



Caracterização das internações e mortes por câncer de próstata no Brasil durante o período de 2010 a 2019

Characterization of hospitalizations and deaths due to prostate cancer in Brazil during the period from 2010 to 2019

Caracterización de las hospitalizaciones y muertes por cáncer de próstata en Brasil durante el período de 2010 a 2019

Ramon Souza Moreira¹, Camila Melo de Freitas¹, Camila Leite Fernandes de Andrade¹, André Vieira¹, Letícia Jacón Vicente¹, Juan Matsuo Hori Eça¹, Jéssica Santos Alves de Lima¹, Marcony José Bomfim Moreira¹, Jadir Paiva Silva Junior¹.

RESUMO

Objetivo: Quantificar e caracterizar o perfil dos pacientes que faleceram devido ao câncer de próstata no período de 2010 a 2019 no Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, para isso coletou-se os dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da causa de morte codificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), analisou-se como variáveis, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, ano e local de ocorrência e método utilizado para provocar a lesão. A busca foi realizada em setembro de 2021. **Resultados:** Foram registrados 143.554 casos de óbito por câncer de próstata em todo o Brasil nesse período. É mais comum em pacientes com baixa escolaridade, casados, brancos, na região sudeste e maioria dos óbitos ocorridos em indivíduos com 80 anos ou mais. **Conclusão:** Conclui-se com esses dados, que no Brasil, houve um aumento progressivo da mortalidade ao longo dos anos mostrando uma falha no rastreamento e diagnóstico à frente de variantes importantes como raça, escolaridade, óbito e internações.

Palavras-chave: Câncer de Próstata, Epidemiologia, Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To quantify and characterize the profile of patients who died due to prostate cancer from 2010 to 2019 in Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional, population-based study, for which data were collected from the Mortality Information System of the Ministry of Health and the Hospital Information System of the SUS. From the cause of death coded by the International Classification of Diseases (ICD-10), the following variables were analyzed: age group, race/color, marital status, education, year and place of occurrence and method used to cause the injury. The search was performed in September 2021. **Results:** There were 143,554 cases of death from prostate cancer throughout Brazil during this period. It is more common in patients with low education, married, white, in the southeast region and most deaths occur in individuals aged 80 years or older. **Conclusion:** It is concluded from these data that in Brazil, there has been a progressive increase in mortality over the years, showing a failure in tracking and diagnosis ahead of important variables such as race, education, death and hospitalizations.

Keywords: Prostate Cancer, Epidemiology, Public Health.

¹ Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis, Eunápolis - BA.

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar y caracterizar el perfil de los pacientes fallecidos por cáncer de próstata de 2010 a 2019 en Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal de base poblacional, para el cual se recogieron datos del Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de la Salud y del Sistema de Información Hospitalaria del SUS. A partir de la causa de muerte codificada por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se analizaron las siguientes variables: grupo de edad, raza/color, estado civil, escolaridad, año y lugar de ocurrencia y método utilizado para causar la lesión. La búsqueda se realizó en septiembre de 2021. **Resultados:** Hubo 143.554 casos de muerte por cáncer de próstata en todo Brasil durante este período. Es más común en pacientes con baja educación, casados, blancos, en la región sureste y la mayoría de las muertes ocurren en personas de 80 años o más. **Conclusión:** Se concluye a partir de estos datos que en Brasil, hubo un aumento progresivo de la mortalidad a lo largo de los años, mostrando una falla en el seguimiento y diagnóstico frente a variables importantes como la raza, la educación, la muerte y las hospitalizaciones.

