



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

JACKSON ARAÚJO SILVA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NUMA UNACON/PB

CAMPINA GRANDE - PB

NOVEMBRO - 2018

JACKSON ARAÚJO SILVA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NUMA UNACON/PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento.

CAMPINA GRANDE – PB

NOVEMBRO – 2018

É expressamente proibido 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 do trabalho.

S586p Silva, Jackson Araújo.
Perfil epidemiológico do câncer de próstata numa UNACON/PB (manuscrito) / Jackson Araujo Silva. - 2018.
28 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Raílda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento", Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Câncer de próstata. 2. Epidemiologia. 3. Fatores de risco. I. Título

21. ed. CDD 616.99463


JACKSON ARAÚJO SILVA

**RETRATO EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NUMA
UNACON/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 21/11/2018.

Banca Examinadora



Prof^ª. Dra. Raílda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento
UEPB



Prof^ª. Dra. Rosalba Maria dos Santos
UEPB



Prof^ª. Especialista Francisco Ramos de Brito
UEPB

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos homens que lutam contra o câncer de próstata que vivem uma batalha árdua,mas torcemos para terminar com um momento de felicidade para eles e seus familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradecer em primeiro lugar a **Deus** por ter me dado forças no percorrer dessa caminhada.

Quero agradecer aos meus pais, **José Marques e Josefa Antônia** por tudo que fizeram por mim e ao meu primo **Paulo Junior**, todos eles se esforçaram imensamente para a realização desse sonho.

A minha avó **Amélia** pela força e apoio que ela me dava nessa caminhada.

A professora e orientadora **Railda Shelsea** pelo incentivo durante a realização dessa pesquisa e por ter me acolhido no seu projeto, onde obtive grande aprendizado científico e uma amizade que vai durar por longos anos.

Ao grupo LCTS pela compreensão, ajuda, apoio e multiplicação do conhecimento e em especial, a **Marieliza Braga** que me ajudou bastante.

Aos meus **Amigos** que estiveram comigo me apoiando lado a lado.

Aos meus colegas de curso da **Tuma 68 de Fisioterapia da UEPB**, pelos momentos de aprendizado e gargalhadas. Vocês se tornaram a minha família nesses anos de curso.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NUMA UNACON/PB

Jackson Araújo Silva*

RESUMO

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em valores absolutos e considerando ambos os sexos é o quarto tipo mais comum e o segundo mais incidente entre os homens. A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. O presente estudo do tipo levantamento epidemiológico, descritivo, com abordagem quantitativa objetivou identificar as características epidemiológicas, demográficas e clínicas de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata, com distribuição topográfica nos CID-O C61, em uma Unidade de Oncologia de Alta Complexidade (UNACON) no estado da Paraíba. A amostra é composta por 446 pacientes diagnosticados com câncer de próstata. O perfil epidemiológico e demográfico demonstrou predomínio da faixa etária de 70-89 anos (51,35%), com etnia parda (79,94%), escolaridade com ensino fundamental (59,68%), etilistas (63,03%), tabagistas (66,40%), histórico familiar (55,13%), procedentes de outros municípios paraibanos (58,52%). Do ponto de vista clínico e terapêutico, prevalece o adenocarcinoma acinar de próstata (99,55%) tratado com hormonioterapia combinada e/ou isolada (56,85%), apresentando sobrevida elevada (94,62%). O perfil epidemiológico é caracterizado por um indivíduo idoso, de cor parda, baixa escolaridade, etilista e tabagista, diagnosticado com adenocarcinoma acinar, tratado com hormonioterapia isolada e/ou combinada e sobrevida elevada. Esse achado possibilita uma reflexão a respeito da importância do diagnóstico precoce para favorecer o prognóstico e a sobrevida dos pacientes.

Palavras-chave: Câncer de próstata; Epidemiologia; Fatores de risco.

*Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba.
E-mail: jacksonaraujo.fisio@gmail.com

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PROSTATE CANCER IN A UNACON / PB

ABSTRACT

In Brazil, prostate cancer is the second most common among men, behind only non-melanoma skin cancer. In absolute values and considering both sexes, it is the fourth most common type and the second most frequent among men. The incidence rate is higher in developed countries compared to developing countries. The present quantitative epidemiological survey, with a quantitative approach, aimed at identifying the epidemiological, demographic and clinical characteristics of individuals diagnosed with prostate cancer, with topographic distribution in ICD-O C61, in a High Complexity Oncology Unit (UNACON – in Portuguese) in the state of Paraíba. The sample is composed of 446 patients diagnosed with prostate cancer. The epidemiological and demographic profile demonstrated predominance of the age range of 70-89 years (51.35%), with brown ethnic group (79.94%), education with primary education (59.68%), alcoholics (63.03%) , smokers (66.40%), family history (55.13%), from other municipalities in Paraíba (58.52%). From the clinical and therapeutic point of view prevails acinar prostate adenocarcinoma (99.55%) treated with combined hormone and / or isolated (56.85%), showing high survival (94.62%). The epidemiological profile is characterized by an elderly, brown, low level of education, alcoholic and smoker, diagnosed with acinar adenocarcinoma, treated with isolated and / or combined hormone therapy and high survival. This finding allows a reflection about the importance of early diagnosis to favor the prognosis and survival of patients.

Keywords: Prostate cancer; Epidemiology; Risk factors.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características demográficas e epidemiológicas de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata CID-O C61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, biênio 2013-2014 (n=446). 2018.....	18
Tabela 2 -	Tabela 2. Características clínicas, terapêuticas e sobrevida de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata CID-O C61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, biênio 2013-2014 (n=446). 2018.....	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3.1	CÂNCER DE PRÓSTATA.....	12
3.2	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	12
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	16
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	16
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	16
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	16
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	16
4.6	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	16
4.7	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	17
4.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	17
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
	REFERÊNCIAS	22
	APÊNDICES	25
APÊNDICE A	CARTA DE ANUÊNCIA	26
APÊNDICE B	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	27

1 INTRODUÇÃO

Conforme o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2011), as neoplasias podem ser benignas ou malignas. A neoplasia benigna tem seu crescimento organizado, geralmente lento, formado por células bem diferenciadas, semelhantes ao tecido normal, não invade nem infiltram tecidos adjacentes e determinam metástase. Ao contrário das neoplasias malignas que são formadas por células diferentes do tecido normal, apresentam crescimento rápido e são capazes de invadir tecidos vizinhos formando as metástases.

Dentre as neoplasias malignas cabe destacar o carcinoma. A palavra câncer vem do grego *karkínos* ou “caranguejo” e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, para conceituar a doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Considerado um problema de saúde pública, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em valores absolutos e considerando ambos os sexos é o quarto tipo mais comum e o segundo mais incidente entre os homens. A taxa de incidência é maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. (OLIVEIRA; NUNES; LOPES, 2017).

Segundo o INCA (2018), no Brasil estima-se 68.220 novos casos de câncer de próstata para cada ano do biênio de 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens. Refere ainda que o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país, com 96,85/100 mil na Região Sul, 69,83/100 mil Região na Sudeste, 66,75/100 mil na Região Centro-Oeste, 56,17/100 mil na Região Nordeste e 29,41/100 mil na Região Norte.

Em um estudo realizado por (OLIVEIRA; NUNES; LOPES, 2017), foi verificado o aumento da taxa de mortalidade por câncer de próstata em Petrópolis - RJ entre o ano de 1980- 2012, onde foi de 55,4, em 1980, para 114,3, em 2012.

De acordo com SILVA et al., (2014) o câncer de próstata é considerado o câncer da terceira idade, visto que é mais frequente em homens a partir de 65 anos. Avanços tecnológicos, urbanização e industrialização, estão determinando o envelhecimento da população e uma alteração significativa no perfil epidemiológico que favorece o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças infecciosas em incidência e mortalidade. Assim, o câncer constitui uma preocupação para o poder público e 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).

