



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LETÍCIA MILENA FREITAS SILVA

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA PROSTÁTICA  
NO BRASIL DE 2001-2012**

CAJAZEIRAS – PB

2014

LETÍCIA MILENA FREITAS SILVA

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA PROSTÁTICA  
NO BRASIL DE 2001-2012**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. M<sup>a</sup>. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

S586t Silva, Leticia Milena Freitas  
Tendência temporal da mortalidade por neoplasia  
prostática no Brasil de 2001 - 2012. / Leticia Milena Freitas  
Silva. Cajazeiras, 2014.  
44f. : il.  
Bibliografia.

Orientador(a): Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Câncer de próstata. 2. Neoplasia prostática – mortalidade -  
Brasil. 3. Epidemiologia. I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II.  
Título.

LETÍCIA MILENA FREITAS SILVA

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA PROSTÁTICA  
NO BRASIL DE 2001-2012**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, como parte das exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. M<sup>a</sup>. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
UFCG/UAENF

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Rosilene Cândido Moreira  
UFCG/UAENF

---

Prof<sup>ª</sup>. M<sup>a</sup>. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas  
UFCG/UAENF

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus familiares que sempre me motivaram a seguir meus sonhos, sempre me proporcionaram uma vida de estudo, conforto e muito amor. Tudo pelo que passei serviu de aprendizado e graças a vocês pude ultrapassar cada obstáculo e conseguir mais essa vitória.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me guiado, mais uma vez, nesse desafio rumo à última etapa para a formação profissional superior, que é a entrega e apresentação desse trabalho de conclusão de curso.

Aos meus pais pelo apoio, pelos incentivos, por nunca me permitirem desanimar e desistir, ao meu irmão por me conduzir pelo bom caminho e me proporcionar amor e carinho.

À minha irmã que me ajudou na construção inicial desse projeto.

Ao meu namorado pela compreensão, paciência e companheirismo.

Aos meus professores que compartilharam seus conhecimentos e me mostraram que através de esforço, dedicação, disciplina e fé posso fazer a diferença na vida de outras pessoas e alcançar todos os objetivos aos quais me proponho.

Aos meus amigos que me sustentaram em momentos de tristeza, solidão e cansaço.

À minha orientadora por me auxiliar na construção deste trabalho, bem como contribuir positivamente com sua amizade.

À Banca examinadora pela avaliação.

## RESUMO

SILVA, Leticia Milena Freitas. **Tendência Temporal da Mortalidade por neoplasia prostática no Brasil de 2001-2012**. Trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB, 2014, 44 p.

**Introdução:** O câncer de próstata é a neoplasia mais prevalente em homens no mundo e no Brasil é a segunda causa de morte entre esses indivíduos, tendo como fatores de risco a idade avançada, hereditariedade e etnia. **Objetivos:** Analisar a distribuição da mortalidade por neoplasia prostática no Brasil e sua tendência temporal no período de 2001 a 2012, descrever as características das vítimas que foram a óbito por neoplasia maligna da próstata, identificar a região brasileira com maior coeficiente e realizar um comparativo entre os coeficientes de mortalidade. **Método:** estudo epidemiológico, retrospectivo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório, com dados secundários, realizado no site DATASUS, com base nos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade, tabulados por região, ano de ocorrência, cor, faixa etária e estado civil, sendo analisados por estatística simples descritiva, tendo como parâmetro a proporção e como medida de tendência central a média. **Resultados:** a região brasileira que apresentou maior registro de óbitos por Ca de próstata foi a sudeste, com 46,37% da média nacional, um total de 33.213 casos ao longo dos 11 últimos anos, tendo o ano de 2012 como o mais significativo, com o valor de 5884 casos. A faixa etária com maior número de óbitos em todas as regiões foi de 60 a 79 anos procedida pela faixa etária de  $\geq 80$  anos e ignorada. Cujos homens de cor branca e casados foram os que mais vieram a óbito por esse tipo de neoplasia. **Conclusão:** O registro dos casos de Câncer de próstata é um importante instrumento para avaliação de indicadores, sendo necessária a acentuação das formas de prevenção, captação dos homens nos serviços e instalação de diagnóstico precoce, cabendo aos profissionais da área de saúde uma melhor atuação, tanto na assistência como na parte administrativa, para possibilitar uma melhor e mais completa assistência à saúde do homem.

**Descritores:** Câncer de próstata. Neoplasia prostática. Mortalidade. Brasil. Epidemiologia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Prostate cancer is the most prevalent cancer in men worldwide and in Brazil is the second leading cause of death among these individuals, with the risk factors age, heredity and ethnicity. **Objectives:** To analyze the distribution of mortality from prostate cancer in Brazil and its time trend over the period 2001-2012, describe the characteristics of victims who died from cancer of the prostate, identifying the Brazilian region with the highest coefficient and perform a comparison between mortality rates. **Method:** study epidemiological retrospective with a quantitative approach, exploratory descriptive, secondary data held in Datasus site, based on data from the Mortality Information System, tabulated by region, year of occurrence, color, age and state civil and analyzed by simple descriptive statistics, the proportion having as parameter and as a measure of central tendency average. **Results:** Brazilian region with the highest record of deaths from prostate Ca was the Southeast, with 46.37% of the national average, a total of 33,213 cases over the last 11 years, taking the year 2012 as the most significant, with a value of 5884 cases. The age group with the highest number of deaths in all regions was 60 to 79 years preceded by aged  $\geq 80$  years and ignored. Whose men married white and color were the most they had died by this type of neoplasia. **Conclusion:** The record of cases of prostate cancer is an important tool for evaluating indicators accents on ways to prevent, capture men in service and installation of early diagnosis is required, fitting to professionals in health better performance, well as assistance in the administrative part, to enable better and more complete health care for the man.

**Descriptors:** Prostate cancer. Prostatic neoplasia. Mortality. Brazil. Epidemiology.



## LISTA DE ABREVIACÕES

Ca - Câncer

Cacon - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CTI - Centro de Tecnologia de Informática

DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

D.O. - Declaração de Óbito

D.O.U - Diário Oficial da União

FDA - Food and Drug Administration

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

Fundação SESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

HBP - Hipertrofia benigna da próstata

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LHRH - Hormônio liberador do hormônio luteinizante

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica

PNPCC - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

PSA - Antígeno prostático específico

PTR - Prostatovesiculectomia radical retropúbica

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIS- Sistema de Informação em Saúde

SISNET - Sistema de transferência de dados via internet.

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNM - Tumor/linfonodo/metástase

UBS - Unidade básica de saúde

UICC - União Internacional Contra o Câncer

Unacon - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UNIC - Unidade de Cuidados

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>13</b>
2.1. CÂNCER DE PRÓSTATA	13
<b>2.1.1 Diagnóstico e tratamento do Ca de próstata</b>	<b>14</b>
<b>2.1.2 Ações preventivas</b>	<b>18</b>
2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO	19
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.2 LOCAL DA PESQUISA	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	21
3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA	22
3.5 PERÍODO DE COLETA	22
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	23
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	23
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>24</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>
APÊNDICE A – Tabela de consolidação dos dados	41
APÊNDICE B – Termo de compromisso do pesquisador responsável	42
APÊNDICE C – Termo de compromisso do pesquisador participante	43
ANEXO A – Quadro resumo do estadiamento do câncer de próstata	44

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morbimortalidade sendo essas as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer (Ca) e doença respiratória crônica (DUNCAN et al., 2012).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o crescimento desordenado das células pode ocasionar mais de cem tipos de Ca, onde 80% dos casos ocorrem por fatores externos, sendo esses o tabagismo, uso de tabaco, medicamentos, hábitos sexuais e alimentares, medicamentos e exposição à radiação e a substâncias tóxicas. E em 2010, 176.098 pessoas morreram por causa de algum tipo de Ca, estando em 1º lugar casos de Ca de pele, seguido por Ca de próstata e de mama (PRADO; PFLEGER, 2013).

Segundo o INCA, em 2012, cerca de 60.180 homens foram diagnosticados com Câncer (Ca) de próstata, cuja ocorrência estimada foi entre 2 e 2,3% em homens de 45 a 75 anos de idade, tendo como explicação para o aumento dessa incidência a melhoria nas técnicas diagnósticas, ao sistema de coleta e registro de dados de câncer e o aumento da expectativa de vida do brasileiro (MATHEUS; XAVIER, 2013).

