

INCIDÊNCIA E TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL

Ericka Silva Holmes¹; Juliana da Costa Santos Pessoa²; Sérgio Ribeiro dos Santos³

1 - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: ericka_holmes@hotmail.com; 2 - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: jullycs.fisio@gmail.com. 3 – Professor Titular do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: srsantos207@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, o perfil de mortalidade tem sofrido alterações decorrentes do processo de transição demográfica e epidemiológica que resultou em um grupo populacional mais predisposto as doenças crônicas não-transmissíveis. Este processo é consequência da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida, permitindo assim o envelhecimento da população^{1,2}. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre essas doenças crônicas não-transmissíveis, o câncer tem se configurado na atualidade como um importante problema de saúde pública, tendo em vista a sua elevada incidência e taxas de mortalidade na população brasileira, do mesmo modo ocorre na população mundial^{3,4}.

Entende-se que o câncer é uma afecção clínica de caráter muitas vezes maligno, cujas características são alterações morfológicas e funcionais, seguidas de uma proliferação descontroladas das células de um determinado tecido, que invadem e destroem localmente e até à distância outros tecidos do corpo humano⁵. Quando relacionado ao gênero, observa-se que o aumento da taxa de mortalidade por câncer no sexo masculino supera o sexo feminino, merecendo destaque o câncer de próstata, que é definido como um crescimento anormal e desordenado das células do epitélio glandular, com uma grande capacidade de disseminação⁶.

Embora muitas vezes curável nos estágios iniciais, o câncer de próstata clinicamente avançado causa mais de 250.000 mortes por ano em todo o mundo⁷. No Brasil, para as neoplasias que acometem o sexo masculino, estima-se tanto para 2014 quanto para 2015 que dos 302.350 casos, 68.800 serão casos de câncer de próstata, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma. Quanto à mortalidade, o câncer de próstata corresponde a segunda maior causa de morte, sendo apenas superado pelos óbitos decorrentes do câncer de pulmão².

A ocorrência do câncer de próstata tem aspectos singulares e fatores de riscos específicos como: idade avançada, raça negra, predisposição genética, aspectos hereditários, hábitos alimentares, índice de massa corporal (IMC) maior que 30, doenças venéreas prévias, a não realização de atividade física, o fumo e os hormônios sexuais⁵. Na maioria dos casos, o câncer de próstata não produz sintomas antes de alcançar estágios avançados. Mas, nos casos em que há sintomas, o paciente queixa-se de dificuldade para urinar, jato urinário fraco ou aumento do número de micções, sensação de não esvaziamento da bexiga, entre outros. Entretanto, esses sintomas são comuns a outras patologias, dificultando assim o diagnóstico e tratamento^{4,8}.

Existem vários métodos diagnósticos, mas é importante destacar a necessidade do diagnóstico precoce para determinar a eficácia do tratamento e, conseqüentemente, a redução da taxa de mortalidade. Logo, dentre os recursos utilizados, tem-se a detecção através de Exame Digital Retal (EDR) ou do exame de Sangue Antígeno Prostático Específico (PSA), a partir dos 40 anos de idade¹.

Assim, diante dos inúmeros fatores que podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo e da demanda aumentada dos usuários, há a necessidade do uso de indicadores de assistência à saúde, com a finalidade de aferir o desempenho do sistema de serviços de saúde para nortear a gestão das políticas públicas e a tomada de decisões⁹.

Diante desse contexto, os estudos epidemiológicos de mortalidade podem ser considerados importantes instrumentos para avaliar as condições de saúde e determinar a ocorrência de uma determinada afecção, visando apresentar informações relevantes que possam ser utilizadas para o desenvolvimento e acompanhamento de estratégias que minimizem os fatores de riscos.

Nesse contexto, o presente estudo buscou investigar o seguinte problema: Qual a tendência do índice de mortalidade por câncer de próstata no Brasil, no período de 2002 a 2012? Para encontrar respostas a este questionamento, o presente estudo objetiva identificar um modelo para tomada de decisão através da análise da tendência do índice de mortalidade por câncer de próstata no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo da análise dos índices de mortalidade por câncer de próstata no Brasil, por faixa etária, segundo causa básica de óbito, cujo modelo de estudo foi o epidemiológico observacional do tipo ecológico de série temporal, com abordagem quantitativa, realizado no período de 2002 a 2012. Esse tipo de estudo tem como unidade de análise a população ou subgrupo de pessoas pertencentes a uma área geográfica

definida, podendo ainda ser utilizado para prever tendências futuras da doença ou avaliar o impacto de uma intervenção na população¹⁰.