Embora pouco se saiba a respeito dos fatores de risco envolvidos no câncer de próstata e a sua etiologia, estudos estão evidenciando uma associação entre carcinogênese prostática e a idade, história familiar, 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).

Para diagnosticar o câncer de próstata, a Sociedade Brasileira de Urologia, recomenda o rastreamento com exame do antígeno prostático específico (PSA) anual e o toque retal em homens, entre 50 e 80 anos. Porém, vale salientar que o toque retal é pouco realizado, produto de preconceito relacionados ao gênero. Neste contexto, observa-se a prevalência do diagnóstico em estadiamento avançado, determinando um pior prognóstico (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Quando diagnosticado tardiamente, a tratamento padrão é o procedimento cirúrgico associado a radioterapia. Embora, em casos específicos o acompanhamento clínico ambulatorial possa ser uma alternativa segura. Na presença de metástase, a doença é considerada incurável, e o tratamento é paliativo para inibir a biossíntese de andrógenos. (NASSIF et al., 2009).

Para rastrear os indicadores da doença, o Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) sistematiza as informações a partir dos dados arquivados em prontuários nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (**CACON**) e nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (**UNACON**), visando definir políticas de promoção e prevenção para todos os tipos de neoplasias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo identificar as características sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata, com distribuição topográfica nos CID-O C61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), durante o biênio 2013-2014.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata, com distribuição topográfica nos CID-O C61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), durante o biênio 2013-2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um levantamento quantitativo dos casos de câncer de próstata, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, durante o biênio 2013-2014.
- Identificar as características sociodemográficas dos indivíduos diagnosticados com câncer de próstata, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, durante o biênio 2013-2014.
- Enumerar as características clínicas e terapêuticas dos indivíduos diagnosticados com câncer de próstata, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, durante o biênio 2013-2014.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CÂNCER DE PRÓSTATA

De acordo com Torre et al. (2015), a neoplasia prostática é a mais incidente nos homens em 87 países, especialmente na América do Norte e do sul; Norte ocidental e Sul da Europa; Oceania. Na região africana apresenta-se como um dos mais prevalentes.

Conforme Gomes et al., (2015), trata-se de células prostáticas que se multiplicam de forma desordenada, que em sua fase inicial manifesta-se clinicamente de forma assintomática. Com o crescimento tumoral verifica-se o avanço da doença sobre o colo vesical provocando obstrução da uretra, com a presença de sinais e sintomas como: dificuldade e aumento da frequência das micções, retenção urinária, diminuição da força do jato urinário, hematúria e ejaculação dolorosa (GOMES et al., 2015).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A estimativa para o Brasil, em 2018-2019, prevê 68.220 casos novos, notando-se o aumento de neoplasia prostática. Apontando o câncer de próstata como o segundo mais incidente entre os homens e, ainda, uma importante causa de mortalidade na população masculina. (INCA, 2018).

Conforme o Ministério da Saúde (2011), são fatores de risco determinantes da doença: a idade, visto que a ocorrência dos casos aumenta após os 50 anos; história familiar com o registro do pai ou irmão diagnosticado antes dos 60 anos; hábitos de vida pessoal como álcool e tabaco; 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 ultrassom 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).

Para Mott et al. (2015), o diagnóstico é feito com base em achados no exame clínico do toque retal e/ou antígeno prostático específico (PSA). E para confirmação diagnóstica é relevante a realização do estudo histoquímico do tecido obtido pela biópsia prostática. Uma avaliação de tumor deve ser individualizada, com base nos resultados do exame de toque, dosagem do PSA, escore Gleason e da biópsia, visto que os achados podem definir o tratamento a ser prescrito.

