

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE  
AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS E  
CONHECIMENTOS DOS HOMENS  
RELATIVAMENTE A DOENÇA  
PROSTÁTICA, EM PORTUGAL**

**ESTUDO HAMLET**

31 de Outubro de 2007

## NOTA INTRODUTÓRIA

O Estudo epidemiológico de avaliação de práticas e conhecimentos dos homens relativamente a doença prostática, em Portugal – Estudo HAMLET, foi desenvolvido no âmbito das acções de divulgação do Dia Europeu das Doenças da Próstata, dia 13 de Setembro de 2007, promovidas pela Associação Portuguesa de Urologia (APU).

Este estudo foi solicitado pelo Dr. Francisco Rolo, enquanto Presidente do Conselho Directivo da APU, tendo a APU financiado e dado o apoio científico ao estudo.

A KeyPoint, Consultoria Científica, desenvolveu o projecto em termos técnicos e de trabalho de campo, sob a Coordenação Científica da Prof. Dra. Ana Macedo. O desenvolvimento do projecto foi levado a cabo pela equipa da Unidade de Sócio-Epidemiologia, sob a coordenação da Dra. Ana Santos. A elaboração do Relatório Estatístico foi coordenada pela Dra. Nilza Gonçalves.

## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA .....	2
ÍNDICE DE TABELAS .....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	7
INTRODUÇÃO .....	8
OBJECTIVOS .....	11
METODOLOGIA .....	12
RESULTADOS .....	16
POPULAÇÃO INCLUÍDA NO ESTUDO .....	16
RESULTADOS NACIONAIS .....	17
Caracterização Sócio-demográfica .....	17
Caracterização das Crenças de Saúde .....	18
Caracterização dos comportamentos de saúde .....	19
Conhecimento sobre Doença Prostática .....	22
Prevenção da doença prostática .....	24
Doença Prostática .....	25
Métodos de Diagnóstico da Doença Prostática .....	26
Crenças acerca da Doença Prostática .....	29
IPSS – Escala Internacional dos Sintomas Prostáticos .....	29
RESULTADOS POR GRUPO ETÁRIO .....	33
Caracterização Sócio-demográfica .....	33
Caracterização das Crenças de Saúde .....	34
Caracterização dos Comportamentos de Saúde .....	35
Conhecimento sobre Doença Prostática .....	38
Prevenção da Doença Prostática .....	41
Doença Prostática .....	44
Métodos de Diagnóstico da Doença Prostática .....	44
Crenças acerca da Doença Prostática .....	46
IPSS – Escala Internacional dos Sintomas Prostáticos .....	46
CONCLUSÃO .....	51

ANEXOS.....	55
ANEXO 1 – Questionário.....	55
ANEXO 2 – População e estratificação da amostra .....	59
 REFERÊNCIAS.....	 66

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Classes etárias .....	17
Tabela 2 Situação profissional .....	17
Tabela 3 Crenças de Saúde .....	18
Tabela 4 Número de médicos consultados .....	19
Tabela 5 Relação com o médico de família .....	22
Tabela 6 Sintomas de cancro da próstata .....	24
Tabela 7 Médico que consultaria para prevenir o cancro da próstata .....	25
Tabela 8 Médico consultado por motivos relacionados com a próstata.....	25
Tabela 9 Regularidade de realização do PSA .....	28
Tabela 10 Classificação do IPSS .....	30
Tabela 11 Incómodos provocados pelos sintomas .....	31
Tabela 12 Classes etárias .....	33
Tabela 13 Estado civil por grupo etário .....	33
Tabela 14 Situação profissional por grupo etário .....	34
Tabela 15 Grau de escolaridade por grupo etário.....	34
Tabela 16 Crenças de Saúde por grupo etário .....	35
Tabela 17 Número de médicos consultados por grupo etário.....	36
Tabela 18 Grau de à-vontade com o médico de família por grupo etário.....	37
Tabela 19 Grau de acessibilidade a uma consulta com o médico de família por grupo etário .....	37
Tabela 20 Sintomas de cancro da próstata por grupo etário .....	40
Tabela 21 Falou sobre a próstata com o seu médico.....	41
Tabela 22 Médico que consultaria para prevenir o cancro da próstata por grupo etário .....	42
Tabela 23 Consultou um médico por motivos relacionados com a próstata por grupo etário .....	43
Tabela 24 Tratamento e medicação para doença prostática próstata por grupo etário .....	44
Tabela 25 Regularidade de realização do PSA por grupo etário.....	45
Tabela 26 Sensação de não esvaziar por completo a bexiga depois de ter urinado por grupo etário.....	47

Tabela 27 Urinar com menos de duas horas de intervalo entre micções por grupo etário .....	47
Tabela 28 Quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção por grupo etário .....	47
Tabela 29 Dificuldade em aguentar o ter de urinar após ter tido vontade por grupo etário .....	48
Tabela 30 Quantas vezes teve um jacto urinário fraco por grupo etário .....	48
Tabela 31 Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar por grupo etário .....	48
Tabela 32 Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar por grupo etário .....	49
Tabela 33 Classificação do IPSS .....	49
Tabela 34 Incómodos provocados pelos sintomas .....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Médicos consultados.....	19
Gráfico 2 Motivos da consulta.....	20
Gráfico 3 Fontes de informação sobre cancro da próstata.....	22
Gráfico 4 Factores de risco para cancro da próstata .....	23
Gráfico 5 Motivos para abordar o tema próstata/doença prostática com o médico .....	24
Gráfico 6 Comparação entre os indivíduos que realizaram testes de diagnóstico de cancro da próstata e os que não realizaram .....	28
Gráfico 7 Escala Internacional dos sintomas prostáticos.....	29
Gráfico 8 Escala Internacional dos sintomas prostáticos – Número de vezes que se levantou para urinar durante a noite .....	30
Gráfico 9 Comparação entre grupos de gravidade de sintomas .....	32
Gráfico 10 Médicos consultados por grupo etário .....	36
Gráfico 11 Fontes de informação sobre cancro da próstata por grupo etário ....	38
Gráfico 12 Factores de risco para cancro da próstata por grupo etário – Obesidade, Tabagismo e Alimentação .....	39
Gráfico 13 Factores de risco para cancro da próstata por grupo etário – Idade e Sedentarismo.....	40
Gráfico 14 Motivos para abordar o tema próstata/doença prostática com o médico, por grupo etário .....	42
Gráfico 15 Médico consultado por motivos relacionados com a próstata por grupo etário.....	43
Gráfico 16 Crenças acerca da doença prostática por grupo etário .....	46

---

## INTRODUÇÃO

---

Até à data, poucos estudos têm sido desenvolvidos com enfoque na saúde específica do homem, revelando-se premente conhecer as suas atitudes e comportamentos face à saúde<sup>1</sup>.

Não só se considera existir pouca informação relacionada com a saúde do sexo masculino, como existem patologias específicas do homem com uma elevada taxa de mortalidade associada, cujas causas podem ser prevenidas se existir uma melhor e maior informação especialmente direccionada aos homens<sup>1</sup>.

As doenças prostáticas estão enquadradas neste conjunto de patologias.

Os tipos de patologia da próstata mais frequentes são a prostatite, hipertrofia benigna da próstata (HBP) e o cancro da próstata. Segundo a Associação Portuguesa de Urologia (APU), com o aumento da esperança de vida média, a incidência das duas últimas tem sido maior nas últimas décadas.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a HBP é causa de morte em 30 por cada 100.000 pessoas, ocupando o terceiro lugar entre as doenças que provocam despesas de saúde mais elevadas nos países industrializados<sup>2</sup>.

Ocorre maioritariamente em homens com mais de 60 anos de idade, com um pico de incidência entre os 63 e os 65 anos<sup>3</sup>.

Embora a evolução individual não seja previsível, as alterações microscópicas iniciam-se por volta dos 30-35 anos, alcançando uma prevalência de 50% aos 60 anos e aproximando-se dos 100% aos 80-85 anos<sup>4</sup>.

Já o cancro da próstata é, no âmbito dos órgãos internos, o mais frequente<sup>5</sup>, afectando principalmente homens com idade superior a 50 anos, vindo esta prevalência a estabilizar a partir dos 90 anos<sup>6</sup>.

Na Europa, a prevalência de cancro da próstata ultrapassa a prevalência de cancro do pulmão sendo que, do



total de homens com neoplasia, cerca de 12% são afectados por esta patologia<sup>7</sup>. Estima-se o aparecimento de cerca de 190.000 novos casos por ano. Apesar de uma pequena percentagem de homens com cancro da próstata morrerem por essa causa, em muitos países o cancro da próstata é, contudo, a segunda causa de morte mais frequente entre os homens<sup>8,9</sup>.

Em Portugal, segundo a APU, 10% dos homens a partir dos 50 anos desenvolvem cancro da próstata mas, apenas um em cada nove produz sintomas, sendo assintomático nos restantes.

A elevada prevalência das patologias prostáticas na população masculina, principalmente acima dos 65 anos, associada à morbilidade e mortalidade, imprime, assim, uma elevada importância e urgência relativamente à prevenção, abordagem diagnóstica e tratamento destas doenças<sup>8,10</sup>.

A prevenção destas doenças, o seu diagnóstico e tratamento precoce estão directamente dependentes do grau de informação que os indivíduos têm sobre este assunto e das suas atitudes e comportamentos de saúde.

Em Portugal, poucos estudos avaliaram o grau de conhecimento dos homens relativamente às doenças prostáticas e à sua prevenção<sup>11 12</sup>.

De um modo geral, os estudos revelam algum desconhecimento sobre a HBP e o cancro da próstata, sendo estas doenças, por vezes, confundidas. A sensibilidade face ao cancro da próstata é, contudo, maior<sup>11</sup>.

Relativamente à prevenção, vários estudos demonstram uma maior adesão à realização dos exames de diagnóstico – toque rectal e PSA – nas faixas etárias mais velhas e uma influência directa da recomendação médica no comportamento de adesão ao rastreio<sup>12 13 14 15</sup>.

Alguns estudos referem que a realização de exames de diagnóstico é influenciada pelas características pessoais do indivíduo (nomeadamente factores sócio-demográficos<sup>16</sup>), bem como pela predisposição genética<sup>17</sup>, ou factores culturais.

Reconhecendo que o grau de conhecimentos e a importância dada à saúde são determinantes para as tomadas de decisão do indivíduo no que diz respeito à realização ou não

dos exames de diagnóstico de cancro<sup>18</sup>, que a prevenção serve de referência para identificar a população em risco<sup>19</sup> e que o diagnóstico precoce pode evitar o desenvolvimento de cancro da próstata<sup>20</sup>, este estudo

pretendeu avaliar as práticas e conhecimentos dos portugueses relativos ao cancro da próstata, bem como caracterizar a procura e manutenção de consultas, no âmbito da doença prostática.

## OBJECTIVOS

---

Este estudo teve como objectivo principal avaliar os conhecimentos e práticas dos homens relativamente à doença prostática, em Portugal.

Teve como objectivos secundários:

- Caracterizar os comportamentos e crenças de saúde dos homens, em Portugal.
- Avaliar os conhecimentos e práticas relativos à doença prostática, estratificada por grupo etário.

---

## METODOLOGIA

---

Estudo epidemiológico transversal, de uma amostra representativa da população Portuguesa do sexo masculino com idade igual ou superior a 35 anos.

O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário (Anexo 1). Este foi aplicado por entrevista directa por profissionais da KeyPoint, que receberam formação prévia sobre recolha de dados por entrevista directa, nomeadamente no que se refere a aspectos técnicos da inquirição mas também a aspectos éticos e de privacidade de dados. Mais, tiveram formação específica sobre a temática deste estudo.

O questionário foi aplicado na comunidade, através de uma abordagem domiciliária, estabelecida por metodologia de *random route*, tendo também sido contactadas entidades locais, profissionais, de lazer ou de carácter social, que deram a sua autorização para a aplicação do referido questionário.

O questionário efectuado avaliou parâmetros de caracterização geral, crenças e comportamento de saúde, consulta de diagnóstico e acompanhamento, conhecimentos sobre a doença prostática, antecedentes familiares de doença prostática e sintomas prostáticos.

No que diz respeito à análise de conhecimentos, este questionário visou avaliar não o grau de conhecimento "real" sobre doença prostática mas sim, a percepção individual desse mesmo conhecimento. As questões colocadas não visam uma avaliação em "certo/errado" mas apenas solicitam a manifestação (ou não) desse conhecimento.

As respostas devem ser interpretadas como uma percepção de conhecimento e não como um conhecimento real.

O período de recolha de dados teve a duração total de um mês, entre Junho e Julho de 2006.

## Constituição da Amostra

### Pressupostos e cálculo da amostra

Este estudo teve como objectivo principal a avaliação de conhecimentos e práticas relativos à doença prostática em Portugal.