Os dados referentes às taxas de mortalidade por câncer de próstata foram obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A análise dos coeficientes de mortalidade por causa (CMC) anuais foi calculada por 100.000 habitantes para o conjunto de neoplasias malignas de próstata, levando-se em consideração que os coeficientes são influenciados pela composição populacional tendo como padrão a população do Brasil no ano de 2002.

Após a coleta dos dados secundários referentes aos casos de mortalidade por câncer de próstata, notificados no DATASUS, foi verificada a consistência e realizada a análise através do pacote R, versão 3.1.1, com a finalidade de analisar se as proporções dos índices de mortalidade por câncer de próstata no Brasil seguem uma proporcionalidade ou tendências de crescimento ou decréscimo.

Para tanto, utilizou-se o Teste de Comparação de Proporções e, em seguida, realizou-se o Teste de Tendência de Proporções, visando analisar se as referidas proporções apresentaram tendência de crescimento ou redução no período analisado. Para o Teste de Comparação das Proporções, foram definidas a hipótese nula (H_0), que corresponde a não existência de diferenças significativas entre as proporções analisadas, enquanto que a hipótese alternativa (H_1) está relacionada a pelo menos um dos anos analisados e que pode ocorrer diferença estatisticamente significativa.

As hipóteses, definidas para realização do Teste de Tendência de Proporções, determinam que para H_0 : não houve tendência nas proporções dos índices de mortalidade por câncer de próstata, no período em questão, já para H_1 : ocorreu tendência para aumento ou redução dos índices de mortalidade por câncer de próstata, no período estudado. Para tanto, com intuito de averiguar se as proporções das taxas de mortalidade por câncer de próstata apresentam alguma tendência para cima ou para baixo, durante o período investigado, foi realizado o Teste de Tendência de Proporções, o qual utiliza o Qui-quadrado.

Logo, o modelo de decisão proposto pelo estudo é determinado a partir dos testes de hipóteses. Assim, quando a hipótese de igualdade das proporções da mortalidade por câncer de próstata for rejeitada e a tendência verificada for de caráter crescente, os gestores de saúde deverão investir em políticas públicas direcionadas a saúde do homem. Em contrapartida, quando a tendência detectada for decrescente sugere-se que as ações em saúde do homem sejam mantidas, uma vez que os resultados encontrados são frutos de ações em saúde de caráter resolutivo, servindo portanto, de exemplo a ser prosseguido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

