

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZA DA COSTA E SILVA

OCORRÊNCIA DE ÓBITOS DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA

UBERABA - MG

2018

LUIZA DA COSTA E SILVA

OCORRÊNCIA DE ÓBITOS DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

UBERABA - MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação na fonte.

S581o Silva, Luiza da Costa e
Ocorrência de óbitos de homens com câncer de próstata / Luiza da Costa e Silva. -- 2018.
71 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

1. Neoplasias da próstata. 2. Mortalidade. 3. Fatores de risco. 4. Saúde do homem. 5. Enfermagem. I. Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.62-006

LUIZA DA COSTA E SILVA

Ocorrência de óbitos de homens com câncer de próstata

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 20 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Thais de Oliveira Gozzo
Universidade de São Paulo

*“O Senhor é o meu pastor e
nada me faltará.”*

Salmo 23

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas inúmeras bênçãos alcançadas, pela proteção e por colocar pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria conseguido.

À orientadora Elizabeth Barichello pelo carinho, pela amizade, pela atenção e paciência. Mesmo nos momentos mais difíceis me fez acreditar que posso mais do que imagino.

Aos meus pais Daisy e Renato e ao meu irmão Vinícius, que estiveram ao meu lado em todos os momentos e ajudaram-me a concretizar este sonho.

Ao meu amor, Leandro, pelo apoio, amor e carinho ao longo desta jornada. Obrigada pela compreensão e por me fazer acreditar que não existe distância para o amor.

Aos funcionários do Hospital Dr. Hélio Angotti, à enfermeira Sandra Mara e, em especial, à Cristina Talala do setor de Registro de Câncer pela amizade, atenção e paciência durante a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da Central de Quimioterapia, à enfermeira Ana Carolina, ao Dr. Leonardo e à Dra. Karen e em especial à Lina, do Registro de Câncer, pelo suporte necessário e paciência.

Aos professores do Mestrado em Atenção a Saúde pelos ensinamentos e ao Prof. Vanderlei José Haas e ao Joilson Menegucci pela sabedoria e contribuição para a análise estatística.

Às professoras Maria Helena Barbosa e Thais de Oliveira Gozzo pelas sugestões e contribuições nesta pesquisa.

À minha cunhada, Camila, meu carinho e agradecimento.

A todos os amigos e colegas de trabalho que de alguma forma colaboraram para a elaboração deste estudo a minha gratidão.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*“Mil cairão ao teu lado,
e dez mil à tua direita, mas
não chegará a ti”.*

Salmo 91:7

RESUMO

SILVA, L. C. **Ocorrência de óbitos de homens com câncer de próstata**. 2018. 71f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Introdução: Avaliando-se os dados das últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão considerável em todo o mundo, convertendo-se em evidente problema de saúde pública. O câncer de próstata constitui o segundo tipo de câncer mais incidente entre os homens. **Objetivo:** Avaliar a incidência de óbitos e fatores associados em pacientes com câncer de próstata. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, com revisão de documentos por meio da análise das Fichas de Registro de Tumor no período de 2010 a 2017 no município de Uberaba, Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e no Hospital Dr. Hélio Angotti. Utilizou-se um instrumento para coleta de dados com características sociodemográficas e clínicas e óbitos que contém variáveis relativas à residência, idade, escolaridade, cor da pele, estado conjugal, situação de trabalho, tipo de registro, diagnósticos e tratamentos anteriores, estadiamento do tumor, primeiro tratamento e quantidade de tratamentos, estado da doença ao final do primeiro tratamento, histórico de câncer, histórico de álcool e histórico de tabaco com tabelas de frequências relativas e absolutas, análise bivariada em tabelas de contingência (risco relativo, razões de chances e qui-quadrado) e regressão logística binomial múltipla. **Resultados:** A avaliação do grupo do estudo composto por 887 homens permitiu concluir que a população masculina estudada caracterizou-se por predomínio de registros analíticos, 86,1%, e idade entre 60-69 anos, 39,1% (n=347). Dos participantes, 68,0% (n=603) apresentaram cor da pele branca, 69,8% (n=619) eram casados, 50,2% (n=445) estudaram de 1 a 4 anos e 61,6% (n=546) estavam ativos como situação de ocupação atual. Da população estudada, 24,9% (n=221) não apresentaram histórico de câncer, 31,3% (n=278) não tiveram contato com álcool e 27,2% (n=241) eram ex-consumidores de tabaco. Quanto aos fatores clínicos, 50,1% (n=444) estavam com estágio II, 82,4% (n=731) realizaram somente um tipo de tratamento, 58,2% (n=516) realizaram cirurgia e 50,2% (n=445) tiveram

remissão total no estado da doença ao final do tratamento. Com relação aos óbitos, 37,3% (n=46) possuíam idade de 70-79 anos, 60,9% (n=75) tinham pele branca, 52,0% (n=64) eram aposentados, 46,3% (n=57) possuíam Ensino Fundamental incompleto e 60,9% (n=75) eram casados. Dos participantes que foram a óbito, 57,8% (n=37) não apresentavam histórico de câncer, 43,6% (n=38) não apresentavam histórico de álcool e 35,4% (n=33) eram ex-consumidores de tabaco. Ao analisar os fatores clínicos, houve 56,0% (n=51) de óbitos de pacientes com estágio III, 66,6% (n=82) realizaram somente um tratamento, 35,7% (n=44) realizaram radioterapia e 31,6% (n=19) estavam com doença em progressão ao final do tratamento. Com relação ao risco de óbito, a correlação mostrou-se estatisticamente significativa entre óbito e as variáveis idade e não realização de cirurgia como primeiro tratamento, assim evidenciou-se que ao aumentar a idade aumenta-se também o risco de óbito.

Conclusão: a presença de missing values limitou a avaliação do risco de óbito para algumas variáveis. Entretanto, o uso do instrumento mostrou-se útil na investigação dos óbitos no município de Uberaba e no perfil da população acometida pela doença. Sua utilização na prática clínica pode propiciar benefícios para o tratamento dos homens com essa neoplasia.

Descritores: Neoplasias da próstata. Mortalidade. Fatores de risco. Saúde do homem. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, L. C. **Ocurrance of deaths of men with prostate câncer.** 2018. 71f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Background: By assessing the data of the last decades, the cancer has taken on a considerable dimension throughout the world, becoming an evident public health problem. Prostate cancer is the second most common type of cancer among men. **Objective:** To assess the incidence of deaths and associated factors in patients with prostate cancer. **Methods:** This is a retrospective study with a quantitative approach, with a review of documents through the analysis of the Tumor Registry Files from 2010 to 2017 in the municipality of Uberaba, Minas Gerais. Data collection was performed at the Chemotherapy Center of the Clinical Hospital of the Federal University of Triângulo Mineiro an Hospital Dr. Hélio Angotti. An instrument was used to collect data with sociodemographic and clinical characteristics and the number of deaths that contained variables related to residency, age, schooling, skin color, marital status, work situation, record type, previous diagnoses and treatments, staging of the tumor, first treatment and amount of treatments, disease state at the end of the first treatment, cancer history, alcohol history and tobacco history. For statistical analysis, we performed tables of relative and absolute frequencies, bivariate contingency tables analysis (relative risk, odds ratios and chi square) and multiple logistic binomial regression. **Results:** The study group composed 887 men, and found that the male population studied was characterized by a predominance of analytical records (86.1%) (n = 764) and age between 60-69 years old (39.1% (n = 347)). Of the participants, 68.0% (n = 603) had white skin color, 69.8% (n = 619) were married, 50.2% (n = 445) studied from 1 to 4 years and 61.6% (n = 546) were active as current occupation situation. Of the population studied, 24.9% (n = 221) had no history of cancer, 31.3% (n = 278) had no contact with alcohol and 27.2% (n = 241) were former tobacco users. Regarding clinical factors, 50.1% (n = 444) had stage II, 82.4% (n = 731) performed only one type of treatment, 58.2% (n = 516) underwent surgery and 50.2% (n = 445) had total remission in the disease at the end of treatment. With regard to deaths, 37.3% (n = 46) were 70-79 years old, 60.9% (n = 75) white skin, 52.0% (n = 64) retired, 46.3% (n = 57) with incomplete primary

education and 60.9% (n = 75) married. Of the participants who died 57.8% (n = 37) had no history of cancer, 43.6% (n = 38) had no history of alcohol and 35.4% (n = 33) were former users of tobacco. With respect to the clinical factors analysis, there were 56.0% (n = 51) of deaths of patients with stage III, 66.6% (n = 82) performed only one treatment, 35.7% (n = 44) performed radiotherapy and 31.6% (n = 19) had disease progression at the end of treatment. Regarding the risk of death, the correlation was statistically significant between death and the variables age and non-surgery as the first treatment, thus showing that increasing the age also increases the risk of death. **Conclusion:** the presence of missing values limited the evaluation of the risk of death for some variables. However, the use of the instrument was useful in the investigation of deaths in the city of Uberaba and the profile of the population affected by the disease. And, its use in clinical practice may provide benefits for the treatment of men with this neoplasia.

Keywords: Prostate neoplasia. Mortality. Risk factors. Men's Health.Nursing.

RESUMEN

SILVA, L. C. **La ocurrencia de muertes de hombres con cáncer de próstata.** 2018. 71f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

Introducción: Evaluando los datos de las últimas décadas, el cáncer alcanzó una dimensión considerable en todo el mundo, se convirtiendo en evidente problema de salud pública. El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer que más afecta a los hombres. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de óbitos y factores asociados en pacientes con cáncer de próstata. **Metodología:** Se trata de un estudio retrospectivo con abordaje cuantitativo, con revisión de documentos a través de análisis de las Fichas de Registro de Tumor en el periodo de 2010 a 2017 en el municipio de Uberaba, Minas Gerais. La recolección de datos fue realizada en la Central de Quimioterapia del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro y en el Hospital Dr. Hélio Angotti. Fue utilizado un instrumento para buscar datos con características sociodemográficas y clínicas y números de óbitos con variables relativas a residencia, edad, escolaridad, color de piel, estado conyugal, situación de trabajo, tipo de registro, diagnósticos y tratamientos anteriores, estado de tumor, primer tratamiento y cantidad de tratamientos, estado de la enfermedad al final del primer tratamiento, histórico de cáncer, histórico de alcohol e histórico de tabaco. Para análisis estadística fue realizado tablas de frecuencias relativas y absolutas, análisis bivariable en tablas de contingencia (riesgo relativo, razones de chances y chi-cuadrado) y regresión logística binomial múltiple. **Resultados:** La evaluación de grupo de sujetos del estudio con 887 hombres permitió concluir que la población masculina estudiada se caracterizó por predominio de registro analíticos 86,1% (n = 764), y edad entre 60-69 años 39,1% (n = 347). De los participantes, 68,0% (n = 603) presentaron color de piel blanca, 69,8% (n = 619) son casados, 50,2% (n = 445) estudiaron de 1 a 4 años y 61,6% (n = 546) estaban activos como situación de ocupación actual. De la población estudiada, 24,9% (n = 221) no presentaron histórico de cáncer, 31,3% (n = 278) no tuvieron contacto con alcohol y 27,2% (n = 241) eran ex consumidores de tabaco. Cuanto a los factores clínicos 50,1% (n = 444) estaban en la etapa II, 82,4% (n = 731) realizaron solamente un tipo

de tratamiento, 58,2% (n = 516) realizaron cirugía y 50,2% (n = 445) tuvieron remisión total en estado de la enfermedad al final del tratamiento. Con relación a los óbitos, 37,3% (n = 46) son de edad 70-79 años, 60,9% (n = 75) de piel blanca, 52,0% (n = 64) jubilados, 46,3% (n = 57) con enseñanza fundamental incompleto y 60,9% (n = 75) casados. De los participantes que fallecieron, 57,8% (n = 37) no presentaban histórico de cáncer, 43,6% (n = 38) no presentaban histórico de alcohol y 35,4% (n = 33) eran ex consumidores de tabaco. Al analizar los factores clínicos, hubo 56,0% (n = 51) de óbitos de pacientes en etapa III, 66,6% (n = 82) realizaron solamente un tratamiento, 35,7% (n = 44) realizaron radioterapia e 31,6% (n = 19) estaban con enfermedad en progresión al final del tratamiento. Con relación al riesgo de óbito, la correlación se mostró estadísticamente significativa entre óbito y las variables edad e no realización de cirugía como primero tratamiento, evidenciando, así, que, al aumentar la edad, aumenta también el riesgo de óbito. **Conclusión:** La presencia de *missing values* limitó la evaluación del riesgo de óbito para algunas variables. Sin embargo, el uso del instrumento fue útil en la investigación de los óbitos en el municipio de Uberaba y el perfil de la población acometida por la enfermedad. Y su utilización en la práctica clínica pudo propiciar beneficios para el tratamiento de los hombres con esa neoplasia.