Como a incidência de Ca de próstata continua a crescer, foram criadas políticas que atuam na prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do Ca: Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e a Política Nacional de Atenção Oncológica que assistem aos homens juntamente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Outra medida tomada pelo governo foi a criação da Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012 que dispõe sobre o direito ao primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, cujo Art.2º garanti ao paciente com alguma neoplasia maligna diagnosticada em laudo patológico de ter o primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde em até 60 dias da confirmação dessa doença (BRASIL, 2012).

Para pacientes acometidos por algum tipo de neoplasia é ofertada a assistência em três sistemas do serviço público, sendo o primeiro responsável pela prevenção e diagnóstico precoce, o segundo é o diagnóstico clínico realizado pelo médico especialista juntamente com a leitura dos exames já realizados e o último nível de assistência está incumbido de realizar o tratamento e a reabilitação desse paciente (PACHÊCO et al., 2009).

A atenção básica pode atuar na prevenção e no diagnóstico precoce do Ca de próstata através da divulgação de informações sobre essa doença, ministrando, por meio dos seus

profissionais, palestras e atividades educativas, bem como realizar a busca ativa da população masculina que faz parte da faixa etária mais vulnerável, orientando melhores formas de vida saudável.

Uma das formas de diminuir os riscos de vir a ter esse tipo de Ca refere à adoção de hábitos saudáveis, como consumo de alimentos ricos em fibras, frutas, vegetais, grãos, bem como redução de sal, de açúcar e da ingestão de gordura, visando o controle do ganho de peso, além de estimular a prática do exercício físico e não utilização de tabaco e de bebidas alcoólicas (CUSTÓDIO, 2012).

Mesmo com a implantação da PNAISH a prestação de serviços a esse público ainda é deficiente, pois a maioria dos serviços ofertados na atenção básica é voltada para a população feminina e infantil e outro fato relevante é a pouca busca da população masculina, por vergonha ou preconceito, em relação aos exames diagnósticos a esse tipo de Ca, que quando descoberto precocemente pode ter um prognóstico diferente. Por isso a PNAISH tem o intuito de ofertar a assistência em saúde de forma primária e integral a fim de recuperar, promover e prevenir agravos na saúde dessa parcela da população (BRASIL, 2008a).

O interesse por essa pesquisa deu-se a partir da elaboração do projeto sobre Ca de próstata na disciplina de Metodologia da Pesquisa, sendo constatada uma precariedade nos recursos humanos, físicos e funcionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a maioria dos profissionais da atenção básica relatou a falta de capacitação e de conhecimento sobre essa doença, não tendo assim condições para orientar sobre formas de prevenção, diagnósticos e cuidados a serem realizados, acabando por não prestar assistência devida a esses indivíduos que possuem ou podem vir a ter esse tipo de Ca.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a distribuição da mortalidade por neoplasia prostática no Brasil e sua tendência temporal no período de 2001 a 2012 e os específicos são descrever as características das vítimas que foram a óbito por neoplasia maligna da próstata, identificar a região brasileira com maior coeficiente e realizar um comparativo entre os coeficientes de mortalidade.

Conforme a realidade apresentada pode-se vislumbrar a relevância dessa pesquisa, pois com as informações geradas através dos dados sobre a mortalidade por neoplasia prostática no período de 2001 a 2012 foi traçada a situação do território brasileiro, além de contribuir para o despertar da necessidade de ações preventivas mais efetivas, bem como de diagnóstico e acompanhamento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CÂNCER DE PRÓSTATA

A próstata é uma pequena glândula localizada na pelve masculina, responsável pela proteção e nutrição dos espermatozoides constituindo o sêmen ou esperma, atuando na fase reprodutora do homem (CALVETE et al., 2003).

Com o envelhecimento, a próstata começa a aumentar de tamanho naturalmente podendo ser acometida por enfermidades como a prostatite, que é uma inflamação nesse órgão causada por infecções, a hiperplasia prostática benigna (HPB), sendo este o crescimento benigno da próstata que aumenta a resistência e diminui o calibre do canal uretral e pode haver o surgimento de tumores benignos ou malignos, sendo esse último o Ca de próstata, com maior frequência após os 45 anos e pode ser classificado como localizado, localmente avançado e avançado, a depender do seu estadiamento (ZERATI FILHO; NARDOZZA JÚNIOR; REIS, 2010).

Acredita-se que todo homem nasce programado para ter Ca da próstata, por terem em seu código genético os protooncogenes, que atuam na célula normal transformando-a em maligna, mas em sua maioria, são antagonizados pelos genes supressores, que não permitem o surgimento do Ca. Com o avanço da idade sua incidência atinge quase 50% dos indivíduos com 80 anos, se desenvolvendo silenciosamente, e, muitas vezes, quando detectado já se encontra em um estágio de metástase, atingindo outros sistemas e órgãos. Sendo o adenocarcinoma o tipo de neoplasia mais comum em homens, representando 95% de todas as neoplasias da próstata (MIOTTO, 2012).

Seu início muitas vezes é assintomático, mas pode ocorrer dificuldade ao urinar e o aumento no número de micções e em fase avançada pode ocasionar dores ósseas, hematúria, infecção generalizada ou insuficiência renal (BRASIL, 2014a).

Esse tipo de neoplasia é a mais incidente em todas as regiões do Brasil, não considerando os tumores de pele não melanoma, tendo como estimativa para 2014 um valor de 70,42 casos novos para cada 100.000 habitantes, representando em torno de 68.800 homens, cuja região sul será a mais incidente, com 91,24/100.000 habitantes, procedia da região sudeste com 88,06 casos para cada 100.000. E com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos de câncer de próstata no mundo aumente cerca de 60% até o ano de 2015 (BRASIL, 2014b).

Em relação ao desenvolvimento do Ca de próstata, os principais fatores de risco são a idade avançada (o que mais se destaca), etnia, predisposição familiar (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). Outros fatores significativos que podem influenciar o surgimento desse tipo de câncer são a obesidade, o estresse e uma dieta rica em gordura animal. Essa última aumenta a predisposição a esse tipo de neoplasia, pois há evidências que a gordura interfere no metabolismo dos hormônios sexuais (ALVES; LIMA, 2001).

O Ca de próstata tem apresentado grande incidência entre negros nos Estados Unidos da América, mas no Oriente, de forma geral, é menos frequente, porém orientais que migram para o Ocidente e adquirem hábitos locais, apresentam risco de Ca de próstata progressivamente maior nas gerações subsequentes (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, [?]).

Uma recente pesquisa feita pela Universidade Harvard relacionou a incidência de Ca de próstata com a produção de melatonina, hormônio que regula o sono e é produzido a noite, constatando que homens que dormem bem podem diminuir em até 75% o surgimento desse tipo de Ca, mas enfatizam a necessidade de mais estudos para comprovar essa ligação (MARKT, 2014).

Para dar suporte ao tratamento e acompanhamento dos pacientes com Ca o INCA e o Ministério da Saúde trabalham de forma interligada. De acordo com o Decreto de nº 8.065 o INCA tem entre outras funções participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, coordenando a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), atuando na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de Ca, a ser implantada em todas as unidades federadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios (BRASIL, 2013a).

Por meio da Portaria nº 874/GM de 16 de maio de 2013 as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) realizam o atendimento integral ao doente com câncer e através da determinação da extensão da neoplasia, definem e realizam o tratamento, proporcionando toda assistência a esse tipo de paciente (BRASIL, 2013b).

### **2.1.1 Diagnósticos e tratamento do Ca de próstata**

A dosagem do antígeno prostático específico (PSA) e o toque retal são os principais exames para diagnosticar o Ca de próstata, mas também pode ser feito a ultrassonografia

prostática transretal e o exame histológico do material removido por biópsia cirúrgica para a detecção do estágio da doença (VIEIRA et al., 2012).

O exame do toque digital (retal) deve ser realizado a partir dos 45 anos em negros e com predisposição familiar e para os demais a partir do 50 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2013). A ultrassonografia prostática transretal determina o volume prostático e avalia a extensão local da doença, além de orientar a biópsia da próstata (BRASIL, 2014c).

O PSA é uma glicoproteína da família das kaliceínas produzido pelas células epiteliais prostáticas, que tem seus níveis aumentados por várias doenças benignas ou malignas, por isso se faz necessário à realização de outros exames para confirmação desse tipo de Ca, servindo também como exame de acompanhamento em casos já instalados (MARTINS, 2013).

