




**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Características sociodemográficas e clínicas de indivíduos com câncer de próstata em Minas Gerais, 2014-2019**

Sociodemographic and clinical characteristics of individuals with prostate cancer in Minas Gerais, 2014-2019

Características sociodemográficas y clínicas de personas con cáncer de próstata en Minas Gerais, 2014-2019

Keila Cristina Machado Quintão Vila Real¹ , Suely Maria Rodrigues² , Bernardo Gomes Barbosa Nogueira² 

1 - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais (IFMG), Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil

2 - Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil

RESUMO

Objetivo: Este estudo objetivou identificar as características sociodemográficas e clínicas de indivíduos com câncer de próstata, no período de 2014 a 2019, atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, de abordagem quantitativa, utilizando 24.685 Registros Hospitalares de Câncer (RHC). As variáveis estudadas foram: idade, raça/cor, escolaridade, estado conjugal, fatores de risco e histórico da doença. Resultados: Em relação ao perfil sociodemográfico a amostra estudada é idosa, possui baixa escolaridade, casada ou vive com companheiro(a), com relato de consumo de tabaco e não etilista. Quanto ao histórico clínico, não há antecedente familiar de câncer, a doença estava em estágio avançado (II a IV), o primeiro tratamento recebido no ambiente hospitalar foi a cirurgia e o protocolo de encaminhamento foi referenciado/originado no SUS. Conclusão: Pode-se concluir que grande parte dos indivíduos foi diagnosticado em estágios mais avançado da doença. O conhecimento das características dos homens acometidos com câncer de próstata poderá nortear políticas públicas direcionadas para essa população.

Palavras-chave: Saúde do homem; Características da população; Câncer de próstata.**Histórico do Artigo**

Recebido	28 Junho 2023
Aprovado	28 Maio 2024

Correspondência

Keila Cristina M. Quintão Vila Real
Av. Minas Gerais, 5189, Ouro Verde
CEP: 35057-760, Gov. Valadares-MG.
E-mail: keila.quintao@ifmg.edu.br

Como citar

Quintão KCM, Rodrigues SM, Nogueira BGB. Características sociodemográficas e clínicas de indivíduos com câncer de próstata em Minas Gerais, 2014-2019. Rev. Saúde Col. UEFS 2024; 14(2):e10017.



INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública brasileira, pelo crescente aumento no número de casos^{1,2,3}. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) fornecidos ao Ministério da Saúde⁴ indicam que o câncer ocupa a terceira posição entre as causas de morte entre os homens.

O câncer de próstata ocupa a primeira posição entre as neoplasias em todas as regiões do Brasil, sem considerar as de pele do tipo não melanoma, comum entre homens e mulheres⁵. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁶, estimam-se 71.730 casos novos de câncer de próstata, no Brasil, para o ano de 2023. Esse valor corresponde a 30% dos casos de neoplasias malignas calculadas para o ano, entre a população masculina, sendo o maior proporcional de câncer estimado para os homens, exceto o de pele não melanoma. Para Minas Gerais, a perspectiva era de 7.970 novos casos para o ano de 2023⁷.

Dados do INCA⁸ revelam que não há uma causa exclusiva que desencadeia o câncer. Diversas causas externas (presentes no meio ambiente) e causas internas (condições genéticas e biológicas) interagem de formas variadas e dão início à doença. Na maioria dos casos, cerca de 80 a 90% estão associados a causas externas. Na visão de Dasgupta *et al.*⁹ e Moura *et al.*¹⁰ esses fatores externos, como hábitos e estilo de vida, padrão de consumo, condições de vida social, econômica e ambiental atuam no processo saúde-doença. A ocorrência das doenças reflete o modo de vida das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais¹¹. A forma pela qual o indivíduo está inserido em seu espaço social e como se relaciona é razão e fator importante no processo de adoecimento, pois os fatores de risco estão intimamente ligados com seu processo de exercício e de pertencimento ao espaço à sua volta⁸.

O objetivo desse artigo foi identificar as características sociodemográficas e clínicas de indivíduos com câncer de próstata em Minas Gerais, no período de 2014 e a 2019, atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O questionamento que norteou esse trabalho foi: quais fatores sociodemográficos e clínicos caracterizam os pacientes com diagnóstico de câncer de próstata atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, em Minas Gerais, no período de 2014 a 2019?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo ecológico (também chamado correlacionado). Conforme Medronho *et al.*¹² esse modelo de estudo utiliza dados sobre populações inteiras ou grupos de pessoas para comparar as frequências da doença ou outro efeito entre diferentes grupos durante um mesmo período de tempo ou na mesma população em diferentes pontos do tempo. Este estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado no estado de Minas Gerais, localizado na região sudeste do Brasil, que segundo dados do INCA⁷, ocupa a segunda posição de casos diagnosticados de neoplasias malignas, entre os anos de 2010 e 2020, considerando todos os estados brasileiros e todos os tipos de cânceres. E, ocupa a mesma posição, considerando os casos registrados com diagnóstico detalhado: C61 – Neoplasia maligna da próstata¹³.

