



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

ÁUDREA FÁBIA OLIVEIRA TAVARES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA
ATENDIDOS NO HOSPITAL DA FAP**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

ÁUDREA FÁBIA OLIVEIRA TAVARES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA
ATENDIDOS NO HOSPITAL DA FAP**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito de obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Ráilda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento.

ORIENTANDO(A): Áudrea Fábica Oliveira Tavares.

CAMPINA GRANDE - PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

T231p Tavares, Audréa Fábila Oliveira.
Perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Hospital da FAP [manuscrito] / Audréa Fábila Oliveira Tavares. - 2016.
35 p. : il.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento, Departamento de Fisioterapia".

1. Epidemiologia. 2. Câncer de próstata. 3. Registro hospitalar do câncer. I. Título.

21. ed. CDD 616.994 63

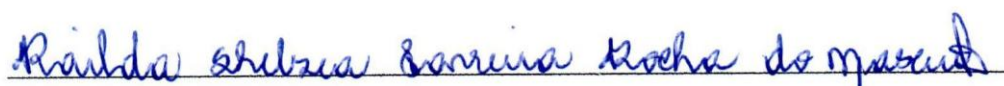
ÁUDREA FÁBIA OLIVEIRA TAVARES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM CÂNCER DE
PRÓSTATA ATENDIDOS NO HOSPITAL DA FAP**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito de obtenção do
Título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 18/05/2016.

Banca Examinadora



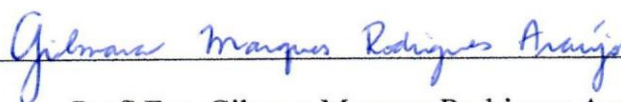
Prof^ª Dr^ª Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento / UEPB

Orientador (a)



Prof^ª Ms. Rosalba Maria dos Santos/ UEPB

Examinador (a)



Prof^ª Esp. Gilmara Marques Rodrigues Araújo/UNESC

Examinador (a)

Dedico este trabalho a Deus que me deu forças, discernimento pra chegar até aqui. Aos meus pais por me darem educação e princípio, ao meu esposo Danilo sempre me apoiando em minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e principalmente a Deus que me guiou até aqui, pois foi Ele que me deu forças para não desistir, me deu ânimo a cada madrugada para que eu me levantasse e iniciasse mais um dia, foi Ele que não me deixou olhar para a distância. Por isso sou eternamente grata ao meu Deus.

Agradeço aos meus familiares: minha mãe, minha tia e ao meu irmão que não mediram esforços para me ajudar nessa jornada, me encorajando a seguir em frente, acreditando no meu potencial e dedicando a mim seus ensinamentos, carinho e dedicação.

Ao meu esposo Danilo que teve paciência e muita compreensão além de não medir esforços para me ajudar em tudo que precisei.

Agradeço a minha orientadora Railda Shlesea T. R. do Nascimento e também á Marieliza Braga amiga de graduação pelo apoio e instrução durante todas as fases de elaboração, realização e a concretização deste trabalho.

RESUMO

ÁUDREA, Fábila Oliveira Tavares. **Perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Hospital da FAP.** Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

O câncer de próstata é a neoplasia maligna visceral mais comum no homem excetuando-se os tumores cutâneos. É possível observar a resistência destes quando se trata de procurar os serviços de saúde, potencializando o diagnóstico tardio, reduzindo a sobrevida livre da doença e aumentando a incidência do óbito por câncer de próstata. O objetivo deste estudo foi definir o perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) no ano de 2013. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa a partir de prontuários pertencentes à base de dados do Registro Hospitalar do Câncer do Centro de Cancerologia do Hospital da FAP, de indivíduos com diagnósticos de câncer de próstata com CID C61.0 a C61.9. Foram coletados dados de 183 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata, os quais foram tabulados conforme as variáveis selecionadas que se refere a faixa etária, etnia, histórico familiar, grau de instrução, hábitos sociais, procedência, tratamento clínico realizado e mortalidade. Assim, o perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata foi caracterizado por homens na faixa etária entre 60 e 79 anos, prevalecendo a cor parda, com possibilidade de doença maligna na família, ensino fundamental incompleto ou analfabeto, consumidores de drogas como álcool e tabaco, procedentes do município de Campina Grande, tratados predominantemente com Hormônio e radioterapia.

Palavras-Chaves: Epidemiologia, Câncer de Próstata, Registro Hospitalar de Câncer.

ABSTRACT

ÁUDREA, Fábila Oliveira Tavares. **Epidemiologic profile of users with prostate cancer attended in the FAP Hospital.** Completion of Course Work, Physical Therapy Course, Paraíba State University, Campina Grande, 2016.

The prostate cancer is the most common visceral neoplasia in men, excluding the cutaneous tumors. It is possible to observe the men's resistance, when it comes seeking for health services, potentiating the late diagnostic, reducing disease free survival and increasing the incidence of death from prostate cancer. This study's goal was set profile epidemiologic of users with prostate cancer attended in the Cancerology Center doctor Ulisses Pinto the Hospital Assistential Foundation of Paraíba the year of 2013. It is a descriptive research with a quantitative approach of patient's registers belonging to the Hospital Cancer's Record database from the Cancerology Center of the Assistential Foundation of Paraíba, of individuals with prostate cancer diagnostic, inserted in International Classification of Diseases (ICD) C61 to C61.9. Were gathered data from 183 patients with prostate cancer diagnostic, which were tabulated as the selected variables. The gathering were tabled according to the found variables, which refers to the age group, ethnics, family history, instruction degree, social habits, origin, clinical treatment performed, mortality. Like this, the epidemiologic profile of users with prostate cancer was characterized by men aged between 60 and 79 years, with brown color, with the possibility of malignant disease in the family, unfinished middle school or analphabet, drug users such as alcohol and tobacco, coming the city of Campina Grande, predominantly treated with hormone and radiation therapy.