A realização desses exames é imprescindível, pois se essa doença for detectada precocemente, maiores são as possibilidades de um tratamento eficaz, principalmente em casos onde há metástase.

O grau histológico e o estadiamento dessa neoplasia determinam o tratamento a ser realizado, uma vez que em caso de metástase ou quando há infiltração em linfonodos e vesículas seminais, dificilmente se tem a cura (GIANINI, 2004). Para tanto são utilizados os marcadores prognósticos clínicos, sendo esses o nível do PSA pré-tratamento e o grau de diferenciação histológica do material coletado em biópsia, conforme classificação de Gleason (MIGOWSKI; SILVA, 2010).

A escala de Gleason é determinada pelo resultado da soma das taxas que variam de 1 a 5 referentes ao padrão histológico do câncer, cujo resultado pode variar de 2 a 10 sendo que quanto maior for esse valor, mais grave é o tumor e pior o prognóstico, sendo observado nas figuras 1 e 2 (BIGELLI, [?]).

Na figura 1 o escore 1 apresenta um corte de uma próstata cancerígena que se assemelha a uma normal, em 2 as células ainda são bem diferenciadas, mas começam a se distanciarem e a partir do escore 3 há o desenvolvimento inicial das células neoplásicas, chegando em 5, onde já houve a destruição das glândulas.



Figura1 - Padrão de Escala de Gleason



**Fonte:** Significado del Grado de Gleason y del Score de Gleason em pacientes com cancer prostatico.

Figura 2 - Características da Escala de Gleason

ESCORE DE GLEASON	CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS
<b>2 a 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bem diferenciadas;</li> <li>• Pequenas glândulas juntas;</li> <li>• Menos agressivos, menor a chance de metástase em órgãos secundários.</li> </ul>
<b>5 a 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenciação moderada;</li> <li>• Glândulas de tamanhos variáveis com pouco estroma;</li> <li>• Padrão cribiforme de várias células que se fundiram;</li> <li>• Grau mais comumente observado em câncer de próstata.</li> </ul>
<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Células cancerígenas moderadamente diferenciadas;</li> <li>• Glândulas incompletas.</li> </ul>
<b>8 a 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco diferenciado;</li> <li>• As células prostáticas cancerígenas rompidas podem ser encontradas dentro do lúmen vascular ao redor da glândula prostática;</li> <li>• Câncer de próstata agressivo, altamente metastático.</li> </ul>

**Fonte:** Significado del Grado de Gleason y del Score de Gleason em pacientes com cancer prostatico.

Outro método utilizado para saber o estadiamento da neoplasia é o sistema TNM (tumor/linfonodo/metástase) proposto pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) com intuito de padronizar a classificação dos pacientes com esse tipo de doença, mas tal classificação só é feita em casos de adenocarcinomas (ANEXO 1) (BRASIL, 2004).

Segundo o INCA, para tumor localizado poder ser realizada cirurgia ou radioterapia e observação vigilante. Quando a doença é localmente avançada pode ser feito a radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal. Em casos onde há metástase, que é a presença do tumor em outras partes do corpo, o tratamento escolhido é a terapia hormonal ou quimioterapia, bem como a utilização de duas ou mais dessas formas de tratamento (BRASIL, 2014d).

O tratamento por observação vigilante serve para pacientes acima de 75 anos com expectativa de vida limitada e tumores de baixo grau histológico. A prostatovesiculectomia radical retropúbica (PTR), possui grande eficácia, mas favorece o aparecimento de complicações decorrentes da cirurgia. A radioterapia é dividida em externa (indicada para pacientes com contraindicação à cirurgia) e intersticial ou braquiterapia (introdução de sementes radioativas no local do câncer) indicada quando há bom prognóstico ou complementar à radioterapia externa. Nos casos metastáticos a possibilidade de cura é remota, então se faz a supressão androgênica através da orquiectomia bilateral (padrão ouro), mas podem ser utilizados análogos do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH), estrógenos e antiandrógenos puros ou mistos (BRASIL, 2002a).

No Ca avançado com impedimento de tratamentos invasivos, é realizado o paliativo, por meio de cuidados prestados pela equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários) ao paciente e à sua família. Este é voltado ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida do paciente, sem função curativa, prolongamento ou abreviação da sobrevida (BRASIL, 2001).

Tratamentos alternativos vêm sendo testados. Desde 2009 nos EUA foi aprovada a vacina Dendreon Corporation's Provenge para curar o Ca de próstata, cujos testes mostraram que homens infundidos com Provenge viveram quatro meses a mais do que os que receberam o placebo, mas há um entrave para sua comercialização, pois tem um elevado custo de produção, não podendo ser produzido em massa, por ser específico para cada paciente (SNOWDEN, 2010). Um tratamento inovador para carcinomas de estágio III e IV é a vacina Heber Provac, testada com sucesso em 56 pacientes com Ca de próstata em Cuba. O anticancerígeno à base do veneno do escorpião azul (Vidatox) com propriedades analgésicas e

antiinflamatórias melhorou a qualidade de vida de 65 mil pacientes com câncer (DIÁRIO LIBERDADE, 2012).

### **2.1.2 Ações preventivas**

Não há formas eficazes que garantam a prevenção do Ca de próstata, pois essa doença pode ser causada por inúmeros fatores, mas algumas práticas podem ser realizadas com o intuito de tentar diminuir o risco de desenvolver esse agravo, como a adoção de hábitos dietéticos com a ingestão mínima de gordura animal, o consumo aumentado de tomate e seus derivados (licopeno) e a ingestão de vitamina E (antioxidante), bem como a utilização do fármaco finasterida que atua bloqueando parcialmente a testosterona (LOPES, 2006).

As ações educativas, como palestras, realizadas pelos profissionais da atenção primária, com ênfase na prática de exercícios físicos, melhorias na alimentação, diminuição ou extinção do uso de álcool, tabaco e outras drogas são maneiras eficazes de manter a comunidade informada e optarem por uma mudança de comportamento. Segundo Ximenes Neto et al.(2013) os homens são tidos como uma demanda assistencial reprimida, necessitando ser priorizados, através de uma atenção individual ou coletiva de acordo com suas necessidades, riscos e vulnerabilidades à sua saúde.

Para Figueiredo (2005), a Unidade Básica de Saúde é crucial para a melhoria de vida do homem, justificando, entre outras coisas, que a não procura ou a pouca procura por parte dessa população a esse tipo de serviço se dá por ser um ambiente feminizado, algo que pode ser mudado primeiramente pela identificação das necessidades masculinas que merecem atenção diferenciada, sendo necessário não apenas uma maior quantidade de profissionais do sexo masculino nos serviços primários, mas também que independente do sexo, os profissionais atendam esses clientes de formas diferentes e entendam que cada um precisa de algo, assim podem traçar o perfil deles e assisti-los de uma forma mais eficaz.

Na equipe multiprofissional, a equipe de enfermagem planeja sua assistência de acordo com as necessidades apresentadas, utilizando para tanto um plano de cuidados, que contempla ações que servem ao paciente e aos seus cuidadores (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

Além dessas ações, é importante a alimentação dos sistemas de informação que permitem uma visualização do perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes em seus diversos agravos, desde que sejam fidedignos.

## 2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Os sistemas de informação em saúde integram dados que permitem traçar o perfil epidemiológico de vários agravos em saúde, bem como fornecer dados sobre nascimentos, mortes, assuntos financeiros e o quadro de profissionais em diversos setores da saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem a função de coletar, analisar e transmitir informações para o planejamento dos serviços, para que haja a elaboração de políticas e programas em saúde que melhorem a qualidade da assistência prestada, servindo também como fonte de análise e controle das atividades desenvolvidas no âmbito da saúde pública no Brasil (NEVES; JUNGUES, 2011).

Para operacionalizar a disponibilização de informações o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com o departamento de informática, o DATASUS que é responsável por cuidar das relações com os demais órgãos do Ministério da Saúde e com os núcleos regionais existentes nos estados, prestando serviços básicos de faturamento ambulatorial, hospitalar e dos sistemas de acompanhamento do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), atuando na gestão administrativa do controle de materiais, patrimônio e processos. Mas antes da criação desse departamento de informática, tais atividades eram desempenhadas pela Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV) (BRASIL, 2002b).

