

Internações por câncer de próstata em uma regional de saúde do estado de Pernambuco e as relações com as possibilidades de prevenção na atenção primária

Hospitalizations for Prostate Cancer in a Health Region of the State of Pernambuco and the relationship with the possibilities of prevention in Primary Care

Hospitalizaciones por cáncer de próstata en una región de salud del estado de Pernambuco y la relación con las posibilidades de prevención en atención primaria

Ângelo Sávio Ferreira dos SANTOS⁽¹⁾

Eliane Maria Medeiros LEAL⁽²⁾

Joseilda Alves da SILVA⁽¹⁾

Erlene Roberta Ribeiro dos SANTOS⁽¹⁾

Filipe Santana da SILVA⁽³⁾

⁽¹⁾Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

⁽²⁾Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Instituto Aggeu Magalhães, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Recife, PE, Brasil.

⁽³⁾Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Departamento de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas – DECESA, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

O câncer de próstata é a neoplasia maligna de maior incidência entre os homens no Brasil. No curso da doença, surgem diversas possibilidades clínicas, levando à necessidade de internações hospitalares. O objetivo deste trabalho é caracterizar as internações por câncer de próstata (CAP) na 1ª Regional de Saúde do estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2016. Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo quantitativo descritivo de caráter transversal. Os dados são do tipo secundário, coletados a partir do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, através da interface de consulta Tabet/PE. A população estudada foram todos os homens que se internaram por CAP na 1ª Regional de Saúde de Pernambuco, no período de estudo. Entre 2012 e 2016, ocorreram 3.985 internações por CAP. Homens pardos (44,6%) e faixa etária de 50 a 79 anos (85%) foram os que mais internaram. A 1ª Regional de Saúde foi responsável pela maior quantidade de internação (70,5%). A taxa de mortalidade no período foi de 8,5 (395 mortes). O valor total gasto foi de R\$ 8.569.339,80 e o valor médio de internação foi de R\$ 2.175,51. O Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP são os estabelecimentos que mais internaram pacientes no período (54,2%) juntos. A quantidade de internação e de óbitos se encontram em tendência de crescimento, assim como os

Recebido: 11 abr 2018

Revisado: 17 dez 2019

Aceito: 27 ago 2020

Autor de correspondência:

Eliane Maria Medeiros Leal
eliane.medeiros.leal@gmail.com

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



gastos anuais. A busca tardia pelo diagnóstico e pelo tratamento são possíveis causas dessa elevação e pode ainda mais agravar esses números, se não houver nenhuma intervenção maior e mais institucionalizada em relação a prevenção do câncer de próstata no Estado.

Descritores: Neoplasias da Próstata; Hospitalização; Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Prostate cancer is the most common malignant neoplasm among men in Brazil. During the disease, several clinical possibilities arise, leading to the need for hospital admissions. _ The aim of this work is to characterize the hospitalizations for prostate cancer (CAP) in the 1st Health Region of the State of Pernambuco, from 2012 to 2016. An epidemiological study, transversal and of the descriptive-quantitative type was carried out. Secondary data were, collected from the *Sistema de Informação Hospitalar – SIH*, through the Tabnet/PE query interface. The studied population were all the men who were hospitalized for CAP in the 1st Health Region of Pernambuco, during the study period. Between 2012 and 2016, there were 3,985 admissions per CAP. Brown men (44.6%) and age group of 50 to 79 years (85%) were the ones that most interned. The 1st Health Region responsible for the largest amount of hospitalization (70.5%). The mortality rate in the period was 8.5 (395 deaths). The total amount spent was R\$ 8,569,339.80 and the average amount of hospitalization was R\$ 2,175.51. The *Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP* and the *Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP* are the establishments that most interned patients in the period (54.2%) together. The number of hospitalizations and deaths are in a growing trend, as well as annual expenses. The delayed search for diagnosis and treatment are possible causes of this increase and may further aggravate these numbers if there is no major and more institutionalized intervention in relation to prostate cancer prevention in the State.

Keywords: Prostatic Neoplasms; Hospitalization; Men's Health; Primary Health Care.

Resumen

El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más común entre los hombres en Brasil. En el curso de la enfermedad, surgen varias posibilidades clínicas, lo que lleva a la necesidad de ingresos hospitalarios. _ Caracterizar las hospitalizaciones por cáncer de próstata (NAC) en la 1a Región de Salud del estado de Pernambuco, en el período de 2012 a 2016. se realizó un estudio epidemiológico, cuantitativo, descriptivo de carácter transversal. Los datos son del tipo secundario, recopilados del *Sistema de Informação Hospitalar – SIH*, a través de la interfaz de consulta Tabnet/PE. La población estudiada fue todos los hombres que fueron hospitalizados por CAP en la primera región de salud de Pernambuco, durante el período de estudio. Entre 2012 y 2016, hubo 3,985 hospitalizaciones por CAP. Los grupos que más hospitalizaron fueron los hombres marrones (44,6%) y el grupo de edad de 50 a 79 años (85%). La 1a Región de Salud fue responsable de la mayor cantidad de hospitalización (70.5%). La tasa de mortalidad en el período fue de 8,5 (395 muertes). El monto total gastado fue de R\$ 8.569.339,80 y el monto promedio de hospitalización fue de R\$ 2.175,51. Juntos, el *Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP* y el *Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP* son los establecimientos que más pacientes hospitalizados en el período (54,2%). El número de hospitalizaciones y muertes está en una tendencia creciente, así como los gastos anuales. La búsqueda tardía de diagnóstico y tratamiento son posibles causas de este aumento y pueden agravar aún más estos números, si no hay una intervención mayor y más institucionalizada en relación con la prevención del cáncer de próstata en el Estado.

