

Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata¹

Elenir Pereira de Paiva²

Maria Catarina Salvador da Motta³

Rosane Harter Griep⁴

Con el objetivo de describir barreras sobre rastreo de cáncer de próstata, se realizó una encuesta domiciliar abarcando 160 hombres en una área de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Poco más de la mitad ya había realizado el examen. En relación a las creencias sobre la enfermedad, 95% de ellos creen que se pueden curar si es detectado precozmente, 29,4% refirieron la posibilidad de vida normal a pesar de estar enfermo, 56,3% creen que puede ser asintomático, 36,1% de acuerdo/en desacuerdo que el tratamiento es peor que la enfermedad y el 34,4% está de acuerdo que el examen afecta la masculinidad y si estuviese bien no sería necesario hacerlo. En cuanto a las barreras, 15% informaron que el médico nunca solicitó el examen, 10,9% no lo encuentran importante y 16,9% tienen miedo de hacerlo. A pesar de que no es el único determinante, diseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz.

Descriptores: Religión; Neoplasias de la Próstata; Salud del Hombre.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção precoce do câncer de próstata" presentada en lo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: elenirbolpato@yahoo.com.br.

³ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: macatarina@gmail.com.

⁴ Enfermera, Doctor en Salud Pública, Investigadora, Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brasil. E-mail: rohgriep@gmail.com.

Correspondencia:

Elenir Pereira de Paiva
Universidade Federal de Juiz de Fora
Rua Severino Meireles, 23
Bairro Passos
CEP: 30040-025 Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: elenirbolpato@yahoo.com.br

Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata

Com o objetivo de descrever barreiras sobre rastreamento do câncer de próstata, realizou-se inquérito domiciliar, abrangendo 160 homens, de uma área da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pouco mais da metade já havia realizado o exame. Em relação às crenças sobre a doença, 95% deles acreditam na cura se detectado precocemente, 29,4% referiram possibilidade de vida normal embora doente, 56,3% acreditam que pode ser assintomático, 36,1% concordam/discordam que o tratamento é pior que a doença e 34,4% concordam que o exame afeta a masculinidade e, se estiver bem, não é necessário fazê-lo. Quanto às barreiras, 15% informaram que o médico nunca solicitou, 10,9% não acham importante e 16,9% têm medo de fazer o exame. Embora não seja o único determinante, disseminar conhecimentos adequados sobre o exame pode se constituir em estratégia fundamental para a formação de atitude positiva em relação à detecção precoce.

Descritores: Religião; Neoplasias da Próstata; Saúde do Homem.

Barriers Related to Screening Examinations for Prostate Cancer

With the aim of describing barriers to screening for prostate cancer, a domicile survey was carried out covering 160 men of a Family Health Strategy (FHS) area. Slightly over half had undergone the examination. Regarding beliefs related to the disease, 95% of the men believed there is a cure if detected early, 29.4% mentioned the possibility of a normal life while ill, 56.3% believed it may be asymptomatic, 36.1% agreed/disagreed that the treatment is worse than the disease and 34.4% agreed that the examination affects masculinity and that if you are well it is not necessary to perform it. Regarding barriers, 15% reported that the physician had never requested it, 10.9% did not consider it important and 16.9% were afraid to take the examination. While not the sole determinant, the dissemination of adequate knowledge regarding the examination can constitute a key strategy for the formation of a positive attitude in relation to early detection.

Descriptors: Religion; Prostatic Neoplasms; Men's Health.

Introducción

En Brasil el cáncer de próstata es el segundo más común entre los hombres. En valores absolutos es el sexto más común en el mundo y el tipo más prevalente entre los hombres, representando cerca de 10% del total de los cánceres. La tasa de incidencia para este cáncer en Brasil es cerca de 6 veces mayor que en países desarrollados⁽¹⁾. Se estima para 2.010 cerca de 52.350 casos nuevos⁽¹⁾.