O DATASUS passou a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa a partir da determinação do Decreto Nº 8.065 de 07 de agosto de 2013 que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, no seu Art. 38º, com funções que vão desde a regularização e avaliação das ações de informatização do SUS para o desenvolvimento do SIS até manter o banco de dados necessários à alimentação desse sistema, bem como garantir o acesso a essas informações, apoiando os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS (BRASIL, 2013c).

Com as informações disponibilizadas pelo DATASUS pode-se analisar a situação sanitária da população e elaborar programas de ações em saúde pública, cujos dados são contabilizados em subdivisões, que são Estatísticas Vitais, Indicadores de Saúde, Informações Epidemiológicas e Morbidade, Assistência à Saúde, Rede Assistencial, Informações Demográficas e Socioeconômicas e Saúde Suplementar (BRASIL, 2008b).

Os dados estatísticos de mortalidade são utilizados desde os séculos XVI e XVII na Europa e no Brasil passaram a ser utilizados a partir da criação do SIM em 1976, mas sendo consolidado três anos depois e estima-se que há uma cobertura de mais de 90% para o país, com algumas variações a depender da região, sendo necessário um melhor preparo dos médicos para o adequado preenchimento da Declaração de Óbito (DO) que junto com o Ministério da Saúde tentam esclarecer as causas mal definidas (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2013).

O SIM tem a função de obter, organizar e disponibilizar informações sobre os dados de mortalidade no âmbito nacional, tendo como instrumento de coleta a DO informatizada, cujas informações obtidas são utilizadas para análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas voltados para o combate à mortalidade, construindo os principais indicadores de saúde (BRASIL, 2008c).

O interesse pelas análises da mortalidade vem aumentando nos últimos anos, devido ao uso dessa estatística para a avaliação de diversos aspectos, mas há erros no preenchimento da DO, exigência de sub-registro dos eventos vitais, falhas na cobertura do sistema e perdas na transmissão dos dados do SIM. Tais informações para serem disponibilizadas com qualidade dependem de fatores internos, que são a qualidade do computador para o suporte do software e a capacitação dos profissionais que o utilizarão, principalmente os codificadores de causa de óbito. E os fatores externos são a assistência à saúde da população, sendo adequada ou não, avaliada através da realização da qualidade dos dados mensurados pela validade destes e da completude dos campos (FELIX et al., 2012).

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde e mesmo sendo de suma importância, há a precariedade desses dados em algumas partes do país, sendo necessária a utilização de estimativas indiretas de mortalidade calculadas pelo IBGE, mas que devido às limitações inerentes ao uso, impossibilitam a monitorização quanto à diminuição desse tipo de óbito, desestimulando aos profissionais e gestores de saúde (FRIAS et al., 2008).

De acordo com o exposto, percebe-se que há a necessidade de melhores formas de rastreamento quanto aos indicadores de mortalidade, que devem ser fidedignos e completos, através do preenchimento da DO, bem como a investigação correta da causa da morte, levando em consideração todos os fatores relacionados e a capacitação dos profissionais incumbidos dessas ações.

### **3 METODOLOGIA E MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Foi realizado um estudo epidemiológico, retrospectivo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo, com dados secundários.

O estudo epidemiológico está relacionado à distribuição e aos fatores que são essenciais para condições de saúde ou de doença em uma determinada população podendo ser experimentais ou observacionais (COSTA; BARRETO, 2003).

Segundo Köche (2011), a pesquisa de caráter descritivo estuda as relações entre duas ou mais variáveis de um dado fenômeno sem manipulá-los, constatando e avaliando essas relações à medida que essas variáveis se manifestam espontaneamente em fatos e em situações.

O método quantitativo é definido pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Buscando assim, uma maior precisão dos resultados e evitando problemas como distorções de análise e interpretação (RICHARDSON et al., 2010).

Dados secundários auxiliam outros tipos de pesquisa, sendo definidos como informações já existentes em várias fontes como IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e em outras instituições e fundações governamentais, cujas informações são coletadas, tabuladas e analisadas a fim de conectar dados soltos nessas fontes, sendo em sua maioria demográficas (CONSULTORIA PESQUISA E PLANEJAMENTO LTDA, [?]).

#### **3.2 LOCAL DE PESQUISA**

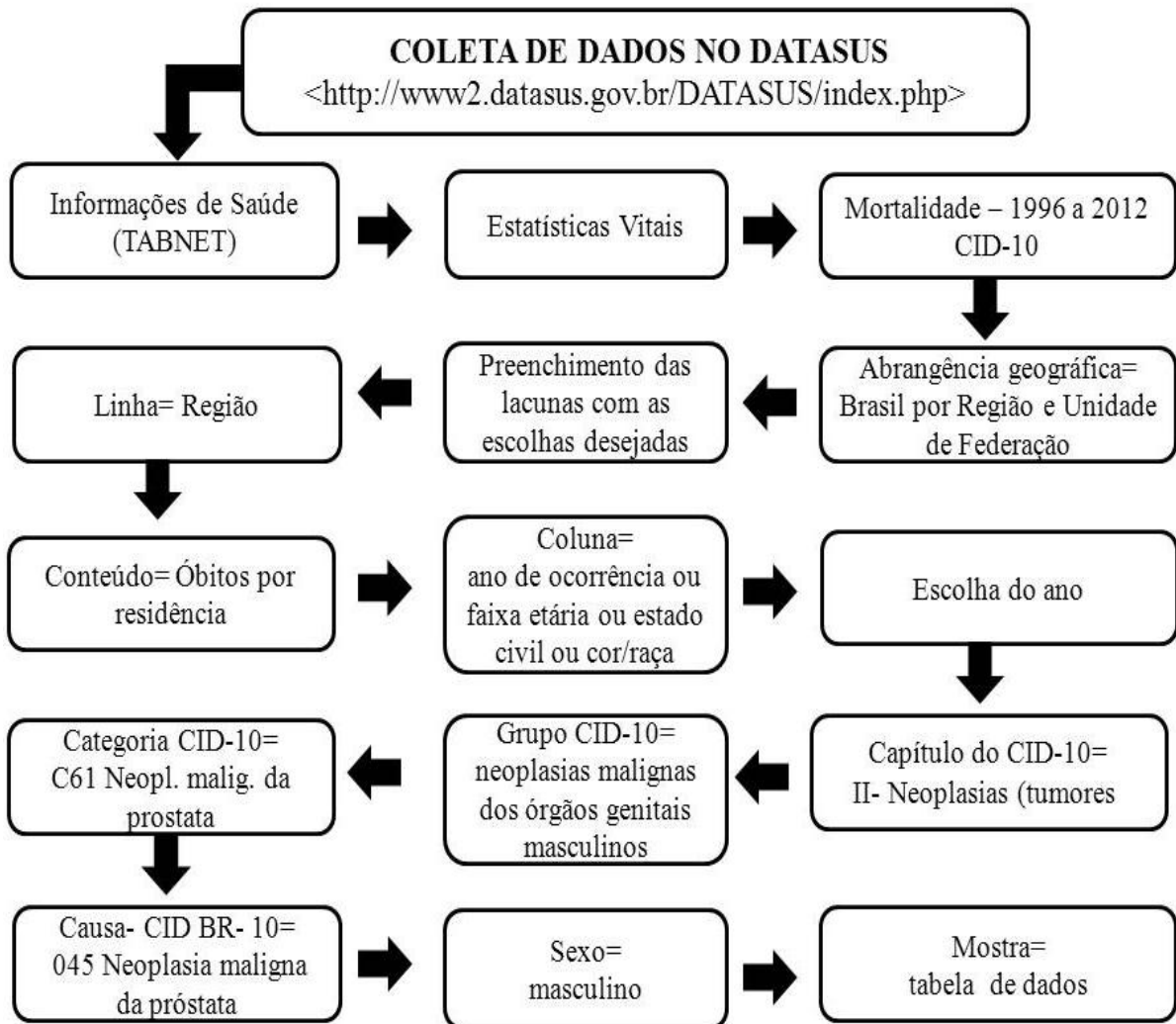
O presente estudo foi realizado no site DATASUS, com base nos dados fornecidos pelo SIM.

#### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

O presente estudo teve como população e amostra todos os registros de indivíduos que vieram a óbito por neoplasia maligna da próstata no Brasil no período de 2001 a 2012.