A amostra foi definida de acordo com o seguinte procedimento:

### **Definição da dimensão global da amostra**

Para uma representatividade por grupos etários, assumindo um erro de 5%, foi necessária uma amostra de um mínimo de 384 homens por grupo etário (35-49; 50-69; ≥70 anos). Considerando como grupo etário limite (o que representa a menor percentagem do total) o grupo com idade ≥70anos, a amostra total incluiu 2.200 homens.

Estes cálculos basearam-se numa estimativa amostral considerando um universo global de 2.612.473 homens com idade igual ou superior a 35 anos e a sua subdivisão por grupos etários. Assume-se um nível de significância de 0,05.

Foi utilizada uma amostra estratificada (por Região e idade) e com uma definição bi-etápica, uma vez que foi configurada em duas fases:

- Na primeira etapa, foi estabelecida a dimensão regional da amostra partindo-se de uma divisão geográfica consolidada, que combina os três níveis da Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUTs). As áreas geográficas consideradas (para a estratificação) foram Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, RA Madeira e RA Açores.

As amostras regionais foram definidas com base na população de sexo masculino residente com idade igual ou superior a 35 anos (recenseamento de 2001 – INE).

- Na segunda etapa, foram seleccionados concelhos em cada uma das Regiões, em número proporcional à dimensão da amostra. Os critérios de selecção dos concelhos correspondem, por um lado, ao conhecimento empírico do território nacional e, por outro, aos valores do índice de envelhecimento da

população e da densidade demográfica, indicadores que resumem bem as principais clivagens intra-regionais.

A distribuição por concelhos encontra-se descrita no Anexo 2. Os diferentes quadros apresentados reflectem os níveis de diferenciação de cada Região face aos factores utilizados na estratificação da amostra. Os níveis foram definidos considerando a mediana e o afastamento a ela. Assim, a densidade populacional traduz o nível de urbanidade, sendo que densidade elevada é aquela que se afasta da mediana a nível Nacional mais um desvio-padrão, densidade baixa é a que é inferior à mediana menos um desvio-padrão e densidade

média é a que se situa entre a mediana mais ou menos um desvio-padrão. Nas Regiões com menor diversidade inter-concelhos optou-se por se considerar apenas dois níveis, acima e abaixo da mediana (Nacional).

O poder de compra é um indicador utilizado pelo INE, que resume as variáveis de dinâmica económica. Os critérios de clivagem para os diferentes níveis são semelhantes aos descritos para o nível de urbanidade.

Tendo por base cada um dos diferentes quadros Regionais, procedeu-se à aleatorização de Concelhos.

A taxa individual de recusa foi inferior a 10%.

### **Aplicação do Questionário**

O questionário foi sempre aplicado pelo inquiridor, que leu as questões ao inquirido, especificando as alternativas de resposta, em perguntas de resposta fechada.

Os inquiridores tiveram formação prévia sobre o questionário e sobre o tema em análise. Estes tinham autorização para esclarecer dúvidas pontuais sobre as

questões mas, nunca para prestar esclarecimentos ou dar opiniões que pudessem induzir uma resposta.

O inquérito foi auto-preenchido exclusivamente nos casos em que o inquirido o solicitou expressamente (estes casos corresponderam a cerca de 5% do total).

## **Análise Estatística e Apresentação dos Resultados**

### Análise Estatística

Foi efectuada uma análise descritiva de todas as variáveis, sendo apresentada a frequência absoluta e relativa para as variáveis categoriais e a média, o desvio-padrão, os máximos e os mínimos para as variáveis contínuas.

Nas análises comparativas, todos os cálculos e teste de associação entre variáveis ou grupos de indivíduos foram realizados para um limiar de significância de 0,05%.

Foi aplicado o teste de Qui-Quadrado, para comparação de proporções, nomeadamente, análise dos itens por grupos etários.

Para comparação de variáveis contínuas, nomeadamente idade por presença de doença prostática ou

realização de exames de diagnóstico, e número de médicos consultados por grupos etários, foi utilizado o teste de t e análise de variâncias One-way ANOVA, de acordo com cada situação em análise.

A análise estatística foi efectuada utilizando o software SPSS 15.0.

### Forma de Apresentação de Resultados

Os resultados apresentados sob a forma de tabelas ou gráficos respeitam a ordem pela qual as opções de resposta surgiam no questionário.

As percentagens apresentadas foram arredondadas à décima, pelo que, o total poderá não somar 100%, devido à margem de arredondamento.

---

## RESULTADOS

---

### POPULAÇÃO INCLUÍDA NO ESTUDO

A amostra global base foi constituída por 2.201 homens, tendo a seguinte distribuição:

Por Região

Norte	737 (34%)
Centro	526 (24%)
LVT	569 (26%)
Alentejo	186 (9%)
Algarve	93 (4%)
Madeira	45 (2%)
Açores	45 (2%)

Por grupo etário

35 a 49 anos	899 (41%)
50 a 69 anos	911 (41%)
≥ 70 anos	391 (18%)

A percentagem de indivíduos em cada grupo etário e em cada Região correspondem de modo fidedigno à estrutura da população residente (do sexo masculino com idade superior a 35 anos) segundo os dados do recenseamento de 2001 (INE).

A percentagem de recusas em responder ao questionário foi inferior a 10% em todas as Regiões.



## RESULTADOS NACIONAIS

### Caracterização Sócio-demográfica

Foram analisados dados referentes a 2.201 homens com idade compreendida entre os 35 e 100 anos,

sendo a idade média de 55,1±13,7 anos.

Tabela 1 Classes etárias

	N	%
35-49 anos	899	40,8
50-69 anos	911	41,4
≥ 70 anos	391	17,8
Total	2201	100,0

A maioria dos inquiridos era casada (76%), 9% referiram ser viúvos, 7% solteiros e 7% divorciados ou separados

Relativamente ao grau de instrução, 3% eram analfabetos, 34% tinham entre 1 e 4 anos de escolaridade, 31% tinham

entre 5 e 9 anos de escolaridade, 17% tinham frequência ou completaram o ensino secundário e 15% concluíram o bacharelato ou o ensino superior.

A tabela seguinte apresenta a situação profissional dos inquiridos, sendo que a maioria eram activos.

Tabela 2 Situação profissional

	N	%
Activo	1578	71,8
Reformado	560	25,5
Desempregado	59	2,7
Total	2198	100,0

## Caracterização das Crenças de Saúde

Sessenta e três dos inquiridos tinham uma percepção positiva da sua saúde, ou seja concordaram com mais de metade das afirmações ligadas a crenças de auto-controlo e

preocupação saudável face ao seu estado de saúde.

A tabela seguinte apresenta a percentagem de indivíduos que concordou com cada umas das afirmações apresentadas.

Tabela 3 Crenças de Saúde

	N	%
Cada um é responsável pela sua saúde	2070	94,3
A minha saúde é uma preocupação na minha vida	1562	71,3
Nunca estive seriamente doente	1296	59,1
Adoecer de vez em quando faz parte da minha vida	1275	58,1
Nunca tive uma doença que durasse um longo período de tempo	1259	57,4
Não me importo de ir ao médico	1244	56,8
De acordo com os médicos que consultei a minha saúde está, de momento, excelente	1112	50,7
Provavelmente adoecerei muitas vezes no futuro	1065	48,6
Sinto-me melhor do que nunca	808	36,8
Nunca me preocupo com a minha saúde	778	35,5
Não gosto de ir ao médico	798	36,4
Preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas se preocupam com a delas	592	27,0
Parece que adoeco mais facilmente do que as outras pessoas	377	17,2

### Caracterização dos comportamentos de saúde

Setenta e três por cento dos inquiridos afirmaram ter ido a uma consulta médica no último ano.

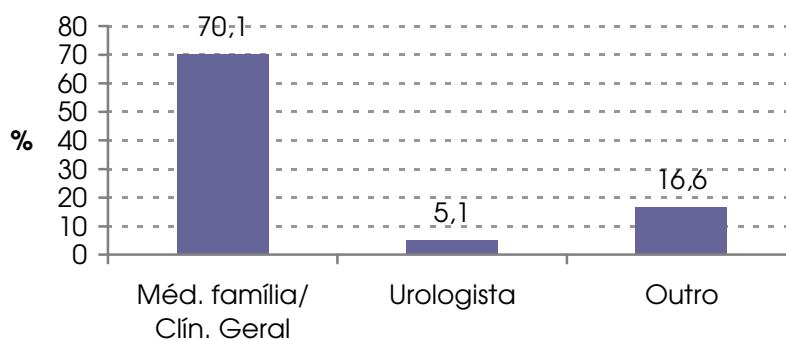
Tabela 4 Número de médicos consultados

	N	%
Nenhum	607	27,6
1 médico	1196	54,3
2 médicos	354	16,1
3 médicos	39	1,8
4 médicos	4	0,2
5 médicos	1	<0,1
Total	2201	100,0

A maioria dos inquiridos que recorreu a um médico consultou o médico de família/ clínico geral (70%). Relativamente aos indivíduos que consultaram outro médico (n=365), 50%

foram ao cardiologista, 13% ao dentista, 11% ao oftalmologista, 10% ao ortopedista e 16% a médicos de outras especialidades.

Gráfico 1 Médicos consultados



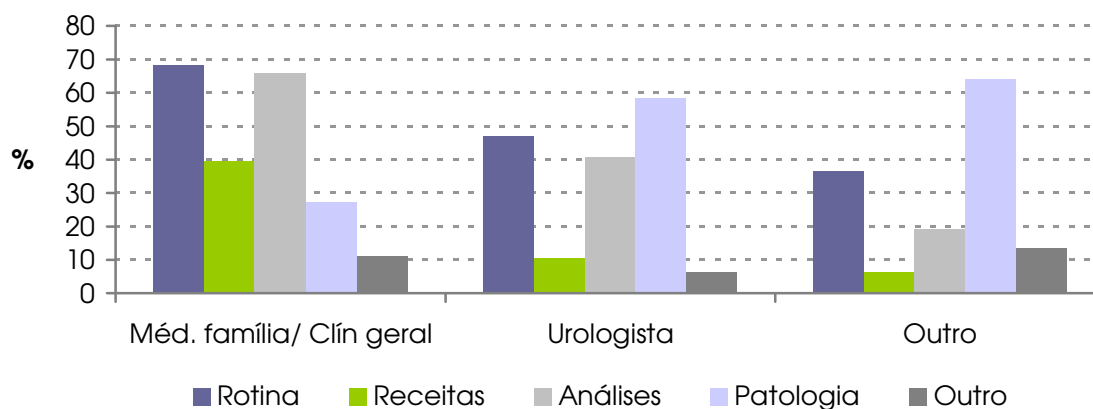
Os principais motivos que levaram os inquiridos a consultarem o médico de família/ clínico geral (n=1543) foram a realização de uma avaliação de rotina, através de consulta e pedidos de análises. O pedido de receitas foi também um dos motivos mais prevalentes neste grupo, comparativamente aos outros.

Relativamente à consulta de urologia (n=113), os inquiridos referiram fazer estas consultas por situações ligadas com a doença prostática e do foro urológico, sendo também

apresentados como principais motivos, a avaliação de rotina e pedido de análises.

A consulta de outros médicos (n=365) prende-se principalmente com situações relacionadas com a especialidade que consultaram ou com avaliações de rotina.

Gráfico 2 Motivos da consulta



Quando questionados sobre a relação com o médico de família, os indivíduos referem, maioritariamente, que o seu

grau de à-vontade com o médico é médio e que o grau de acessibilidade a uma consulta é baixo.



Tabela 5 Relação com o médico de família

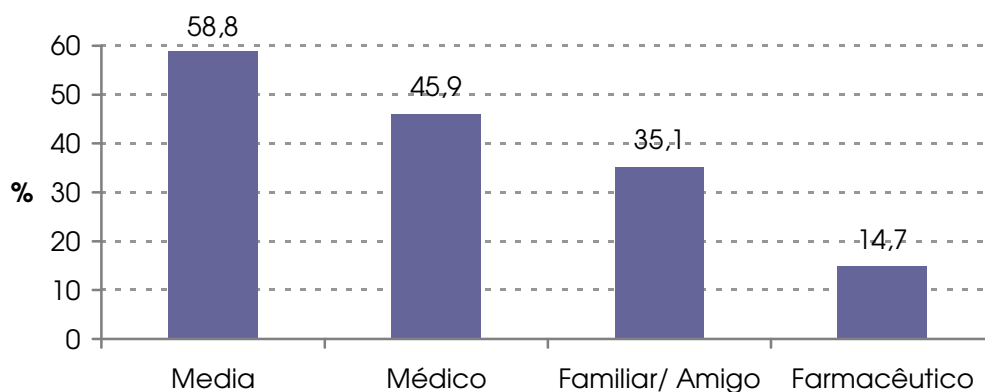
	Grau de à-vontade N (%)	Grau de acessibilidade a uma consulta N (%)
Nenhum	106 (4,8)	56 (2,5)
Pouco	805 (36,6)	1095 (49,8)
Bastante	790 (35,9)	558 (25,4)
Muito	371 (16,9)	280 (12,7)
Não sabe/ Não responde	129 (5,9)	212 (9,6)
Total	2201 (100,0)	2201 (100,0)

### Conhecimento sobre Doença Prostática

Noventa e três por cento dos inquiridos referiram já ter ouvido falar no cancro da próstata. O principal veículo de

comunicação/ informação acerca desta situação são, segundo os inquiridos, os *media*.

