

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE CÂNCER DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADOS NUMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Nilson Soares de Vasconcelos Júnior (1); Jackson Araújo Silva (2); Jéssica Costa Araújo (3); Marieliza Araújo Braga (4); Railda Shelsea Taveira Rocha do Nascimento (5)

(1) Universidade Estadual da Paraíba, nilsonsoares21@hotmail.com; (2) Universidade Estadual da Paraíba, E-MAIL; (3) Universidade Estadual da Paraíba, nutrijessicacosta@gmail.com; (4) Hospital Fundação Assistencial da Paraíba, marieliza_braga@hotmail.com; (5) Universidade Estadual da Paraíba, raildastrn@yahoo.com.br

Resumo: O câncer de próstata é a neoplasia maligna prevalente entre homem, com alto índice de sobrevida, desde que o diagnóstico seja precoce. O objetivo da pesquisa foi definir o perfil epidemiológico dos usuários com câncer de próstata atendidos no Centro de Cancerologia Dr. Ulisses Pinto do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), durante o período compreendido entre janeiro a dezembro de 2012. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa. Para coleta dos dados, foi utilizado o universo de prontuários pertencentes à base de dados do Registro Hospitalar do Câncer (RHC), visando a definição da amostra com 123 usuários diagnosticados com câncer de próstata, CID C61, durante o período de Janeiro à Dezembro de 2012. Como resultado foi possível identificar que a faixa etária predominante foi entre 70 e 89 anos (69,11%); pardo (69,70%), o nível de escolaridade mais evidenciado foi ensino fundamental incompleto (58,02%); histórico familiar (61,11%), diagnosticado com adenocarcinoma acinar usual de próstata (95,93%) e sobrevida (86,99%). O perfil epidemiológico e clínico dos usuários cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP é caracterizado por homens na faixa etária entre 70 e 89 anos, prevalecendo a cor autorreferida parda, tendo cursado ensino fundamental incompleto ou sendo analfabeto, com possibilidade de doença maligna na família, diagnosticado clinicamente com adenocarcinoma acinar usual de próstata. Por ser considerada uma neoplasia maligna de prognóstico favorável, a sobrevida encontrada, superior a 80%, pode ser relacionada a fatores epidemiológicos e clínicos.

Palavras-chave: Câncer de próstata, epidemiologia, Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

Neoplasias é o crescimento desordenado celular, classificado como benigno e maligno. A neoplasia maligna é alheia às influências regulatórias, de dependência hormonal. É de difícil controle e agressiva, originando tumor com nutrição hormonal e sanguíneo, invadindo estruturas adjacentes, corrente sanguínea e linfática, produzindo metástases (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013; WUNSCH FILHO, 2013; INCA, 2018).

O Consenso de Estimativa do INCA (2018) para 2018-2019, previu a incidência de 600.000 novos casos de câncer, destes, 68.220 sendo de câncer de próstata. Como fatores de risco, o Ministério da Saúde define: a idade, histórico familiar em 1ª grau, hábitos sociais e hábitos alimentares (SANTOS et al, 2012).

Esse tipo de neoplasia se manifesta clinicamente, inicialmente de forma assintomática, avançando e invadindo o colo vesical, obstruindo parcialmente ou totalmente, aumentando a quantidade de micções, com menor volume, presença de diurese hemática e dificuldade de ejaculação. Para tanto, como diagnóstico, são indicados o exame de toque, exames de laboratório, a exemplo do Antígeno Prostático Específico (PSA), biopsia e estudo histopatológico (VERAS et al, 2017; RODRIGUES; SALES, 2013).

O principal tipo histológico é o adenocarcinoma acinar usual de próstata, com variação de Gleason. A qual possibilita a graduação de duas áreas frequentes do tumor, considerando que quanto mais baixo for o Gleason, melhor será o prognóstico. Em conjunto com outros exames de imagem, ele determina o estadiamento clínico, baseado na dimensão do tumor, no quantitativo de linfonodos regionais acometidos e presença ou ausência de metástase a distância (CAMBRUZZI et al, 2010; BRASIL, 2004).

