

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE
MOSSORÓ FACENE/RN**

JANE CAROLINE DA SILVA

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER
DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ E REGIÃO DO RN**

MOSSORÓ/RN

2018

JANE CAROLINE DA SILVA

**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER
DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ E REGIÃO DO RN**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Dra. Andreza Rochelle do
Vale Morais

MOSSORÓ/RN

2018

S586p Silva, Jane Caroline da.

Perfil sócio demográfico de homens acometidos pelo câncer de próstata em Mossoró e Região do RN/ Jane Caroline da Silva. – Mossoró, 2018.

46f.

Orientador: Prof. Dra. Andreza Rochelle do Vale
Morais

Monografia (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró.

1. Câncer de próstata. 2. Saúde do homem. 3.
Neoplasias. I. Título. II. Moraes, Andreza Rochelle
do Vale.

CDU 616-006

JANE CAROLINE DA SILVA

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ E REGIÃO DO RN

Monografia apresentada pela aluna JANE CAROLINE DA SILVA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____ Profa.

Dra. Andreza Rochelle do Vale Morais (FACENE/RN) Orientadora

_____ Profa.

Dra. Kalídia Felipe de Lima Costa (UERN) Membro

Profa. Esp. Itala Emanuely de Oliveira Cordeiro (FACENE/RN)

Membro

Dedico a meu esposo e meu filho pelo amor incondicional.
A minha mãe, irmã e a meu pai "*in memoriam*" por terem
sido meu porto seguro no decorrer de minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter sido essencial na minha vida acadêmica, pela saúde e força que me propôs, sabedoria e paciência para conseguir realizar meu sonho.

Ao meu esposo, Antonio Francelino de Oliveira neto, pelo amor e preocupação me apoiando e incentivando a lutar até o fim a conseguir realizar o trabalho com paciência e sabedoria nos momentos em que mais precisei.

Ao meu querido filho, Nicollas Guilherme da Silva Oliveira Mesquita pelo amor e carinho dedicado, embora tenha sido ausente em alguns momentos no decorrer da faculdade.

A minha mãe Célia Maria da Silva e irmã Jane Célia da Silva Costa por acreditarem no meu potencial e terem me ajudado a superar as dificuldades.

A todos os meus familiares em especial meus avós maternos Maria Alzenir da Silva e Olavo Aquilino da Silva que acreditaram na minha capacidade e no meu esforço para conseguir chegar até aqui.

A FACENE/RN pela disposição dos funcionários, do corpo docente e todos os seus colaboradores, computadores e acervos que estavam presentes a hora que eu precisasse.

A minha orientadora Profa. Dra. Andreza Rochelle do Vale Moraes, pela sua competência nas correções e orientações no qual foi bastante proveitoso.

Aos meus colegas de classe que convivi nesses últimos quatro anos de faculdade, em especial minha amiga Milena Gabriela Miranda de Oliveira, pela força que me deu pois Deus me presentiu com sua amizade durante todo esse percurso compartilhamos vários momentos tristes e alegres que permanecerão em minha memória.

Aos professores que passei a conviver durante esse período, pelo desempenho para com minha turma.

Ao Hospital Wilson Rosado e em particular aos funcionários pela oportunidade em poder realizar minha pesquisa.

EPÍGRAFE

*“Ainda que a minha mente e o meu corpo enfraqueçam,
Deus é a minha força, ele é tudo o que eu preciso”.*

(Salmo 73:26)