De acordo com a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (2002), o toque retal é utilizado para avaliar o tamanho, a forma e a consistência da próstata no sentido de verificar a presença de nódulos, mas sabe-se que este exame apresenta limitações, uma vez que somente possibilita a palpação das porções posteriores e lateral da próstata, deixando 40% a 50% dos tumores fora do alcance.

O índice elevado de PSA no sangue é um marcador biológico para algumas doenças na próstata entre elas o câncer. O PSA é uma glicoproteína originada na próstata. O antígeno prostático que é produzido pelas células epiteliais da próstata pode estar alterado, determinando biópsias desnecessárias (KIRSTEN et al., 2019 ; THOMPSON et al., 2007).

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 standardizadas 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. 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).

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).

Mesmo o tratamento sendo efetivo quanto a cura da enfermidade ele pode deixar sequelas, tais como, incontinência urinária e disfunção erétil no qual irá afetar a vida psicossocial do homem reduzindo a qualidade de vida do mesmo. A disfunção erétil está relacionada a baixo estima, perda de interesse sexual, transtornos depressivos, dificuldade em se relacionar, perda da libido. (FERRÃO et al. 2017; ACQUA et al. 2012).

Por meio de estudos epidemiológicos, é possível avaliar a taxa de mortalidade causada 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 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem quantitativa e exploratória (CASTRILLÓN AGUDELO, 2004).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

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

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para pesquisa, foi utilizado os prontuários pertencentes à base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto (CCUP) do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), visando a definição da amostra específica dos usuários diagnosticados de câncer de próstata, CID-O C61, correspondente ao biênio 2013 - 2014.

4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de próstata disponibilizados pelo Arquivo do CCUP/FAP, durante o biênio 2013-2014.

4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de próstata disponibilizados pelo Arquivo do CCUP/FAP, com data anterior e posterior ao biênio 2013-2014.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para coleta de dados, foi adaptado o formulário para Registro Hospitalar de Câncer, utilizado pelo INCA e disponibilizado para os hospitais com Registro de Câncer Hospitalar (RHC), os quais são arquivados no hospital.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Inicialmente foram identificados no Arquivo do RHC do Hospital da FAP, os usuários com diagnóstico de câncer de próstata, CID-O C61. Em seguida, foi realizada a triagem dos prontuários correspondentes ao biênio 2013 – 2014, para posterior tratamento dos dados.

4.8 PROCESSAMENTO DA ANÁLISE DE DADOS

Foram coletados os dados de 446 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata cadastrados topograficamente com o CID-O C61. Os dados foram tabulados utilizando as seguintes variáveis epidemiológicas: faixa etária, gênero, etnia, história familiar, hábitos sociais, sobrevivência, tipo histológico, escolaridade e tratamento clínico realizado.

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 e 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, estando ciente da realização da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os achados sociodemográficos e clínicos dos pacientes cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do CCUP do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), durante o biênio 2013-2014.

A **Tabela 1** apresenta o quantitativo das características sociodemográficas da amostra, onde foi possível observar a predominância da faixa etária entre 70 e 89 anos (51,35%), com etnia parda (79,94%), escolaridade com ensino fundamental (59,68%), etilistas (63,03%), tabagistas (66,40%), histórico familiar (55,13%), procedentes de outros municípios paraibanos (58,52%).

Tabela 1. Características sociodemográficas de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata CID-OC61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, biênio 2013-2014 (n=446). 2018.

Faixa etária	2013	2014	N	%
30 -- 49	4	3	7	1,57%
50 -- 69	91	113	204	45,74%
70 -- 89	86	143	229	51,35%
90 -- 109	2	4	6	1,35%
Etnia				
Branca	16	8	24	7,29%
Preta	6	2	8	2,43%
Amarela	3	31	34	10,33%
Parda	100	163	263	79,94%
Escolaridade				
Analfabeto	37	66	103	32,70%
Ensino Fundamental	75	113	188	59,68%
Ensino Médio	4	8	12	3,81%
Ensino Superior	5	7	12	3,81%
Etilismo				
Nunca	8	36	44	36,97%
Sim*	29	46	75	63,03%
Tabagismo				
Nunca	11	31	42	33,60%
Sim*	28	55	83	66,40%
Histórico Familiar				
Sim	12	31	43	55,13%
Não	12	23	35	44,87%
Procedência				
Campina Grande	81	104	185	41,48%
Outros municípios paraibanos	102	159	261	58,52%
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.				
*Sim: consumidor e/ou ex-consumidor				
***As diferenças são consequência da falta de informação em prontuário.				