Palabras clave: Cáncer de próstata, Epidemiología, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Em todo o planeta, em 2020, foram registrados uma média aproximada de 19,0 milhões de casos novos de neoplasias, exceto de pele não melanoma. Dos quais, cerca de 10 milhões foram no sexo masculino, sendo os mais incidentes: pulmão, próstata, cólon e reto, estômago e fígado; e em torno de 9,3 milhões identificados no sexo feminino, sendo os de maiores registros: mama, cólon e reto, pulmão colo do útero e glândula tireoide. A elevada incidência do câncer no mundo pode ser explicada pela junção de fatores ambientais, comportamentais e demográficos (envelhecimento da população, mudança na prevalência de fatores de risco de câncer — tabagismo, hábito de alimentação saudável e atividade física (OLIVEIRA JFP, et al., 2022).

A próstata é uma glândula única, presente nos homens, que tem função secretora. O líquido prostático tem pH básico, sendo importante no processo de alcalinização dos líquidos seminais masculinos, conferindo o aspecto leitoso ao sêmen e seu odor característico, além de melhorar a mobilidade do espermatozoide. Essa glândula tem, em média, 3 centímetros de comprimento, 4 centímetros de largura e 2 centímetros de profundidade, no sentido anteroposterior, pesando 20 gramas aos 20 anos de vida e sofrendo crescimento de 0,4g/ano a partir dos 30 anos. Ela encontra-se em uma posição imediatamente anterior ao reto, justificando assim o exame de toque retal como uma forma de avaliação prostática (SARRIS AB, et al., 2018).

O câncer de próstata é o quinto tipo mais prevalente no mundo, independente do sexo e o segundo mais frequente em homens mundialmente, perdendo apenas para o câncer de pele (Damião R, et al., 2015). Os países desenvolvidos apresentam maiores taxas de incidência em relação aos países subdesenvolvidos e as nações com populações asiáticas possuem as menores taxas (SARRIS AB, et al., 2018).

No Brasil, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata também é o mais incidente no sexo masculino em todas as regiões do país, com maiores índices nas regiões Sul e Sudeste. Em relação à mortalidade, o país apresenta uma das menores taxas de mortalidade por câncer de próstata, na América Latina, apesar de existir uma tendência para o crescimento da doença (Czorny RCN, et al., 2017). Atualmente, observa-se uma incidência estimada em 65.840 novos casos em 2020 e continua sendo o segundo tipo que mais mata (INCA, 2021). Na realidade, o aumento da incidência deste tipo de câncer possivelmente está relacionado com a elevação da expectativa de vida e do melhor diagnóstico do câncer de próstata, em função da disseminação de seu rastreamento (DAMIÃO R, et al., 2015).

Antigamente, os homens apresentavam mais dificuldade para acessar os serviços no âmbito da atenção primária da saúde, seja por desconhecimento, preconceito ou até mesmo falta de recursos médico local, o que prejudicava a realização do rastreamento e, conseqüentemente, impossibilitava a detecção de tumores em fase inicial, prejudicando o diagnóstico e tratamento precoce (CZORNY RCN, et al., 2017). Então, em

2009 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), visando promover atividades ligadas ao sexo masculino, para melhorar suas condições de saúde e ampliar o acesso dos homens à atenção primária (CZORNY RCN, et al., 2017).

Apesar da estruturação da estratégia, o rastreamento populacional vem sendo alvo de críticas crescentes. Algumas entidades voltadas à formulação de políticas de saúde e diretrizes preventivas – como o *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), o *United Kingdom National Screening Committee*, o *Instituto Nacional do Câncer* (INCA) e o Ministério da Saúde (MS) – têm estudado as pesquisas sobre o assunto e se posicionado contra esta estratégia, justificando que os riscos seriam maiores do que os benefícios na adoção desse tipo de rastreamento. Dessa forma, a campanha que estimula o rastreamento precoce para câncer de próstata, no Brasil, denominada de Novembro Azul, vem sendo desestimulada, como estratégia de saúde para a população masculina, o que pode impactar sobre a mortalidade por esse tipo de neoplasia (MODESTO AAD, et al., 2018).

