

Câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde: perfil epidemiológico

Prostate cancer in men treated at a high-complexity healthcare unit: epidemiological profile

Cáncer de próstata en hombres atendidos en una unidad de salud de alta complejidad: perfil epidemiológico

Tânia Carneiro de Oliveira¹, Elaine Soares de Almeida², Naiara Costa Lima³, Marcus Vinicius Cardoso Matos Silva⁴, Anderson Reis de Sousa⁵, Rodolfo Macedo Cruz Pimenta⁶, Misael Silva Ferreira Costa⁷, Daniella Carvalho Gomes de Cerqueira⁸, Maria Carolina Oliveira Reis⁹

Como citar: Oliveira TC, Almeida ES, Lima NC, Silva MVCM, Sousa AR, Pimenta RMC, et al. Câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde: perfil epidemiológico. REVISA. 2021; 10(3): 596-606. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p596a606>

REVISA

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1776-8422>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9944-5039>

3. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6230-4822>

4. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9391-4538>

5. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

6. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4699-0180>

7. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8042-2489>

8. Faculdade de Tecnologia e Ciências. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4807-4917>

9. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2366-7310>

Recebido: 14/04/2021
Aprovado: 17/06/2021

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico do câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde na Bahia, Brasil. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em uma unidade de alta complexidade de referência em um município da Bahia, Brasil. Realizou-se busca exploratória de dados primários coletados em prontuários de pacientes com câncer que estavam iniciando e/ou em tratamento, entre janeiro de 2013 a dezembro de 2015. A amostra foi composta de 662 registros, os quais foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** Mais de 60% dos pacientes residiam na área urbana, cerca de 90% são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O câncer de próstata obteve maior prevalência em homens com idade acima de 60 anos, principalmente na faixa etária 70-79 anos. A análise histológica da biópsia indicou que a maioria dos pacientes já se encontravam na escala G2, classificado como médio risco, havendo a possibilidade de avançar para o escore G3 - alto risco. **Conclusão:** O perfil epidemiológico indicou prevalência elevada para o câncer de próstata, com recorte etário avançado, perfil histológico relevante para a vigilância dos pacientes e expressiva cobertura de atenção à saúde na esfera pública. **Descritores:** Neoplasias do Homem; Câncer de Próstata; Saúde do Homem; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological profile of prostate cancer in men treated at a high-complexity healthcare unit in Bahia, Brazil. **Method:** Descriptive, cross-sectional, quantitative study, carried out in a high-complexity reference unit in a municipality in Bahia, Brazil. An exploratory search of primary data collected from medical records of cancer patients who were starting and/or undergoing treatment was carried out between January 2013 and December 2015. The sample consisted of 662 records, which were submitted to statistical analysis. **Results:** More than 60% of patients lived in urban areas, about 90% are assisted by the Unified Health System (SUS). Prostate cancer was more prevalent in men over 60 years of age, especially in the 70-79 age group. The histological analysis of the biopsy indicated that most patients were already in the G2 scale, classified as medium risk, with the possibility of advancing to the G3 score - high risk. **Conclusion:** The epidemiological profile indicated a high prevalence of prostate cancer, with an advanced age range, relevant histological profile for patient surveillance and significant coverage of health care in the public sphere.

Descriptors: Human Neoplasms; Prostate cancer; Men's Health; Risk factors

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico del cáncer de próstata en hombres atendidos en una unidad de salud de alta complejidad en Bahía, Brasil. **Método:** estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en una unidad de referencia de alta complejidad en un municipio de Bahía, Brasil. Entre enero de 2013 y diciembre de 2015 se realizó una búsqueda exploratoria de datos primarios recolectados de historias clínicas de pacientes oncológicos que estaban iniciando y / o en tratamiento. La muestra estuvo conformada por 662 registros, que fueron sometidos a análisis estadístico. **Resultados:** Más del 60% de los pacientes vivían en áreas urbanas, alrededor del 90% son atendidos por el Sistema Único de Salud (SUS). El cáncer de próstata fue más prevalente en hombres mayores de 60 años, especialmente en el grupo de edad de 70 a 79 años. El análisis histológico de la biopsia indicó que la mayoría de los pacientes ya se encontraban en la escala G2, clasificada como riesgo medio, con posibilidad de avanzar a la puntuación G3 - riesgo alto. **Conclusión:** El perfil epidemiológico indicó una alta prevalencia de cáncer de próstata, con rango de edad avanzado, perfil histológico relevante para la vigilancia del paciente y cobertura significativa de atención de salud en la esfera pública.