Diversos factores han sido apuntados como determinantes del aumento de las tasas de cáncer de próstata, entre ellos se destacan: mayor expectativa de vida de la población masculina; mayor conocimiento

de los legos sobre las enfermedades de la próstata; y, las constantes campañas de identificación de estos, que pasaron a revelar más pacientes con la enfermedad, además de las influencias ambientales y alimentares, tales como el alto consumo energético, ingestión de carne roja, gorduras y leche⁽²⁾.

En los últimos años, la tecnología revolucionó el conocimiento sobre el diagnóstico precoz, el tratamiento y la asistencia al cáncer de próstata. Sin embargo, las tasas de mortalidad por la enfermedad en Brasil son crecientes⁽¹⁾. Todavía no se tiene respuestas definitivas

para esta neoplasia, hasta mismo porque dudas persisten al respecto de sus causas y acerca del mejor abordaje para su detección precoz y para su tratamiento⁽¹⁻²⁾. Estas y otras preguntas serán respondidas en la medida en que investigaciones en esta área sean desarrolladas y que biomarcadores más específicos sean identificados para subsidiar protocolos de asistencia adecuados para esta patología⁽²⁾. En cuanto eso, las medidas conocidas de detección precoz indicadas deben ser estimuladas⁽²⁾.

Entre estas, se destacan el rastreo de hombres asintomáticos por medio de la realización del examen de toque rectal (ETR) y por la dosificación del antígeno prostático específico (PSA). La mejor forma de diagnosticar el cáncer de próstata es la combinación entre estos dos exámenes, ya que el primero exclusivamente falla en 30% a 40% de los diagnósticos, el segundo, exclusivamente, falla en 20% y la asociación pierde apenas 5% de los casos⁽²⁾.

Llevando en cuenta todos estos factores, el Ministerio de la Salud elaboró la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer de Próstata, cuyo principal objetivo es reducir la incidencia y la mortalidad por este tipo de cáncer en Brasil. El programa propone el desarrollo de acciones continuas que lleven a la concientización de la población en cuanto a los factores de riesgo para cáncer, promuevan la detección precoz de aquellos con posibilidad de rastreo y propicien el acceso a un tratamiento equitativo y de calidad en todo el territorio nacional⁽³⁾.

Para que la detección ocurra de forma efectiva, uno de los mayores desafíos también se refiere a la desigualdad de acceso, reflejado muchas veces por la vulnerabilidad social de la población⁽³⁾. Se percibe que el acceso al sistema de salud no sucede de forma homogénea en las diversas regiones del país y ni en los diversos segmentos poblacionales⁽⁴⁾. Algunos estudios⁽⁵⁻⁶⁾ ya demostraron que las mujeres utilizan más regularmente los servicios de salud que los hombres, ellas buscan los servicios por motivos ligados a los exámenes de rutina y prevención y los hombres principalmente por motivo de enfermedad.

Culturalmente, la identidad masculina está relacionada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud⁽⁶⁾. Se sabe que los hombres prefirieron servicios de salud que atiendan más objetivamente a sus demandas, tales como farmacias y atención de emergencia que garantiza la atención más rápida y resuelve sus necesidades con mayor facilidad⁽⁵⁾. Además de esto, la falta de vínculo y acogimiento por parte de las unidades de salud pueden llevar al alejamiento de los hombres para el cuidado con la salud⁽⁷⁾, esto además de factores como la inadecuación de horarios de atendimientos que no se elaboran considerando el

contexto del trabajador⁽⁵⁾. Es importante considerar que hasta hace poco tiempo no existía una oferta de servicios específicos destinados a la salud masculina en el servicio de atención primaria.

En lo que se refiere específicamente a la realización del toque rectal, además de los factores mencionados, se destacan los aspectos simbólicos relacionados a su carácter invasor, del punto de vista físico y emocional, y a la diseminación del miedo de realizar el examen entre los propios hombres. Además de estos, no se puede dejar de considerar otros aspectos de orden estructural, tales como el acceso al examen en los servicios de salud y la recomendación de los profesionales de salud, que directa o indirectamente también comprometen la realización de la detección⁽⁶⁾.