Palabras-claves: Neoplasias de la Próstata; Hospitalización; Salud del Hombre; Atención Primaria de Salud.

Introdução

O envelhecimento, os hábitos urbanos, as mudanças sociais e econômicas e a globalização (em geral) influenciaram bastante o modo de viver, de se alimentar e de trabalhar da população. O Brasil está num crescente aumento da prevalência de fatores como obesidade, estresse, sedentarismo, má-alimentação, entre outros que podem levar ao surgimento de doenças crônicas.¹

O perfil de morbimortalidade brasileiro vem, nas últimas décadas, mostrando um panorama em que as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) se apresentam com a principal causa de óbito da população.² Dentre as DNCT, o câncer e as doenças do aparelho circulatório são as mais prevalentes. Nos homens, as taxas de mortalidade por câncer de próstata e colorretal estarão a aumentar consideravelmente até 2022.³

O câncer de próstata (CAP) é o mais incidente na população masculina. No Brasil, estimam-se 65.840 casos novos de CAP para cada ano do triênio 2020–2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. Pernambuco tem estimativas elevadas para esse tipo de câncer, com uma estimativa de 2.630 casos novos no ano de 2020.⁴

Os homens, em geral, são mais acometidos por doenças crônicas do que as mulheres. Porém, a pouca procura por serviços de saúde pelos homens pode estar vinculada a alguns fatores, dentre os quais destacamos:

- o modelo hegemônico de masculinidade;
- a vergonha pela exposição do corpo; ou
- ao medo da descoberta de doenças graves.⁵

Esses fatores podem levar (no caso do CAP) a um diagnóstico tardio e um mau prognóstico da doença, necessitando de atendimento a nível hospitalar com maior frequência.

A Política de Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem – PNAISH⁶ foi criada pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2009, com o objetivo de promover ações de promoção, prevenção de doenças na população masculina no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, desde a atenção primária até o nível hospitalar. A PNAISH também se propõe a contribuir para a compreensão (pelos homens) da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como a relação dessas

questões com o cuidado em saúde no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A detecção precoce do CAP torna-se possível por diversos fatores, dentre eles a dosagem do antígeno prostático específico (*Prostate-specific antigen – PSA*,) e a biópsia transretal guiada pela ultrassonografia. A realização desses testes pode fazer diferença para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, fazendo com que se tenha maior possibilidade de sucesso de cura.^{5,7}

Nesse contexto, considerando o alto número do diagnóstico tardio de câncer de próstata e, conseqüentemente, maior hospitalização, em face da existência da PNAISH⁶ como instrumento para ações preventivas, surgiu o seguinte questionamento: **Quais as características das internações por CAP na 1a Regional de Saúde do Estado de Pernambuco e como pode-se relacionar esses dados a baixa qualidade na prevenção dessa doença no Sistema Único de Saúde – SUS?**

Portanto, este trabalho teve como objetivo descrever as características das internações por CAP na 1a Regional de Saúde do Estado de Pernambuco e a relação desses dados com a baixa qualidade na prevenção dessa doença no SUS, entre os anos de 2012 e 2016.

Essa caracterização das internações por CAP na 1a Regional do Estado de Pernambuco pode contribuir com o fornecimento de subsídios para estudos e pesquisas mais avançadas em relação aos principais perfis de hospitalizados pela doença, assim como hipóteses para os principais motivos. Ainda, pode municiar profissionais e gestores na idealização de projetos de políticas públicas de saúde mais eficazes e específicos para a população de homens do Estado.

Estratégias específicas precisam ser reafirmadas visando à promoção e prevenção de agravos respeitando o indivíduo com a capacitação de profissionais ressaltando que a Política é um grande marco para suprir as lacunas de inferioridade promovendo uma assistência integral e equânime a toda população masculina que busquem o serviço de saúde.⁸

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo quantitativo descritivo de caráter transversal. Os dados sobre o CAP, que foram utilizados para elucidar o objetivo deste estudo, são do tipo secundário, provenientes de fonte de domínio público, especificamente

do Sistema de Informação Hospitalar – SIH (MS<2016) no Estado de Pernambuco, através da interface de consulta Tabnet/PE. Foi estudada a população masculina que teve internação por CAP na 1º Regional de saúde em Pernambuco no período de 2012 a 2016.

