

Artigos Originais

Avaliação de práticas e conhecimentos dos homens relativamente a doença prostática, em Portugal

- Estudo epidemiológico

Ana Santos¹, Nilza Gonçalves², Maria João Santos³, Francisco Rolo⁴, Ana Macedo⁵

1. KeyPoint Consultoria Científica, Unidade de Epidemiologia

2. KeyPoint Consultoria Científica, Unidade de Estatística

3. KeyPoint Consultoria Científica, Gabinete de Apoio à Investigação

4. Associação Portuguesa de Urologia

5. ForPoint, Instituto de Formação e Inovação na Saúde

Resumo

Introdução: A doença prostática está entre as doenças mais dispendiosas nos países industrializados, sendo responsável por uma elevada morbilidade e mortalidade nos homens. Reconhecendo que o grau de conhecimento e a importância dada à saúde são determinantes para as tomadas de decisão do indivíduo relativamente à realização de exames de diagnóstico e que o diagnóstico precoce pode evitar o desenvolvimento de cancro da próstata, este estudo avaliou práticas, conhecimentos e comportamentos de saúde dos homens portugueses relativamente ao cancro da próstata.

Metodologia: Estudo epidemiológico transversal de uma amostra representativa da população portuguesa do sexo masculino, idade ≥ 35 anos, com aplicação de um questionário para recolha de dados demográficos, percepção e conhecimentos de saúde, consultas médicas, conhecimentos sobre a doença, antecedentes familiares e sintomas prostáticos.

Resultados: Inquiriram-se 2.201 homens, idade média 55 ± 14 anos, 72% profissionalmente activos, 76% casados e 34% com 1 a 4 anos de escolaridade. A maioria dos homens já tinha ouvido falar de cancro da próstata, 40% já tinha abordado o tema com o médico e 70% identificou como principal sintoma da doença prostática “dor ou ardor durante a micção”. 24% referiu ter realizado o exame de toque rectal, 38% já tinha ouvido falar no PSA e 21% já o realizara. De acordo com a escala IPSS, 35% dos inquiridos apresentava sintomas ligeiros, 28% moderados e 11% graves, verificando-se um agravamento dos sintomas com o aumento da idade.

Conclusão: Investir na melhoria dos conhecimentos e práticas face à doença prostática é imprescindível para uma prevenção e acompanhamento efectivos dos homens portugueses.

Palavras-chave: Hiperplasia Benigna da Próstata, Cancro da Próstata, Doença Prostática, Conhecimentos e Práticas, Estratégias de Prevenção, Factores de Risco, Testes de Diagnóstico, Sintomas Prostáticos, IPSS.

Correspondência:

Ana Santos

KeyPoint Consultoria Científica

Edifício Miraflores Premium

Alameda Fernão Lopes,

16 - 6º

1495-190 ALGÉS

Introdução

A importância da doença prostática ao nível da saúde pública é inquestionável. Muitos têm sido os estudos que demonstram que, no sexo masculino, a hipertrofia benigna da próstata (HBP) e o cancro da próstata estão entre os principais factores de morbilidade e mortalidade^{1, 2, 3}. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a HBP é causa de morte em 30 por cada 100.000 pessoas, estando entre as três patologias que mais contribuem para as despesas de saúde, nos países industrializados^{4, 5, 6}. Na Europa, a prevalência de cancro da próstata ultrapassa a prevalência de cancro do pulmão⁷, sendo cerca de 12% dos homens afectados por esta patologia^{8, 9, 10}. Estando a patologia prostática relacionada directamente com a idade, ocorrendo maioritariamente em homens com mais de 60 anos de idade, com um pico de incidência entre os 63 e os 65 anos¹¹, o aumento da esperança de vida condicionou, *per se*, um aumento da incidência destas patologias. Ao mesmo tempo, a maior procura de cuidados de saúde, o melhor e mais precoce diagnóstico e a optimização do tratamento, condicionaram um aumento da prevalência^{12, 13, 14}.

Este aumento no número de casos, mas também a mortalidade envolvida, imprime uma elevada importância e urgência na optimização de estratégias de prevenção, abordagem diagnóstica e tratamento destas doenças^{9, 15}.