Gráfico 3 Fontes de informação sobre cancro da próstata

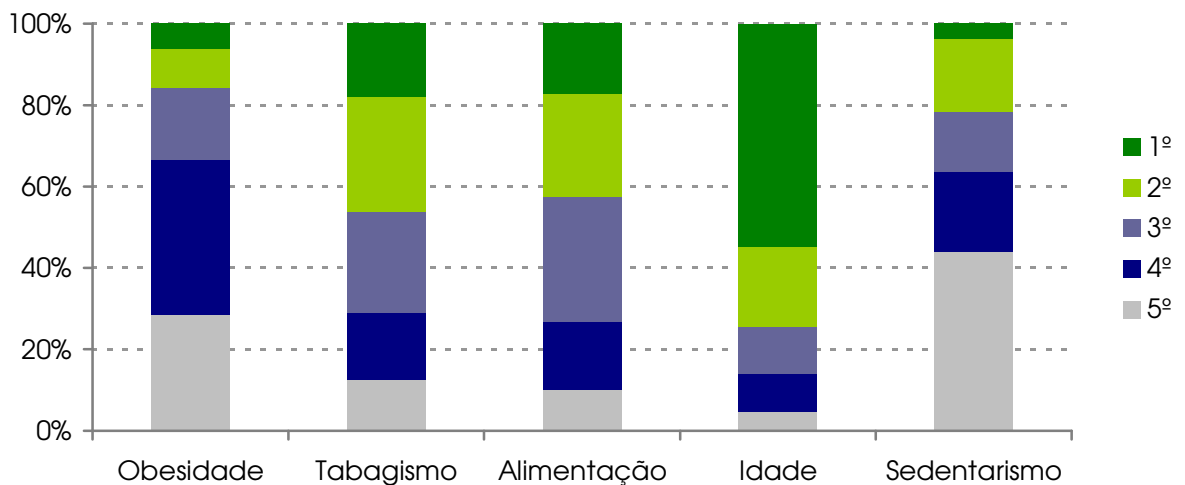


Foi solicitado aos indivíduos, que ordenassem por ordem de importância os seguintes factores de risco para o cancro da próstata: obesidade, tabagismo, alimentação, idade e sedentarismo. As sequências mais frequentes foram “Idade, Tabagismo, Alimentação, Obesidade e Sedentarismo”,

seguida por “Idade, Alimentação, Tabagismo, Obesidade e Sedentarismo” e por “Sedentarismo, Alimentação, Idade, Obesidade e Tabagismo”.

Considerando cada factor de risco isoladamente, a idade foi o factor mais frequentemente apontado em primeiro lugar, seguida pelo tabagismo e alimentação.

Gráfico 4 Factores de risco para cancro da próstata



Relativamente aos principais sintomas que indicam doença prostática, o mais referido foi “dor ou ardor durante a

micção” e “dificuldade em iniciar a micção”.

Tabela 6 Sintomas de cancro da próstata

	N	%
Dor ou ardor durante a micção	667	69,7
Dificuldade em iniciar a micção	520	54,3
Imperiosidade em urinar	370	38,7
Acordar várias vezes durante a noite para urinar	355	37,1
Urinar com maior frequência	326	34,1
Todas as mencionadas	1187	55,4

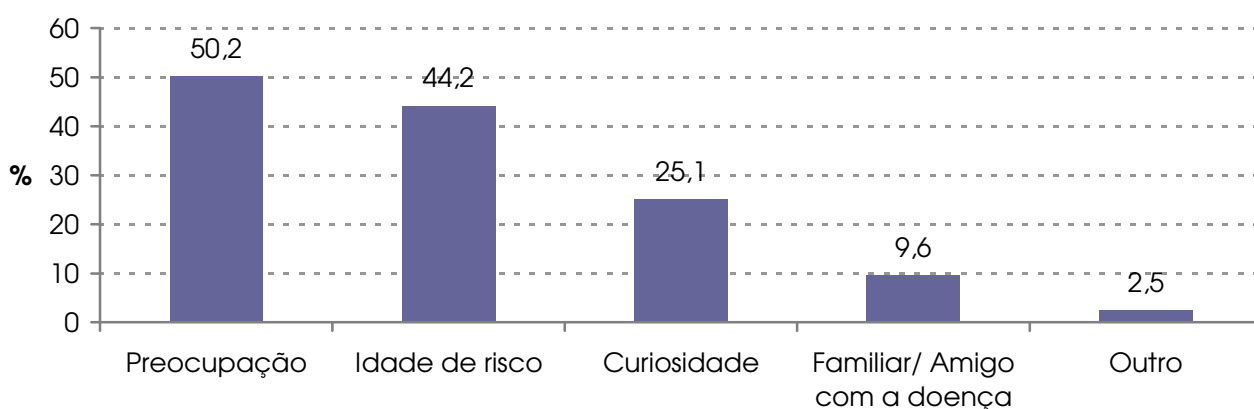
### Prevenção da doença prostática

Quarenta por cento dos inquiridos referiram já ter falado sobre a próstata com o seu médico de família.

Os motivos mais frequentemente

referidos para a abordagem do assunto com o médico foi “preocupação” e encontrar-se em “idade de risco”.

Gráfico 5 Motivos para abordar o tema próstata/doença prostática com o médico





Mais de metade dos inquiridos referiu que consultaria o urologista para prevenir o cancro da próstata. O

médico de família/ clínico geral foi referido por 45% dos indivíduos.

Tabela 7 Médico que consultaria para prevenir o cancro da próstata

	N	%
Urologista	1120	51,7
Médico de família	972	44,8
Médico de família e Urologista	76	3,5
Total	2168	100,0

Vinte por cento dos inquiridos referiram já ter consultado um médico por motivos relacionados com a próstata.

Na sua maioria consultaram o médico de família/ clínico geral.

Tabela 8 Médico consultado por motivos relacionados com a próstata

	N	%
Médico de família	207	48,6
Urologista	178	41,8
Médico de família e Urologista	41	9,6
Total	426	100,0

### Doença Prostática

Cinco por cento dos inquiridos (n=115) afirmaram já lhes ter sido diagnosticado

cancro da próstata ou hiperplasia benigna da próstata (HBP). Destes, 83%

foram submetidos a algum tipo de tratamento ou operação à próstata; 90% tomavam, à data do questionário, medicamentos para a próstata e 2% medicamentos naturais.

Estes indivíduos apresentavam uma idade média de  $69,0 \pm 9,9$  anos, (variando entre 43 e 100 anos), estatisticamente superior à idade dos indivíduos sem esta patologia ( $54,3 \pm 13,5$ ,  $p < 0,001$ ).

A percentagem de indivíduos a quem já foi diagnosticado cancro da próstata ou HBP que consultou um médico no último ano (95%) ou que já consultou um médico por motivos relacionados com a próstata (92%) foi

estatisticamente superior à dos outros indivíduos (71% e 20%, respectivamente,  $p < 0,001$  em ambas as comparações).

Catorze por cento do total de inquiridos referiram ter algum familiar em 1º grau que tinha/ tinha tido cancro da próstata. No grupo que referiu já lhe ter sido diagnosticado cancro da próstata ou HBP, esta percentagem sobe para 38% (vs. 13% dos indivíduos sem esta patologia,  $p < 0,001$ ).

### Métodos de Diagnóstico da Doença Prostática

Cerca de um quarto dos inquiridos referiram já ter realizado o exame de toque rectal. Relativamente ao PSA, 38% referiram já ter ouvido falar neste exame e 21% afirmaram já o ter realizado.

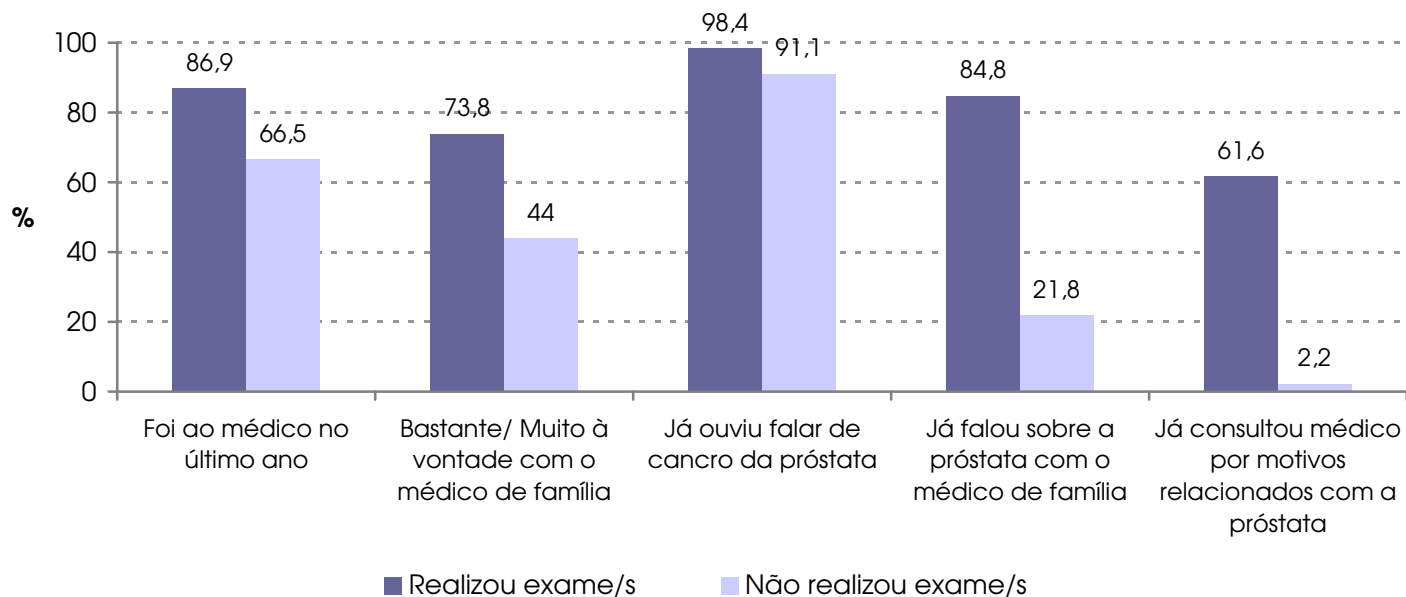
Os indivíduos que já tinham realizado um exame e/ ou o outro ( $n=642$ , 29%) apresentavam uma idade média de  $63,5 \pm 12,3$  anos, estatisticamente

superior à idade dos indivíduos que não realizaram nenhum dos exames ( $51,6 \pm 12,7$ ,  $p < 0,001$ ).

O gráfico seguinte apresenta a comparação entre os indivíduos que já tinham realizado o exame de toque rectal e/ ou o PSA e os indivíduos que nunca realizaram qualquer um destes exames face a diversas situações ( $p < 0,001$  em todas as comparações).



Gráfico 6 Comparação entre os indivíduos que realizaram testes de diagnóstico de cancro da próstata e os que não realizaram



A maioria dos indivíduos referiu que realiza o PSA anualmente.

Tabela 9 Regularidade de realização do PSA

	N	%
3 em 3 meses	29	6,8
6 em 6 meses	100	23,6
Uma vez por ano	265	62,5
Mais de uma vez por ano	30	7,1
Total	424	100,0

### Crenças acerca da Doença Prostática

Noventa e quatro por cento dos inquiridos consideravam que o cancro da próstata pode ter cura e 98%

consideravam que o cancro da próstata pode matar se não for tratado precocemente.

### IPSS – Escala Internacional dos Sintomas Prostáticos

Setenta e quatro por cento dos inquiridos apresentavam pelo menos um dos sintomas, ainda que ligeiro,

descritos na Escala Internacional dos Sintomas da Próstata – IPSS.