Descritores: Neoplasias humanas; Câncer de próstata; Salud de los hombres; Factores de riesgo.

ORIGINAL

Introdução

Uma estratégia foi desenvolvida para conseguir chegar à população masculina, conhecida como a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), o qual visa melhorar a saúde e desenvolver cuidados que prezem a integralidade do homem.¹

A mortalidade masculina tem crescido no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2009)¹ a cada três óbitos de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem em média sete anos a menos que as mulheres. Uma das causas da mortalidade masculina é o câncer de próstata, o qual é a quarta causa de morte por neoplasias no Brasil, correspondendo a 6% dos óbitos desse grupo. Tanto a incidência quanto a mortalidade fica elevada com o aumento da idade, principalmente após os 50 anos. Por isso, faz-se necessário a realização de exames específicos visando à prevenção da doença, para assim tornar possível a chance de cura.²

A PNAISH foi criada a fim de alcançar uma população que somente procura as Unidades de Saúde quando está no limiar da doença, e com isso, demandando atendimento especializado e de alto custo.¹ Neste sentido, pode-se refletir também acerca da postura profilática da grande maioria população masculina que é resistente às ações preventivas de saúde e que não procura as unidades básicas de saúde por inúmeras razões, inclusive algumas de ordem cultural.³⁻⁴

Um dos principais problemas relacionados à saúde do homem diz respeito à prevenção do câncer de próstata. À medida que o homem envelhece, a incidência dessa doença vai aumentando. Por tudo isso, há uma insistência na importância dos exames preventivos e da detecção precoce do câncer de próstata, como forma de possibilitar maiores chances de cura.⁵⁻⁶

Uma das principais barreiras para se chegar ao diagnóstico precoce de próstata diz respeito aos preconceitos dos homens em se submeter ao exame do toque retal e ao medo de descobrir que algo vai mal.⁷⁻⁸ Outra grande barreira é a ausência de um conhecimento sólido, acerca da prevenção da doença. Trata-se, no entanto, de um desafio, pois os homens tendem a assumir comportamentos pouco saudáveis, gerando fatores de risco para o adoecimento. Há também que se considerar fatores culturais, como o modelo da masculinidade hegemônica, que associa expressão de necessidades de saúde com demonstração de fraqueza e de feminilização.⁹⁻¹⁰

Pode-se ressaltar também, que na realidade em que se trabalha nos municípios pequenos, com Baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no qual não possuem grandes empresas instaladas em seu território, que ofereçam vantagens aos trabalhadores, como plano de saúde. Em geral, na maioria das pequenas cidades, o maior empregador é a própria Prefeitura Municipal, restando como plano de assistência à saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, é necessário um olhar diferenciado para a população economicamente ativa, pois o desenvolvimento de um município depende diretamente da mão de obra de sua população, o que vem de encontro com as ações propostas acima, que flexibilizam o acesso desta população aos serviços básicos de saúde.¹¹

Por considerar um tema de grande relevância para a saúde pública, fez-se necessário a pesquisa e o estudo relacionado ao câncer de próstata devido ao alto

índice de mortalidade na população masculina, além disso, a existência do preconceito em relação ao exame de toque retal, exame este fundamental para um diagnóstico precoce. É importante ressaltar para a população os cuidados necessários para a prevenção precoce de tal patologia e informar o quanto mais cedo a descoberta, maior a chance de cura. Este artigo tem o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico do câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde na Bahia, Brasil.

Método

Trata-se de estudo descrito, exploratório, quantitativo do tipo observacional transversal, realizado a partir do levantamento de dados primários.¹²⁻¹³

Este estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia em um município da Bahia, Brasil. A instituição pesquisada integra a rede complementar de saúde, prestando serviço na área de assistência à saúde há mais de 100 anos no município de residência e na microrregião. Presta atendimento para um perfil assistencial articulado e integrado com a rede de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), em cumprimento aos seus princípios e diretrizes, respaldado a partir das portarias ministeriais vigentes no país.