Até à data, existem poucos estudos com enfoque específico na saúde do homem, no entanto, a evidência aponta no sentido de que o grau de conhecimento¹⁶ e o envolvimento sócio-cultural¹⁷ são, por ventura, tão importantes para a prevenção e tratamento destas doenças, como o património genético e a exposição a factores de risco, sendo premente conhecer as atitudes e comportamentos face à saúde^{18, 19, 20}.

Em Portugal, poucos estudos avaliaram o grau de conhecimento dos homens relativamente às doenças prostáticas e à sua prevenção^{21, 22}. De um modo geral, os estudos revelam algum desconhecimento sobre a HBP e o cancro da próstata, sendo estas doenças, por vezes, confundidas.

Reconhecendo que o grau de conhecimento e a importância dada à saúde são determinantes para as tomadas de decisão do indivíduo no que diz respeito à realização de exames de diagnóstico^{23, 24} e que o diagnóstico precoce pode evitar o desenvolvimento de cancro da próstata²⁵ sendo determinante no controlo desta patologia, desenvolveu-se um estudo que visou avaliar as práticas e conhecimentos dos homens portugueses

relativamente ao cancro da próstata, bem como a utilização de recursos de saúde.

Material e métodos

Tendo como objectivo a avaliação do grau de conhecimentos, presença de sintomas e utilização de cuidados de saúde relacionados com a doença prostática, foi aplicado um questionário, a uma amostra representativa da população portuguesa do sexo masculino, num estudo epidemiológico transversal.

Questionário

O questionário incluiu um total de 31 perguntas, visando a seguinte informação: dados demográficos (idade, escolaridade, situação profissional e estado civil), crenças e comportamentos de saúde, consultas de diagnóstico e acompanhamento relativas a doença prostática (motivação, frequência, aconselhamento, exames complementares de diagnóstico e tratamento), conhecimentos sobre a doença prostática, antecedentes familiares de doença prostática e sintomas prostáticos (de acordo com a Escala Internacional de Avaliação dos Sintomas Prostáticos – I-PSS²⁶). No que diz respeito à análise de conhecimentos, o questionário visou avaliar não o grau de conhecimento “real” sobre doença prostática mas sim, a percepção individual desse mesmo conhecimento. As questões colocadas não visaram 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.

Tratava-se de um questionário de resposta fechada, sendo aplicado por entrevista directa. O período de recolha de dados teve a duração total de um mês, entre Junho e Julho de 2006.

Metodologia de aplicação

Os questionários foram aplicados de acordo com uma abordagem domiciliária, de *random route*, tendo, ainda, sido contactadas entidades locais, profissionais, de lazer e de carácter social (bombeiros, câmaras municipais e escolas). Incluíram-se todos os indivíduos que deram o seu consentimento oral para participar no estudo, depois de uma breve descrição dos objectivos do mesmo.

População

A população em estudo incluiu homens residentes em Portugal continental com idade igual ou superior a 35 anos.

Amostra

A amostra foi definida considerando representatividade global (quantitativa) e estratificação por grupos etários e Região. Assumindo-se uma margem de erro de 5%, e uma distribuição simétrica nas respostas, calculou-se como mínimo a inclusão de 384 homens por sub-grupo em análise. Considerando como grupo limite (o que representa a menor percentagem do total) o grupo etário com idade = 70 anos, foi necessário incluir um total de 2.200 homens.

Estes cálculos basearam-se numa estimativa amostral que considerou o universo global de 2.612.473 homens (com idade igual ou superior a 35 anos) e a sua correspondente subdivisão por grupo etário e por Região (recenseamento de 2001, Instituto Nacional de Estatística - INE).

Análise estatística

Os cálculos estatísticos foram efectuados no software de análise estatística SPSS 15.0. Foi efectuada uma análise descritiva de todas as variáveis. Procedeu-se a análises comparativas por grupo etário e por índice de gravidade na escala IPSS relativamente a grau de conhecimentos e utilização de recursos de saúde. As comparações foram efectuadas utilizando o teste de qui-quadrado e o cálculo de *odds ratios*. As comparações de variáveis contínuas foram efectuadas através do teste de *t-student* para amostras independentes, sempre que se utilizaram dois grupos e, através de *one-way ANOVA*, sempre que se compararam 3 ou mais grupos. O nível de significância assumido foi de 0,05.