Gráfico 7 Escala Internacional dos sintomas prostáticos

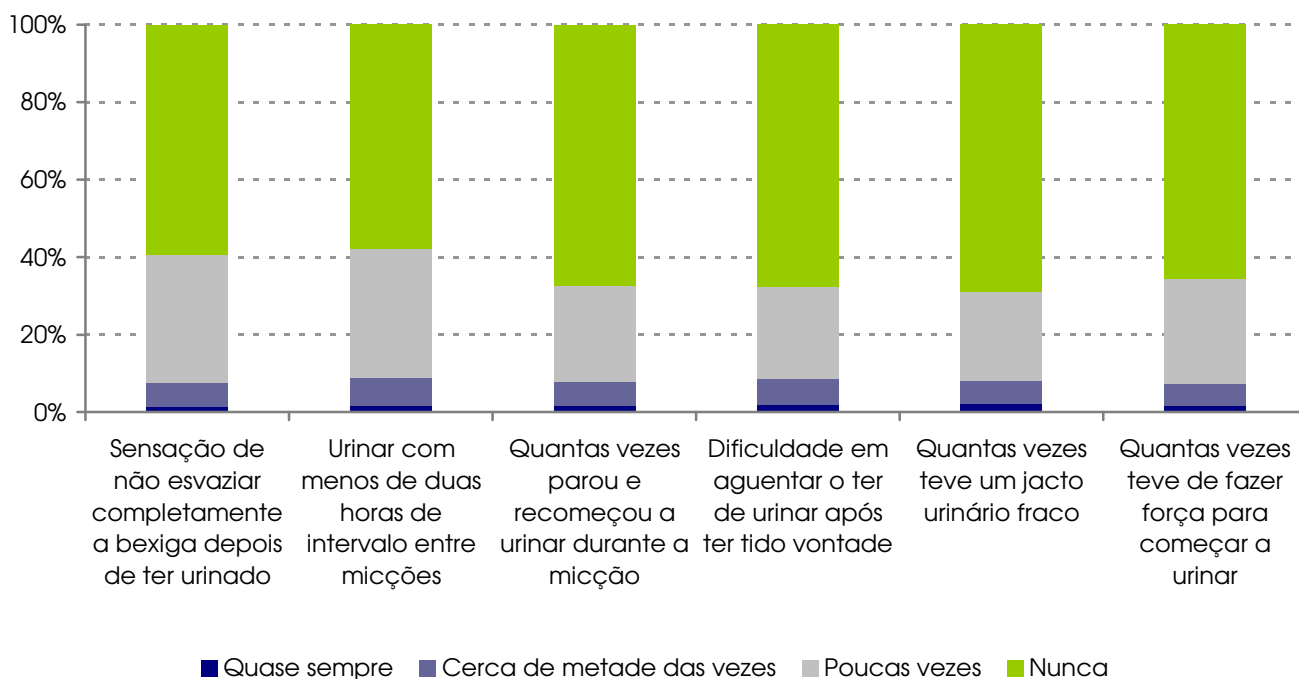
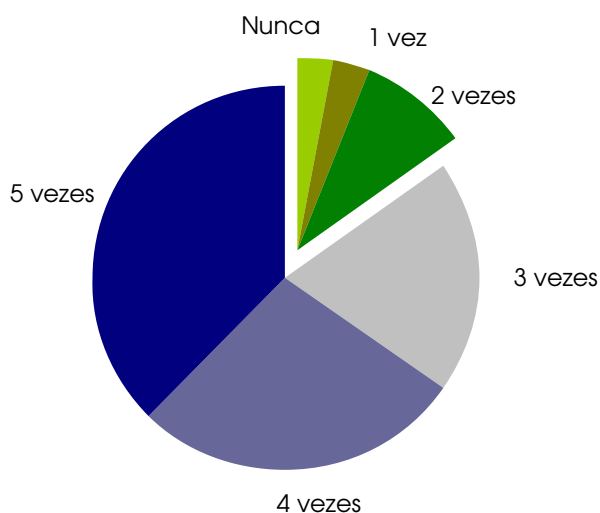


Gráfico 8 Escala Internacional dos sintomas prostáticos – Número de vezes que se levantou para urinar durante a noite



De acordo com a classificação da escala, 35% dos inquiridos apresentavam sintomas ligeiros, 28% moderados e 11% graves.

Tabela 10 Classificação do IPSS

	N	%
Sem sintomas	535	26,2
Sintomas ligeiros	717	35,1
Sintomas moderados	569	27,9
Sintomas graves	222	10,9
Total	2043	100,0

Relativamente aos indivíduos com sintomas (n=1508), a maioria afirmou que os sintomas não os incomodava no seu dia a dia.

Tabela 11 Incómodos provocados pelos sintomas

	N	%
Nada	921	61,1
Pouco	458	30,4
Moderadamente	101	6,7
Muito	28	1,9
Total	1508	100,0

Comparativamente aos inquiridos sem sintomas, os indivíduos com sintomas ligeiros a moderados eram significativamente mais velhos ( $57,8 \pm 13,7$  vs.  $47,7 \pm 10,9$ ,  $p < 0,001$ ). Adicionalmente, neste grupo é estatisticamente superior a percentagem de indivíduos que se dirigiu ao médico no último ano (75% vs. 36%,  $p < 0,001$ ), a percentagem de indivíduos que já ouviu falar do cancro

da próstata (95% vs. 91%,  $p < 0,001$ ), a percentagem de indivíduos que já falou com o médico de família sobre a próstata (45% vs. 27%,  $p < 0,001$ ), a percentagem de indivíduos que já consultou um médico por motivos relacionados com a próstata (23% vs. 8%) e a quem já foi diagnosticada alguma doença prostática (7% vs. 1%,  $p < 0,001$ ), comparativamente aos indivíduos sem sintomas.

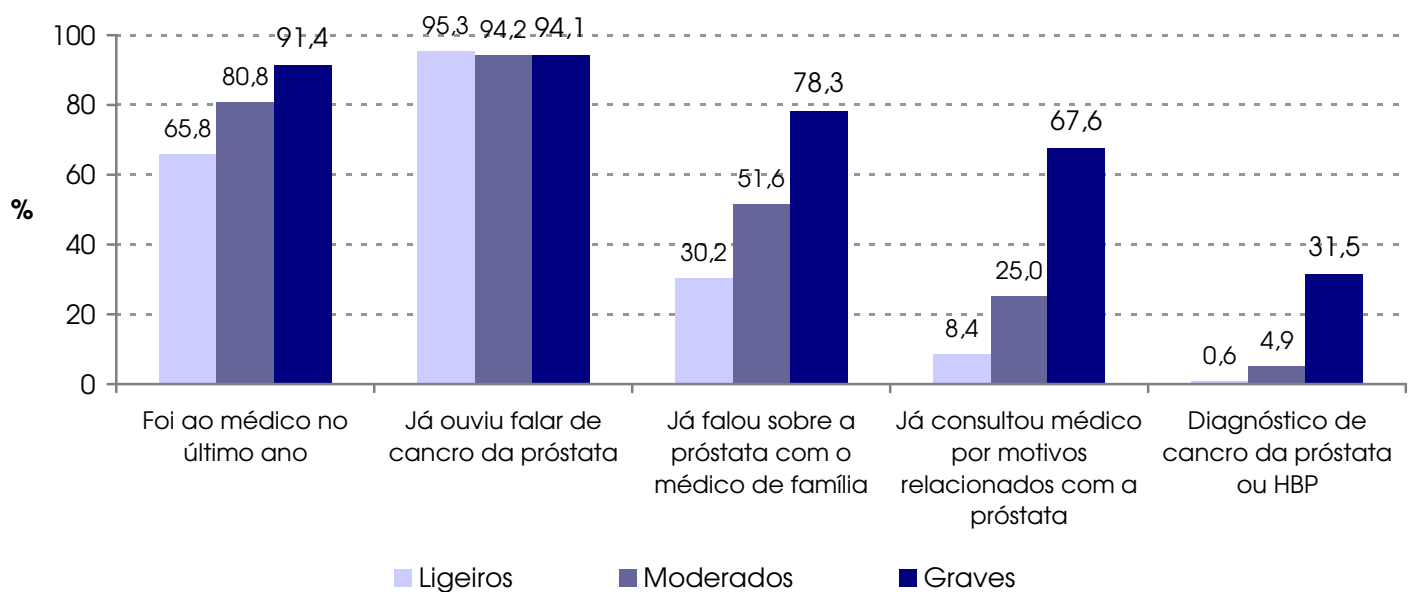
A análise comparativa entre os três grupos com sintomas – ligeiros, moderados e graves – permitiu verificar que, com o aumento da gravidade dos sintomas, os indivíduos apresentavam uma idade estatisticamente superior: os

indivíduos com sintomas ligeiros apresentavam uma idade média de  $51,6 \pm 11,6$  anos, sintomas moderados –  $60,6 \pm 13,0$  anos e graves –  $70,5 \pm 9,9$  anos ( $p < 0,001$ ).

O gráfico seguinte apresenta a comparação entre os grupos de gravidade de sintomas face a diversas situações ( $p < 0,001$  em todas as comparações, excepto no item “Já

ouviu falar do cancro da próstata”, em que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos).

Gráfico 9 Comparação entre grupos de gravidade de sintomas





## RESULTADOS POR GRUPO ETÁRIO

Foram consideradas nesta análise 3 faixas etárias. A distribuição pelos três grupos encontra-se descrita na tabela seguinte.

Tabela 12 Classes etárias

	N	%
35-49 anos	899	40,8
50-69 anos	911	41,4
≥ 70 anos	391	17,8
Total	2201	100,0

## Caracterização Sócio-demográfica

As tabelas seguintes apresentam o estado civil, situação profissional e grau de escolaridade dos inquiridos, por grupo etário.

Tabela 13 Estado civil por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Solteiro	115 (12,9)	35 (3,9)	5 (1,3)	
Casado	687 (77,2)	765 (84,8)	211 (54,1)	
Divorciado	82 (9,2)	67 (7,4)	10 (2,6)	<0,001
Viúvo	6 (0,7)	35 (3,9)	164 (42,1)	
Total	890 (100,0)	902 (100,0)	390 (100,0)	

Tabela 14 Situação profissional por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Activo	857 (95,4)	688 (75,7)	33 (8,5)	<0,001
Reformado	5 (0,6)	198 (21,8)	357 (91,5)	
Desempregado	36 (4,0)	23 (2,5)	--	
Total	898 (100,0)	909 (100,0)	390 (100,0)	

Tabela 15 Grau de escolaridade por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Analfabeto	--	13 (1,4)	54 (14,0)	<0,001
1º a 4º ano	79 (8,8)	401 (44,4)	258 (66,7)	
5º a 9º ano	342 (38,2)	297 (32,9)	43 (11,1)	
10 a 12º ano	259 (28,9)	99 (11,0)	12 (3,1)	
Bacharelato ou licenciatura	215 (24,0)	94 (10,4)	20 (5,2)	
Total	895 (100,0)	904 (100,0)	387 (100,0)	

### Caracterização das Crenças de Saúde

Verificou-se que, à medida que se avança nos escalões etários existe uma percepção cada vez menos positiva da própria saúde, ou seja, a percentagem de indivíduos que concordou com mais de metade das afirmações ligadas a crenças de auto-controlo e preocupação saudável face

ao estado de saúde foi de 75%, 61% e 42%, para o grupo dos 35 aos 49, 50 a 69 e 70 anos ou mais, respectivamente. A tabela seguinte apresenta a percentagem de indivíduos que concordou com cada umas das afirmações apresentadas, por grupo etário.

Tabela 16 Crenças de Saúde por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	P
Cada um é responsável pela sua saúde	863 (96,1)	859 (94,3)	348 (89,9)	<0,001
De acordo com os médicos que consultei a minha saúde está, de momento, excelente	593 (66,1)	421 (46,3)	98 (25,3)	<0,001
Parece que adoecer mais facilmente do que as outras pessoas	91 (10,1)	167 (18,3)	119 (30,7)	<0,001
Sinto-me melhor do que nunca	433 (48,3)	314 (34,5)	61 (15,8)	<0,001
Provavelmente adoecerei muitas vezes no futuro	377 (42,0)	465 (51,3)	223 (57,8)	<0,001
Nunca me preocupo com a minha saúde	329 (36,7)	329 (36,1)	120 (31,0)	0,1
Não gosto de ir ao médico	357 (39,8)	320 (35,1)	121 (31,3)	0,009
Preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas se preocupam com a delas	193 (21,5)	251 (27,6)	148 (38,2)	<0,001
Adoecer de vez em quando faz parte da minha vida	467 (52,1)	533 (58,6)	275 (71,1)	<0,001
Nunca tive uma doença que durasse um longo período de tempo	598 (66,7)	502 (55,1)	159 (41,2)	<0,001
A minha saúde é uma preocupação na minha vida	623 (69,4)	634 (69,9)	305 (79,2)	0,001
Nunca estive seriamente doente	598 (66,6)	530 (58,3)	168 (43,4)	<0,001
Não me importo de ir ao médico	511 (57,0)	520 (57,3)	213 (55,0)	0,7

### Caracterização dos Comportamentos de Saúde

O grupo que referiu, em maior percentagem, não ter ido ao médico no último ano foi o grupo com idade entre os 35 e os 49 anos – 37%. Relativamente aos indivíduos que

consultaram o médico, verificou-se que, no grupo mais velho, a percentagem que referiu ter consultado 2 ou mais médicos foi estatisticamente superior.