Para tratamento, há um leque derivado de propostas clínicas, que isoladas ou combinadas, a depender do estadiamento clínico, são extremamente eficazes. O procedimento cirúrgico (prostatectomia radical), quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (CANÇADO et al, 2015; RIBEIRO; NARDOCCI, 2013).

A alta incidência, o diagnóstico tardio e o estadiamento em elevado estágio representam a maior causa de óbito no câncer de próstata. A carência de informações ainda é um fator relevante para definir o prognóstico dos indivíduos acometidos por este tipo de neoplasia. As recentes estratégias de políticas públicas voltadas aos homens no “Novembro Azul”, em campanha ao combate ao câncer de próstata, com foco na prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e sobrevivência são alternativas que espera-se que modifique o cenário da doença no Brasil (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011; NOVOA et al, 2014).

O presente estudo, visto a incidência nacional identificada pelo INCA, objetiva caracterizar o perfil epidemiológico de usuários diagnosticados com câncer de próstata, cadastrados no Sistema do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em 2012.

3 PROCESSO METODOLÓGICO

Pesquisa epidemiológica, retrospectiva e quantitativa, realizada a partir de uma amostra específica, na base de dados do Sistema de Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), localizado no município de Campina Grande, no Estado da Paraíba.

Para coleta dos dados, foram utilizados os prontuários de usuários diagnosticados com câncer de próstata (CID C61), a partir de um universo de 969 casos, onde foi possível identificar uma amostra com 123 usuários, durante o período compreendido entre janeiro à dezembro de 2012, respeitando ao seguinte critério de inclusão: usuários atendidos entre janeiro e dezembro de 2012; foram excluídos prontuários com data anterior e/ou posterior a 2012.

Como instrumento para coleta de dados, foi adaptado o formulário do Registro Hospitalar de Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), extraíndo-se os dados sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos, considerando as variáveis a seguir: gênero, faixa etária, raça/cor, escolaridade, histórico familiar, tipo histológico, sobrevida livre da doença e óbito.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio de medida de frequência (absoluta, relativa e percentual).

Vale salientar que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com protocolo: 53245415.1.0000.5187, estando de acordo com os princípios estabelecidos pela resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta as características epidemiológicas e clínicas dos usuários diagnosticados com câncer de próstata (C61), cujos dados foram registrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2012, onde é possível observar que, de 123 prontuários analisados (12,69%), a faixa etária predominante foi entre 70 a 89 anos (69,11%), com indivíduos que se autodeclararam de cor/raça parda (69,70%), que cursaram o ensino fundamental (58,02%), referindo histórico familiar (61,11%), diagnosticados com adenocarcinoma acinar usual de próstata (95,93%), com sobrevida livre da doença representada por 86,99% e 13,01% de óbitos.

Tabela 1. Características epidemiológicas e clínicas de usuários diagnosticados com câncer de próstata (C61), com dados registrados no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da FAP, em 2012 (N=123). 2017.

Faixa Etária	n	%
50 -- 69	34	27,64%

70 -- 89	85	69,11%
90 -- 109	4	3,25%
Raça/Cor		
Branca	9	27,27%
Amarela	1	3,03%
Parda	23	69,70%
Grau de Instrução		
Analfabeto	30	37,04%
Ensino Fundamental	47	58,02%
Ensino Médio	1	1,23%
Ensino Superior	3	3,70%
Histórico Familiar		
Sim	22	61,11%
Não	14	38,89%
Tipo Histológico		
Adenocarcinoma acinar de próstata	118	95,93%
Outros tipos histológicos**	5	4,07%
Sobrevida		
Vivos	107	86,99%
Óbito	16	13,01%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017

*Outros tipos histológicos: Neoplasia maligna; Carcinoma de células uroteliais, SOE; Adenocarcinoma in situ, SOE; Carcinoma de células acinar; Carcinoma, SOE; Carcinoma papilar;

**As diferenças são consequência da falta de informação em prontuário;

O câncer de próstata acomete os homens, sendo o segundo mais incidente mundialmente, e o mais incidente no Brasil, independente da região do país (DAMIÃO et al, 2015).