RESUMO

O câncer de próstata a nível mundial é considerado um problema de saúde pública, onde vem crescendo significativamente em vários lugares do mundo, e conseqüentemente vem aumentando o número de óbitos na população masculina. O estudo tem como objetivo compreender o perfil sócio demográfico de pacientes que se submeteram ao tratamento de câncer de próstata como também caracterizar o perfil sócio demográfico que estão relacionados ao câncer de próstata, analisar se houve evolução do caso para óbito em decorrência do câncer no tratamento e fatores prognósticos dos pacientes, conhecer os dados relacionados a doença do paciente. Trata-se de uma pesquisa documental de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Foi realizada no Hospital Wilson Rosado, na cidade de Mossoró/RN. A amostra foi composta por 56 prontuários dos pacientes que se submeteram ao tratamento de câncer de próstata nesses últimos 5 anos. Os critérios de inclusão da pesquisa foram homens com idades superiores a 50 anos contidas nos prontuários que se submeteram a tratamentos medicamentosos, radioterápicos, quimioterápicos, hormonais, cirúrgicos entre outros. E como critérios de exclusão da pesquisa foram pacientes que abandonaram o tratamento, informações contidas nos prontuários estejam incompletas ou letras ilegíveis. Os dados foram coletados através de um roteiro com 17 questões foi preenchido de acordo com os prontuários dos pacientes da pesquisa. Após ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE/RN, conforme protocolo CEP:74/2018 e CAAE: 86582518.7.0000.5179. As análises dos dados foram realizadas através de estatísticas descritivas e expressadas em gráficos/tabelas. O estudo respeitou os aspectos éticos da pesquisa da Resolução 466/2012 que determina o respeito e a dignidade dos participantes e a resolução 301/2007 que determina os direitos e deveres dos enfermeiros. Nos resultados nota-se que a falta de conhecimento dos homens, está relacionado ao baixo nível de escolaridade o que pode ter favorecido o desenvolvimento do câncer de próstata, pois procuram menos os serviços hospitalares em relação as mulheres. É preciso que os profissionais de saúde, estejam capacitados para realizem campanhas publicitárias em decorrência do câncer de próstata, com o intuito de despertar o interesse da população masculina a buscarem atendimentos médicos e realizarem os exames para detecção precoce do câncer de próstata.

Palavras-Chave: Próstata, Neoplasias, Homens.

ABSTRACT

Prostate cancer worldwide is considered a public health problem, where it has been growing significantly in several places in the world, and consequently is increasing the number of deaths in the male population. The study aims to understand the socio-demographic profile of patients who underwent prostate cancer treatment, as well as to characterize the socio-demographic profile that are related to prostate cancer, to analyze whether there was evolution of the case for death due to cancer in the treatment and prognostic factors of the patients, to know the data related to patient's disease. This is an exploratory and descriptive documentary research with a quantitative approach. It was performed at the Hospital Rosado Wilson, in the city of Mossoró/RN sample was composed of 56 medical records of patients who underwent prostate cancer treatment in the last 5 years. The inclusion criteria of the research were men aged over 50 years contained in the medical records that underwent drug treatments, radiotherapeutic hormonal surgical chemotherapy, and others. As criteria for exclusion from the study were patients who abandoned treatment, information contained in medical records were incomplete or legible. Data were collected through a script with 17 questions filled out according to the records of the patients of the survey. After being approved by the Comity of Ethics and Research (CEP) of FACENERN according to protocol CEP 742018 and CAAE 86582518 7 0000 5179. The analysis of the data was performed through descriptive statistics and expressed in graphs tables the study respected ethical aspects the Resolution 4602012 that determines the respect and the dignity of the participants and the resolution 301/2007 laying down the rights and duties of nurses. In the results noted that the lack of knowledge of the men, is related to the level low levels of schooling which can have favoring the able to react development of the prostate cancer, because seeking less hospital services in relation to women. It is necessary to that health professionals need to be able to carry out advertising campaigns due to prostate cancer, in order in order to arouse the interest of the male population to seek medical care and perform the tests for early detection of prostate cancer.

Keywords: Prostate; Neplasias; Men.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização e Problematização	10
1.2 Justificativa	12
1.3 Hipótese	13
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Câncer	14
3.2 Próstata	15
4 CÂNCER DE PRÓSTATA	17
4.1 Atuação da Enfermagem no Câncer de Próstata	24
5 METODOLOGIA	25
5.1 Tipo de Pesquisa	25
5.2 Local da Pesquisa	25
5.3 Amostra	26
5.4 Instrumento de Coleta de Dados	26
5.5 Procedimento para a Coleta de Dados	27
5.6 Análise dos Dados	27
5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	27
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	42
ANEXOS	48

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Problematização

O câncer é considerado um caos na saúde pública no mundo todo, principalmente em países em desenvolvimento, pelo considerado aumento de número de casos. A doença corresponde a segunda maior causa de óbitos no mundo inteiro, perdendo apenas para as patologias cardíacas (MACHADO; SAMPAIO; LIMA., 2009). A *World Health Organization* e a *Food and Agriculture Organization* (WHO/FAO) prevêm que os índices universais de neoplasias consigam multiplicar em 50% entre os anos 2000 e 2020, transpassando de 10 para 15 milhões de casos novos da patologia (WHO., 2003).