Key Words: Epidemiology, Prostate Cancer, Hospital's Cancer Record.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 2 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e etnia, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 3 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e escolaridade, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 4 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e etilismo, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 5 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e tabagismo, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 6 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e histórico familiar, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 7 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e procedência, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 8 - Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade, sobrevivência e óbito, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Tabela 9 - Quantitativo dos casos de câncer de próstata, por idade e tratamento clínico oncológico catalogado na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
aGnRH	Análogo do hormônio liberador de gonadotrofinas
ANALF	Analfabeto
CaP	Câncer de Próstata
CID.	Classificação Internacional de doenças
CIR	Cirurgia
ERD	Exame Retal Digital
FAP	Fundação Assistencial da Para
FUND. COMP	Fundamental Completo
FUND. INCOM	Fundamental Incompleto
HT	Hormonioterapia
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
NEN	Nenhum
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSAn	Antígeno Prostático Específico Nadir
PSAt	Antígeno Prostático Específico Total
QT	Quimioterapia
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
RT	Radioterapia
SOE	Sem outra especificação
SUP. COMPL	Superior Completo
S/I	Sem Informação
TNM	Tumor Linfonodo Metástase

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 CÂNCER.....	13
3.2 CÂNCER DE PRÓSTATA.....	13
3.1.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	14
4. METODOLOGIA DA PESQUISA	17
4.1 TIPO DE PESQUISA	17
4.2 LOCAL DA PESQUISA	17
4.3 AMOSTRA.....	17
4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	17
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	18
4.8 PROCESSAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS.....	18
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	18
5 RESULTADOS	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
7 PERSPECTIVAS FUTURAS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

INTRODUÇÃO

A palavra câncer vem do grego karkínos, que significa caranguejo. Foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, entre 460 e 377 a.C., para definir uma doença, detectada desde as múmias egípcias, há mais de 3 mil anos a.C. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de 596.070 novos casos de câncer. Entre os homens são esperados 295.200 e entre as mulheres 300.870. Excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, o tipo mais frequente em homens é próstata (28,6%), em todas as regiões do país, com 95,63/100 mil na Sul, 67,50/100 mil na Centro-Oeste, 62,36/100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 na região Norte, e uma importante causa de mortalidade (INCA, 2015).

Fatores como a redução da fecundidade, a urbanização, a industrialização e avanços tecnológicos tem permitido uma mudança demográfica, caracterizando o envelhecimento da população. Esse processo, associado a ações de promoção e recuperação da saúde, proporcionou uma mudança no perfil epidemiológico, de tal modo, que as doenças crônico-degenerativas superam as infecciosas em incidência e mortalidade. O câncer constitui uma preocupação de saúde pública. Fatores socioculturais, estereótipos de gênero, crenças e valores se definem como obstáculos na implementação de práticas de cuidados a saúde do homem (MOSCHETA e SANTOS, 2012; SILVA et al., 2014).

Pouco se conhece sobre os fatores de risco envolvidos no câncer de próstata e a sua etiologia. Contudo, diversos estudos têm procurado demonstrar uma associação entre carcinogênese prostática alguns fatores determinantes como: a idade, considerando que tanto a incidência quanto à mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos; a história familiar, visto que homens com pai ou irmão diagnosticados previamente com a doença apresentam duas a três vezes mais risco; fatores ambientais; exposição a agrotóxicos e hábitos de vida, incluindo o sedentarismo e o consumo alimentar de gorduras e de carne vermelha (SILVA et al., 2014; RIBEIRO, et al., 2013; INCA, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, recomenda-se a realização do rastreamento para o câncer de próstata com exame do antígeno prostático específico (PSA) anual e toque retal em homens, entre 50 e 80 anos. Nos homens negros ou com parentes de primeiro grau com diagnóstico de câncer de próstata, o rastreamento pode ser iniciado aos 45 anos.

O exame do toque retal, embora bastante eficaz quando combinado com o exame de sangue (PSA) na detecção precoce do tumor de próstata, ainda é relativamente pouco realizado, possivelmente por esbarrar em preconceitos relacionados ao gênero. Este cenário conduz à alta prevalência de diagnóstico de câncer de próstata em estadiamento avançado e com o pior prognóstico (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Em suas fases iniciais, a doença é curável através do procedimento cirúrgico e radioterapia, prioritariamente. Embora em casos selecionados, a vigilância clínica possa ser uma opção. As eventuais recorrências tardias sugerem sub-estadiamento ou a tendência precoce de metastatizar. Quando metastático, o câncer de próstata é considerado incurável, e o tratamento visa melhorar a qualidade de vida, com uma sobrevida média é estimada em aproximadamente 2,5 anos. O principal foco do tratamento para os tumores avançados é inibir a biossíntese de andrógenos, responsáveis pelo crescimento celular desse tipo de câncer (NASSIF et al., 2009; SILVA et al., 2014).

Conforme o INCA, uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente de origem animal, ajuda a diminuir o risco de câncer, assim como de outras doenças crônicas. Nesse sentido, outros hábitos saudáveis podem ser recomendados, como: atividade física regular, manutenção do peso adequado, diminuição do consumo de álcool e fumo.

Os achados epidemiológicos, de diagnóstico e tratamento de câncer dos Centros e Unidades de Cancerologia nacionais, CACON e UNACON, respectivamente, estão catalogados pelo Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que se caracteriza como fonte sistemática de informações, objetivando a partir da coleta de dados repensar e definir novas políticas de promoção e prevenção para qualquer tipo de neoplasia, incluindo próstata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Assim, esta pesquisa teve como objetivo definir o perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), durante o período compreendido entre janeiro a dezembro de 2013.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Definir o perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP).

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar levantamento do quantitativo dos usuários diagnosticados com câncer de próstata, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP.
- Descrever quantitativamente os casos de câncer de próstata, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, durante o período compreendido entre janeiro a dezembro de 2013.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CÂNCER

O câncer se caracteriza pela perda do controle de divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. O crescimento das células neoplásicas se apresenta diferente do crescimento das células normais, já que, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Desde a segunda metade do século XX, com a melhora do diagnóstico e a eficácia do tratamento, as pessoas estão sobrevivendo ao câncer. A qualidade de vida de indivíduos com neoplasia maligna tem sido um tema estudado frequentemente na literatura, devido ao potencial impacto que cada tratamento causa na vida do indivíduo (ARAÚJO et al., 2014).

