

REVISTA

# Mosaicum

Número 31, jan./jun., 2020

## PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA DA UNACON DE TEIXEIRA DE FREITAS, BA

Clinical-Epidemiological Profile of Patients with Prostate  
Cancer of the UNACON, of Teixeira de Freitas, BA

### **Tharcilla Nascimento da Silva Macena**

Mestre em Genética e Biologia Molecular (UESC)

E-mail: tharcillamacena@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-8884-8203>

### **Fernanda Mota Prates**

Graduada em Biomedicina pela Faculdade do Sul da Bahia

 <https://orcid.org/0000-0002-2183-5838>

### **Rafael de Souza Santos**

Graduado em Biomedicina pela Faculdade do Sul da Bahia

 <https://orcid.org/0000-0001-8569-4539>



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

**Resumo:** O câncer de próstata (CaP) é uma doença altamente prevalente, sendo a segunda neoplasia que mais acomete homens em todo mundo, tendo uma alta significância no quadro de morbimortalidade da população masculina. O presente trabalho trata de estudo retrospectivo, do tipo quantitativo, descritivo e quanto aos procedimentos se classifica como pesquisa de levantamento. A pesquisa foi realizada na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de Teixeira de Freitas, BA. Após análise, foi visto que 37,42% dos pacientes foram diagnosticados com o tumor em estadiamento III, concluindo que há uma dificuldade em detectar o CaP precocemente, o que diminui as chances de cura. Com esses resultados, espera-se, enfim, mobilizar e conscientizar os profissionais de saúde sobre seu papel humano e técnico-científico para cuidado efetivo tanto na atenção primária, quanto no tratamento de pacientes acometidos de carcinoma prostático, bem como estímulo nas investigações que enfatizem essa patologia.

**Palavras-chave:** Câncer. Próstata. Perfil Epidemiológico.

**Abstract:** Prostate cancer (CaP) is a highly prevalent disease, being the second neoplasm that most affects men worldwide, having a high significance in the morbidity and mortality of the male population. The present work deals with a retrospective study, of the quantitative and descriptive type, and regarding the procedures, it is classified as a survey research. The research was carried out at the High Complexity in Oncology Unit (UNACON) of Teixeira de Freitas-BA. After analysis, since 37.42% of the patients were diagnosed with the tumor in stage III, it was concluded that there is a difficulty in detecting the CaP early, which decreases the chances of cure. With these results, it is expected, finally, to mobilize and raise awareness among health professionals about their human and technical-scientific role for effective care both in primary care and in the treatment of patients with prostatic carcinoma, as well as an encouragement in investigations that emphasize this pathology.

**Keywords:** Cancer; Prostate; Epidemiological Profile.

---

## INTRODUÇÃO

A próstata é uma pequena glândula que só os homens possuem, localizada abaixo da bexiga, à frente do reto e atravessada pela uretra, sendo responsável pela produção de parte do sêmen.

O câncer de próstata (CaP) é uma doença altamente prevalente, sendo a segunda neoplasia que mais acomete homens em todo mundo, tendo uma alta significância no quadro de morbimortalidade da população masculina, o que o torna um problema de saúde pública (Howlader *et al.* (2017).

O presente trabalho consiste em estudo do tipo quantitativo, descritivo, e quanto aos procedimentos, classifica-se como pesquisa de levantamento. Os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com câncer de próstata foram coletados em 163 prontuários referentes ao período de 2013 a 2018 e

foram disponibilizados pela Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), de Teixeira de Freitas, BA

Entendendo que há dificuldade em detectar o CaP precocemente, o que diminui as chances de cura, esse estudo objetivou traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com câncer de próstata da UNACON, de Teixeira de Freitas, BA. Estudos desse gênero possuem alta significância, pois por meio deles é possível execução de projetos de intervenção de saúde para prevenção do CaP.

## METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa retrospectiva do tipo quantitativa pelo seu caráter objetivo e considerar a compreensão da com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e isentos (Fonseca, 2002).

Quanto ao objeto, a pesquisa classifica-se como do tipo descritiva e quanto aos procedimentos, o trabalho baseou-se no tipo pesquisa de levantamento. Este tipo de pesquisa é utilizado em estudos exploratórios e descritivos, podendo o levantamento ser de dois tipos: levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população (Fonseca, 2002).