Essa patologia tem como principal fator de risco bem estabelecido a idade maior ou igual a 65 anos, já que 62% dos casos diagnosticados no mundo estão nessa faixa etária e a hereditariedade, pois a história familiar da doença está presente em cerca de 5% a 10% dos casos. Observou-se que se um parente de primeiro grau tem câncer de próstata, o risco é, pelo menos, duas vezes maior do indivíduo com a doença, se dois ou mais consanguíneos são afetados, o risco aumenta em cinco a onze vezes. Assim, a hereditariedade além de ser fator prognóstico importante, também poderia influenciar negativamente a mortalidade relacionada a esta neoplasia (DAMIÃO R, et al., 2015).

Além disso, estudos mostram que pode, possivelmente, sofrer de outros fatores como homens da raça negra (pois a incidência nesta etnia é duas vezes maior, quando comparada à branca), estilo de vida e dieta desequilibrados (CZORNY RCN, et al., 2017). Tornando essencial a busca de dados reais sobre estas determinantes para caracterização e solução das variantes envolvidas no câncer de próstata (LUIZAGA CTM e BUCHALLA CM, 2023).

Pensando nisso, a pergunta clínica que baseou esse estudo foi: qual o nível e importância de influência que os determinantes sociais exercem sobre a mortalidade por câncer de próstata? Para respondê-la foi traçado por objetivo quantificar e caracterizar o perfil dos pacientes que faleceram devido ao câncer de próstata no período de 2010 a 2019, no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, dos óbitos por câncer de próstata, no período de 2010 a 2019. Coletou-se os dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A partir da causa de morte codificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), analisou-se como variáveis, faixa etária (0-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥ 60 anos) raça/cor (branco, pardo, preto, amarelo, indígena, ignorado), estado civil (solteiro, casado, separado judicialmente, viúvo, ignorado), escolaridade (nenhuma, 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, ≥ 12 anos, ignorado), ano e local de ocorrência e método utilizado para provocar a lesão. A busca foi realizada em setembro de 2021.

Além disso, também foi buscado dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando o mesmo CID como causa e parâmetros tais quais: ano de internações, valor total por internação, faixa etária (0-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥ 60 anos), raça/cor (branco, pardo, preto, amarelo, indígena, ignorado) e região do país.

RESULTADOS

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde foram registrados 143.554 casos de óbito por câncer de próstata em todo o Brasil no período de 2010 a 2019. Nesse sentido, a média é de 14355,4 óbitos/ ano, com um desvio padrão de 1101,8536 e a mediana é de 14322,5, sendo que 2010 foi o ano com o menor número de mortes registrada, que corresponde a 12.778 (8,9%) e 2019 com o maior, correspondendo a 15.983 (11,1%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização dos casos de óbito por câncer de próstata em todo o Brasil no período de 2010 a 2019.

Variável	N	%
Ano		
2010	12.778	8,9%
2011	13.129	9,1%
2012	13.354	9,3%
2013	13.772	9,6%
2014	14.161	9,8%
2015	14.484	10,0%
2016	14.926	10,4%
2017	15.391	10,7%
2018	15.576	10,8%
2019	15.983	11,1%
Total	143.554	100%

Fonte: Moreira RS, et al., 2023; dados extraídos de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Além disso, em relação à escolaridade dos pacientes acometidos, a maioria (27,5%) frequentaram entre 1 e 3 anos à escola, com destaque para (19,3%) que nunca frequentaram e (19,7%) tiveram esse dado ignorado em seu registro, e uma pequena porcentagem (5,6%) frequentaram 12 anos à escola ou chegaram ao nível superior.

Tabela 2 - Caracterização da mortalidade referente a escolaridade, etnia, estado civil e faixa etária acometida no período de 2010 a 2019.