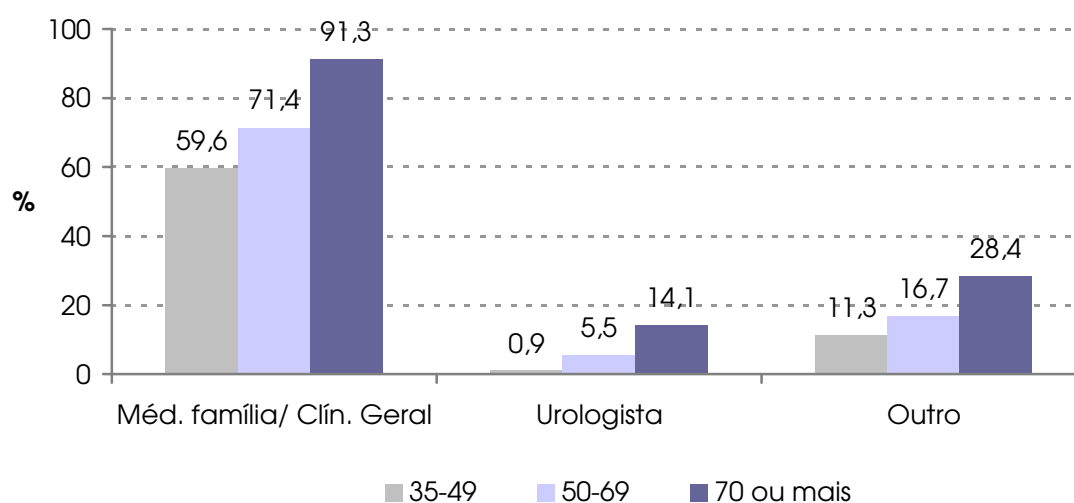
Tabela 17 Número de médicos consultados por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nenhum	332 (36,9)	243 (26,7)	32 (8,2)	<0,001
1 médico	488 (54,3)	491 (53,9)	217 (55,5)	
2 médicos	74 (8,2)	164 (18,0)	116 (29,7)	
3 médicos	4 (0,4)	12 (1,3)	23 (5,9)	
4 médicos	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,5)	
5 médicos	--	--	1 (0,3)	
Total	899 (100,0)	911 (100,0)	391 (100,0)	

Independentemente do grupo etário, a maioria dos inquiridos que recorreu a um médico, consultou o médico de família/ clínico geral. Os indivíduos com

mais idade foram os que mais consultaram o médico, qualquer que fosse a especialidade considerada ( $p < 0,001$  em todas as comparações).

Gráfico 10 Médicos consultados por grupo etário



Os principais motivos que levaram os inquiridos a consultarem cada um dos médicos, considerando cada grupo

etário, não diferiu de forma significativa face aos resultados globais.

Quando questionados sobre a relação com o médico de família, são os indivíduos do grupo etário mais jovem que referem, maioritariamente, que não tem, ou têm pouco, à-vontade

com o seu médico. No que diz respeito ao grau de acessibilidade a uma consulta, são os inquiridos mais velhos que referem em maior percentagem uma boa acessibilidade.

Tabela 18 Grau de à-vontade com o médico de família por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nenhum	54 (6,0)	40 (4,4)	12 (3,1)	<0,001
Pouco	387 (43,0)	337 (37,0)	81 (20,7)	
Bastante	301 (33,5)	309 (33,9)	180 (46,0)	
Muito	96 (10,7)	177 (19,4)	98 (25,1)	
Não sabe/ Não responde	61 (6,8)	48 (5,3)	20 (5,1)	
Total	899 (100,0)	911 (100,0)	391 (100,0)	

Tabela 19 Grau de acessibilidade a uma consulta com o médico de família por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nenhum	24 (2,7)	28 (3,1)	4 (1,0)	<0,001
Pouco	473 (52,6)	458 (50,3)	164 (41,9)	
Bastante	213 (23,7)	229 (25,1)	116 (29,7)	
Muito	88 (9,8)	120 (13,2)	72 (18,4)	
Não sabe/ Não responde	101 (11,2)	76 (8,3)	35 (9,0)	
Total	899 (100,0)	911 (100,0)	391 (100,0)	

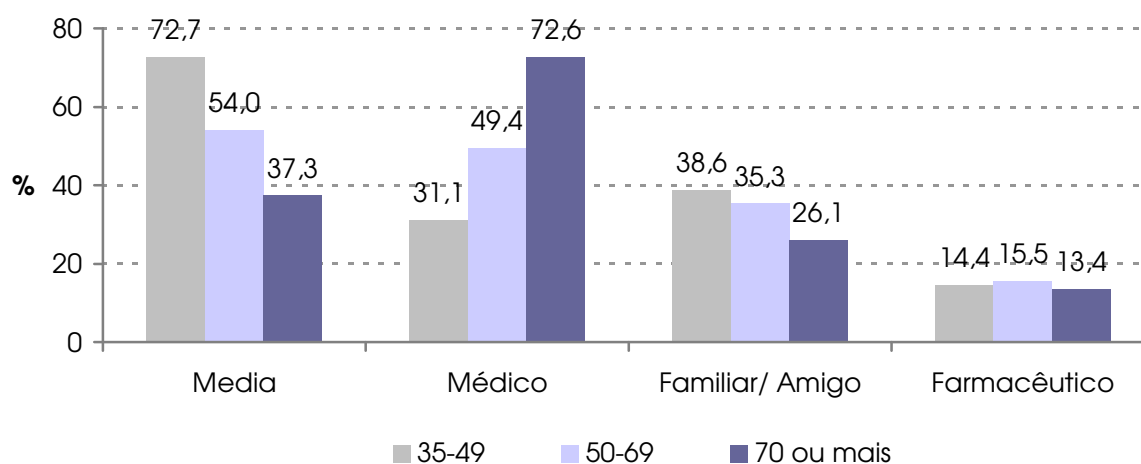
## Conhecimento sobre Doença Prostática

Noventa e seis por cento, 93% e 92% dos inquiridos dos grupos etários dos 35 aos 49, 50 a 69 e 70 anos ou mais, respectivamente, referiram já ter ouvido falar no cancro da próstata ( $p=0,8$ ). Para os indivíduos com menos de 70 anos, o principal veículo de

comunicação/ informação sobre o tema são os *media*.

O médico torna-se, nesta questão, o veículo de informação privilegiado para os inquiridos de idade mais avançada.

Gráfico 11 Fontes de informação sobre cancro da próstata por grupo etário



Relativamente à ordenação dos factores de risco para o cancro da próstata por importância, as sequências mais frequentes por grupo etário foram as seguintes:

### 35 a 49 anos

1. Idade, Tabagismo, Alimentação, Obesidade e Sedentarismo;

2. Sedentarismo, Alimentação, Idade, Obesidade e Tabagismo;
3. Idade, Sedentarismo, Alimentação, Obesidade e Tabagismo;

**50 a 69 anos**

1. Idade, Tabagismo, Alimentação, Obesidade e Sedentarismo;
2. Idade, Alimentação, Tabagismo, Obesidade e Sedentarismo;
3. Sedentarismo, Alimentação, Idade, Obesidade e Tabagismo;

**≥ 70 anos**

1. Idade, Tabagismo, Alimentação, Obesidade e Sedentarismo;
2. Sedentarismo, Alimentação, Idade, Obesidade e Tabagismo;
3. Idade, Alimentação, Tabagismo, Obesidade e Sedentarismo; e Sedentarismo, Alimentação, Tabagismo, Obesidade e Idade.

Considerando cada factor de risco isoladamente, a idade foi o factor mais frequentemente apontado em primeiro lugar em todos os grupos etários, seguida pelo tabagismo e alimentação.

Gráfico 12 Factores de risco para cancro da próstata por grupo etário – Obesidade, Tabagismo e alimentação

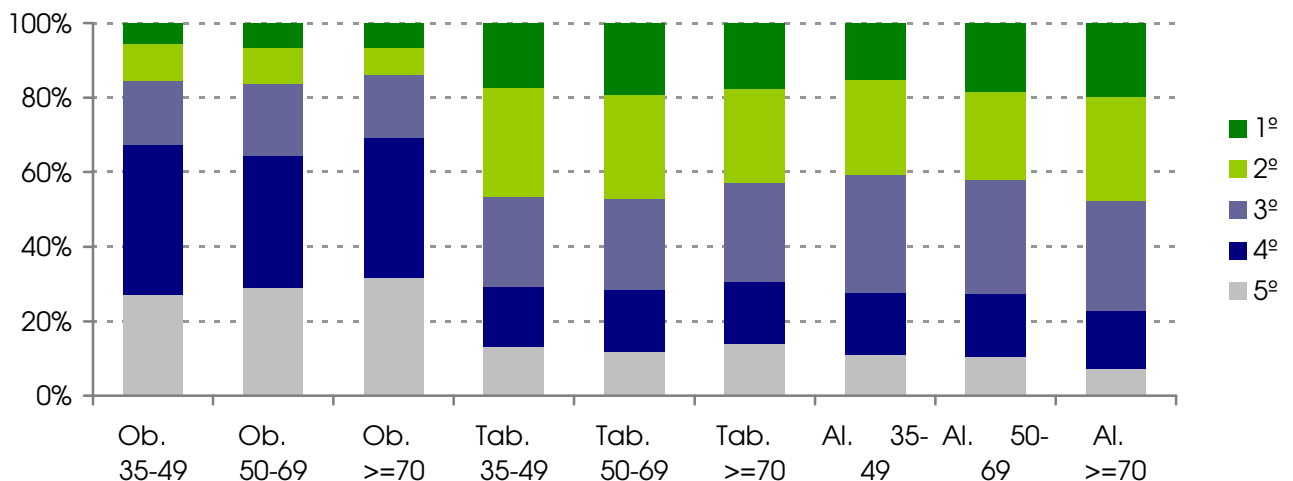
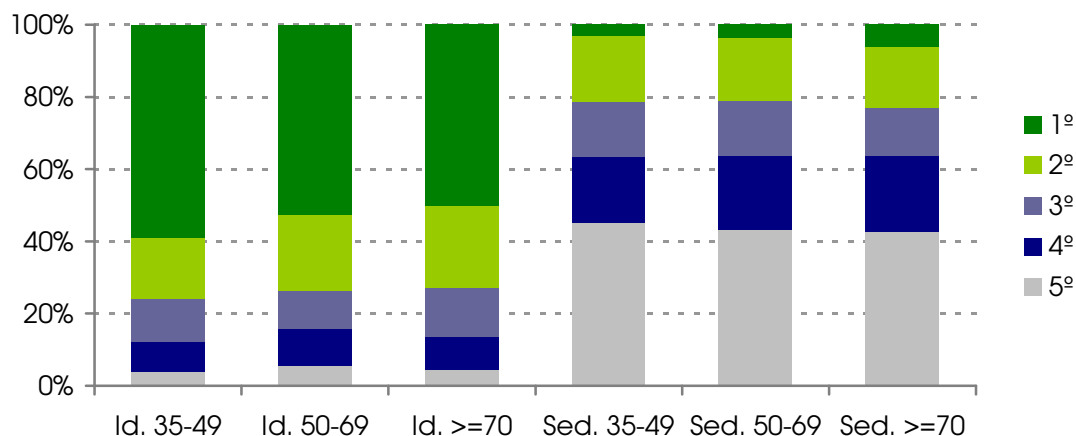


Gráfico 13 Factores de risco para cancro da próstata por grupo etário – Idade e Sedentarismo



Excepção feita ao sintoma “dificuldade em iniciar a micção”, significativamente menos referido pelos indivíduos com 70 anos ou mais, não se

verificaram diferenças estatisticamente significativas na percentagem de indivíduos que referiu os sintomas, entre os três grupos etários.

Tabela 20 Sintomas de cancro da próstata por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Urinar com maior frequência	139 (35,0)	129 (31,4)	58 (38,9)	0,2
Imperiosidade em urinar	146 (36,8)	165 (40,1)	59 (39,6)	0,6
Acordar várias vezes durante a noite para urinar	137 (34,5)	157 (38,2)	61 (40,9)	0,3
Dor ou ardor durante a micção	276 (69,5)	296 (72,0)	95 (63,8)	0,2
Dificuldade em iniciar a micção	230 (57,9)	226 (55,0)	64 (43,0)	0,007
Todas as mencionadas	480 (54,7)	482 (54,0)	225 (60,2)	0,1



### Prevenção da Doença Prostática

Verificou-se que, à medida que se avança nos escalões etários existe uma maior percentagem de inquiridos que

já falaram com o seu médico de família sobre a próstata.

