

## Crenças em saúde acerca do exame do toque retal

Geovanna Santana de Souza Turri<sup>I</sup>

André Faro<sup>II</sup>

---

Crenças em saúde acerca do exame do toque retal

### RESUMO

Este trabalho buscou identificar as principais crenças de homens acerca do Exame do Toque Retal (ETR), comparando as respostas de homens que o fizeram (G1) e dos que ainda não o fizeram (G2). Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico, além da técnica de evocação de palavras. No G1, as evocações relacionadas à *susceptibilidade*, *gravidade* e *benefícios* do exame foram mais enfatizadas. Já no G2, destacaram-se as crenças voltadas à *susceptibilidade* e aos *benefícios* de realizar o exame. Os dados encontrados sugerem que fazer o ETR pode reforçar alguns estereótipos em relação aos aspectos negativos do exame, porém não anula os aspectos positivos. Deve-se levar em consideração a relação paciente-profissional, bem como a condução do profissional durante a realização do ETR, já que barreiras podem estar sendo reforçadas nessa situação. Enfim, aponta-se para a necessidade de trabalhar a temática da busca pelo ETR não só com a população-alvo, mas também com os profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Modelo de crenças em saúde; Exame do Toque Retal (ETR); Câncer de próstata.

---

Health beliefs about the digital rectal exam

### ABSTRACT

This study aimed to identify the main male beliefs about the Digital Rectal Exam (DRE) comparing the responses of men who did the exam (G1) and those who did not (G2). We used a questionnaire containing sociodemographic and clinical variables, as well as free evocations. G1 showed evocations related to the susceptibility, severity, and beliefs associated with the benefits of the exam. Among G2, beliefs about susceptibility and benefits of screening were also highlighted. The results suggest that doing DRE may reinforce some stereotypes regarding negative aspects of the examination, but they do not cancel its positive aspects at all. It is necessary to take care of the patient-professional relationship and the professional's conduct during DRE, since barriers might be strengthened in that situation. Finally, we believe it is important to clarify the perception of searching for DRE not only with the target population, but also with health professionals.

**Keywords:** Health beliefs model; Digital Rectal Exam (DRE); Prostate cancer.

Creencias en salud acerca del examen del toque rectal

## RESUMEN

Este trabajo buscó identificar las principales creencias de hombres acerca del Examen del Toque Rectal (ETR), comparando las respuestas de hombres que lo hicieron (G1) y de los que aún no lo hicieron (G2). Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, además de la técnica de evocación de palabras. En el G1, las evocaciones relacionadas con la susceptibilidad, gravedad y beneficios del examen, fueron más enfatizadas. En el G2, se destacaron las creencias volcadas a la susceptibilidad y a los beneficios de realizar el examen. Los datos encontrados sugieren que hacer el ETR puede reforzar algunos estereotipos en relación a los aspectos negativos del examen, pero no anula los aspectos positivos. Se debe tener en cuenta la relación paciente-profesional, así como la conducción del profesional durante la realización del ETR, ya que las barreras pueden estar siendo reforzadas en esa situación. En fin, se apunta a la necesidad de trabajar la temática de la búsqueda por el ETR no solo con la población objetivo, sino también con los profesionales de salud.

**Palabras clave:** Modelo de creencias en salud; Examen del Toque Rectal (ETR); Cáncer de próstata.

---

## Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde [MS] (Brasil, 2009), os homens morrem mais cedo quando comparados com as mulheres por buscarem atendimento preventivo tardiamente. O Instituto Nacional do Câncer [INCA] (2015) afirma que, do total de pessoas entre 20 e 59 anos que morrem no Brasil, 68% são do sexo masculino, sendo o câncer (CA) de próstata um dos principais responsáveis, tendo sido estimados 61.200 novos casos para o Brasil em 2016 (INCA, 2015). Em uma tentativa de reverter o alto índice de mortalidade masculina, o MS lançou algumas políticas de prevenção, dentre as quais se destaca a Política Nacional de Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009 com o objetivo de buscar melhorar as condições de saúde da população masculina do Brasil. Com base nos índices de mortalidade masculina, comumente são feitos alguns questionamentos por parte de profissionais da saúde a respeito das dificuldades de adesão a práticas preventivas. Como possíveis exemplos que sintetizam as dúvidas, tem-se: Quais os motivos que levam os homens a não realizarem os exames para prevenção e diagnóstico do câncer de próstata? Qual a influência das crenças sobre o câncer de próstata e seus exames preventivos?

Dentre as principais causas de morte entre homens há o câncer de próstata, doença responsável por mais de 13 mil mortes de homens por ano, o que a caracteriza como uma das enfermidades que apresenta maior taxa de morbimortalidade entre o público masculino. Uma das maneiras para evitar seu aparecimento e aumentar a chance de cura consiste na realização de exames preventivos e na ida a consultas regulares (INCA, 2002). Embora ainda persistam algumas dúvidas acerca das causas do câncer de próstata e da melhor abordagem para detecção e tratamento, as medidas conhecidas e indicadas de detecção precoce ocorrem por meio da realização do Exame de Toque Rectal (ETR) e pela dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA). Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia [SBU] (2003; 2010), tais exames constituem a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata.

Esses exames preventivos podem ser realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda há baixa procura da população masculina. Embora ambos os exames sejam considerados mais eficazes quando realizados juntos, é relatado que apenas o PSA tem apresentado uma boa procura (Nascimento, Florindo, & Chubaci, 2011), mesmo que o ETR seja mais divulgado em veículos de comunicação como o exame “padrão ouro” para detecção precoce do câncer de próstata. Ainda que a população masculina seja conscientizada sobre a importância de realizar os exames preventivos, é constatada forte rejeição ao ETR, especialmente por ser um exame que exige contato corporal entre o médico e a região anal do homem. Por tais motivos, o ETR tem sido alvo de preconceitos, resistência e, conseqüentemente, pouca adesão (Gomes, 2003).

Estudos com homens relatam a concepção de masculinidade como elemento iniciador de preconceito, o que leva, inclusive, a comportamentos de risco (Couto, & Gomes, 2012; López-Pérez, Barnes, Frosch, & Hanoch, 2017) e faz com que muitos homens ainda acreditem que são fortes e não necessitam de cuidados; principalmente cuidados preventivos. Essa crença se torna mais relevante quando é exposto o alto índice de homens que morrem por não realizarem exames preventivos (Coleta, 2010), a exemplo dos exames preventivos para o câncer de próstata, que poderiam auxiliar no diagnóstico precoce e até mesmo minimizar a evolução da doença.