Apesar da eficácia dos tratamentos, o câncer é uma patologia que resulta em grande mortalidade na população brasileira e representa a segunda causa de mortalidade geral. Com sua elevada magnitude, ele se tornou uma prioridade na saúde pública, sendo necessário um olhar epidemiológico atento e qualificado no conhecimento deste agravo, tendo em vista a potencialidade de ações já existentes que ajudem a minimizar seus efeitos na população (RIBEIRO, 2013).

As evidências demonstram que os grupos de níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado maior incidência de câncer em geral, a maior proporção de diagnósticos tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágios iniciais por meio do rastreamento é evidente, e a maior causa de óbito, levando a pior prognóstico e menor sobrevida após o diagnóstico de câncer (RIBEIRO, 2013).

O grau de urbanização de cada região, portanto, interfere no prognóstico da patologia, já que quanto mais urbanizados, maior o acesso à saúde. As dimensões continentais do Brasil e a composição bastante heterogeneia de sua população, em parte, contribuem para variações regionais das tendências de mortalidade pelos diversos tumores, entre eles o de próstata (RIBEIRO et al., 2013; SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

3.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata ocorre quando as células prostáticas tumorais se multiplicam de forma desordenada. Em relação às manifestações clínicas, em sua fase inicial, a doença geralmente apresenta-se assintomática. Posteriormente, a neoplasia desenvolve e torna-se

suficientemente grande e avança sobre o colo vesical causando a obstrução urinária, o que leva à manifestação dos seguintes sinais e sintomas: dificuldade e aumento da frequência das micções, retenção urinária, diminuição da força do jato urinário. Pode também ocorrer presença de sangue ou sêmen na urina e ejaculação dolorosa (GOMES et al., 2015).

3.1.2 Epidemiologia do Câncer de Próstata

A estimativa para o Brasil, em 2016-2017, aponta a ocorrência de 596.070 novos casos de câncer, e entre os homens são esperados 295.200 novos casos. O câncer de próstata é o segundo mais incidente entre os homens e, ainda, uma importante causa de mortalidade na população masculina. Estimam-se 61.200 casos novos de câncer de próstata para o Brasil em 2016. Esses valores correspondem a um risco estimado de 61,82 casos novos para 100 mil homens (SILVA et al., 2014; INCA, 2015).

O Ministério da Saúde define como possíveis fatores de risco: a idade (uma vez que tanto a incidência, como a mortalidade, aumentam exponencialmente após os 50 anos), história familiar com pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos de idade é outro marcador importante, refletindo nas características herdadas, quanto no estilo de vida. É notório que 80% das neoplasias são atribuíveis a fatores ambientais, especialmente as relacionadas com o estilo de vida. Sendo assim, relacionado aos hábitos pessoais, o consumo de álcool e tabaco são fatores etiológicos bem estabelecidos, como também o local onde o indivíduo habita e nutrição (SANTOS et al., 2012).

No Brasil, o aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos de diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação no país, bem com as práticas de rastreamento como o Antígeno Prostático Específico (PSA) e o toque retal, podem explicar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos (ARAÚJO, et al., 2014).

Como métodos diagnósticos são indicados os exames retal digital (ERD), Antígeno Prostático Específico (PSA), o ultra-som transretal, a cintilografia óssea e o estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata que deve ser indicada sempre que anormalidades ao ERD e PSA forem identificadas. A combinação de PSA e ERD é a forma diagnóstica mais utilizada para constatação de malignidade. No Brasil, recomenda-se a realização anual do ERD e a dosagem sérica do PSA em homens com 45 anos de idade com casos da doença na família ou negros e com 50 anos de idade (GOMES, et al., 2015).

A biópsia prostática está indicada em caso de toque retal suspeito e/ou PSA elevado. Um primeiro valor elevado do PSA não deve levar de imediato à realização da biópsia,

devendo ser repetido mediante as mesmas condições estandardizadas após algumas semanas, exceto casos de valores de PSA > 20 ng/mL, quando a prostatite for excluída. Mesmo respeitando estes princípios, a taxa de biópsia negativa é elevada. Aceita-se como valores limites normais do PSA até 4 ng/mL, porém podem existir tumores com PSA abaixo deste valor (LOPES et al., 2015).

Segundo o INCA, na graduação histopatológica, as células de câncer são comparadas às células prostáticas normais. Quanto mais diferente as normais forem das células do câncer, mais agressivo será o tumor. Por apresentar padrões arquiteturais variados e características citológicas próprias, o adenocarcinoma acinar usual de próstata tem sido graduado em diferentes sistemas, sendo o escore de Gleason o mais utilizado. A escala de graduação do varia de 1 a 5, com o grau 1 sendo a forma menos agressiva.

Para obter o escore de Gleason, o patologista gradua de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes de tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo o Gleason, melhor o prognóstico: entre 2 e 4, significa que o tumor terá um crescimento lento; entre 5 e 7, significa um crescimento lento ou rápido, dependendo de vários fatores, incluindo o tempo o qual o paciente tem o câncer; entre 8 e 10, significam um crescimento rápido. Nesse sistema, as lesões bem moderadamente e pouco diferenciadas são graduadas de um a cinco, conforme o padrão arquitetural encontrado. Além do escore de Gleason, o prognóstico também está associado ao emprego da classificação TNM (T: tumor, N: Linfonodo, M: Metástase) (CAMBRUZZI et al., 2010).

O câncer de próstata acomete principalmente homens acima de 65 anos e sua incidência é maior em homens negros, do que brancos. A história familiar é um importante fator de risco para esta doença, e o escore de Gleason associado ao valor do PSA permite estratificar o risco de recidiva e progressão da doença. O estadiamento inicial permanece como principal fator prognóstico de sobrevida, com sobrevida de 10 anos superior a 70% em casos de tumores clinicamente localizados (estádios clínicos I e II) (ZACCHI et al., 2014).

