

Situação do carcinoma prostático na realidade da saúde do homem em Pernambuco

Prostate carcinoma situation in the reality of men's health in Pernambuco

Aline Monick Arruda da Silva ¹
 Erlene Roberta Ribeiro dos Santos ²
 Luciano de Albuquerque Mello ³

Resumo

A pesquisa objetivou analisar a incidência de internações por CAP nas unidades de saúde no Estado de Pernambuco durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo seccional, no qual as informações foram coletadas no sistema informatizado de dados desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS, o DATASUS. Foram identificados 164 casos de internações por CAP no estado, representando uma incidência de 0,0081%. A faixa etária de maior incidência foi a de 60 a 69 anos com 36,90%. A I GERES, com sede em Recife, foi responsável por mais da metade das internações ocorridas, 58,6% dos casos. A incidência de óbitos nessa amostra foi de 7,30%. No ano de 2011 verificou-se uma diminuição no tempo de permanência nas internações acompanhada por uma baixa, também nos gastos com CAP neste ano. Ao total foram gastos R\$ 3.249.452,30 durante os quatro anos pesquisados. O aumento no número de internações transparece a elevação da morbidade por CAP pela crescente expectativa de vida da população pernambucana, além de ressaltar a, ainda deficiente, Política de Saúde do Homem com suas dificuldades na implementação dos programas de acolhimento e sensibilização sobre a prevenção do CAP, o que pode levar ao tardio diagnóstico e complicações nos sintomas, resultando em um aumento no tempo de internação e conseqüentemente uma diminuição na qualidade de vida da população masculina e idosa, além de onerar os custos com a doença.

Abstract

The research aimed to analyze the incidence of hospitalization for CAP in health facilities in the State of Pernambuco during the period January 2008 to December 2011. It conducted an epidemiological study-sectional study where data were collected in computerized data system developed by the Department of the SUS, the DATASUS. We identified 164 cases of hospitalization for CAP in the state, representing an incidence of 0,0081%. The age group with the highest incidence was 60-69 years with 36.90%. The first GERES, based in Recife, was responsible for more than half of hospital admissions, 58.6% of cases. The incidence of deaths in this sample was 7.30%. In 2011 there was a decrease in length of stay in hospital also accompanied by a drop in spending on CAP this year. In total R\$ 3,249,452.30 was spent in the four years surveyed. The increase in the number of hospitalizations transpires elevation of morbidity from CAP by increasing life expectancy of Pernambuco's population, and underline the still deficient, Men's Health Policy with its difficulties in the implementation of programs of care and awareness on the prevention of CAP, which can lead to delayed diagnosis and complications in symptoms, resulting in an increase in length of stay and therefore a decrease in quality of life of the male population and elderly, plus costs increasing with the disease.

Descritores: Carcinoma prostático. Incidência. Saúde do homem.

Keywords: Prostatic Carcinoma. Incidence. Men's health.

¹ Discente do curso de Biomedicina do Centro Universitário Maurício de Nassau

² Co-orientadora, Mestre em Ciências pelo MS/Fiocruz/CPqAM, Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau, Gerente da III Regional da Secretária de Saúde de Pernambuco

³ Orientador, Mestre em Patologia Geral pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau

Para correspondência:
 Aline Monick Arruda da Silva
 email: lynninha_nick@hotmail.com

Data da Submissão: 12/03/2013
 Data do Aceite: 17/04/2013

Introdução

O carcinoma prostático (CAP) ressalta-se como um importante problema de saúde pública mundial¹. Considerado o sexto tipo mais comum de câncer no mundo e o de maior incidência em homens, suas taxas são aproximadamente seis vezes maiores nos países desenvolvidos, quando comparados aos países em desenvolvimento. No Brasil, o CAP é o segundo câncer mais comum entre os homens, atrás apenas do de pele não-melanoma^{2,3}. O fato de o CAP ser considerado um câncer da terceira idade, juntamente com o crescimento da expectativa de vida mundial faz com que seja previsto um aumento do número de casos novos em cerca de 60% até o ano de 2015 no Brasil³.

Estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte, que são doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasia⁴⁻⁶. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres⁷⁻⁹. Em Pernambuco, o entrave na assistência à saúde do homem está relacionado a questões socioculturais, resultando em resistência em procurar o serviço de saúde, o que provoca agravamento nos sintomas ou gera complicações que oneram os custos dos tratamentos e ampliam o período de convalescença¹⁰.

A população masculina pernambucana, aproximadamente 48% dos cidadãos, procura os serviços de saúde a partir das urgências e emergências, ou seja, nos serviço de média e alta complexidade. A Gerência de Saúde do Homem e do Idoso de Pernambuco procura através da Política da Saúde do Homem modificar essa cultura buscando as melhores formas de acolhimento dos homens nas unidades básicas de saúde. Quanto aos idosos, o envelhecimento ativo é a meta da Gerência, que representam 9,98% dos pernambucanos^{3,10,11}.

Em Pernambuco, para o ano de 2012 estimam-se 2.310 novos casos de CAP. Somente em Recife, capital do Estado, espera-se por 500, ultrapassando o número de ocorrências do câncer de mama e colo do útero³.

O toque retal é o teste para rastreamento do carcinoma prostático mais utilizado e quando associado à dosagem do antígeno prostático específico (PSA), sua sensibilidade aumenta, podendo chegar a

95%¹². O PSA é considerado o mais importante marcador não só para detectar, mas também, estagiar e monitorizar o CAP¹³. O exame de ultrassom transretal pode ser utilizado em casos de dúvida clínica para orientar a realização da biópsia transretal da próstata que deve ser feita caso haja alteração do toque retal e ou da dosagem sérica do PSA¹².

O diagnóstico do CAP é feito pelo estudo imunohistopatológico do tecido obtido pela biópsia¹². O tratamento da doença se baseia no estadiamento Tumor-Linfonodo-Metástase (TNM) e pode envolver prostatectomia radical, radioterapia e criocirurgia, entre outros meios¹⁴. Para a escolha do tratamento deve-se levar em consideração o estadiamento da doença, a expectativa de vida do paciente e suas comorbidades, assim como os efeitos colaterais de cada método¹⁵.

O pouco conhecimento sobre a saúde e o adoecimento dos homens, muitas vezes, levam os profissionais a trabalharem com dados restritos a sua própria experiência pela escassez de informação e pesquisas mais específicas para o gênero masculino, talvez pela ainda recente implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, agravada pela baixa procura pelos homens aos atendimentos primários de saúde. Conhecer dados sobre o carcinoma prostático no estado contribui com o fornecimento de subsídios para estudos e pesquisas mais avançadas e para a idealização de projetos de políticas públicas de saúde mais eficazes e específicos para a população de homens do Estado e suas particularidades.

A pesquisa teve como objetivo analisar a incidência de internações por carcinoma prostático nas unidades de saúde no Estado de Pernambuco durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo seccional. As informações sobre o CAP no estado de Pernambuco foram coletadas no sistema informatizado de dados desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS, o DATASUS.

O ambiente de estudo, o estado de Pernambuco, possui uma área de 98.311,162 km² e está localizado na região nordeste do país¹⁰. Um dos menores estados do País é o sétimo mais

populoso, com aproximadamente 8.796.032 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 4,6% da população brasileira, distribuídos em 184 municípios mais o Distrito de Fernando de Noronha. A população Pernambucana do sexo masculino possui por volta de 4.229.897 habitantes com uma faixa etária ainda jovem, mas com tendência ao envelhecimento, onde a população de maior faixa etária (acima de 70 anos) é de aproximadamente 176.004 idosos. Cerca de 80% dos habitantes do estado moram em zonas urbanas¹⁶. Recife, capital do estado é considerada o segundo polo médico do Brasil¹⁷.

Foi estudada a população masculina pernambucana internada nas unidades de saúde do estado durante o período compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2011 em variáveis como: ano, faixa etária, regional de saúde, tempo de permanência, valores gastos e número de óbitos. Foram calculadas taxas de incidências em todas as variáveis. A faixa etária foi analisada como variável contínua e categórica, dividida por décadas. A região de internação dos pacientes foi caracterizada segundo as Gerências Regionais de Saúde (GERES) do Estado.