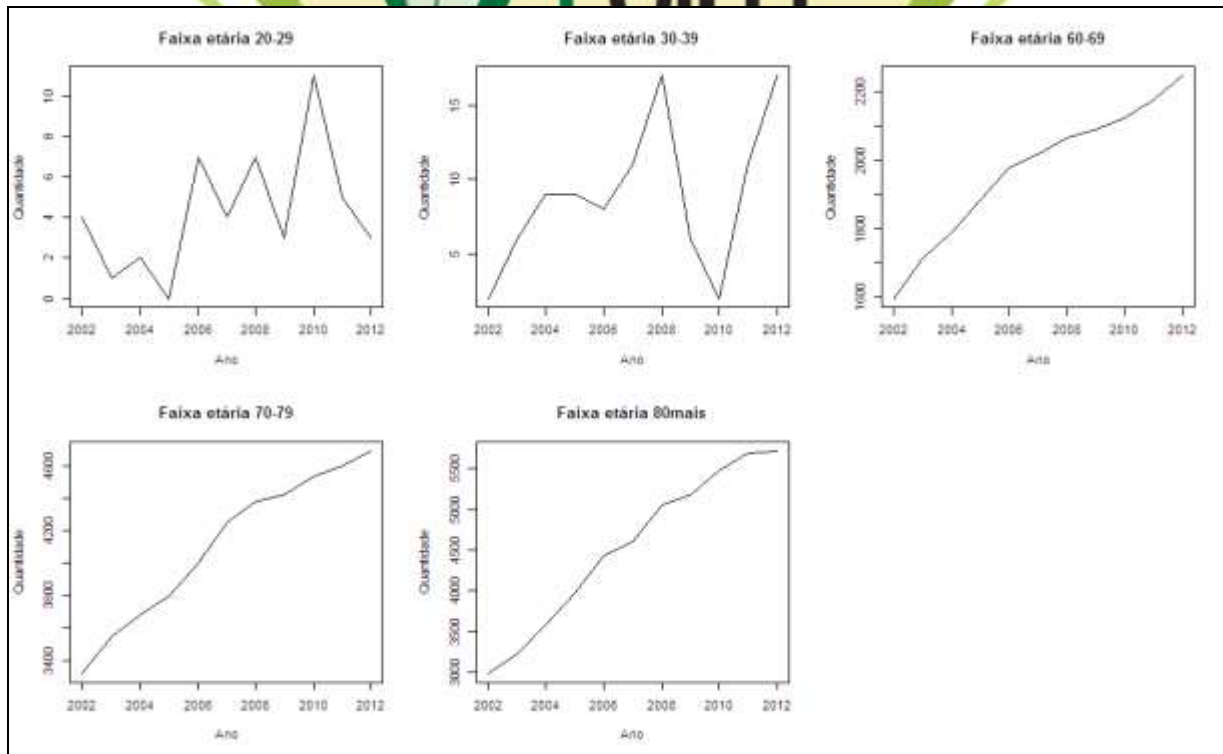
Considerando os dados obtidos através do DATASUS, no que diz respeito ao índice de mortalidade por câncer de próstata no Brasil, por faixa etária, percebeu-se que apenas as faixas etárias 40-49 anos e 50-59 anos apresentaram um p -valor no Teste de Proporção maior que 0,05, não havendo consequentemente a necessidade de realizar o Teste de Tendência (Tabela 2). Dentre as faixas etárias cujo p -valor no Teste de Proporção e Teste de Tendência foram abaixo de 0,05, a maioria destas tiveram uma tendência crescente, conforme observado na Figura 2, que significa que os índices de mortalidade por câncer de próstata ao longo do período de 2002-2012 aumentaram com o avançar dos anos.

Tabela 2: Proporção e tendência do índice de mortalidade por câncer de próstata no Brasil por faixa etária, segundo o período de 2002 a 2012

Faixa Etária	Teste de Proporção p-valor	Teste de Tendência p-valor
20-29	0,04202	0.01083
30-39	0,01635	0.001564
40-49	0,595	-----
50-59	0,07299	-----
60-69	1.482e-10	< 2.2e-16
70-79	2.2e-16	< 2.2e-16
80 ou mais	2.2e-16	< 2.2e-16

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Figura 2: Representação gráfica da tendência dos índices de mortalidade do Brasil, segundo as faixas etárias 70-79 e 80 ou mais, nos anos de 2002 a 2012.



A partir dos dados encontrados, observou-se que no Brasil, as faixas etárias cujos índices de mortalidade por câncer de próstata são mais evidentes correspondem a 70-79 anos e acima de 80 anos. Porém, as faixas etárias 20-29 e 30-39 anos merecem atenção, já que em uma população masculina jovem tem-se observado uma possível tendência crescente de que com o passar dos anos estes índices aumentem. Situação que se torna mais justificada na faixa etária de 60-69 anos em decorrência do aumento da expectativa de vida dos homens.

Sabe-se ainda que, independente da faixa etária, a cultura corresponde a um fator que interfere no processo saúde-doença do indivíduo, já que se atribuiu ao sexo masculino o estereótipo de força, masculinidade e atitudes, e em contrapartida o adoecimento demonstra fragilidade¹¹. Associado a este fator, ressalta-se que a ocorrência da baixa acessibilidade da população masculina aos serviços de atenção primária pode ser considerada um problema de saúde pública, visto que quando a busca pelo serviço de saúde ocorre, ela está atrelada a um quadro clínico de morbidade já cronicado com repercussões biopsicossociais para a sua qualidade de vida.

Diante desse problema, o Ministério da Saúde criou em 2008 a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PAISH), com a finalidade de fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços destinados à prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde da população masculina^{12-13,8}.