A coleta de dados foi realizada em livros, trabalhos de conclusão de curso, artigos, monografias e revistas nos bancos de dados do Scielo, Lilacs, Google Acadêmico e Pubmed, utilizando os seguintes descritores: Câncer, Próstata e Perfil Epidemiológico.

Os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com câncer de próstata foram coletados na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), de Teixeira de Freitas, na Avenida Getúlio Vargas, nº. 4579, Bairro Santa Rita, Teixeira de Freitas, Bahia.

Os prontuários disponibilizados pela unidade foram de pacientes admitidos para realização do tratamento entre o segundo semestre de 2013 ao mês de agosto de 2018, correspondendo a uma amostra de 163 prontuários. As coletas de dados foram realizadas entre os meses de agosto e setembro de 2018. Os dados foram submetidos à mensuração e análise estatística para obtenção dos resultados e apresentados em tabelas e gráficos, cuja margem de segurança foi estabelecida através do cálculo de desvio padrão.

Posteriormente, os resultados foram comparados a resultados de estudos contidos na revisão bibliográfica.

## REVISÃO DE LITERATURA

A próstata é uma pequena glândula que só os homens possuem, normalmente medindo de 3 a 4 cm na base, 4 a 6 cm na sua dimensão céfalo-caudal e 2 a 3 cm na sua dimensão ântero-posterior. Está localizada abaixo da bexiga e à frente do reto e atravessada pela uretra, sendo dividida em quatro zonas: anterior, de transição, central e periférica (INCA, 2017).

A história natural do Câncer de Próstata (CaP) localizado possui como característica a progressão lenta, principalmente na fase inicial, pois, muitas vezes o paciente não apresenta nenhum sintoma. Durante a fase avançada alguns sintomas como dor óssea, insuficiência renal e infecção generalizada podem surgir (Bacelar, 2015).

O câncer de próstata é o sexto tipo mais incidente no mundo, sendo mais comum nos países desenvolvidos, como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte, e países da Europa Ocidental e Norte. Isso é normalmente atribuído às estratégias de rastreamento, implantação do teste antígeno prostático específico (PSA) e biópsia, o que torna possível a identificação de pequenos tumores, ainda na fase inicial de desenvolvimento. No Brasil, é o segundo mais comum entre os homens; o primeiro mais incidente é o câncer de pele não-melanoma (INCA, 2017).

Alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata são a idade avançada, a etnia e a predisposição familiar, sendo o envelhecimento o fator de risco mais significativo (Gonçalves *et al.*, 2008). Além dos fatores apresentados, há outros marcadores descritos na literatura, como hormônios sexuais, fatores exógenos, dieta, sedentarismo, obesidade, consumo de álcool e tabagismo que são influenciadores no aparecimento do CaP (INCA, 2002).

A detecção do câncer da próstata é feita pelo toque digital da glândula, por meio da medida dos níveis do Antígeno Prostático Específico (PSA) sérico e da ultrassonografia transretal. O toque retal apresenta uma sensibilidade que varia entre 18% e 35%, enquanto que as dosagens do PSA têm sensibilidade em torno de 40% a 50%, demonstrando uma sensibilidade maior que o toque retal (Srougi *et al.*, 2008). O diagnóstico do câncer de

próstata é realizado pelo estudo histopatológico do tecido obtido por meio biópsia da próstata, que deve ser considerada sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA. Com o resultado da biópsia, o relatório anatomopatológico fornecerá a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é avaliar e informar sobre a probabilidade da taxa de crescimento do tumor e sua capacidade de disseminação, além de auxiliar também, no desenvolvimento de uma melhor terapêutica ao paciente (INCA, 2002).