Palabras clave: Neoplasia de próstata. Mortalidad. Factores de riesgo. Salud del hombre. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa das seis principais causas de mortalidade por neoplasias no ano de 2015 em Uberaba/MG.....	27
Figura 2	Fluxograma dos pacientes do estudo.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos homens segundo características sociodemográficas.....	45
Tabela 2	Distribuição dos homens em relação ao histórico do câncer, do álcool e tabaco.....	47
Tabela 3	Distribuição dos homens segundo dados clínicos retirados da Ficha de Registro de Tumor.....	47
Tabela 4	Distribuição de óbitos na cidade de Uberaba.....	48
Tabela 5	Distribuição de óbitos na cidade de Uberaba encontrados na pesquisa.....	49
Tabela 6	Distribuição de óbitos segundo características sociodemográficas.....	49
Tabela 7	Distribuição de óbitos em relação ao histórico do câncer, do álcool e tabaco.....	50
Tabela 8	Distribuição de óbitos segundo dados clínicos.....	51
Tabela 9	Distribuição de risco de óbito por câncer de próstata.....	52
Tabela 10	Regressão logística binomial múltipla segundo fatores de risco para óbito por câncer de próstata.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCBC	Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HC - UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Teste de Correlação de Pearson
PSA	Antígeno Prostático Específico
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TNM	T - a extensão do tumor primário N - a ausência ou presença de linfonodos comprometidos M - a ausência ou presença de metástase à distância.

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

> Maior

≤ Menor ou
igual

≥ Maior ou igual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	APORTE TEÓRICO	23
2.1	GLÂNDULA PROSTÁTICA.....	23
2.2	CÂNCER DE PRÓSTATA.....	24
2.3	ESTADIAMENTO.....	27
2.4	TRATAMENTO.....	29
2.5	FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE ÓBITO.....	31
2.6	REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER.....	32
2.6.1	Casos analíticos e não analíticos	33
3	JUSTIFICATIVA	35
4	OBJETIVOS	36
4.1	OBJETIVO GERAL.....	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
5.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	37
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	37
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	38
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	38
5.5	DIMENSÃO DA AMOSTRA.....	39
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	40

5.7	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	40
5.7.1	Variáveis do estudo.....	40
5.7.1.1	<i>Características sociodemográficas.....</i>	40
5.7.1.2	<i>Características clínicas.....</i>	41
5.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
6	RESULTADOS.....	43
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.....	43
6.2	ÓBITOS.....	46
7	DISCUSSÃO.....	52
7.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.....	52
7.2	ÓBITOS.....	55
8	CONCLUSÃO.....	59
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICES.....	65
	APÊNDICE A - Características sociodemográficas e clínicas.....	65
	ANEXOS.....	68
	ANEXO A – Parecer CEP UFTM.....	68
	ANEXO B – Autorização Hospital Dr. Hélio Angotti.....	69
	ANEXO C – Autorização Central de Quimioterapia UFTM.....	70
	ANEXO D – Autorização Secretaria Municipal de Saúde/Uberaba/MG.....	71

ANEXO E – Ficha de Registro de Tumor.....	72
---	----

1 INTRODUÇÃO

O câncer se configura como um importante problema de saúde pública mundial, não só devido ao aumento significativo da sua incidência na população, mas também em decorrência dos altos custos advindos da prevenção, do diagnóstico e do tratamento dos indivíduos acometidos por essa patologia. Caracteriza-se pelo crescimento anormal de células, que pode invadir tecidos adjacentes e tecidos à distância, e é conhecido há vários séculos (INCA, 2016).

No Brasil, entre as neoplasias malignas, o câncer de próstata é a mais frequente e a que mais aumenta em incidência entre os homens. Além de ser a segunda maior causadora de mortes no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma, é considerado câncer da terceira idade, pois acomete muitos homens a partir dos 65 anos (BRASIL, 2015).

A indicação do tratamento dependerá do tipo de câncer e sua progressão. Do ponto de vista oncológico, os indivíduos são avaliados quanto ao seu estado geral, com finalidade de assegurar uma condição clínica estável tendo em vista as reações adversas do tratamento (UNIVERSITY OF TEXAS, 2016).

Independentemente da fase em que o câncer é detectado, há necessidade de se classificar cada caso de acordo com a extensão do tumor. O método utilizado para essa classificação é chamado de estadiamento e sua importância está na constatação de que a evolução da doença é diferente quando ela está restrita ao órgão de origem ou quando se estende a outros órgãos. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso. O estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológico da peça operatória (PERES; ZERBIB, 2013).

Um fator de risco é algo que afeta sua chance de adquirir uma doença como o câncer. Diferentes tipos de câncer apresentam diferentes fatores de risco. Alguns como fumar, por exemplo, podem ser controlados, no entanto outros não, por exemplo, idade e histórico familiar. Embora os fatores de risco possam influenciar o desenvolvimento do câncer, a maioria não causa diretamente a doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Estudos com relação de óbitos podem proporcionar melhor conhecimento da tendência do câncer da próstata no país, tornando possível a implementação de ações e serviços de saúde que proporcionem políticas públicas efetivas e planejamento do melhor custo-efetividade no tratamento oncológico dessa patologia, norteando ações a serem promovidas pelo poder público (INCA, 2016).

2 APORTE TEÓRICO

2.1 GLÂNDULA PROSTÁTICA

A próstata é uma glândula exócrina que faz parte do sistema genital masculino, localizada anteriormente ao reto e inferiormente à bexiga, circundando parte da uretra (PSA RISING, 2015). Devido a essa localização, ela recebeu o nome: *prostatos*, palavra grega que significa “o que está localizado na frente”. Assim como as demais glândulas, cuja utilidade é secretar algumas substâncias com uma função pré-determinada, a próstata secreta um líquido, conhecido por fluido “prostático”, essencial na fertilidade masculina (PERES; ZERBIB, 2013).

Secreções da próstata são ricas em cálcio, zinco, ácido cítrico, fosfatase ácida, albumina e o Antígeno Específico da Próstata (PSA). Níveis sanguíneos elevados de PSA podem indicar, em alguns casos, câncer de próstata. É um órgão que envolve a uretra logo abaixo da bexiga urinária e ainda garante firmeza e estabilidade aos órgãos da pequena bacia, podendo ser sentida através do exame de toque retal (PSA RISING, 2015).

Anatomicamente, a próstata tem a forma de uma castanha e pode ser dividida em lobos, sendo dois lobos laterais (direito e esquerdo), um lobo anterior, um posterior e um lobo médio. Os lobos laterais formam a massa principal da glândula, são contínuos posteriormente, mas separados anatomicamente pela uretra prostática. O lobo anterior não possui tecido glandular e é constituído apenas por tecido fibromuscular. O lobo posterior é o lobo que é palpado durante a realização do exame retal e o lobo médio é a porção da glândula localizada entre os ductos ejaculatórios e a uretra. A próstata é envolvida por uma cápsula fibromuscular, sendo um limite anatômico para o estadiamento e prognóstico do câncer de próstata (PSA RISING, 2015).

A próstata é embriologicamente formada por dois segmentos. O segmento anterior ou central é rico em glândulas e tecido conjuntivo onde se desenvolve o eventual adenoma prostático. E o segmento posterior ou periférico, em que um ou mais focos de células cancerosas podem proliferar nessa zona periférica, onde preferencialmente se desenvolve o câncer prostático. (PERES; ZERBIB, 2013).

A partir dos 40 anos de idade, há alterações de aspecto, consistência e volume da próstata, mas a mudança mais significativa se dá dos 50 anos em diante. Normalmente, o homem saudável ignora ou desconhece a própria próstata por não senti-la. Ao envelhecer irá descobrir essa glândula, devido ao aparecimento de alguns sinais e sintomas, principalmente urinários (PERES; ZERBIB, 2013).

2.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer é um conjunto de doenças constituído por células de tamanhos, formas e núcleos variados com diferentes fatores predisponentes caracterizados através do crescimento desordenado e maligno de células com potencial invasivo (BONASSA; GATO, 2012).

Com o passar do tempo, acontece a divisão das células cancerosas podendo atingir, em alguns casos, um volume superior a $0,5 \text{ cm}^3$. A partir desse volume, no que diz respeito aos sintomas clínicos, o câncer prostático torna-se potencialmente evolutivo. Os ciclos de divisão celular, proliferação e volume do tumor são inicialmente lentos e também são necessários muitos anos para o foco se multiplicar (PERES; ZERBIB, 2013).

Os focos cancerígenos que se desenvolvem na periferia da glândula são responsáveis, sobretudo no início, por um número reduzido de sinais funcionais, principalmente miccionais, esclarecendo o agir sorrateiro dessa patologia. O foco cancerígeno pode, em alguns casos, dar lugar a um tumor intraprostático palpável ao toque digital, mas, em outros casos, os focos serão únicos ou multifocais, mas não perceptíveis ao exame clínico (PERES; ZERBIB, 2013).

A disseminação das células do câncer a partir do tumor primário acontece através da dispersão direta por áreas adjacentes e/ou disseminação metastática para tecidos não adjacentes por via linfática ou sanguínea. As células cancerosas penetram os canais linfáticos que drenam o local afetado pelo tumor, alojando-se nos linfonodos mais próximos dando origem às metástases linfáticas (SILVA; DAMIN, 2013).

No momento em que células tumorais invadem veias e vênulas que possuem paredes mais frágeis e assim são mais facilmente penetradas, ocorre a metástase por via hematogênica. Normalmente os órgãos mais vascularizados, como pulmão, fígado, ossos e cérebro são conseqüentemente os órgãos mais sujeitos a essa forma de disseminação (SILVA; DAMIN, 2013).

Quando as células malignas atingirem a cápsula prostática ou a base das vesículas seminais colonizando o espaço periprostático ou o ápice das vesículas seminais, alcançando vasos sanguíneos e linfáticos. Esses dois encontros são o ponto de partida da disseminação metastática, isto é, das células cancerígenas para os linfonodos da pelve, órgãos e, particularmente, dos ossos (PERES; ZERBIB, 2013).

Avaliando-se os dados das últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão considerável em todo o mundo, convertendo-se em evidente problema de saúde pública (BRASIL, 2014). Diante do exposto, fica evidente a real necessidade de investimentos no desenvolvimento de ações que englobam o controle do câncer nos diferentes níveis de atuação, sejam eles na atenção primária, com as medidas preventivas; secundária, na detecção precoce, e terciária, no cuidado ao paciente diagnosticado com uma neoplasia maligna. Ações de promoção da saúde, assistência de qualidade, vigilância, formação de competências para profissionais qualificados, comunicação, mobilização social e pesquisa devem ser altamente preconizadas (BRASIL, 2015).

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 com os países em desenvolvimento (INCA, 2017).

Estima-se que, em 2012, o câncer de próstata causou mais de 300 mil mortes, sendo o segundo tipo de câncer mais incidente entre os homens, com mais de um milhão de casos novos no mundo (BRAGA et.al., 2017).