No entanto, entende-se que para uma adequada tomada de decisão em saúde, inicialmente há a necessidade de melhor estruturar os dados demográficos e epidemiológicos referentes ao sexo masculino, com a finalidade de que estes sirvam de

recursos argumentativos para justificar a necessidade de formulação de políticas. Logo, a saúde integral do homem deverá passar a ser alvo de atuação governamental, implicando em repensar nas necessidades de saúde dos homens e como estas são instituídas¹⁴.

Logo, os resultados demonstram que o risco de um indivíduo desenvolver câncer de próstata e chegar ao óbito é bem maior caso ele pertença a uma das faixas etárias prevalentes nesta pesquisa, associados a variados fatores. Desse modo, é recorrente a ideia de que o câncer de próstata pode ser detectado precocemente através de métodos de triagem, com a realização do PSA a partir dos 40 anos de idade, conforme recomendado pela Sociedade Brasileira de Urologia, sendo o diagnóstico precoce da doença a única maneira de evitar e reduzir a mortalidade desse tipo de câncer⁸.

Reforça-se ainda a necessidade de “quebrar” o paradigma de que os homens nunca vão adoecer, através da exigência de um sistema de saúde e de profissionais com um olhar mais atento a essa população, e ainda de ações dirigidas aos profissionais de saúde, atualizando-os sobre os sinais de alerta para suspeição do câncer da próstata e os procedimentos de encaminhamento para diagnóstico precoce dos casos¹⁴.

CONCLUSÕES

Considerando as altas taxas de morbidade e mortalidade que acometem o homem, como o câncer de próstata, tem-se investido em estudos sobre a saúde do homem no cenário nacional para identificar os principais fatores de risco para desenvolver estratégias que estimulem a sua redução ou até mesmo o seu controle, visando uma melhor qualidade de vida.

Entretanto, sabe-se que a baixa procura pelos serviços de atenção primária à saúde pelo homem, associado a fatores sociais, culturais e até mesmo fatores relacionados a atuação dos profissionais de saúde e a ausência de programas ou estratégias direcionadas aos homens, fortalecem o distanciamento masculino do serviço de saúde, como também dificultam a interação entre a população masculina e os serviços de saúde.

Nesta perspectiva, diante dos altos índices de mortalidade por câncer de próstata, torna-se de fundamental importância que os gestores de saúde invistam na consolidação das políticas públicas direcionadas a saúde do homem, incentivando a inclusão deste nos serviços de atenção à saúde, a prática de estratégias de saúde focadas na importância do cuidado e na prevenção de doenças. Além do que, frisa-se a necessidade da maior conscientização do público masculina a respeito da sua saúde onde o mesmo corresponde a um agente ativo e co-responsável pela sua saúde e seu bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Friestino JKO et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2013. jul./set; 37(3): 688-701
2. Zacchi SR. et al. Association of sociodemographic and clinical variables with initial staging in men with prostate cancer. *Cad Saúde Colet*. 2014. Rio de Janeiro; 22 (1): 93-100.
3. Ribeiro MS. et al. Urbanity and mortality by selected cancers in Brazilian capitals, 1980–2009. *Cad Saude Colet*. 2013. Rio de Janeiro; 21(1).
4. Pirajá FCS. et al. Sobrevida de pacientes com câncer de próstata. *Rev. Bras. Promoç Saúde*. 2013; Fortaleza; 26(1): 45-50.
5. Ortiz-Arrazola GL. et al. Identificación de factores de riesgo para cáncer de próstata. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10(1) :3-7.
6. Bellmunt J. et al. Impact of PSA implementation and combined radiation and hormonal therapy (RT + HT) on outcome of prostate cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2009; 45: 2804 –09.
7. Banca SC et al. Punctuated evolution of prostate cancer genomes. *Elsevier Inc*. 2013; 25: 666-77.
8. Abreu AS. et al. Strategies for the prevention of prostate cancer. *Rev. de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2013; 5(2): 3795 – 07.
9. Costa KS.; Nascimento Junior JM. HÓRUS: Inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012. São Paulo; 46(1): 91.
10. Medronho RA. et al. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
11. Julião GG, Weigelt LD. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. *Rev. de Enf. UFSM*. 2011; mai/ago; 1(2): 144-52.
12. Fontes WD. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(3):430-33.
13. Gomes R.; et al. Prostate cancer prevention: a review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 235-46.
14. Couto, MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2569-2578, 2012.