O câncer de próstata possui um leque de opções de tratamento, a depender do estágio: desde a observação vigilante, como o procedimento cirúrgico (prostatectomia radical), radioterapia e hormonioterapia. A hormonioterapia é uma opção de tratamento presente em todas as fases do câncer de próstata. Os análogos do hormônio gonadotrófico (aGnRH) podem ser indicados como tratamento adjuvante na terapia primária, no tratamento de metástase ou na reincidência. Nesse tratamento são esperados relatos de dor óssea devido a osteoporose,

ginecomastia, ondas de calor e impotência, fadiga e diminuição da qualidade de vida (ARAÚJO, et al., 2014; CANÇADO, et al., 2015).

Mesmo após o tratamento inicial bem sucedido por radioterapia externa, braquiterapia ou ressecção, quase 40% dos pacientes com câncer de próstata localmente avançado irão apresentar recorrência bioquímica em algum momento, isto é, aumento do PSA (CANÇADO, et al., 2015).

A radioterapia é utilizada no tratamento de próstata, seja em caráter exclusivo, adjuvante ou após recidiva bioquímica. O PSA é o principal exame de detecção da recidiva. Os níveis após tratamento radioterápico mostram um decréscimo gradual após um período de 18 a 24 meses. O tempo para se atingir o PSA normal é diferente para prostatectomia radical e para radioterapia externa. Após a cirurgia o declínio do PSA é imediato, já com a radioterapia o declínio é lento. A braquiterapia vem sendo cada vez mais utilizada, sendo um procedimento ambulatorial, com baixa morbidade, boa conformidade na lesão alvo, e ótima distribuição de dose (FRANCA, et al., 2014).

Além disso, o câncer de próstata afeta especificamente uma localização anatômica responsável pelas funções sexuais do homem e tem o potencial de desencadear uma série de conflitos ligados a sexualidade. Na fase tratamento, destacam-se as dificuldades decorrentes das intervenções terapêuticas, que em geral incluem a prostatectomia radical, a quimioterapia e radioterapia. Não é raro que ao término destes procedimentos o paciente tenha que lidar com sequelas como diminuição da libido, impotência sexual e incontinência urinária (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Por meio de estudos epidemiológicos, é possível avaliar as taxas de mortalidade causadas pelo câncer de próstata. Padrões diferenciais de incidência e mortalidade por câncer são observados entre as comunidades rurais e urbanas em todo o mundo. Fatores sociais, culturais, econômicos, profissionais, ambientais e demográficos têm sido sugeridos como grandes forças motrizes dessas disparidades (RIBEIRO et al, 2013).

No que diz respeito à saúde dos homens em geral, é importante considerar que, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos problemas gerais e específicos que podem acometer essa população, suas demandas de cuidados e acompanhem as políticas nacionais favorecedoras de sua atuação profissional (MEDEIROS et al., 2011).

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem quantitativa e exploratória, de característica retrospectiva, a partir de uma amostra acessível, na base de dados do Registro Hospitalar do Câncer do Centro de Cancerologia do Hospital da FAP.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Os dados da pesquisa foram coletados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto, e a tabulação destes ocorreu no Laboratório de Ciências e Tecnologia em Saúde (LCTS), ambos localizados no Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em Campina Grande/PB.

4.3 AMOSTRA

Para pesquisa, foi utilizado o universo de prontuários pertencentes à base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), visando a definição da amostra específica dos usuários diagnosticados de câncer de próstata, CID C61.0 a C61.9, correspondente ao período de Janeiro à Dezembro de 2013, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Prontuários de indivíduos na faixa etária entre 30 e 99 anos;
- Prontuários de indivíduos que foram atendidos entre janeiro a dezembro de 2013, com diagnóstico confirmado de câncer de próstata, inserido entre os CID C61.0 a C61.9.

4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Indivíduos com idade inferior a 30 anos e superior a 99 anos;
- Prontuários com data anterior e posterior ao ano de 2013.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado o formulário para Registro Hospitalar de Câncer, utilizado pelo INCA e disponibilizado para os hospitais com Registro de Câncer Hospitalar (RHC), os quais são preenchidas com dados do diagnóstico e evolução de tratamento, computados no site do DATASUS e armazenadas pelo hospital.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Primeiramente, identificou-se no RHC do Hospital da FAP, os usuários com diagnóstico de câncer de próstata, CID C61.0 a C61.9. Posteriormente, foi realizada a triagem dos prontuários correspondentes ao intervalo entre os meses de Janeiro à Dezembro de 2013, contabilizando os dados quantitativamente, e tabulando-os de acordo com as características epidemiológicas.

4.8 PROCESSAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS

Foram coletados dados de 183 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata referente ao CID C61.0 a C61.9.

A coleta foi tabulada de acordo com as variáveis estabelecidas, quais sejam: faixa etária, grau de instrução, hábitos sociais, procedência, tratamento clínico realizado, sobrevida livre da doença e óbito.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012.

O pesquisador responsável assinou a Declaração de Concordância com o Projeto, estando ciente da existência e concordando com os termos do projeto e da resolução 466. Se comprometendo com os objetivos e responsabilidades, em termos da Resolução 466, assinando o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável. Se responsabilizando em reservar a privacidade dos usuários cujos dados foram coletados, assegurando que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução da pesquisa em questão e divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa, assinando o Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivo.

O Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), disponibilizou a Autorização Institucional e a Autorização Institucional para Uso e Coleta de Dados em Arquivos, os quais foram assinados por um responsável desta, estando ciente da realização da pesquisa e seus objetivos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando definir o perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba. Foram analisados dados da base de dados do RHC, sendo possível identificar e comparar com a literatura o perfil epidemiológico abaixo relacionado.

A **Tabela 1** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, no período compreendido entre os meses de Janeiro à Dezembro de 2013.