Sabe-se que o diagnóstico de qualquer doença é sempre rodeado por emoções negativas, ansiedade e angústia (Dillard, Scherer, Ubel, Alexander, & Fagerlin, 2017). Assim, entende-se que compreender as crenças dos homens se faz importante numa tentativa de buscar diminuir as altas taxas de mortalidade desse público, bem como é fundamental obter informações relevantes para aperfeiçoar campanhas de conscientização para os exames preventivos. Nesse contexto, acredita-se que alguns modelos cognitivos podem embasar tentativas de busca por respostas.

Um clássico modelo cognitivo que pode contribuir com tal questão é o Modelo de Crenças em Saúde (MCS). O MCS especifica como os indivíduos representam comportamentos de saúde e quais componentes são importantes para prever comportamentos preventivos (Forshaw, & Sheffield, 2012; Taylor, 2015). Originalmente concebido por Rosenstock (1974), o MCS foi desenvolvido para explicar o papel de um número de fatores psicológicos baseados em crenças na tomada de decisões relacionadas aos comportamentos de saúde. Esse modelo surgiu na tentativa de explicar porque as pessoas não se preveniam corretamente contra certas doenças, mesmo havendo meios preventivos, a exemplo das vacinas (Coleta, 2004; Sohler, Jerant, & Franks, 2015). O MCS é um modelo de expectativas de valor, o qual supõe que o indivíduo representa a realização de um comportamento em termos de núcleo e conjuntos previsíveis de crenças, enquadrado como resultados esperados associados com a realização de uma ação, bem como o valor atribuído ao resultado dela.

O MCS propõe que quatro dimensões podem atuar como barreiras ou facilitadores para a modificação e a adoção de comportamentos preventivos em saúde. Dentre as quatro crenças, duas delas são a respeito da enfermidade e as outras duas relacionadas com os comportamentos de (Coleta, 2010; Sohler et al., 2015). A primeira é a *Suscetibilidade percebida*, que é estabelecida pela forma como as pessoas avaliam a probabilidade de riscos a sua saúde resultantes de seus comportamentos, isto é, a percepção subjetiva do risco que um indivíduo tem em contrair o câncer de próstata, por exemplo. A segunda, chamada de *Gravidade percebida*, refere-se ao conhecimento prévio das implicações resultantes da doença (Fugita, & Gualda, 2006). No caso do CA de próstata, essas implicações se referem ao quanto o indivíduo avalia a seriedade do câncer e a perturbação emocional que será criada ao se pensar nas conseqüências que a doença traz consigo. Os *Benefícios percebidos*, a terceira dimensão das crenças, são as avaliações positivas que são feitas de sua situação diante de um problema, ou seja, a crença na efetividade dos exames preventivos do CA de

próstata e a percepção positiva de sua realização. Por fim, as *Barreiras percebidas* incluem aspectos avaliados como obstáculos ao êxito das metas diante do comportamento em questão (Rafael, & Moura, 2017), isto pode ser ilustrado com a análise de custo-benefício da realização dos exames preventivos do câncer de próstata. Considerando a questão dos exames preventivos para o CA de próstata, entende-se que as crenças que permeiam esses exames influenciarão diretamente o comportamento de cuidado dos homens e a prevenção do câncer e diminuição das taxas de mortalidade.

A literatura aponta que a relação entre comportamento e saúde vem se fortalecendo com o aumento da cronicidade das doenças e da baixa adesão que algumas práticas preventivas têm demonstrado (Barletta, 2010; Coleta, 2010). Atualmente, estudos têm relatado que tanto o estilo de vida, como o comportamento, pode exercer um impacto significativo sobre o desenvolvimento ou agravamento das doenças, revelando, ainda, que muitos comportamentos preventivos são desenvolvidos durante a infância e a adolescência (Almeida, & Malagris, 2011). Mas, devido à baixa adesão masculina a exames preventivos, não há como desconsiderar as crenças e os aspectos simbólicos que permeiam a doença e interferem na decisão de realizar determinados exames (Gomes, Skaba, & Vieira, 2002). Diante disso, percebe-se a necessidade de estudos que contribuam para a avaliação das crenças que permeiam o comportamento de homens frente aos cuidados em saúde, uma vez que é importante conhecer as crenças para poder conhecer e prever o comportamento.

Enfim, entende-se que uma das formas de contribuir com essa temática consiste em identificar as crenças acerca do câncer de próstata, bem como a respeito de seus exames preventivos, relacionando-as à *Suscetibilidade, Gravidade, Benefícios e Barreiras percebidas*. Logo, o objetivo do presente estudo foi analisar as principais crenças de homens acerca do ETR, comparando os padrões de respostas de homens que fizeram (G1) e que não fizeram o ETR (G2) à luz das dimensões do MCS.

## Método

### Participantes

O estudo foi realizado na cidade de Aracaju (SE), contando com uma amostra de 174 homens com faixa etária entre 45 e 68 anos [Média ( $M$ ) = 54,0; Desvio-padrão ( $DP$ ) = 5,47]. A seleção dos participantes se caracterizou por ser uma amostragem por conveniência, de caráter acidental. Ao se encaixarem na faixa etária e sexo estabelecido os participantes foram convidados a participar da pesquisa e, então, foram divididos em dois grupos: G1 era composto por homens que já realizaram em algum momento da vida o ETR (45,7%;  $n = 79$ ) e o G2 era composto por homens que nunca o fizeram (54,3%;  $n = 94$ ).

A coleta ocorreu em seis bairros da cidade de Aracaju escolhidos aleatoriamente, de acordo com a conveniência, em praças ou ambientes abertos de tais locais. Além da coleta nos bairros, realizou-se também a coleta nas dependências livres de uma universidade pública (estudantes ou funcionários). Os critérios de inclusão para o G1 foram: ter feito o ETR e estar dentro da faixa etária indicada; e para o G2: não ter realizado o ETR e estar dentro da faixa etária indicada. Como critérios de exclusão para ambos os grupos: ter sido diagnosticado com câncer de próstata ou ter o diagnóstico prévio de algum transtorno físico ou mental incapacitante (autodeclarados).