Após o diagnóstico, a conduta médica é estabelecer um tratamento individualizado para cada paciente, considerando características como idade, estadiamento do tumor, grau histológico, comorbidades, anseios dos pacientes, e os recursos técnicos disponíveis. O tratamento do carcinoma localizado da próstata consiste na observação vigilante, cirurgia radical e radioterapia (SROUGI et al., 2008). Outras terapêuticas comumente utilizadas são quimioterapia e hormonioterapia, indicadas em casos mais avançados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram estudados e analisados 163 prontuários de pacientes com carcinoma prostático tratados na UNACON, que não correspondem à totalidade de prontuários existentes na unidade. Os dados que foram analisados referem-se ao segundo semestre de 2013 a agosto de 2018.

Em relação ao endereço, foram verificados pacientes de 19 municípios da Bahia, sendo que 96,32% deles residem em área urbana e dessa parcela, 39,33% moram em Teixeira de Freitas. Em 0,61% dos prontuários não constavam a informação sobre cidade de moradia dos pacientes (Tabela 1).

CIDADE	Área Urbana	Área Rural	Porcentagem
1 Teixeira de Freitas	62	2	39,33%
2 Medeiros Neto	13	-	7,98%
3 Vereda	4	1	3,06%
4 Ibirapuã	4	1	3,06%
5 Itanhém	8	-	4,90%
6 Itamaraju	14	-	8,59%
7 Itabela	3	-	1,84%
8 Caravelas	2	-	1,22%
9 Mucuri	7	-	4,29%
10 Alcobaça	8	-	4,90%
11 Porto Seguro	5	-	3,06%

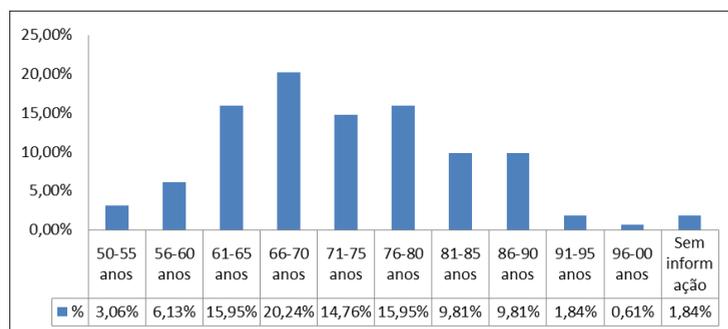
12 Eunápolis	6	-	3,68%
13 Nova Viçosa	6	-	3,68%
14 Lajedão	2	-	1,22%
15 Prado	9	1	6,14%
16 Guaratinga	1	-	0,61%
17 Salvador	1	-	0,61%
18 Santa Cruz Cabrália	1	-	0,61%
19 Jucuruçu	1	-	0,61%
Sem informação	1	-	
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Considerando os principais fatores de risco relacionados ao câncer de próstata, um que demonstra maior relevância é a idade. Haja vista que tanto a incidência quanto a mortalidade por CaP aumentam exponencialmente após os cinquenta anos (Howlader *et al.*, 2017).

Observou-se grande variação em relação à idade dos pacientes acolhidos pela UNACON, havendo maior concentração de homens na faixa etária de 66 a 70 anos, correspondendo a 20,24% da amostragem, havendo concordância com a tese de Gonçalves *et al.* (2008), que mostrou que a faixa etária com maior prevalência de CaP foi a mesma, o que se atribui ao fato de que após os 60 anos as chances de desenvolver a doença aumentam exponencialmente, basicamente devido ao envelhecimento celular e a diminuição da capacidade das células de se recuperarem, fazendo com que o organismo dos idosos sejam mais suscetíveis aos tumores (INCA, 2017).

Nos prontuários analisados, apenas 1,84% não continham informação referente à idade do paciente. A menor idade observada de ocorrência de CaP, foi a de 50 anos, reforçando que a incidência de CaP é maior a partir dessa idade (Howlader *et al.*, 2017). A distribuição completa da faixa etária está expressa no Gráfico 1.

**Gráfico 1** - Faixa etária dos pacientes



No que concerne à data de entrada desses pacientes à unidade, o ano com maior número de admissões para o tratamento de câncer de próstata foi 2018, correspondendo a 27,65% dos prontuários, sendo que este dado pode ser ainda maior, uma vez que foi analisado somente o primeiro semestre do ano. Em 2017, as admissões corresponderam a 20,85%; em 2016, o índice foi de 19,62%; em 2015, 12,27%; em 2014, 13,49%. Para o ano de 2013, foram disponibilizados somente prontuários do segundo semestre, representando 4,90%, pressupondo então que esses dados podem não corresponder ao índice correto das admissões. Vale ressaltar que dois prontuários não continham essa informação, contabilizando 1,84%.