O câncer de próstata na população brasileira é considerado o segundo mais frequente no sexo masculino. Sendo o sexto em que mais acomete os homens no mundo todo, aproximadamente 10% do número de neoplasias. A proporção de ocorrência dessa neoplasia para os brasileiros é em torno de seis vezes maior em relação aos países desenvolvidos (PAIVA; MOTTA; GRIEP., 2011).

A próstata é uma glândula que participa do sistema genital masculino, situada na frente do reto, sob a bexiga abrangendo a maior parte da uretra. Ela é responsável, pela fabricação de uma porção de líquido do sêmen, que preserva e sustenta o esperma. Devido a próstata não ser motivadora da sensação do prazer nem pela ereção do pênis, a maior parte dos homens não têm compreensão sobre as principais enfermidades que agride o seu sistema reprodutor e a finalidade em seu corpo (MEDEIROS; MENEZES NAPOLEÃO., 2011; INCA., 2017).

Infelizmente não é comum o homem procurar atendimento médico para realizar alguns tipos de exames, deixando para ir quando já está sentindo algo de errado com seu organismo ou até mesmo quando alguém percebe o quanto está doente. É por esse motivo que os homens tornam-se mais frágeis e a adoecem mais do que as mulheres. Além disso, é observado o índice antecipado de óbitos na população masculina, por patologias que existem tratamentos que poderiam também serem evitadas se diagnosticadas precocemente. Embora o câncer de próstata seja uma patologia que pode não apresentar sintomas iniciais, muitos indivíduos morrem antes de descobrir a doença.

Dentre o perfil sócio demográfico de homens com câncer de próstata, estão também incluídos fatores econômicos e sociais além de outros, nos quais podem instigar a outros fatores de riscos, o evento de problemas de saúde e a administração dos mesmos por parte dos incluídos, onde destaca-se a relevância de sua junção com condições clínicas. (SILVA et al., 2013;POZZATI et.al., 2014).

O câncer de próstata, em algumas situações, pode estar progredindo vagarosamente e conseguir passar despercebido, por não apresentar manifestações clínicas por um longo tempo. Em outros casos, é capaz de se multiplicar aceleradamente invadindo outros tecidos, gerando tumores que podem ser malignos, podendo levar o paciente a óbito (INCA., 2017).

Mesmo que sejam usados programas de medidas preventivas de identificação do câncer de próstata com antecedência, aproximadamente 15% dos homens diagnosticados morrem com essa enfermidade. A ocorrência e a morte de homens crescem consideravelmente depois dos 50 anos de idade. Se houver algum antecedente familiar de um parente próximo, principalmente se for pai ou irmão, com neoplasia prostática em idade inferior a 60 anos, são grandes as possibilidades de serem portadores dessa patologia, sendo cerca de 3 a 10 vezes em relação aos indivíduos que não têm antecedentes familiares (GALSKI; VOGELZANG., 2010; BELINELO et. al., 2014).

Além da idade avançada e fatores hereditários, existem outras favoráveis para a progressão deste tipo de câncer de próstata, dentre elas estão: afrodescendentes, obesidade, estilo de vida, a ingestão de carnes vermelhas, alimentos gordurosos, cálcio, o cigarro, o álcool, a vasectomia e também o “*insulin like*” - fator de crescimento semelhante a insulina (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO., 2011).

Os procedimentos mais utilizados na detecção de modificação da próstata são o toque retal e avaliação do PSA (Antígeno Protástico Específico). Em seguida é realizada a biópsia e o esclarecimento histopatológico. Após diagnóstico de câncer de próstata o tratamento do paciente é realizado de forma individual, de acordo com a idade, tamanho da próstata, grau histológico, estágio do tumor e os recursos específicos acessíveis. Entre os tratamentos encontram-se cirurgias, radioterapia e terapias hormonais (BACELAR et al., 2015).