### Descrição dos grupos

Os participantes do G1 apresentaram média de idade de 55,5 anos ( $DP = 5,78$ ), enquanto os participantes do G2 tiveram em média 52,7 anos ( $DP = 4,86$ ). Isto quer dizer que os participantes que realizaram o ETR eram mais velhos ( $t = 2,249$ ;  $p = 0,017$ ). Dentro da amostra geral de homens que realizaram o ETR (G1), 54,4% ( $n = 43$ ) se autodecla-

raram pardos, 31,6% ( $n = 25$ ) pretos ou outros e 13,9% ( $n = 11$ ), brancos, revelando que, neste estudo, eram pardos os homens que mais fizeram o exame [ $\chi^2 = 8,677$ ; ( $gl$ ) = 2;  $p = 0,013$ ]. Em relação à ocupação, ambos os grupos apresentaram mais participantes com algum tipo de ocupação, tendo no G1 78,5% ( $n = 62$ ) e no G2, 96,8% ( $n = 91$ ). Este dado mostrou que os homens que trabalham estão em maior número no grupo que nunca fizeram o ETR ( $\chi^2 = 14,102$ ; ( $gl$ ) = 1;  $p < 0,001$ ).

De forma geral, ambos os grupos foram compostos, em sua maioria, por homens casados (62,4%;  $n = 108$ ), que estudaram até o ensino superior (70,5%;  $n = 122$ ), não portavam nenhuma doença crônica (59,0%;  $n = 102$ ) e não tinham contato próximo com portador de câncer de próstata (53,2%;  $n = 92$ ). Tais dados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) na comparação entre os grupos (G1 x G2).

#### Instrumentos

Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário contendo questões sociodemográficas e clínicas: idade (em anos), cor de pele (branca, parda, preta ou outras), estado civil (casado ou não casado), escolaridade (abaixo de ensino médio ou superior), ocupação (trabalha ou não trabalha), presença de doença crônica (sim ou não), se conhece alguém que teve câncer de próstata (sim ou não), se já realizou o exame do toque retal (sim ou não).

Utilizou-se ainda a técnica de evocação livre. Para tal, foi construído um instrumento para registro da evocação de cinco palavras a partir do termo indutor "exame do toque retal". Esse termo foi escolhido como palavra estímulo por se tratar do objeto central da presente pesquisa e por remeter às crenças salientes de cada participante.

#### Procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 50456715.9.0000.5546) e, juntamente ao questionário, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação do questionário durou, em média, 15 minutos.

#### Análise de dados

Para a análise dos dados, as respostas obtidas nos questionários sociodemográfico e clínico foram analisadas com o auxílio do programa SPSS (Versão 22). Foi realizada, inicialmente, a análise exploratório-descritiva, obtendo-se as frequências percentuais e absolutas, medianas, limites inferior e superior, médias e desvios-padrão.

A análise de evocações foi processada por meio do *OpenEvoc* 0.81 ([www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc](http://www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc)). Trata-se de um *software online* e gratuito, com interface em português, destinado à coleta, análise e visualização de dados de pesquisas. Ele permite fazer análise estatística das evocações dos participantes, considerando a frequência e a ordem das respostas fornecidas. É a partir da interação entre frequência e ordem de evocação que é definida a importância das respostas e seu tipo de relação com os termos indutores (Sant'Anna, 2012). O *OpenEvoc* permite a realização de cálculos estatísticos, construindo matrizes de coocorrências.

O *OpenEvoc* é baseado numa técnica que permite a construção de um quadro com quatro quadrantes, cuja informação fornecida por esses quadrantes refletem a quantidade de vezes e a primazia de cada evocação dos participantes. Nesses quadrantes encontram-se as palavras que apresentaram maior frequência e aquelas que foram mais ou menos evocadas, além de apresentar os elementos periféricos. Segundo Sant'Anna (2012), no primeiro quadrante encontram-se as palavras que foram mais prontamente evocadas, revelando uma significativa pregnância da crença referente ao objeto. No segundo quadrante, aparecem os elementos que foram muito mencionados e embasam as evocações do primeiro quadrante, mas que tiveram uma

maior ordem de evocação. No terceiro quadrante aparecem as evocações de menor frequência, mas com menor ordem de evocação. Essas palavras são consideradas importantes por um pequeno grupo da amostra, mas que podem ser significativas e, ao longo do tempo, passar a compor o grupo das crenças principais. Já no quarto quadrante, encontram-se as evocações de maior ordem de evocação e menor frequência. O estudo desses quadrantes tem sua relevância na análise de uma crença, uma vez que ao identifica-las torna-se possível conhecer os fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos (Sant'Anna, 2012).

## Resultados e discussão

O presente estudo teve como objetivo principal identificar as principais crenças de homens sobre o ETR, buscando comparar dois grupos de participantes: homens que já fizeram o exame (G1) e homens que nunca fizeram (G2), sob a perspectiva teórica do MCS. Quando pedido aos entrevistados que falassem quais pensamentos lhes vinham à mente quando ouviam o termo "exame do toque retal" obtiveram-se no total 865 evocações, sendo 470 dos homens que já fizeram o ETR e 395 dos homens que nunca fizeram o exame. Foi adotado como ponto de corte para a Ordem de Evocação 3 e para a Frequência 2,5 para o cálculo dos pontos de corte para a construção do Quadro de Quatro Casas (QQC).

Na Tabela 1 é possível observar as evocações referentes aos quatro quadrantes do QQC, as quais foram separadas por grupos G1 e G2. No primeiro quadrante se encontram as crenças mais comuns, onde é possível notar que para aqueles homens que já realizaram o ETR (G1) as principais crenças são associadas ao "constrangimento", ao fato de ser "invasivo" e "horrível". A evocação com maior frequência foi "constrangedor" (*Barreira*), porém a mais prontamente evocada na primeira posição foi "necessário" (*Suscetibilidade*), o que implica dizer que embora seja vergonhoso fazer o exame do toque, faz-se acreditando que há vantagens já que reconhecem sua *Suscetibilidade* à doença.