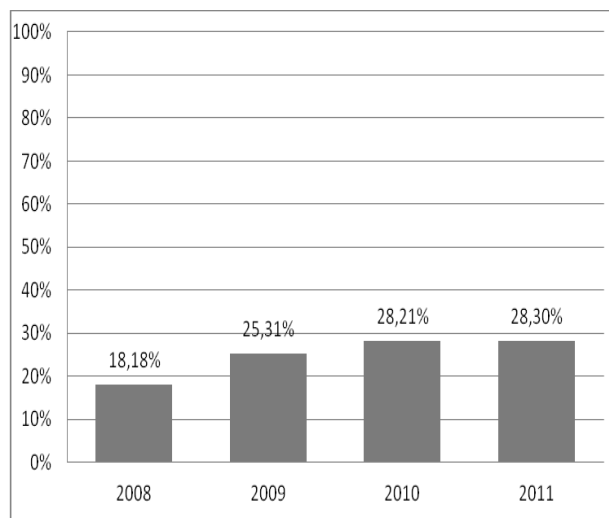
Os dados coletados foram transferidos para planilhas pré-formatadas no Microsoft® Excel 2007, a partir das quais foram construídos gráficos e mapas pelo programa MapInfo® Professional versão 10.0.

O presente estudo por ter sido realizado mediante a coleta de dados em um sistema público de informações de maneira secundária não se faz necessária a apreciação do projeto de pesquisa por um comitê de ética estando assegurados desde o início todos os compromissos éticos da utilização desses dados.

Resultados

Foram identificados 164 casos de internações nas unidades de saúde do estado de Pernambuco no período compreendido entre janeiro de 2008 e dezembro de 2011 com o diagnóstico de carcinoma prostático. Neste período de tempo o CAP apresentou uma incidência de internações de 0,0081% no Estado, sendo observado um crescimento no número de casos ao decorrer dos anos com maior incidência no ano de 2011 com 28,30% das internações (Gráfico 1). Esse crescimento pode ser justificado pelo aumento da expectativa de vida da população, evolução dos métodos diagnósticos e melhoria da qualidade dos sistemas de informações como descreve o Ministério da Saúde^{3,18}.

A faixa etária na qual se encontrou a maior incidência foi a de 60 a 69 anos com 36,90% das internações, igualmente encontrada pela pesquisa realizada por Amorim²⁰, e que corrobora com vários outros autores que descrevem a idade como