### 3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Para Marconi e Lakatos (2010), a coleta de dados é a etapa da pesquisa em que é aplicada os instrumentos elaborados e as técnicas selecionadas com a finalidade de coleta dos dados previstos.



Para consolidar os dados foi utilizado um instrumento próprio, construído para tal fim (APENDICE A).

### 3.5 PERÍODO DE COLETA

A pesquisa ao banco de dados foi realizada no período janeiro a abril de 2014.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados foi realizada a seleção e a tabulação (construção de tabelas no Microsoft Office Word 2010) dos mesmos, usando como parâmetro estatístico a proporção e como medida de tendência central a média, obtendo a média de óbitos ocorridos anualmente.

Posteriormente foi realizada a análise dos dados utilizando estatística descritiva simples e embasando com a literatura pertinente.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Mesmo a pesquisa não tratando diretamente de seres humanos, mas sim de dados secundários, os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidos.



#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com os dados da Tabela 1, apresentada na página 24, pode-se constatar um aumento no número de óbitos por Ca de próstata ao longo dos anos, apesar de haver uma oscilação para menos na diferença percentual entre 2006 e 2007, 2008 e 2009, 2010-2011 e 2012.

Com relação às regiões brasileiras, a que apresentou maior média de óbitos por esse tipo de agravo foi a sudeste, com 46,37% da média nacional, um total de 33.213 casos ao longo dos 11 últimos anos, tendo o ano de 2012 como o mais significativo, com o valor de 5884 casos. Mas todas as regiões brasileiras progressivamente apresentaram um crescimento nos registros de óbitos, apesar da maioria terem apresentado uma diminuição entre dois anos, com exceção da sul, nos anos de 2007-2008 e 2011-2012.

Para Friestino et al. (2013), o aumento na incidência e no registro desse tipo de doença, foi causado por características determinantes que mudaram o perfil da mortalidade no Brasil sendo essas o envelhecimento populacional, o aumento no número de indivíduos com doenças crônicas degenerativas, mudanças nos hábitos alimentares e falta de exercícios físicos.

Outros fatores que provavelmente contribuíram para o aumento no registro progressivo desses óbitos foram à melhoria dos registros de óbitos e a organização dos serviços quanto à investigação correta da causa da morte. Em contrapartida, demonstra uma falha no diagnóstico precoce do Ca de próstata, ocasionando a diminuição do tempo para tratamento efetivo e suas possibilidades de cura, o que leva a um mau prognóstico.

A DO faz-se necessária por ser um instrumento utilizado para o registro de informações sobre o ocorrido com um determinado indivíduo em uma determinada situação, por isso tais dados devem ser feitos pelo profissional competente, bem como a realização de uma investigação correta de tudo que aconteceu, a fim de determinar a causa da morte, através do exame do corpo, assim pode-se identificar o número exato de óbitos no país, podendo ser utilizados para pesquisa e para a criação de métodos preventivos, diagnósticos e tratamento de doenças que ocasionam a morte da população nacional.

Para Silva et al. (2011), o seu correto preenchimento é de extrema importância, por refletir a capacidade resolutive diagnóstica dos serviços de saúde, ocasionando uma melhor qualidade de informação sobre mortalidade.

**Tabela 1** - Distribuição dos óbitos por Ca de próstata por região brasileira no período de 2001 a 2012.

<b>Região</b> <b>Ano</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>NE</b>	<b>%</b>	<b>SE</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>CO</b>	<b>%</b>	<b>BRASIL</b>	<b>≠ %</b> <b>Ano/ano</b>
<b>2001</b>	257	3.2	1446	18.0	4144	51.5	166	2.0	520	6.4	8033	
<b>2002</b>	272	3.2	1688	20.1	4293	51.1	1626	19.3	510	6.0	8389	4.4
<b>2003</b>	339	3.8	1794	20.0	4558	50.7	1708	19.0	578	6.4	8977	7.0
<b>2004</b>	339	3.5	2000	20.8	4810	50.1	1849	19.2	592	6.1	9590	6.8
<b>2005</b>	354	3.5	2347	23.0	4978	48.1	1899	18.5	636	6.2	10214	6.5
<b>2006</b>	435	4.0	2967	27.0	4917	44.6	2007	18.2	681	6.1	11007	7.7
<b>2007</b>	446	3.9	3094	27.0	5194	45.2	2052	17.8	692	6.0	11478	4.2
<b>2008</b>	537	4.4	3336	27.5	5430	44.8	2047	16.8	771	6.3	12121	5.6
<b>2009</b>	515	4.2	3378	27.5	5455	44.4	2144	17.4	782	6.3	12274	1.2
<b>2010</b>	557	4.4	3441	26.9	5603	43.8	2304	18.0	873	6.8	12778	4.1
<b>2011</b>	603	4.6	3633	27.6	5647	43.0	2326	17.7	920	7.0	13129	2.7
<b>2012</b>	692	5.2	3580	26.8	5884	44.0	2291	17.1	907	6.8	13354	1.7
<b>Média</b>	445.5	-	2725.3	-	5076.0	-	1868.25	-	705.1	-	10945.3	4.7

**Legenda:** N - Norte ; NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste.

**Fonte:** DATASUS/SIM, 2014.

A Tabela 2, apresentada na página 26, evidencia que a faixa etária com maior número de registros de óbitos por essa enfermidade é a de 60 a 79 anos, com 71.273 casos no Brasil nos últimos 11 anos, procedida pela faixa etária de  $\geq 80$  anos e ignorada.

El Barouki (2012) corrobora com os dados encontrados, afirmando que a faixa etária mais acometida por essa neoplasia é superior a  $> 50$  anos, dado que representa um grande problema de saúde pública, tendo em vista que a população do país está envelhecendo cada vez mais. Sabe-se que quanto mais cedo for diagnosticado o Ca, melhor será o seu prognóstico e para tanto conforme destacam Silva et al. (2013) os profissionais de saúde devem ser capacitados para orientar os pacientes sobre os riscos de vir a desenvolver algum tipo de neoplasia e quais os testes que podem fazer para tal confirmação. Para a identificação precoce do Ca de próstata a Associação Brasileira de Urologia recomenda a realização de exames em negros e/ou com histórico familiar a partir dos 40 anos e para os demais a partir dos 50 anos (RODRIGUES; SALES, 2013).

A ocorrência dos óbitos em faixas etárias tão elevadas reforça o próprio comportamento da doença, pois em sua maioria, os homens descobrem que estão com Ca de próstata tardiamente, em decorrência do comportamento masculino, que na maioria das vezes, só procurarem os serviços de saúde quando estão em estado bem avançado da doença e pesquisas demonstram que homens se fazem menos presentes em serviços de saúde quando comparados às mulheres, atitude justificada pela imagem construída histórica e socialmente de serem os mais fortes, viris e não poderem demonstrar fraqueza e sensibilidade. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Algo que também merece destaque é a faixa etária de  $< 40$  anos, pois a mesma apresentou 3 casos de indivíduos  $\leq 4$  anos e 4 óbitos em indivíduos de 5 a 9 anos de idade, essa ocorrência de casos tão precoces evidencia a predisposição genética ou má formação, demonstrando, a falta de preparo dos nossos serviços para conduzir casos que fogem da rotina esperada.

E segundo Marchi et al. (2013), casos de óbitos infanto juvenil relacionados a neoplasias é um assunto relevante, pois são indivíduos cujo Ca age de forma mais agressiva, mesmo quando diagnosticado precocemente e o aumento no número desses casos demonstra que há o envolvimento de outros fatores de risco ou que está havendo uma maior notificação dos casos.

Pelo exposto, faz-se necessária uma melhor atuação da equipe de saúde da atenção primária, para a captação dos homens, a fim de assisti-los melhor.

**Tabela 2** - Distribuição dos óbitos por Ca de próstata por região brasileira segundo a faixa etária no período de 2001 a 2012.

