https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

Revista de Enfermagem UFPE On Line
ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL DE MORBILETALIDADE E IMPACTO ECONÔMICO POR NEOPLASIA MALIGNA PROSTÁTICA

MORBI-LETHALITY PROFILE AND ECONOMIC IMPACT BY PROSTATIC MALIGNANT NEOPLASIA

PERFIL DE MORBILETALIDAD E IMPACTO ECONÓMICO POR NEOPLASIA MALIGNA PROSTATICA

Edison Vitório de Souza Júnior[1], Michele Silva dos Santos[2], Caiuze Aguiar Nunes[3], Átila Rodrigues Souza[4], Laís Emily Souza Trindade[5], Tayná Freitas Maia[6], Vinicius Santos Barros[7], Diego Pires Cruz[8]

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil de morbiletalidade e impacto econômico por neoplasia maligna de próstata. ***Método:*** trata-se de 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. Analisaram-se os resultados no *software Excel*, com frequências absoluta e relativa, apresentando-os em tabelas. ***Resultados:*** registraram-se 33.426 internações e 2.702 óbitos, correspondendo a uma letalidade de 8,1%. Destacou-se maior prevalência de internações em pessoas entre 65 a 69 anos (21,6%), óbitos na faixa etária igual ou superior a 80 anos (28,8%) e letalidade entre 35 a 39 anos (31,3%). Observa-se, ainda, um impacto econômico superior a R$ 126 milhões. ***Conclusão:*** conclui-se que o perfil de morbiletalidade se refere à maior prevalência das variáveis em homens acima de 35 anos de idade, evidenciando, dessa forma, a fragilidade dessa população. Destaca-se, ainda, que a doença implica maior oneração ao sistema público de saúde, além de constituir um fator de grande impacto na identidade pessoal masculina. ***Descritores:*** Epidemiologia; Saúde Pública; Saúde do Homem; Oncologia; Custos de Cuidados de Saúde; Sistemas de Informação.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of morbidity and economic impact of malignant prostate cancer. ***Method:*** This is a quantitative, ecological and descriptive study, with data from the Hospital Information System regarding hospitalizations registered in the Northeast of Brazil from 2012 to 2017. The results were analyzed in Excel software with absolute and relative frequencies, presenting the in tables. ***Results:*** 33,426 hospitalizations and 2,702 deaths were registered, corresponding to a lethality of 8.1%. There was a higher prevalence of hospitalizations in people aged 65 to 69 years (21.6%), deaths aged 80 years or over (28.8%) and lethality between 35 to 39 years (31.3%). There is also an economic impact of over R $ 126 million. ***Conclusion:*** it can be concluded that the morbidity profile refers to the higher prevalence of variables in men over 35 years of age, thus evidencing the fragility of this population. It is also highlighted that the disease implies greater burden on the public health system, besides being a factor of great impact on male personal identity. ***Descriptors*:** Epidemiology; Public Health; Men's Health; Medical Oncology; Health Care Costs; Information Systems.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de morbiletalidad y el impacto económico por neoplasia maligna de próstata. ***Método:*** se trata de un estudio cuantitativo, ecológico y descriptivo con datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias que se refieren a las hospitalizaciones registradas en el noreste de Brasil entre 2012 y 2017. Los resultados se analizaron en un software Excel con frecuencias absolutas y relativas presentándose en tablas. ***Resultados:*** se registraron 33,426 hospitalizaciones y 2,702 muertes, lo que corresponde a una tasa de letalidad del 8.1%. Se observó una mayor prevalencia de hospitalizaciones en personas de 65 a 69 años (21.6%), muertes en el grupo de edad de 80 años o más (28.8%) y letalidad entre 35 y 39 años (31.3%). También se observa un impacto económico de más de R $ 126 millones. ***Conclusión:*** se concluye que, el perfil de morbiletalidad se refiere a la mayor prevalencia de las variables en hombres mayores de 35 años, evidenciando, de esta manera, la fragilidad de esta población. También vale la pena señalar que la enfermedad implica una mayor carga para el sistema de salud pública, además de ser un factor de gran impacto en la identidad personal masculina. ***Descriptores*:** Epidemiología; Salud Pública; Salud del Hombre; Oncología Médica; Costos de la Atención en Salud; Sistemas de Información.