Variável	N	%
Escolaridade		
Nenhuma	27.806	19,3%
1 a 3 anos	39.518	27,5%
4 a 7 anos	25.322	17,6%
8 a 11 anos	14.406	10,0%
12 anos ou mais	8.111	5,6%
Ignorado	28.391	19,7%
Etnia		
Branca	74.417	51,8%
Preta	14.124	9,8%
Parda	47.915	33,3%
Indígena	204	0,1%
Amarela	894	0,5%
Ignorado	6.000	4,1%
Estado civil		
Solteiro	16.186	11,2%
Casado	78.569	54,7%
Viúvo	27.962	19,4%
Separado judicialmente	7.727	5,3%
Outro	3.931	2,7%
Ignorado	9.179	6,3%
Faixa etária		
1 a 59 anos	7.090	4,9%
60 a 69 anos	24.611	17,1%
70 a 79 anos	49.527	34,5%
80 anos e mais	62.314	43,4%
Idade ignorada	12	0,0%
Total	143.554	100%

Fonte: Moreira RS, et al., 2023; dados extraídos de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

No quesito etnias as mais acometidas são branca (51,8%) e parda (33,3%). No entanto, a população preta é menos acometida (9,8%), seguida pelos amarelos (0,6%) e indígenas (0,1%). Vale ressaltar que (4,1%) dos indivíduos tiveram sua raça/etnia não registrada. Além disso, (54,7%) dos pacientes eram casados no momento do óbito e (36,1%) eram separados, viúvos ou solteiros. Já em relação à faixa etária acometida, vale ressaltar que o número de óbitos tende a aumentar de acordo com o avançar da idade do paciente, sendo a maioria dos óbitos ocorridos em indivíduos com 80 anos ou mais (43,4%) e a minoria nas faixas etárias de menor que 1 ano, de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, com 2 óbitos ocorridos em cada grupo (**Tabela 2**). A região com maior número de registros de óbito é a região sudeste, que corresponde a (42,7%) de todos os óbitos comunicados, seguido pela região nordeste com (27,6%) sul com (17,1%) e centro-oeste com (7,1%) a região norte com o menor índice de registros, com (5,4%) dos falecimentos (**Tabela 3**). Ainda segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde, foram levantados dados dos indivíduos hospitalizados por neoplasia maligna de próstata. Durante o período de 2010 a 2019 houveram 281.956 internações, com uma média de 28195.6 óbitos/ano, com um desvio padrão de 4108.5472.

Tabela 3 - Caracterização dos casos de óbito por câncer de próstata em por região no período de 2010 a 2019

Variável	N	%
Região		
Região Norte	7.777	5,4%
Região Nordeste	38.713	26,9%
Região Sudeste	61.304	42,7%
Região Sul	24.559	17,1%
Região Centro - Oeste	10.201	7,1%
Total	143.554	100%

Fonte: Moreira RS, et al., 2023; dados extraídos de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Em relação a mediana desses dados, foi de 28447.5, sendo 2010 com o menor índice 21.644 casos, que corresponde a (7,6%) e 2019 com o maior índice 34.701 dos casos, sendo (12,3%) dos registros. Nesse contexto, em relação à faixa etária dos indivíduos hospitalizados, os mais acometidos são os pacientes com 60 a 69 anos, que corresponde a 108.165 hospitalizações (38,3%), seguido pelos indivíduos com 70 a 79 anos, com 89.728 (31,8%).

Tabela 4 - Caracterização das internações por câncer de próstata referente a etnia, faixa etária e região no período de 2010 a 2019.