Resultados

Perfil demográfico

A amostra foi constituída por 2.201 homens, idade média $55,1 \pm 13,7$ anos. As características sócio-demográficas da amostra encontram-se resumidas no quadro I.

Crenças e comportamentos de saúde

Quando questionados relativamente à sua própria saúde, a maioria dos inquiridos assume uma postura optimista, isto é, manifestando a convicção de ser relativamente saudável. O quadro II resume as afirmações consideradas verdadeiras por mais de 50% dos inquiridos.

Merece referência o facto de 43% dos indivíduos assumir que se importa (pela negativa) de ir ao médico.

Quadro I. Caracterização socio-demográfica

	N (%)
Idade	
35-49	899 (40,8)
50-69	911 (41,4)
=70	391 (17,8)
Distribuição regional	
Norte	737 (33,5)
Centro	526 (23,9)
Lisboa e Vale do Tejo	569 (25,9)
Alentejo	186 (8,5)
Algarve	93 (4,2)
Madeira	45 (2,0)
Açores	45 (2,0)
Estado civil	
Casado	1663 (76,2)
Solteiro	155 (7,1)
Divorciado/Separado	159 (7,3)
Viúvo	205 (9,4)
Grau de instrução	
Analfabeto	67 (3,1)
1º a 4º ano	738 (33,8)
5º a 9º	682 (31,2)
10º a 12º	370 (16,9)
Ensino superior	329 (15,1)
Situação profissional	
Estudante	1 (0,0)
Activo	1578 (71,8)
Reformado	560 (25,5)
Desempregado	59 (2,7)

Consultas de diagnóstico e acompanhamento

Sessenta e três por cento dos indivíduos afirmou ter ido ao médico no ano anterior, sendo que, a maioria, foi uma vez (53%). O médico de família/ clínico geral foi consultado por 70%, tendo o urologista sido consultado por 5%.

Os motivos mais apontados pelos inquiridos para consultar o médico de família foram "avaliação de rotina" (68%) e "pedido de receita" (40%). Relativamente à consulta de urologia o principal motivo é a existência de uma doença (Gráfico 1).

Quadro II. 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

Conhecimento sobre doença prostática

Noventa e três por cento dos inquiridos referiu já ter ouvido falar no cancro da próstata, sendo que o principal veículo de informação apontado relativamente a esta doença foram os *media* (59%), seguindo-se o médico (46%), os familiares ou amigos (35%) e o farmacêutico (15%).

Considerando os factores de risco para o cancro da próstata apresentados e o grau de importância atribuído, a maioria dos indivíduos ordenou-os da seguinte forma: idade, tabagismo, alimentação, obesidade e sedentarismo.

Relativamente aos sintomas da doença prostática, o mais referido foi “dor ou ardor durante a micção” (70%), seguindo-se a “dificuldade em iniciar a micção” (54%), a “imperiosidade em urinar” (39%), o “ter de acordar várias vezes durante a noite para urinar” (37%) e o “urinar com maior frequência” (34%).

Quarenta por cento dos inquiridos já havia conversado com o seu médico de família a respeito da doença prostática, sendo que o principal motivo apresentado para abordar o assunto foi a preocupação com a doença (50%) e o facto de se encontrar em idade de risco (44%).

Exames de diagnóstico de doença prostática

Relativamente ao conhecimento e à realização de exames de diagnóstico, 38% dos indivíduos referiu já ter ouvido falar de PSA e 21% já tinha realizado esta análise. No que diz respeito à periodicidade com que realizam a análise de PSA, a maioria dos indivíduos respondeu “uma vez por ano” (63%).

Um quarto dos inquiridos já tinha sido submetido, pelo menos uma vez, um exame de toque rectal.

A idade média dos indivíduos que já tinham realizado algum tipo de exame de diagnóstico (PSA e/ou toque rectal – 29%) foi estatisticamente superior à dos que nunca realizaram qualquer destes exames ($63,5 \pm 12,3$ vs. $51,6 \pm 12,7$, $p < 0,001$).

A análise comparativa entre quem realizou e não realizou PSA e/ou toque rectal está resumida no gráfico 2, sendo todas as comparações estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Sintomas de doença prostática

A resposta à escala IPSS está descrita no quadro III.