As variáveis utilizadas nesse estudo foram agrupadas em três grupos:

1. Variáveis sociodemográficas: raça/cor, faixa etária;
2. Variáveis relacionadas à internação: quantitativo de internações, caráter de atendimento, média de permanência, leito/especialidade, regional de saúde de residência, utilização de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, motivo da saída da internação, número de óbitos e taxa de mortalidade;
3. Variáveis administrativo-financeiras: valor total, valor médio da internação, regime do internamento (público/privado), tipo de estabelecimento.

Para todas as pesquisas foram consideradas todas as Autorização de Internação Hospitalar – AIH aprovadas pelo Ministério da Saúde – MS.

O cenário de estudo foi a estado de Pernambuco que é o sétimo estado mais populoso do Brasil, com 8.796.032 habitantes. Essa população corresponde a (aproximadamente) 4,6% da população brasileira, distribuídos em 185 municípios pernambucanos.⁹

O Plano Diretor de Regionalização – PDR¹⁰ dividiu Pernambuco em 12 regiões de saúde. Esse estudo tem como unidade de análise a 1º Regional de Saúde com sede em Recife. Ela é formada por 20 municípios (Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão), totalizando uma população de 4.116.153 habitantes. A escolha se deu pelo fato dessa regional conter a grande maioria do complexo hospitalar do Estado (15 hospitais); Secretaria Estadual de Saúde; e, ser (normalmente) referência para as outras regionais de saúde.

O processo de análise dos dados se deu através do Microsoft *Excel*® 365 em que os dados foram expressos em tabelas e gráficos, considerando-se a estatística descritiva. As variáveis quantitativas foram descritas em frequência absoluta e relativa. O presente estudo foi realizado mediante a coleta de dados em um sistema público de informações de maneira secundária. Assim, não se fez necessário à apreciação do projeto de pesquisa por um comitê de ética, mas ainda assim estando assegurados (desde o início do estudo) todos os compromissos éticos da utilização desses pelos autores deste trabalho.

Resultados

Foram identificados 3.985 casos de internações no complexo hospitalar da 1ª Regional de Saúde do Estado de Pernambuco com diagnóstico de neoplasia maligna de próstata, no período compreendido entre 2012 e 2016. Um estudo epidemiológico, realizado no período de 2008 a 2011 em Pernambuco, apresentou 164 casos de internação pela mesma condição, evidenciando um grande aumento de casos de internações.¹¹

O aumento no número de internações pode estar relacionado a diversos fatores, sendo possível que o descobrimento tardio da doença que leve à hospitalização quase imediata. Isso pode estar relacionado a falta de acesso a medidas preventivas, podendo resultar no aumento dos gastos pelo SUS com internações por CAP e outras do sistema urinário masculino. O SUS despendeu a quantia de R\$ 2.079,202,00 no ano de 2000 para realizar o pagamento das internações destas patologias. No ano de 2007, o custo foi de R\$ 7.671.691,12 o que corresponde a 3,6 vezes.⁶

O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade.⁶ Estudos apontam que (nos últimos anos) a elevação de internações por neoplasia entre homens pode-se atribuir ao aumento da incidência do CAP e (consequentemente) seu diagnóstico tardio.¹²

O acesso à informação, promoção da saúde e encaminhamentos para exames preventivos do CAP são foco da Atenção Primária – AP. Esta tem como estratégia abordar o processo saúde/doença no contexto familiar e ambiental. No entanto, quando relacionada à saúde do homem, ainda há lacunas que variam desde a adequação da estrutura para o atendimento à motivação e desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população, como o CAP. Esses fatores têm dificultado o acesso à saúde e a serviços de prevenção a essa doença.^{6,13}

Com relação as variáveis sociodemográficas, observou-se que os indivíduos com idade entre 50 e 79 anos representaram cerca de 85% das internações. Os homens internados são predominantemente da cor parda (44,5%), seguido da cor branca (9,5%) e da cor preta (5,1%). Ressalta-se os 1.591 homens (39,9%) sem informação da Raça/cor em sua AIH. A relação entre idade e raça/cor está descrita na Tabela 1. É possível perceber que a maioria das internações por CAP em Pernambuco, entre 2012 e 2016, aconteceu em homens pardos com idade a partir de 50 anos.

Tabela 1. Internações (%) por câncer de próstata, segundo faixa etária e raça/cor. Pernambuco, PE, Brasil, 2012 a 2016

Faixa Etária (anos)	Raça/cor										Total
	Branca	(%)	Preta	(%)	Parda	(%)	Amarela	(%)	Sem informação	(%)	
<1 a 19	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	3	0,1%	4
20 a 49	7	0,2%	6	0,2%	24	0,6%	0	0,0%	39	1,0%	76
50-69	186	4,7%	113	2,8%	942	23,6%	22	0,6%	836	21,0%	2.099
70 anos e mais	185	4,6%	84	2,1%	810	20,3%	14	0,4%	713	17,9%	1806
Total	378	9,5%	203	5,1%	1.777	44,6%	36	0,9%	1.591	39,9%	3.985

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

No estudo de Braga *et al.*,¹⁴ 75% pacientes diagnosticados com CAP no início do tratamento ambulatorial tinham entre 60 a 79 anos; e, dentre o grupo de estudo, 60% foram diagnosticados em estágios avançados da doença, tendo que ser internados para realizar a quimioterapia. No estudo de Silva *et al.*,¹¹ a maioria das internações por câncer de próstata (36,9%) aconteceu na faixa etária entre 60 a 69 anos. Isso foi identificado no estudo de Zacchi *et al.*,¹⁵ em que 75% dos casos estudados foram dessa mesma faixa etária, corroborando com os achados desse estudo.