A amostra do estudo foi constituída por 24.685 Registros Hospitalares de Câncer (RHC) inseridos no Sistema Informatizado de Apoio aos RHC (SisRHC) com diagnóstico de neoplasia maligna da próstata no estado de Minas Gerais, no período de 2014 a 2019, atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. Para o estudo, foram considerados apenas os casos analíticos, como critério de inclusão, por serem mais completos que os casos não analíticos, que foram, por este motivo, excluídos. Quando inseridos no SisRHC, os casos com diagnóstico positivo são classificados como analíticos e não analíticos. Correspondem à analíticos aqueles cujo planejamento e realização do tratamento foram executados no próprio hospital. Não analíticos são casos que já chegam ao hospital tratados, ou seja, aqueles que não realizam o tratamento preconizado pelo hospital do RHC. Bem como, os pacientes que chegam ao hospital sem possibilidades terapêuticas, os casos com recidiva tumoral e aqueles cujo diagnóstico só foi estabelecido por necropsia¹⁴.

Como critério de seleção, utilizou-se o recorte temporal. A escolha do ano de 2019 se deveu ao fato de se desejar analisar o tratamento oncológico antes da pandemia do Novo Coronavírus, caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11/03/2020¹⁵, já o marco inicial, em 2014, se justifica pela opção de um lapso temporal razoável de 5 (cinco) anos para ser objeto do estudo.

No sistema *web* Integrador RHC desenvolvido pelo INCA e disponibilizado em seu endereço eletrônico (<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/selecionaTabulador.action?local=uf&umidFed=MG>) estão disponíveis informações públicas dos casos com diagnóstico de neoplasia maligna da próstata no estado de Minas Gerais, no período de 2014 a 2019. Para a efetivação da coleta dos dados, foi solicitado o acesso ao banco de dados e à biblioteca de variáveis das informações constantes na página de endereço eletrônico do INCA, que foram disponibilizados pela Coordenação de Vigilância do Câncer da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Os dados coletados são considerados secundários e de domínio público, e preservam a identidade dos sujeitos, sendo dispensada, portanto, a apreciação e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Não foi realizado estudo piloto.

Os dados quantitativos foram analisados por meio dos *softwares* PostgreSQL e R Commander. Para construção e organização das tabelas foi utilizado o programa Microsoft Excel. Realizou-se uma análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas tais como: idade, raça/cor, estado conjugal, escolaridade, histórico de consumo de tabaco e de

bebida alcoólica, histórico familiar da doença, estadiamento, primeiro tratamento recebido e origem do encaminhamento.

Por fim, registra-se que, nas variáveis descritas como características clínicas, a taxa de não resposta (“sem informação”, “não se aplica”, “não avaliado”) foi significativa, ou seja, maior que 10%. O viés de não resposta (respostas imprecisas ou registradas incorretamente) pode interferir nos dados observados para a condição estudada. Informações de qualidade requer dos serviços, equipes e trabalhadores de saúde o constante investimento na melhoria do registro desses dados.

RESULTADOS

O banco de dados de domínio público do RHC da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais continha 40.973 registros de casos atendidos no estado, no período de 2014 a 2019. Destes, foram analisados, neste estudo, 24.685. São registros de casos analíticos atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, localizados no estado, entre os anos de 2014 e 2019. As características sociodemográficas que identificam a população estudada estão descritas na Tabela 1.

A média de idade dos pacientes atendidos foi de 68 anos. A idade mínima observada foi de 18 anos e a máxima encontrada entre os pacientes foi de 98 anos, quando da primeira consulta. Percebe-se que, na maioria dos casos, os pacientes eram idosos (idade superior a 60 anos), o que classifica a população em estudo como majoritariamente da terceira idade e revela que o câncer de próstata é mais comum na população idosa.

A maioria dos pacientes foi considerada da cor parda (45,3%), seguida pela cor branca (35,6%) e da preta (12%). As demais categorias tiveram representação inexpressiva. Em relação ao grau de instrução, destaca-se que 56,7% dos homens apresentavam baixa escolaridade, sem nenhum ano completo de estudo ou com incompletude do ensino fundamental, enquanto 13,6% possuíam o ensino fundamental completo, sendo que 12,7% haviam concluído o ensino médio. Os demais não tiveram o grau de escolaridade informado.

Quanto ao estado conjugal, a maioria (67,3%) da população em tratamento para o câncer de próstata era de homens que mantinham um relacionamento (casamento ou união estável).

As características clínicas presentes no banco de dados estão apresentadas na Tabela 2.