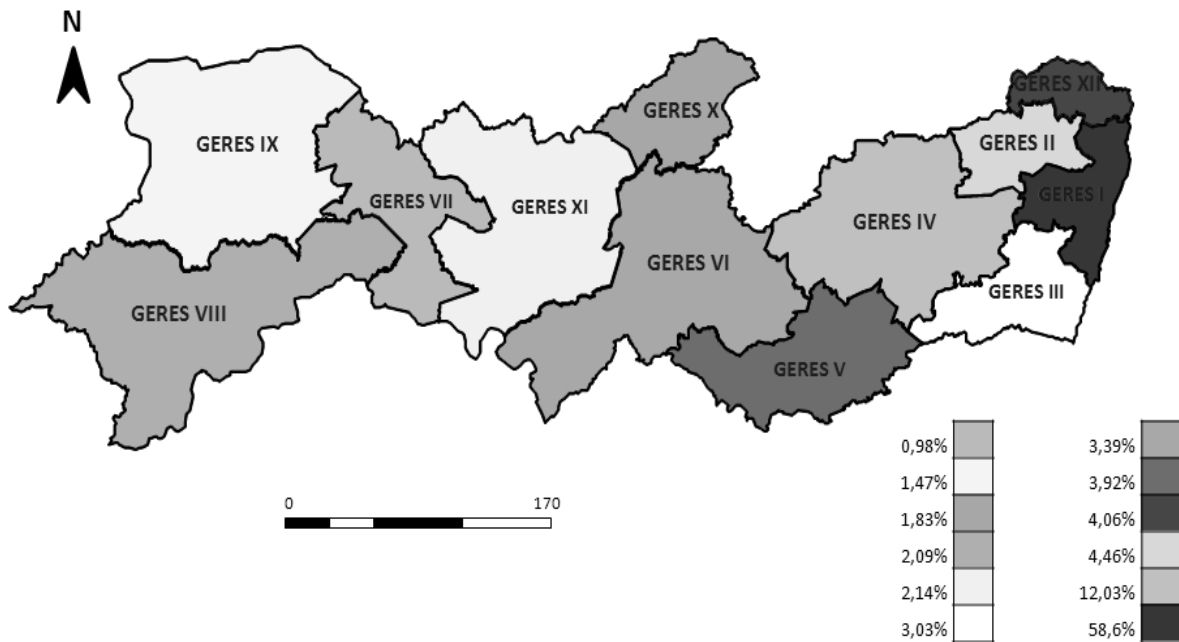
Fonte: Datasus³¹

Gráfico 1. Incidência de internações por CAP em Pernambuco, 2008 a 2011

um fator de risco importante no CAP que apresenta maior incidência após os 50 anos^{12,21-23}.

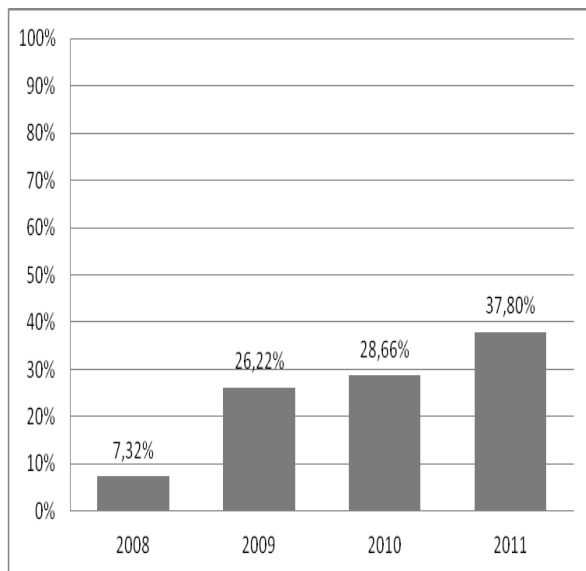
A I GERES foi responsável por mais da metade das internações ocorridas, 58,60% dos casos, onde 46,38% dessas internações procederam no próprio município sede e capital do Estado. As menores incidências aconteceram na VII GERES, com sede em Salgueiro, sertão do estado, com 0,98% (Figura 1). Esse comportamento é facilmente compreendido quando é sabido que Pernambuco dispõe de uma das maiores redes públicas do país, porém possui uma distribuição bastante heterogênea de serviços de saúde, que estão mais concentrados na Região Metropolitana do Recife, contribuindo assim para uma maior dificuldade no acesso pela população residente nos demais municípios²⁴. Esse fato, conseqüentemente leva a dificuldades nas ações da Política de Atenção a Saúde do Homem quanto à sensibilização e diagnóstico precoce do CAP na população.

Outro ponto importante quanto a maior incidência na I GERES seria seu maior contingente populacional em relação as demais. A I GERES abriga toda a Região Metropolitana do Recife, num total de 19 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha atendendo a uma população masculina de cerca de 1.842.530 pessoas^{10,25}. Enquanto que a VII GERES abriga apenas 6 municípios mais a sua



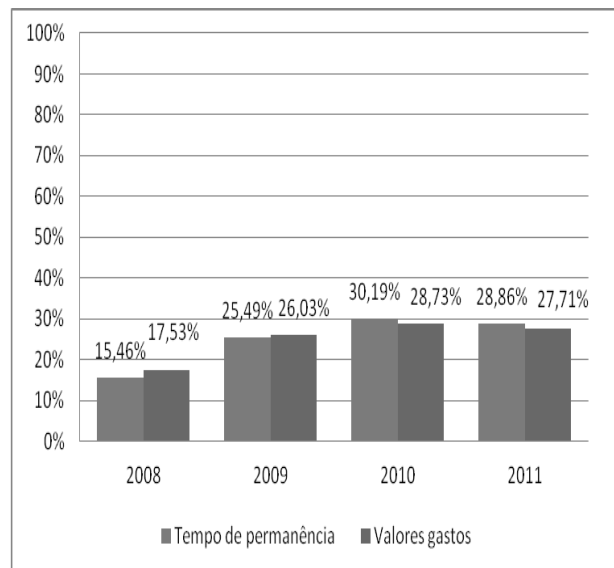
Fonte: Datasus³¹

Figura 1: Incidência de internações por CAP distribuída por Gerência Regional de Saúde em Pernambuco, 2008 a 2011