Ainda sobre a instituição em que se realizou a pesquisa, a mesma conta com mais de 12.000 pacientes matriculados no serviço, destes, os quais realizam tratamento quimioterápico ou hormonioterápico e radioterápico por mês. A instituição realiza ainda mais de 2.000 consultas especializadas e mais de 100 procedimentos de cirurgia oncológica mensalmente, com a oferta de diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

Os prontuários que foram analisados estavam arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição. Quanto à questão temporal, foram selecionados para pesquisa todos os prontuários de usuários residentes neste município e região, que estavam iniciando e/ou em tratamento para câncer de próstata e que foram cadastrados neste serviço de referência.

Para compor a amostra deste estudo, foi realizada uma busca exploratória de dados secundários coletados em prontuários de pacientes cadastrados com o CID (Classificação Internacional de Doenças) de câncer de próstata (C61) que deram entrada na unidade de saúde de referência regional para o diagnóstico e o tratamento do câncer na instituição pesquisada entre o período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015. Vale ressaltar que para esta pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD). Sendo que a lista de pacientes matriculados nesta unidade foi disponibilizada para esta pesquisa pela equipe de Farmácia que fez a busca no sistema *Medic Ware* dos prontuários preenchidos com o CID - Código C61.

Os critérios de exclusão compreenderam aos prontuários que foram cadastrados no serviço de saúde fora dos anos pesquisados e também com outros CIDs que não correspondiam ao câncer de próstata. Vale ressaltar que dentre a lista disponibilizada alguns prontuários foram descartados da coleta por existirem dados insuficientes, por não serem realmente o CID C61 (sendo verificados outros CIDs), por terem pacientes do sexo feminino inclusas nesta lista, pelos prontuários que não estavam no setor do SAME, encontrando-se na instituição pesquisada para a realização de consultas, de relatórios médicos e também na Auditoria e os prontuários que estavam sem fluxo no SAME.

Na coleta de dados que aconteceu ente julho de 2015 ao junho do presente ano, foram utilizadas as seguintes variáveis baseadas nos objetivos do estudo para a obtenção dos fatores de riscos, perfil sociodemográfico dos pacientes, métodos de tratamento relacionados ao câncer de próstata: tabagismo, etilismo, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, cirurgia, filhos, metástase, cidade, histologia, faixa etária, convênio e etnia. Estas informações coletadas foram registradas em planilhas no programa *Microsoft Excel* versão 2013.

Para a análise complementar dos dados e como forma de conferir uma sustentação teórica aos achados foi realizada uma revisão de artigos disponíveis utilizando as seguintes bases de dados: Scielo, Medline, Lilacs, Bireme, Biblioteca Virtual em Saúde e artigos disponíveis no Portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) nos últimos 15 anos, bem como a utilização de informações disponíveis na literatura clássica para definição e caracterização do termo câncer.

Os dados oriundos da pesquisa de campo foram submetidos à análise estatística do tipo frequência simples como porcentagens, tabelas, caracterização descritiva da amostra e análise interpretativa dos mesmos. Utilizou-se o método estatístico e comparativo, usando para isso o programa *Microsoft Excel* versão 2013. Buscou-se obedecer aos critérios do STROBE.

As variáveis analíticas foram as seguintes: tabagismo, etilismo, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, filhos, cirurgia (prostatectomia total ou parcial) e metástase foram classificadas como Sim, Não ou Não Informado (NI). Enquanto que a etnia foi classificada como: parda, negra, branca ou não informado. Já a variável Cidade foi agrupada em Feira de Santana ou Região. Com relação à Histologia, especificou-se como: G1 (Adenocarcinoma Gleason de 1 a 4); G2 (Adenocarcinoma Gleason de 5 a 7); G3 (Adenocarcinoma Gleason de 8 a 10). E por fim, a faixa etária foi subdividida em: 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; ou ≥ 80 anos.

No que tange aos aspectos éticos deste trabalho, o presente estudo obedeceu às normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo as determinações dispostas na Declaração da Resolução 466/2012 – Comitê de Ética em Pesquisa, onde as pesquisadoras responsáveis se comprometeram a observar esta Resolução em todas as fases da pesquisa, incluindo o envio de relatório final do projeto pela instituição pesquisada.

Assim, o projeto foi protocolado junto ao Comitê de Ética e Pesquisa e obteve parecer favorável para o início das atividades (número do CAAE: 44745515.9.0000.5654 e n: 1.053.628 e fora envolvido o TCUD).