Quanto ao histórico de consumo de tabaco, 26,2% dos acometidos tinham história de consumo habitual de qualquer das modalidades de tabaco, durante um período de sua vida, mas que, há pelo menos seis meses, abandonaram esse hábito. No entanto, 41,8% declararam nunca ter feito uso de tabaco ou que, ao longo de sua vida, tenham feito uso esporádico.

No que se refere ao etilismo, 22,4% eram pessoas com histórico de consumo habitual de bebida alcoólica, mesmo que em pequena quantidade (dito consumo social). Entretanto, 41,4% relataram nunca terem feito uso bebida alcoólica ou que, ao longo da vida, tenha feito uso de forma esporádica.

Tabela 1. Distribuição da frequência dos dados sociodemográficos dos indivíduos com câncer de próstata atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, em Minas Gerais, entre 2014 e 2019 (n = 24.685)

Variáveis	N	%
Faixa etária (na primeira consulta)		
18 a 39 anos	31	0,1
40 a 59 anos	4.178	17,0
60 a 79 anos	18.155	73,5
> ou = 80 anos	2.321	9,4
Raça/Cor		
Amarela	126	0,5
Branca	8.778	35,6
Indígena	26	0,1
Parda	11.191	45,3
Preta	2.962	12,0
S/ Informação	1.602	6,5
Escolaridade		
Nenhuma	2.591	10,5
Fundamental incompleto	11.415	46,2
Fundamental completo	3.362	13,6
Nível médio	2.267	9,2
Nível superior incompleto	93	0,4
Nível superior completo	759	3,1
S/ Informação	4.198	17,0
Estado conjugal		
Solteiro	3.286	13,3
Casado	16.170	65,5
Viúvo	1.967	8,0
Separado Judicialmente	1.972	8,0
União consensual	440	1,8
S/ Informação	850	3,4

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Integrador RHC.

Com relação ao histórico familiar de câncer, 36,2% dos homens acometidos de câncer de próstata não possuíam parentes acometidos pela doença, ao passo que 30% dos homens possuíam histórico familiar de câncer e em 33,8% dos casos a informação foi desconhecida. Registra-se que, para efeito deste item, consideram-se, exclusivamente, os parentes consanguíneos, ascendentes ou colaterais até a segunda geração, ou seja: os pais, os irmãos, os avós paternos e maternos e os tios (irmãos dos pais)¹⁴.

Tabela 2. Distribuição da frequência das características clínicas dos indivíduos com câncer de próstata atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, em Minas Gerais, entre 2014 e 2019 (n = 24.685)

Variáveis	N	%
Histórico de consumo de tabaco		
Nunca	10.317	41,8
Ex-consumidor	6.456	26,2
Sim	3.906	15,8
Não avaliado	354	1,4
Não se aplica	28	0,1
S/ Informação	3.624	14,7
Histórico de consumo de bebida alcóolica		
Nunca	10.218	41,4
Ex-consumidor	4.540	18,4
Sim	5.528	22,4
Não avaliado	386	1,6
Não se aplica	27	0,1
S/ Informação	3.986	16,1
Histórico familiar de câncer		
Sim	7.392	30,0
Não	8.938	36,2
S/ Informação	8.355	33,8
Estadiamento do tumor		
I	4.081	16,5
II	9.064	36,7
III	1.894	7,7
IV	2.197	8,9
S/ Informação	7.449	30,2
Primeiro tratamento recebido no hospital		
Nenhum	16	0,1
Cirurgia	9.960	40,3
Radioterapia	3.971	16,1
Quimioterapia	427	1,7
Hormonioterapia	3.205	13,0
Outros	60	0,2
S/ Informação	7.046	28,6
Origem do encaminhamento		
SUS	20.469	82,9
não SUS	3.401	13,8
conta própria	80	0,3
não se aplica	273	1,1
S/ Informação	462	1,9

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do Integrador RHC.

A anotação sobre o estadiamento do tumor é realizada no prontuário do paciente antes do início do tratamento antineoplásico no hospital¹⁴. Em 36,7% dos casos, a doença foi descoberta no estágio 2. Em mais de 30% dos casos, o estágio do tumor não foi informado.

No que se refere ao tratamento, a maioria dos casos teve a cirurgia como terapia recebida na unidade hospitalar (40,3%), seguida da radioterapia (16,1%) e da hormonioterapia (13%). As demais terapias não representaram porcentagem expressiva. Registra-se perda de informação sobre o tratamento recebido em 28,6% dos casos.

Quanto à origem do encaminhamento do paciente, 82,9% foram provenientes de instituições públicas ou conveniadas ao SUS e 13,8% eram os casos não oriundos do SUS, encaminhados por médicos ou instituições privadas não conveniadas.