Em relação a raça/cor, Zacchi *et al.*¹⁵ relatam que, dos homens em tratamento, 61% são de raça/cor não branca. Os homens negros e pardos possuem fator de risco alto para câncer de próstata. Se homens em geral procuram os serviços de saúde mais tardiamente, homens negros deveriam conhecer essa maior incidência para procurar o serviço de saúde de maneira antecipada e realizar as respectivas estratégias de prevenção. Portanto, se há uma percentagem importante deles se hospitalizando para tratamento de câncer de próstata, podemos pensar que pode haver uma baixa qualidade nos mecanismos de prevenção existentes; ou, as políticas não estão sendo efetivas. Ações no âmbito da atenção primária precisam ser direcionadas focar a essa população, com foco no diagnóstico precoce e informação sobre sinais e sintomas suspeitos.¹⁶

Em relação as variáveis relacionadas a internação, observou-se que o quantitativo de internações teve tendência crescente entre 2012 a 2016 (Figura 1); e, que o caráter de atendimento mais prevalente foi o eletivo (67,6%). Porém, cerca de 32% das internações

acontecem de urgência. A média de permanência de internação, nos cinco anos estudados foi de 7,1 dias, com ocupação principal dos leitos cirúrgicos (60,2%) e clínicos (33,1%). Essas internações podem estar relacionadas com a realização de cirurgias de próstata e para o acompanhamento do tratamento quimioterápico, respectivamente. Das 3.985 internações por CAP no período estudado, 9,3% tiveram utilização de Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

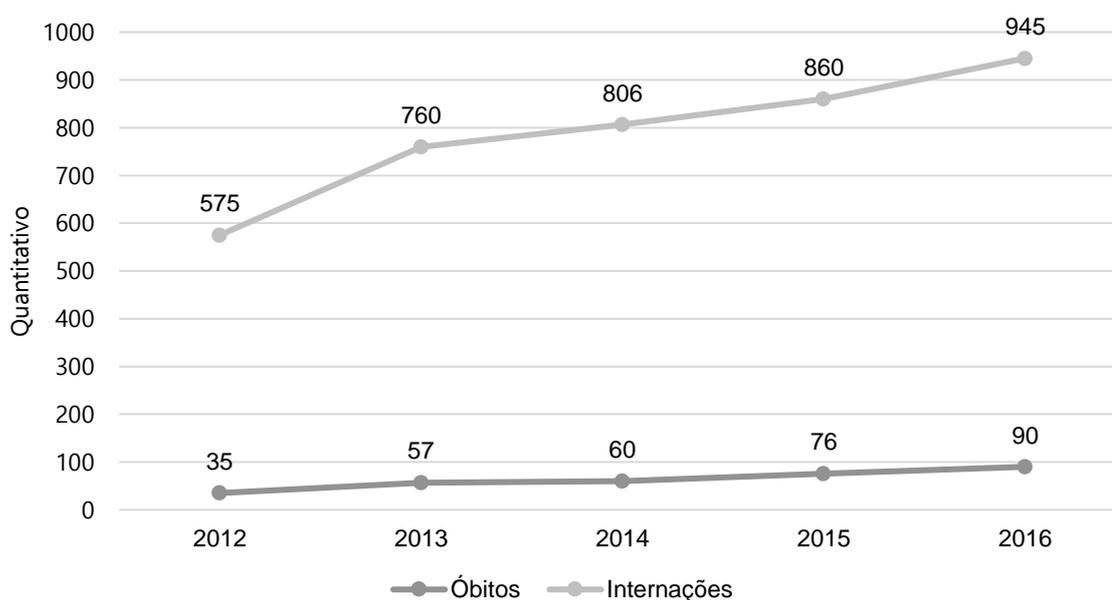


Figura 1. Quantitativo anual de internações e óbitos por câncer de próstata. Pernambuco, PE, Brasil, 2012–2016

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Os principais motivos da saída da internação (alta) foram a melhora no estado geral do paciente (69,2%), o óbito (7,7%) e apenas 0,8% foi pela cura da doença. Esses resultados têm apoio na literatura, pois em um estudo com 19.200 homens diagnosticados com CAP, 25% foram a óbito. Porém, a grande maioria dependendo, (principalmente nos estágios I e II do CAP) apresentaram uma maior possibilidade de sobrevida e melhora.¹⁵

Outro fator importante é que, pela prevalência e incidência da doença ser alta na idade avançada dos indivíduos, muitos convivem com outras doenças além do CAP. Esse fator pode estar relacionado com a diminuição do percentual de cura, impactando também no percentual de alta por cura. Já a questão do motivo de saída do paciente da internação pode estar relacionada com o perfil da população atendida, as instituições hospitalares e a

capacidade de produzirem resultados positivos para a doença.¹⁷ Além disso, muitas dessas internações fazem parte da sequência de tratamento quimioterápico da doença em si.