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

Gráfico 1 – Motivo de ida ao médico, por tipo de especialidade

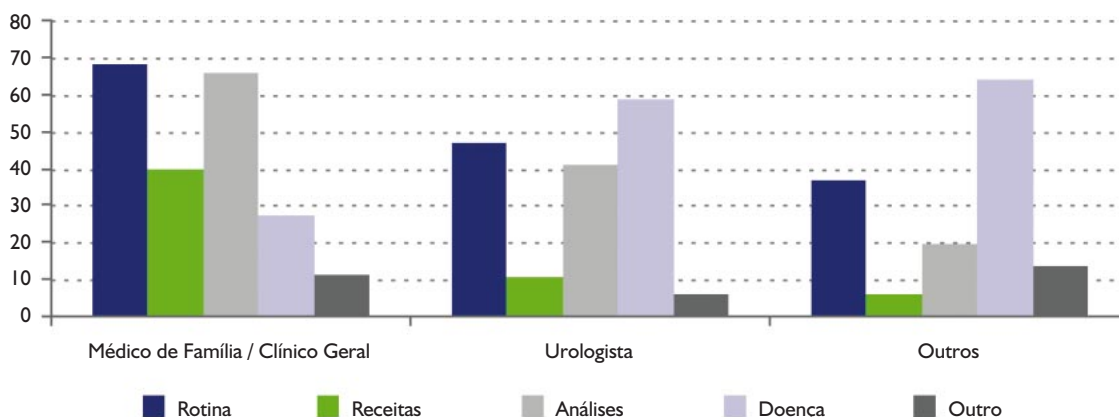
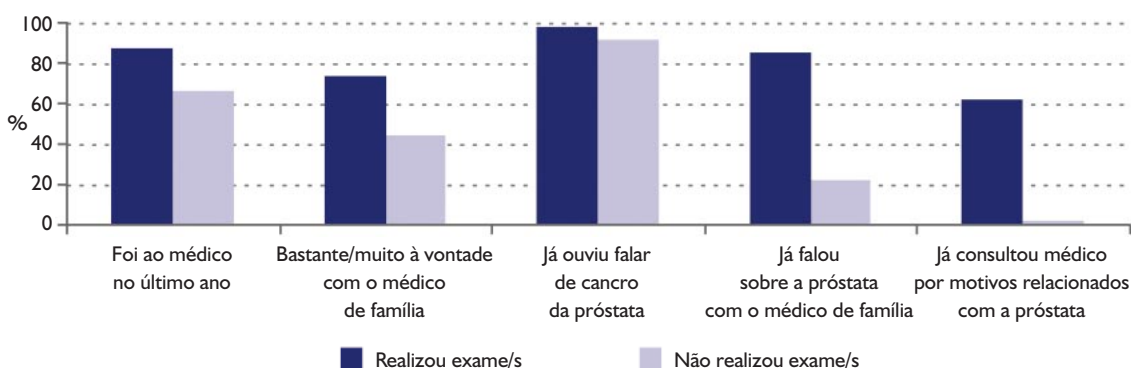


Gráfico 2 – Comparação entre os indivíduos que realizaram testes de diagnóstico de cancro da próstata e os que não realizaram



Comparativamente aos inquiridos sem sintomas prostáticos, 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 foi 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 tinha ouvido falar de 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 doença prostática (7% vs. 1%, $p < 0,001$), comparativamente aos indivíduos sem sintomas.

Diagnóstico de doença prostática

Cinco por cento dos inquiridos afirmou já lhes ter sido diagnosticada HBP, sendo que destes, 83% tinha sido submetido a algum tipo de tratamento ou cirurgia.

À data do questionário, 90% tomava medicamentos para a próstata. Dos indivíduos com diagnóstico de HBP, 95% tinha consultado um médico no último ano. Os indivíduos com diagnóstico de HBP tinham uma idade média estatisticamente superior à dos restantes indivíduos ($69,0 \pm 9,9$ vs. $54,3 \pm 13,5$, $p < 0,001$).