Por meio das evocações que sugerem determinadas crenças, percebeu-se que a principal barreira para a realização do exame e para a detecção do câncer de próstata foi a vergonha causada pela invasão de uma área íntima do homem, que é a região anal. Assim, mesmo que os participantes desse grupo reconheçam a *Gravidade* de não realizar o exame, evocando com frequência a palavra "câncer", eles evidenciam os fatores que podem levar a não realização do exame. Na literatura sobre câncer é possível perceber o temor do diagnóstico como uma forte barreira (Akhtari-Zavare, Juni, Said, & Ismail, 2013; Erbil, & Bolukbas, 2014; Nascimento et al., 2011; Oliveira, & Popov, 2012; Paiva, Motta, & Griep, 2010). Ainda que os indivíduos reconheçam o quão sério pode ser esta enfermidade, crê-se que eles podem evitar exames preventivos devido ao medo da descoberta ou mesmo dos meios para se alcançar tal resposta.

Os dados sugerem que, para o G1, o ETR se torna um fator que pode mudar a vida do sujeito a partir de sua realização. Por ser uma doença crônico-degenerativa que exige cuidados médicos especiais, mudanças de estilo de vida, complicações, alterações emocionais e físicas (Moyer, 2012), ela gera pânico e justificativas para a sua presença, daí a real necessidade de se prevenir mesmo que o exame seja considerado ruim ou vergonhoso. Estas justificativas podem explicar o motivo do G1 ter feito o exame mesmo que tenha relatado tantas *Barreiras percebidas* para sua execução.

O grupo de homens que já realizaram o exame do toque fez uma maior associação do exame a crenças ligadas à doença do que a práticas voltadas à saúde. Quiçá, o grupo em questão pode ter sofrido algum tipo de experiência constrangedora ou dolorosa durante o exame (Dillard et al., 2017; Veras et al., 2017), que possa ter culminado ou comprovado as crenças negativas a seu respeito, revelando tais crenças como *Barreiras percebidas* para realização do ETR. Acredita-se ainda que a experiência de realização do exame, quando acompanhada por fortes crenças distorcidas, pode

**Tabela 1.** Quadro Geral de Casas das Evocações acerca do Exame do Toque Retal (ETR)

<b>1º Quadrante</b>					
<b>Frequência &gt; 2,5 e Classificação média &lt; 3,0</b>					
<b>G1</b>			<b>G2</b>		
Enunciações	F <sup>1</sup>	Ord. <sup>2</sup>	Enunciações	F	Ord.
Constrangedor	10,6	2,08	Necessário	10,1	2,35
Câncer	6,4	2,40	Prevenção	3,5	1,00
Necessário	4,3	1,30	Importante	3,3	1,38
Invasivo	3,6	2,12	Normal	3,0	1,00
Horrível	2,5	2,00	Dolorido	2,5	1,00

  

<b>2º Quadrante</b>					
<b>Frequência &gt; 2,5 e Classificação média &gt; 2,5</b>					
<b>G1</b>			<b>G2</b>		
Enunciações	F	Ord.	Enunciações	F	Ord.
Preconceito	6,6	4,81	Preconceito	5,6	3,09
Consulta	4,3	2,50	Providencial	4,3	3,00
Morte	3,2	4,00	Rápido	3,3	2,62
Desconforto	3,2	4,47	Desconforto	3,3	3,15
Medo	3,0	3,21	Saudável	3,3	4,38
Duvidoso	2,5	5,00	Inevitável	3,0	5,00
			Eficiente	2,8	3,36

  

<b>3º Quadrante</b>					
<b>Frequência &lt; 2,5 e Classificação média &lt; 3,0</b>					
<b>G1</b>			<b>G2</b>		
Enunciações	F	Ord.	Enunciações	F	Ord.
Ruim	2,1	1,00	Simple	2,3	1,00
Pagamento	2,1	2,00	Quebra_de_paradigma	2,3	2,00
Diagnóstico	2,1	2,00	Vida longa	2,3	2,00
Preocupação	1,9	1,00	Obrigatório	1,8	2,00
Natural	1,9	2,00			
Vergonha	1,7	2,13	Constrangedor	1,3	2,40
Importante	1,5	2,00	Vergonha	1,0	1,75
Prevenção	1,3	1,00	Indispensável	1,0	2,00
Indispensável	1,3	2,00			

  

<b>4º Quadrante</b>					
<b>Frequência &lt; 2,5 e Classificação média &gt; 3,0</b>					
<b>G1</b>			<b>G2</b>		
Enunciações	F	Ord.	Enunciações	F	Ord.
Preventivo	2,1	3,00	Sem_preconceito	2,3	3,00
Orientação	2,1	3,00	Efícaz	2,3	4,00
Péssimo	2,1	3,70	Não adiar	2,3	4,00
Utilidade	2,1	4,00	Conscientização	2,3	5,00
Tempo	2,1	5,00	Tranquilo	2,3	5,00
	1		Câncer	1,8	4,00

Nota. <sup>1</sup> Frequência absoluta; <sup>2</sup> Ordem de classificação.

augmentar a probabilidade de desconforto e fixação de crenças negativas (Moyer, 2012), que serão passadas adiante por meio de diálogos com familiares e pessoas próximas, passando a compor o imaginário masculino e, conseqüentemente, diminuindo a adesão ao ETR.

Tal como no G1, os participantes do G2 também evocaram com maior frequência a palavra "necessário", sendo as palavras "prevenção", "normal" e "dolorido" as mais prontamente evocadas. Para o G2, o exame parece ter aspectos positivos que se sobressaem apesar os prós e contras, insinuando que nesse grupo os *Benefícios*

foram maiores que as *Barreiras*, *Gravidade* e *Percepção de Suscetibilidade*. Vale destacar que o ETR é considerado necessário, pois auxilia na prevenção ao câncer de próstata mesmo que provoque dor ou incômodo durante o procedimento. No entanto, ainda que o exame tenha sido considerado necessário por ambos os grupos, percebeu-se uma necessidade com diferentes impregnações emocionais, uma vez que no G1 a necessidade (*Suscetibilidade*) está atrelada a *Barreiras* como “medo” e “vergonha”, e no G2 ela se relaciona com a percepção de “normalidade”.

Embora os homens incluídos no G1 tenham referido aspectos de sentido negativo que remetem a *Barreiras*, eles foram os que relataram ter feito o exame. Esse dado, segundo Camargo, Campos, Torres, Stuhler e Matão (2011), parece revelar que os homens mais jovens (que neste estudo se concentraram no G2) podem se autoavaliar como menos vulneráveis que os homens do G1 e, assim, ver menos perigo em desenvolver câncer, adiando a realização de exames preventivos. Isto posto, o índice mais alto de realização periódica do ETR por parte dos homens mais velhos pode ocorrer, já que estes tendem a ir com maior frequência a consultas médicas (Borges, & Seidl, 2012) que os fazem reconhecer maior *Suscetibilidade* ao câncer de próstata.