Reconociendo la importancia de los agravios a la salud masculina en el contexto de la salud pública, el Ministerio de la Salud lanzó la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre buscando promover acciones de salud que contribuyan para la comprensión de la realidad de la salud masculina en sus diversos contextos socio-culturales y político-económicos y que, respetando los diversos niveles de desarrollo y organización de los sistemas locales de salud, posibiliten el aumento de la expectativa de vida y la reducción de los índices de morbimortalidad por causas prevenibles y evitables en esa población⁽⁹⁾. Por lo tanto, intervenciones en el ámbito de la salud pública son necesarias. Estas deben ser capaces de alcanzar y sensibilizar a los hombres en relación al cáncer de próstata, permitiendo conocimientos necesarios que estimulen prácticas positivas de rastreo, principalmente entre aquellos grupos de mayor riesgo. En este sentido, las acciones de salud, así como la evaluación de la efectividad son necesarias. A pesar de que existen acciones de estímulo a la adhesión al rastreo promovidas anualmente en algunas unidades de salud, no se encontró estudios que evalúen el área abarcada, la efectividad y la asimilación de los conocimientos difundidos. Por lo tanto, esta investigación puede ser útil en esa evaluación y podrá subsidiar abordajes definidos en la planificación de las próximas acciones o en el desarrollo de campañas. Entender los factores envueltos en los comportamientos, creencias, cultura y tabús de los hombres frente al rastreo propuesto y preconizado es la mejor forma de abordaje para detección precoz lo que puede favorecer estrategias dirigidas a prácticas de prevención más adecuadas⁽⁹⁾. Considerando estos aspectos, el presente estudio tiene como objetivo describir las barreras sobre rastreo del cáncer de próstata, en una área adscrita a la Estrategia de Salud de la Familia del Municipio de Juiz de Fora, MG.

Métodos

Se realizó un estudio seccional, desarrollado a través de encuesta domiciliar, cuya población de estudio fue constituida por muestra aleatoria simple de 160 hombres con edad entre 50 y 80 años de edad de un total de 457 hombres residentes en una área adscrita a la Estrategia de Salud de la Familia en el Municipio de Juiz de Fora, MG. El cálculo del tamaño de la muestra fue hecho a partir de la siguiente fórmula: $n = Nz^2p(1-p)/[d^2(N-1) + z^2p(1-p)]$. Donde N=población total de hombres en el intervalo de edad considerado en la área adscrita (457); z= valor correspondiente al nivel de confianza al cuadrado ($1,96^2=3,84$); d= precisión absoluta al cuadrado ($0,06^2=0,0036$); p= proporción de la población con la característica en estudio (0,5).

Se adoptó como criterios de inclusión: hombres residentes en la comunidad con edad entre 50 años y 80 años, independientemente de la existencia de historia anterior de cáncer de próstata. Los criterios de exclusión englobaron: hombres con menos de 50 años, ya que no se constituyen grupos prioritarios para la detección precoz para este tipo de cáncer⁽³⁾, hombres con edad superior a 80 años, una vez que, entre ellos, problemas urológicos y el propio cáncer ya son muy frecuentes, minimizando las oportunidades de detección precoz⁽²⁻³⁾.

Se utilizó como instrumento de investigación un cuestionario compuesto de preguntas abiertas y cerradas, construidas a partir de cuestionarios de otros estudios⁽¹⁰⁻¹²⁾. La traducción de las preguntas de los cuestionarios internacionales fue hecha por una investigadora brasileña con dominio de la lengua inglesa. La validez del contenido del instrumento fue hecha por una investigadora con experiencia en estudios poblacionales acerca de los métodos de rastreo del cáncer de próstata. Después de esta etapa se realizaron las tres rodadas de pruebas piloto, entre hombres con características sociodemográficas semejantes a la población de estudio, permitiendo el nivel de entendimiento de las preguntas y el perfeccionamiento del instrumento. El estudio piloto que comprobó la logística del estudio, fue hecho con una muestra de 30 hombres de la misma comunidad que no hicieron parte del estudio principal. El contenido de las preguntas abarcó variables socioeconómicas y demográficas (edad, escolaridad, situación conyugal, ocupación, renta y religión), además de creencias y barreras en la realización a los exámenes de rastreo del cáncer de próstata. El análisis de los datos fue hecho, inicialmente, a través de la revisión y codificación manual de los formularios. Los datos fueron entonces digitados utilizándose el programa Epi-info (2005) y

fueron sometidos a las técnicas estadísticas exploratorias: promedio, desviación estándar (DE) y distribución de frecuencias. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética en investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Rio de Janeiro bajo el protocolo 007/07 en 05/02/07.