[1,2,3,4,5,6,7,8]Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0457-0513 ORCID: http://orcid.org/0000-0002-2370-7223 ORCID: http://orcid.org/0000-0002-5731-2641 ORCID: http://orcid.org/0000-0002-7726-2637 ORCID: http://orcid.org/0000-0002-8760-5736 ORCID: http://orcid.org/0000-0002-1595-286X ORCID: http://orcid.org/0000-0002-2557-7944 ORCID: http://orcid.org/0000-0001-9151-9294

Como citar este artigo

Souza Júnior EV de, Santos M dos, Nunes CA, Souza ÁR, Trindade LES, Maia TF, *et al*. Perfil de morbiletalidade e impacto econômico por neoplasia maligna prostática. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e240679 DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

INTRODUÇÃO

Define-se câncer de próstata (CP) como uma multiplicação desordenada de células tumorais presentes nesse componente do sistema reprodutor masculino.[1] Considera-se a próstata um órgão de pequena dimensão, localizado abaixo do colo vesical, que circula o canal da uretra e se responsabiliza pela produção de secreção que nutre e supre as necessidades dos espermatozoides.[2]

Considera-se como um câncer de bom prognóstico se for diagnosticado e tratado de forma precoce.[2] Inicia-se, geralmente, o estágio oncológico sem manifestações clínicas. Desenvolve-se o tumor com o passar do tempo, evoluindo em seu crescimento ao ponto de avançar no colo vesical e obstruir as vias urinárias, gerando, portanto, sinais e sintomas como disúria, polaciúria, retenção urinária e redução da força miccional. Cita-se, além disso, a possibilidade de haver sangue ou sêmen na urina e algia ejaculatória.[1]

Alerta-se que, embora haja crescimento e investimento nas políticas públicas e programas de saúde referentes à prevenção e precocidade diagnóstica, o câncer ainda se constitui uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tornando-se, mundialmente, a principal causa de óbitos. Espera-se que, mundialmente, no ano de 2030, o câncer atinja a incidência de 27 milhões, sendo que 17 milhões evoluirão ao óbito e aproximadamente 75 milhões de pessoas estarão convivendo com algum tipo de neoplasia.[3]

Destaca-se que o CP ocupa o quinto lugar dentre os tumores malignos com maior frequência em todo o mundo. Informa-se que o Brasil apresenta alta incidência de CP e, em 2014, estimaram-se 68.800 casos novos no país. Evidenciam-se inúmeros fatores determinantes para a doença que influenciam na sua origem, gravidade e/ou agressividade, tais como a idade avançada, a alta taxa de diagnóstico, estilo de vida, condições endócrinas e ambientais,[4-8] bem como a história familiar, que apresenta potencial de elevar, em até dez vezes, as chances de desenvolvimento da neoplasia.[4]

Registra-se que, em todo o mundo, cerca de 75% dos diagnósticos de CP ocorrem em países desenvolvidos economicamente. Informa-se, ainda, que o número de casos novos cresceu em cerca de 25 vezes, constituindo-se a maior incidência da Austrália, Nova Zelândia, Europa Ocidental e América do Norte.[2]

Constitui-se, então, a precocidade diagnóstica de fundamental importância, uma vez que aumenta significativamente as chances de cura. Recomenda-se, atualmente, no Brasil, o rastreamento do CP por meio do toque retal e da dosagem anual do antígeno prostático específico, referente ao termo inglês *Prostatic Specific Antigen* (PSA), em homens inclusos na faixa etária entre 50 e 80 anos. Adverte-se, não obstante, que os homens que tenham parentes de primeiro grau diagnosticados com a neoplasia devem iniciar o rastreamento aos 45 anos.[4]