DISCUSSÃO

De início, cumpre registrar que a utilização de banco secundário permitiu englobar um grande número de participantes, todavia o enorme potencial do banco de dados foi restringido em virtude da qualidade deste. Verificou-se incompletude do preenchimento de algumas informações de parcela significativa dos registros, que reverberou na necessidade de interpretação cautelosa dos resultados, de forma a evitar o enviesamento da pesquisa. Isso prejudicou uma análise mais consistente dos dados, que possibilitaria uma melhor gestão da informação sobre as características da população.

Os resultados encontrados confirmam que o câncer de próstata é um tumor que acomete indivíduos considerados da terceira idade. As experiências vivenciadas durante o ciclo da vida, ou seja, o tempo vivido, é capaz de interferir na percepção do processo saúde-doença. E, portanto, refletir na compreensão do adoecer, na adesão às práticas de rastreamento do câncer de próstata (exames preventivos: Antígeno Prostático Específico – PSA, ultrassonografia e toque retal) demonstrando um marcador do autocuidado masculino em saúde, bem como no tratamento da doença. A idade, segundo Gomes *et al.*¹⁶, é considerada um fator de risco para o câncer de próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos. O aumento da idade pode ser considerado um fator de risco estabelecido para a pré-disposição e desenvolvimento desse agravo.

Estudos revelam que os negros têm mais chances de desenvolver a doença do que os brancos^{9, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}. Se considerarmos a população de pretos e pardos como a população negra, conforme quesito utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e como dispõe o Estatuto da Igualdade Racial²⁴, pode-se concluir que uma parcela significativa (57,3%) dos registros de câncer de próstata observados no estado, no período analisado, foi de indivíduos autodeclarados como da população negra, o que coaduna com a literatura existente.

Os dados sobre a escolaridade revelam que grande parte dos indivíduos atendidos possuíam tempo de estudo menor ou igual a 9 anos. Esse dado pode estar relacionado a dificuldades no acesso à educação, possivelmente, em consequência de condições socioeconômicas insatisfatórias e de políticas educacionais ineficientes. Os dados referentes a escolaridade são reflexos do grau de instrução da população adulta brasileira em geral, da qual, em 2019, 51,2%, ou seja, 69,5 milhões de pessoas adultas não tinham concluído o ensino médio, segundo o IBGE²⁵.

A qualidade de vida pode ser influenciada pela baixa escolaridade, pois é considerada fator associado à falta de informação sobre a prevenção ou sobre as terapias para o câncer de próstata, que influencia negativamente o diagnóstico e o tratamento precoce^{2,3,26}. Portanto, sugere-se a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde em relação a ações de educação em saúde direcionadas a essa população.

A maioria da população em tratamento para o câncer de próstata era de homens que mantinham um relacionamento (casamento ou união estável/consensual). Isso demonstra provavelmente, influência do parceiro(a) como rede e apoio com o cuidado do indivíduo doente a partir das vivências experimentadas neste momento de possível fragilidade, insegurança e medo da morte.

O câncer, para Sanchez *et al.*²⁷, pode ocasionar aos indivíduos com diagnóstico positivo e a seus familiares uma condição de fragilidade. Os autores consideram que a família, o primeiro grupo social em que um indivíduo está inserido, desde o seu nascimento, é geradora de apoio para a maioria dos pacientes que se encontram em tratamento oncológico. O apoio envolve relações de troca, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua que podem contribuir para criar sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas. E, provavelmente, exigem adaptações cotidianas nos modos de vida.

As relações de apoio podem ser definidas como espaços relacionais e de pertencimento onde a vida é viabilizada, por meio de ações de afeto e solidariedade. Na visão de Tuan²⁸, afeto e emoções dão sentido às experiências humanas, essas constituídas das categorias distintas e exponenciais de pensamentos e sentimentos interligadas com o mundo externo. É um campo de aprendizado a partir das próprias vivências, é uma aventura no desconhecido e incerto, é correr riscos e ao mesmo tempo vencer perigos.

Outros estudos já demonstraram que indivíduos que possuem convívio diário com parceiro(a) independente da modalidade de entidade familiar (casados ou em união estável/consensual) apresentam mais chances de cura e menor risco de mortalidade por câncer^{23,29}. Uma vez que, “homens não casados podem ter menos apoio para se submeterem a um tratamento curativo, um estilo de vida menos comedido e alterações imunológicas”^{23:98}.

As variáveis idade, raça/cor, escolaridade e estado conjugal, na visão de Barcellos *et al.*³⁰ e Gondim *et al.*³¹, são

fruto do uso e das diferentes apropriações que o grupo faz e revelam as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde. As variáveis pesquisadas caracterizam a população do estudo e permitem identificar as necessidades e as condições de vida, bem como, podem revelar desigualdades, na medida em que evidenciam indivíduos vivendo em espaços e tempo determinados com seus problemas de saúde definidos.