Tabla 1 – Características de la muestra (n=160)

Variables sociodemográficas	N	%
Edad		
Promedio (DE)	61,5 (8,0)	Variación: 50 a 80 años
50 a 56	54	33,8
57 a 65	57	35,6
66 y más	49	30,6
Raza/color		
Blanca	65	40,6
Negra	32	20,0
Mestiza	63	39,4
Situación conyugal		
Solteros	11	6,8
Casados	111	69,4
Separados	22	13,8
Viudos	16	10,0
Escolaridad		
Básica incompleta	107	66,9
Básica completa	10	6,3
Media	14	8,8
Superior	2	1,2
No frecuentaron escuela	27	16,8
Renta familiar (en reales)		
Promedio (DE)	308,0 (276,4)	Variación: 0 a 2.100
0 a 95 (até ¼ SM)	18	11,3
96 a 190 (1/4 a ½ SM)	34	21,2
191 a 380 (1/2 a 1 SM)	47	29,4
> 380 (> 1 SM)	24	15,0
No informaron	37	23,1
Tiene plan de salud		
No	123	76,9
Si	37	23,1
Tiene hijos		
No	17	10,6
Si	142	88,8
No respondieron	1	0,6

Resultados

El promedio de edad de la muestra fue de 61,5 años ($\pm 8,0$ años). En relación a la raza/color, 40,6% se declararon blancos; 20,0%, negros y 39,4%, mestizos. La gran mayoría era casada. Se identificó baja escolaridad entre los entrevistados, siendo que 66,9% informaron poseer apenas la enseñanza básica incompleta, 6,3% cursaron la enseñanza básica completa, 8,7% concluyeron la enseñanza media, 1,2% informaron tener curso superior y 16,8% informaron no haber frecuentado la escuela. En lo que se refiere a la renta familiar, el promedio de salario

para el mes anterior fue de R\$ 308,0 reales ($\pm 276,4$ reales), siendo que 11,3% reciben hasta $\frac{1}{4}$ de salario mínimo, 21,3% reciben de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salario mínimo, 29,4% reciben de $\frac{1}{2}$ a un salario mínimo por mes, 15% informaron recibir más de un salario mínimo y 23,1% no informaron la renta familiar. Además de esto, apenas 23,1% declararon tener plan de salud y 88,8% de los hombres entrevistados informaron tener hijos (Tabla 1).

Tabla 2 – Prácticas en relación a los exámenes de rastreo (n=160)

Prácticas relacionados al examen de próstata	N	%
Algún médico informó que debería hacer examen de próstata		
Si	98	61,3
No	59	36,9
No se/no recuerdo	3	1,9
Ya realizó examen de próstata		
Si	87	54,4
No	71	44,4
No se/no recuerdo	2	1,3
Motivo de la solicitud		
Rutina de prevención	53	61,6
Tenía síntomas	18	20,9
El propio participante solicitó	11	12,8
Casos de cáncer en la familia	1	1,2
Otro	4	3,4
Cuando fue la última vez que realizó		
Hace menos de un año	50	58,8
Entre uno y dos años	18	21,2
Entre tres y cinco años	11	12,9
Hace más de cinco años	8	6,9
Ya realizó PSA		
Si	83	51,9
No	72	45,0
No se/no recuerdo	5	3,1
Cuando fue la última vez que realizó PSA		
Hace menos de un año	55	65,5
Entre uno y dos años	15	17,9
Entre tres y cinco años	5	6,0
Hace más de cinco años	5	6,0
No se/no recuerdo	3	2,4