Região Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
N		257	272	339	339	354	435	446	537	515	557	603	692
	<40anos	3	-	-	1	-	-	1	4	1	-	2	1
	40 a 59 anos	29	26	25	26	33	27	20	27	31	45	34	32
	60 a 79 anos	154	165	209	197	204	238	268	291	305	297	293	377
	≥80 anos e ignorada	71	81	105	115	117	170	157	215	178	215	274	282
NE		1446	1688	1794	2000	2347	2967	3094	3336	3378	3444	3633	3580
	<40anos	1	3	3	5	5	6	6	11	4	6	9	7
	40 a 59 anos	73	86	92	101	105	137	152	142	123	140	158	162
	60 a 79 anos	797	931	988	1063	1202	1430	1513	1631	1603	1657	1735	1776
	≥80 anos e ignorada	575	668	711	831	1034	1394	1423	1552	1648	1638	1731	1645
SE		4144	4293	4558	4810	4978	4917	5194	5430	5455	5603	5647	5884
	<40anos	3	2	2	9	4	9	9	8	5	6	9	15
	40 a 59 anos	241	254	239	263	264	268	277	285	275	302	284	306
	60 a 79 anos	2446	2551	2681	2774	2847	2779	2901	2919	2975	2958	3009	3061
	≥80 anos e ignorada	1454	1486	1636	1764	1861	1863	2007	2218	2200	2337	2345	2502
S		1666	1626	1708	1849	1899	2007	2052	2047	2144	2304	2326	2291
	<40anos	13	-	-	1	-	3	4	3	1	3	1	2
	40 a 59 anos	419	96	93	86	104	104	99	107	94	96	117	112
	60 a 79 anos	655	962	1034	1080	1060	1152	1183	1164	1199	1289	1237	1237
	≥80 anos e ignorada	579	568	581	682	735	748	766	773	850	916	971	940
CO		520	510	578	592	636	681	692	771	782	873	920	907
	<40anos	3	1	3	-	1	1	-	-	2	-	2	4
	40 a 59 anos	17	24	32	40	38	42	37	42	47	47	45	50
	60 a 79 anos	324	303	344	358	366	380	399	441	428	458	497	498
	≥80 anos e ignorada	176	182	199	193	231	258	256	288	305	368	376	354

**Legenda:** N - Norte ; NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste.

**Fonte:** DATASUS/SIM, 2014.

Para a confecção da Tabela 3, apresentada na página 28, optou-se pela dicotomização das raças em branca e não branca, cuja última compreende pretos, pardos, amarelos e indígenas. Destaca-se ainda que os amarelos e indígenas aparecerem em quantidade muito inferior, na ordem de 2,5% em média do total de não brancos.

Os dados da Tabela 3 revelam que no Brasil o maior número de óbitos por Ca de próstata ocorreu em brancos, mesmo com o agrupamento das raças em não brancos e mesmo com a exceção nas regiões N e NE, pois ao fazer a distribuição isolada de cada raça, a branca continua sendo a com maior número de casos.

Esses dados diferem dos estudos e pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América, onde negros são mais acometidos e morrem mais do que brancos pelo mesmo tipo de Ca. Para Conceição (2012) esses valores podem ser explicados pelas condições de vida, pela forma de rastreamento e a maior presença de diagnósticos tardios nesses indivíduos, tendo assim um período menor de sobrevida entre o diagnóstico e o óbito.

Necessário destacar que a forma de organização do sistema de saúde pública americano difere muito do brasileiro, que segundo Paim et al. (2011), no Brasil há um esforço singular em oferecer serviços de saúde gratuitos, vinculados ao SUS. Enquanto que nos Estados Unidos da América, segundo Duarte, Escrivão Júnior e Siqueira (2013), os serviços de saúde baseiam-se em um sistema de dominância de mercado, sendo em sua maioria sob a forma de seguro, ou seja, assistência privada, algo ineficiente e malévolos para a população.

Como consta nessa tabela há um valor significativo de dados cuja cor/raça são ignoradas, um dado relevante, uma vez que se todas as raças estivessem devidamente identificadas poderia se traçar um perfil mais fidedigno dessa variável no território nacional. Para Lopes (2011) o registro de dados de forma precisa exerce a função de confirmação da situação ocorrida, tornando público, verossímil e válido perante a lei.

Vale salientar que é de suma importância haver um atendimento indistinto, independente da cor/raça, idade, sexo ou condição financeira.

**Tabela 3** - Distribuição dos óbitos por Ca de próstata por região brasileira segundo a cor/raça no período de 2001 a 2012.

Região \ Ano		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N		257	272	339	339	354	435	446	537	515	557	603	692
	Branca	72	78	98	109	104	113	113	136	124	129	160	180
	Não branca	148	167	222	214	239	293	274	378	383	412	426	496
	Ignorada	37	27	19	16	11	29	19	23	8	16	17	16
NE		1446	1688	1794	2000	2347	2967	3094	3336	3378	3441	3633	3580
	Branca	530	578	635	109	792	940	914	989	1020	959	1037	1007
	Não branca	641	825	893	1043	1260	1609	1820	2004	2023	2187	2044	2311
	Ignorada	275	285	266	269	295	418	360	343	335	295	252	262
SE		4144	4293	4558	4810	4978	4917	5194	5430	5455	5603	5647	5884
	Branca	2860	2973	3190	3308	3330	3165	3337	3465	3374	3418	3541	3574
	Não Branca	955	991	1101	1244	1386	1333	1454	1544	1663	1805	1749	1960
	Ignorada	329	329	267	258	262	419	430	421	418	380	357	350
S		1666	1626	1708	1849	1899	2007	2052	2047	2144	2304	2326	2291
	Branca	1405	1400	1439	1580	1612	1733	1797	1786	1842	1964	1911	1926
	Não branca	157	153	190	208	207	211	201	209	241	291	356	306
	Ignorada	104	73	79	61	80	63	54	52	61	49	59	59
CO		520	510	578	592	636	681	692	771	782	873	920	907
	Branca	265	259	307	307	282	329	331	384	364	451	430	415
	Não branca	203	212	238	260	328	321	333	357	389	395	486	459
	Ignorada	42	39	33	25	26	31	28	30	29	27	34	33

**Legenda:** N - Norte ; NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste.

**Fonte:** DATASUS/SIM 2014

Na Tabela 4, apresentada na página 30, os dados referentes aos estados cívicos solteiro e separado foram agrupados, pois eles denominam uma mesma condição civil, sem companheiro perante a lei.

Segundo os dados apresentados, em todas as regiões há um maior número de registros de óbitos em homens casados, demonstrando que há uma deficiência maior na busca dessa população, que não vão às UBS para a realização dos exames diagnósticos para esse tipo de neoplasia, muitas vezes por tabu, vergonha e por acharem que nunca serão acometidos por tal doença. E que mesmo com a participação positiva da mulher na vida do homem, ao estimulá-lo a ir aos serviços de saúde, não o fazem e os que ainda vão, provavelmente, já o fazem tardiamente, diminuindo suas chances de cura.

Aranda (2012) descreve um estudo realizado pelo hospital AC Camargo, em São Paulo, cujos resultados revelaram que oito em cada dez homens vão ao médico por causa da mulher, independente do grau de parentesco ou união e que 77% dos casos foram diagnosticados precocemente, graças à influência de suas parceiras.

Pelo exposto, algo que poderia desencadear o interesse da população masculina a ir aos serviços de saúde, sendo estes em sua maioria gratuitos, a realização de ações educativas, palestra sobre o tema, enfatizando a importância de uma vida mais saudável, a realização de campanhas a respeito dessa neoplasia mais vezes ao ano e a insistência comedida dos profissionais de saúde quanto à exposição dos principais fatores de risco, formas de diagnóstico e tratamento.