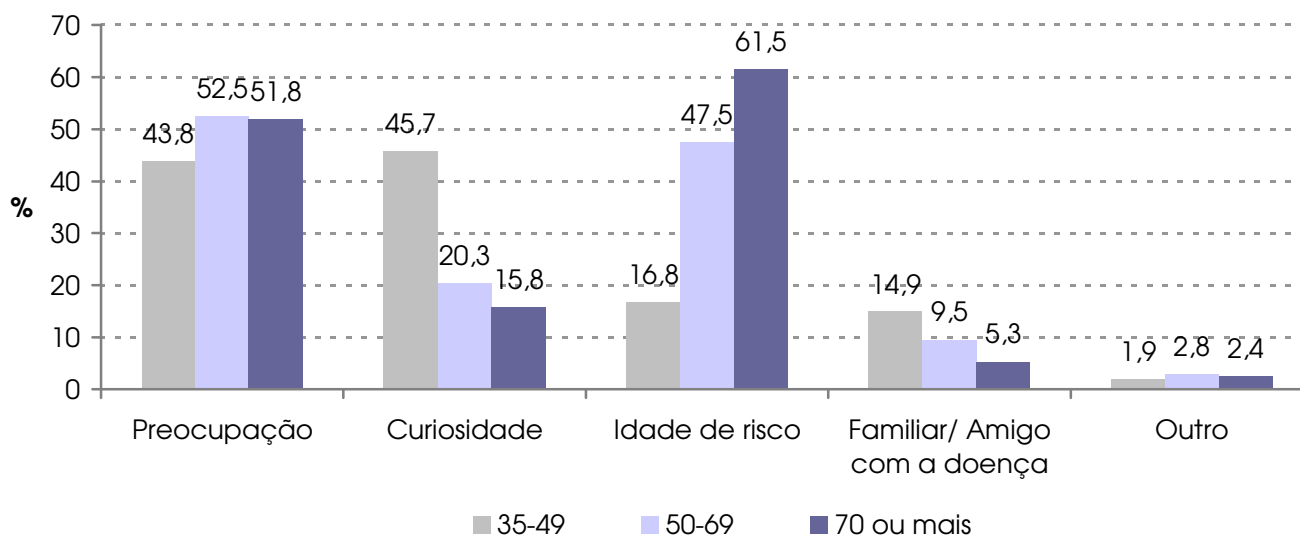
Tabela 21 Falou sobre a próstata com o seu médico

	N	%	p
35-49 anos	208	23,2	<0,001
50-69 anos	423	46,7	
≥ 70	247	63,7	

Em relação aos motivos referidos para abordar o assunto com o médico, os inquiridos do grupo etário mais jovem referiram em maior percentagem a "curiosidade" ( $p < 0,001$ ) e o facto de terem um "familiar ou amigo com doença prostática" ( $p = 0,002$ ). Por outro

lado, os indivíduos com idade superior a 50 anos referiram mais frequentemente estar em "idade de risco" ( $p < 0,001$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos restantes motivos apresentados.

Gráfico 14 Motivos para abordar o tema próstata/doença prostática com o médico,  
por grupo etário



A maioria dos inquiridos com idades entre os 35 e os 49 anos referiu que consultaria o urologista para prevenir o

cancro da próstata. Com o aumento da idade verificou-se um aumento da referência ao médico de família.

Tabela 22 Médico que consultaria para prevenir o cancro da próstata por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Médico de família	314 (35,5)	421 (46,7)	237 (62,2)	
Urologista	535 (60,5)	453 (50,2)	132 (34,6)	
Médico de família e Urologista	36 (4,1)	28 (3,1)	12 (3,1)	<0,001
Total	885 (100,0)	902 (100,0)	381 (100,0)	

São principalmente os inquiridos com idade igual ou superior a 70 anos, aqueles que já consultaram um médico por motivos relacionados com a

próstata, verificando-se um aumento estatisticamente significativo, com o avançar nos escalões etários.

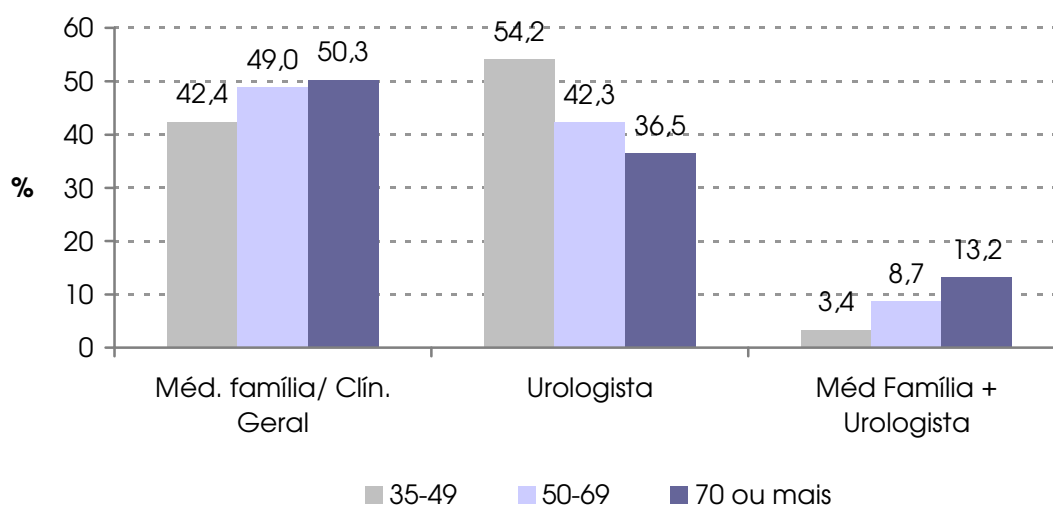
Tabela 23 Consultou um médico por motivos relacionados com a próstata por grupo etário

	N	%	p
35-49 anos	59	6,6	<0,001
50-69 anos	209	23,0	
≥ 70	159	41,0	

O gráfico seguinte apresenta os médicos consultados pelos inquiridos por motivos relacionados com a

próstata, não se tendo verificado uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,07)

Gráfico 15 Médico consultado por motivos relacionados com a próstata por grupo etário



## Doença Prostática

Foram os inquiridos mais velhos aqueles que referiram em maior percentagem já lhes ter sido diagnosticado cancro da próstata ou HBP – 15%, comparativamente aos indivíduos com idades entre os 35 e os 49 anos – 1% e entre os 50 e os 69 anos – 6% ( $p < 0,001$ ). A tabela seguinte apresenta, dos indivíduos a quem já foi diagnosticada

uma doença prostática, a percentagem dos que já foram submetidos a algum tipo de tratamento ou operação à próstata e que tomavam, à data do inquérito, medicamentos.

Tabela 24 Tratamento e medicação para doença prostática próstata por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)
Tratamento	5 (0,6)	63 (6,9)	85 (21,7)
Medicamentos	4 (0,5)	52 (6,3)	67 (18,2)
Medicamentos naturais	3 (0,4)	11 (1,3)	16 (4,4)

Vinte por cento dos inquiridos com 70 anos ou mais, 14% dos indivíduos com idades entre os 50 e 69 anos, e 12% do grupo etário entre os 35 e os 49 anos

referiram ter algum familiar em 1º grau que tinha/ tinha tido cancro da próstata ( $p = 0,007$ ).

## Métodos de Diagnóstico da Doença Prostática

Metade dos inquiridos do grupo etário mais velho referiu já ter realizado o exame do toque rectal. Esta percentagem baixava para 29% se se considerassem os indivíduos com idades entre os 50 e os 69 anos e para 7% se se considerasse o grupo etário mais jovem, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Relativamente ao PSA, são também os inquiridos mais idosos que referiram já ter ouvido falar neste exame – 48%,

sendo que 41% já o tinha realizado; no grupo etário dos 50 aos 69 anos 40% já tinham ouvido falar no exame e 27% já o tinham realizado; nos indivíduos com idades entre os 35 e os 49 anos, estas percentagens foram de 33% e 6%, respectivamente ( $p < 0,001$ , em ambas as comparações).

Com o aumento da idade verificou-se uma maior regularidade na execução do exame.

Tabela 25 Regularidade de realização do PSA por grupo etário

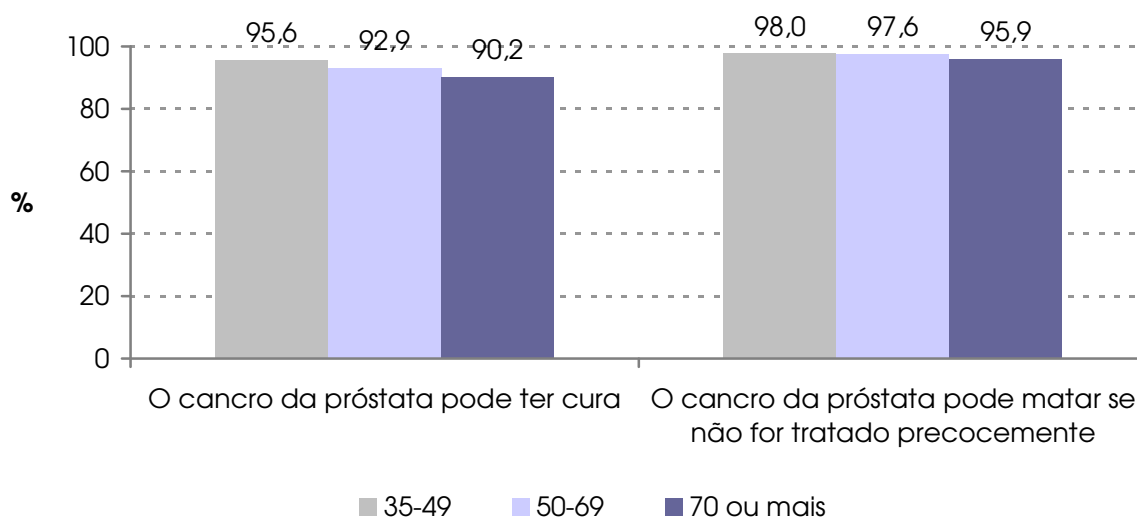
	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
3 em 3 meses	--	8 (3,7)	21 (13,7)	<0,001
6 em 6 meses	6 (11,5)	44 (20,1)	50 (32,7)	
Uma vez por ano	41 (78,8)	152 (69,4)	72 (47,1)	
Mais de uma vez por ano	5 (9,6)	15 (6,8)	10 (6,5)	
Total	52 (100,0)	219 (100,0)	153 (100,0)	

## Crenças acerca da Doença Prostática

São os indivíduos dos grupos etários mais jovens que concordaram em maior percentagem que o cancro da próstata pode ter cura ( $p=0,001$ ). Relativamente à afirmação “o cancro

da próstata pode matar se não for tratado precocemente”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ( $p=0,1$ ).

Gráfico 16 Crenças acerca da doença prostática por grupo etário



## IPSS – Escala Internacional dos Sintomas Prostáticos

Cinquenta e oito por cento dos inquiridos do escalão etário mais jovem, 81% dos indivíduos com idades entre os 50 e os 69 anos e 93% dos indivíduos com 70 anos ou mais apresentavam pelo menos um dos sintomas, ainda

que ligeiros, descritos na Escala Internacional dos Sintomas da Próstata – IPSS, sendo este aumento através dos grupos etários estatisticamente significativo ( $p<0,001$ ).

As tabelas seguintes apresentam a análise de cada um dos itens da escala por grupo etário, tendo-se verificado que são os inquiridos mais velhos que apresentam sintomas e maior frequência destes, em maior percentagem.

Tabela 26 Sensação de não esvaziar por completo a bexiga depois de ter urinado por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	669 (79,9)	458 (54,1)	94 (25,1)	<0,001
Poucas vezes	162 (19,4)	336 (39,7)	182 (48,7)	
Cerca de metade das vezes	5 (0,6)	46 (5,4)	81 (21,7)	
Quase sempre	1 (0,1)	7 (0,8)	17 (4,5)	
Total	837 (100,0)	847 (100,0)	374 (100,0)	

Tabela 27 Urinar com menos de duas horas de intervalo entre micções por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	628 (75,0)	473(55,8)	88(23,6)	<0,001
Poucas vezes	197 (23,5)	311 (36,7)	180 (48,3)	
Cerca de metade das vezes	7 (0,8)	54 (6,4)	84 (22,5)	
Quase sempre	5 (0,6)	9 (1,1)	21 (5,6)	
Total	837 (100,0)	847 (100,0)	373 (100,0)	

Tabela 28 Quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	736 (88,1)	527 (62,2)	122 (32,6)	<0,001
Poucas vezes	94 (11,3)	260 (30,7)	158 (42,2)	
Cerca de metade das vezes	5 (0,6)	50 (5,9)	72 (19,3)	
Quase sempre	--	10 (1,2)	22 (5,9)	
Total	835 (100,0)	847 (100,0)	374 (100,0)	

Tabela 29 Dificuldade em aguentar o ter de urinar após ter tido vontade por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	723 (86,4)	542 (64,1)	125 (33,7)	<0,001
Poucas vezes	109 (13,0)	237 (28,0)	139 (37,5)	
Cerca de metade das vezes	5 (0,6)	59 (7,0)	80 (21,6)	
Quase sempre	--	8 (0,9)	27 (7,3)	
Total	837 (100,0)	846 (100,0)	371 (100,0)	

Tabela 30 Quantas vezes teve um jacto urinário fraco por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	705 (84,2)	570 (67,5)	144 (38,6)	<0,001
Poucas vezes	123 (14,7)	211 (25,0)	134 (35,9)	
Cerca de metade das vezes	7 (0,8)	53 (6,3)	63 (16,9)	
Quase sempre	2 (0,2)	11 (1,3)	32 (8,6)	
Total	837 (100,0)	845 (100,0)	373 (100,0)	

Tabela 31 Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	691 (82,8)	514 (60,8)	144 (38,5)	<0,001
Poucas vezes	139 (16,6)	269 (31,8)	144 (38,5)	
Cerca de metade das vezes	3 (0,4)	56 (6,6)	59 (15,8)	
Quase sempre	2 (0,2)	6 (0,7)	27 (7,2)	
Total	835 (100,0)	845 (100,0)	374 (100,0)	



Tabela 32 Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar por grupo etário

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nunca	450 (53,8)	261 (30,9)	67 (17,9)	<0,001
1 vez	247 (29,5)	243 (28,7)	73 (19,5)	
2 vezes	102 (12,2)	207 (24,5)	93 (24,8)	
3 vezes	23 (2,8)	85 (10,0)	80 (21,3)	
4 vezes	6 (0,7)	29 (3,4)	29 (7,7)	
5 vezes	8 (1,0)	21 (2,5)	33 (8,8)	
Total	836 (100,0)	846 (100,0)	375 (100,0)	

De acordo com a classificação da escala, são os inquiridos com 70 anos

ou mais os que apresentavam sintomas graves em maior percentagem.