De las prácticas de rastreo realizadas por los entrevistados 61,3% de los hombres refirieron que algún médico ya había informado que debería hacer examen de próstata; apenas 54,4% ya realizaron el examen y el principal motivo de realización fue "rutina de prevención", referida por 61,6% de los entrevistados. Sin embargo, poco más de la mitad realizaron el examen hace menos de un año (58,8%). En cuanto a la realización del PSA, 51,9% afirmaron ya haberla realizado y 65,5% informaron haber

Tabla 3 – Creencias en relación al cáncer de próstata (n=160)

	De acuerdo %	En desacuerdo %	No saben %
El Ca puede ser curado se detectado precozmente	95,0	-	5,0
Un hombre con Ca puede tener una vida normal	29,4	57,5	13,1
El tratamiento del Ca es peor que la enfermedad	36,1	36,1	27,8
Un hombre puede tener Ca sin síntomas	56,3	25,0	18,7
Si tiene Ca, es mejor dejarlo así, no tratar	20,0	74,4	5,6
El examen de próstata puede afectar la masculinidad	34,4	53,1	12,5
Si se está bien, no es necesario hacer examen	34,4	65,0	0,6

hecho este examen hace menos de un año (tabla 2).

Con referencia a las creencias que envuelven la detección y el tratamiento del cáncer de próstata presentadas en la Tabla 3, se identificó que 95% de los hombres estuvieron de acuerdo en que el cáncer de próstata puede ser curado si es detectado precozmente y 57,5% no estuvieron de acuerdo en que un hombre con cáncer de próstata pueda tener una vida normal. Porcentajes semejantes de entrevistados (36,1%) concordaron y discordaron con la afirmación de que el tratamiento es peor que la enfermedad. Entre ellos, 56,3% está de acuerdo que un hombre puede tener cáncer de próstata y no presentar ningún síntoma y 74,4% discordaron de la afirmación de que es mejor no tratar. Otro aspecto que merece ser destacado es que a pesar de que la mayoría (53,1%) no hubiese estado de acuerdo en que el examen de próstata afecta la masculinidad, cerca de un tercio de ellos concordaron con la misma afirmación y dos tercios de ellos no estuvieron de acuerdo en que, si el hombre está bien, no es necesario hacer el examen.

Se resalta, también con base en la Tabla 3, el desconocimiento de los entrevistados en relación a las afirmaciones que se refieren al tratamiento y al cáncer de próstata en sí, por ejemplo, cuando se identifica que respondieron "no sé" 27,8% a la afirmación "El tratamiento del cáncer es peor que la enfermedad" y 18,8%, a la afirmación "Un hombre puede tener cáncer de próstata sin síntomas".

Tabla 4 – Barreras en relación al rastreo (n=71)

Barreras referidas para hacer examen	N	%
El médico nunca solicitó	24	33,8
Tiene miedo de hacerlo	12	16,9
Prefiere nunca saber de una enfermedad como el cáncer de próstata	11	15,0
Nunca presentó síntomas	11	15,0
Nunca lo consideró importante	8	10,9
No tiene tiempo	2	2,8
Considera que los hombres no deberían hacerlo	2	2,8
No consigue hora para consulta con especialista	1	1,4
No sabe explicar	1	1,4

El principal motivo alegado por los entrevistados que todavía no habían realizado los exámenes de rastreo de cáncer de próstata fue el médico nunca solicitó. Proporción considerable refirió "tener miedo de hacerlo", seguido de "prefiere nunca saber que tiene cáncer", "nunca presentó síntomas" y "nunca lo consideró importante" (Tabla 4).

Discusión

Se identificó situación socioeconómica baja en la muestra, característica de muchas áreas adscritas a la Estrategia de Salud de la Familia en los municipios. Las condiciones socioeconómicas desfavorables propician menor acceso al sistema de salud y consecuentemente, mayor exposición a los agravios de salud, pudiendo el cáncer ser uno de ellos⁽¹⁰⁾. Los exámenes de rastreo para el cáncer de próstata son, con seguridad, la etapa más importante del tratamiento del mismo, principalmente en países en desarrollo, ya que es en esa fase inicial de la enfermedad que se tiene la oportunidad de ofrecer a los hombres un método de tratamiento eficaz y más barato, contribuyendo para la manutención de la calidad de vida⁽²⁾. De este modo, no es posible disociar el papel de los responsables por la adopción de políticas públicas y el de los profesionales del área de actuación en el aspecto de la educación en salud de la población.