Os grupos sociais, conforme afirmam Monken e Barcellos³², possuem determinados comportamentos e práticas, baseados no uso de alguns recursos. Os hábitos e comportamentos compreendidos como determinantes sociais para o desenvolvimento da doença faz com que surjam perfis de risco e vulnerabilidades em razão das desigualdades sociais.

Neste estudo, identificou-se como fator de risco para o câncer de próstata as condições relacionadas ao estilo de vida, dentre elas, o consumo de tabaco. Uma maior frequência foi observada em indivíduos que fazem uso do tabaco e/ou ex-consumidores (42,0%). Segundo o INCA¹⁴, são considerados ex-consumidores os indivíduos com história de consumo habitual de quaisquer modalidades de drogas lícitas (álcool e tabaco), durante um período de sua vida, mas que, há pelo menos seis meses, abandonaram esse hábito.

O tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina. O consumo de cigarro aumenta a mortalidade por câncer de próstata, havendo biologicamente uma relação da promoção de tumores por cancerígenos da fumaça do tabaco³³.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, constatou-se que 40,8% dos indivíduos com câncer de próstata eram etilistas e/ou ex-etilistas. Essa evidência possivelmente indica que o consumo do álcool integra uma identidade cultural masculina, prática social e familiar amplamente aceitável. Pode ainda, indicar uma confirmação social de maturidade, masculinidade e virilidade. Na visão de Lima e Dimenstein³⁴, os determinantes socioeconômicos são capazes de influenciar negativamente a população, submetendo-a a níveis variados de exposição a agentes carcinogênicos, tal como o álcool. Os citados autores consideram que a cultura também é um determinante social da saúde que, sob a influência dos socioeconômicos, pode redesenhar possíveis mudanças em valores e crenças sobre o consumo alcoólico e riscos para a saúde.

O câncer de próstata pode ser influenciado pelo consumo de álcool por diversos mecanismos. Além do álcool ser cancerígeno, também afeta o metabolismo de outras substâncias cancerígenas, inibe o processo de reparação do DNA, aumenta o estresse oxidativo e, assim, pode aumentar a probabilidade de efeitos deletérios no DNA – efeitos que podem levar ao desenvolvimento de câncer³⁵.

Para Macke e Petrosyan³⁶, o crescimento do tumor de próstata é tipicamente lento, portanto, considera-se que o histórico de vida do consumo de álcool pelo indivíduo é a longo prazo. Ou seja, o consumo prolongado de bebidas alcoólicas está associado ao aumento do risco para o câncer de próstata. Esse consumo também está diretamente ligado

à letalidade do câncer, pois pode acelerar o crescimento de tumores de próstata e encurtar significativamente o tempo para a cura.

Quanto à hereditariedade, pode-se verificar que 30% dos indivíduos possuíam um histórico familiar, ou seja, uma predisposição familiar. A informação sobre fator de risco, na maioria das vezes, baseia-se na história familiar de malignidades e na probabilidade de herança do câncer. A história familiar refere-se à ocorrência de mais de um caso de câncer em parentes próximos, observada com maior frequência nesses sujeitos do que na população em geral, devido à presença de possível suscetibilidade genética a neoplasias herdadas pelos familiares³⁷.

O histórico familiar é uma condição que possibilita ao indivíduo maior susceptibilidade a desenvolver uma doença^{23,38}. Todavia, não significa necessariamente que a doença se desenvolverá^{17,22}. Os dados deste estudo demonstraram que o percentual de homens que não possuíam histórico familiar, ou seja, hereditariedade, para o câncer de próstata é maior que o percentual daqueles que possuíam.

A partir de uma análise pode-se inferir que os fatores de risco para o câncer de próstata observados neste estudo permitem compreender a dinâmica da população em relação às vivências, preferências e gostos. E essa dinâmica, na perspectiva de Gondim e Monken³⁹, se materializa pelos processos de produção e reprodução da vida, estruturando diferentes relações de poder, que refletem nas condições de vida, estado de saúde no âmbito individual e coletivo.

Observou-se que o tabagismo e o etilismo podem favorecer o surgimento de agravos, como vários tipos de cânceres. De igual forma, apesar do histórico familiar não ter se revelado fator determinante para o adoecer por câncer de próstata, ainda é considerado como fator de risco, pois o adoecimento é multicausal e muitas são as variáveis que promoveram essas condições particulares para a promoção do câncer de próstata.

A produção da saúde ou da enfermidade pode ser entendida através da análise processual das condições de vida das populações⁴⁰. A análise da situação de saúde e de risco pode contribuir para identificar indicadores epidemiológicos, ambientais e sociais e avaliar o impacto desses nos eventos de saúde^{30,31}.

O conhecimento/histórico das características sociais e clínicas do paciente com câncer de próstata pode auxiliar os profissionais de saúde no planejamento de ações e nas orientações das escolhas intervencionais.