Percebeu-se que, em sua maioria, os elementos do 1º quadrante no G1 foram negativos e no G2 foram positivos. Devido à alta frequência de evocações, pode-se supor que as crenças evocadas em ambos os grupos fazem parte do rol de crenças mais comuns entre os homens de uma mesma faixa etária. As crenças evocadas pelo G1 nesse quadrante não indicam a presença dos *Benefícios* de fazer o exame, porém as demais dimensões do MCS foram bem evocadas por este grupo. Já no G2, percebeu-se que os homens reconhecem os *Benefícios*, as *Barreiras* e sua *Suscetibilidade*, mas não evocaram palavras referentes à *Gravidade percebida* que envolve a não realização do ETR. Por meio desse dado é possível inferir que mesmo estando ciente da necessidade da realização do ETR na detecção do câncer de próstata, ainda há muitos homens que o realizam com uma aura de medo (da dor e do diagnóstico) e constrangimento, assim como visto em Nascimento et al. (2011), Oliveira e Popov (2012) e Veras et al. (2017).

Evocações como “preconceito”, “morte”, “desconforto” e “medo” (2º quadrante) foram bem lembradas pelos homens que fizeram o ETR e fazem referência à morte e ao medo da descoberta do câncer de próstata, complementando as crenças presentes no 1º quadrante. No G2 foram evocadas palavras com significado negativo como “preconceito” e palavras com significado positivo como “rápido”, “saudável”, “eficiente” e “preventivo”. Essas evocações sustentam a principal diferença entre os grupos, apontando que os participantes do G2 têm crenças mais positivas. Os participantes do G2 creem que é inevitável fazer o ETR em algum momento da vida, já que ele serve para se manter saudável, prevenir-se.

Os dois grupos da amostra evocaram a palavra “preconceito” no 2º quadrante, trazendo o que outros trabalhos já evidenciaram em seus resultados: o preconceito como elemento caracterizador do exame do toque (Nascimento et al., 2011) e, consequentemente, uma barreira de caráter social e com repercussão no cuidado em saúde. Esse preconceito é um sentimento hostil que muitos homens têm em relação ao exame, nas quais as crenças embasadas no modelo de masculinidade idealizada (como “vergonha” e “preocupação”) são manifestadas, mas que podem ser modificadas (considerando-o “natural”, “preventivo” e “indispensável”) a partir de estratégias que visem à modificação de crenças conhecidas e presentes no cotidiano de muitos homens (Nascimento et al., 2011).

Gomes, Nascimento, Rebello e Araújo (2008) associaram o preconceito para realizar o ETR à vergonha causada por uma condição de passividade no momento do exame, no qual o homem não sente controle sobre sua parte mais íntima durante o procedimento, o que embasaria a crença evocada no 1º quadrante pelo G1, que

considera o exame invasivo. Por ser feito na região anal, o ETR causa repulsa em muitos homens e facilita o desenvolvimento de crenças negativas ou distorcidas a seu respeito (Sohler et al., 2015). Apesar de todas as crenças negativas evocadas pelo G1, o qual considera o exame duvidoso, os participantes do G2 creem que o ETR seja rápido e eficiente. A “dúvida” relatada pelo G1 parece se referir à eficácia do ETR e pode estar associada ao exame de sangue PSA.

Tendo acesso a um exame simples e menos invasivo como o PSA, os homens podem acreditar que apenas ele é satisfatório (Nikendei et al., 2015), mesmo que estejam cientes da eficácia diferenciada de ambos os exames. Não há como mudar a forma que o exame é realizado, todavia poderia se considerar esses sentimentos durante o exame e trabalhá-los de forma que não coloque os pacientes numa posição de desconforto e falta de controle sobre o próprio corpo. Fatores como a qualidade do serviço prestado por profissionais responsáveis pelo exame, a vergonha de ser visto como menos homem ou de ter uma ereção motivada por uma reação fisiológica durante o procedimento (Moyer, 2012) podem interferir diretamente no comportamento dos homens, fazendo com que aqueles que não o fizeram continuem sem fazer e aqueles que já realizaram não o faça novamente. Esses e outros fatores devem ser avaliados no momento da criação de estratégias interventivas e da sua divulgação para a sociedade, visto que o ETR provoca estresse e ansiedade no paciente devido aos estereótipos que traz consigo (Dillard et al., 2017; Nikendei et al., 2015), agregando mais barreiras para sua realização. Deste modo, entende-se que é necessário traçar estratégias que visem diminuir as *Barreiras percebidas* e evidenciar os *Benefícios* e a *Suscetibilidade* já percebida pelos indivíduos. Ou seja, intervir em termos psicológicos no que tange à maior predisposição, ou não, a realizar o ETR.

Dentre os elementos mais evocados no 3º quadrante do G1, encontraram-se termos como “ruim”, “preocupação” e “prevenção”. Nesse quadrante é onde aparecem evocações mais comuns de surgirem como primeiros elementos nos discursos dos sujeitos, mas ocorrem em um volume menor; ou seja, menos pessoas as colocam em primeiro lugar, mas quando aparecem assumem primazia. Tais crenças podem evoluir e se tornar futuras componentes do 1º quadrante, caso sejam reforçadas ou compartilhadas nos grupos. Como nos demais quadrantes, os participantes do G1 evocaram palavras assinalando que o grupo considera o exame ruim devido à “vergonha” e à tensão que o diagnóstico pode causar. Entretanto, apesar das evocações negativas ressaltadas com frequência, percebe-se a importância que o grupo atribui ao exame, tornando-o indispensável para a prevenção do câncer de próstata e para seu diagnóstico precoce.

A literatura traz como principais motivos para realização do ETR e outros exames de diagnóstico do câncer de próstata a idade avançada, a prevenção, o medo da doença, a indicação médica, a pressão familiar e as experiências de amigos que morreram pela doença (Dillard et al., 2017; Oliveira, & Popov, 2012). Mesmo que alguns desses motivos tenham um peso negativo que finda por destacar as *Barreiras*, como a morte de pessoas próximas por câncer, os homens que o realizam optaram por fazê-lo, mesmo que sua realização tenha despertado tensão e/ou preocupação pelo diagnóstico. Essas reações geralmente são vivenciadas pelos homens antes da realização do exame, quando o médico impõe que o ETR seja realizado o mais breve possível e também no momento do exame, gerando ansiedade quanto ao resultado (Dillard et al., 2017; Nikendei et al., 2015). Neste contexto, a *Gravidade* do diagnóstico e a *Suscetibilidade* podem ser reconhecidas e associadas aos *Benefícios* de fazer o ETR, priorizando-os.