Complementando el perfil socioeconómico de la muestra, el análisis de la escolaridad demuestra situación nada favorable. Hay autores⁽¹⁰⁻¹¹⁾ que asocian la falta de información sobre la prevención o sobre el tratamiento del cáncer de próstata con bajos niveles de escolaridad. Apuntan que la desinformación afecta con mayor intensidad a la población masculina con menor nivel de escolaridad y poder socioeconómico, lo que demanda acciones educativas dirigidas principalmente a ese grupo.

Poco más de la mitad de los hombres informó ya haber realizado los exámenes de rastreo de cáncer de próstata, identificándose también una frecuencia inadecuada de realización en los últimos doce meses. Estos resultados reflejan la inadecuada cobertura de rastreo junto a la población, ya que la recomendación es que sean realizados anualmente⁽²⁻³⁾, por lo tanto, los

datos reflejan oportunidades perdidas de prevención. Estos datos apuntan para la necesidad de responsabilidad y compromiso por la planificación de acciones de salud, ya que los exámenes de detección precoz son primordiales para detectar el cáncer de próstata. En relación a las creencias referidas por los hombres del estudio, se observó que la gran mayoría cree que el cáncer puede ser curado si es diagnosticado precozmente. En un estudio donde los sujetos tenían perfil sociodemográfico semejante al de la muestra⁽¹¹⁾ se encontraron resultados semejantes, siendo que los autores describen que la mayoría de los sujetos creen que el cáncer puede ser encontrado en los exámenes de rastreo. Sin embargo, un porcentaje considera que el tratamiento es peor que la enfermedad (36,1%) por el desconocimiento acerca de los mismos. El fuerte impacto causado por el cáncer de próstata hace que los hombres creen barreras en cuanto a su tratamiento, esto sucede debido a factores como: la falta de información; el prejuicio del toque rectal y el miedo de consultar al urólogo y llevar un "dedazo"; la dificultad de acceso médico especializado; miedo de quedar impotente⁽¹²⁾.

Cerca de un tercio de los hombres entrevistados consideró que el examen de próstata afecta la masculinidad. La cuestión subjetiva de la masculinidad, todavía poco discutida puede ser vista como "la posibilidad de admitir debilidad, o sentir que la enfermedad pueda reducir su capacidad de reproducción, o podría colocar en riesgo la invulnerabilidad atribuida al hombre y, consecuentemente, a su masculinidad"⁽¹²⁻¹³⁾. Se sabe que el momento del examen de próstata, más exactamente el toque rectal, coloca al hombre en situación incómoda, por lo tanto los profesionales de salud deben considerar los aspectos subjetivos que envuelven el toque rectal en sus discusiones. En esta línea de pensamiento, hay autores^(5,8,14) que profundizan la discusión sobre el toque rectal, considerando también el dolor y el miedo, siendo que ese examen puede sucintar en el hombre al ser tocado en su parte "inferior" y que el toque envuelve penetración y puede estar asociado al dolor y también a la violación. En este sentido, es necesario observar estas preguntas al planificar actividades de rastreo.

Parte de los entrevistados refirió como barrera el miedo de realizar el toque. Este hecho es común entre los hombres, siendo que algunos autores^(8,12,14) consideran que, "mismo que el hombre no sienta dolor, por lo menos, experimenta la incomodidad física y psicológica de estar siendo tocado, en una parte prohibida". Esta barrera también fue expresada por los participantes de estudios internacionales⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ como "falta de valor (miedo)" y otras como la ausencia de síntomas, el médico no recomienda, el médico no informa las causas. Estos resultados muestran que tanto el hombre latino como el norteamericano tienen

tabús semejantes en relación a los exámenes de detección precoz. El acto de realización del toque rectal es delicado para el hombre, ya que, en este momento, su visión de la masculinidad puede ser amenazada⁽⁶⁾.