Fonte: Datasus³¹

Gráfico 2: Incidência de óbito nas internações por CAP em Pernambuco, 2008 a 2011



Fonte: Datasus³¹

Gráfico 3: Incidência de tempo de permanência e valores gastos em internações por CAP em Pernambuco, 2008 a 2011

sede Salgueiro com uma população masculina de apenas aproximadamente 68.477 habitantes^{10,16,26}.

Quanto aos óbitos, sua incidência na amostra foi de 7,30%, que acompanhando o crescimento no número de internações ao longo dos anos, o número de óbitos também apresentou seu maior pico de ocorrência em 2011 com 37,80% dos casos (Gráfico 2).

Acredita-se que além do real aumento no número de casos de óbitos, como já vinha acontecendo na década anterior de acordo com o que descrevem em seus estudos Laurenti⁵, Fonseca²⁷ e Silva²⁸, a melhoria nos sistemas de informações sobre mortalidade no país fez também com que aumentasse o número de notificações.

A faixa etária onde se encontrou o maior número de óbitos foi a de 70 a 79 anos com 35,36% dos casos, corroborando com os estudos de Costa²⁹ que em sua pesquisa relata que entre os idosos o risco de morte por câncer cresce gradativamente com o aumento da idade. Oliveira³⁰ em seu estudo na cidade do Recife, também descreve tal circunstância e afirma que os homens possuem, em idades mais avançadas, taxas superiores as das mulheres de risco de morte por câncer, possuindo o CAP uma grande significância neste aumento, porém descreve uma maior incidência de óbitos por CAP na faixa etária de 80 anos ou mais, durante os anos de 1995 a 1999, o que revela em nossa pesquisa que houve uma diminuição na faixa etária de maior incidência de CAP nos anos de 2008 a 2011.

A I GERES também foi responsável pela maior incidência de óbitos. A X e XII GERES não apresentaram nenhum caso, já as GERES IX com sede em Ouricuri e XI em Serra Talhada apresentaram as menores incidências com 1,21% e 0,60% respectivamente (Figura 1). Este fato pode ser justificado por ser, nessas regiões o sistema de notificação de mortalidade ainda bastante escasso quando são comparados a I GERES que dispõe de maior quantidade de profissionais habilitados sendo melhor conduzido o sistema de notificações, além de apresentar um maior contingente populacional.

Em relação ao tempo de permanência durante as internações, foi observado que do ano de 2008 ao ano de 2011 houve um crescimento no número de dias de internação passando de uma incidência de 15,46% em 2008 a 30,19% em 2010, surgindo uma diminuição nesses números no ano de 2011 para 28,86% (Gráfico 3). Essa redução no tempo de permanência pode ser justificada pelas tentativas recentes de diminuir ao máximo o período de internação dos pacientes visando a minimização de riscos de infecções nosocomiais, diminuindo também os custos.

Nos anos em que foi realizado o estudo foram gastos R\$ 3.249.452,30 com internações por CAP no Estado. Em 2008 foram utilizados 17,53% desse valor, aumentando a cada ano esses gastos, com 2009 e 2010 apresentando 26,03% e 28,73% respectivamente, havendo uma diminuição no ano de 2011 para 27,71% (Gráfico 3). Assim, os valores gastos com CAP, se mostraram na presente pesquisa diretamente proporcional ao período de permanência nas internações.

Considerações Finais

O investimento feito em Sistemas de Informações de Saúde no Brasil permite hoje o acesso rápido aos dados de interesse em saúde e a elaboração, com relativa simplificação, de estudos de monitoramento e avaliação, porém ainda a regularidade no envio e a qualidade dos dados que abastecem esses sistemas ainda necessitam de melhoria.