**Tabela 4 - Distribuição dos óbitos por Ca de próstata por região brasileira segundo o estado civil no período de 2001 a 2012.**

Região	Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N		257	272	339	339	354	435	446	537	515	557	603	692
	Solteiro/ Separado	44	37	60	51	66	70	73	98	122	112	114	142
	Casado	144	170	195	196	200	266	248	303	269	313	312	35
	Viúvo	43	37	52	63	70	65	83	100	89	91	96	126
	Outros/ Ignorado	26	28	32	29	18	34	42	36	35	41	81	79
NE		1446	1688	1794	2000	2347	2967	3094	3336	3378	3441	3633	3580
	Solteiro/ Separado	199	244	274	346	404	584	575	583	609	616	607	608
	Casado	872	982	1027	1141	1387	1629	1714	1903	1914	1946	1921	1804
	Viúvo	246	289	296	367	375	496	556	631	619	592	664	652
	Outros/ Ignorado	129	173	197	156	281	258	249	219	236	247	441	516
SE		4144	4293	4558	4810	4978	4917	5194	5430	5455	5603	5647	5884
	Solteiro/ Separado	504	498	533	614	664	679	755	804	769	852	840	922
	Casado	2590	2708	2802	3028	3037	3042	3111	3192	3285	3349	3245	3356
	Viúvo	907	941	958	1012	1095	1013	1119	1160	1153	1159	1139	1126
	Outros/ Ignorado	143	146	265	156	182	183	209	274	248	243	423	480
S		1666	1626	1708	1849	1899	2007	2052	2047	2144	2304	2326	2291
	Solteiro/ Separado	147	143	166	186	193	197	205	251	274	286	335	291
	Casado	1089	1062	1113	1169	1235	1264	1314	1248	1308	1405	1359	1343
	Viúvo	361	360	373	428	416	478	450	477	495	524	520	503
	Outros/ Ignorado	49	61	56	66	55	68	83	71	67	89	112	154
CO		520	510	578	592	636	681	692	771	782	873	920	907
	Solteiro/ Separado	79	77	86	112	129	129	133	140	141	159	166	161
	Casado	296	278	351	306	327	374	388	440	436	479	479	454
	Viúvo	101	100	105	133	141	127	131	153	153	524	189	184
	Outros/ Ignorado	44	55	36	41	39	51	40	38	52	63	86	108

**Legenda:** N - Norte ; NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste.

**Fonte:**DATASUS/SIM2014



## 5 CONCLUSÕES

O Ca de próstata desponta como um grave problema de saúde pública, pois vitimiza muitos homens em idade reprodutiva, sendo nessa fase em que o Ca de próstata se instala, e leva à óbito indivíduos ainda em idade produtiva, pois muito homens idosos trabalham, deixando muitas famílias órfãs.

A realização do trabalho propiciou o alcance dos objetivos desejados, possibilitou a construção de uma série histórica, a partir do estudo dos dados no período de 2001 a 2012. Observou-se que o perfil do homem que mais vai a óbito por Ca de próstata é o da raça/cor branca, com faixa etária de 60 a 79 anos e casado e evidenciou-se que a região com maior registro de óbitos por essa neoplasia é a sudeste, sendo o ano 2012 o mais significativo.

O estudo evidenciou que o registro dos casos de Ca de próstata é um importante instrumento para avaliação de indicadores, pois é através desses dados que se pode ter uma noção da mortalidade causada por essa neoplasia que atinge cada vez mais a população masculina, porém é necessário um maior compromisso de quem faz o preenchimento das declarações de óbitos, pois um ou outro dado que deixa de ser informado, pode mudar ou não o perfil do agravo.

Como cada região tem suas características próprias de desenvolvimento e organização de saúde, se faz necessário um olhar diferenciado para diminuir as desigualdades sociais, sendo necessária uma maior efetivação da atenção básica, caracterizada como porta de entrada do SUS, mas para tanto se deve mantê-la com uma equipe capacitada, sensibilizada para operacionalizar a política de saúde do homem e dessa forma oferecer informações, promover palestras, rodas de conversas e reorganizar o serviço de forma que o homem possa se identificar com ele e assim buscá-lo com mais frequência quando preciso.

Além disso, os gestores devem equipar os serviços, pois na suspeita de que o indivíduo tenha essa neoplasia, ele possa contar com um serviço de referência e contra referência, onde seja captado e acompanhado devidamente para a realização de exames necessários para a confirmação do diagnóstico e após a confirmação desse tipo de neoplasia, iniciar a melhor forma de tratamento.

Por sua complexidade é um tema que precisa de mais estudos para que se acentuem formas de prevenção, captação dos homens nos serviços e instalação de diagnóstico precoce. Nesse sentido, com a atuação conjunta de todos os profissionais da área de saúde, tanto na

assistência como na parte burocrática, seria possível, conforme os parâmetros da PNAISH, uma melhor e mais completa assistência à saúde do homem.

Associando uma atenção primária organizada, com intensificação das atividades de educação em saúde e uma maior operacionalização na atenção secundária e terciária, acredita-se que se conseguirá melhorar os indicadores de Ca de próstata e oferecer uma melhor qualidade de vida aos homens portadores desse agravo e uma melhoria na prevenção e no diagnóstico precoce.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Protásio Martins Costa. LIMA, Cláudio Luiz Martins. Câncer de próstata. **ABC da Saúde Informações Médicas Ltda**. 01 nov. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?63>>. Acesso em: 9 mar. 2014.
- ARANDA, Fernanda. 80% dos homens são levados ao médico pelas mulheres. **IG São Paulo**, Minha Saúde, São Paulo. 13 out. 2012. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minhasaude/2012-10-13/80-dos-homens-sao-levados-ao-medico-pelas-mulheres.html>>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- BIGELI, Júlio César Potenziani. **Significado del Grado de Gleason y del Score de Gleason em pacientes com cancer prostatico**. [S.l.], [?]. Disponível em: <<http://www.sexarchive.info/BIB/Potenziani/gleason.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer - próstata - sintomas**. Rio de Janeiro: INCA. 2014a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/sintomas>>. Acesso em: 22 out. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 124p. : il. col., mapas, 2014b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de Câncer - próstata- Diagnóstico**. Rio de Janeiro, 2014c. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/diagnostico\\_profissional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/diagnostico_profissional)>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer- Próstata- Tratamento**. Rio de Janeiro, 2014d. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/tratamento>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- \_\_\_\_\_. Decreto de nº 8.065 de 07 de agosto de 2013. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Brasília, 8 ago. 2013a. Seção 1, n. 152, p. 7. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/57540694/dou-secao-1-08-08-2013-pg-7/pdfView>>. Acesso em: 3 fev. 2014.
- \_\_\_\_\_. Portaria de nº 874 de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Brasília, 17 maio. 2013b. Seção 1, n. 94, p. 129-132. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/05/2013&jornal=1&pagina=129&totalArquivos=232>>. Acesso em: 9 fev. 2014.
- \_\_\_\_\_. Decreto de nº 8.065 de 7 de agosto de 2013. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Brasília, 8 ago. 2013c. Seção 1,

nº 152, p. 1-15. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/57540688/dou-secao-1-08-08-2013-pg-1/pdfView>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei de nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Ministério da Saúde. Brasília, 23 nov. 2012. Seção 1, n. 226, p. 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/43481263/dou-secao-1-23-11-2012-pg-1/pdfView>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes**. Brasília. 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. 2008b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/DATASUS. Departamento de informática do SUS. Sistemas e aplicações. Eventos Vitais. **Sistema de Informações de Mortalidade**. 2008c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. TNM: classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro, 6. ed, 2004, p. 254. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev**. Câncer da próstata: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002a. p. 6-7. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_prostata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS Trajetória 1991-2002**. Série G Estatística e Informação em Saúde. Brasília, 2002b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria\\_datasus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf)> Acesso em: 3 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, jul. 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_cuidados\\_oncologicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf)>. Acesso em: 4 fev. 2014.

CALVETE, Antonio Carlos et al. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da porcentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. **Prev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 250-254, 23-29 maio. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a26v49n3.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

CONCEIÇÃO, Mara Beatriz Martins. **Tendência temporal da mortalidade por câncer de próstata segundo macrorregiões do Brasil no período de 1980 e 2010**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101005/314865.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

CONSULTORIA PESQUISA E PLANEJAMENTO LTDA. CP-2. **Metodologia de Coleta de Dados**. Belo Horizonte, MG, [?]. Disponível em: <<http://www.cp2.com.br/servicos-metodologias-de-coleta-de-dados.php>>. Acesso em: 1 maio. 2014.

COSTA, Maria Fernanda Lima. BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Belo Horizonte, MG. v. 12, n. 4, out./dez. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

CUSTÓDIO, Denilson Santos. Câncer de Próstata – Fatores de Risco. **Oncológica**, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://www.cancerinfo.com.br/artigo/cancer-de-prostata-fatores-de-risco.html>>. Acesso em: 22 out. 2013.

DUARTE, Norberto de Almeida. ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro. SIQUEIRA, Sueli. O acesso aos serviços de saúde por emigrantes brasileiros nos Estados Unidos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.365-376, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/CFP/Meus%20documentos/Downloads/76437-104537-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, supl.1, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 maio. 2014.