En general, los estudios relativos a la prevención del cáncer de próstata enfocan aspectos relativos a la parte clínica de los exámenes envueltos, no llevando en cuenta los aspectos subjetivos, relacionados principalmente a la masculinidad^(5,7-8). Generalmente, el hombre tiene un imaginario machista: piensa que su cuerpo no fue hecho para ser penetrado y sí para penetrar. El abordaje de los aspectos sexuales nos remite a la cuestión de la fuerza cultural en las normas de comportamiento de las personas. El toque rectal puede remitir a la cuestión de la homosexualidad, comportamiento considerado como un desvío en la sociedad, principalmente por la Iglesia, que realza la procreación como la finalidad principal de la vida sexual. Así, los hombres son educados para ejercer la heterosexualidad y rechazar cualquier actitud que los aproxime de la homosexualidad^(6,8).

En relación a las diversas barreras identificadas, se destacó la ausencia de la solicitud del examen por el médico. Este hecho representa pérdida de oportunidad de prevención para la salud pública, ya que la propuesta de la ESF busca resaltar una nueva concepción de asistencia a la salud, a través de acciones preventivas e intervención sobre los factores de riesgo y del desarrollo de la promoción y calidad de vida. Propone prioritariamente acciones a ser realizadas con énfasis en actividades educativas, prevención de riesgos y agravios específicos, además de acciones básicas de atención a la salud a los grupos prioritarios en un determinado territorio⁽¹⁵⁾. Además de eso, ese resultado podría estar asociado al hecho de que muchos hombres no se sienten con el derecho de requerir el examen preventivo durante las consultas médicas. Por lo tanto, oportunidades de detección de una enfermedad cuya prevención es esencial pueden estar siendo perdidas en el servicio de salud, una vez que los hombres que van al mismo salen sin que sea solicitado el examen.

El hecho de que parte de los hombres no encontraron importante hacer el examen puede ser reflejo de total desconocimiento al respecto de la enfermedad, y falta de acceso de este grupo a las acciones de salud local. Delante de este hecho medidas educativas deben ser prioritarias para este grupo específico, ya que uno de los mayores desafíos en la salud todavía se refiere a la desigualdad de acceso, reflejado muchas veces por la desigualdad social de la población^(4,7).

No tener tiempo fue también una cuestión apuntada por los hombres. Este aspecto es fundamental para la planificación de las acciones de salud, ya que se sabe que

las unidades básicas de salud generalmente funcionan en el horario diurno que coincide con la jornada de trabajo de muchos hombres, por lo tanto hay que incluir este grupo en el cronograma diario de las unidades. Al analizar la asistencia de la salud en las Unidades de Atención Primaria a la Salud⁽⁵⁾ percibimos que el trabajo desarrollado se hace con enfoque dirigido a mujeres, niños, ancianos, donde la asistencia a la salud de los hombres sucede de forma indirecta, cuando estos son incluidos en grupos de atención preventiva como hipertensos o diabéticos. El atendimento de urgencia se constituye en forma predominante de acceso de los hombres a los servicios de salud. Sin embargo, esta forma de atendimento puede causar a los hombres la sensación de que los mismos no pertenecen al espacio de la salud preventiva, y alejarlos cada vez más de la búsqueda de la prevención en salud.

Algunos hombres de la muestra informaron preferir nunca saber de una enfermedad como el cáncer. Este relato muestra que el miedo de la enfermedad está presente en la población evaluada. Aquí pensamos que sería conveniente hablar sobre el miedo de la enfermedad y de las posibilidades de tratamiento y cura existentes hoy.

En relación al miedo al toque, que envuelve penetración, el mismo puede estar asociado tanto al dolor físico como el simbólico, que se asocia también a la violación. Otro factor considerado es el miedo de erección durante el toque que puede ser visto como placer. En el imaginario masculino, "la erección puede estar asociada al placer, y no consigue imaginarlo como fisiológico"⁽⁶⁾.