A taxa de mortalidade entre os 3.985 pacientes desse estudo foi de 8,5, correspondendo a 395 mortes por câncer de próstata. Analisando, anualmente, o período de 2012 a 2016, percebe-se uma tendência crescente no número de internamentos que possivelmente elevou o número de óbitos (Figura 1). Essa tendência de crescimento pode ser explicada pelo diagnóstico tardio, talvez em estágios mais avançados da doença, que leva a necessidade de internação para tratamento quimioterápico.

O estágio do diagnóstico é um fator de prognóstico clássico na área de oncologia.¹⁸ Esse perfil pode estar relacionado a existência de possíveis vazios assistenciais, principalmente, na atenção primária com relação a promoção da saúde e a prevenção da doença entre os homens. Todavia, também há a resistência cultural masculina em procurar um serviço médico para tratar de problemas de saúde. Segundo Cavalcante *et al.*,⁸ os homens não percebem sua vulnerabilidade, reprimem suas emoções e ignoram a importância da prevenção do cuidado, negando o serviço de saúde na maioria das vezes.

Historicamente, os homens procuram o sistema de saúde em casos de urgência e emergência. Em sua maioria, são mais displicentes com a saúde do que as mulheres, tem medo de descobrir algo ruim ou expor seu corpo para um profissional. A questão do gênero e sexualidade podem influenciar nos desfechos de como o processo saúde-doença são vividos pelas pessoas.¹⁹ Modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis, como por exemplo fazer o exame preventivo de CAP.^{20,21}

Segundo Praun *et al.*,²² é necessário ampliar o conceito de gênero na organização das relações sociais, pois interpretamos que o gênero é um conjunto de normas modeladoras construídas com frequência. Portanto, pode aguçar estereótipos do ser masculino e provocando uma visão machista no contexto das relações humanas. Nesse contexto, deve-se considerar que as relações de gênero intervêm na construção social do autocuidado. Todavia, a definição de fragilidade está ligada indiretamente ao feminino. Isso pode estar relacionado ao fato de os homens não procurarem os serviços de saúde para se tratarem e/ou prevenirem de problemas que podem os acometer, em especial o CAP.

Entender os determinantes do comportamento masculino em relação ao processo saúde/doença, requer identificar as questões do que é ser um ser masculino com os símbolos e atributos morais a eles atribuídos. O Instituto Nacional do Câncer – INCA procura

regular a detecção precoce do CAP através do rastreamento oportunístico (*case finding*), e.g. a sensibilização de homens entre 50 e 70 anos que procuram o serviço de saúde para outros problemas e são sensibilizados e informados sobre os perigos da doença.²³

Em relação a regional de saúde de residência da população masculina internada, 2.811 (70,5%) são procedentes da própria 1ª regional de saúde, ou seja, Região Metropolitana de Recife, seguido de 6,7% da 2ª Regional (Figura 2).

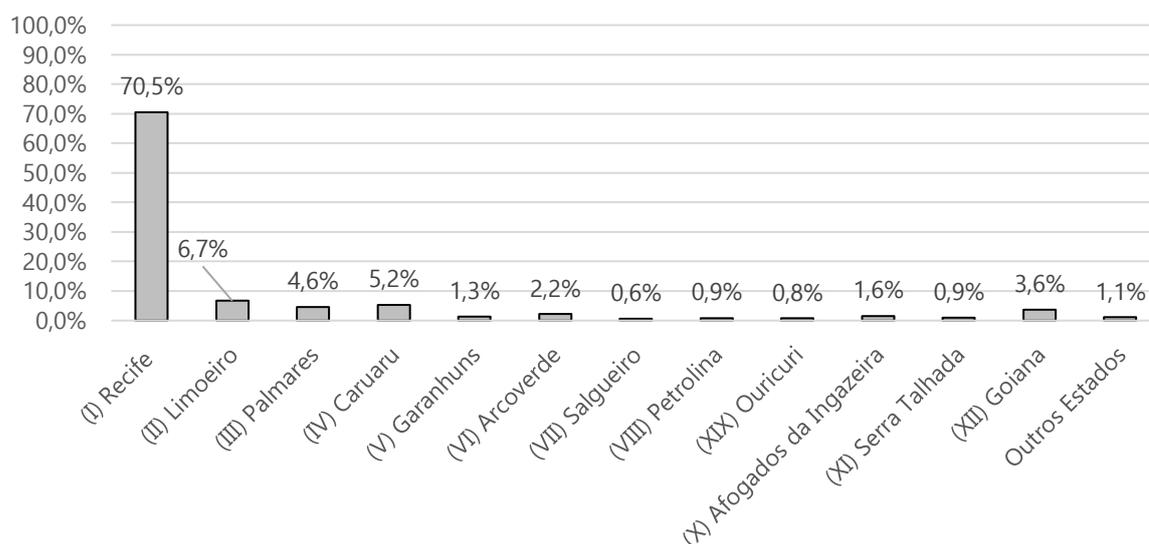


Figura 2. Internações (%) por câncer de próstata na 1ª regional de saúde de Pernambuco, segundo regional de saúde de residência. Pernambuco, PE, Brasil, 2012-2016

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Estudo realizado no Espírito Santo¹⁵ observou que a grande maioria dos homens em tratamento na capital do Estado é procedente da Região Metropolitana (67%). Nessa mesma linha, outro estudo realizado em Pernambuco¹⁰ corrobora, evidenciando que entre 2008 e 2010, 58,6% das internações foram procedentes da 1ª Regional de Saúde, principalmente do município de Recife (46,38%).