O câncer de próstata segundo a literatura, apresenta uma maior incidência em homens que estão na faixa etária entre 60 e 79 anos. Antunes et.al.(2015) realizou um estudo para avaliar o perfil epidemiológico em pacientes com câncer, e neste teve como resultado a média de idade 74 anos. Na tabela abaixo os dados apresentados assemelham-se ao estudo citado.

Tabela 1. Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, ano de 2013.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO
30 -- 39	1
40 -- 49	3
50 -- 59	19
60 -- 69	72
70 -- 79	69
80 -- 89	17
90 -- 99	2
TOTAL	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Observam-se nos dados apresentados na **Tabela 1**, que houve um quantitativo de 183 casos de câncer de próstata atendidos pelo Hospital da FAP no ano de 2013, divididos em sete intervalos de faixa etária, de dez anos, entre 30 a 99 anos. Destacam-se entre os intervalos o de 60 e 69 anos, e 70 e 79 anos, com o maior número de pacientes, representados por 72 (39,35%) e 69 (37,71%) casos, respectivamente. O somatório desses dois grupos representam 77,06% total dos pacientes, corroborando com a literatura.

Em todo o mundo, o câncer de próstata é considerado uma doença predominante na terceira idade, pois sua incidência é mais comum em homens acima de 65 anos. Segundo o INCA (2015), a idade é o fator de risco melhor estabelecido, diagnosticando mais frequentemente pacientes acima de 65 anos, e menos comumente pacientes abaixo de 50 anos,

representados aproximadamente por 1% dos casos. Gomes et al (2015), indica em seu estudo que 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em homens a partir de 65 anos.

A partir de tais dados justifica-se a necessidade da procura pelo urologista a partir dos 50 anos para realizar consultas e exames preventivos.

A **Tabela 2** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e etnia, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

O fator de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata melhor estabelecido pela literatura é a idade. Quando se observa a etnia como fator de risco para o CaP nos deparamos com resultados contrários, considerando alguns estudos. Souza et al. (2013), em seu estudo encontra uma prevalência de 82% de CaP na raça parda, corroborando com os dados coletados no RHC da FAP, e em contrapartida sendo contrário aos dados do INCA.

Tabela 2. Quantitativo de casos câncer de próstata, por idade e etnia, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	BRANCA	PRETA	AMARELA	PARDA	S/I	TOTAL
30 -- 39	0	0	1	0	0	1
40 -- 49	0	0	0	1	2	3
50 -- 59	1	0	0	7	11	19
60 -- 69	7	1	4	44	16	72
70 -- 79	6	2	1	40	20	69
80 -- 89	2	0	0	8	8	18
90 -- 99	0	0	0	0	1	1
TOTAL	16	3	6	100	58	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

S/I: Sem Informação.

Quanto aos dados apresentados na **Tabela 2**, percebe-se que a etnia autorreferida mais predominante entre os pacientes é a parda, sendo representada por 100 casos, representando 54,64% dos pacientes, e discordando da literatura. Segundo o INCA (2015), o câncer de próstata é mais frequente em homens negros, sendo 1,6 vezes mais comum comparado principalmente a homens brancos.

Amorim et al (2011) realizou um estudo transversal, desenvolvido com os dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo, e 77% dos homens diagnosticados com câncer de próstata, se autoperferiram brancos, e a não realização de consultas e exames de prevenção aconteceu em sua maioria em homens de etnia parda e idade acima de 70 anos.

A **Tabela 3** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e escolaridade, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Estudos mostram que o nível de escolaridade apresenta uma influência no desenvolvimento do CaP. Quanto maior for o esclarecimento do indivíduo, maior será a sua preocupação no autocuidado, procurando então ajuda especializada. No estudo de Souza et. al. (2013) apresenta que 65% da sua amostra com homens diagnosticados com CaP possuem o ensino fundamental. Os dados apresentados na Tabela 3 assemelha-se com este estudo.

Tabela 3. Quantitativo de casos câncer de próstata, por idade e escolaridade, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	ANALF.	FUND. INCOM.	FUND. COMP.	NÍVEL MÉDIO	SUP. COMPL.	S/I	TOTAL
30 -- 39	0	1	0	0	0	0	1
40 -- 49	0	1	0	0	1	1	3
50 -- 59	2	7	0	1	0	9	19
60 -- 69	6	32	3	2	3	26	72
70 -- 79	24	20	4	1	1	19	69
80 -- 89	5	5	1	0	0	6	17
90 -- 99	0	1	0	0	0	1	2
TOTAL	37	67	8	4	5	62	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Analf.: Analfabeto; Fund. Incom.: Fundamental Incompleto; Fund. Comp.: Fundamental Completo; Sup. Compl.: Superior Completo; S/I: Sem Informação.

A **Tabela 3** apresenta os dados referentes à escolaridade, que correspondem em sua maioria a pacientes com ensino fundamental incompleto, representados por 67 casos (36,61%), concordando com as pesquisas atuais; 20,22% destes pacientes são analfabetos; 4,38% são pacientes que concluíram o ensino fundamental, quanto ao ensino superior completo apenas 2,73% dos pacientes se enquadram neste perfil, 2,19% relatou ter o nível médio e 33,87% não apresenta informação sobre escolaridade.

Estudos americanos mostram que o nível de escolaridade tem grande associação com o conhecimento sobre o câncer de próstata e com a procura do paciente por atendimento médico. Eles afirmam que, quanto maior o nível socioeconômico, que influencia diretamente a escolaridade, maior será o nível de informação sobre o câncer e mais frequente será a procura por atendimento médico para prevenção e tratamento. Em pacientes com melhor escolaridade, a prevenção e tratamento são realizados de maneira mais precoce, comparando com quem tem uma escolaridade mais baixa (NOVOA et al., 2014; GOMES et al, 2008).

Gonçalves, Padovani e Popim (2008) realizaram um levantamento nos prontuários médico do Hospital das Clínicas da UNESP, no período de 2000 a 2003, onde 50% dos pacientes correspondiam a homens com câncer de próstata, com ensino fundamental incompleto. Amorim et al (2011) afirma que em sua pesquisa, 76,4% tinham menos de 9 anos de escolaridade.