Tabela 33 Classificação do IPSS

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Sem sintomas	350 (42,0)	158 (18,8)	27 (7,3)	<0,001
Sintomas ligeiros	352 (42,3)	308 (36,6)	57 (15,5)	
Sintomas moderados	124 (14,9)	294 (34,9)	151 (41,0)	
Sintomas graves	7 (0,8)	82 (9,7)	133 (36,1)	
Total	833 (100,0)	842 (100,0)	368 (100,0)	

Relativamente aos indivíduos com sintomas (n=1508), são também os indivíduos do grupo etário mais velho que referiram com maior frequência

que os sintomas os incomodam moderadamente a muito no seu dia a dia.

Tabela 34 Incómodo provocados pelos sintomas

	35-49 N (%)	50-69 N (%)	≥ 70 N (%)	p
Nada	380 (78,7)	431 (63,0)	110 (32,3)	<0,001
Pouco	98 (20,3)	206 (30,1)	154 (45,2)	
Moderadamente	5 (1,0)	38 (5,6)	58 (17,0)	
Muito	--	9 (1,3)	19 (5,6)	
Total	483 (100,0)	684 (100,0)	341 (100,0)	

## CONCLUSÃO

Este estudo epidemiológico transversal pretendeu avaliar os conhecimentos e práticas dos homens portugueses, com idade igual ou superior a 35 anos, relativamente à doença prostática.

Como objectivos secundários, o estudo analisou os conhecimentos e práticas dos conhecimentos e práticas relativos à doença prostática, estratificados por grupo etário e caracterizou os comportamentos e crenças de saúde dos homens, em Portugal, a nível global e estratificado por grupo etário.

Foram analisados dados referentes a 2.201 homens com idade média de  $55,1 \pm 13,7$  anos.

Os principais pontos a destacar são:

Relativamente a crenças e comportamentos de saúde, mais de metade dos inquiridos apresentaram uma percepção positiva da sua saúde e foram a uma consulta médica no último ano, maioritariamente ao Médico de família/ Clínico geral.

Noventa e três por cento dos inquiridos já ouviram falar do cancro da próstata, principalmente através dos *media*, considerando como principais factores de risco, por esta ordem, a idade, tabagismo, alimentação, obesidade e sedentarismo.

Quarenta por cento dos inquiridos já falaram sobre a próstata com o seu médico de família, na sua maioria por preocupação ou por se encontrarem numa idade de risco. Por outro lado, 20% referiram já ter consultado o médico de família ou o urologista por motivos relacionados com a próstata.

Um quarto dos inquiridos já tinham realizado o exame de toque rectal e 21% o PSA. Comparativamente aos inquiridos que nunca realizaram nenhum destes exames de diagnóstico, os que os realizaram são estatisticamente mais velhos, foram, em maior percentagem, ao médico no último ano, têm maior à-vontade com o médico de família, apresentam maior conhecimento sobre cancro da próstata (quer por já ter ouvido falar, quer por já ter falado com o médico), e consultaram em maior percentagem um médico por motivos relacionados com a próstata.

Tinham diagnóstico prévio de cancro da próstata ou hiperplasia benigna da próstata 5% dos inquiridos. Estes indivíduos são estatisticamente mais velhos, consultaram, em maior percentagem, um médico no último ano e têm, em maior percentagem, antecedentes familiares de doença prostática.

Setenta e quatro por cento dos inquiridos apresentava pelo menos um dos sintomas, ainda que ligeiro, descritos na IPSS, 35% apresentavam sintomas ligeiros, 28% moderados e 11% graves. Os indivíduos com sintomas ligeiros a moderados, comparativamente aos inquiridos sem sintomas, são estatisticamente mais velhos, dirigiram-se, em maior percentagem, ao médico no último ano, já ouviram mais falar sobre a próstata e tiveram comportamentos de saúde no sentido da prevenção da doença prostática. Por outro lado, são também esses os que têm, em maior percentagem, doença prostática. Com o aumento da gravidade dos sintomas os indivíduos apresentavam uma idade estatisticamente superior e mais comportamentos de prevenção da doença.

Na análise estratificada por grupo etário os pontos que merecem destaque são:

À medida que se consideram classes etárias mais elevadas existe uma percepção cada vez menos positiva da própria saúde e uma maior percentagem de idas ao médico no último ano, bem como do número de médicos consultados.

O conhecimento da doença prostática não diferiu entre grupos etários, sendo os factores de risco e sintomas referidos de forma semelhante pelos indivíduos de cada grupo.

No grupo etário mais velho o médico de família assume um papel bastante importante na divulgação de informação sobre doença prostática, sendo os *media* o veículo de informação que assume este papel junto das classes etárias mais jovens.

À medida que se avança nas classes etárias verifica-se um aumento de comportamentos de prevenção da doença prostática, quer pela maior frequência de diálogo com o médico sobre estas patologias, quer pela consulta do médico especificamente por motivos relacionados com a próstata, quer pela realização do exame do toque rectal e/ou do PSA.

São os indivíduos do grupo etário acima dos 70 anos, aqueles que apresentam em maior percentagem diagnóstico prévio de doença prostática.

O estudo realizado na população portuguesa demonstrou que a quase totalidade de homens com mais de 35 anos afirmou já ter ouvido falar de cancro da próstata e identificou correctamente os principais factores de risco associados a esta patologia. Estes resultados demonstram uma maior sensibilização dos homens portugueses face a esta problemática, quando comparamos os resultados com estudos anteriores realizados em Portugal, em que o desconhecimento apresentado foi bastante maior <sup>11</sup>  
<sup>12</sup>,

Os resultados encontrados relativamente às características dos indivíduos que já efectuaram algum exame de prevenção de doença prostática vêm em consonância com os apresentados por outros autores, referentes a estudos de características semelhantes realizados noutras populações<sup>12 13 14 15</sup>, sendo estes indivíduos de grupos etários mais velhos e tendo já, em maior percentagem, conversado com o médico sobre a próstata ou consultado o médico por motivos relacionados com a próstata.

Um outro factor que merece destaque é o facto de, nos estudos acima mencionados, e no estudo agora realizado, existir uma relação directa entre os comportamentos de prevenção e a gravidade dos sintomas avaliados pela escala IPSS. Outros factores associados de forma directa com os comportamentos de prevenção, como já referido, são a idade e a consulta do médico.

A análise dos dados apresentados permite concluir que as sucessivas campanhas de informação face à doença prostática têm tido algum impacto junto da população masculina, mas que se deve continuar a promover acções de sensibilização junto da comunidade, sendo para isso, fundamental, o papel do médico de família e dos meios de comunicação social.

## **ANEXOS**

---

### **ANEXO 1 – Questionário**

Região \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Inquiridor \_\_\_\_\_

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL DE AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS E CONHECIMENTOS DOS HOMENS RELATIVAMENTE A DOENÇA PROSTÁTICA, EM PORTUGAL**

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO – SER RESIDENTE EM PORTUGAL; TER IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 35 ANOS**

1. Idade \_\_\_\_\_ anos      2. Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Ultimo ano completo

3. Situação Profissional/ Actividade:    Estudante     Desempregado   
    Activo       profissão \_\_\_\_\_  
    Reformado     profissão \_\_\_\_\_

4. Estado Civil:    Solteiro     Casado     Divorciado     Viúvo

5. Concorda, ou não, com as seguintes afirmações?

- a. Cada um é responsável pela sua saúde.      Sim     Não
- b. De acordo com os médicos que consultei a minha saúde está, de momento, excelente.      Sim     Não
- c. Parece que adoeço mais facilmente do que as outras pessoas.      Sim     Não
- d. Sinto-me melhor do que nunca.      Sim     Não
- e. Provavelmente adoecerei muitas vezes no futuro.      Sim     Não
- f. Nunca me preocupo com a minha saúde.      Sim     Não
- g. Não gosto de ir ao médico.      Sim     Não
- h. Preocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas se preocupam com a delas.      Sim     Não
- i. Adoecer de vez em quando faz parte da minha vida.      Sim     Não
- j. Nunca tive uma doença que durasse um longo período de tempo.      Sim     Não
- l. A minha saúde é uma preocupação na minha vida.      Sim     Não
- m. Nunca estive seriamente doente.      Sim     Não
- n. Não me importo de ir ao médico.      Sim     Não

6. No último ano consultou o médico?      Sim     Não

6.1. Se **sim**, recorreu a que médico(s) e porque motivo(s)? (coloque uma cruz em todos os aplicáveis)

	Rotina	Pedido de receitas	Análises de rotina	Patologia Específica	Outro(s), qual?
Médico Família <input type="checkbox"/>					
Clínico Geral <input type="checkbox"/>					
Urologista <input type="checkbox"/>					
Outro, qual? <input type="checkbox"/>					



7. Como classificaria o grau de à vontade que tem com o seu médico de família? Nenhum  Pouco  Bastante  Muito  NS/NR

8. Como classificaria a facilidade ou grau de acessibilidade a uma consulta com o seu médico de família? Nenhuma  Pouca  Bastante  Muita  NS/NR

9. Já ouviu falar do cancro da próstata? Sim  Não

9.1. Se **sim**, onde adquiriu informação sobre o cancro da próstata? (indique todos os aplicáveis)  
Médico  Familiar/Amigo  Farmacêutico  *Media*   
TV, rádio, imprensa, internet

10. Ordene, de 1º a 5º, os principais factores de risco para o cancro da próstata.  
Obesidade  Tabagismo  Alimentação  Idade  Sedentarismo

11. Quais são na sua opinião os principais sintomas que podem indicar uma doença na próstata?  
Urinar com maior frequência  Dor ou ardor durante a micção   
Imperiosidade em urinar  Dificuldade em iniciar a micção   
Ter de acordar várias vezes durante a noite para urinar  Todas as mencionadas

12. Alguma vez falou sobre a próstata com o seu médico de família? Sim  Não

12.1. Se **sim**, porque motivo? Preocupação  Curiosidade  Idade de Risco   
Familiar/Amigo com a doença  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

13. A que médico iria para prevenir o cancro da próstata?  
Médico de Família do Centro de Saúde  Clínico Geral  Urologista   
Outro  Qual? \_\_\_\_\_

14. Já alguma vez consultou um médico por motivos relacionados com a próstata? Sim  Não

14.1. Se **sim**, recorreu a: Médico de Família do Centro de Saúde  Clínico Geral   
Urologista  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

15. Alguma vez lhe foi diagnosticado cancro da próstata ou Hiperplasia Benigna da próstata (HBP)? Sim  Não

16. Alguma vez foi submetido a algum tipo de tratamento ou operação à próstata? Sim  Não

17. Toma medicamentos para a próstata? Sim  Não

17.1. Se **sim**, qual ou quais? \_\_\_\_\_

18. E medicamentos naturais? Sim  Não

18.1. Se **sim**, qual ou quais? \_\_\_\_\_

19. Alguma vez lhe foi feito o toque rectal? Sim  Não

20. Já ouviu falar na PSA (análise ao sangue para detectar o cancro da próstata)? Sim  Não

21. Alguma vez fez a PSA? Sim  Não

21.1 Se **sim**, com que regularidade?

3 em 3 meses  6 em 6 meses  Uma vez por ano  Mais de uma vez por ano

22. Tem algum familiar de primeiro grau (pai ou irmãos) que tem, ou teve, cancro na próstata? Sim  Não

23. Concorda, ou não, com as seguintes afirmações?

a. Acha que o cancro da próstata pode ter cura? Sim  Não

b. Acha que o cancro da próstata pode matar se não for tratado precocemente? Sim  Não

#### IPSS – Escala Internacional dos Sintomas da Próstata

24. Durante o último mês, quantas vezes teve a sensação de não esvaziar por completo a bexiga depois de ter urinado?

Nunca  Poucas vezes  Cerca de metade das vezes  Quase sempre

25. Durante o último mês, quantas vezes teve que urinar com menos de duas horas de intervalo entre micções?

Nunca  Poucas vezes  Cerca de metade das vezes  Quase sempre

26. Durante o último mês, quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção?

Nunca  Poucas vezes  Cerca de metade das vezes  Quase sempre

27. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em aguentar o ter de urinar depois de ter tido vontade?