Análise por grupo etário

A análise comparativa por grupo etário (35-49; 50-69 e = 70 anos) evidenciou que, à medida que se avançam nos escalões etários existe uma percepção cada vez menos positiva do estado de saúde. Neste sentido, são os indivíduos mais velhos os que mais recorrem ao médico ($p < 0,001$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos etários relativamente ao facto de já terem ouvido falar do cancro da próstata, sendo que a principal fonte de informação para os indivíduos com idade inferior a 70 anos foram os *media* (73% e 54% para os indivíduos com 35-49 e 50-69

Quadro III. Sintomas Prostáticos

	Quase sempre N (%)	Cerca de metade das vezes N (%)	Poucas vezes N (%)	Nunca N (%)
Sensação de não esvaziar completamente a bexiga depois de ter urinado	25 (1,2)	132 (6,4)	680 (33,0)	1221 (59,3)
Urinar com menos de duas horas de intervalo entre micções	35 (1,7)	145 (7,0)	688 (33,4)	1189 (57,8)
Quantas vezes parou e recomeçou a urinar durante a micção	32 (1,6)	127 (6,2)	512 (24,9)	1385 (67,4)
Dificuldade em aguentar o ter de urinar após ter tido vontade	35 (1,7)	144 (7,0)	485 (23,6)	1390 (67,7)
Quantas vezes teve um jacto urinário fraco	45 (2,2)	123 (6,0)	468 (22,8)	1419 (69,1)
Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar	35 (1,7)	118 (5,7)	552 (26,9)	1349 (65,7)

Quadro IV. Classificação do IPSS por grupo etário

	Classes etárias		
	35 - 49 N (%)	50 - 69 N (%)	= 70 N (%)
Sem sintomas	350 (42,0)	158 (18,8)	27 (7,3)
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)

anos, respectivamente), enquanto que, para a faixa etária acima dos 70 anos, foi o médico (73%).

Relativamente aos sintomas de doença prostática, exceptuando a “dificuldade em iniciar a micção”, significativamente menos referido pelos indivíduos com 70 anos ou mais (43% vs. 58% e 55% nas faixas etárias dos 35-49 e 50-69 anos, respectivamente, $p=0,007$), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na percentagem de indivíduos que referiu cada um dos sintomas, entre os grupos etários.

Os indivíduos mais velhos referiram mais frequentemente ter falado com o médico de família acerca da próstata (64%) comparativamente aos indivíduos mais jovens (35-49 anos - 23% e 50-69 anos - 47%, $p < 0,001$).

Em relação aos motivos referidos para abordar este assunto com o médico, os inquiridos com idade entre os 35 e os 50 anos referiram a “curiosidade pela doença” (46%, $p < 0,001$) e o facto de terem um “familiar ou amigo com doença prostática” (15%, $p=0,002$) e, os indivíduos com idade superior a 50 anos referiram, mais frequentemente, estar em “idade de risco” (48% na faixa dos 50-69 e 62% na faixa etária = 70 anos, $p < 0,001$).

Relativamente aos métodos de diagnóstico, com o aumento da idade verificou-se um aumento significativo na percentagem de indivíduos que afirmou já ter ouvido falar no PSA e que realizou esta análise e o exame de toque rectal ($p < 0,001$).

Verificou-se um aumento estatisticamente significativo na percentagem de indivíduos que referiu apresentar pelo menos um dos sintomas, ainda que ligeiros, descritos na Escala Internacional dos Sintomas da Próstata – IPSS: 58% dos inquiridos entre os 35 e os 49 anos, 81% dos indivíduos entre os 50 e os 69 anos e 93% dos indivíduos com 70 anos ou mais ($p < 0,001$).

De acordo com a classificação da IPSS, são os inquiridos mais velhos os que apresentaram sintomas graves em maior percentagem (quadro IV).

Foi calculado o *odds ratio* de ter ou não sintomas e de ter ou não sintomas graves dos grupos mais velhos versus o grupo mais jovem (35-49 anos). O valor de *odds ratio* relativo à presença de sintomas foi de 3,1 [IC 95% 2,5 a 3,9, $p < 0,001$] para o grupo de 50 a 69 anos e de 9,2 [IC 95% 6,0 a 13,9, $p < 0,001$] para o grupo de 70 ou mais anos. No que diz respeito à presença de sintomas graves, os valores foram de 12,7 [IC 95% 5,8 a 27,7, $p < 0,001$] e de 66,8 [IC 95% 30,8 a 144,8, $p < 0,001$], respectivamente.

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% ($p < 0,001$).

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 ($p=0,007$).