A **Tabela 4** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e consumo de álcool, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013. Outro fator de relevância para o estudo do câncer é o consumo de álcool, por este influenciar potencialmente o desenvolvimento do câncer de próstata.

Tabela 4. Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e etilismo, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	NUNCA	SIM*	NÃO AVALIADO	S/I	TOTAL
30 -- 39	0	0	0	1	1
40 -- 49	0	0	0	3	3
50 -- 59	1	3	0	15	19
60 -- 69	3	15	1	53	72
70 -- 79	3	10	0	56	69
80 -- 89	1	1	0	15	17
90 -- 99	0	0	0	2	2
TOTAL	8	29	1	145	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

* Sim: Consumidor e ex-consumidor

Quanto aos hábitos sociais relacionados a consumo de álcool, a **Tabela 4** apresenta dados onde 29 casos (15,85%) da amostra são formados por pacientes que são consumidores de bebida alcoólica, ou já foram; 4,37% dos pacientes nunca consumiram bebida alcoólica, 0,55% não foi avaliado e 79,23% da amostra correspondem aos prontuários os quais não havia informação sobre tal variável.

A literatura nos mostra uma relação entre o consumo de álcool e pessoas que desenvolveram câncer. A Sociedade Brasileira de Urologia (2012) afirma que o consumo de etanol é fator de risco para o câncer de próstata, pelo seu consumo prolongado influenciar a morfofisiologia celular.

A Sociedade Brasileira de Urologia (2012), em sua diretriz para câncer de próstata aconselha o não consumo de álcool, e se a ingestão acontecer, que esta seja com moderação, além de uma dieta balanceada e prática regular de atividade física como medidas preventivas para evitar-se o câncer de próstata.

A **Tabela 5** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e tabagismo, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

Um dos fatores também relacionados ao CaP é o tabagismo. Silva et al. (2014) realizou um estudo onde tiveram como resultado que 44,4% da sua amostra diagnosticado com câncer fazia uso do tabaco.

Tabela 5. Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e tabagismo, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	NUNCA	SIM*	NÃO AVALIADO	S/I	TOTAL
30 -- 39	0	0	0	1	1
40 -- 49	0	0	0	3	3
50 -- 59	2	2	0	15	19
60 -- 69	4	13	1	54	72
70 -- 79	5	10	0	54	69
80 -- 89	0	3	0	14	17
90 -- 99	0	0	0	2	2
TOTAL	11	28	1	143	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

* Sim: Consumidor e ex-consumidor

Nos dados apresentados pela **Tabela 5**, referente ao quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e uso de tabaco, observa-se que tal hábito é comum entre os pacientes, 28 casos (15,30%) afirmaram fazer, ou já fizeram uso de tabaco.

No estudo de Santos et. al. (2012) evidencia que o etilismo e tabagismo é um fato preocupante, já que, de acordo com II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado no ano de 2005, 12,3% e 10,1% da população brasileira é dependente de álcool e tabaco, respectivamente.

Amorim et al (2011) afirma em sua pesquisa que 11,9% dos prontuários avaliados eram de pacientes que faziam uso de tabaco, e 27% dos pacientes afirmavam não fazer uso, divergindo de nossos dados. A Sociedade Brasileira de Urologia (2012), em sua diretriz sugere o não uso de tabaco como fator de proteção para o aparecimento do câncer.

A **Tabela 6** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e histórico familiar, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013. O histórico familiar é uma informação imprescindível, pois, ela revela o risco para desenvolver determinada patologia, neste caso o câncer de próstata. O INCA (2015) afirma que aproximadamente 25% dos casos diagnosticados com CaP apresentam história familiar desta patologia.

Tabela 6. Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e histórico familiar, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	SIM	NÃO	S/I	TOTAL
30 -- 39	0	0	1	1
40 -- 49	0	0	3	3
50 -- 59	2	1	16	19
60 -- 69	6	7	59	72
70 -- 79	4	4	61	69
80 -- 89	0	0	17	17
90 -- 99	0	0	2	2
TOTAL	12	12	159	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Quanto aos dados da **Tabela 6**, referente ao quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e histórico familiar, houve uma pequena parcela que afirmou haver histórico familiar de câncer de próstata, representado por 12 casos (6,55%). O número representativo foi de prontuários que não continha a informação, seja porque não foi questionado, ou porque os pacientes não souberam informar, representado por 86,88%.

Segundo o INCA (2015), saber o histórico familiar é fundamental, porque é um fator de risco importante. Homens com pai ou irmão com diagnóstico confirmado de câncer de próstata, precisam aumentar a prevenção, já que tem o seu risco de também desenvolver a doença aumentado de duas a três vezes, e se o diagnóstico desse pai ou irmão aconteceu antes dos 40 anos, a possibilidade aumenta em 11 vezes.

A **Tabela 7** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e procedência, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013. De acordo com o INCA (2015) é estimado para o estado da Paraíba no ano de 2016 14.290 casos do câncer de próstata.

Tabela 7. Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e procedência, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	CAMPINA GRANDE	MONTEIRO	QUEIMADAS	OUTROS	TOTAL
30 -- 39	0	0	0	1	1
40 -- 49	2	0	0	1	3
50 -- 59	14	0	0	5	19
60 -- 69	30	3	7	32	72
70 -- 79	28	3	4	34	69
80 -- 89	6	1	0	10	17
90 -- 99	1	0	0	1	2
TOTAL	81	7	11	84	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Outros: Alagoa Grande, Alagoa Nova, Alcantil, Arara, Areia, Areial, Aroeiras, Assunção, Baraúna, Barra de Santa Rosa, Barra de São Miguel, Boqueirão, Cabaceiras, Casserengue, Coixola, Cuité, Damião, Fagundes, Frei Martinho, Ingá, Junco do Seridó, Lagoa Seca, Massaranduba, Montadas, Nova Floresta, Olivedos, Ouro Velho, Parari, Pedra Branca, Pocinhos, Pombal, Prata, Puxinãna, Remígio, Riachão do Bacamarte, Santa Cecília, Santo André, São Sebastião de Lagoa de Roça, Serra Branca, Soledade, Sossego Sumé, Taperoá, Tenório e Umbuzeiro.