Segundo ainda esse estudo¹⁵ isso acontece devido a distribuição heterogênea de serviços de saúde no Estado, que apesar da organização em regionais de saúde, os serviços de saúde ainda estão muito centralizados na 1ª Regional. Isso pode levar a dificuldade de acesso aos demais municípios, além do contingente populacional dessa região ser maior que nas outras. Ainda, pode haver questões culturais envolvidas, como por exemplo a população legitimar mais os médicos da capital em relação ao do interior.

Um estudo expressa que o aumento das demandas por procedimentos de média e alta complexidades e (consequentemente) a dificuldade de acesso são justificadas com a reprodução do modelo hegemônico, baseado em procedimentos e em uma baixa resolutividade da atenção primária.²⁴

Neste contexto, voltamos a 2009, quando o MS instituiu, a PNAISH. A finalidade dessa política é de propor ações humanizadas e resolutivas; e, de capacitar os profissionais de saúde para o atendimento ao homem por meio da proposição de estratégias de promoção da equidade para distintos grupos sociais.⁶

Desta forma, observamos uma fragilidade da AP no tocante a Saúde do Homem, sendo justificado pelos próprios dados encontrados. Um alto número de internações por CAP pode sugerir que a AP não tem conseguido (através das estratégias utilizadas) alcançar este público. O resultado disso é o diagnóstico do CAP em estágios avançados, submetendo os homens a procedimentos mais invasivos, com mais riscos e resultando na elevação de custos para a saúde pública.

Moreira *et al.*²⁵ evidenciam que as dificuldades de inserção dos homens na AP se traduzem em três aspectos: o próprio homem; aos profissionais e aos serviços deste nível de atenção. Em relação ao próprio homem, destacam-se:

- ausência do homem na AP;
- déficit de comportamento preventivo de autocuidado; e
- não comparecimento dos homens a AP para exames preventivos,

dificultando a os em cuidados em saúde para a população masculina. Um possível resultado é o retardo na descoberta de doenças que podem ser diagnosticadas com antecedência, evitando riscos a própria saúde e a hospitalização. Os homens dificilmente reconhecem suas necessidades no âmbito preventivo e só procuram a AP quando alguma doença está instalada, perpetuando a visão curativa no serviço de saúde.

Em relação aos profissionais de saúde da AP, muitos não são capacitados para as necessidades específicas da saúde do homem e pode haver déficit de conhecimento sobre a própria PNAISH. Historicamente, a saúde da mulher e a da criança são os pontos que mais são abordados na AP, ficando as necessidades dos homens muitas vezes em segundo plano. O cenário de falta de qualificação profissional na atenção à saúde do homem poderá estar contribuindo para a baixa inserção do homem nas ações da AP e (ao mesmo tempo) reafirma a necessidade de instrumentalização desses profissionais de conhecimento na área.²⁵

Em relação aos serviços de saúde de AP, a dificuldade de inserção do homem em

ações desse nível se dá prioritariamente pela: (i) feminilização dos serviços e (ii) incompatibilidade de horários com a atividade laboral. Em (i), a perspectiva de gênero característica dos cenários na AP precisa ser repensada, uma vez que a feminilização desses espaços pode representar um impedimento para a atenção à saúde do homem.

A presença de profissionais de gênero masculino pode vir a contribuir numa maior presença de homens. Além de práticas de saúde sejam construídas visando ampliar os produtos de atenção à saúde para esse público. Isso poderia possibilitar que os homens se sentissem mais acolhidos efetivem vínculos com maior facilidade e, desse modo, tornem-se participantes da construção do processo saúde-doença.²⁵

Em (ii), os serviços de saúde de AP podem ser considerados pouco aptos para absorver a demanda apresentada pelos homens. A organização dos serviços (muitas vezes) dificulta o acesso para este segmento. Mesmo que o novo Programa Saúde na Hora²⁶ amplie o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde – UBS, muitos homens são atendidos por UBS que não possuem uma versatilidade maior no horário de atendimento.