Discussão e conclusão

As doenças da próstata constituem um importante problema de saúde nos países desenvolvidos. Na Europa, o cancro da próstata assume, actualmente, o terceiro lugar entre as neoplasias do sexo masculino, em diversos países. Nos últimos anos, tem-se assistido a um progressivo aumento da incidência e prevalência e, apesar dos importantes avanços terapêuticos, as taxas de mortalidade e fatalidade têm-se mantido relativamente elevadas. Para este aumento contribuem aspectos de ordem global, como o aumento da esperança de vida, mas também dificuldades ao nível da implementação de programas de rastreio e intervenção precoce de sucesso.

A disponibilidade para participar em acções de rastreio e diagnóstico precoce está directamente relacio-

nada com o grau de informação e sensibilização de médicos e utentes. Por um lado, cabe aos primeiros alertar os seus utentes para a importância do rastreio no evitar de desfechos menos favoráveis. Por outro lado, é indispensável preparar o cidadão comum para estar mais receptivo a este tipo de informação, o que passa, inevitavelmente, por aumentar o grau de conhecimento da população sobre a saúde em geral.

O estudo agora desenvolvido apresenta resultados em linha com estudos anteriores realizados em Portugal. Contudo, assiste-se a uma disseminação da importância dada à doença prostática, o que se traduz no aumento do número de indivíduos que referiu já ter ouvido falar deste tema e que identifica os principais factores de risco. Neste maior conhecimento destaca-se por um lado o papel do médico junto do grupo etário mais elevado e, por outro lado, o papel dos media junto dos grupos etários mais jovens, sendo que o nível de conhecimento referido não é diferente consoante a idade. É importante ter em consideração que, embora uma elevada percentagem dos inquiridos refira já ter ouvido falar do tema, tal não se reflecte num conhecimento mais aprofundado sobre este problema. Esta realidade traduz-se no facto de apenas 29% dos homens com 35 ou mais anos afirmar já ter realizado uma análise de PSA e/ou um exame de toque rectal. A percentagem de indivíduos que afirmou já ter abordado o médico de família sobre este assunto foi de 40%, o que quer dizer que, em mais de 10% dos casos, os médicos não consideram haver lugar à realização de exames complementares. Assim, mais de 70% da população masculina desta faixa etária nunca fez qualquer tipo de exame de rastreio de cancro da próstata.

Os factores mais directamente relacionados com a realização de PSA e/ou de toque rectal foram, para além da idade, a história familiar de doença prostática, uma relação de maior à vontade com o médico de família, ter maior conhecimento sobre o tema e a presença de sintomatologia.

Neste estudo fica ainda patente que a maioria dos indivíduos considera o seu estado de saúde como positivo e assume preocupar-se com a saúde.

Saliente-se que, para uma prevenção e tratamento adequados da doença prostática, é premente a necessidade de rastreio a partir dos 45 a 50 anos^{27, 28, 29}. Seguindo esta linha de raciocínio, o papel dos profissionais de saúde na consciencialização dos homens para comportamentos preventivos face à doença prostática é de extrema importância.

Além do papel dos médicos é de realçar o papel das campanhas de sensibilização desenvolvidas pelos media,

nos últimos anos, na maior consciencialização dos homens portugueses, sobretudo dos mais jovens, para a importância do diagnóstico precoce e da realização de exames periódicos de rastreio. De acordo com Voss e Schectman³⁰, um dos aspectos que potencia a eficácia do rastreio é que este seja efectuado numa fase assintomática, enfatizando a importância do esclarecimento e veiculação de informação desde cedo.