Variável	N	%
Etnia		
Branca	108.151	38,3%
Preta	21.079	7,4%
Parda	98.059	34,7%
Indígena	68	0,0%
Amarela	3.446	1,2%
Ignorado	51.153	18,1%
Regiões		
Região Norte	7.708	2,7%
Região Nordeste	63.519	22,5%
Região Sudeste	148.696	52,7%
Região Sul	45.067	15,9%
Região Centro - Oeste	16.966	6,0%
Faixa etária		
1 a 59 anos	46.026	16,3%
60 a 69 anos	108.165	38,3%
70 a 79 anos	89.728	31,8%
80 anos e mais	38.037	13,4%
Total	281.956	100%

Fonte: Moreira RS, et al., 2023; dados extraídos do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Associado aos dados citados acima, as etnias com maiores números de internação foram branca e parda com (38,3%) e (34,7%) respectivamente. No entanto, vale ressaltar que uma grande fatia, de (18,1%), teve sua raça ignorada no momento do registro do prontuário. Referente às taxas de internação, as regiões que apresentaram maiores índices de internação foram sudeste (52,1%) e Nordeste (22,5%) e a que apresentou menor índice foi a região Norte (2,8%). As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram (16%) e (6,4%), respectivamente (**Tabela 4**).

DISCUSSÃO

Nota-se, que apesar de ser considerada a quinta causa de morte por câncer em homens em 2020 Sung H, et al. (2020), houve redução da mortalidade ao longo do tempo em países desenvolvidos, como Estados Unidos da América, onde ocorreu uma redução média de 3,4% por ano entre os anos de 2010-2014 Jemal A, et al. (2017), no entanto, no Brasil, houve um aumento progressivo da mortalidade ao longo dos anos analisados no presente artigo, mostrando uma falha diagnóstica e terapêutica.

Porém, um ponto de grande importância ao analisar falhas diagnósticas é em relação ao rastreamento do câncer de próstata, pois constatou-se em diversos estudos que não reduz mortalidade na população geral, muitos tumores descobertos não irão causar malefícios à esse cliente, além do risco de falsos-positivos, sobre diagnóstico e sobre tratamento nesses pacientes, o que só geraria ainda mais transtornos psicossociais agravando ainda mais as condições dos pacientes que se encontram dentro do grupo de risco. Portanto, diante disso, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), emitiu uma nota técnica desencorajando a organização de programas de rastreamento e se houver uma demanda espontânea do paciente, o mesmo deve ser informado sobre a relação risco x benefício na realização de tal ação, sendo sempre estabelecida uma decisão compartilhada entre cliente e equipe multidisciplinar (INCA, 2013).

Além disso, este estudo identificou que a região do Brasil que apresenta os maiores percentuais de óbitos por Câncer de próstata é o Sudeste, enquanto a região norte apresenta os menores índices. Os grupos populacionais com maiores registros de óbitos foram homens brancos, casados, baixa escolaridade e com maior acometimento a partir da sexta década de vida com maior incidência acima de 70 anos. Um estudo quantitativo, do tipo ecológico e descritivo, com dados do Sistema de Informações Hospitalares referentes às internações registradas no Nordeste brasileiro entre 2012 a 2017 apontou que ocorre maior prevalência de internações em pessoas entre 65 a 69 anos e óbitos na faixa etária igual ou superior a 80 anos (SOUZA JEV, et al., 2019).

Destaca-se, de forma similar, outro estudo, pois elucida de tal fato pela associação de outras comorbidades associadas ao câncer de próstata no momento do diagnóstico na população idosa o que ressignifica mais ainda a maior taxa de óbitos nessa faixa etária. Dessa forma, quanto maior a idade dos indivíduos acometidos pelo CA de próstata, junto estarão associadas doenças crônicas que dificultam, mais ainda, a condução e resolução da enfermidade (BRAGA SFM, et al., 2017).

Em relação às regiões brasileiras percebe-se grande desigualdade na distribuição dos óbitos, podendo estar relacionados ao intervalo de diagnóstico e tratamento, pois a região sudoeste apresenta-se como umas das regiões mais desenvolvidas do país. Revelou-se, em um estudo, que a mortalidade por câncer de próstata ainda está aumentando em todo o Brasil, mas de forma desigual entre as regiões brasileiras (SILVA JFS, et al., 2014).