Inicialmente, foi solicitada a autorização do serviço de referência para o consentimento do acesso das pesquisadoras à unidade para a realização da pesquisa, informando, assim, os objetivos do estudo e a garantia quanto ao sigilo e ao anonimato dos pacientes incluídos na amostra durante a pesquisa, após a divulgação dos resultados ou qualquer outro momento.

Resultados

Desde 1999, a taxa de mortalidade por câncer de próstata no Brasil ocupa o segundo lugar entre todos os cânceres, por este predomínio se fez necessário suscitar o rastreo do perfil dos homens, acometidos por este tipo de câncer, atendidos na instituição pesquisada. Desta maneira, utilizou-se uma organização

que proporcionou uma busca retrospectiva, de forma a fazer-se factível relatar e associar questões epidemiológicas e demográficas nessa população. Foi selecionado para pesquisa um total de 662 pacientes, durante os três anos pesquisados, sendo que em 2013 foi um total de 254 indivíduos, em 2014 obteve-se a quantidade de 211 indivíduos e no ano de 2015 foram encontrados 197 prontuários que se atendiam aos pré-requisitos para este estudo.

A exploração dos 662 prontuários permitiu evidenciar melhor a caracterização destes homens, na busca de fatores de risco relacionados ao câncer de próstata. Nessa essência, o perfil dos pacientes atendidos revelou a faixa etária acima dos 60 anos, principalmente ente 70 e 79 anos, com o maior número de casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Composição por faixa etária da amostra estudada. Bahia, 2015.

Faixa etária (anos)	Amostra (%)
40-49	3 (0,4)
50-59	62 (9,37)
60-69	194 (29,3)
70-79	287 (43,3)
> 80	116 (17,5)
Total	662 (100)

Quanto ao uso do tabaco, a pesquisa contou com 177 indivíduos (26,7%) constando como fumantes e 326 (49,3%) como não fumantes. No entanto, 159 (24%) não forneceram esta informação, fato este causador de surpresa por serem dados colhidos em uma unidade de oncologia e estar o hábito de fumar associado com a morte antecipada em uma estimativa anual de 80 mil pessoas, número que vem crescendo todos os anos (SOUTO, 1991).

Neste estudo, encontraram-se os seguintes resultados: 194 (29,3%) eram etilistas, 306 (46,2%) não eram e 162 (24,5%) não informaram sobre este hábito, o que não permitiu uma análise conclusiva, devido ao grande número de não informados. Foi verificada a histologia da biópsia dos diversos pacientes, revelando que a grande maioria (77% - 510 indivíduos) dos pacientes possuía adenocarcinoma com escore de Gleason entre 5 e 7 (mais conhecido como escala G2).

Em relação aos tratamentos para o câncer de próstata, foram obtidos resultados satisfatórios, pois após o levantamento dos dados, notou-se que grande parte da população realiza de forma eficaz, em maior quantidade, o tratamento de Radioterapia (57,7%) juntamente com o de Hormonioterapia (56,8%), sendo que a minoria se submete a Quimioterapia (39,9%). É importante salientar que dentro do tratamento, a cirurgia de Prostatectomia radical tem influência no direcionamento da conduta do paciente, nesse caso, notou-se que mais que a metade da população (53,5%) não se fez necessário desse procedimento. Sendo que quanto mais precocemente for realizada a detecção e a terapêutica necessária menor será a chance de promover o processo de metástase do câncer de próstata, o qual por ser multifocal e heterogêneo, tem afinidade pelo tecido ósseo e linfonodos, e mais tarde pode perpassar para outros órgãos, tais como: fígado, pulmão e cérebro.

Em relação a variável denominada quantidade de filhos não pôde se fazer a avaliação de forma adequada, devido ao número alto de indivíduos (47,9%) que não informaram esta característica.

Ao analisar os prontuários médicos, verificou-se que a maioria dos participantes desta pesquisa é residente em Feira de Santana (64,7%) e utiliza como convênio o SUS para seu atendimento (94,1%), além disso, percebeu-se uma escassez de informações precisas e relevantes acerca do diagnóstico confirmado. No caso do câncer de próstata, faltaram informações sobre número de filhos, presença de metástases, etilismo e tabagismo. Tais dados incompletos, prejudicaram uma análise conclusiva. Estes registros indicam que os pacientes, em sua maioria, procuram o serviço quando já havia presença de sintomas. Sendo que comparando o tipo de encaminhamento recebido pelos pacientes para tratamento do câncer de próstata, tem sido verificado que os homens encaminhados pelo SUS apresentam risco maior de diagnóstico em estágio tardio do tumor em relação às encaminhadas por serviços particulares ou de planos de saúde.