Nunca  Poucas vezes  Cerca de metade das vezes  Quase sempre

28. Durante o último mês, quantas vezes teve um jacto urinário fraco?

Nunca  Poucas vezes  Cerca de metade das vezes  Quase sempre

29. Durante o último mês, quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?

Nunca  Poucas vezes  Cerca de metade das vezes  Quase sempre

30. Durante o último mês, quantas vezes se levantou para urinar durante a noite?

Nunca  1 vez  2 vezes  3 vezes  4 vezes  5 vezes

31. Quanto é que estes sintomas o incomodaram no seu dia-a-dia?

Nada  Pouco  Moderadamente  Muito

**Obrigado pela sua colaboração**

## ANEXO 2 – População e estratificação da amostra

População residente – Census 2001, INE

Zona Geográfica, Nacionalidade	Total	35 a 49	50 a 69	70 ou +
Norte	877797	394352	345816	137629
Centro	623416	236182	256394	130840
Lisboa	674972	269470	300809	104693
Alentejo	220724	77794	91107	51823
Algarve	110072	42294	45378	22400
Madeira	52277	24621	19585	8071
Açores	53215	24980	19703	8532
Portugal	2612473	1069693	1078792	463988

Distribuição percentual

Zona Geográfica, Nacionalidade	Total	35 a 49	50 a 69	70 ou +
Norte	100	44,93	39,40	15,68
Centro	100	37,89	41,13	20,99
Lisboa	100	39,92	44,57	15,51
Alentejo	100	35,24	41,28	23,48
Algarve	100	38,42	41,23	20,35
Madeira	100	47,10	37,46	15,44
Açores	100	46,94	37,03	16,03
Portugal	100	40,95	41,29	17,76

Valores da amostra

Zona Geográfica, Nacionalidade	Total	35 a 49	50 a 69	70 ou +
Norte	739	332	291	116
Centro	525	199	216	110
Lisboa	568	227	253	88
Alentejo	186	65	77	44
Algarve	93	36	38	19
Madeira	44	21	16	7
Açores	45	21	17	7
Portugal	2200	901	908	391

### REGIÃO NORTE – GRUPOS DE CONCELHOS

		DENSIDADE POPULAÇÃO		
		Baixa (-)	Média (±)	Elevada (+)
PODER DE COMPRA CONCELHIO	Baixo (-)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alfândega da Fé</li> <li>2. Alijó</li> <li>3. Boticas</li> <li>4. Carrazeda de Ansiães</li> <li>5. Freixo de Espada à Cinta</li> <li>6. Mondim de Basto</li> <li>7. Montalegre</li> <li>8. Ribeira de Pena</li> <li>9. Sabrosa</li> <li>10. São João da Pesqueira</li> <li>11. Sernancelhe</li> <li>12. Tabuaço</li> <li>13. Terras de Bouro</li> <li>14. Valpaços</li> <li>15. Vila Flor</li> <li>16. Vila Pouca de Aguiar</li> <li>17. Vinhais</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arcos de Valdevez</li> <li>2. Armamar</li> <li>3. Baião</li> <li>4. Cabeceiras de Basto</li> <li>5. Celorico de Basto</li> <li>6. Cinfães</li> <li>7. Paredes de Coura</li> <li>8. Resende</li> <li>9. Santa Marta de Penaguião</li> <li>10. Tarouca</li> <li>11. Vieira do Minho</li> </ol>	
	Médio (±)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Macedo de Cavaleiros</li> <li>2. Melgaço</li> <li>3. Miranda do Douro</li> <li>4. Mogadouro</li> <li>5. Murça</li> <li>6. Penedono</li> <li>7. Torre de Moncorvo</li> <li>8. Vila Nova de Foz Côa</li> <li>9. Vimioso</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amarante</li> <li>2. Arouca</li> <li>3. Castelo de Paiva</li> <li>4. Mesão Frio</li> <li>5. Moimenta da Beira</li> <li>6. Monção</li> <li>7. Ponte da Barca</li> <li>8. Ponte de Lima</li> <li>9. Póvoa de Lanhoso</li> <li>10. Vila Nova de Cerveira</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amares</li> <li>2. Esposende</li> <li>3. Fafe</li> <li>4. Lousada</li> <li>5. Marco de Canaveses</li> <li>6. Paredes</li> <li>7. Penafiel</li> <li>8. Vila Verde</li> </ol>
	Elevado (+)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bragança</li> <li>2. Mirandela</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caminha</li> <li>2. Chaves</li> <li>3. Lamego</li> <li>4. Vale de Cambra</li> <li>5. Valença</li> <li>6. Vila Real</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barcelos</li> <li>2. Braga</li> <li>3. Espinho</li> <li>4. Feira</li> <li>5. Felgueiras</li> <li>6. Gondomar</li> <li>7. Guimarães</li> <li>8. Maia</li> <li>9. Matosinhos</li> <li>10. Oliveira de Azeméis</li> <li>11. Paços de Ferreira</li> <li>12. Peso da Régua</li> <li>13. Porto</li> <li>14. Póvoa de Varzim</li> <li>15. Santo Tirso</li> <li>16. São João da Madeira</li> <li>17. Valongo</li> <li>18. Viana do Castelo</li> <li>19. Vila do Conde</li> <li>20. Vila Nova de Famalicão</li> <li>21. Vila Nova de Gaia</li> </ol>

**REGIÃO CENTRO – GRUPOS DE CONCELHOS**

		DENSIDADE DE POPULAÇÃO	
		INF. MEDIANA (-)	SUP. MEDIANA (+)
PODER DE COMPRA CONCELHIO	INF. MEDIANA (-)	Aguiar da Beira Alvaiázere Castanheira de Pêra Castro daire Celorico da Beira Figueira de Castelo Rodrigo Figueiró dos Vinhos Fornos de Algodres Góis Gouveia Idanha-a-Nova Mação Manteigas Meda Oleiros Pedrógão Grande Penalva do Castelo Penamacor Penela Pinhel Proença-a-Nova Sabugal São Pedro do Sul Sertã Tábua Trancoso Vila de Rei Vila Nova de Paiva Vila Velha de Ródão Vouzela	Carregal do Sal Mira Montemor-o-Velho Murtosa Oliveira de Frades Penacova Satão Soure Tondela
	SUP. MEDIANA (+)	Almeida Arganil Belmonte Castelo Branco Fundão Guarda Mortágua Pampilhosa da Serra Seia	Águeda Albergaria-A-Velha Anadia Ansião Aveiro Batalha Cantanhede Coimbra Condeixa-a-Nova Covilhã Estarreja Figueira da Foz Ílhavo Leiria Lousã Mangualde Marinha Grande Mealhada Miranda do Corvo Nelas Oliveira do Bairro Oliveira do Hospital Ovar Pombal Porto de Mós Santa Comba Dão Sever do Vouga Vagos Vila Nova de Poiares Viseu

## REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO – GRUPOS DE CONCELHOS

		DENSIDADE POPULAÇÃO		
		Baixa (-)	Média (±)	Elevada (+)
PODER DE COMPRA CONCELHIO	Baixo (-)	Almeirim Alpiarça Cadaval Chamusca Constância Coruche Ferreira do Zêzere Gavião Golegã Óbidos Salvaterra de Magos Vila Nova de Ourém	Arruda dos Vinhos Lourinhã Tomar	Nazaré Peniche
	Médio (±)	Abrantes Azambuja Benavente Rio Maior Sardoal	Alcanena Alcobaça Alcochete Alenquer Bombarral Cartaxo Mafra Sobral de Monte Agraço Torres Novas Vila Nova da Barquinha	Moita Torres Vedras
	Elevado (+)		Montijo Palmela Santarém	Almada Amadora Barreiro Caldas da Rainha Cascais Entroncamento Lisboa Loures Oeiras Seixal Sesimbra Setúbal Sintra Vila Franca de Xira

**REGIÃO ALENTEJO – GRUPOS DE CONCELHOS**

		DENSIDADE DE POPULAÇÃO	
		INF. MEDIANA (-)	SUP. MEDIANA (+)
PODER DE COMPRA CONCELHIO	INF. MEDIANA (-)	Alandroal Almodôvar Alvito Arraiolos Avis Barrancos Crato Ferreira do Alentejo Mértola Monforte Mourão Odemira Ourique Portel Serpa	Aljustrel Cuba Fronteira Marvão Moura Redondo Vidigueira
	SUP. MEDIANA (+)	Alcácer do Sal Alter do Chão Arronches Montemor-o-Novo Mora Viana do Alentejo	Beja Borba Campo Maior Castelo de Vide Castro Verde Elvas Estremoz Évora Grândola Nisa Ponte de Sôr Portalegre Reguengos de Monsaraz Santiago do Cacém Sines Sousel Vendas Novas Vila Viçosa

## REGIÃO DO ALGARVE

		DENSIDADE DE POPULAÇÃO	
		INF. MEDIANA (-)	SUP. MEDIANA (+)
PODER DE COMPRA CONCELHIO	INF. MEDIANA (-)	Alcoutim Aljezur Castro Marim Monchique São Brás de Alportel Silves Tavira Vila do Bispo	Lagoa Lagos Olhão Vila Real de Santo António
	SUP. MEDIANA (+)	Loulé	Albufeira Faro Portimão



## MADEIRA



## AÇORES - SÃO MIGUEL



---

## REFERÊNCIAS

---

- 1 The Vienna Declaration on health of men and boys in Europe, 1 October 2005
- 2 In [www.who.int](http://www.who.int)
- 3 Melo FC. Alfa-bloqueantes e hiperplasia benigna da próstata (HBP). Acta Urologia Portuguesa. 1992; 9(1-2):37-40.
- 4 Vendeira P, Diniz P. Hiperplasia benigna da próstata (HBP). Geriatria. 1998; 11(110):5-12.
- 5 Cancer Research UK. Prostate Cancer stats. London 2002.
- 6 Coutinho, JV. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata (estudo exploratório). Psicologia Saúde e Doenças. 2001; 1 (2) 107-115.
- 7 Micheli A, Mugno E, Krogh V, Quinn MJ, Coleman M, Hakulinen T, et al. Cancer prevalence in European registry areas. Ann Oncol 2002; 13: 840-865.
- 8 Scher HI. Hyperplastic and malignant diseases of the prostate. In Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed, Single Volume. NYC: The McGraw-Hill Companies. 2005;p. 543-550.
- 9 Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 1.0. Lyon: IARC Press. IARC Cancer Base No. 5. 2001.
- 10 Ferreira SD. Avaliação da próstata em clínica geral. Geriatria 2003;15(156):10-12.

---

11 Dias JS, Pereira NM, Rosa JP e Santos C. Estudo PROSPOR – PROStata em Portugal. 2005.

12 Coutinho JV. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata (Estudo exploratório). *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2001; 2 (001):107-115.

13 Steele CB, Miller DS, Maylahn C, Uhler RJ, Baker CT. Knowledge, attitudes, and screening practices among older men regarding prostate cancer. *Am J Public Health*. 2000 Oct;90(10):1595-600.

14 Pinnock CB, Weller DP, Marshall VR. Self-reported prevalence of prostate-specific antigen testing in South Australia: a community study. *Med J Aust*. 1998 Jul 6;169(1):25-8.

15 Gattellari M, Young JM, Ward JE. GP and patient predictors of PSA screening in Australian general practice. *Fam Pract*. 2003 Jun;20(3):294-303.

16 Nijs, HG, Essink-Bot ML, Dekoning HJ, Kirkels WJ, Schroder FH. Why do men refuse or attend population –based screening for prostate cancer? *Journal of public health medicine*. 2000; 22(3):312-6.

17 Herkommer K et al. Is the prostate cancer screening behaviour of men with familial predisposition predictable? *Urologe A*. 2005; 44 (4):387-92.

18 National Screening Committee. Second Report of the National Screening Committee. London: Department of Health; 2.

19 Gornick ME, Eggers PW, Riley GF. Associations of race, education and patterns of preventive service use with stage of cancer at time of diagnosis. *Health Services Research*. 2004; 39 (5): 1403-27.

20 Stotts RC. Cancers of the prostate, penis and testicles: epidemiology, prevention and treatment. *The nursing clinics of North America*. 2004; 39 (2): 327-40.