Salienta-se que o impacto financeiro na saúde sofre influência de fatores demográficos, culturais, sociais e econômicos, no qual se apresenta a capacidade de atenuar ou elevar os gastos. Adverte-se, ainda, que o aumento das DCNT reflete na composição demográfica e constitui-se uma particularidade imprescindível para a análise de gastos com a saúde. Informa-se, nesta perspectiva, que estudos econômicos na área se tornaram um dos motivos de preocupação entre os gestores públicos no intuito de promover eficiência na alocação de recursos financeiros.[9-10]

Aponta-se, aliado a isto, que, conforme a literatura científica brasileira, há ainda maior prevalência de estudos voltados para o processo de saúde-doença entre as mulheres e crianças com câncer, demonstrando, desse modo, a indispensabilidade de pesquisas que se centrem nos atributos masculinos frente ao adoecimento e tratamento oncológico.[3] Justifica-se, portanto, o desenvolvimento deste estudo no intuito de disseminar informações epidemiológicas sobre tal afecção que mais atinge o público masculino e, com isso, fornecer elementos essenciais para a implementação de ações que rompam com a cadeia etiológico-social responsável por contribuir com o aumento das hospitalizações.

OBJETIVO

- Descrever o perfil de morbiletalidade e impacto econômico por neoplasia maligna de próstata.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo ecológico e descritivo, cujos dados coletados são provenientes da plataforma eletrônica do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Constitui-se o SIH em um sistema de abrangência nacional que agrupa diversas informações sobre as hospitalizações brasileiras por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem-se, sobretudo, como vantagem, a rapidez da obtenção dos dados de forma fácil e menos onerosa, além da possiblidade de acompanhamento temporal por meio de variáveis com caráter populacional e geográfico.[11]

Adotou-se, como cenário de estudo, a região Nordeste do Brasil, organizada em nove Unidades Federativas (UF), de acordo com a tabela 1. Refere-se a uma região marcada por intensas desigualdades socioeconômicas em que suas UF ocuparam as piores classificações no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do último censo, que ocorreu em 2010.[12]

https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

Tabela 1. Unidades Federativas do Nordeste brasileiro. Jequié (BA), Brasil, 2019.

Unidades Federativas	IDH	Território	Habitantes	Demografia
Maranhão	0,639	331.936,949 km²	7.000.229	19,81 hab/km²
Piauí	0,646	251.611,929 km²	3.219.257	12,40 hab/km²
Ceará	0,682	148.887,633 km²	9.020.460	56,76 hab/km²
Rio Grande do Norte	0,684	52.811,107 km²	3.507.003	59,99 hab/km²
Paraíba	0,658	56.468,435 km²	4.025.558	66,70 hab/km²
Pernambuco	0,673	98.076,021 km²	9.473.266	89,62 hab/km²
Alagoas	0,631	27.848,140 km²	3.375.823	112,33 hab/km²
Sergipe	0,665	21.918,443 km²	2.288.116	94,36 hab/km²
Bahia	0,660	564.732,450 km²	15.344.447	24,82 hab/km²

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[13]

Informa-se que, na plataforma eletrônica, coletaram-se, em janeiro de 2019, todos os dados referentes à neoplasia maligna de próstata notificados no Nordeste e suas UF. Selecionaram-se as variáveis: internações; óbitos; taxa de letalidade; faixa etária (<1 e ≥ 80 anos) e valor total dos serviços hospitalares expressos na moeda real (R$).

Obteve-se a taxa de letalidade calculando a razão entre os óbitos e as internações no período de estudo. Multiplicou-se, posteriormente, o resultado por 100, obtendo-se os valores em porcentagem. Analisaram-se, então, os resultados no *software Excel*, utilizando-se a estatística descritiva simples (frequências absolutas e relativas), apresentando-os sob a forma de tabelas.