A equipe de enfermagem junto com os profissionais da saúde, são capazes de dá suporte e aconselhar o indivíduo e também a sua família antes, durante e após o tratamento através da elaboração dos serviços de saúde prestados, além de passar informações e medidas de prevenção do câncer de próstata. A antecipação do diagnóstico é fundamental para garantir uma melhor sobrevida dos pacientes.

Dessa forma é importante a conduta dos profissionais de saúde fazer todo o acompanhamento e rastreamento do câncer de próstata no paciente e sempre conscientizá-lo sobre os cuidados para preveni-lo (SANTOS; SILVA; PACHECO., 2010; VIEIRA et al., 2012).

Com isso questiona-se qual é o perfil sócio demográfico de homens acometidos pelo câncer de próstata na cidade de Mossoró e região do RN?

1.2 Justificativa

Observa-se que, na atualidade, os homens estão cada vez mais negligentes com a sua saúde, não percebendo o quanto os mesmos estão vulneráveis a desenvolver qualquer tipo de patologia, principalmente o câncer de próstata. A seguinte pesquisa será realizada para a ofertar informações quanto aos fatores de riscos, a compreensão e o despertar do homem em cuidar da sua saúde, e fazê-los perceber a sua suscetibilidade a diversas doenças.

O resultado dessa pesquisa será de grande relevância para a população masculina, transmitindo conhecimentos a cerca do perfil sócio demográfico dos homens que são acometidos pelo câncer de próstata. Com isso seus resultados poderão servir de novos dados no ganho de novos saberes que enriquece os profissionais de saúde que estão envolvidos no cuidar, podendo ajudar a encontrar algumas soluções sobre os principais fatores associados ao câncer de próstata desta população. Além disso, os dados obtidos poderão servir como base para que possam ser criadas novas ferramentas para serem trabalhadas as necessidades específicas dessa população e esclarecê-las sobre a necessidade do cuidado com a saúde e o bem-estar.

1.3 Hipótese

Acredita-se que os homens que são mais propícios a desenvolverem o câncer de próstata, são moradores da zona rural, com idade acima de 65 anos e com baixo grau de escolaridade.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o perfil sócio demográfico de pacientes que se submeteram ao tratamento de câncer de próstata, nos últimos 5 anos no Hospital Wilson Rosado localizado na cidade de Mossoró/RN.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico que estão relacionados ao câncer de próstata do Hospital Wilson Rosado;
- Analisar se houve evolução do caso para óbito em decorrência do câncer no tratamento e fatores prognósticos dos pacientes;
- Conhecer os dados relacionados a doença do paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Câncer

O câncer é considerado uma neoplasia maligna, que resulta da multiplicação desordenada das células em tecidos sadios. Para o ano de 2030, a OMS (Organização Mundial de Saúde), prevê aproximadamente 27 milhões de ocorrências de câncer imprevisíveis, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de indivíduos convivendo com algum tipo de neoplasma no mundo inteiro (MARTINS et al., 2013).

São elevados o número de óbitos na população brasileira em decorrência do câncer, sendo superado apenas por doenças do coração e do sistema vascular. Como a maioria dos pacientes só procuram o médico quando apresentam manifestações clínicas peculiares a doença, muitos casos são diagnosticados quando não existe mais expectativa de cura (FRIPP; FACCHINI; SILVA., 2012).

É de extrema relevância a detecção antecipada dessa patologia, sendo considerado pelos cientistas e pela gestão da saúde pública, como um dos fatores mais relevantes para diminuir este número. Dessa forma, a redução do tempo entre a admissão do paciente no hospital, o diagnóstico, a definição do tratamento e início do mesmo, pode contribuir para diminuição do número de complicações motivadas pelo alastramento da doença em um período de tempo (AQUINO; RODRIGUES., 2016).

É indispensável que o acompanhamento da morbimortalidade por câncer se integre no cotidiano do gerenciamento da saúde tornando uma ferramenta fundamental para a organização de intervenções que visem controlar e prevenir o câncer e seus fatores de risco. Essa monitorização compreende a vigilância e a classificação de planejamentos, como ações indispensáveis para o conhecimento da circunstância e do embate na definição de morbimortalidade dos indivíduos, como também a conservação de um sistema de vigília com saberes necessários e de especificidade que financie pesquisas epidemiológicas para conquistar as deliberações (INCA, 2016).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011), foram elaborados estudos na saúde que apontaram as causas mais possíveis do aparecimento da patologia em pessoas do sexo masculinos mais jovens, que está pertencente aos hábitos alimentares (BRASIL, 2011).