Considerando a idade, o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2018) relata nas Estimativas para o ano de 2018, que é a neoplasia maligna diagnosticada frequentemente em homens acima de 50 anos, embora possa acontecer raramente abaixo dessa faixa etária; todavia, nas Estimativas 2012 (2011), o diagnóstico do câncer de próstata acontecia acima dos 65 anos, evidenciando os achados.

Paz et al (2013) relata que na amostra do seu estudo descritivo, a média de idade foi 69,69 anos. Piantino et al (2014) em seu estudo epidemiológico afirma que 37% da sua amostra se encontrava entre 70 e 79 anos. Braga et al (2017) corrobora com os dados, tinha uma média de idade de 70,5 anos e mediana de 71 anos. Na amostra, a principal faixa etária acometida foi de homens entre 70 e 89 anos, confirmando os dados.

Analisando a raça/cor autorreferida, 69,70% da amostra se declararam pardos, discordando dos dados das Estimativas INCA 2015 (2014), que afirma

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

que a maior incidência é em homens negros, 1,6 maior que em brancos. Damião et al (2015) em sua revisão, afirma que homens afro-americanos são mais suscetíveis ao câncer de próstata. Piantino et al (2014) evidencia em seu estudo que 73,7% de 599 paciente se autodeclararam brancos, também discordando da literatura. Paz et al (2013), expõe que dentre 155 pacientes, 43,8% se declaram pardos, corroborando com os dados. Melo et al (2017) evidenciou que, no Hospital da FAP, em 2013, 54,64% pacientes se autorrefererem como pardos.

Do total, 58,02% dos pacientes haviam cursado até o ensino fundamental. Nova et al (2014) relata que os níveis socioeconômicos estão diretamente relacionados, e quanto maior um, maior será o outro, influenciando em uma maior procura a atendimento médico e informação sobre a doença. O grau de instrução é um fator importante a ser avaliado, visto que quanto maior a carência de informação sobre a doença, maior o risco de diagnóstico tardio e altos estadiamentos.

Paz et al (2013) relatam que 70% da sua amostra composta por 155 pacientes cursou até o ensino fundamental. Nos dados encontrados por Piantino et al (2014), 67,4% da amostra havia cursado o ensino fundamental, corroborando com os dados da pesquisa.

O histórico familiar é um fator de risco importante, que define que pelo menos 25% dos pacientes com diagnóstico positivo de câncer de próstata, possuem histórico familiar. Se o parente for pai ou irmão, o risco aumenta em três vezes, e se eles houverem sido diagnosticados antes dos 40 anos, eleva-se em 11 vezes (INCA, 2018; RODRIGUES; SALES, 2013). Paz et al (2013) relacionou 37,5% da sua amostra com o histórico familiar. No Hospital da FAP 58,02% dos pacientes haviam cursado o ensino fundamental.

O tipo histológico mais comum no diagnóstico do câncer de próstata é o adenocarcinoma acinar usual de próstata. Cambuzi et al (2010) relata que sua prevalência chega a mais de 30% em faixas etárias maiores que 50 anos, com variação apenas do Gleason. Na amostra, 95,93% foram diagnosticados com tal tipo histológico.

O diagnóstico tardio é a maior justificativa para a taxa de óbito de todos os tipos de câncer. Quanto mais baixo o estágio, melhor a sobrevida. No câncer de próstata, a taxa de óbitos ainda é tão ascendente, quanto a incidência (OLIVEIRA; NUNES; LOPES, 2016).