Nesse âmbito, pessoas que trabalham com horários fixos têm dificuldades de acessar os serviços da AP no horário convencional, por não poderem se ausentar com a frequência exigida. Isso poderia comprometer a estabilidade no emprego. São necessários horários globais na AP que priorizem as especificidades dos homens, a fim de inseri-los em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.²⁵

No presente estudo, o crescente número de internações por CAP pode indicar problemas na captação ou no acesso desses homens pela AP. Principalmente, no sentido de realização atividades educativas que visem quebrar a resistência e o preconceito, por exemplo, da realização do exame clínico de toque retal da próstata, importante para detecção precoce da doença.²⁷

Em relação as variáveis administrativos-financeiras, destaca-se o regime de internamento por câncer de próstata que se mostrou predominantemente através do da saúde suplementar (68,7%). Em um estudo no Espírito Santo, mais de 80% dos internamentos também não foram no âmbito da saúde pública.¹⁵

Os estabelecimentos que mais internaram por câncer de próstata na 1º regional de saúde, estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Internações por câncer de próstata, segundo os estabelecimentos de saúde na 1a Regional de Saúde de Pernambuco. Pernambuco, PE, Brasil, 2012 a 2016

Estabelecimento de Saúde	Internações (n)	Internações (%)
Hospital de Câncer de Pernambuco	1144	28,71
Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP	1016	25,50
Hospital Getúlio Vargas	608	15,26
Hospital Oswaldo Cruz	502	12,60
Hospital das Clínicas	394	9,89
Hospital Otávio de Freitas	63	1,58
IMIP Hospitalar	56	1,41
Hospital Central de Paulista	53	1,33
Hospital Maria Lucinda	52	1,30
Hospital Barão de Lucena	36	0,90
Hospital Miguel Arraes	35	0,88
Hospital Dom Helder Câmara	8	0,20
Hospital Evangélico de Pernambuco	7	0,18
Hospital Geral de Areias	4	0,10
Hospital Memorial Guararapes	2	0,05
Hospital Mendo Sampaio	1	0,03
Real Hospital Português	1	0,03
Hospital João Murilo e Policlínica de Vitória	1	0,03
Hospital Santo Amaro	1	0,03
Hospital Memorial Jaboatão	1	0,03
Total	3985	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Dos cinco primeiros hospitais da Tabela 2, os dois primeiros são de caráter filantrópico e funcionam de forma complementar ao SUS. Os três seguintes são serviços públicos e referência em tratamentos oncológicos.

Nos anos em que foi realizado o estudo, foram investidos um valor total de R\$ 8.569.339,80 (oito milhões, quinhentos e sessenta e nove mil, trezentos e trinta e nove reais e oitenta centavos) em internações por CAP na 1a Regional de Saúde de Pernambuco. O valor médio de cada internação foi de R\$ 2.175,51 (dois mil, cento e setenta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos). O valor de investimento anual teve tendência de aumento, devido ao aumento de número de internações, conforme mostra a (Figura 3).

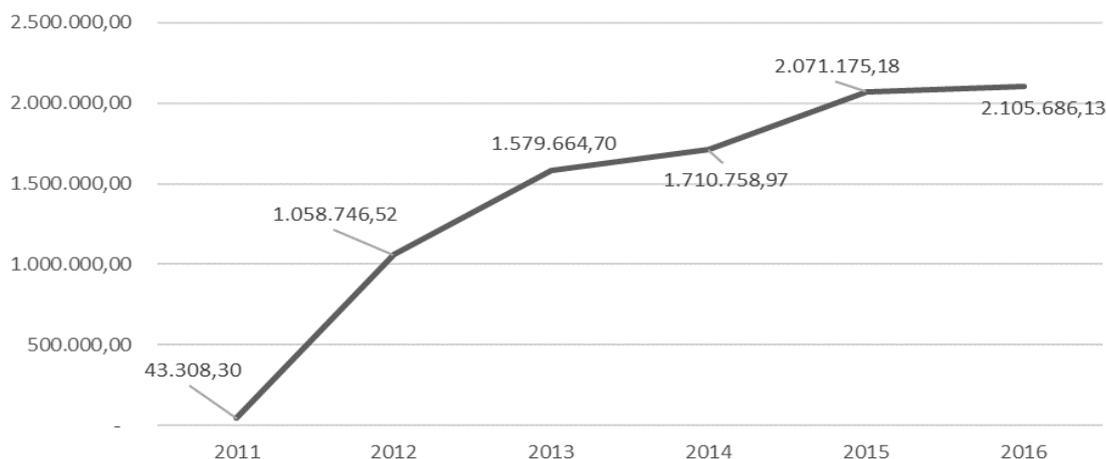


Figura 3. Valores em reais das internações por câncer de próstata na 1º regional de saúde de Pernambuco, por ano. Pernambuco, PE, Brasil, 2012-2016

Fonte: Elaborado pelos autores (2016).

Os investimentos nas internações por CAP na busca da cura dos pacientes são onerosos ao SUS, tendo em vista que essa doença é sensível a prevenção na AP. Ou seja, apresenta a possibilidade de que ações de saúde sejam mais efetivas nesse nível de atenção. Assim, os homens poderão prevenir ou chegar a buscar um serviço hospitalar com estágios mais brandos da doença, possibilitando maior possibilidade de cura/sobrevida, menos riscos com intercorrências, menos tempo de internação e menos gastos ao SUS. Do outro lado, isso pode vir a gerar mais investimentos no combate aos fatores de risco da doença.

Ações como o Novembro Azul, que estimulam a informação sobre o CAP de forma mais incisiva, dentro na PNAISH no contexto da AP, são importantes. Porém, podem ser considerados ainda como pontuais em um período anual.