As crenças negativas do G1 presentes no 1º e 2º quadrantes parecem se combinar com as evocações “diagnóstico”, “preocupação”, “importante” e “indispensável”, que compõem o 3º quadrante. As evocações desse quadrante foram bem equilibradas, colocando-as inclusive como crenças mais positivas (a exemplo de “importante” e “indispensável”), que remetem a *Benefícios percebidos*. Como esse grupo já realizou o ETR,

supõe-se que, ao excluir os sentimentos e momentos ruins decorrentes do exame, pode-se pesar os *Benefícios* e concluir que eles são maiores do que as *Barreiras*.

As crenças presentes no 3º quadrante do G2 contiveram evocações como “simples”, “quebra de paradigma”, “vida longa”, “vergonha”, entre outros. Novamente, houve uma predominância de evocações positivas quando comparado ao G1, com exceção de vergonha. Por meio das evocações foi possível perceber que o G2 considerou o ETR indispensável para se manter saudável e, mesmo que seja vergonhoso, ele é considerado “simples” e “obrigatório”.

Como visto, o 3º quadrante trouxe ideias que não são tão comuns, porém o G2 continuou remetendo-se a evocações que justificam os *Benefícios* de realizar o exame. Embora os participantes do G2 também tenham a crença de que o exame possa ser “constrangedor”, eles evocaram associações mais ligadas a *Benefícios* (“quebra de paradigmas” e “indispensável”, por exemplo) do que a *Barreiras* (“constrangedor”). Isto pode ser uma tentativa de se motivar a realizar o exame, pois, assim como outros exames, o ETR é cercado por características positivas e negativas, porém, espera-se que as segundas não sejam mais evidenciadas que as primeiras. É seguindo esse mesmo ponto de vista que o G1 explica por meio de suas evocações a motivação de ter realizado o exame: eles reconhecem a *Gravidade* e as *Barreiras*, mas não deixam de salientar que o ETR tem seus *Benefícios* (“prevenção”, “indispensável”).

Supõe-se, a partir dos presentes dados, que para ambos os grupos todos os pontos negativos do ETR podem ser enfrentados, já que ele pode detectar o câncer precocemente e evitar uma morte dolorosa e/ou prematura (Borges, & Seidl, 2012). Embora o G1 tenha salientado mais as *Barreiras*, os homens do grupo não deixaram de fazer o ETR e mesmo que o G2 não tenha feito o exame, o grupo não deixou de enfatizar seus *Benefícios*. No quadro geral, as evocações dos homens do G2 demonstraram que eles reconhecem que o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer de próstata faz surgir a questão da morte, principalmente por estarem cientes que é uma doença de longo tratamento e de difícil cura. Ainda que não tenham feito o exame, tais crenças podem ser indícios de que pretendem realizá-lo num futuro próximo.

Ao acreditar na importância e na indispensabilidade do ETR, os participantes demonstraram conhecer a *Gravidade* da doença e sua pretensão em evitá-la ou detectá-la precocemente. Neste contexto, o 3º quadrante trouxe o “constrangimento/vergonha” como possível fator impeditivo da adesão ao ETR. O desconforto causado pela vergonha que os homens de ambos os grupos imaginam sentir ou sentiram ao realizar o exame pode impedir que parte deles venham a fazê-lo (pela primeira vez ou novamente) ou que continuem adiando, podendo levar a um diagnóstico de câncer de próstata tardio. Embora o grupo apresente mais crenças positivas, é importante tomar cuidado com as *Barreiras* que podem dificultar a prevenção de doenças, pois mesmo que os sujeitos reconheçam seus *Benefícios*, a ação pode ser colocada para segundo plano, mesmo que os sujeitos estejam cientes de suas consequências (*Gravidade percebida* e *Suscetibilidade percebida*).

No 4º quadrante encontram-se as crenças mais emancipadas, isto é, as evocações menos relevantes quando comparadas às crenças dos demais quadrantes. No G1, esse quadrante foi habitado pelas palavras “preventivo”, “orientação”, “pessimismo”, entre outras. Aqui houve um equilíbrio dos prós e contras de fazer o exame do toque; no 4º quadrante foi onde se entende que os participantes ponderaram mais as quatro dimensões do MCS. Observou-se que o ETR ainda é considerado pessimista, mas começam a surgir mais referências positivas do que negativas.

De acordo com as crenças do G1, o ETR foi visto como útil para prevenir o câncer, para se manter saudável e com bem-estar. Indo além, é possível inferir que mesmo tendo dúvidas sobre sua eficácia, o grupo ressaltou a importância de tirar um tempo

para se orientar, ou seja, buscar informações a seu respeito e fazer o exame, visto que todo homem é suscetível ao câncer de próstata. A consulta também é um elemento presente nas evocações pois pode auxiliar nesse ponto, dado que o preconceito que o paciente tem pode ser esclarecido e desmistificado (Borges, & Seidl, 2012; Gomes, 2003).

No G2 surgiram evocações como "sem preconceito", "não adiar", "eficaz" e "conscientização". Esse grupo revelou que o exame ainda é considerado tabu entre os homens e isto pode ser resultado da falta de informação ou dos estereótipos que acompanham o ETR. Por meio das crenças sugeridas pelas evocações, o grupo dá indícios de que é indispensável reduzir o preconceito que cerca o ETR e isso pode ser feito ao se mostrar sua importância, eficácia e confiabilidade. Talvez assim o adiamento da realização seja menos frequente e eles (os homens) passem a se submeter (se possível, com menos sofrimento) ao exame.

Como discutido anteriormente, o preconceito para com o ETR é bem relatado na literatura (Gomes et al., 2008; Moyer, 2012; Nikendei et al., 2015; Paiva et al., 2010). Em tais trabalhos foi possível captar que o ETR provoca o imaginário masculino de diversas formas, sendo visto muitas vezes em diferentes populações como uma degradação à masculinidade (Veras et al., 2017). Sendo assim, é importante evidenciar os aspectos positivos do exame, buscando intervenções que ofereçam mais visibilidade aos cuidados em saúde e menos às características que remetam a doença em si, visto que as crenças negativas parecem estar mais relacionadas ao medo de descobrir o câncer de próstata e morrer, do que ao diagnóstico e tratamento em si.