Estudos epidemiológicos colocam a idade como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata. Nos achados relativos a amostra estudada, foi visto que a maioria dos pacientes, 229(51,35%), se apresentam acima dos 70 anos, já no estudo realizado por Araújo et al. a maioria dos pacientes, 236 (38,9%), se apresentaram acima dos 61 anos de idade, corroborando assim com a literatura como câncer da terceira idade. Para Damber et al (2008) e Foster et al.(1997), a idade avançada é um dos fatores de risco para ter o câncer de próstata.

É visto na literatura que um dos fatores de risco mais prevalentes é a etnia, com predisposição em negros. Para Guedes et al. (2008) e Damber et al. (2008), a etnia está, no caso de homens negros, entre os principais fatores de risco para o câncer de próstata. No estudo de Silva et al. (2017), foi visto que 289(75,5%) dos pacientes diagnosticados com neoplasia prostática não eram brancos, mas faltou o autor elucidar bem quais as outras etnias prevalentes dentre as citadas. Nesse caso os estudos corroboram com a etnia apresentada na Tabela 1.

Quanto ao nível de escolaridade para Silva et al. (2017), 79% dos pacientes estudados apresentavam ensino médio incompleto não corroborando com o presente estudo que predominou o ensino fundamental completo com 59,68%, mas foi similar ao estudo de Gonçalves et al. (2008), onde 50% dos pacientes tinham o primeiro grau completo.

No estudo de Silva et al. (2017), foi visto que os homens só vão procurar um serviço de saúde após apresentarem alguns sintomas e que não tem realizado nenhum exame preventivo. Para Gonçalves et al., (2008) o nível de escolaridade está relacionado ao nível de instrução.

Para o etilismo foi visto que 75 (63,3%) dos homens faz ou fizeram uso de álcool durante a vida, sendo similar com Silva et al. (2017) onde 197 (55,1%) fez ou fizeram uso de bebida alcoólica durante a vida.

Quanto ao tabagismo 83 (66,40%) dos homens fazem ou fizeram uso de cigarro durante a vida, corroborando com o estudo de Silva et al. (2017), onde 163 (44,4%) eram tabagistas.

Em relação ao histórico familiar, nos dados obtidos, 43 (55,13%) relataram ter tido câncer na família. Corroborando com Damber et al. (2008) que aponta história familiar positiva como um dos mais fortes fatores de riscos conhecido. Assim como, Silva et al. (2017), onde 59 % tem histórico familiar de câncer e Steinberg et al. (1990), que concluiu que homens com pai ou irmão afetado tinham duas vezes mais chances de desenvolver câncer. Já quando se tem três ou mais parentes de primeiro grau afetados o risco aumenta para 11 vezes.

A **Tabela 2** apresenta o quantitativo das características clínicas, terapêuticas e da sobrevida de homens diagnosticados com câncer de próstata na base de dados do CCUP do Hospital da FAP. Onde foi possível observar que o tipo histológico predominante é o adenocarcinoma acinar de próstata (99,55%); a terapêutica mais utilizada a hormonioterapia combinada e/ou isolada (56,85%) e 94,62% da amostra estudada encontra-se em sobrevida livre da doença.

Tabela 2. Características clínicas, terapêuticas e sobrevida de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata CID-O C61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, biênio 2013-2014 (n=446). 2018.