Discussão

Este estudo foi capaz de apresentar a avaliação dos fatores associados ao câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde. As limitações deste estudo estão concentradas no fato de não ter sido realizadas associações entre as variáveis.

O que corrobora com os dados da literatura que informam que os cânceres de próstata têm acontecido em um terço da população masculina acima de 45 anos, nas nações ocidentais.¹⁴ Vale salientar que o crescimento da incidência na população é também uma resultante do aumento da perspectiva de vida dos brasileiros pesquisados ao longo desse século, cuja propensão é ultrapassar os 70 anos no ano de 2020.¹⁵

Assim como em outros carcinomas, a idade é um registro de risco significativo, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam consideravelmente após os 50 anos.

Este é um elemento de risco bem determinado para o câncer de próstata,¹⁶ sendo frequentemente diagnosticado da sexta à oitava década de vida, com casos não frequentes abaixo dos 40 anos, com uma tendência de mortalidade decrescente, ainda que de maneira discreta.¹⁷ Sendo importante ressaltar que a idade é utilizada em programas padronizados de rastreamento como referência, apesar de não ser um fator de risco passível de interferência, sendo, assim, um alvo para campanhas de prevenção.¹⁸

O contexto familiar de pai ou irmão atingido por esta patologia antes dos 60 anos de idade é outra condição relevante, podendo amplificar o risco de 3 a 10 vezes em relação aos indivíduos em geral, retratando tanto características herdadas quanto estilos de vida compartilhados entre os integrantes da família.¹⁹

Uma outra interferência em um diagnóstico extemporâneo seria o fato de que no câncer de próstata as células incomuns tendem a apresentar um desenvolvimento lento, com tempo de duplicação tumoral variando de três a quatro anos, significativamente mais extenso comparado com a duração de duplicação de cânceres que afetam a mama ou o cólon. Este fator certamente contribui para a latência prolongada em até dez vezes da incidência clínica.²⁰

O desenvolvimento do câncer de próstata pode ser associado à etnia e às diferenças geográficas existentes na população. Esse tipo de neoplasia é cerca de 1,6 vez mais habitual em homens negros americanos do que em brancos americanos, evidenciando que os mesmos são desproporcionalmente afetados.²¹ Diferentemente, no presente trabalho não houve predominância estatisticamente significativa de uma determinada etnia, sendo importante salientar que muitos pacientes atendidos (277) não informaram sobre esta variável.

Tabagismo não é mais usualmente associado com incidência de câncer de próstata e, no entanto, existem indícios de que fumar pode estar relativamente associado com a mortalidade.²³

A fumaça do cigarro é uma fonte de exposição ao cádmio e o tabaco tende a complementar os níveis de andrógenos circulantes no homem. Vários estudos caso-controle foram verificados acerca do consumo de cigarros, contudo, a falta de conclusões consistentes e da clara relação dose-resposta não permite afirmar que exista associação com a incidência deste carcinoma. Os resultados de investigações permanecem inconsistentes e algumas mostraram que o tabaco tem uma influência substancial na ocorrência de casos, inclusive fatais.²³

Já as bebidas alcólicas, enquanto uma das partes da dieta, têm sido frequentemente comprovadas como fatores de ameaça para os cânceres de colorretal e de mama, mas sem indícios suficientes para o câncer de próstata.²⁴

A maior parte dos países em volta do mundo desde 1990 passou a aplicar amplamente no rastreamento da neoplasia de próstata o toque retal e a Dosagem do Antígeno Prostático específico (PSA). O toque retal é empregado para analisar o tamanho, forma e consistência da próstata no entendimento de verificar a presença de nódulos. (INCA, 2002). O teste de PSA verifica a presença tumores clinicamente importantes, bem como, outros tumores de crescimento lento que de outra maneira poderiam escapar ao diagnóstico.²⁵ O Teste positivo resulta na realização de biópsia que pode identificar pequenos cânceres que tanto evoluirão para a malignidade ou não.²⁶ Muitos tumores, clinicamente categorizados como localizados, não o são de fato e recebem instruções terapêuticas pouco efetivas. Outros pacientes com neoplasia sem relevância clínica são tratados desnecessariamente. Esta ocorrência decorre da fixação atual na classificação prognóstica para a indicação de terapêuticas adequadas. A dúvida na definição do prognóstico pré-tratamento do câncer de próstata localizado é um problema, devido à alta morbidade associada a alternativas de tratamento frequentemente realizadas.²⁷