Referências Bibliográficas

1. Quinn M, Babb P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. *BJU Int.* 2002 Jul; 90 (2): 162-73.
2. Vercelli M, Quaglia A, Marani E, Parodi S. Prostate cancer incidence and mortality trends among elderly and adult Europeans. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2000 Aug; 35 (2): 133-44.
3. Quaglia A, Parodi S, Grosclaude P, Martinez-Garcia C, Coebergh JW, Vercelli M. Differences in the epidemic rise and decrease of prostate cancer among geographical areas in Southern Europe. an analysis of differential trends in incidence and mortality in France, Italy and Spain. *Eur J Cancer.* 2003 Mar; 39 (5): 654-65.
4. In www.who.int acedido em 28 de Dezembro de 2007.
5. Baili P, De Angelis R, Casella I, Grande E, Inghelmann R, Francisci S, Verdecchia A, Capocaccia R, Meneghini E, Micheli A. Italian cancer burden by broad geographical area. *Tumori.* 2007 Jul-Aug; 93 (4): 398-407.
6. O'Lorcain P, Comber H. Prostate cancer mortality predictions for Ireland up to 2015. *Eur J Cancer Prev.* 2007 Aug; 16 (4): 328-33.
7. AIRT Working Group. Italian cancer figures - report 2006: 1. Incidence, mortality and estimates. *Epidemiol Prev.* 2006 Jan-Feb; 30 (1 Suppl 2): 8-10, 12-28, 30-101
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Melo FC. Alfa-bloqueantes e hiperplasia benigna da próstata (HBP). *Acta Urologia Portuguesa.* 1992; 9 (1-2): 37-40.
12. De Angelis R, Grande E, Inghelmann R, Francisci S, Micheli A, Baili P, Meneghini E, Capocaccia R, Verdecchia A. Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010. *Tumori.* 2007 Jul-Aug; 93 (4): 392-7.
13. Granado de la Orden S, Saá Requejo C, Quintás Viqueira A. [Epidemiological situation of prostate cancer in Spain]. *Actas Urol Esp.* 2006 Jun; 30 (6): 574-82.

14. Torres Zambrano G, Lujan Galán M, Pascual Mateo C, García Tello A, Rodríguez N, Berenguer Sánchez A. [Preliminary data of the Spanish contribution to the European Randomized Study on Screening of Prostate Cancer (ERSPC)] Arch Esp Urol. 2007 Sep; 60 (7): 737-43.
15. Ferreira SD. Avaliação da próstata em clínica geral. Geriatria 2003; 15 (156): 10-12.
16. Marcella S, Delnevo CD, Coughlin SS. A national survey of medical students' beliefs and knowledge in screening for prostate cancer. J Gen Intern Med. 2007 Jan; 22 (1): 80-5.
17. Hughes Halbert C, Barg FK, Weathers B, Delmoor E, Coyne J, Wileyto EP, Arocho J, Mahler B, Malkowicz SB. Differences in cultural beliefs and values among African American and European American men with prostate cancer. Cancer Control. 2007 Jul; 14 (3): 277-84.
18. Zanchetta MS, Perreault M, Kaszap M, Viens C. Patterns in information strategies used by older men to understand and deal with prostate cancer: an application of the modélisation qualitative research design. Int J Nurs Stud. 2007 Aug; 44 (6): 961-72.
19. Beebe-Dimmer JL, Wood DP Jr, Gruber SB, Chilson DM, Zuhlke KA, Claeys GB, Cooney KA. Risk perception and concern among brothers of men with prostate carcinoma. Cancer. 2004 Apr 1; 100 (7): 1537-44.
20. The Vienna Declaration on health of men and boys in Europe, 1 October 2005
21. Dias JS, Pereira NM, Rosa JP e Santos C. Estudo PROSPOR – PROstata em Portugal. 2005 (dados baseados em www.dn.pt aceso em 15 de Janeiro de 2008).
22. Coutinho JV. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata (Estudo exploratório). Psicologia, Saúde e Doenças. 2001; 2 (001): 107-115.
23. National Screening Committee. Second Report of the National Screening Committee. London: Department of Health; 2.
24. 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.
25. Stotts RC. Cancers of the prostate, penis and testicles: epidemiology, prevention and treatment. The nursing clinics of North America. 2004; 39 (2): 327-40.
26. Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett AT. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. J Urol 1992 Nov; 148 (5): 1549-57.
27. Steginga SK. An Exploration of Men's Decision Making and Decisional Conflict after Localised Prostate Cancer. Thesis submitted in fulfilment of requirements for the Degree of Doctor of Philosophy within the School of Applied Psychology-Health at Griffith University. October 2003.
28. Em <http://www.cancer.org>. aceso em 15 de Janeiro de 2008.
29. Fernando Calais da Silva. Rastreio do cancro da próstata. Acta Urológica 2005, 22; 3: 11-13.
30. Voss JD & Schectman JM. Prostate Cancer Screening Practices and Beliefs. A longitudinal Physician Survey. J Gen Intern Med. 2001; 16: 831-837.