A estimativa de novos casos de câncer de próstata para o biênio 2018 e 2019 é de 68.220 casos, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Excetuando-se

os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens são próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%) (INCA, 2016).

As principais causas de óbitos por neoplasia no município de Uberaba foi neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, próstata e mama. As maiores taxas de mortalidade por neoplasias no ano de 2015 foram por brônquios/pulmões e próstata, com taxa de 16,14/100.000 habitantes e 10,55/100.000 habitantes, respectivamente, como demonstrado na Figura 1 (BRASIL, 2017).

Figura 1: Taxa das seis principais causas de mortalidade por neoplasias no ano de 2015 em Uberaba/MG.



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. SMS Uberaba.

O câncer de próstata geralmente acomete homens com mais de 50 anos e o risco de adoecer aumenta com o avanço da idade e o histórico familiar de câncer de próstata é um fator de risco, dado que indivíduos que têm parentes de primeiro grau com o câncer, por exemplo, pai ou irmão, possuem quase o dobro do risco de desenvolver essa neoplasia (BRAGA et.al., 2017).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (2015) recomenda que homens com idade superior a 45 anos procurem anualmente o médico a fim de que, juntos, possam discutir e decidir sobre o rastreamento mais oportuno. Não se trata mais de uma conduta específica, mas sim de um planejamento individualizado, em que são avaliados os benefícios, os riscos e as limitações para o diagnóstico precoce. Alguns médicos contraindicam o rastreamento dessa população, porém, em alguns países, o que podemos observar é o aumento da incidência de tumores mais avançados no momento do diagnóstico, ou seja, um diagnóstico tardio. Novos estudos são necessários para a determinação de um planejamento estratégico para o rastreamento dos tumores de próstata antes do acometimento de outros órgãos.

É raro o início dos sintomas antes que se encontre em sua forma avançada. Entretanto dentre os sintomas, o paciente se queixa de dificuldade para urinar, jato urinário fraco e sensação de não esvaziar a bexiga. Por vezes, quando o câncer prostático já se encontra disseminado para outros órgãos ocorre o diagnóstico tardio e dificuldades nos tratamentos. A detecção da doença precocemente, por exames clínicos e laboratoriais de rotina, como o toque retal e a dosagem do PSA, é possível atingir a cura em 80% dos casos (SANTANA et al. 2015).

O PSA é uma proteína produzida pela glândula prostática e utilizada como marcador para monitorização da resposta do organismo do paciente ao tratamento e rastreamento do câncer de próstata. As células prostáticas cancerígenas secretam dez vezes mais PSA do que o mesmo volume de células prostáticas benignas. A duplicação do tecido tumoral com um grande e rápido aumento do PSA faz pensar na eventualidade de um câncer inicial (PERES; ZERBIB, 2013).

Após o término do tratamento, o acompanhamento com dosagens de PSA pode ajudar os médicos a detectarem recidivas ou aparecimento de metástases. Muitos estudos demonstraram que o PSA é útil para o diagnóstico do câncer de próstata principalmente se o PSA for associado ao exame de toque retal. A medida do marcador tumoral PSA é muito importante para o estadiamento do paciente com carcinoma de próstata (BRASIL, 2015).

2.3 ESTADIAMENTO

O prognóstico para homens com câncer de próstata varia com o estadiamento da doença, mas outros fatores também podem afetar o prognóstico de um homem, como sua idade, estado geral de saúde e resposta da doença ao tratamento. O prognóstico para cada homem é específico para suas circunstâncias (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Utiliza-se o sistema TNM de classificação (T: tumor; N: linfonodos; M: metástases), que, ao término do exame clínico, determina o estágio evolutivo da doença no ato do diagnóstico (PERES; ZERBIB, 2013).

O sistema TNM (Classification of Malignant Tumors) foi desenvolvido por Pierre Denoix (França), entre os anos de 1943 e 1952. A prática de se dividir os casos de câncer em grupos, de acordo com os chamados estádios, surgiu do fato de que as taxas de sobrevivência eram maiores para os casos nos quais a doença era localizada do que para aqueles nos quais a doença tinha se estendido além do órgão de origem. O estágio da doença, na ocasião do diagnóstico, pode ser um reflexo não somente da taxa de crescimento e extensão da neoplasia, mas também do tipo de tumor e da relação tumor-hospedeiro (INCA, 2012).

O principal objetivo da concordância internacional na classificação dos casos de câncer pela extensão da doença é oferecer um método que permita comparações entre experiências clínicas sem ambiguidade. O sistema TNM trabalha prioritariamente com a classificação por extensão anatômica da doença, determinada clínica e histopatologicamente quando possível (INCA, 2012).

O estadiamento pode ser clínico e patológico. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso. O estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológico da peça operatória. É estabelecido após tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão. O estadiamento patológico pode ou não coincidir com o estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores (BRASIL, 2015).

Em geral, os tumores localizados no órgão de origem são categorizados como estádios I e II. Os tumores com disseminação local extensa, particularmente para

linfonodos regionais, como estágio III, e aqueles com metástases a distância como estágio IV. (INCA, 2012).

Quadro 1 – Resumo esquemático da classificação TNM para o câncer de próstata.

Próstata	
T1	Não palpável ou visível
T1a	≤ 5% do tecido ressecado
T1b	> 5% do tecido ressecado
T1c	Biópsia por agulha
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	≤ metade de um lobo
T2b	> metade de um lobo
T2c	Ambos os lobos
T3	Através da cápsula prostática
T3a	Extracapsular
T3b	Vesícula(s) seminal(ais)
T4	Fixo ou invade estruturas adjacentes: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus, parede pélvica
N1	Linfonodo(s) regional(nais)
M1a	Linfonodo(s) não regional(ais)
M1b	Osso(s)
M1c	Outra(s) localização(ões)

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2012.

2.4 TRATAMENTO

Uma vez que o diagnóstico de câncer for certo e seguro, é necessário análise do grau de extensão, pois podem ocorrer mudanças no tratamento quando o caso se trata de uma forma confinada à próstata ou de câncer mais disseminado (PERES; ZERBIB, 2013).

A prostatectomia radical é uma modalidade terapêutica em que uma intervenção cirúrgica é realizada a céu aberto ou por laparoscopia e que ocorre extração total da próstata e das vesículas seminais, restabelecendo a continuidade urinária por meio da sutura da bexiga à uretra (PERES; ZERBIB, 2013).

A cirurgia ocorre na maioria dos pacientes, sendo muitas vezes, o único tratamento necessário. Pode ser considerada curativa em tumores bem localizados e não metastáticos. Entretanto, para se certificar de que todas as células cancerosas foram removidas, é empregada, de forma auxiliar, outra modalidade terapêutica (UNIVERSITY OF TEXAS, 2016). É um tratamento muito eficaz, podendo ser agressivo e acarretando complicações como, por exemplo, incontinência e impotência sexual (SANTANA et al., 2015).

A cirurgia também pode ser realizada como modalidade terapêutica com finalidade paliativa melhorando a qualidade de vida do paciente, aliviando a dor ou outros sintomas, mas, não visando à cura. (UNIVERSITY OF TEXAS, 2016).

O objetivo da radioterapia é destruir as células cancerosas por meio de elementos radioativos como o cobalto. Na maioria das vezes, a radioterapia é praticada como alternativa à cirurgia. Se, após a prostatectomia, a análise anatomopatológica da glândula revelar câncer extraprostático, eventualmente com comprometimento das vesículas seminais e com PSA pós-operatório continuamente elevado, pode-se indicar uma radioterapia complementar (PERES; ZERBIB, 2013).

A quimioterapia é a utilização de drogas que impedem a reprodução celular maligna podendo causar efeitos colaterais quando as células normais também são atingidas (SANTANA et al., 2015).

A quimioterapia antineoplásica pode envolver um único fármaco ou uma combinação de dois ou mais fármacos. A quimioterapia pode ser proposta para redução do volume tumoral ou para atestar que todas as células foram eliminadas do corpo. (UNIVERSITY OF TEXAS, 2016).

No tratamento quimioterápico pode-se considerá-lo curativo quando o tratamento é decisivo para a doença ou paliativo, quando o objetivo não é a cura, mas a palição das consequências da doença, podendo ou não prolongar a sobrevivida, amenizar os sintomas da doença, retardar o surgimento de novos sintomas e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do paciente sendo aplicado nos casos de metástases (OLIVEIRA et al., 2016).

O tratamento hormonal se baseia na noção de que o câncer da próstata apresenta dependência hormonal, sendo eficaz em um primeiro momento, mas, em

uma segunda fase, também é comum as células cancerosas escaparem à ação inibidora desse tratamento e retomarem sua proliferação (PERES; ZERBIB, 2013).

É por essa razão que os tratamentos hormonais do câncer de próstata são considerados paliativos. Enfatiza-se, portanto, que a sensibilidade hormonal das células cancerosas é um fator importante para o prognóstico. Se essa dependência hormonal se mostrar excelente, o paciente terá um tratamento antiandrogênico eficaz e de longa duração (PERES; ZERBIB, 2013).

2.5 FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE ÓBITO

Um fator de risco é algo que afeta sua chance de adquirir uma doença como o câncer. Diferentes tipos de câncer apresentam diferentes fatores de risco. Alguns como fumar, por exemplo, podem ser controlados, no entanto outros não, por exemplo, idade e histórico familiar. Embora os fatores de risco possam influenciar o desenvolvimento do câncer, a maioria não causa diretamente a doença. Algumas pessoas com vários fatores de risco nunca desenvolverão um câncer, enquanto outros, sem fatores de risco conhecidos, poderão fazê-lo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

A AMERICAN CANCER SOCIETY (2017) indicou os fatores que podem aumentar o risco de uma pessoa desenvolver câncer de próstata:

- Idade: é muito raro em homens com menos de 40 anos, mas a chance de ter câncer de próstata aumenta rapidamente após os 50 anos. Aproximadamente 60% dos cânceres de próstata são diagnosticados em homens com mais de 65 anos.

- Raça: o câncer de próstata é mais frequente em homens de ascendência africana do que em homens de outras raças. Pessoas de raça negra têm o dobro da probabilidade de morrer de câncer de próstata do que os homens brancos.

- Histórico familiar: ter um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de próstata mais do que duplica o risco de um homem desenvolver a doença.

- Tabagismo: a maioria dos estudos não encontrou uma ligação entre tabagismo e o risco de desenvolvimento de câncer de próstata. Alguns estudos recentes têm ligado o tabagismo a um possível pequeno aumento no risco de morte por câncer de próstata, mas esta é uma nova descoberta, que terá de ser confirmada por outros estudos.

- Exposição Ocupacional: existe alguma evidência de que os bombeiros expostos aos produtos de combustão tóxica têm um risco aumentado de câncer de próstata.

Em um estudo realizado no Brasil com 16.280 pacientes com câncer de próstata que receberam tratamento oncológico ambulatorial no SUS e utilizando a Base Nacional em Oncologia e os sistemas de informação de saúde ambulatorial (SIA), hospitalar (SIH) e de mortalidade (SIM), a probabilidade de sobrevida foi estimada entre a data do primeiro tratamento até o óbito dos pacientes. Foi concluído que o diagnóstico tardio do tumor, tratamentos não curativos e pior condição clínica foram fatores relacionados à pior sobrevida e ao maior risco de óbito dos pacientes com câncer de próstata (BRAGA et al., 2017).

2.6 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) são fontes de dados e informações situados em hospitais gerais ou especializados em oncologia. Sua finalidade é coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos em instituições públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias (INCA, 2010).

O intuito de um Registro Hospitalar de Câncer é o monitoramento e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer. É um valioso recurso para avaliar a qualidade do trabalho ofertado pelas equipes de saúde nesses hospitais, apresentando dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados (INCA, 2010).