Conclusão

Nesse estudo, descrevemos as características das internações por CAP na 1ª Regional de Saúde do Estado de Pernambuco e a relação desses dados com a baixa qualidade na prevenção dessa doença no SUS entre os anos de 2012 e 2016. Identificamos que os internamentos por CAP apresentam alta prevalência, podendo resultar na elevação dos custos clínicos assistenciais para o Estado. Homens pardos com idade mais avançada (maior de 60 anos) apresentaram maior quantidade de internamentos.

A quantidade de internação e de óbitos se encontram em tendência de crescimento, assim como os gastos anuais. A busca tardia pelo diagnóstico e pelo tratamento são possíveis causas dessa elevação e pode agravar ainda mais esses números, se não houver nenhuma intervenção maior e mais institucionalizada em relação a prevenção do CAP para os residentes da 1ª Regional de Saúde do Estado de Pernambuco e (possivelmente) nas demais regionais.

A atenção primária é a possibilidade clara para que homens possam buscar informações para promover sua saúde e realizar os encaminhamentos para os primeiros exames diagnósticos tão importantes para prevenir o CAP e evitar uma hospitalização com estágios mais severos da doença.

Referências

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema [Editorial]. *Epidemiol Serv Saude*. 2012;21(4):529-32. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.
2. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale JS. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Cient Faculdade Educ Meio Ambiente*. 2015;6(1):99-108. <https://doi.org/10.31072/rcf.v6i1.322>.
3. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmitd MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(4):599-608. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 13 maio 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
5. Gomes R. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(1):235-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2008.

7. Maia LFS. Câncer de próstata: preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida. *Rev Recien*. 2012;2(6):16–20. <https://doi.org/10.24276/rrecien2177-157X.2012.2.6.16-20>.
8. Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Morais GN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery*. 2014;18(4):628–34. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>.
9. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Censo Demográfico: 2010. [Brasília, DF]: IBGE; [2010].
10. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Plano diretor de regionalização. Recife: SES-PE; 2011 [citado 10 abr 2019]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf.
11. Silva AA, Mello LA, Santos ERR. Situação do carcinoma prostático na realidade da saúde do homem em Pernambuco. *J Manag Prin Health Care*. 2013;4(1):27–32. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v4i1.163>.
12. Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta D, Moura L. Tendência da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(3):389-98. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300005>.
13. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*, 19(2):429-438, 2014.
14. Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade ILG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. *Rev Saude Publica*. 2017;51:46. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006766>.
15. Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MAC, Miotto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cad Saude Colet*. 2014;22(1):93-100. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010014>.

16. Mota TR, Barros DPO. Perfil dos pacientes com câncer de próstata em hospital de referência no estado de Pernambuco. *Rev Bras Analises Clin.* 2018;50(4):334-8. <http://dx.doi.org/10.21877/2448-3877.201900766>.
17. Gordis L. *Epidemiologia.* 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2010. Capítulo 6, História natural da doença: maneiras de expressar o prognóstico; p. 109-29.
18. McPhail S, Beller E, Haines T. Physical function and health-related quality of life of older adults undergoing hospital rehabilitation: how strong is the association. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(12):2435-7. 10.1111/j.1532-5415.2010.03163.x.
19. Leite JF, Dimesntein M, Paiva R, Carvalho L, Amorin AKMA, França A. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicol Cienc Profissao.* 2016;36(2):341-53. <https://doi.org/10.1590/1982-370300181201>.
20. Trilico MLC, Oliveira GR, Kijimura MY, Pirolo SM. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. *Trab Educ Saude.* 2015;13(2):381-95. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00015>.
21. Campanucc F, Lanza LM. A atenção primária e a saúde do homem. Anais do II Simpósio gênero e políticas públicas; 18-19 ago 2011; Instituto Nacional de Educação de Surdos, Londrina, PR, Brasil. Universidade Estadual de Londrina; 2011.
22. Praun AG. Sexualidade, gênero e suas relações de poder. *Rev Húmus.* 2011;1(1):55-65.
23. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento do câncer de próstata. [s.l.: INCA]. 2013.
24. Spedo SM, Silva PNR, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis.* 2010;20(3):953-72. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>.
25. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):615-21. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. *Diário Oficial da União.* 17 maio 2019;(94):122. Sec. 1.

27. Santos GT. Saúde do homem: ações para a detecção precoce do câncer de próstata na atenção primária à saúde [especialização]. [Belo Horizonte]; 2010. 43 p.

Minicurrículo

Ângelo Sávio Ferreira dos Santos | ORCID: 0000-0003-0394-961X
Sanitarista, Brasil.

Eliane Maria Medeiros Leal | ORCID: 0000-0002-6052-6501
Enfermeira Sanitarista, Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil.

Joseilda Alves da Silva | ORCID: 0000-0003-1339-3571
Sanitarista, Residente em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos | ORCID: 0003-3334-3408
Professora Adjunta no Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Filipe Santana da Silva | ORCID: 0002-6803-1407
Professor Adjunto e Professor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.