

CZORNY, RCN et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. e51823, 2017. Disponível em: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51823. Aceso em: 25 de Janeiro de 2018.

GATHIRUA-MWANGI, WG., ZHANG, J. Dietary factors and risk of advanced prostate cancer. **European Journal of Cancer Prevention: the Official Journal of the European Cancer Prevention Organization (ECP),** v.23, n.2, 2015. Disponível em:

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4091618/. Acesso em: 5 de fevereiro de 2018.

GOMES, R et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 235-246, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100027. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

GONÇALVES, IR., PADOVANI, C., POPIM, RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-1342, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/31.pdf. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp. Acesso em: 16 dezembro de 2018.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro; INCA; 2002. 26p. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-2638. Acesso em 4 de abril de 2018.

JAMES, LJ et al. Men's perspectives of prostate cancer screening: A systematic review of qualitative studies. **PloS one**, v. 12, n. 11, p. e0188258, 2017. Disponível em: http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188258. Acesso em: 15 de fevereiro de 2018.

LIN, P., ARONSON, W., FREEDLAND, SJ. Nutrition, dietary interventions and prostate cancer: the latest evidence. **BMC medicine**, v. 13, n. 3, 15p., 2015. Disponível em: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0234-y. Acesso em 01 de março de 2018.

LOUVISON, MCP et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 733-740, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400021&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 01 de março de 2018.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

LUCCHESE, PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

MEHRA, K., BERKOWITZ, A., SANFT, T. Diet, physical activity, and body weight in Cancer Survivorship. **Medical Clinics**, v. 101, n. 6, p. 1151-1165, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28992860. Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

MIDDLETON, FK et al. Alcohol use and prostate cancer: A meta - analysis. **Molecular Nutrition & Food Research**, v. 53, n. 2, p. 240-255, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19156715. Acesso em: 14 de Janeiro de 2018.

MUTUA, K., PERTET, AM., OTIENO, C. Cultural factors associated with the intent to be screened for prostate cancer among adult men in a rural Kenyan community. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 894, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29169333. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2018.

NORONHA, KVM. **Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde**. 2001. 90f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. Ensaio 2: Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde no Brasil. f. 48-90.

PRADO, BBF. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 21-24, 2014. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100011. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

RIBEIRO, MM., PERPÉTUO, IHO., ANDRADE, MV. Padrões etários de utilização de serviços de saúde no brasil por sexo e cobertura por plano de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambú- MG. **Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais,** Caxambú- MG: ABEP Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2006. p.1-21. Disponível em:

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/issue/view/35. Acesso em 4 de abril de 2018.

SANTIAGO, LM et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3535-3542, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.

SANTOS, JP., SOUZA, AP. Considerações sobre o câncer de próstata: revisão de literatura. **Id on Line Revista de Psicologia**, Pernambuco, v. 10, n. 33, p. 100-115, 2017. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/605. Acesso em: 05 de Janeiro de 2018.

SILVA, LMC. et al. Atitude e conhecimento de médicos da estratégia saúde da família sobre prevenção e rastreamento do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 525-534, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/09_artigo_atitude_e_conhecimento_medicos_estrategia_saude_familia_sobre_prevencao_rastreamento_cancer.pdf. Acesso em: 16 de fevereiro de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA - SBU. **Câncer de Próstata: Prevenção e Rastreamento**. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. (Projeto Diretrizes); 2006. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cancer-de-prostata-prevencao-e-rastreamento.pdf. Acesso em 4 de abril de 2018.

TYSON, MD et al. Marital status and prostate cancer outcomes. **The Canadian Journal of Urology**, v. 20, n. 2, p. 6702-6706, 2013. Disponível em: http://www.canjurol.com/abstract.php?ArticleID=&version=1.0&PMID=23587510. Acesso em: 2 de março de 2018.

VERAS, ASP et al. Saúde preventiva com ênfase no câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 54, n. 1, p. 59-71, 2017. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/7. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.

Temas em Saúde
Volume 18, Número 2
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

WOLK, A. Potential health hazards of eating red meat. **Journal of Internal Medicine**, v. 281, n. 2, p. 106-122, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27597529. Acesso em: 2 de março de 2018.

ZACCHI, SR et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93-100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000100093&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 de março de 2018.