A anotação sobre o estadiamento do tumor é realizada no prontuário do paciente antes do início do tratamento oncológico no hospital³³. Os achados desta análise revelaram que a maioria dos casos (53,3%) estava no estadiamento 2 ou acima quando do início da intervenção antineoplásica, o que sinaliza para uma falta de orientação da população masculina a respeito da doença e diagnóstico precoce.

A masculinidade, fruto da construção social de que o

homem é sujeito forte, resistente e invulnerável, contribui para a exposição dos homens a comportamentos que produzem riscos à saúde e, de igual forma, constitui “barreira cultural” que favorece o distanciamento desses sujeitos dos serviços de saúde, o que desemboca numa dificuldade de se chegar a um diagnóstico precoce^{2,3,26,38,41,42,43}. Essa característica da população masculina de ter dificuldades em procurar atendimento em serviços de saúde reflete na condição de vida e na situação de saúde^{39,40}. Se os homens utilizassem as medidas de prevenção primária regularmente muitos agravos poderiam ser evitados^{38,41}. Isso traz a reflexão sobre a importância da detecção precoce e do rastreamento nos casos de câncer de próstata.

As ações de saúde precisam ser guiadas por essas especificidades, de forma a indicar as práticas adequadas às singularidades. Pois, a depender do contexto certa ação de saúde pode ser inadequada por não se aproximar às especificidades do problema de saúde^{30,31,39}. Quando o homem procurar os serviços de saúde por quaisquer outros motivos, especialmente entre 50 e 70 anos de idade, deve ser informado e conduzido para a realização de exames que permitam a detecção precoce, como o toque retal e a dosagem do PSA total, é o chamado rastreamento oportunístico^{2,44}. Pois, a detecção precoce aumenta as chances de cura e de tratamento menos agressivo^{17,41}.

A partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que prioriza organizar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde do homem visando a melhoria das condições de saúde dessa população⁴⁵, percebe-se que as formas de apreender com precisão os aspectos que circundam os espaços de vivência cotidiana colaboram para organizar as práticas e ações primárias em saúde preconizado pelo SUS.

A dificuldade em acessar a atenção primária pelos homens, provavelmente por desconhecimento, preconceito ou carência de recursos local em saúde, influencia na realização de ações de rastreamento do câncer e, conseqüentemente, impossibilita a detecção de tumores em fase inicial, atrasando o diagnóstico e tratamento precoce.

Quanto à modalidade do primeiro tratamento, identificou-se que a cirurgia obteve maior porcentagem. Isso pode estar relacionado ao maior acesso a esse tipo de terapia, bem como a habilitação de alguns hospitais gerais para ofertar cirurgias oncológicas e reconhecer o menor tempo de espera nesses serviços em relação aos de alta complexidade.

A cirurgia é considerada, conforme o INCA¹⁴, a melhor alternativa para o câncer de próstata. Mas, para essa definição é necessário analisar outros fatores como o estágio da doença e condições de saúde do paciente.

Detectou-se que a maioria dos encaminhamentos de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata é procedente de instituições públicas ou conveniadas ao SUS e de médicos que atuam nesse sistema de atendimento. Este fato demonstra, possivelmente, o resultado da atuação das redes de atenção, o avanço da PNAISH e a importância do papel

do SUS na promoção da saúde da população masculina, possibilitando, dessa forma, que um número maior de homens tenha acesso à rede de saúde, obtendo diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Na perspectiva de Biondo *et al.*⁴⁶, a atenção primária à saúde possui função relevante na prevenção e controle do câncer de próstata. Ações como incentivo a alimentação saudável, prática de atividade física, manutenção do peso corporal, suspensão do tabagismo e do consumo de bebidas alcólicas devem ser realizadas pelos profissionais de saúde. Além disso, na detecção precoce, devem ser efetivados campanhas que orientem os homens sobre os principais sinais e sintomas de alerta da doença. Portanto, contribuindo para adesão dessa população à realização de exames e investigação diagnóstica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao perfil sociodemográfico, identificou-se nos registros uma população predominantemente idosa (maiores de sessenta anos), da raça negra (pardos e pretos), com baixa escolaridade e casados ou com companheiro(a). Quanto ao histórico clínico, verificou-se o perfil de homens com histórico de consumo de tabaco, sem histórico de consumo de bebida alcoólica, sem histórico familiar de câncer, cuja doença estava em estágio avançado (II a IV), que o primeiro tratamento recebido no ambiente hospitalar foi a cirurgia e que o protocolo de encaminhamento foi referenciado/originado no SUS.

Assim, este estudo permitiu identificar que, no contexto dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata atendidos em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, em Minas Gerais, no período de 2014 a 2019, há características específicas que devem ser identificadas para um planejamento do cuidado eficiente e que atenda à demanda.