Identificado um novo caso de câncer, o RHC realiza o cadastro do caso através de coleta de dados a partir de diversas fontes (anamnese, prontuários,

atestados de óbitos, bases de dados informatizadas dos hospitais etc.) com o objetivo de oferecer apoio às atividades de planejamento e gestão hospitalar, de diagnóstico, tratamento e seguimento e da avaliação da qualidade da atenção à saúde.

A anamnese é a narração de fatos importantes que o paciente faz de seus problemas para os profissionais de saúde como a idade, os distúrbios urológicos, os antecedentes pessoais, médicos, clínicos e os cirúrgicos. A partir dos 50 anos de idade, é comum o homem estar em tratamento para problemas cardíacos, hipertensão arterial ou diabetes. Desse modo, como a anamnese, eventuais disfunções podem ser bem e precocemente avaliadas. (PERES; ZERBIB, 2013).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde que sintetiza as informações dos RHC's de todo país, sendo responsável pelo desenvolvimento e pela coordenação das ações para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, incluindo a assistência médico-hospitalar prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer através dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1983, foi implantado no INCA o primeiro RHC brasileiro com colaboração e apoio das Secretarias Estaduais de Saúde. Com isso, o INCA exerce atividades como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informações epidemiológicas (BRASIL, 2008).

2.6.1 Casos analíticos e não analíticos

Os casos com diagnóstico de neoplasia maligna atendidos nos hospitais são classificados em duas categorias distintas – casos analíticos e casos não analíticos, em função do estadiamento clínico da doença e do estado geral de saúde do paciente quando de sua chegada ao hospital, do tipo de abordagem que é feita no hospital e das intervenções previamente realizadas em outros hospitais (INCA, 2010).

O objetivo de classificar os casos de câncer em analíticos e não analíticos é não perder aqueles casos que, são atendidos no hospital e consomem recursos dos serviços de saúde. Aos casos analíticos são aplicados maiores recursos, incluindo o

seguimento desses casos ao longo dos próximos anos e realização de análises específicas e detalhadas das informações correspondentes a esse conjunto de pacientes (INCA, 2010).

Os casos analíticos de neoplasia maligna cujo planejamento e realização do tratamento foram executados no próprio hospital constituem o alvo prioritário do RHC, por serem aqueles casos nos quais a instituição é diretamente responsável pela indicação, realização e resultados do tratamento do câncer, assim como o acompanhamento da evolução da doença e da qualidade de vida do paciente (INCA, 2010).

Também constituem casos analíticos os diagnosticados em outro hospital, onde também foi iniciado o tratamento e assim, complementam o primeiro tratamento no hospital onde permanecerão em acompanhamento dando continuidade ao tratamento que havia sido iniciado (INCA, 2010).

Os casos não analíticos são casos que já chegam ao hospital tratados, aqueles que não realizam o tratamento preconizado pelo hospital do RHC, os pacientes que já chegam ao hospital com doença em estágio avançado sem possibilidades terapêuticas, os casos com recidiva tumoral e aqueles cujo diagnóstico só foi estabelecido pela necropsia (INCA, 2010).

O somatório dos casos analíticos e não analíticos permite conhecer o perfil do paciente com neoplasia maligna que procura a instituição, sua condição de chegada e os recursos utilizados para diagnóstico, tratamento e acompanhamento (INCA, 2010).

O cadastro dos casos é realizado com o preenchimento completo da Ficha de Registro de Tumor e também deve ser incluído no planejamento de seguimento. Esses casos serão incluídos no relatório anual do RHC, que auxiliarão na avaliação da eficiência, da efetividade da instituição, e da qualidade da assistência prestada ao paciente com neoplasia maligna (INCA, 2010).

3 JUSTIFICATIVA

Os estudos epidemiológicos que utilizam o óbito como variável de interesse são de extrema importância, pois podem contribuir para a compreensão do comportamento do câncer, dos fatores prognósticos, permitem avaliar os avanços diagnósticos e terapêuticos e a organização e qualidade dos serviços de saúde prestados.

A taxa de óbitos pode ser utilizada como um indicador para avaliar resultados na utilização de serviços de saúde na área oncológica, considerando que podem contribuir para estimar a capacidade do sistema em prover uma atenção à saúde de qualidade aos pacientes.

Com a análise da ocorrência de óbitos de pacientes com câncer de próstata, pretende-se analisar a associação/influência de algumas variáveis do estudo sobre o óbito como resposta da doença, do tratamento, idade dos pacientes, estado geral de saúde, melhora nos métodos de diagnósticos e estadiamento.

O câncer ganhou uma dimensão considerável em todo o mundo, convertendo-se em evidente problema de saúde pública, e a análise de ocorrência de óbitos proporciona dados para avaliação da assistência prestada nos serviços públicos, rastreamento, e possibilita planejamento de atividades educativas e preventivas voltadas para o câncer de próstata.

Diante da escassez de estudos com risco de óbito de pacientes tratados com câncer de próstata constatou-se a necessidade de verificar as práticas e qualidade do serviço prestado, as limitações, o perfil epidemiológico dos pacientes e, assim, o câncer como uma das principais causas de morte no mundo, sugere-se a necessidade de uma abordagem para que possa ser oferecida à população acometida mais qualidade na assistência, qualidade de vida e conseqüentemente maior índice de sobrevivência dos pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a incidência de óbitos e fatores associados em pacientes com câncer de próstata.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os pacientes com câncer de próstata segundo variáveis sociodemográficas e clínicas.

Identificar a incidência de óbitos.

Analisar a influência de preditores sociodemográficos e clínicos sobre a ocorrência de óbitos de pacientes com câncer de próstata.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, com dados secundários, sendo caracterizado como não concorrente, visto que todas as informações sobre a exposição e o desfecho já ocorreram antes do início do estudo (POLIT; BECK, 2011).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) e no Hospital Dr. Hélio Angotti, ambos na cidade de Uberaba, estado de Minas Gerais.

A Central de Quimioterapia do HC-UFTM é considerada uma Unidade de Tratamento Oncológico. O HC-UFTM atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de Minas Gerais e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer.

O serviço da Central de Quimioterapia tem funcionamento das 7h às 17h de segunda a sexta-feira e o setor administrativo contém prontuários de casos analíticos dos pacientes diagnosticados e tratados no setor assim como a Ficha de Registro de Tumor, utilizada para a pesquisa.

Inaugurado em 1961, o Hospital “Dr. Hélio Angotti” é considerado o Hospital do Câncer do município de Uberaba sendo, entidade de utilidade pública sem fins lucrativos e é mantido pela ACCBC (Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central). Sua finalidade primordial é prestar assistência à população na área oncológica, realizando inclusive campanhas junto à comunidade, procurando orientá-la, instruí-la e propiciar a ela o diagnóstico precoce do câncer. É considerado hospital de referência no Brasil.

O hospital atende a várias especialidades, tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, medicina nuclear) e internação. O estudo foi desenvolvido no setor de RHC (Registro Hospitalar de câncer) por meio da análise das Fichas de Registro de Tumor.

A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2018, num total de sete meses.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo foi composta por homens diagnosticados com câncer de próstata e que realizaram tratamento para o câncer de próstata no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC - UFTM) e no Hospital Dr. Hélio Angotti, ambos localizados no município de Uberaba- MG entre os anos de 2010 a 2017.

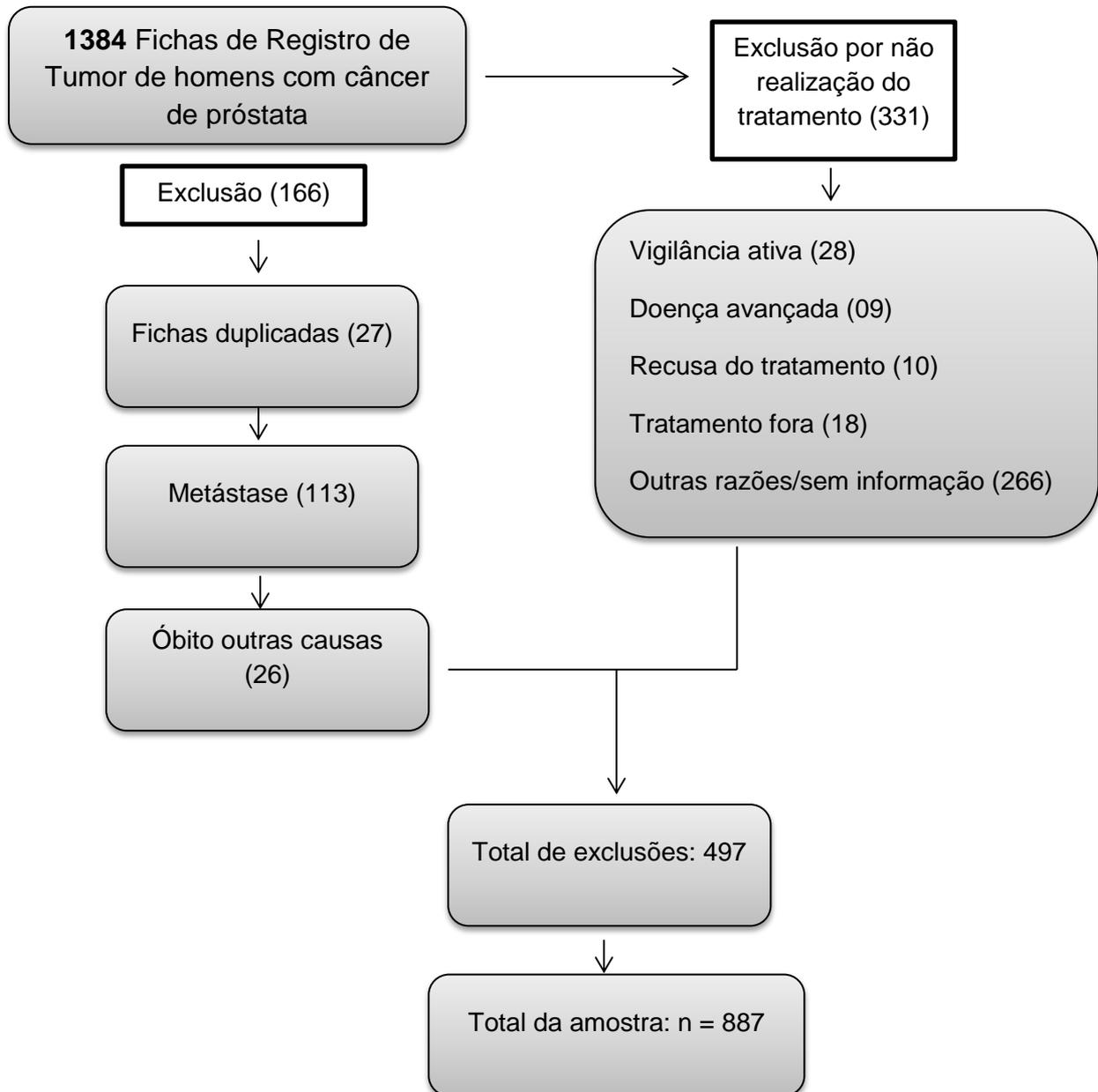
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão corresponderam a Fichas de Registro de Tumor de pacientes que receberam tratamento para o câncer de próstata nos hospitais citados entre os anos de 2010 a 2017.

Os critérios de exclusão correspondem a pacientes que não realizaram tratamento, pacientes com ficha duplicada, óbitos por outras causas e presença de metástase (estadiamento IV), visto que estudos apontam que esse processo aumenta consideravelmente o risco de óbito dos pacientes.

Das 1384 Fichas de Registro de Tumor com diagnóstico de câncer de próstata, 113 foram excluídas do estudo, pois apresentavam metástase óssea ou em outros órgãos, 27 fichas foram excluídas referentes a pacientes que foram atendidos em ambos os hospitais, com Ficha de Registro de Tumor duplicada. Optou-se por inclusão somente da ficha onde o paciente recebeu o tratamento. Foram excluídos também os pacientes que apresentaram óbito por outras causas e que não realizaram tratamento nos hospitais de estudo. A seguir um fluxograma para ilustrar a população do estudo (Figura 2).