Nota-se que o índice de admissões na unidade manteve-se crescente durante os anos, exceto o ano de 2015, o que se pode entender ser resultado das estratégias de rastreamento e prevenção que vem sendo implementadas. É possível que os prontuários de 2015 representem uma amostra mais significativa, tendo em vista que eles foram fornecidos de forma aleatória, não representando a totalidade dos prontuários existentes.

Dos prontuários pesquisados, 88,96% (145) permanecem ativos, enquanto 11,04% (18) estão inativos. Os prontuários considerados inativos são os daqueles pacientes que, por motivo não informado, deixaram de frequentar a unidade há mais de 6 meses, por abandono do tratamento, cura, mudança de endereço, óbito, dentre outros. Os prontuários que se mantêm ativos são de pacientes que apresentam comparecimento regular para continuidade do tratamento.

No que se refere ao comparecimento dos portadores de CaP à UNACON, 72,39% dos pacientes faziam visitas mensais regulares à unidade, o que justifica a terapêutica mais utilizada ser a hormonioterapia, que é administrada mensalmente. Visitavam a cada 3 meses 1,23%. Já, 0,61%, compareciam quinzenalmente, enquanto 3,07% mantinham visitas irregulares. Dos prontuários analisados, 22,70% não forneciam a informação do comparecimento dos pacientes, o que dificultou o levantamento com mais precisão sobre a frequência com que esses pacientes compareciam a UNACON.

Os prontuários que traziam informações quanto ao tabagismo, equivalem a 46,01% (75), resultado similar ao do estudo de Gonçalves et al. (2008), sendo 47,72% da amostra. Destes, 61,33% apresentaram-se negativos ao uso de tabaco, 29,34% declararam-se fumantes, em contrapartida, 9,33% são ex-fumantes, divergindo com o mesmo estudo citado, uma vez

que 27% dos pacientes não faziam uso do tabaco, 11,9% faziam e, aproximadamente, 8,33% eram ex-fumantes (Gonçalves et al., 2008).

Sobre etilismo, os dados encontrados são ainda mais restritos, correspondendo a 22,69% (37) dos prontuários. Dos quais 72,98% negam o hábito, 13,51% declararam-se etilistas e, 13,51% afirmaram ser ex-etilistas.

Dados sobre histórico familiar foram observados em 22,08% (36) da amostra, onde 97,22% possuía história familiar negativa para a patologia. Exclusivamente, apenas um prontuário revelou-se positivo para a variável “histórico familiar”, equivalendo a 2,78%. Segundo Bacelar (2015), homens cujos parentes diretos são portadores de CaP tem risco aumentado de desenvolver a doença, o que não foi observado dentre os resultados desse trabalho. Talvez se os prontuários analisados trouxessem tal informação, esses dados pudessem corroborar com Bacelar (2015). Além disso, outra contribuição para a progressão do câncer está na presença de genes envolvidos no adenocarcinoma familiar.

Vale ressaltar que 53,99% dos prontuários não apresentavam dados sobre tabagismo, 77,31% não falavam sobre etilismo e, 77,92% não abordavam a variável histórico familiar, o que causou estranheza, visto que são fatores predisponentes ao câncer de próstata amplamente citados na literatura como agentes nas fases iniciais de indução da carcinogênese e em fases posteriores como fomentador do carcinoma. O que sugere uma deficiência na anamnese dos pacientes que dão entrada na unidade, dificultando o delineamento das suas características epidemiológicas.

Todas as informações sobre tabagismo, etilismo e histórico familiar podem ser visualizadas na Tabela 2.

HISTÓRICO FAMILIAR	N	%
Positivo	1	2,78%
Negativo	35	97,22%
Total	36	100%

TABAGISMO		
Tabagista	22	29,34%
Ex-tabagista	7	9,33%
Não tabagista	46	61,33%
Total	75	100%

ETILISMO		
Etilista	5	13,51%
Ex-etilista	5	13,51%
Negativo	27	72,98%
Total	37	100%

**Tabela 2** - Tabagismo, etilismo e histórico familiar

As variáveis clínicas analisadas no presente estudo foram: Escore de Gleason, Estadiamento, Antígeno Prostático Específico (PSA), Localização tumoral e Tratamento.