Ao escolher um tratamento para este tipo de câncer, o profissional de saúde deve dar importância a idade dos pacientes, as comorbidades, a admissão ao tratamento, o estágio e o grau do. Quanto aos dados histológicos da biópsia existe cerca de 50% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando conseqüentemente a sobrevida.²⁸

Um dos maiores desafios no tocante à detecção antecipada tem sido a ausência de conhecimentos sobre a história natural deste tipo de câncer. Os danos gerados devido ao adoecimento do chefe da família prejudicam na qualidade de vida individual e familiar, afetando por vezes a única fonte de renda da casa, tendo os filhos que realizar as tarefas de cuidado da família, deixando de levar suas vidas dentro do padrão esperado para a idade.¹⁶

O padrão econômico e social é uma variável de influência importante para a detecção destes tumores, devido às possíveis dificuldades de acesso e de acessibilidade aos serviços públicos de atenção secundária à saúde. Porém, outros trabalhos ainda precisam ser feitos para a verificação dessa hipótese, através do levantamento da renda familiar e individual da população de estudo.

As atuais estratégias de oferta de serviços públicos de saúde à população, com os serviços de atenção primária funcionando como porta de entrada aos demais níveis de atenção, incluindo a prevenção secundária através do diagnóstico precoce das doenças e agravos não transmissíveis que é excludente para uma grande parte de usuários, que têm o acesso dificultado pelas distâncias geográficas (tempo de deslocamento, custo do transporte) e pela acessibilidade sócio-organizacional, comprometida pelos horários de funcionamento dos serviços, que raramente privilegiam os trabalhadores através da oferta de turnos diferenciados ou horários estendidos.

Os dados secundários existentes na instituição pesquisada são de imensa riqueza e inúmeros outros estudos ainda podem ser realizados visando conhecer melhor as características da população atendida nestes serviços, como forma de identificação de fatores de risco e de proteção que subsidiem as políticas públicas na área da saúde no estado da Bahia, com a finalidade do aumento das taxas de detecção precoce, maior eficiência e eficácia nos tratamentos e menores taxas de óbito causadas pelo câncer de mama no Brasil.

As políticas públicas de saúde devem ser respaldadas por evidências científicas a partir de informações objetivas. O uso de informações de saúde provenientes de dados secundários já existentes é fundamental, pois comprovam o quanto é necessário investir em mudanças nos fatores associados ao câncer com o intuito de reduzir as iniquidades presentes. Uma das formas de contribuir para a discussão sobre o tema é dar visibilidade aos dados de mortalidade, descrevendo o impacto na população masculina. Portanto, faz-se necessário por parte dos gestores uma tomada de decisão para convergir esforços na prevenção e controle dos cânceres, dada a magnitude e complexidade de seus determinantes. Sendo assim, é essencial buscar o conhecimento e a informação mais atualizados e contínuos sobre o comportamento do câncer de próstata para os profissionais de saúde e sociedade em geral, melhorando o entendimento desta realidade.

As contribuições deste estudo para a saúde se materializam na oportunidade da publicização científica de achados substanciais para o conhecimento das neoplasias dos homens, tal como das modalidades terapêuticas de tratamento, dos fatores associados, das situações de risco à saúde e de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos cânceres entre o público masculino. Além mais, servem de modo singular e relevante para guiar as ações em saúde para os homens a nível lócus regional e nacional.

Conclusão

Em vista do exposto, pode-se concluir que os resultados obtidos neste estudo corroboram com os dados de alta e possivelmente crescente prevalência em vários municípios brasileiros, e indicam a necessidade de intervenções para implementação de serviços de prevenção, detecção precoce e controle adequado do câncer de próstata e seus fatores de risco nessa população nordestina

estudada. Sendo importante ressaltar que esta prevalência foi bem maior em pacientes que possuíam idade mais avançada (acima dos 60 anos).