Figura 2: Fluxograma dos pacientes do estudo



Fonte: elaborado pela autora.

5.5 DIMENSÃO DA AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de óbitos de 23,7%, uma precisão de 3% e um intervalo de confiança de 95%, chegando-se a uma amostra de tamanho mínimo de 772 sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de análise máximo será de 965.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado Sobrevida de homens com câncer de próstata, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o parecer nº 2.483.404 (Anexo A), respeitando-se os princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamentam as atividades de pesquisa com seres humanos.

A Central de Quimioterapia e o Hospital Dr. Hélio Angotti foram orientados sobre os benefícios agregados à sociedade inerentes da pesquisa com embasamento científico.

A pesquisa por se tratar de revisão de documentos, não expôs os participantes a experimentos.

Todos os materiais provenientes do recrutamento dos participantes e da coleta dos dados serão arquivados junto à pesquisadora sob sua inteira responsabilidade por um período de 5 anos, quando serão integralmente descartados.

5.7 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados elaborado pelos pesquisadores sendo submetido à validação de conteúdo e aparência por três juízes especialistas no assunto (Apêndice A).

Os dados foram coletados por meio da Ficha de Registro de Tumor (ANEXO E) dos homens com câncer de próstata que realizaram tratamento na Central de Quimioterapia do HC-UFTM e no Hospital Dr. Hélio Angotti.

5.7.1 Variáveis do estudo

5.7.1.1 Características sociodemográficas:

- a) município de residência;
- b) data de nascimento;

- c) idade na data da primeira consulta;
- d) escolaridade (nenhuma, Fundamental incompleto, Fundamental completo, Nível Médio, Superior completo, sem informação);
- e) raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena, sem informação);
- f) estado conjugal (solteiro, casado, viúvo, separado, sem informação);
- g) situação de trabalho atual (ativo, aposentado).

5.7.1.2 Características clínicas:

- a) data da primeira consulta no hospital;
- b) data do primeiro diagnóstico do tumor;
- c) diagnósticos e tratamento anteriores (sem diagnóstico/ sem tratamento, com diagnóstico/sem tratamento, com diagnóstico/com tratamento, outros, sem informação);
- d) base para o diagnóstico (clínica, citologia, histologia do tumor primário);
- e) caracterização do tumor (estadiamento I, II, III, sem informação)
- f) data do início do primeiro tratamento para o tumor no hospital;
- g) realização de mais de um tratamento (01 tratamento, 02 tratamentos, 03 tratamentos, 04 tratamentos);
- h) primeiro tratamento no hospital (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia);
- i) estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital (sem evidência da doença, remissão parcial, doença estável, doença em progressão, suporte terapêutico oncológico, sem informação);
- j) histórico familiar de câncer (sim, não, sem informação);

- k) histórico consumo bebida alcoólica (sim, não, sem informação);
- l) histórico consumo de tabaco (sim, não, sem informação);
- m) óbito do paciente: (sim, não, data).

5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram codificados e digitados na planilha de dados eletrônico, programa *Excel XP®* da *Microsoft®*, e posteriormente foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para *Windows XP®* para análise exploratória e inferencial.

Para se atender ao primeiro objetivo, foram analisadas as variáveis categóricas apresentadas pelas tabelas de frequência absolutas e relativas.

Para se atender aos demais objetivos, a análise bivariada incluiu medidas de associação em tabelas de contingência (risco relativo, razões de chances e qui-quadrado). A contribuição simultânea de fatores de risco demográficos e clínicos para a proporção de óbitos incluiu a regressão logística binomial múltipla. Este trabalho considerou nível de significância $\alpha = 5\%$.

6 RESULTADOS

A apresentação dos resultados se iniciará pela descrição das características sociodemográficas, de saúde, de estilo de vida e de condições clínicas. Em seguida, serão expostos os resultados e suas respectivas correlações sobre o óbito.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da população do estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos homens segundo características sociodemográficas (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

	Variáveis	N	%
Município	Uberaba	457	51,5
	Outras cidades	430	48,5
Registro	Analítico	764	86,1
	Não analítico	123	13,9
Hospital	UFTM	97	10,9
	Hélio Angotti	790	89,1
Idade	30 – 39 anos	01	0,1
	40 – 49 anos	11	1,2
	50 – 59 anos	138	15,5
	60 – 69 anos	347	39,1
	70 – 79 anos	304	34,5
	80 – 89 anos	80	9
	> 90 anos	6	0,6
Cor da pele	Branca	603	68
	Negra	131	14,8
	Amarela	10	1,1
	Parda	141	15,9
	Sem informação	2	0,2

(continuação)

	Variáveis	N	%
Ocupação	Aposentado	341	38,4
	Ativo	546	61,6
	Nenhuma	50	5,6
Escolaridade	Fundamental incompleto	445	50,2
	Fundamental completo	156	17,6
	Nível Médio	87	9,8
	Superior completo	26	2,9
	Sem informação	123	13,9
Estado conjugal	Solteiro	97	10,9
	Casado	619	69,8
	Viúvo	92	10,4
	Separado	74	8,3
	Sem informação	5	0,56

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

A população masculina estudada caracterizou-se por predomínio do Hospital Hélio Angotti 790 (89,1%), 457 (51,5%) eram residentes no município de Uberaba, 86,1% (764) foram registros analíticos, 347 (39,1%) estavam na faixa etária entre 60-79 anos, que corresponde à idade do paciente na data da primeira consulta no hospital, 603 (68%) eram da cor branca. Além disso, 619 (69,8%) eram casados, 546 (61,6%) estavam em atividade laboral e 445 (50,2%) apresentaram somente o Ensino Fundamental incompleto.

Os casos analíticos, 764 (86,1%), cujo planejamento e realização do tratamento foram executados nos dois hospitais de coleta, constituem o alvo prioritário do RHC, por serem aqueles casos nos quais a instituição é diretamente responsável pela indicação, realização e resultados do tratamento do câncer, assim como pelo acompanhamento da evolução da doença e pela qualidade de vida do paciente.

Os casos não analíticos (13,9%) foram diagnosticados em outro hospital, onde também foi iniciado o tratamento, e encaminhados aos hospitais de coleta de dados para complementar o primeiro tratamento, onde permanecem em acompanhamento.

A Tabela 2 apresenta os resultados em relação ao histórico do câncer, do álcool e tabaco.

Tabela 2 – Distribuição dos homens em relação ao histórico do câncer, do álcool e tabaco (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

Variáveis			N	%
Histórico de câncer	familiar de	Sim	170	19,2
		Não	221	24,9
		Sem informação	496	55,9
Histórico de consumo de álcool	de	Nunca	278	31,3
		Ex-consumidor	129	14,5
		Sim	192	21,6
		Sem informação	288	32,6
Histórico de consumo de tabaco	de	Nunca	249	28,1
		Ex-consumidor	241	27,2
		Sim	149	16,8
		Sem informação	248	27,9

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Verificou-se que, dos homens que participaram da pesquisa, 129 (14,5%) eram ex-alcoolistas, 241 (27,2%) eram ex-tabagistas e 170 (19,2%) tinham histórico de câncer na família.

A Tabela 3 apresenta os resultados segundo dados clínicos retirados da Ficha de Registro de Tumor.

Tabela 3 – Distribuição dos homens segundo dados clínicos retirados da Ficha de Registro de Tumor (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

Variáveis		N	%
Estadiamento do tumor	Estágio I	62	7
	Estágio II	444	50,1
	Estágio III	180	20,3
	Sem informação	201	22,6
Diagnóstico e tratamento anterior	Sem diagnóstico/ sem tratamento	275	31
	Com diagnóstico/ sem tratamento	496	55,9

(Continuação)

Variáveis		N	%
	Com diagnóstico/com tratamento	100	11,3
	Outros	16	1,8
Quantidade de tratamentos realizados	Um tratamento	731	82,4
	Dois tratamentos	126	14,2
	Três tratamentos	30	3,4
Primeiro tratamento realizado	Cirurgia	516	58,2
	Radioterapia	269	30,3
	Quimioterapia	13	1,5
	Hormonioterapia	89	10
Estado da doença ao final do tratamento	Remissão total	445	50,2
	Remissão parcial	69	7,8
	Doença estável	74	8,3
	Doença em progressão	24	2,7
	Suporte terapêutico oncológico	4	0,5
	Sem informação	271	30,5

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Na análise das Fichas de Registro de Tumor encontrou-se 624 (70,4%) com o estadiamento do tumor nos estágios II ou III. Dos participantes, houve predomínio de pacientes que chegam ao hospital com diagnóstico e sem tratamento (55,9%), 82,4% realizaram somente um tipo de tratamento, 516 (58,2%) foram submetidos à cirurgia de prostatectomia e no estado da doença ao final do tratamento 445 (50,2%) apresentaram remissão total da doença.

6.2 ÓBITOS

A Tabela 4 apresenta a distribuição de óbitos na cidade de Uberaba entre os anos de 2010 e 2017.

Tabela 4 - Distribuição de óbitos na cidade de Uberaba por ano no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

Ano	N
2010	24
2011	27
2012	12
2013	32
2014	27
2015	34
2016	26
2017	27
Total	209

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018).

Segundos dados apresentados pela Vigilância Epidemiológica de Uberaba, no período de 2010 a 2017 houve 209 óbitos cuja causa básica foi o câncer de próstata (Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta a Distribuição de óbitos encontrados na pesquisa.

Tabela 5 - Distribuição de óbitos encontrados na pesquisa (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

Óbitos	N	%
Sim	123	13,9
Não	764	86,1

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Segundo dados coletados na pesquisa foram encontrados 123 óbitos cuja causa básica foi o câncer de próstata.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos óbitos segundo características sociodemográficas.

Tabela 6 – Distribuição de óbitos segundo características sociodemográficas (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

	Variáveis	N	Óbitos	% Óbitos
Município	Uberaba	457	101	82,1
	Outras cidades	430	22	17,9
Hospital	UFTM	97	9	7,3
	Hélio Angotti	790	114	92,7
Registro	Analítico	764	92	74,7
	Não analítico	123	31	25,3
Idade	30 – 39 anos	01	0	0
	40 – 49 anos	11	0	0
	50 – 59 anos	138	6	4,8
	60 – 69 anos	347	40	32,2
	70 – 79 anos	304	46	37,3
	80 – 89 anos	80	28	22,2
	+ 90 anos	6	3	2,4
Cor da pele	Branca	603	75	60,9
	Negra	131	26	21,1
	Amarela	10	1	0,8
	Parda	141	21	17
Ocupação	Aposentado	341	64	52
	Ativo	546	59	48
Escolaridade	Nenhuma	50	10	9,3
	Fundamental incompleto	445	57	46,3
	Fundamental completo	156	19	15,4
	Nível médio	87	15	12,1
	Superior completo	26	6	4,8
Estado conjugal	Solteiro	97	21	17
	Casado	619	75	60,9
	Viúvo	92	17	13,8
	Separado	74	10	8,1

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Dos óbitos registrados, 82,1% ocorreram na cidade de Uberaba; 37,3% em pacientes com idade entre 70 e 79 anos; 75 (60,9%) em pacientes de pele branca; 52% (64) em pacientes aposentados; 46,3% (57) em pacientes com Ensino Fundamental incompleto e 60,9% (75) em pacientes casados.

A Tabela 7 apresenta a distribuição de óbitos em relação ao histórico do câncer, do álcool e tabaco.