Tipo Histológico	2013	2014	N	%
Adenocarcinoma acinar de próstata	183	261	444	99,55%
Outros tipos histológicos**	0	2	2	0,45%
Primeiro tratamento clínico e/ou locorregional				
Nenhum	11	18	29	6,52%
Procedimento cirúrgico combinado e/ou isolado	2	5	7	1,57%
Radioterapia combinada e/ou isolada	33	68	101	22,70%
Quimioterapia combinada e/ou isolada	17	11	28	6,29%
Hormonioterapia combinada e/ou isolada	110	143	253	56,85%
Outras	10	17	27	6,07%
Sobrevida				
Vivos	171	251	422	94,62%
Óbito	12	12	24	5,38%
Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.				
***As diferenças são consequência da falta de informação em prontuário.				

O adenocarcinoma acinar de próstata é o tipo histológico mais frequente e os achados corroboram com o INCA (2018).

Como primeiro tratamento clínico e /ou locorregional, a hormonioterapia terapia combinada e/ou isolada encontrada no estudo, discorda dos achados de Silva et al.(2017) que afirma que 288 (73,1%) homens tiveram a radioterapia como tratamento prevalente.

Considerando a sobrevida a demanda de indivíduos com sobrevida livre da doença foi elevada, diferente do estudo da Wolrd Câncer Report(2014), que registrou que a neoplasia prostática é o segundo tipo de tumor mais prevalente e está entre as principais causas de morte por câncer, com 31,1 novos casos e 7,8 mortes por 100 mil homens.

Para Friestino et al.(2013), a morte por neoplasia prostática vem aumentando constantemente e apresentando altos índices se comparados aos anos 80.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Registro Hospitalar de Câncer do CCUP/FAP é de suma importância para a definição de políticas, internas e externas, aos CACONS E UNACONS.

No RHC do Hospital da FAP estão arquivados 446 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de próstata.

O perfil sociodemográfico, epidemiológico, clínico e terapêutico da amostra é caracterizado por homens idosos, de cor parda, baixa escolaridade, etilista e tabagista, procedentes de municípios pactuados, diagnosticados com adenocarcinoma acinar, tratados com hormonioterapia isolada e/ou combinada e sobrevida elevada.

O número de casos de pacientes diagnosticados com câncer de próstata aumentou de 2013 para 2014, evidenciando um problema de saúde pública.

7 REFERÊNCIAS

AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P. Fatores associados a realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública**, p.347- 356, fev. 2011.

ARAÚJO, R. M.; AFONSO, R.; SILVA, J. L.; BELLINI, M. H. Adenocarcinoma prostático: análise clínica e epidemiológica. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, p-179-182, jul-set, 2017.

CZORNY, R. C. N.; PINTO, M. H.; POMPEO, D. A.; BERETA, D.; CARDOSO, L. V.; SILVA, D. M. FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA : POPULAÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v.22, n.4, out.2007.

FERLAY, J.; SOERJOMATARM, L.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO, M.; PARKIM, D. M.; FORMAN, D.; BRAY, F. Cancer incidenceandmortalityworldwide: Sources, methodsand major patterns in GLOBOCAN 2012. **InternationalJournalOf Cancer**, [s.l.], v. 136, n. 5, p.359-386, 9 out. 2014.

Foster, C. S;Ke, Y. Steamcells in prostaticepithelia. **RevInt J Pathol.**, p. 311-329, 1997.

FRIESTING, J. K. O; REZENDE, R.; LORENTZ, L; H.: SILVA, O. M. P. **Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas**. v. 37, n.3, p.- 688-701. Jul./ set. 2013.

GOMBERG, H.Prostatcancerepidemiology. **Lance** 2003, v. 361, p.859-864.

GONÇALVEZ, I.R.; PADOVANI, C.; POPIM, R.C. Características epidemiológicas de demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciências & saúde**, p. 1337-1342, 2008.

GUEDES, H.G.; SOUZA, A.B.C.;OLIVEIRA, V.C.B.; ARAÚJO, F.A.; JUNIOR, R.F.A. Perfil epidemiológico mundial do câncer de próstata. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [s.l.], n.4, p. 399-405, out. 2008.