Ratificando o exposto anteriormente, a região sudeste que apresenta os maiores índices de óbitos e internações neste estudo é a que possui os melhores indicadores de desenvolvimento tecnológico na área da saúde. Por outro lado, a região nordeste, que segue a sudeste em relação aos óbitos e internações, apresenta baixos índices de desenvolvimento. Em paradoxo, isso pode estar associado às questões de subnotificação ou também baixa investigação nas regiões mais carentes, pois estudos registram que, em todo o planeta, mais da metade dos diagnósticos de câncer de próstata ocorrem em países desenvolvidos financeiramente, por outro lado a diferença populacional no Brasil pode interferir neste estudo devido os estados que apresentam os maiores densidades populacionais também apresentarem os maiores índices de diagnóstico.

Outro ponto que pode estar relacionado a região sudeste apresentar os maiores índices de internação são os seguros de saúde que estão difundidos em estados mais ricos com desenvolvimento maior, o que traz consigo maiores índices de internação (SACRAMENTO RS, et al., 2019). Outrossim, é notado que a maior parte dos indivíduos no momento de sua morte possuíam um baixo grau educacional, o qual compromete o acesso desse indivíduo à educação em saúde Oliveira J, et al. (2019) e está diretamente relacionado com baixos níveis de qualidade de vida (ANDRADE JMO, et al., 2014). Além disso, segundo um estudo que tinha como objetivo avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento de homens atendidos em um hospital de referência em oncologia do Estado do Espírito Santo, Brasil, destacou que as pessoas que se intitulam sua raça ou cor da pele como parda ou preta tendem a fazer parte a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade.

A escolaridade foi apontada como uma das variantes que está relacionada à procura do primeiro atendimento e também a um início precoce do tratamento. Por tanto, os pacientes que tinham tempos de escolaridade até oito anos, praticamente, começava o processo de cuidado quando já tinha se passado mais de 60 dias, contudo, os mais escolarizados realizavam o tratamento inicial dentro de um tempo menor (SACRAMENTO RS, et al., 2019).

Associado a esse fator, ainda há o estereótipo sobre o perfil do homem, que não adoece, o que gera um atraso na busca pelos serviços de saúde Lemos AP, et al. (2017), podendo ocorrer um diagnóstico tardio, com um prognóstico reservado. Por isso, indivíduos em um relacionamento conjugal encontram em suas esposas um ponto de apoio para buscar ajuda médica, sendo o matrimônio considerado um fator protetor para a saúde do homem Lemos AP, et al. (2017), sendo diferente do encontrado no presente artigo, pois em 54% dos óbitos, os indivíduos eram casados. Por conseguinte, pensando nesses fatores, em 2009 por meio da portaria GM/MS nº 1.944, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem Coelho EBS, et al. (2018), que visa qualificar as linhas de cuidado masculina, resguardando a integralidade da atenção (BRASIL, 2008), na tentativa de qualificar a saúde da população masculina contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade implementando condições de saúde que vão alavancar o cuidado integral dessa parcela populacional.

Por fim, para ratificar a importância dessa afirmação citada anteriormente, Britos FS e Moraes D (2012) conclui-se que a prevenção por meios de estratégias eficazes baseada nas mudanças comportamentais, além de estimular a população masculina a busca pela saúde qualificada é importante para aumentar a detecção precoce do câncer e aumentar a perspectiva de vida a níveis próximos da população feminina, trazendo como solução para alcançar esses índices a implementação de ações que buscam priorizar maior educação e prevenção. Isso vai de encontro ao respectivo artigo que traz como resultado de sua pesquisa baixa escolaridade e desigualdade social como variantes importantes para o elevado número de óbitos devido ao câncer de próstata.