Tabela 7 - Distribuição de óbitos em relação ao histórico do câncer, do álcool e tabaco (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

Variáveis		N	Óbitos	% Óbitos
Histórico de câncer	Sim	170	27	42,1
	Não	221	37	57,8
Histórico de consumo de álcool	Nunca	278	38	43,6
	Ex-consumidor	129	26	29,8
	Sim	192	23	26,4
Histórico de consumo de tabaco	Nunca	249	32	34,4
	Ex-consumidor	241	33	35,4
	Sim	149	28	30,1

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Dos óbitos registrados, 57,8% dos pacientes relataram não possuir familiar com histórico de câncer; 43,6% nunca tiveram histórico de álcool e 35,4% eram ex-consumidores de tabaco.

Na Tabela 8 apresentamos a distribuição de óbitos segundo dados clínicos.

Tabela 8 – Distribuição de óbitos segundo dados clínicos (n=887) no período 2010 – 2017. Uberaba, 2018.

Variáveis		N	Óbitos	% Óbitos
Estadiamento do tumor	Estágio I	62	5	5,4
	Estágio II	444	35	38,4
	Estágio III	180	51	56
Quantidade de tratamentos realizados	Um tratamento	731	82	66,6
	Dois tratamentos	126	33	26,8
	Três tratamentos	30	8	6,5

(continuação)

Variáveis		N	Óbitos	% Óbitos
Primeiro tratamento realizado	Cirurgia	516	37	30
	Radioterapia	269	44	35,7
	Quimioterapia	13	10	8,1
	Hormonioterapia	89	32	26
Estado da doença ao final do tratamento	Remissão total	445	19	31,6
	Remissão parcial	69	9	15
	Doença estável	74	13	21,6
	Doença em progressão	24	19	31,6
	Suporte terapêutico oncológico	4	0	0

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Pelos resultados podemos observar que 56% dos óbitos ocorreram em pacientes que foram diagnosticados com estágio III da doença; 66,6% dos pacientes que foram a óbito realizaram somente um tipo de tratamento; 35,7% desses pacientes realizaram radioterapia como primeiro tratamento e 31,6% dos óbitos ocorreram em pacientes que estavam com a doença em progressão.

A Tabela 9 apresenta a distribuição de risco de óbito por câncer de próstata.

Tabela 9 – Distribuição de risco de óbito por câncer de próstata. Uberaba, 2018.

Variável	Sim	Óbito		%	RR (Risco relativo)	IC (Intervalo de confiança)	RC (Razão de chance)	Intervalo de confiança	P (Pearson)
		%	Não						
IDADE									
Idoso	117	15,9	620	84,1	3,96	(1,78 – 8,84)	4,52	(1,95 – 10,49)	<0,001
Adulto	6	4,0	144	96,0					
ESTÁGIO									
Estágio II ou III	86	13,8	538	86,2	1,70	0,72 – 4,05	1,82	0,71 – 4,67	0,20
Estágio I	5	8,1	57	91,9					
TABACO									
Sim	61	15,6	329	84,4	1,21	0,81 – 1,81	1,25	0,79 – 1,99	0,32
Não	32	12,9	217	87,1					

(Continuação)

Variável	Sim	Óbito		%	RR (Risco relativo)	IC (Intervalo de confiança)	RC (Razão de chance)	Intervalo de confiança	P (Pearson)
		%	Não						
ALCOOL									
Sim	49	15,3	38	13,7	1,11	0,75 – 1,65	1,13	0,72 – 1,79	0,58
Não	272	84,7	240	86,3					
CÔNJUGE									
Sem	48	18,3	215	81,7	1,50	1,08 – 2,10	1,61	1,09 – 2,40	0,16
Com	75	12,1	544	87,9					
CIRURGIA									
Sem	86	23,2	285	76,8	3,23	2,25 – 4,64	3,90	2,58 – 5,90	<0,001
Com	37	7,2	479	92,8					

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Na Tabela 9 o risco de óbito por câncer de próstata mostrou-se estatisticamente significativo para a variável idade (RR = 3,96) e para os pacientes que não realizaram cirurgia como primeiro tratamento (RR = 3,23).

A Tabela 10 apresenta a regressão logística binomial múltipla segundo fatores de risco para óbito por câncer de próstata.

Tabela 10 – Regressão logística binomial múltipla segundo fatores de risco para óbito por câncer de próstata. Uberaba, 2018.

Variáveis	Sig	Exp (B)	Intervalo de confiança ajustado
	<0,05	Odds ratio	
Adulto/Idoso	0,21	1,98	(0,67 – 5,83)
Estadiamento	0,54	1,4	(0,46 – 4,24)
Tabaco	0,43	1,27	(0,69 – 2,33)
Álcool	0,97	1,01	(0,56 – 1,82)
Cônjuge	0,43	1,24	(0,71 – 2,17)
Cirurgia	0	4,66	(2,55 – 8,53)

Fonte: Dados coletados pela autora (2018).

Na Tabela 10 podemos observar que a variável cirurgia se apresentou estatisticamente significativa para o risco de óbito por câncer de próstata, ou seja, indivíduos que não receberam intervenção cirúrgica possuem 4,66% mais de chance de óbito.

7 Discussão

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

O Registro Hospitalar de Câncer proporciona atividades de vigilância de alguns fatores de risco, em casos sobre os quais informações são disponíveis, por exemplo, tabagismo e história familiar de câncer. Quando o RHC cobre áreas definidas, ou quando os casos registrados constituem uma amostra representativa de todos os casos de uma determinada área, é também possível realizar a vigilância do risco populacional atribuível, utilizando a prevalência do fator de risco em casos e o risco relativo (INCA, 2010).

Nosso estudo apontou que 86,1% eram analíticos e não foi encontrado nenhum estudo que trouxesse essa informação.

Alguns dos importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de próstata é a idade, pois esse câncer geralmente acomete homens com mais de 50 anos e o risco de adoecer aumenta com o avanço da idade (CRAWFORD, 2009).

No nosso estudo os homens com idade superior ou igual a 60 anos totalizaram 83,2%. Esse dado corrobora os outros estudos que também encontraram uma maior incidência nessa faixa etária (ARIAS-ORTIZ; VRIES, 2018) (VILLEGA et al., 2015) (BRAGA et al., 2017).

No Brasil, devido à miscigenação que atinge cerca de 35% da população, é muito difícil estabelecer grupos étnicos. Por outro lado, em algumas regiões do país, existe marcada diferença racial, tais como os asiáticos (amarelos) em São Paulo, os alemães e italianos no sul do país e os índios no Amazonas e Mato Grosso. Optou-se por trabalhar com os atributos adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Apesar das dificuldades na codificação da informação, mulatos, mestiços, cafuzos, caboclos, mamelucos e outros, que oferecem diferentes possibilidades de estudos epidemiológicos, são classificados na mesma categoria, sob a denominação pardos (INCA, 2010).

Em relação à cor de pele nosso estudo aponta uma maioria de cor branca, 68%. Outro estudo de Romero et al. (2015) também encontrou a maioria de cor

branca, 81,9%. Na pesquisa de Migowski; Silva (2009) encontrou a maioria, 75,2%, de cor branca.

A informação sobre a ocupação deve referir-se à atividade na qual uma pessoa economicamente ativa vem trabalhando nos últimos anos. Para codificar as profissões, utilizam-se na Ficha de Registro de Tumor os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, que foi adotada pelo IBGE, no Censo Populacional de 1980 (BRASIL, 2014).

Na pesquisa são apresentados dados de ativos e aposentados em que obtivemos que 61,6% eram ativos quanto à profissão apesar de a maioria ter mais de 60 anos. Esse resultado não corrobora o estudo em que 86% eram aposentados (ARAÚJO et al., 2014).

A escolaridade do paciente é um dado utilizado na tentativa de inferir a situação socioeconômica do paciente, na falta de um dado confiável que possa, por exemplo, avaliar a renda média familiar, com a opção que represente o mais alto nível de escolaridade que o paciente possui (INCA, 2010).

Na pesquisa a maioria dos pacientes apresentava até o Fundamental incompleto, 50,2%. Esse resultado também foi percebido no estudo de Migowski; Silva (2009) em que 64,1% tinham até o primeiro grau completo. Na pesquisa de Araújo et al.(2014) encontramos resultado similar em que a maioria, 82,0%, tinha até 4 anos de estudo.

Outros estudos têm apontado menor prevalência de realização dos exames de rastreamento para o câncer em homens sem cônjuges, cujo achado é atribuído ao fato de não terem companheiras para os incentivarem a cuidar da saúde (BELINELO, 2014). Na pesquisa a maioria dos pacientes eram casados (69,8%). Esse resultado também foi encontrado no estudo de Araújo et al.(2014) no qual 60% possuíam companheiro.

Alguns autores justificam que os homens não casados podem ter menos apoio para se submeterem a um tratamento curativo, um estilo de vida menos comedido e alterações imunológicas, pelo estado conjugal (ZACCHI, 2014).

Segundo Crawford (2009) o histórico familiar de câncer de próstata é um fator de risco, dado que indivíduos que têm parentes de primeiro grau com o câncer possuem quase o dobro do risco de desenvolver essa neoplasia quando comparados à população geral, mas na pesquisa isso não ficou comprovado.

Em relação ao tabagismo encontramos na pesquisa que 44% eram tabagistas ou ex- tabagistas e que 36,1% tinham histórico de consumo de álcool ou já o fizeram.

O câncer de próstata pode ser influenciado pelo consumo de álcool por diversos mecanismos: além de o próprio álcool ser cancerígeno, também afeta o metabolismo de outras substâncias cancerígenas, inibe o processo de reparação do DNA, aumenta o estresse oxidativo e, assim, pode aumentar a probabilidade de efeitos deletérios no DNA – efeitos que podem levar ao desenvolvimento de câncer (GONG, 2009).

O consumo excessivo de álcool, especialmente quando se trata de cerveja, aumenta o risco para câncer de próstata agressivo, segundo um estudo do Centro de pesquisa sobre câncer Fred Hutchinson, em Seattle, nos Estados Unidos. O objetivo inicial da pesquisa não era determinar o efeito do consumo de bebidas alcoólicas sobre os riscos de câncer de próstata, mas sim testar a eficácia da Finasterida, um medicamento prescrito para prevenir a doença. Os cientistas descobriram que a bebida reduz o efeito de prevenção do remédio (GONG, 2009).

A nicotina favorece o desenvolvimento do câncer por meio da proliferação e amplificação da rede de vasos para nutrir as células cancerosas. Existe uma relação entre o volume do tumor, o número de células e a rede vascular, ou seja, propicia a multiplicação mais rápida das células neoplásicas e sua disseminação (KENFIELD et al., 2011).

Fumar aumenta em 61% o risco de morte em pacientes com câncer de próstata, se comparados a não fumantes que têm a doença. Os cientistas também descobriram que o tabaco eleva em 61% o risco de reincidência desse tipo de câncer. Entre os fumantes, o estágio do tumor era mais avançado no momento do diagnóstico. Isso porque o cigarro é fator de risco para, pelo menos, nove tipos de câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Em relação aos dados clínicos, encontramos que a maioria, 70,4%, dos participantes estava entre o estágio II e III. Essa mesma faixa de estadiamento foi encontrada nos estudos de Villega et al.(2015), totalizando 64,6%, e na pesquisa de Braga et al.(2017) com 60,6%.

Em relação ao primeiro tratamento realizado, 58,2% foram submetidos à cirurgia. Esse resultado difere do que foi encontrado no estudo de Braga et al. (2017) em que 37,9% realizaram como primeiro tratamento a radioterapia.

O item diagnóstico e tratamento anterior relata a situação do paciente em relação ao diagnóstico e à realização de tratamento específico para o tumor, quando de sua chegada ao hospital. Esse item permite avaliar se o hospital tem funcionado como centro de referência ou se atua também como unidade de diagnóstico (INCA, 2010).