A incidência de carcinoma prostático em Pernambuco foi de 0,0081%. O aumento no número de internações transparece a elevação da morbidade por CAP pela crescente expectativa de vida da população pernambucana, além de ressaltar a, ainda deficiente, Política de Saúde do Homem com suas dificuldades na implementação dos programas de acolhimento e sensibilização sobre a prevenção do CAP, o que pode levar ao tardio diagnóstico e complicações nos sintomas, resultando em um aumento no tempo de internação e conseqüentemente uma diminuição na qualidade de vida da população masculina e idosa, além de onerar os custos com a doença.

A frequência de distribuição do CAP apresenta-se variável em função das características de cada região, o que enfatiza a necessidade do estudo das variações geográficas nos padrões desta doença, para seu adequado monitoramento e controle evidenciando a importância da implementação das GERES que ocorreu paralelamente ao Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 fortalecendo a regionalização como política eficiente e trazendo a saúde do homem como prioridade do pacto da saúde³¹.

Referências

1. Guerra MA, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev. Bras. de Cancerologia*. 2005; 51(3):227-234.
2. Próstata [texto da internet]. Rio de Janeiro: Instituto

www.jmphe.com

J Manag Prim Health Care 2013; 4(1):27-32.

- Nacional do Câncer. Tipos de câncer. [acesso em: 24 Abr. 2012]. Disponível em: <www.inca.gov.br>.
3. Silva JAG. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2011.
 4. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50:1385-401.
 5. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:35-46.
 6. Luck M, Bamford M, Williamson P. Men's health: perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences; 2000.
 7. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:105-9.
 8. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7:687-707.
 9. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2008.
 10. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015. Recife, 2012.
 11. Saúde do homem e do Idoso [texto da internet]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Saúde do Homem e do Idoso; [acesso em 5 de out 2012]. Disponível em: <www.portal.saude.pe.gov.br>.
 12. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer; 2002.
 13. Calvete AC, Srougi M, Neirallah LJ, Dall'Oglio MF, Ortiz V. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer de próstata: Valor do PSA, da porcentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. 2003; 49(3):250-254.
 14. Tierney LMJ, McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis & treatment. 42nd ed. McGraw-Hill. New York; 2003.
 15. Dornas MC, José Júnior ADR, Figueiredo e Filho RT. Câncer de próstata. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto, UERJ*. 2008; 7(1):38-45.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [acesso em 5 out 2012] Disponível em: <www.ibge.gov.br>.
 17. Morais, HMM. Uma análise de assistência médico-hospitalar privada: o polo médico da cidade do Recife na travessia do século XX para o XXI. [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública; 2002.
 18. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2009.
 19. VMSL, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: Um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):347-356.
 20. Brawley OW, Ankerst DP, Thompson IM. Screening for prostate cancer. *CA: A Cancer journal para medicos*. 2009; 59:264-273.
 21. Damber JE, Aus G. Prostate Cancer. *Lancet*. 2008; 371:1710-21.
 22. Gronberg H. Prostate cancer epidemiology. *Lancet*. 2003; 361:859-64.
 23. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização - PDR, SUS/PE. Recife, 2006.
 24. I GERES [texto da internet]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde. Gerência Regional de Saúde; [acesso em 10 set 2012]. Disponível em: <www.portal.saude.pe.gov.br>.
 25. IV GERES [texto da internet]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde. Gerência Regional de Saúde; [acesso em 10 set 2012]. Disponível em: <www.portal.saude.pe.gov.br>.
 26. Fonseca LAM, Fluf-Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos Estados do Brasil, 1980-2004. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. 2010; 56(3):309-12.
 27. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelle VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(6):1009-18.
 28. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe epidemiológico do SUS*. 2000; 4(1):23-41.
 29. Oliveira Júnior FJM, Cesse EAP. Morbimortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. *Rev. Bras. de Cancerologia*. 2005; 51(3):201-208.
 30. Brasília (Distrito Federal) Decreto nº 7. 508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 junho 2011.
 31. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [acesso em 5 out 2012] Disponível em: <www.datasus.gov.br>.