REFERÊNCIAS

- Batista DR, Mattos M, SILVA SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM* 2015;5(3):499-510.
- Gomes R, Rebello LE, Araújo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 3:235-246.
- Krüger FP, Cavalcanti G. Conhecimento e atitudes sobre o câncer de próstata no Brasil: revisão integrativa. *Rev. Bras. Cancerol.* 2018; 64(4):561-567.
- Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde incentiva homens a cuidar da saúde [Internet] 2016 [acesso em 9 jul 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-incentiva-homens-a-cuidar-da-saude>.
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Conheça o que aumenta o risco, como é feito o diagnóstico, o tratamento e as estratégias para detecção precoce do câncer de próstata. Publicado em 04/06/2022 01h58. Atualizado em 16/08/2023 15h50. [Internet]. Brasília: INCA; 2022. [acesso em 2 nov 2023]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>.
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Estatísticas de câncer: Ações de Vigilância do Câncer, componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de prevenção e controle de câncer no país, 2022 [Internet]. Brasília: INCA; 2022. [acesso em 14 dez 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>.
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Minas Gerais - Estimativa dos casos novos: Estimativas para o ano de 2023 [Internet]. Brasília: INCA; 2022. [acesso 14 dez 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/minas-gerais>.
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Causas e Prevenção/O que causa o câncer? [Internet]. Brasília: INCA; 2018. [acesso em 9 jul 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-cancer>.
- Dasgupta P, Baade P, Aitken JF, Ralph N, Chambers SK, Dunn J. Geographical Variations in Prostate Cancer Outcomes: A Systematic Review of International Evidence. *Front. Oncol.* 2019; 9:238.
- Moura FV, Rabelo JB. Aspectos socioculturais que envolvem o câncer de próstata na ótica dos usuários e assistentes sociais. *Rev. Bras. Cancerol.* 2019; 65(2):1-11.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008.
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Número de casos por Ano, diagnóstico segundo UF de procedência. Período: 2010-2020. Localização primária: C61 PRÓSTATA [Internet]. Brasília: INCA; 2022. [acesso em 16 dez 2022]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/consultaTabulador.action?url=%2FRHCNet%2FconsultaTabulador.action&webwork.valueStack=com.opensymphony.xwork.util.OgnlValueStack%401cd87f39>.
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

15. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet]. 2022 [acesso em 7 set 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
16. Gomes CR, Izidoro LC, Mata, LR. Fatores de risco para o câncer de próstata e aspectos motivadores e dificultadores na realização das práticas preventivas. *Invest. educ. enferm.* 2015; 33(3):415-423.
17. Dornas MC, Júnior J, Filho RF, Carrerette F, Damião R. Câncer de próstata. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2008; 7(1):1-8.
18. Ministério da Saúde (BR). Diagnóstico precoce do câncer de próstata possibilita 90% de chance de cura, afirma especialista da Rede Ebserh/MEC: Homens vivem em média 5 a 7 anos a menos do que as mulheres pela falta de cuidado com a saúde, 2022 [Internet]. [acesso em 27 dez]. Brasília: MS; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata-possibilita-90-de-chance-de-cura-afirma-especialista-da-rede-ebserh-mec>.
19. Jenkins K, Oyekunle T, Howard LE, Wiggins EK, Freedland SJ, Allott EH. Family history of prostate cancer and prostate tumor aggressiveness in black and non-black men; results from an equal access biopsy study. *Cancer Causes Control* 2021; 32(4):337-346.
20. Medeiros AP, Menezes MF, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64:385-388.
21. Riviere P, Luterstein E, Kumar A, Vitzthum LK, Deka, R, Sarkar RR, Bryant AK, Bruggeman A, Einck JP, Murphy JD, Martínez ME, Rose BS. Survival of African American and non-Hispanic white men with prostate cancer in an equal-access health care system. *Cancer* 2020; 126(8):1683-1690.
22. Sarris AB, Candido FJ, Pucci Filho CR, Staichak RL, Torrani AC, Sobreiro BP. Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. *Visão Acadêmica* 2018; 19(1):1-15.
23. Zacchi SR, Amorim MH, Souza MA, Miotto MH, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cad. saúde colet.* 2014; 22:93-100.
24. Presidência da República (BR). Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial [Internet]. DOU, 21 Set 2010. [acesso em 3 out 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Agência de Notícias. Estatísticas Sociais. PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio [Internet]. 2020 [acesso em 3 out 2022]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20propor%C3%A7%C3%A3o%20de,4%25%20entre%202018%20e%202019>.
26. Paiva EP, Motta, MC, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta paul. Enferm.* 2010; 23:88-93.
27. Sanchez KO, Ferreira NM, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63:290-299.
28. Tuan Y. Espaço e lugar: a perspectiva da experiência. São Paulo: DIFEL; 1983.
29. Lima AP, Lini EV, Giacomazzi RB, Dellani MP, Portella MR, Doring M. Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018; 21:53-59.
30. Barcellos CD, Sabroza PC, Peiter P, Iñiguez Rojas L. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Inf. Epidemiol. SUS* 2002; 11(3):129-138.
31. Gondim GM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro MB, Gracie R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (1): 237-255; 2008.
32. Monken M, Barcellos CD. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AF, Corbo AM (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007:177-224.
33. Silva LC, Araújo AJ, Queiroz AM, Sales MP, Castellano MV. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. *J. bras. pneumol.* 2016; 42:290-298.
34. Lima AI, Dimenstein M. O consumo de álcool e outras drogas na atenção primária. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2018; 10(26):46-65.