Ao ser avaliado o acesso ao hospital de referência, alguns estudos observaram que os homens que chegaram com diagnóstico e sem tratamento têm uma redução significativa de chance de o quadro apresentar-se em estadiamento tardio, fato que funciona como um fator de proteção, enquanto os homens que chegam ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento tendem a apresentar estadiamentos clínicos mais tardios, são internados já sintomáticos para investigação diagnóstica, submetidos à biópsia e têm seu tratamento iniciado na instituição (ZACCHI, 2014).

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (BRASIL, 2015).

7.2 ÓBITOS

A taxa de mortalidade por neoplasias malignas estima o risco de morte e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Retrata a incidência dessas doenças na população, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética. Além disso, pode ser utilizada como um indicador para avaliar resultados na utilização de serviços de saúde na área oncológica, considerando que podem contribuir para estimar a capacidade do sistema em prover uma atenção de qualidade aos pacientes (BRASIL, 2017).

A mortalidade por esse tipo de neoplasia apresenta um perfil ascendente

semelhante ao da incidência no Brasil, embora sua magnitude seja mais baixa. Pode ser considerado um câncer de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente. Programas de controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade, entretanto os métodos de rastreamentos atuais, como a dosagem do PSA, não mostraram sucesso na redução da mortalidade (BRASIL, 2011).

O estudo constatou que o risco de óbito é maior nos pacientes com idade avançada em que a faixa etária entre 70 a 79 apresentou a maior incidência de óbitos com 37,3%.

As probabilidades de sobrevida diminuem à medida que aumenta a idade dos pacientes. Como relatado anteriormente, alguns estudos mostram que o câncer de próstata afeta indivíduos mais idosos, que convivem com outras doenças além do tumor, o que impacta na sobrevida desses pacientes, mas sabe-se que o câncer de próstata é muitas vezes complicado por comorbidades ou outras doenças preexistentes, como doenças cardiovasculares, doença cerebrovascular, diabetes e outros cânceres primários relacionados à idade, que acabam por competir em relação às causas de óbito com o próprio câncer (BRAGA et al., 2017).

A idade avançada constitui grupo de risco para o óbito por câncer de próstata não somente pela idade, mas, segundo BALINELO (2014), o sentimento de constrangimento é relacionado ao tipo de exame realizado; no caso, o toque retal, pela conotação sexual que adquire e aciona a prevenção do câncer de próstata, tornando-se assunto relacionado à sexualidade masculina pelo viés da ameaça à masculinidade.

No presente estudo constatou-se que 46,3% dos óbitos foram de pacientes que possuíam somente o Ensino Fundamental incompleto. Em uma pesquisa em que o objetivo foi descrever a relação entre o nível de escolaridade e os métodos utilizados para prevenção do câncer de próstata, concluiu-se que os estigmas acerca do exame de toque retal ainda persistem, fazendo com que um quantitativo extremamente relevante dos entrevistados deixe de fazê-lo. No entanto, cabe ressaltar que a falta de conhecimento acerca do significado, sintomas, entre outros aspectos, podem estar diretamente relacionados a pouca instrução escolar (PAIXÃO et al., 2010).

A resistência emerge, todavia, porque veem o toque retal como algo que trama contra a concepção de masculino. Nesses casos, a masculinidade é usada

como estrutura para a formação da identidade, ditando conceitos a serem seguidos para que sejam reconhecidos como "homens de verdade" e não serem questionados por aqueles que possuem as mesmas crenças (BALINELO, 2014).

O medo da doença, da dor e da morte leva os homens ao cuidado com o corpo: é esse medo que os move ao serviço de saúde em busca de prevenção do câncer de próstata, mas, ao mesmo tempo, temem o resultado do exame. Essa ambiguidade de sentimentos pode relacionar-se também à construção histórica do câncer. Historicamente, o câncer é apontado como uma declaração de morte. A representação do câncer foi construída sob imagens de vergonha, de castigo divino, da zona de silêncio para se falar na doença e de responsabilização do doente (BALINELO, 2014).

A regressão logística mostrou maior chance de óbito por câncer de próstata em homens que não receberam intervenção cirúrgica como primeiro tratamento. Estudos compararam a prostatectomia radical com a observação. Um deles não conseguiu mostrar diferenças entre as duas condutas terapêuticas. Já um ensaio clínico randomizado não mostrou diferença significativa na mortalidade global após 12 anos entre a prostatectomia radical e observação. Porém, uma análise de subgrupo evidenciou uma diferença estatisticamente significativa na mortalidade global em favor da prostatectomia radical somente para homens com até 65 anos de idade. A mortalidade específica por câncer em todo grupo também foi menor no grupo prostatectomizado (BRASIL, 2015).

O presente estudo mostrou maior mortalidade para paciente com estadiamento III (56%), ou seja, pacientes com tumores com extensão extracapsular e acometimento de vesículas seminais. Quando ocorrem, estes tumores conferem marcadamente pior prognóstico em relação aos tumores restritos à próstata (BRASIL, 2015).

Apesar de lutarmos para coletar conjuntos de dados completos, ocorre que, muitas vezes, nós temos dados que não podem, por algum motivo, ser obtidos, dados que faltam ou são desconhecidos (*missing values*). No entanto, só porque não temos informações sobre alguns detalhes dos participantes não significa que devemos ignorar os demais dados que temos, embora isso possa algumas vezes criar dificuldades estatísticas (FIELD, 2009).

Como limitação do estudo, podemos apontar o recorte transversal e retrospectivo, a coleta de dados secundários e o fato de não poder contar com a totalidade dos casos incidentes, o que limitou a avaliação dos fatores de risco relacionados ao óbito.

8 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos homens com câncer de próstata e os fatores associados ao risco de óbito.

A avaliação do grupo de sujeitos do estudo composto por 887 homens permitiu concluir que a população masculina estudada caracterizou-se por predomínio do hospital Dr. Hélio Angotti para tratamento, casos analíticos, idade entre 60-79 anos, cor da pele branca, casados, estudaram de 1 a 4 anos e estavam ativos como situação de ocupação atual. A maioria não apresentou histórico de câncer, não tiveram contato com álcool e eram ex-consumidores de tabaco. Quanto aos fatores clínicos, houve predomínio dos estágios II e III para estadiamento do tumor, a maioria já obteve diagnóstico em outra instituição, realizou somente um tipo de tratamento, cirurgia como primeiro tratamento, sendo que grande parte dos pacientes tiveram remissão total no estado na doença.

Com relação aos óbitos, houve predomínio da cidade de Uberaba, hospital Dr. Hélio Angotti, idade 70-79 anos, cor da pele branca, aposentados, escolaridade Ensino Fundamental incompleto e casados. A maioria dos pacientes que foram a óbito não apresentava histórico de câncer e de álcool e grande parte dos pacientes obteve algum contato com o tabagismo (consumidor ou ex-consumidor). Ao analisar os fatores clínicos, houve predomínio de óbitos de pacientes com estágio III, realizou-se somente um tratamento, a maioria realizou radioterapia e estava com doença em progressão ao final do tratamento.

Com relação ao risco de óbito, a correlação mostrou-se estatisticamente significativa entre óbito e as variáveis idade e não realização de cirurgia como primeiro tratamento, assim evidenciou que ao aumentar a idade aumenta-se também o risco de óbito.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo obteve *missing values*, o que limitou a avaliação do risco de óbito para algumas variáveis. Entretanto, o uso do instrumento mostrou-se útil na investigação dos óbitos e perfil da população acometida pela doença. Sua utilização na prática clínica pode propiciar benefícios para o tratamento dos homens com essa neoplasia.

Até o momento não foram encontrados estudos indexados nas bases de dados nacionais sobre investigação de óbitos no município de Uberaba e os fatores associados. Em estudos em que se investigam as relações entre características ligadas ao paciente ou ao tumor e desfechos indicadores de prognóstico, tais como morte e recidiva, ressalta-se que tais associações ainda precisam ser melhor estabelecidas, com melhor preenchimento de dados da Ficha de Registro de Tumor.

O câncer de próstata é um problema de saúde pública, principalmente em sociedades onde os homens da terceira idade são cada vez mais numerosos, e, para a enfermagem, a possibilidade do uso de um instrumento que investigue o óbito e os fatores associados proporciona melhor qualidade no atendimento prestado aos pacientes.

Os resultados levantam a necessidade de se intervir, por meio da educação em saúde, para escolhas autônomas em relação à prática de promoção da saúde e prevenção de agravos. É essencial, também, identificar estratégias, em médio e longo prazo, que permitam a modificação das crenças arraigadas no inconsciente coletivo dos homens sobre os exames de rastreamento e sobre o câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2008.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2017**. Atlanta: American Cancer Society, 2017.
- ARAÚJO, I. C. S. Distúrbios do sono em homens com câncer de próstata em hormonioterapia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.18, n. 4, 2014.
- ARIAS-ORTIZ, N.E.; VRIES, E. Health inequities and cancersurvival in Manizales, Colombia: a population-basedstudy. **Colombia Médica.**, Colombia, v. 49, n.1, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011a.
- BELINELO, R. G. SOUZA et al . Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 697-704, 2014. Acesso em: 14 nov. 2018.
- BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
- BRAGA, S.F.M. et al. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 51, n. 46, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**: Consolidação da base de dados de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Oncologia: manual de bases técnicas: Sistema de informações ambulatoriais**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de Recomendação. **Diretrizes diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Uberaba, MG, p. 01 a 389, 2017.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T.; FAERSTEIN, E.; LATORRE, M.R. **Técnicas de análise de sobrevida**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

CRAWFORD, E.D. Understanding the epidemiology, natural history, and key pathways involved in prostate cancer. *Urology*, v. 73, n. 10, 2009.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONG, Z. et al. Alcohol consumption, finasteride, and prostate cancer risk. Result from the prostate cancer prevention trial. **Cancer**, 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.24423>>

HOSPITAL DOUTOR HÉLIO ANGOTTI. [História]. Uberaba, MG, 2009. Disponível em: <<https://www.helioangotti.com.br/hospital/>> Acesso em: 13 out. 2018.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tratamento**. Rio de Janeiro, 2017.

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Ações para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Tipos de Câncer: Próstata**. Rio de Janeiro, 2016.

_____. **TNM: classificação de tumores malignos**. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2012.

KENFIELD, S.A. Smoking and Prostate Cancer Survival and Recurrence. **American Medical Association.**, Chicago, 2011. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/o-habito-de-fumar-e-o-curso-do-cancer-de-prostata/>.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Ateneu, 2009.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Rev Saúde Pública.**, v. 44, n. 2, p. 344-52, 2010.

OLIVEIRA, P. P. et al. Estresse em pacientes submetidos a tratamento antineoplásico Stress in patients submitted to drug therapy. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4487-4500, 2016. Acesso em: 5 set. 2018.

PAIXÃO, M.R.P. et al. Câncer de Próstata: Estudo da prevenção à luz da saúde do homem. **R. pesq.: cuid. fundam. online.** Rio de Janeiro, p. 661 – 663, 2010.

PERES, M.; ZERBIB, M. **Próstata. 100 perguntas e respostas.** São Paulo: Larousse do Brasil, 2013.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed, 2011.

PSA RISING. **Prostate Cancer Survivor. New's, info and support.** 2015. Disponível em: <<http://psa-rising.com/>>. Acesso em: 10 set. 2018.

ROMERO F. R. et al. Heterogeneous methodology of racial/ethnic classification maybe responsible for the different risk assessments for prostate cancer between Black and White men in Brazil. **Int Braz J Urol.**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 360-366, 2015.

SANTANA, P.X.S. et al. Qualidade de vida do paciente portador de câncer de próstata em hormonioterapia. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.** Aracajú, v.2,n.3, p.111-128, 2015.

SILVA, T. L. D.; DAMIN, D. C. O. índice de linfonodos comprometidos como um preditor para a ocorrência de recidivas tumorais no câncer de cólon estágio III. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 463-470, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Doenças urológicas**: próstata: hiperplasia, câncer. 28 fev. 2015. Disponível em: <<http://www.sburj.org.br/doencas-ler.php?id=47&prostata-hiperplasia-cancer/>>. Acesso em: 06 set. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Hospital de Clínicas. **Institucional**. Uberaba, MG, 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufm/historia>. Acesso em: 20 jul.2017.