Aceita-se como valores limites normais do PSA até 4 ng/mL, no entanto, valores abaixo deste, não excluem a possibilidade de haver um tumor. Níveis acima de 10 ng/mL há indicação formal para biópsia. Para valores entre 4-10 ng/mL deve-se também levar em consideração a mudança nos níveis de PSA ao longo do tempo, conhecida como a velocidade do PSA e a relação PSA livre/total (Damião *et al.* 2015).

Dos pacientes estudados, 7,98% apresentaram o PSA dentro do valor de referência, os prontuários com os valores de PSA entre 4,1-10,0 ng/mL somaram 23,31%, e a maior parte, representando uma fatia de 57,67%, foi referente aos prontuários com valor de PSA acima de 10,1 ng/mL. Os prontuários sem informação de PSA totalizaram 11,04%. Esses dados demonstram que apenas o exame de PSA normal não é suficiente para descartar a presença de câncer de próstata, sendo melhor a associação com outros exames, como o toque retal.

O Escore de Gleason é um sistema que confere ao tumor uma avaliação por meio de “pontos”, a partir de suas características histológicas (INCA, 2002). O escore final de Gleason é resultante da soma dos graus do padrão primário e secundário, por conta disso, as neoplasias mais diferenciadas apresentam escore 2, enquanto as mais indiferenciadas, apresentam escore 10, sendo estes os de piores prognósticos (Bacelar, 2015).

Dos prontuários analisados, verificou-se que a maior parte dos pacientes apresentavam o Gleason 7, correspondendo a 34,35% da população estudada. O Gleason 5 apresentou uma menor representatividade, presente em 7,36% dos prontuários. Observa-se ainda, que os Escores de Gleason entre 7 e 9, correspondem a 63,81% dos prontuários analisados; o que indica que os pacientes atendidos na UNACON apresentam tumores mais agressivos, divergindo do estudo de Vieira *et al.* (2012), em que destacaram-se os valores de Gleason 5 a 7, com taxa de 57,66% do total, sendo tumores moderadamente agressivos.

A distribuição completa do escore de Gleason para os demais prontuários está explícita na Tabela 3.

**Tabela 3 - Escore de Gleason e Estadiamento**

ESCORE DE GLEASON	N	%
5	12	7,36%
6	47	28,83%
7	56	34,35%
8	37	22,70%
9	11	6,76%
<b>Total:</b>	163	100%

ESTADIAMENTO		
I	-	-
II	38	23,31%
III	61	37,42%
IV	27	16,57%
Sem informação	37	22,70%
<b>Total:</b>	163	100%

A classificação das neoplasias malignas em grupos obedece a diferentes variáveis: localização, tamanho ou volume do tumor, invasão direta e linfática, metástases, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, idade do paciente, etc. O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro.

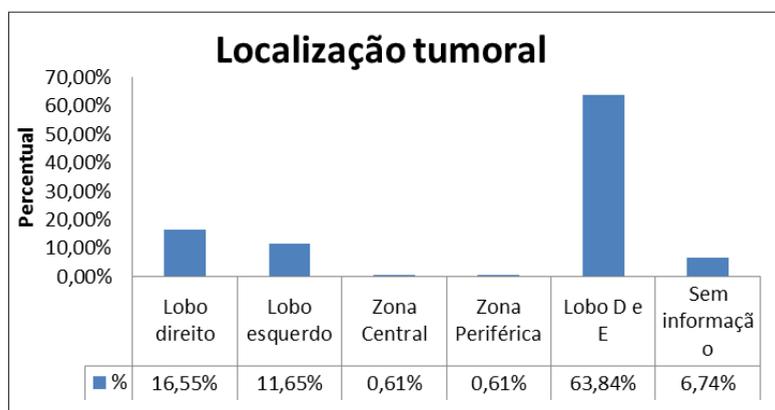
O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário, as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância. Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente. Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estágios que, geralmente, variam de I a IV (INCA, 2018).