Destaca-se que, por referir-se a um estudo realizado com dados secundários, de acesso e domínio público, sem a possibilidade de identificação individual, não houve a necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Ampara-se tal conduta nos aspectos éticos descritos na Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Observa-se que se notificaram, no período de estudo, 33.426 internações hospitalares pela neoplasia maligna de próstata, conforme a tabela 2. Cita-se que, dentre as internações, 2.702 evoluíram a óbito, correspondendo a uma taxa de letalidade de 8,1%. Ressalta-se, ainda, que o Estado da Bahia registrou, respectivamente, maior prevalência nas variáveis de internações e óbitos, com 36,9%, 35,5%, e Alagoas destacou-se na maior letalidade, com 18,4%. Nota-se, não obstante, que as internações e óbitos apresentaram comportamento crescente no decorrer dos anos.

https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

Tabela 2. Internações, óbitos e taxa de letalidade por neoplasia maligna de próstata no Nordeste brasileiro. Jequié (BA), Brasil, 2012-2017.

Variáveis	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
Internações								
Maranhão	15	403	501	636	695	692	2.942	8,8
Piauí	56	600	574	511	478	425	2.644	7,9
Ceará	68	668	839	950	970	951	4.446	13,3
Rio Grande do Norte	38	431	400	456	504	465	2.294	6,9
Paraíba	7	313	348	391	488	551	2.098	6,3
Pernambuco	57	871	907	942	1.072	1.237	5.086	15,2
Alagoas	6	96	167	198	191	233	891	2,7
Sergipe	6	156	130	155	129	100	676	2,0
Bahia	76	2.345	2.306	2.542	2.558	2.522	12.349	36,9
Total	329	5.883	6.172	6.781	7.085	7.176	33.426	100
Óbitos								
Maranhão	1	29	43	53	61	75	262	9,7
Piauí	3	32	45	43	22	24	169	6,3
Ceará	8	42	56	44	36	38	224	8,3
Rio Grande do Norte	3	18	22	12	32	25	112	4,1
Paraíba	1	35	37	40	54	70	237	8,8
Pernambuco	6	70	77	96	113	126	488	18,1
Alagoas	1	15	25	38	29	37	145	5,4
Sergipe	1	14	17	27	25	22	106	3,8
Bahia	14	190	155	190	193	217	959	35,5
Total	38	445	477	543	565	634	2.702	100
Letalidade								
Maranhão	6,7	7,2	8,6	8,3	8,8	10,8	8,9	8,9
Piauí	5,4	5,3	7,8	8,4	4,6	5,7	6,4	6,4
Ceará	11,8	6,3	6,7	4,6	3,7	4,0	5,0	5,0
Rio Grande do Norte	7,9	4,2	5,5	2,6	6,4	5,4	4,9	4,9
Paraíba	14,3	11,2	10,6	10,2	11,1	12,7	11,3	11,3
Pernambuco	10,5	8,0	8,5	10,2	10,5	10,2	9,6	9,6
Alagoas	16,7	15,6	15,0	19,2	15,2	15,9	16,3	16,3
Sergipe	16,7	9,0	13,1	17,4	19,4	22,0	15,7	15,7
Bahia	18,4	8,1	6,7	7,5	7,5	8,6	7,8	7,8
Total	11,6	7,6	7,7	8,0	8,0	8,8	8,1	8,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Verifica-se, na tabela 3, que os homens com idade entre 65 a 69 se destacaram nas internações, com 21,6%. Informa-se, ainda, que os óbitos foram mais prevalentes nos indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos e observou-se maior taxa de letalidade em pessoas entre 35 a 39 anos, com 31,3%.

Tabela 3. Internações, óbitos e taxa de letalidade por neoplasia maligna de próstata no Nordeste brasileiro de acordo com a faixa etária. Jequié (BA), Brasil, 2012-2017.