Quanto aos dados apresentados pela **Tabela 7**, referente ao quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e procedência, é possível perceber que o maior número de pacientes reside em Campina Grande, representado por uma amostra de 81 casos (44,26%), e os 102 (55,73%) casos restantes sendo distribuídos entre os outros 48 municípios levantados.

É notório que a maior demanda é vinda de Campina Grande, uma vez que o Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital da FAP é referência regional, sendo o segundo maior centro oncológico do estado da Paraíba, referência no tratamento dos mais diversos tipos de câncer e pactuado com mais 180 cidades, justificando a demanda das cidades circunvizinhas.

A **Tabela 8** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade, sobrevivida e óbito, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013. Embora haja uma resistência dos homens pra procurar atendimento especializado, na maioria das vezes por preconceito ou medo. Quando diagnosticado e iniciado o tratamento a sobrevivida supera o óbito. O estadiamento inicial permanece como principal fator prognóstico de sobrevivida, com sobrevivida de 10 anos superior a 70% em casos de tumores clinicamente localizados (estádios clínicos I e II) (ZACCHI, et al., 2014).

Tabela 8. Quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade, sobrevida e óbito, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	SOBREVIDA	ÓBITO	TOTAL
30 -- 39	0	1	1
40 -- 49	3	0	3
50 -- 59	19	0	19
60 -- 69	67	5	72
70 -- 79	66	3	69
80 -- 89	15	2	17
90 -- 99	1	1	2
TOTAL	171	12	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A **Tabela 8** apresenta os dados referentes a óbito e sobrevida, onde a sobrevida, com notórios 171 casos (93,44%) é superior à quantidade óbitos, representada por 12 casos (6,56%) casos. Deve-se levar em consideração, que tais dados correspondem a pacientes que abriram prontuário no intervalo entre janeiro à dezembro de 2013; os óbitos são referentes ao mesmo período.

A melhora do diagnóstico e a eficácia do tratamento, devido à evolução da medicina e o desenvolvimento de novas tecnologias, vem proporcionando aos pacientes uma maior quantidade de tempo livre do câncer. A qualidade de vida de indivíduos com câncer tem sido um tema estudado com frequência na literatura (ARAÚJO, et al., 2014).

A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, corroborando com nossos dados, mas acontece. O bom prognóstico e a melhor sobrevida acontecem quando o tumor é detectado em estadiamento baixo, de forma precoce.

A sobrevida média mundial estimada em cinco anos é de 58% para pacientes com câncer de próstata. Em países desenvolvidos, esse dado chega a 76%, consequente de uma cultura de prevenção e investimento a Saúde do Homem (MEDEIROS, et al., 2011; GOMES, NASCIMENTO, ARAUJO, 2007).

Segundo o INCA (2015), a sobrevida em países da Europa aumenta em 10% e 20% nos últimos cinco anos, e apesar de, no Brasil o número de óbitos estar em ascensão tanto quanto a incidência, ele apresentou em um período de cinco anos, entre 2005 e 2009, 95% de sobrevida, sendo uma porcentagem importante em âmbito mundial. Porém, é clara a necessidade de investimento em políticas públicas de prevenção e diagnóstico precoce.

A **Tabela 9** apresenta o quantitativo de casos de câncer de próstata, por idade e tratamento clínico oncológico realizado, na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

O tratamento padrão da neoplasia prostática de alto risco é o uso combinado de radioterapia e hormonioterapia (FRANCO, 2015). Os dados abaixo citados afirmam o estudo de Franco et. al.(2015).

Tabela 9. Quantitativo dos casos de câncer de próstata, por idade tratamento clínico oncológico realizado, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2013.

FAIXA ETÁRIA	NENHUM	RT	QT	HT	QT + RT	QT + HT	RT + HT	QT + RT + HT	OUTROS	TOTAL
30 -- 39	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
40 -- 49	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
50 -- 59	1	6	1	4	0	0	6	0	1	19
60 -- 69	3	12	1	20	0	2	24	5	5	72
70 -- 79	1	12	5	21	2	1	21	1	5	69
80 -- 89	3	1	0	8	0	3	0	0	2	17
90 -- 99	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
TOTAL	11	31	7	54	3	6	52	6	13	183

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

RT: Radioterapia; QT: Quimioterapia; CIR: Cirurgia; HT: Hormonioterapia; QT + RT: Quimioterapia + Radioterapia; QT + HT: Quimioterapia + Hormonioterapia; RT + HT: Radioterapia + Hormonioterapia; QT + RT + HT:: Quimioterapia + Radioterapia + Hormonioterapia.

Os dados apresentados na **Tabela 9** são referentes aos tratamentos clínicos oncológicos aos quais os pacientes foram submetidos.

Os tratamentos clínicos oncológicos realizados foram de radioterapia, quimioterapia, cirurgia, hormonioterapia e protocolos de associação de técnicas, como radioterapia associado a hormonioterapia, quimioterapia associado a hormonioterapia e cirurgia associada a radioterapia e hormonioterapia.

A hormonioterapia e a radioterapia exclusivas foram os tratamentos os quais os pacientes diagnosticados com câncer de próstata no Hospital da FAP em 2013, foram submetidos, representados por 54 casos (29,51%) e 31 casos (16,94%), respectivamente. Uma associação de procedimentos bem frequente foi à submissão do paciente a radioterapia e a hormonioterapia, responsável por 52 casos (28,41%).

Os dados citados acima corroboram com a literatura, já que, na maioria dos protocolos de tratamento, a hormonioterapia se faz presente em pelo menos uma das fases.