Nos prontuários avaliados, constatou-se que 37,42% dos pacientes diagnosticados com CaP foram classificados como estágio III, que se refere a um tumor que já se desenvolveu e começou se disseminar para além da

próstata, podendo chegar nas vesículas seminais; 23,31% eram tumores estágio II, que se trata de um tumor mais avançado, mas que ainda não desenvolveu metástase; 16,57% dos pacientes apresentaram um tumor estágio IV, que se desenvolveu nos tecidos próximos à próstata, como esfíncter uretral, reto, bexiga, e/ou parede da pelve. Dos prontuários analisados, 22,70% não apresentavam o estadiamento (Tabela 3). Nesta variável, foi notado uma diferença relevante em relação ao estudo de Piantino et al; (2014), em que 70,8% dos prontuários analisados para sua pesquisa apresentaram o estadiamento II, o que pode ser justificado por ser sua pesquisa realizada na região Sudeste, mais desenvolvida, em que as políticas de prevenção ao CaP são mais eficazes. A falta de prontuários com estadiamento I pode ser atribuída à deficiência de diagnóstico precoce de CaP, visto que no estágio I o tumor é dificilmente palpado pelo médico no exame de toque retal, ou visto nos exames de imagem, nesses casos o diagnóstico é feito por biópsia realizada devido ao aumento do PSA.

No que diz respeito à localização do tumor, 63,84% da amostra possuía os lobos direito e esquerdo acometidos pela doença; 6,74% dos prontuários não disponibilizaram essa informação. As demais localizações relatadas estão expressas no Gráfico 2.

**Gráfico 2 - Localização tumoral**



Há uma incompatibilidade da nomenclatura utilizada nos prontuários com os estudados na bibliografia, pois, na bibliografia utilizaram-se os termos: zona central, transicional e periférica. Enquanto nos laudos contidos nos prontuários, os termos usuais foram: lobo direito, lobo esquer-

do e ambos. Isso ocorre devido ao fato de que na patologia a próstata é classificada em zonas, enquanto que na anatomia a denominação utilizada é “lobos”. Os lobos laterais encontrados nos prontuários correspondem a todas as zonas.

Ainda quanto à localização do tumor, dos prontuários investigados, apenas 5,52% (9) apontavam a presença de metástase nos pacientes. Dessa amostra, observou-se maior prevalência de metástase óssea, correspondendo a 66,66%; tal como no estudo de Zacchi et al. (2014), em que a presença de metástase óssea também foi a mais encontrada (18%); 22,22% apresentaram metástase na parede vesical, e 11,12% das metástases, estavam localizadas na coluna lombar.

Percebeu-se que daqueles que apresentaram metástase, 100% apresentava o PSA >35,0 ng/mL, em consonância com o estudo de Zacchi et al. (2014), em que constatam um risco elevado de metástases nos casos em que os pacientes apresentam valor de PSA maior que esse citado.

Após o diagnóstico, a conduta médica é estabelecer um tratamento individualizado para cada paciente, considerando características como idade, estadiamento do tumor, grau histológico, comorbidades, anseios do paciente, e os recursos técnicos disponíveis (Srougi et al., 2008); sendo que para a doença localizada, a cirurgia, a radioterapia e até mesmo a observação vigilante podem ser oferecidos e para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal tem sido utilizadas. No caso de doença metastática, o tratamento de escolha é a terapia hormonal.

Dos pacientes avaliados, 42,33% estavam sendo tratados exclusivamente por hormonioterapia, sendo os medicamentos mais descritos a Leuprorelina e Flutamida. A hormonioterapia é a mais indicada em casos sintomáticos que necessitam de palição e em estágios mais avançados, como III e IV, com níveis altos de PSA (>25 – 50 ng/mL). Essa variável, quando comparada ao grau de estadiamento dos pacientes, confirma o tratamento adequado, vez que nesse estudo, 37,42% foram diagnosticados em estágio III (Tabela 3).