Os outros fatores de risco analisados (tabagismo e o etilismo) possuem grande influência no desenvolvimento da patologia em estudo, porém, nesta pesquisa não houve associação estatisticamente significativa para estas variáveis, não sendo possível uma análise conclusiva para as mesmas, devido à insuficiência de dados existente nos prontuários pesquisados. Enquanto que com relação a variável histologia, a maioria dos pacientes analisados já se encontrava em um quadro considerado de médio risco, havendo a possibilidade deste câncer se avançar para o de alto risco, prolongando, assim, o seu tratamento e reforçando a importância de um diagnóstico prévio para amenizar as possibilidades de uma possível metástase.

Pode concluir também que é preciso um olhar mais atento a esta que constitui grande causa de mortalidade masculina em todo mundo e carece de estudos que contribuam com a formulação de políticas públicas e de saúde que visem reduzir os riscos e as vulnerabilidades a este grupo populacional. Portanto, ações promotoras de saúde efetivas voltada a saúde do homem são necessárias com o intuito de reduzir os riscos associados de desfechos desfavoráveis e seu impacto social.

Agradecimento

Esta pesquisa não teve financiamentos.

Referências

1. Ministério da saúde. PORTARIA N°1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2009.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/cancer-de-prostata>
3. Bacelar AYS, Coni DGL, Santos DV, Sousa AR. Homens na unidade de saúde da família. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(9):2507-13, set., 2018. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236098p2507-2513-2018>
4. Palmeira SS, Pereira TM, Almeida TL, Sousa AR, Alencar DC. Resolubilidade dos serviços ofertados na estratégia saúde da família: discurso de homens. Saúde em Redes. 2018; 4(4):105-117. Doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p105-117>
5. Gomes R, Rebello LEFS, Araújo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13,1,235-246. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>
6. Dourado IS, Nunes JB, Sena TAB, Sousa AR de, Silva AF, Araújo IFM et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em homens idosos submetidos à prostatectomia. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239444. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239444>
7. Gomes, R, Couto, MT, Keijer, B. Hombres, género y salud. Salud Colectiva. 2020;16: 2788. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2788>

8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
9. Sousa, AR, Queiroz, AM, Florencio, RMS, Portela PP, Fernandes, JD, Pereira, A. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Rev Bai Enf*. 2016;30(3):1-10. Doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>
10. Leite DF et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *O mundo da Saúde*. 2010;34,1,50-56. DOI:10.15343/0104-7809.201015056
11. Dutra MC. O câncer de próstata e a influência do preconceito masculino nas ações preventivas da saúde do homem. 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
12. Prestes MLM. A pesquisa e a construção do conhecimento científico. São Paulo: Respel, 2002, 217p.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 8ª edição, 2004, 269p.
14. Souto CAV. Tratamento do câncer de Próstata. In: Schwatzmann G. organizador. *Oncologia clínica*. Porto Alegre: Artes médicas. 1991;399-406.
15. Ministério da Previdência Social. Aposentadoria por idade. 2003. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/02_01_07.asp . Acesso em 15 de junho de 2016.
16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
17. Luizaga CTM, Ribeiro KB, Fonseca LAM, Neto JE. Tendências na mortalidade por câncer de próstata no estado de São Paulo, 2000 a 2015. *Rev Saude Publica*. 2020;54:87. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001948>
18. Steffen RE, Trajman A, Santos M, Caetano R. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018;28(2),e280209. <https://doi.org/doi.org/10.1590/S0103-73312018280209>
19. Bostwick DG, Burke HB, Djakiew D, Euling S, HO SM Landolph J et al. Human prostat cancer risk factors. *Cancer*. 2004;15,101,2371-2490. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.20408> .
20. Silva Jr JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003;289-311.
21. Boyle P, Severi G, Giles GG. The epidemiology of prostate câncer. *Urol Clin North Am*. 2003;30,2,209-217. doi: [https://doi.org/10.1016/s0094-0143\(02\)00181-7](https://doi.org/10.1016/s0094-0143(02)00181-7).
22. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: atores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: atores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):64(2):385-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jpcTC4yHHQJv9nvVGbc43Fz/?format=pdf&lang=pt>

23. Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):251-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>
24. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Câncer Statistics. *Cancer J Clin*. 2011;61,69-90. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.20107>
25. Garnick MB. The great prostate cancer debate. *Scientific American*. 2012;306,2,38-43. doi: <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0212-38>
26. Migowski A, Silva GA. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44,2,344-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200016>
27. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas de Câncer. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
28. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer ajustadas por idade. 2010. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo04.action>. Acesso em 25 de junho de 2016.

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia. R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-
907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com