Faixa etária (anos)	Internações	%	Óbitos	%	letalidade (%)
<1	7	0,0	1	0,0	14,3
1 a 4	14	0,0	-	-	-
5 a 9	17	0,1	1	0,0	5,9
10 a 14	1	0,0	-	-	-
15 a 19	12	0,0	-	-	-
20 a 24	11	0,0	2	0,1	18,2
25 a 29	14	0,0	-	-	-
30 a 34	11	0,0	-	-	-
35 a 39	16	0,0	5	0,2	31,3
40 a 44	87	0,3	4	0,1	4,6
45 a 49	397	1,2	12	0,4	3,0
50 a 54	1.308	4	80	3,0	6,1
55 a 59	3.070	9,2	157	5,9	5,1
60 a 64	5.462	16,3	252	9,3	4,6
65 a 69	7.210	21,6	413	15,3	5,7
70 a 74	6.664	19,9	476	17,7	7,1
75 a 79	4.645	14	520	19,2	11,2
≥ 80	4.480	13,4	779	28,8	17,4
Total	33.426	100	2.702	100	8,1

Dados não constam no sistema
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

Registraram-se, no período de estudo, custos hospitalares superiores a R$ 126 milhões aos cofres públicos e a Bahia responsabilizou-se por 45,5% do total, conforme a tabela 4. Adverte-se, ainda, que os valores se apresentam com comportamento crescente no decorrer dos anos.

Tabela 4. Valor total dos custos dos serviços hospitalares gastos com a neoplasia maligna de próstata no Nordeste brasileiro. Jequié (BA), Brasil, 2012-2017.

Valor total	2012 - 2013	2014 – 2015	2016-2017	TOTAL	%
Maranhão	1.164.353,17	3.748.615,87	4.948.824,18	9.861.793,22	7,8
Piauí	1.700.217,97	3.136.522,94	3.482.924,86	8.319.665,77	6,6
Ceará	2.138.088,98	7.027.168,39	9.181.671,70	18.346.929,07	14,5
Rio Grande do Norte	1.517.533,56	4.752.167,72	4.951.259,20	11.220.960,48	8,9
Paraíba	940.006,52	2.928.358,66	3.712.037,52	7.580.402,70	6,0
Pernambuco	1.751.218,93	3.915.858,38	5.160.272,41	10.827.349,72	8,5
Alagoas	153.610,34	481.934,76	865.009,48	1.500.554,58	1,2
Sergipe	282.881,45	582.884,09	482.807,85	1.348.573,39	1,0
Bahia	9.299.748,11	23.346.669,71	24.994.890,51	57.641.308,33	45,5
Total	18.947.659,03	49.920.180,52	57.779.697,71	126.647.537,26	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS

DISCUSSÃO

Revela-se que, nos últimos anos, o CP vem se tornando um importante objeto de estudo entre os pesquisadores considerados referências na temática.[8] Caracteriza-se por ser um assunto multifacetado e ascendente que requer, portanto, dedicação expressiva dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, para a atuação na prevenção, assistência direta e participação no planejamento e avaliação da assistência à saúde do homem, contemplando, desse modo, a integralidade do cuidado.[4]

Evidenciou-se, neste estudo, que o Estado da Bahia obteve as maiores prevalências de internações (36,9%) e óbitos (35,5%) e Alagoas destacou-se na letalidade (18,4%), conforme a tabela 2. Ressalta-se que se constituem fatores de pior sobrevida e maior risco de óbito o diagnóstico tardio, tratamento não curativo e piora clínica.[14] Cita-se, nessa perspectiva, que outras pesquisas já evidenciaram diagnóstico tardio na Bahia para várias doenças como a hanseníase,[15] sífilis congênita,[16] câncer de colo de útero[17] e, inclusive, o câncer de modo geral[18] que, associado ao maior número de habitantes, colabora para maior prevalência de hospitalizações e óbitos dentre os Estados.