INCA. Câncer da próstata: consenso - Rio de Janeiro. 2002.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência de câncer no Brasil, 2018.

Jemal, A.; Vineis, P.; Bray, F.; Torre, L.; Forman, D. The Cancer Atlas. GA: American Cancer Society

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.2, p.385- 388, mar-abr, 2011.

NASSIF, A. E.; FILHO, R. T.; PAULA, R. X. G.; TAGUCHI, W. S.; POZZOW, H. J. Perfil e epidemiológico no tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, p.327-331, 2009.

OLIVEIRA, T. L.; NUNES, L. C.; LOPES, T S. Neoplasias malignas da Próstata: Tendência da Mortalidade em Petrópolis – RJ, 1980-2012. **Revista Brasileira de Cancerologia**, p. 315 - 320, maio, 2017.

PIÑEROS, M.; FERLAY, J.; MURRILO, R. Cancer incidence estimates at the national and district levels. In: Piñeros M, Ferlay J, Murillo. R. Colombia. Salud Publica México. v. 48, n. 6, p. 455-465, 2006.

QUIJADA, P. D. S.; FERNANDES, A.; OLIVEIRA. D. S.; SANTOS, B. M. O. CÂNCER DE PRÓSTATA: RETRATO DE UMA REALIDADE DE PACIENTES EM TRATAMENTO. **Revista de enfermagem**, p. 2490-2499, jun. 2017.

RHODEN, E.L.; AVERBERCK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, p. 92-99, set- 2009.

SILVA, F. C., FREITAS, R. F.; SOUZA, F. M.; ALMEIDA, L; C.; NORMANHA, G. L.; REIZ, V. M. C. P.; ROCHA, J. S. B.; AQUINO, S. N. **Associação características sócio-demográficas, clínicas e laboratoriais com estadiamento do câncer de próstata no norte de Minas Gerais, Brasil: estudo transversal analítico.**, p.- 147-153, set. 2017.

SILVA, J. F. S.; MATTOS, T. E.; AYDOS, R. D. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da região Centro-Oeste do Brasil, 1980- 2011. **Ver. Bras.Epidemiol.**, p. 395-406, abr.-jun. 2014.

STEIMBERG, G. D.; CARTER, B. S.; BEATY, T. H.; CHILDS, B.; WALSH, P. C. **Family history and the risk of prostate cancer**. P.337-347, 1990.

World Health organization. World cancer report 2014. Lyon: WHO; 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador **Jackson Araújo Silva**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NUMA UNACON/PB**, que está sob a coordenação/orientação do(a) Profa. Dra. Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento cujo objetivo é Identificar as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas de indivíduos diagnosticados com câncer de próstata, com distribuição topográfica nos CID-O C61, cadastrados na base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Centro de Cancerologia do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), durante o biênio 2013-2014

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em ____/____/_____.

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

APÊNDICE B

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Ano de nascimento: ___ / ___ / ___

Estado civil: _____ Gênero: _____

Tipo de câncer: _____ CID: _____

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS CARACTERÍSTICAS
CLÍNICAS, TERAPÊUTICAS E SOBREVIDA DE INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS
COM CÂNCER DE PRÓSTATA CID-O C61

Etnia: Branca Parda Negro Amarelo Não identificado

Escolaridade: Analfabeto Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior

Não identificado

Etilista: Sim Não Não identificado

Tabagista: Sim Não Não identificado

Histórico familiar: Sim Não Não identificado

Procedência: _____

Tipo histológico: Adenocarcinoma acinar de próstata Outros Não identificado

Primeiro tratamento clínico e/ou locorregional: Nenhum Procedimento cirúrgico
combinado e/ou isolado Radioterapia combinada e/ou isolada Quimioterapia combinada
e/ou isolada Hormonioterapia combinada e/ou isolada Outras Não identificado

Sobrevida: Vivo Óbito Não identificado