Quanto ao tratamento combinado, foram verificadas diversas associações, encontrando-se 8,59% entre hormonioterapia e quimioterapia, 16,57% da hormonioterapia associada a radioterapia; 3,69% hormonioterapia, quimioterapia e radioterapia; 5,52% dos pacientes passaram pela cirurgia da prostatectomia radical concomitantemente ao tratamento hormonal e 0,61% passaram por hormonioterapia, quimioterapia, radioterapia e prostatectomia.

A prostatectomia radical é uma opção para pacientes com estágio localmente avançado, PSA <20 ng/mL, escore de Gleason na biopsia  $\leq 8$  e uma expectativa de vida superior a 10 anos. Em contrapartida, o tratamento cirúrgico apresenta complicações como: incontinência urinária, disfunção erétil, estenose de uretra ou colovesical, lesão de reto e as complicações decorrentes de cirurgias de grande porte. (Bacelar, 2015).

## CONCLUSÃO

Fundamentado nos dados obtidos dos 163 prontuários analisados, em que 37,42% dos pacientes foram diagnosticados com o tumor em estadiamento III, que representa um desenvolvimento avançado, conclui-se que de fato há uma dificuldade em detectar o CaP precocemente. Isso ocorre pela falta de orientação da população masculina a respeito do câncer de próstata e de seus fatores de risco, o que diminui as chances de cura. No presente estudo, o tratamento mais utilizado foi a hormonioterapia, correspondendo a 42,33% da terapêutica utilizada, sendo a mais indicada em casos avançados que necessitam de cuidados paliativos. Não há informação nos prontuários sobre a dificuldade ou não de acesso ao serviço de saúde especializada, o que também pode ser um dificultador na busca tardia para o diagnóstico do câncer de próstata.

Vale recomendar à instituição pesquisada a importância de uma anamnese satisfatória para preenchimento adequado e completo dos prontuários, visto que há uma carência de informações precisas e relevantes acerca do diagnóstico confirmado. Ao acessar os prontuários foi observada a necessidade de informações sobre histórico familiar, tabagismo, etilismo, estado civil, etnia, grau de escolaridade e ocupação. Tais dados incompletos prejudicaram uma análise conclusiva, o que não influencia no tratamento, mas ajuda na sapiência do perfil dos portadores de CaP.

Estudos desse gênero possuem significância, uma vez que por meio deles é possível a execução de projetos de intervenções de saúde para prevenção do CaP. Com esses resultados, espera-se, enfim, mobilizar e conscientizar os profissionais de saúde sobre seu papel humano e técnico-científico para cuidado efetivo tanto na atenção primária, quanto no tratamento de pacientes acometidos de carcinoma prostático, bem como estímulo nas investigações que enfatizem essa patologia.

## REFERÊNCIAS

- BACELAR, A. *et al.* Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v. 10, p. 40–46, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- BRASIL. Instituto nacional de câncer. **Estimativa 2018, Incidência de Câncer no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/mapa-prostata.asp/>>. Acesso em: 1 maio 2018.
- BRASIL. Instituto nacional de câncer. **Cartilha Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso?**. 2017. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha\\_cancer\\_prostata\\_2017\\_final\\_WEB.pdf/](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf/)>. Acesso em: 1 maio 2018).
- DAMIÃO R, et al. Câncer de próstata. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ)** 2010; a. 9, p. 20-27.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- GONÇALVES, I. R. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**; São Paulo: Unesp, 2008. p. 1337–1342.
- HOWLADER, N. *et al.* (Ed.). **SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014**. Bethesda: National Cancer Institute, 2017. Disponível em: <[https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2014/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/)>. Acesso em: 14 maio 2018.
- PIANTINO, et al. Perfil clínico-epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em Passos, Minas Gerais. **Ciência et Praxis**. v. 7, n. 14, 2014. p. 35–38.
- SROUGI, M. *et al.* Doenças da próstata. **Rev Med**. v. 87, n. 3, São Paulo. 2008.
- VIEIRA, L. C. S. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico do carcinoma prostático em um hospital de oncologia do Piauí. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, v. 1, n. 1, 2012.
- ZACCHI, S. R. et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Cad. Saúde Colet** v. 22, n. 1, p. 93–100, 2015.

**Recebido em aprovado em abril de 2020.**