Revelou-se, em um estudo,[19] que, entre 1980 e 2010, houve tendência de mortalidade crescente pelo CP em todas as regiões do Brasil, sendo que a Nordeste registrou maior variação. Destaca-se, de forma similar, outro estudo[20] que evidenciou incremento nas taxas de mortalidade em 2015, especialmente nos Estados da região Nordeste como a Bahia, Tocantins, Sergipe e Roraima. Soma-se a esses dados a estimativa que, em até 2025, haverá aumento significativo na mortalidade por CP nas regiões Norte e Nordeste, seguido de decréscimo nas demais regiões do país.[21] Explica-se tal informação devido à influência dos aspectos sociais, econômicos e geográficos específicos de cada região que interferem no acesso aos serviços especializados e à ampliação temporal entre diagnóstico e tratamento.[22]

Cita-se que as chances de evolução para um desfecho letal são maiores quando os pacientes estão hospitalizados. Elucida-se tal fato, principalmente, em virtude da maior incidência de CP ser em idosos, pois estes apresentam, geralmente, outras comorbidades, além das complicações clínicas.[14] Adverte-se que tais informações corroboram os resultados deste estudo no qual se evidenciou maior prevalência de internações e óbitos em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, conforme a tabela 3. Citam-se, de forma semelhante, estudos que evidenciaram média de idade superior a 70 anos.[5,14,23]

Espera-se que, com o aumento da expectativa de vida em termos mundiais, a incidência do CP aumente em até 60%,[23] necessitando, portanto, de mais esforços para garantir a adesão masculina aos exames preventivos. Constitui-se o toque retal em um método de rastreamento simples, efetivo e de baixo custo. Informa-se, no entanto, que o procedimento afronta o imaginário masculino de tal forma que muitos homens ignoram tal prevenção, impossibilitando as chances de um possível diagnóstico e tratamento precoces.[4,24]

Destaca-se, desse modo, que, para alcançar a adesão masculina às ações preventivas de cuidados à saúde, torna-se imprescindível a adequação dos serviços às necessidades dos homens não apenas com foco no problema apresentado, mas em sua integralidade, visando à clínica ampliada.[4] Instituiu-se, desse modo, no Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, no intuito de reduzir a morbimortalidade e construir estratégias para a promoção da saúde masculina. Informa-se, ainda, que a PNAISH incentiva a adoção de um novo olhar sobre os homens objetivando a compreensão dos fatores simbólicos, organizacionais, sociais e culturais que permeiam o universo masculino e influenciam no modo de como cuidam da saúde.[3]

Cita-se, a partir disso, que, quanto maior a adesão aos métodos preventivos, menores serão as taxas de hospitalização e, consequentemente, haverá redução dos impactos financeiros para o

sistema público de saúde. Salienta-se que o custo econômico imposto pelas neoplasias é expressivo, desafiando, principalmente, sistemas de saúde com caráter universal, como é o caso do SUS. Informa-se, ainda, que, apesar da assistência prestada ao indivíduo com câncer gerar impactos substanciais aos cofres públicos, a doença deve ser enfrentada em um cenário que evidencia a necessidade constante de investimentos e estratégias efetivas.[25]

Nota-se que o CP gerou um impacto financeiro superior a R$ 126,6 milhões no Nordeste, conforme a tabela 4, superando, de maneira expressiva, os transplantes renais realizados na região entre 2013 e 2017.[26] Informa-se, não obstante, que os custos hospitalares por CP na Bahia observados neste estudo foram superiores aos custos de internações por Diabetes Mellitus (2013-2017)[27] e por tuberculose pulmonar (2012-2016)[28] registrados no Estado.