Ainda que muitos indivíduos tenham consciência da necessidade de modificar comportamentos prejudiciais à saúde, há inúmeros motivos pelos quais os homens não adotam hábitos de vida saudáveis e não fazem exames importantes como o ETR, dentre os quais se encontram as crenças que o indivíduo constrói ao longo de sua vida sobre um objeto ou situação que modulará sua maneira de agir (Barletta, 2010). Esse fato ficou evidente ao se observar o QQC, sendo possível visualizar o peso das crenças por meio das evocações de ambos os grupos. Cada quadrante trouxe crenças referentes às dimensões do MCS, sendo possível visualizar a presença das quatro dimensões do modelo. Cabe salientar que ainda se observa na Tabela 2 o predomínio das crenças ligadas às *Barreiras* no G1, enquanto que, no G2, as crenças se concentraram nos *Benefícios* do ETR e na *Suscetibilidade*.

Cabe lembrar que, de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, a adoção de um comportamento preventivo depende do indivíduo acreditar que um problema de saúde pode afetá-lo ("câncer"); dele perceber que esse problema pode ter consequências sérias ("morte"); e acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação ou conjunto de ações ("prevenção", "consulta", "eficaz", "necessário"), apesar dessa ação apresentar obstáculos ou impedimentos ("preconceito", "vergonha", "medo"). Com base nisso, pode-se notar que as crenças aqui evocadas contemplaram todas as dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, uma vez que os participantes reconhecem que são suscetíveis ao câncer de próstata e que se não buscarem prevenção – isto é, caso não se submetam ao ETR – podem vir a sofrer graves consequências, desde o câncer de próstata, à morte.

Em síntese, o G1 apresentou muitas crenças negativas, revelando uma visão diferente a respeito do ETR e, considerando que já realizaram o exame, pode ter sido influenciado pela experiência. Porém, ainda assim o fizeram. Isso indica que para eles os *Benefícios percebidos* devem ser maiores que as *Barreiras percebidas*. Já o G2 demonstrou conhecer algumas características negativas do exame, porém buscaram ressaltar sua importância na prevenção. Ademais, viu-se que em algum momento da pesquisa ambos os grupos fizeram referência ao preconceito e ao constrangimento que o ETR pode causar, ou seja, algo em comum (Tabela 2).

Ao observar a Tabela 2, percebe-se que as evocações aqui presentes deram conta do MCS ao identificar as principais *Barreiras*, *Percepção de Gravidade*, *Suscetibilidade* e *Benefícios Percebidos* em homens que já fizeram o ETR e que nunca o fizeram. Evocações e crenças, a exemplo de morte e vergonha, estão presentes não somente neste, mas em outros trabalhos sobre a busca por atendimento entre os homens. Para o G1, a morte é uma crença ligada à prevenção e às consequências da não realização do ETR. É uma evocação que diz respeito à percepção da gravidade do câncer de próstata e, possivelmente, está intimamente relacionada à motivação para fazer o ETR. O G2 traz a vergonha em suas evocações, mostrando que o exame não é indolor, seja física e/ou emocionalmente, mas que essa mesma sensação pode tornar a realização do exame limitante, sendo então enfrentado como barreiras.

**Tabela 2.** Principais crenças separadas de acordo com o Modelo de Crenças em Saúde

<b>Suscetibilidade Percebida</b>	
<b>G1</b>	<b>G2</b>
Necessário	Necessário
Natural	Importante
Indispensável	Normal
	Providencial/Inevitável
	Simple
	Obrigatório
	Indispensável
<b>Gravidade Percebida</b>	
<b>G1</b>	<b>G2</b>
Câncer	Câncer
Morte	
Diagnóstico	
<b>Benefícios Percebidos</b>	
<b>G1</b>	<b>G2</b>
Importante	Prevenção
Prevenção/Preventivo	Rápido
Utilidade	Saudável
	Eficiente/Eficaz
	Vida longa
	Tranquilo
	Conscientização
	Quebra de Paradigmas
<b>Barreiras Percebidas</b>	
<b>G1</b>	<b>G2</b>
Constrangedor/Vergonha	Dolorido
Invasivo	Preconceito
Horrível/Péssimo	Desconforto
Preconceito	Constrangedor/Vergonha
Desconforto	
Medo	
Duvidoso	
Ruim	
Preocupação	

## **Considerações finais**

Este artigo buscou analisar crenças em relação ao exame do toque retal, de forma a tentar descobrir o que se passa no imaginário masculino em relação a essa prática preventiva. Viu-se que os homens relacionam o exame a barreiras e benefícios já relatados em outros trabalhos, não deixando de reconhecer sua suscetibilidade e a gravidade do câncer de próstata. Os resultados mostraram a importância de identificar e trabalhar com as crenças que permeiam o ETR, visto que elas podem contribuir para futuras intervenções preventivas sobre os aspectos físicos e psicológicos que estão envolvidos antes, durante e após a realização do ETR.

Ressalta-se que os resultados obtidos nesta pesquisa não apontam inferências estatísticas, não sendo possível generalizar tais dados à população masculina em geral devido a limitações amostrais e do instrumento. Também se tem como limitação a falta de controle de variáveis sociodemográficas no momento da coleta, a exemplo do nível de escolaridade, que poderia influenciar os resultados obtidos se houvesse mais participantes com baixo nível escolar, assim como fora visto por Wahnefried et al. (2004).

Os resultados deste estudo sugerem que fazer o ETR acaba por reforçar alguns estereótipos em relação aos aspectos negativos do exame de forma que não anula os aspectos positivos. Esse fato indica a importância da relação entre paciente e profissional e sua condução em relação à prática do exame. Tal relação pode estar reforçando o preconceito e as barreiras aliadas ao ETR. Isto aponta para a importância de trabalhar a busca pelo exame não apenas com a população-alvo, mas também com os profissionais que o realizam. Diante dessa sugestão fica a proposta de realização desta mesma investigação com profissionais médicos que conduzem o ETR, a fim de buscar entender suas práticas e experiências na realização do exame.