35. Zanchetta MS, Felipe IC, Spezani R, Finamore V, Bergeron C. Homens lusófonos, consumo de álcool e riscos de câncer: Sob a influência cultural da masculinidade. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(7): e29410716530-e29410716530.
36. Macke A, Petrosyan A. Alcohol and prostate cancer: Time to draw conclusions. *Biomolecules* 2022; 12(3):375.
37. Silva TB, MacDonald DJ, Ferraz VE, Nascimento LC, Santos CB, Lopes-Júnior LC, Flória-Santos M. Percepção de causas e risco oncológico, história familiar e comportamentos preventivos de usuários em aconselhamento onco genético. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47: 377-384.
38. Serra VS, Lopes GS, Lopes KA, Alencar SR. Saúde do homem: dificuldades vivenciadas a prevenção do câncer de próstata. *Pesq., Soc. Des.* 2020; 9(11): e42191110222-e42191110222.
39. Gondin GM, Monken M. Território e territorialização. In: Gondin GM, Christófaros MA, Miyashiro GM (Orgs.). *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2017. p. 21-44.
40. Monken M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: Barcellos C (org.). *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 141-164.
41. Leal FS, Gonçalves SJ, Nascimento JC. Epidemiologia do câncer de próstata no município de Vassouras entre 2010 a 2014. *Revista Pró-universus* 2016; 7(2):43-46.
42. Martins AM, Moraes CA, Ribeiro RB, Almeida SS, Schall VT, Modena CM. A produção científica brasileira sobre o câncer masculino: estado da arte. *Rev. Bras. Cancerol.* 2020; 59(1): 105-112.
43. Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, Almeida SS, Schall VT. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em psicologia* 2014; 22:67-78.
44. Instituto Nacional de Câncer (BR). Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
45. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: MS; 2009 [acesso em 16 dez 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
46. Biondo CS, Santos JD, Ribeiro BS, Passos RD, Meira AP, Soares CD. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. *Enfermería Actual de Costa Rica* 2020; 38:32-44.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify the sociodemographic and clinical characteristics of individuals with prostate cancer, from 2014 to 2019, treated in public and private hospitals affiliated with the Unified Health System (SUS) in Minas Gerais. **Method:** This is an ecological epidemiological study, with a quantitative approach, using 24,685 Hospital Cancer Records (HCR). The variables studied were age, race/color, schooling, marital status, risk factors and disease history. **Results:** In relation to the sociodemographic profile, the sample studied is elderly, has low education, married or lives with a partner (a), with a report of tobacco consumption and not alcohol. As for the clinical history, there is no family history of cancer, the disease was at an advanced stage (II to IV), the first treatment received in the hospital environment was surgery and the referral protocol was referenced/originated in the SUS. **Conclusion:** It can be concluded that most individuals were diagnosed in more advanced stages of the disease. Knowledge of the characteristics of men affected with prostate cancer may guide public policies directed to this population.

Keywords: Men's health; Population characteristics; Prostate cancer.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo identificar las características sociodemográficas y clínicas de personas con cáncer de próstata, de 2014 a 2019, atendidas en hospitales públicos y privados afiliados al Sistema Único de Salud (SUS) de Minas Gerais. **Método:** Se trata de un estudio epidemiológico ecológico, con enfoque cuantitativo, utilizando 24.685 Registros Hospitalarios de Cáncer (RHC). Las variables estudiadas fueron edad, raza/color, educación, estado civil, factores de riesgo e historia de la enfermedad. **Resultados:** En relación al perfil sociodemográfico, la muestra estudiada es de edad avanzada, tiene bajo nivel educativo, está casada o vive en pareja, reporta consumo de tabaco y no es alcohólico. En cuanto a la historia clínica, no existen antecedentes familiares de cáncer, la enfermedad se encontraba en estadio avanzado (II a IV), el primer tratamiento recibido en el ambiente hospitalario fue la cirugía y el protocolo de derivación tuvo referencia/origen en el SUS. **Conclusión:** Se puede concluir que la mayoría de los individuos fueron diagnosticados en estadios más avanzados de la enfermedad. El conocimiento de las características de los hombres afectados por cáncer de próstata puede orientar las políticas públicas dirigidas a esta población.

Palabras clave: Salud del hombre; Características de la población; Cáncer de próstata.