Destaca-se que os custos em saúde não podem ser utilizados como foco principal e nem isoladamente nas discussões sobre a temática, visto que valores expressivos não significam, necessariamente, assistência de qualidade nem bom uso dos recursos. Enfatiza-se, no entanto, sua utilização como parâmetro avaliativo de políticas públicas de saúde e de estímulo às negociações de preços.[25]

Divulga-se, não obstante, que os indivíduos com CP vivenciam limitações impostas pela neoplasia e por transformações nos âmbitos social e familiar, além de conflitos que ocorrem consigo mesmos. Aponta-se, ainda, que a dinâmica terapêutica e suas implicações provocam impactos significativos em suas vidas e, diante disso, exige-se que, ao adentrar ao serviço, torne-se indispensável que encontrem uma assistência de forma humanizada.[23]

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil de morbiletalidade se refere à maior prevalência das variáveis em homens acima de 35 anos de idade, evidenciando, dessa forma, a fragilidade dessa população. Destaca-se, ainda, que a doença implica maior oneração ao sistema público de saúde, além de constituir um fator de grande impacto na identidade pessoal masculina. Adverte-se que, nessa perspectiva, este estudo fornece elementos essenciais para implementar ações que rompam com a cadeia etiológico-social.

REFERÊNCIAS

1. Gomes CRG, Izidoro, LCR, Mata LRF. Risk factors for prostate cancer, and motivational and hindering aspects in conducting preventive practices. Invest Educ Enferm. 2015 Sept-Dec;33(3):415-23. DOI: https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a04

2. Maia LFS. Câncer de próstata:preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida. Rev Recien. 2012 Dec;2(6):16-20. DOI: http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2177-157X.2012.2.6.16-20

3. Modena CM, Martins AM, Gazzinelli AP, Almeida SSL, Schall VT. Câncer e Masculinidades:Sentidos Atribuídos ao Adoecimento e ao Tratamento Oncológico. Temas Psicol. 2014 Apr;22(1):67-78. DOI: https://doi.org/10.9788/TP2014.1-06

4. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata:vivência de homens. Esc Anna Nery. 2014 Oct-Dec;18(4):697-704. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140099

5. Martín Sánchez V, García-Sanz M, García-Martínez L, Canto CM, Campanario-Pérez F, González SP et al. Incidencia hospitalaria, tendencia y distribución municipal del cáncer de próstata en el área de salud de León (1996-2010). Rev Esp Salud Publica. 2015 Dec;89(6):575-83. DOI: http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000600005

6. Discacciati A, Wolk A. Lifestyle and dietary factors in prostate cancer prevention. Recent Results Cancer Res. 2014 Feb;202:27-37. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-45195-9_3

7. López-Abente G, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Pollán M, García-Pérez J, Ramis R et al. Time trends in muni-cipal distribution patterns of cancer mortality in Spain. BMC Cancer. 2014 July;14:535. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-535

8. Czorny RCN, Pinto MH, Pompeo DA, Bereta D, Cardoso LV, Silva DM. Fatores de risco para o câncer de próstata:população de uma unidade básica de saúde. Cogitare Enferm. 2017 Oct;(22)4:e51823. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51823

9. Roy A, Roe MT, Neely ML, Cyr DD, Zamoryakhin D, Fox KA, et al. Impact of human development index on the profile and outcomes of patients with acute coronary syndrome. Heart. 2015 Feb;101(4):279-86. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306389

10. Kernkamp CL, Costa CKF, Massuda EM, Silva ES, Yamaguchi MU, Bernuci MP. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. Cad Saúde Pública. 2016 July;32(7):e00044115. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00044115

11. Machado JP, Martins M, Leite IC. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil:alguns elementos. Rev bras epidemiol. 2016 Sept;19(3):567-81. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030008

12. Silva JS, Pinheiro LIF. Políticas públicas e desenvolvimento do nordeste brasileiro na visão do estruturalismo cepalino. Contrib cienc soc [internet]. 2017 Jan-Mar [cited 2018 Dec 5]. Available from:http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/01/pobreza.html

13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Por cidade e estado [internet]. [cited 2018 Dec 5]. Available from:https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=Brasil

14. Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade EIG, Acurcio FF, Cherchiglia ML. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. Rev Saude Publica. 2017 May;51:46. DOI: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006766

15. Souza EA, Ferreira AF, Boigny RN, Alencar CH, Heukelbach J, Martins-Melo FR et al. Hanseníase e gênero no Brasil:tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. Rev Saúde Pública. 2018;52:20. DOI: http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.20180520003

16. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol Serv Saúde. 2017 June;26(2):255-64. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003

17. Freire AP, Brito FC, Campo RTF. Prevalência do câncer de colo de útero na Bahia, no período de 2008-2013. Rev Eletrôn Atualiza Saúde [internet]. 2016 Jan-Feb [cited 2018 Dec 5];3(3):24-33. Available from:http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Preval%C3%AAncia-do-c%C3%A2ncer-de-colo-de-%C3%BAtero-na-Bahia-no-per%C3%ADodo-de-2008-2013-v-3-n-3.pdf

18. Souza CMC. Conhecer e educar para controlar o câncer na Bahia. Educ Rev. 2014 Oct-Dec;(54):55-70. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.38203

19. Conceição MBM, Boing AF, Peres KG. Time trends in prostate cancer mortality according to major geographic regions of Brazil:an analysis of three decades. Cad Saúde Pública. 2014 Mar;30(3):559-66. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00005813

20. Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, Abreu DMX, Curado MP, Mooney M et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. Rev bras epidemiol. 2017 May;20(Suppl 1):102-15. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050009

21. Jerez-Roig J, Souza DLB, Medeiros PFM, Barbosa IR, Curado MP, Costa ICC, et al. Future burden of prostate cancer mortality in Brazil:a population-based study. Cad Saúde Pública. 2014 Nov;30(11):2451-58. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00007314

22. Silva JFS, Mattos IE, Aydos RD. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 - 2011. Rev bras epidemiol. 2014 June;17(2):395-406. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020009ENG

23. Quijada PDS, Fernandes PA, Oliveira DS, Santos BMO. Câncer de próstata:retrato de uma realidade de pacientes em tratamento. Rev enferm UFPE on line. 2017 June;11(Supl. 6):2490-9. DOI: http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201702

24. Carroll PR, Vickers AJ. Point/Counterpoint:Early Detection of Prostate Cancer:Do the Benefits Outweigh the Consequences?. J Natl Compr Canc Netw [internet]. 2014 May [cited 2018 Mar 3];12(Supll. 5):768-71. Available from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853213

25. Knust RE, Portela MC, Pereira CCA, Fortes GB. Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência. Rev Saúde Pública. 2017 Aug;51:53. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006665

26. Souza Júnior EV, Cruz DP, Caricchio GMN, Moreira SLF, Boery RNSO, Boery EN. Transplante renal:epidemiologia e gastos públicos hospitalares. Rev enferm UFPE on line. 2019 Apr;13(4):1046-51. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a237758p1046-1051-2019

27. Souza Júnior EV, Cruz DP, Caricchio GMN, Nunes GA, Fróes AS, Silva Filho BFS et al. Morbidade hospitalar e impactos financeiros por diabetes mellitus. Rev enferm UFPE on line. 2019 Apr;13(4):981-988. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a237751p981-988-2019

28. Souza Júnior EV, Nunes GA, Cruz DP, Boery EN, Boery RNSO. Internações hospitalares e impacto financeiro por tuberculose pulmonar na Bahia, Brasil. Enferm Actual de Costa. 2018 Dec;(35):38-51. DOI: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.31868

https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240679

Submissão: 21/04/2019
Aceito: 23/06/2019
Publicado: 05/08/2019

Correspondência

Edison Vitório de Souza Júnior
E-mail: edison.vitorio@gmail.com

Esta obra é licenciada sob Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License sendo permitida a reprodução parcial ou total desde que mencionada a fonte.