EL BAROUKI, Mayene Pongeluppe. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 686-698, 10 maio. 2012. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/142/pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

FELIX, Janaina Daumas et al. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). **Ciênc. saúde coletiva [online]**, [S.l.], v.17, n.4, p. 945-953, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a16.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

FRIAS, Paulo Germano de et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10

p. 2257-2266, out. 2008. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n10/07.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

FRIESTINO, Jane Kelly Oliveira et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas futuras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n. 3, jul/set. p. 688-701. 2013. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/613>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica: núcleo de família e comunidade) – Universidade Católica de São Paulo, SP. Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_arquivos/22/TDE-2008-08-26T06:57:07Z-6254/Publico/Marcelo%20Marcio%20Siqueira%20Gianini.pdf](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2008-08-26T06:57:07Z-6254/Publico/Marcelo%20Marcio%20Siqueira%20Gianini.pdf)>. Acesso em: 9 mar. 2014.

GOMES, Romeu. NASCIMENTO, Elaine Ferreira de. ARAÚJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. Scielo Brasil, Rio de Janeiro. vol. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015) >. Acesso em: 2 ago. 2014.

GONCALVES, Ivana Regina; PADOVANI, Carlos; POPIM, Regina Célia. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul/ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400031&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400031&lng=pt)>. Acesso em: 22 out. 2013.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Núcleo Avançado em Urologia. **Doenças da Próstata: [?]** Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/doencas-urologicas/doencas-prostata/Paginas/doencas-prostata.aspx>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos da Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 29. ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LAURETI, Ruy. JORGE, Maria Helena Prado de Mello. GOTLIEB, Sabina Léa Davdison. Estatísticas de mortalidade e seus usos. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, jun. 2013. Disponível em: < <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/753/1598>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

LOPES, Antônio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**.vol.2. São Paulo: Roca, 2006. p. 3291.

LOPES, Júlio César Namem. Aspectos éticos e jurídicos da declaração de óbito. **Revista Bioética (Impr.)**, Belo Horizonte - MG, v. 19, n. 2, p. 367-382. 2011. Disponível em: < [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/634/661](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/634/661)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MATHEUS, Malta de Sá; XAVIER, Gruffat. Estimativa do câncer de próstata. **CRIASAUDE.com.br**. 9 de nov. 2013. Disponível em:<

<http://www.criasaude.com.br/N5615/doencas/estatisticas-cancer-de-prostata.html>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

MARCHI, Joisy Aparecida et al. Câncer infante juvenil: perfil de óbitos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Paraná, v. 14, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1237>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARKT, Sara. Sleep may protect against prostate cancer. **Harvard School of public Health**, [S.l.], 19 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/news/hsph-in-the-news/sleep-and-prostate-cancer/>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

MARTINS, Diogo Filipe Ribeiro. **PSA- Valor e limitações no rastreio, diagnóstico e prognóstico no cancro de próstata**. 2013. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71898/2/1877.pdf>>. Acesso em: 3 de fev. 2014.

MIGOWSKI, Arn. SILVA, Gulnar Azevedo e. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 345, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/16.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2014.

MIOTTO, André. Câncer de próstata. **UNIFESP-EPM/Liga Urológica Acadêmica (LUA)**, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://uroepm.com.br/lua/artigos.html>>. Acesso em: 1 jan. 2014.

NEVES, Flávia de Assunção. JUNGES, Fernanda. Sistema de informação em saúde como instrumento de avaliação da saúde da população. In: MOSTRA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU DA PUC GOIÁS, 6ª., 2011. Goiânia. **Artigo**. Goiânia: Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa, Coordenação de Pesquisa Lato Sensu. 21 out. 2011. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/6mostra/artigos/SAUDE/FL%C3%81VIA%20DE%20ASSUN%C3%87%C3%83O%20NEVES.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

PAIM, Jaimilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Série-Saúde no Brasil 1**. Salvador, BA, 9 maio. 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. 11. reimpressão. São Paulo: Atlas, 2010. p. 70.

RODRIGUES, Romir; SALES, Catarina Aparecida. Aspectos Epidemiológicos e Diagnósticos do Carcinoma Prostático. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.6. n.1, p. 131-140, jan./abr. 2013. Disponível em:

<<http://cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/2620/1855>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SILVA, Tiago Barreto de Castro e et al. Percepção de causas e risco oncológico, história familiar e comportamentos preventivos de usuários em aconselhamento oncogenético. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200015&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 29 jul. 2014.

SILVA, Gulnar Azevedo e et al. Tendência de mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1009-1018, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n6/2963.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

SNOWDEN, Rebecca V. FDA Approves Prostate Cancer Vaccine. **American Cancer Society**. [S.l.]. Apr. 29. 2010. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/news/fda-approves-prostate-cancer-vaccine>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Campanha Novembro Azul-Pontos turísticos se iluminam pelo Novembro Azul-Conscientização sobre o câncer de próstata**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.sbu.org.br/?campanha-novembro-azul>>. Acesso em: 1 fev. 2014.

TRATAMENTO com vacina cubana contra câncer de próstata poderá se estender a todo o mundo. [S.l.]: Diário Liberdade, 28 set. 2012. Disponível em: <<http://www.diarioliberalidade.org/america-latina/sa%C3%BAde/31611-tratamento-com-a-vacina-contra-c%C3%A2ncer-de-pr%C3%B3stata,-apresentada-em-cuba,-poder%C3%A1-se-estender-a-todo-o-mundo.html>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

UNIDADE DE CUIDADOS. **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer**. 1. ed. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ-UNIV. ABERTA 3.IDADE. 2009. Disponível em: <<http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

PACHÊCO, Wallace Borges et al. Exame com Marcador Sérico e de Diagnóstico do Câncer de Próstata: PSA sérico, estadiamento e histopatológico: uma relação de eficácia. **Rev. Bras. Oncologia Clínica**, São Luis-MA, v. 6 . n.18, p. 8, set/dez. 2009. Disponível em: <<http://sboc.org.br/revista-sboc/pdfs/18/artigo1.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.

PRADO, Bruna. PFLEGER, Márcia. Ministério da Saúde. Serviço Social da Indústria do Paraná-SESI. **Revista Cuide-se +**. Paraná, ed. 1, out/dez. 2013. Disponível em <<https://www.magtab.com/leitor/150/edicao/6564>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

VIEIRA, Sabas Carlos et al. **Oncologia Básica**. 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Trabalho do Enfermeiro na Atenção à Saúde do Homem no Território da Estratégia Saúde na Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, vol. 04, n. 1. p.1741-1756, 2013. Disponível em:



<[http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/313/pdf\\_1](http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/313/pdf_1)>. Acesso em: 22 out. 2013.

ZERATI FILHO, Miguel; NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; REIS, Rodolfo Borges dos. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. Disponível em:

<[http://issuu.com/danielsantos63/docs/urologia\\_fundamental](http://issuu.com/danielsantos63/docs/urologia_fundamental)>. Acesso em: 10 fev. 2014.



## APÊNDICE B -- Termo de compromisso do pesquisador responsável.



Eu, **ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS**, professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCEG, responsabilizo-me pelo projeto de pesquisa **TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR NEOLASIA PROSTÁTICA NO BRASIL DE 2001- 2012**, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do trabalho final à Banca Examinadora da Universidade Federal de Campina Grande e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação em meio acadêmico e científico, bem como respeitar os preceitos éticos oriundos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
UFCEG/UAENF

## APÊNDICE C -- Termo de compromisso do pesquisador participante



Eu, **LETÍCIA MILENA FREITAS SILVA**, aluna da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG responsabilizo-me junto a minha orientadora, a desenvolver o projeto de pesquisa **TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR NEOLASIA PROSTÁTICA NO BRASIL DE 2001- 2012**, pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa, pela entrega do trabalho final à Banca Examinadora da Universidade Federal de Campina Grande e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação em meio acadêmico e científico, bem como respeitar os preceitos éticos oriundos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Letícia Milena Freitas Silva

UFCG

## ANEXO A -- Quadro resumo do estadiamento do câncer de próstata.

<b>Próstata</b>	
<b>TNM</b>	<b>Definição</b>
TX	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
T1	Não palpável ou visível
T1a	≤ 5%
T1b	>5%
T1c	Tumor identificado por biópsia por agulha
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	≤ metade do lobo
T2b	> metade do 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.
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Ausência de metástase em linfonodo regional
N1	Metástase em linfonodo(s) regional (ais)
MX	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Metástase à distância
M1a	Linfonodo(s) não regional(ais)
M1b	Osso(s)
M1c	Outra(s) localização(ões)

**Fonte:** TNM: classificação de tumores malignos. Brasil, 2004.