Como tratamento para o câncer de próstata há um leque de possibilidades, desde à observação vigilante, procedimento cirúrgico via prostatectomia radial, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Tais tratamentos são determinados a partir do estadiamento da doença, baseado no tamanho do tumor, no acometimento de linfonodos regionais e a metástase a distância; eles podem ser neoadjuvantes (antes do procedimento cirúrgico) ou adjuvantes (pós-procedimento cirúrgico), e ter caráter curativo, quando há chances de cura, ou paliativo (quando as chances de cura são descartadas, porém o tratamento vai aliviar sintomas e proporcionar melhor qualidade de vida) (TONON; SCHOFFEN, 2009; ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DE UROLOGIA, 2012).

A hormonioterapia acontece através de uma manipulação hormonal, que trás consequências como osteoporose, ginecomastia, impotência, fadiga e diminuição da qualidade de vida, porém é eficaz no tratamento da doença. A radioterapia é utilizada no tratamento do câncer de próstata, seja em caráter exclusivo, adjuvante ou após recidiva bioquímica, por isso representa uma importante técnica de tratamento oncológico (FRANCA, et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014).

É notório o receio dos pacientes ao iniciarem o tratamento quimioterápico, por este proporcionar diversas reações sistêmicas. De acordo com o estudo de Palmiere et. al., (2013), os sintomas mais comuns na quimioterapia são as náuseas e vômitos atingindo entre 70% e 80% dos pacientes que recebem a quimioterapia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico dos usuários cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto do Hospital da FAP é caracterizado por homens na faixa etária entre 60 e 79 anos, prevalecendo a cor parda, com possibilidade de doença maligna na família, ensino fundamental incompleto ou analfabeto, consumidores de drogas como álcool e tabaco, procedentes do município de Campina Grande, tratados predominantemente com Hormônio e radioterapia..

7 PERSPECTIVAS FUTURAS

- Considerar a necessidade de capacitação continuada para equipe do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP.
- Viabilizar a continuidade do projeto visando favorecer os indicadores de sobrevida dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Vivian Mae Schmidt, et. al. Fatores associados à realização dos exams de rastreamento para câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (2):347-356, Fev, 2011.

ANTUNES, Yure Philippe Pimentel Vierira, et al. Clinical features and overall survival among elderly cancer patients in a tertiary cancer center. **EINSTEIN**, 13(4):487-491, 2015.

ARAÚJO, Izabel Cristina Soares, BARBOSA, Maria Helena, BARICHELLO, Elizabeth. Sleep disorders in men with prostate cancer undergoing hormone therapy. **Revista de Enfermagem**, 18 (4), oct-dec 2014.

CANÇADO, Bruno Lopes, MIRANDA, Luiz Carlos, FARIAS, Maria Lucia Fleiuss. Importance of bone assessment and prevention of osteoporotic fracture in patients with prostate cancer in the gonadotropic hormone analogues use. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 42(1):062-066, 2015.

CAMBRUZZI, Eduardo, ZETTLER, Cláudio Galleano, PEGAS, Karla Laís, TEIXEIRA, Simone Luis. Relação entre escore de gleason e fatores prognósticos no adenocarcinoma acinar de próstata. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. 46(1): 61-68, Fevereiro, 2010.

FRANCA, Carlos Antonio da Silva, et. al., Relationship between two years PSA nadir and biochemical recurrence in prostate cancer patients treated with iodine-125 brachytherapy. **Revista Radiologia Brasileira**. 47(2):89-93, Mar/Abr, 2014.

FRANCO, Rejane Carolina, SOUHAMI, Luis. Radioterapia e hormonioterapia no câncer de próstata de risco intermediário: uma revisão crítica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 61(2):155-163, 2015.

GOMES, Cássia Regina Gontijo, et al. Risk factors for prostate cancer, and motivational and hindering aspects in conducting preventive practices. **Investigación y Educación en Enfermería**, 33(3), 2015.

GOMES, Romeu, et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens de ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, 23(3):565-574, Rio de Janeiro, Março, 2007.

GOMES, Romeu, et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(6):1975-1984, 2008.

GONÇALVES, Ivana Regina, et al. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência e Saúde Coletiva**. 13(4):1337-1342, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2016. Incidência de câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. Acessado em 30 de Abril de 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Registro Hospitalar de Câncer**. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2010.

LOPES, Pedro Marinho, et al. The role transrectal ultrasound in the diagnosis of prostate cancer: new contributions. **Revista Radiologia Brasileira**, 48(1):7-11, Jan/ Fev, 2015.

MEDEIROS, Adriane Pinto, et al., Fatores de Risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64 (2): 385-8, Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Abordagens Básicas Para o Controle de Câncer**, Rio de Janeiro, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Registros Hospitalares de Câncer**, Rio de Janeiro, 2010.

MOSCHETA, Murilo dos Santos, SANTOS, Manoel Antônio dos. **Ciências e Saúde Coletiva**. 17(5):1225-1233, 2012.

NOVOA, Camilo, et.al. Nível educacional como determinante em tamizaje de câncer de próstata. **Revista Médica de Chile**, 142:1136-1141, 2014.

NASSIF, Aissar Eduardo, et. al. Perfil epidemiológico e fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado. **Revista do Colégio Brasileiro dos cirurgiões**, 36(4):327-331, 2009.

PALMIERI, Bárbara Nogueira, et. al. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Caderno de Saúde Coletiva**, 21(1): 2-9, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, Paulo Vitor Furtado Ribeiro, et. al. Análise clínica e epidemiológica de 348 casos de adenocarcinoma prostático atendidos em um centro oncológico de referência no Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(4):513-521, 2013.

SANTOS, Ramila Alves, et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: Relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 58(1): 21-29, 2012.

SOUZA, Almir Rogério Alves et al., Análise estatística do câncer de próstata por meio da regressão logística. **Revista Brasileira de Biomedicina**, 31(3):441-448, São Paulo, 2013.

SILVA, João Francisco Santos da Silva, et al. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos estados da região centro-oeste do Brasil, 1980-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 395-406, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Câncer de próstata: Prevenção e Rastreamento, 2012. Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/5_volume/10-CancerPrev.pdf. Acesso em 06 de Maio de 2016.

ZACCHI, Sérgio Riguete, et. al., Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Caderno de Saúde Coletiva**, 22(1):93-100, Rio de Janeiro, 2014.