Segundo Luizaga CTM e Buchalla CM (2023); embora não tenha havido implantação de programa de rastreamento, o aumento no número de exames de antígeno prostático específico (PSA), no Sistema Único de Saúde (SUS), pode ter resultado no aumento dos diagnósticos de tumores indolentes. Isso mostra talvez, a necessidade da implantação de rastreios para a detecção de estágios iniciais a fim de evitar que a doença seja diagnosticada em estágios avançados e com baixa probabilidade de resolução, isso evitaria altos índices de internações e custos elevados aos serviços de saúde, por outro lado permitiria um acompanhamento dos pacientes a fim de abordá-los a longo prazo abrangendo todas suas particularidades além de evitar maiores angústias ou dúvidas sobre a doença.

CONCLUSÃO

Pode-se averiguar através dos resultados que a maior prevalência de óbitos se refere a perfis que tenham variáveis como homens acima de 60 anos aumentando a incidência em paralelo à idade, brancos ou pardos, casados e da região sudeste e nordeste. Por tanto, há o questionamento se o desenvolvimento social e regional não interfere nos dados sobre regiões e raça mais acometidas, visto que diversos outros estudos apresentam a raça negra como a mais acometida por essa enfermidade. Ressalta-se, ainda, que a doença

implica grande oneração para os serviços de saúde principalmente das regiões mais desenvolvidas do país por serem centros de saúde terciários na qual cuidam de pacientes em estágios avançados da doença, no entanto tem aumentado nos últimos anos as respectivas taxas de internação em todas as regiões do país sem uma atuação segura e integral na prevenção do cuidado nas áreas básicas da saúde. Dessa forma, fica evidente a necessidade de mais estudos na tentativa de diminuir a incidência e internações dos acometidos pela doença.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE JMO, et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(8): 3497-504.
2. BRAGA SFM, et al. Patient survival and risk of death after prostate cancer treatment in the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51(46): 1518-8787.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 25 de julho de 2023.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (Princípios e Diretrizes). 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acessado em: 25 de julho de 2023.
5. BRITO SFS e MORAIS V. Câncer de Próstata: Caracterização Epidemiológica e Riscos Hereditários. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2012; 4(1): 247-257.
6. COELHO EBS, et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2018; 66 p.
7. CZORNY RCN, et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2017; 22(4): 876-447.
8. DAMIÃO R, et al. Câncer de próstata. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2015; 14(1): 80-86.
9. GUERRA MR, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017; 20 (1): 1980-5497.
10. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Rastreamento do Câncer de Próstata. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rastreamento-prostata-2013.pdf>. Acessado em: 23 de setembro de 2021.
11. JEMAL A, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. *J Natl Cancer Inst*. 2017; 109(9): djx030.
12. LEMOS AP, et al. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Rev enferm UFPE*. 2017; 11(11): 4546-53.
13. LUIZAGA CTM e BUCHALLA CM. Estimativa da incidência de câncer no Estado de São Paulo, Brasil, a partir de dados reais. *Cadernos De Saúde Pública*. 2023; 39(2): e00134222.
14. MAIA LFS. Câncer de próstata: preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida. *Rev Recien*. 2012; 2(6): 16-20.
15. MODESTO AAD, et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(64): 251-262.
16. OLIVEIRA J, et al. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. *J. Health Biol Sci*. 2019; 7(4): 395-398.
17. OLIVEIRA JFP, et al. Cancer Incidence in Mato Grosso state, Brazil: analysis of population-based registries (2007 a 2011). *Rev bras epidemiol*. 2022; 25: e220010.
18. SACRAMENTO RS, et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento do câncer de próstata. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; (9): 3265-74.
19. SARRIS AB, et al. Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. *Visão Acadêmica*. 2018; 19(1): 1518-8361.
20. SILVA JFS, et al. Tendências de mortalidade por câncer de próstata nos estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 a 2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014; 17(02): 1980-5497.
21. SOUZA JEV, et al. Perfil de morbiletalidade e impacto econômico por neoplasia maligna prostática. *Rev enferm UFPE*. 2019; 13: e240679.
22. SUNG H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN*. 2021; 71(3): 209-249.