Acredita-se que as evocações presentes neste estudo podem servir como elementos norteadores da compreensão de como fatores psicológicos afetam o processo de adesão e prevenção masculina. Essas crenças podem ser abordadas com os homens em consultas ou em grupos educativos, visando a minimizar o impacto de visões distorcidas ainda relacionadas ao ETR. Por fim, cabe realçar que apesar da importância e atualidade do tema, há poucos estudos relatados na literatura sobre crenças de homens em relação ao câncer de próstata e seus exames preventivos, em especial o ETR. Julga-se importante que futuros estudos busquem investigar variáveis associadas ao comportamento de adesão e esquivas ao ETR, talvez aplicando outros modelos também considerados robustos na predição de comportamentos de saúde, a exemplo da Teoria da Ação Racional (Cooke, & French, 2008) e da Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1985).

## **Referências**

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Said, S. M., & Ismail, I. Z. (2013). Beliefs and behavior of Malaysia undergraduate female students in a public university toward breast self-examination practice. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 57-61.
- Almeida, R. A. D., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202.

- Barletta, J. B. (2010). Comportamentos e crenças em saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), 307-317. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v2n1p307-318>
- Borges, L. M., & Seidl, E. M. F. (2012). Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 66-81. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100006>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes*. Brasília, DF: o autor.
- Camargo, B. V., Campos, P. H. F., Torres, T. D. L., Stuhler, G. D., & Matão, M. E. L. (2011). Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*, 19(1), 179-192.
- Coleta, M. F. D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças*, 18(1-2), 69-78. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v18n1-2p69-78>
- Coleta, M. F. D. (2004). *Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde: teorias, estudos e instrumentos*. Taubaté: Cabral.
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology and Health*, 23(7), 745-765. <https://doi.org/10.1080/08870440701544437>
- Couto, M. T., & Gomes, R. (2012). Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2569-2578. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>
- Dillard, A. J., Scherer, L. D., Ubel, P. A., Alexander, S., & Fagerlin, A. (2017). Anxiety symptoms prior to a prostate cancer diagnosis: associations with knowledge and openness to treatment. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 151-168. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12222>
- Erbil, N., & Bolukbas, N. (2014). Health beliefs and breast self-examination among female university nursing students in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(16), 6525-6529.
- Forshaw, M., & Sheffield, D. (2012). *Health psychology in action*. New York: John Wiley & Sons.
- Fugita, R. M. I., & Gualda, D. M. R. (2006). A causalidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 501-506. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400008>
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017>
- Gomes, R., Nascimento, E. F. D., Rebello, L. E. F. D. S., & Araújo, F. C. D. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1975-1984. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600033>

- Gomes, R., Skaba, M. N. V. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócioantropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública, 18*(1), 197-204. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100020>
- Instituto Nacional do Câncer – INCA. (2015). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: o autor.
- Instituto Nacional do Câncer – INCA. (2002). *Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata* (Documento de consenso). Rio de Janeiro: o autor.
- López-Pérez, B., Barnes, A., Frosch, D. L., & Hanoch, Y. (2017). Predicting prostate cancer treatment choices: the role of numeracy, time discounting, and risk attitudes. *Journal of Health Psychology, 22*(6), 788-797. <https://doi.org/10.1177/1359105315615931>
- Moyer, V. A. (2012). Screening for prostate cancer: US preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine, 157*(2), 120-134. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459>
- Nascimento, E. P. D., Florindo, A. A., & Chubaci, R. Y. S. (2011). Exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. *Revista Baiana de Saúde Pública, 34*(1), 9-18.
- Nikendei, C., Diefenbacher, K., Köhl-Hackert, N., Lauber, H., Huber, J., Herrmann-Werner, A., ... & Krautter, M. (2015). Digital rectal examination skills: first training experiences, the motives and attitudes of standardized patients. *BMC Medical Education, 15*, 7. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0292-7>
- Oliveira, J. I. M., & Popov, D. C. S. (2012). Exame preventivo do câncer de próstata: impressões e sentimentos. *Revista de Enfermagem da UNISA, 13*(1), 13-20.
- Paiva, E. P. D., Motta, M. C. S. D., & Griep, R. H. (2010). Knowledge, attitudes and practices regarding the detection of prostate cancer. *Acta Paulista de Enfermagem, 23*(1), 88-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100014>
- Rafael, R. D. M. R., & Moura, A. T. M. S. (2017). Modelo de Crenças em Saúde e o rastreio do câncer do colo uterino: avaliando vulnerabilidades. *Revista de Enfermagem da UERJ, 25*:e26436. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26436>
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*, 354-387. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Sant'Anna, H. C. (2012). *OpenEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em representações sociais. Psicologia Social: Desafios Contemporâneos. Anais do Encontro Regional da ABRAPSO Regional Espírito Santo*, Cidade, Espírito Santo, 8.
- Sohler, N. L., Jerant, A., & Franks, P. (2015). Socio-psychological factors in the expanded health belief model and subsequent colorectal cancer screening. *Patient Education and Counseling, 98*(7), 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.023>
- Sociedade Brasileira de Urologia – SBU. (2003). *Doenças da próstata: Vença o tabu*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Sociedade Brasileira de Urologia – SBU. (2010). *Homens não fazem exame de toque, mesmo sabendo que teste é usado para detectar o câncer*. Recuperado de [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34191&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34191&janela=1)

Taylor, S. E. (2015). *Health psychology*. Los Angeles: Ninth.

Veras, A. S. P., Aragão, F. B. A., Pereira, J. F. S., Furtado, Q. R., Pereira, S. L. M., & Gomes, F. C. S. (2017). Saúde preventiva com ênfase no câncer de próstata: uma revisão de literatura. *Revista Uningá*, 54(1), 59-71.

Wahnefried, W. D., Robertson, C. N., Walther, P. J., Polascik, T. J., Paulson, D. F., & Vollmer, R. T. (2004). Pilot study to explore effects of low-fat, flaxseed-supplemented diet on proliferation of benign prostatic epithelium and prostate-specific antigen. *Journal Adult Urology*, 63(5), 900-904. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.12.010>

Submetido em: 22/10/2017

Revisto em: 02/02/2018

Aceito em: 20/02/2018

### **Endereços para correspondência**

Geovanna Santana de Souza Turri  
geovannasantana92@gmail.com

André Faro  
andre.faro.ufs@gmail.com

I. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). São Cristóvão. Estado de Sergipe. Brasil.

II. Professor dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS). São Cristóvão. Estado de Sergipe. Brasil.