En ese sentido, las acciones en las Unidades de Atención Primaria a la Salud deberían contar con las estrategias preventivas de carácter primario, englobando los factores de riesgo o predisponentes como las de carácter secundario, que abarcan el diagnóstico precoz y el abordaje terapéutico adecuado para prevenir la incapacidad y mortalidad que la enfermedad pueda ocasionar^(5,7,15).

La ausencia de síntomas referentes al cáncer de próstata es una barrera que puede ser tomada como un indicador de desconocimiento de las acciones preventivas en estos hombres, ya que ellos piensan que, para realizar el examen, es necesario estar enfermo. Es común entre las poblaciones de países en desarrollo entender que no hay necesidad de ir al médico cuando no se siente nada^(14,16-18).

Consideraciones Finales

La prevención y la detección precoz, estrategias básicas para el control del cáncer de próstata, tienen como requisito esencial un conjunto de actividades

educativas constantes, persistentes y dinámicas para los hombres, según su estándar de valores, escolaridad, entre otras variables. Consideramos que tales actividades educativas deban priorizar la necesidad urgente de cambiar el comportamiento tanto por parte de los hombres como de los servicios priorizando los exámenes de rastreo.

Aquí destacamos la incorporación de la comunidad en la atención a la salud, a través de la planificación de acciones, articuladas con sectores organizados de la comunidad y otros sectores gubernamentales. A pesar de que se reconoce que no es el único determinante, diseminar conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz.

Por último, estos hallazgos se presentan como una oportunidad para debatir el tema, ofreciendo subsidios para repensar la formación del enfermero y su práctica en la salud del hombre, además de apuntar la necesidad de realizar nuevas investigaciones en el área.


Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília (DF); agosto 2008.
2. Srougi M. Próstata: isso é com você. São Paulo: Publifolha; 2003.
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
4. Lima AJC, Azory EB, Bastos LHC, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Saúde Debate. 2002; 26(2):62-70.
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Colet. 2006;10(1):105-9.
6. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. março-abril 2005;21(2):396-403.
7. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad Saúde Pública. novembro-dezembro 2004;20(6):1487-94.
8. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Rev Ciênc Saúde Colet. 2008;13(6):1975-84.
9. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde do Homem. Página na internet 2009 [acesso 27 ago 2009]: [cerca de 8 p.] [acesso 17 ago 2010]. Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br-saude-do-homem>.
10. Hegarty V, Burchett BM, Gold DT, Cohen HJ. Racial differences in use of cancer prevention services among older americans. J Am Geriatr Soc. 2000;48(5):735-40.
11. Wahnefried, WD, Robertson CN, Walther PJ, Polascik TJ, Paulson DF, Vollmer RT. Pilot study to explore effects of low-fat, flaxseed-supplemented diet on proliferation of benign prostatic epithelium and prostate-specific of benign prostatic epithelium and prostate-especific antigen. J Adult Urol. 2004;63(5):900-4.
12. Burack RC & Wood DP Jr. Screening for prostate cancer. The challenge of promoting the informed decision making in the absence of definitive evidence of effectiveness. Med Clin North Am. 1999;13(83):1423-42.
13. Lara M. Com todas as letras. O estigma do câncer por quem enfrentou esse inimigo silencioso e cruel. Rio de Janeiro: Record; 2005.
14. Lucumí-Cuesta DI, Cabrera- Arana GA. Creencias de hombres de Cali. Colômbia sobre el examen digital rectal: hallazgos de um estudio exploratório. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1491-8.
15. Czresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
16. Gomes R, Rebello L, Araujo F, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata. Ciênc Saúde Colet. 2008;12(1):235-46.
17. Arroll B, Pandit S, Buetow S. Prostate câncer screening: Knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. NZ Med J. June 2003;116(1176):1-8.
18. Cormier L, Kwan L, Reid K, Litwin MS. Knowledge and beliefs among brothers and sons of men with prostate cancer. Rev Adult Urol. 2002;59(6):895-900.

Recibido: 18.11.2009


Aceptado: 22.11.2010

Como citar este artículo:

Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011 [acceso: ];19(1):[08 pantallas]. Disponible en:

URL

www.eerp.usp.br/rlae

día  año
mes abreviado con punto