THE UNIVERSITY OF TEXAS. MD Anderson Cancer Center. **Treatment options**. Texas, 2016. Disponível em: <<https://www.mdanderson.org/treatment-options/chemotherapy.html>>. Acesso em: 06 set. 2018.

TONON, T.C.A.; SCHOFFEN, J.P.F. Câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Rev Saúde Pesquisa.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 403-410, 2009.

VILLEGAS. C. R.et al. Sobrevida em câncer de próstata de uma población del centro de Colombia. **Acta MedColomb.**, Colômbia, v. 40, n. 2, 2015.

ZACCHI, S.R. et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Características Sociodemográficas e Clínicas

DATA DA COLETA ___/___/___

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número Prontuário: _____ Iniciais: _____

1. Município de residência: _____
2. Data de nascimento: ___/___/___
3. Idade na data da primeira consulta: _____

4. Escolaridade:

- (1) nenhuma
- (2) Fundamental incompleto
- (3) Fundamental completo
- (4) Nível médio
- (5) Superior incompleto
- (6) Superior completo
- (7) sem informação

5. Raça/cor da pele:

- (1) branca
- (2) preta
- (3) amarela
- (4) parda
- (5) indígena
- (6) sem informação

6. Estado conjugal:

- (1) solteiro
- (2) casado
- (3) viúvo
- (4) separado
- (5) união estável
- (6) sem informação

II. CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

7. Data da primeira consulta no hospital: ___/___/___

8. Data do primeiro diagnóstico do tumor: ___/___/___

9. Diagnóstico e tratamento anteriores:

- (1) sem diag./sem trat.
- (2) com diag./sem trat.
- (3) com diag./com trat.
- (4) outros
- (5) sem informação

10. Base para o diagnóstico:

- (1) clínica
- (2) citologia

- (3) histologia do tumor primário
- (4) sem informação

III. CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

11. TNM: _____ 12. ESTADIAMENTO: _____ 13.pTNM: _____

IV. CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

14. Data do início do primeiro tratamento para o tumor no hospital:

___/___/___

15. Principal razão para a não realização do tratamento no hospital:

- (1) recusa do tratamento
- (2) tratamento realizado fora
- (3) doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
- (4) abandono do tratamento
- (5) complicações do tratamento
- (6) outras razões
- (7) sem informação
- (8) não se aplica

16. Primeiro tratamento recebido no hospital:

- (1) nenhum
- (2) cirurgia
- (3) radioterapia
- (4) quimioterapia
- (5) hormonioterapia
- (6) outros
- (7) sem informação

17. Estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital:

- (1) sem evidência da doença
- (2) remissão parcial
- (3) doença estável
- (4) doença em progressão
- (5) suporte terapêutico oncológico
- (6) sem informação

18. Histórico familiar de câncer:

- (1) sim
- (2) não
- (3) sem informação

19. Histórico consumo bebida alcoólica:

- (1) nunca
- (2) ex-consumidor

- (3) sim
- (4) sem informação

20. Histórico consumo de tabaco:

- (1) nunca
- (2) ex-consumidor
- (3) sim
- (4) sem informação

21. Óbito do paciente:

- (1) sim, data: ___/___/___
- (2) não

Analítico ()

Não analítico ()

ANEXOS

ANEXO A – Parecer CEP UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sobrevida de homens com câncer de próstata

Pesquisador: Elizabeth Barichello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80122017.7.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.483.404

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO B – Autorização Hospital DR. Hélio Angotti



CARTA DE SOLICITAÇÃO

Uberaba (MG), 19 de setembro de 2017

Ilmo. Dr. José Joaquim Gomes Nabuco
 Diretor Clínico da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central

Venho por meio desta solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: "Sobrevida de homens com câncer de próstata". Os sujeitos da pesquisa serão os pacientes com câncer que realizaram tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia.

Os objetivos do estudo são:

- 1- Caracterizar os pacientes segundo variáveis sociodemográficas;
- 2- Avaliar sobrevivência segundo fatores clínicos;
- 3- Identificar a associação entre tratamento e sobrevida;

Para atingir os objetivos do estudo, será utilizado um instrumento construído pelas pesquisadoras para responder as questões do estudo.

Ressaltamos que a coleta de dados só serão iniciados após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

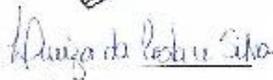
Atenciosamente,


 Profa. Dra. Elizabeth Barichello


 Dr. José Joaquim Gomes Nabuco
 CRM: 48830 (MG)
 Diretor Clínico
 Hospital Dr. Hélio Angotti

Dr. José Joaquim Gomes Nabuco




 Luiza da Costa e Silva

ANEXO C – Autorização Central de Quimioterapia UFTM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO-SETOR/UNIDADE DO HC/UFTM

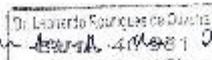
Os responsáveis legais pelos Setores/Unidades do HC/UFTM/Filial Ebserh abaixo assinados, estão cientes e autorizam a realização do projeto de pesquisa intitulado "SOBREVIDA DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA", coordenado pe o(a) pesquisadora "ELIZABETH BARICHELLO" no(s) referido(s) Setor(es)/Unidades do HC/UFTM/ Filial Ebserh. Esta pesquisa tem como objetivo "Analisar a sobrevida de pacientes com câncer de próstata", cujo trabalho de campo no HC/UFTM/ Filial Ebserh será realizado durante 3 mês(es), após a aprovação pela GEP-HC/UFTM/ Filial Ebserh e por um CEP, no período da manhã e da tarde.

Setor/Unidade de coleta de dados	Responsável pelo Setor de Coleta de dados (Nome/email)	Período (Manhã, Tarde e/ou Noite)
Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Ana Carolina Rodrigues da Silva ana@hc.uftm.edu.br Dr. Leonardo Rodrigues de Oliveira centralqt@uftm.edu.br	Manhã e tarde

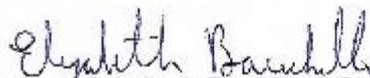
O Pesquisador Responsável pela pesquisa assina, junto com os demais, este documento.



Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor ou Unidade ou Setor1
Ana Carolina Rodrigues da Silva
(34) 3318 - 5046



Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor ou Unidade ou Setor1
Dr. Leonardo Rodrigues de Oliveira
(34) 3318 - 5046



Assinatura e Carimbo do Pesquisador Responsável pela Pesquisa
Prof. Dra. Elizabeth Barichello
(34) 9174 - 0207

ANEXO D – Autorização Secretaria Municipal de Saúde/Uberaba MG



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO - SIC

OFÍCIO Nº 258/2018/SIC/SMS

À SENHORA
LUIZA DA COSTA E SILVA
Luiza_costa16@yahoo.com.br

Prezada Senhora,

Com meus cordiais cumprimentos, em atenção ao Processo de Acesso à Informação nº 81/15/2018, promovido por Vossa Senhoria, vimos por meio deste esclarecer o que se segue:

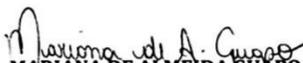
Qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º da Lei Federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida.

Os órgãos e as entidades do Poder Executivo Municipal de Uberaba assegurarão, às pessoas naturais e jurídicas, o direito de acesso à informação, que será proporcionado mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão, observados os princípios da administração pública e as diretrizes previstas na Lei nº 12.527/2011, conforme dispões no Artigo 3º, Dec. 4955/2012.

Isto posto, considerando a Lei de Acesso a Informação nº 12.527/2011 e o Decreto Municipal de nº 4955/2012, informamos que o relatório apresentado pelo SAMU encontra-se disponível para retirada na Secretaria Municipal de Saúde, situada na **Avenida Guilherme Ferreira, 1538, Bairro São Benedito, no departamento de Assessoria Jurídica, de segunda a sexta-feira, das 12h às 18h.**

Sem mais para o momento.
Atenciosamente,
25/01/2018


ROBERTA CAMPOS BORELA BORGES
Membro do SIC - Dec. nº 0195/2017
Mat. 34.726-4


MARIANA DE ALMEIDA GUAPO
Membro do SIC - Dec. nº 0195/2017
Mat. 46.686-7

ITEMS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO			
<p>21 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<p>24 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL</p> <p>1- Nenhum 2- Cirurgia 3- Radioterapia 4- Quimioterapia 5- Hormonioterapia 6- Transplante de medula óssea 7- Imunoterapia 8- Outras 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>25 - TIPO DE DOENÇA AO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL</p> <p>1- Sem evidência da doença (entidade complexa) 2- Remissão parcial 3- Doença estável 4- Doença em progressão 5- Suporte terapêutico oncológico 6- Óbito 8- Não se aplica 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>26 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
<p>22 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>23 - PRINCIPAL DADO INDICANDO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTES DO INÍCIO NO HOSPITAL</p> <p>1- Recusa de tratamento 2- Tratamento realizado fora 3- Doença assintomática, falta de condições clínicas ou outros fatores associados 4- Abandono do tratamento 5- Complicação de tratamento 6- Óbito 7- Outras razões 8- Não se aplica 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>27 - ÓBITO POR CAUSAS</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Ignorado</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<p>28 - CAUSA ANALÍTICA</p> <p>1- Sim 2- Não</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
ITEMS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO			
<p>28 - CAUSA ANALÍTICA</p> <p>1- Sim 2- Não</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<p>29 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO</p> <p>1- Sim 2- Não</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR			
<p>40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
ITEMS OPCIONAIS			
<p>41 - ESTADO CIVIL ATUAL</p> <p>1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Separado judicialmente 5- União consensual 6- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<p>45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO</p> <p>1- Nunca 2- Ex-consumidor 3- Sim 4- Não avaliado 5- Não se aplica 6- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<p>30 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR</p> <p>1- Direita 2- Esquerda 3- Bilateral 4- Não se aplica 5- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>31 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO</p> <p>1- Não 2- Sim 3- Desconhecido</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<p>42 - DATA DO TRAGEM</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>46 - CRIMEM DO ENVOLVIMENTO</p> <p>1- SLS 2- Não SLS 3- Voto por conta própria 4- Não se aplica 5- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>32 - CLASSE DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL</p> <p>1- Público (SUS) 2- Plano de saúde 3- Particular 4- Outras 5- Não se aplica 6- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<p>33 - CLASSE DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL</p> <p>1- Público (SUS) 2- Plano de saúde 3- Particular 4- Outras 5- Não se aplica 6- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<p>43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CANCER</p> <p>1- Sim 2- Não 3- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<p>47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<p>48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPIA DO TUMOR</p> <p>1- Exame clínico e patologia clínica 2- Exames por imagem 3- Endoscopia e cirurgia exploratória 4- Anatomia patológica 5- Marcadores tumorais 6- Não se aplica 7- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<p>34 - CAUSA BÁSICA DE MORTE DO PACIENTE</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
<p>44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA</p> <p>1- Nunca 2- Ex-consumidor 3- Sim 4- Não avaliado 5- Não se aplica 6- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<p>49 - LOCALIZAÇÃO PRONAL DO TUMOR PRIMÁRIO</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
ITEMS COMPLEMENTARES			
<p>COMPLEMENTAR 1</p> <p>1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>COMPLEMENTAR 2</p> <p>1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>COMPLEMENTAR 3</p> <p>1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<p>COMPLEMENTAR 4</p> <p>1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
ITEMS COMPLEMENTARES			
<p>COMPLEMENTAR 5</p> <p>1- 2- 3-</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<p>COMPLEMENTAR 6</p> <p>1- 2- 3-</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<p>COMPLEMENTAR 7</p> <p>1- 2- 3-</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<p>DADO COMPLEMENTAR 1</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
			<p>DADO COMPLEMENTAR 2</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9