Braga et al (2017) relata que a taxa de óbito em sua amostra, tendo como causa o câncer, foi de 24,8%, representado por 4.037 pacientes. O INCA (2018) em seu Consenso, afirma que em países desenvolvidos a taxa de sobrevida é maior que em países em desenvolvimento. Na amostra, a taxa de sobrevida dos pacientes chegou a 86,99%, superando a taxa do Consenso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico e clínico dos usuários diagnosticados com câncer de próstata cadastrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto do Hospital da FAP é caracterizado por homens na faixa etária entre 70 e 89 anos, prevalecendo a cor autorreferida parda, tendo cursado ensino fundamental incompleto ou sendo analfabeto, com registro de doença maligna na família, diagnosticado histologicamente com adenocarcinoma acinar usual de próstata.

Por ser considerada uma neoplasia maligna de prognóstico favorável, a sobrevida encontrada, superior a 80%, pode ser relacionada a fatores epidemiológicos e clínicos.

REFERENCIAS

Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Patologia Básica. São Paulo: Elsevier; 2013.

Wunsch Filho, V. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. Revista USP, 2013; 96(1):37-46.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativas 2018: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: Relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012; 58(1): 21-29.

Veras ASP, Aragão FBA, Pereira JFS, Furtado QR, Pereira SLT, Gomes FCS. Saúde Preventiva com ênfase no câncer de próstata: uma revisão de literatura. Revista UNINGÁ, 2017; 54(1):59-71.

Rodrigues R, Sales CA. Aspectos Epidemiológicos e diagnósticos do carcinoma prostático. Revista Saúde e Pesquisa. 2013; 6(1): 131-140.

Cambruzzi E, Zettler CG, Pegas KL, Teixeira SL. Relação entre escore de Gleason e fatores prognósticos no adenocarcinoma acinar de próstata. Jornal Brasileiro de Patologia Médica Laboratorial, 2010; 46(1):61-68.

Brasil. Instituto Nacional de Câncer. TNM: Classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Araújo MCB, Castro TGG, Rocha FCV, Carvalho RF. Perfil do homem prostatectomizado em um hospital público. *Revista Interdisciplinar*, 9(3):57-66, 2016.

Cançado BL, Miranda LC, Madeira M, Farias MLF. Importância da avaliação óssea e da prevenção da fratura osteoporótica em pacientes com câncer de próstata em uso de análogos do hormônio gonadotrófico. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2015; 42(1).

Ribeiro AA, Nardocci AC. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. *Saúde e Sociedade*, 2013; 22(3):878-89.

Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011; 64(2):385-388.

Novoa C, Anguita C, Badilla-O S, Aliaga A, Reyes D. Prostate cancer screening is associated with educational level and knowledge about the disease. *RevMed Chil*. 2014;142(9):1136-41.

Damião R, Figueiredo RT, Dornas MC, Lima DS, Koschorke, MAB. Câncer de próstata. *Revista HUPE*, 2015; 14(1).

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativas 2012: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Paz MFCJ, Monte BS, Rêgo Neto JJ, Tapety FI, Sousa CMM, Cavalcante AACM. Correlações entre fatores de riscos para o câncer e próstata: uma análise epidemiológica. *Journal of Research Fundamental Care On line*, 2013; 5(6):187-199.

Piantino CB et al. Perfil clínico-epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em Passos, Minas Gerais. *Ciências et Praxis*, 2014; 7(14).

Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. *Revista de Saúde Pública*, 2017; 51(46): 1-10.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativas 2015: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Melo LKV, Araújo LAP, Braga MA, Nascimento RSTR. Perfil epidemiológico do câncer de próstata no Hospital da Fap. Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2017; 1(1).

Oliveira TL, Nunes LC, Lopes TS. Neoplasia Maligna de Próstata: Tendência da Mortalidade em Petrópolis-RJ, 1980-2012. Revista Brasileira de Cancerologia, 2016; 62(4):315-320.