Dados relacionados a letalidade estão sendo empregadas ao passar dos anos como fonte fundamental para entender a descrição epidemiológica dos indivíduos. No entanto, sobre os tumores malignos, a utilização das notícias a respeito de mortes, não se possibilita compreender a realidade da relevância do obstáculo, visto que apresentam se diferenças entre os tipos de neoplasias por parte da mortalidade e sobrevida (NASCIMENTO; ALVES., 2011).

Mesmo que a indicação dos números afirme para um crescimento dos que estão sobrevivendo o câncer, os efeitos não limitam verdadeiramente as consequências que essa patologia causa na vida dessas pessoas. Além disso é observado a vivência de outras especificidades que estão frente ao diagnóstico prévio e do aperfeiçoamento da eficiência das terapias no que contribui para a pessoa regressar sobrevivendo o câncer (ANDRADE et al., 2013).

Com o crescimento da ocorrência de casos, há expectativa para que as complicações pertencentes ao manuseio e o cuidado da patologia sejam diminuídos. Como também, através do diagnóstico e terapia antecipadamente. Sendo assim, é previsto uma maior qualidade de vida para os indivíduos (VALE et al., 2015).

3.2 Próstata

A próstata é uma glândula que está localizada na parte baixa do abdôme, parte que antecede o reto e passa pela uretra (figura 1). Onde tem a missão de expulsar substâncias fluídas alcalinas que neutralizam bactérias, ácido cítrico, cálcio, fosfato ácido, frutose, zinco e todos os componentes do sêmen (VIEIRA et al., 2012).

A próstata como toda antomia do corpo humano, é constituída por células que frequentemente se dividem e se renovam de forma equilibrada, porém quando acontece um distúrbio celular que faz alteração nessa distribuição e desenvolvimento, é produzido um acúmulo de tecido, dando origem ao câncer, sendo capaz de se classificar em benígno ou malígno. A próstata é reponsável por dois acontecimentos: o desenvolvimento benígno HPB (Hiperplasia Prostática Benígna) e o desenvolvimento malígno CP designado de (Câncer de Próstata), conseguindo este último aparecer ligado ou não ao desenvolvimento benígno (SOARES, 2014).

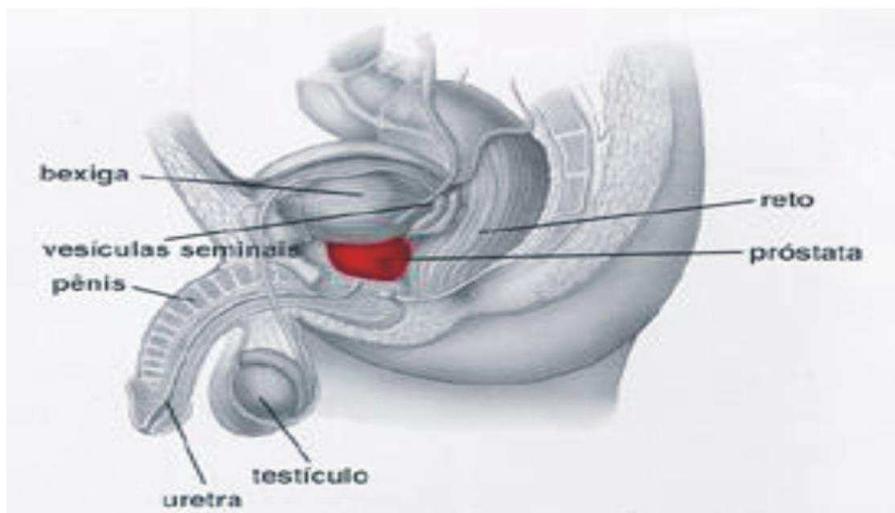
O carcinoma prostático particularmente tem o crescimento lento e prolongado em média de 2 a 4 anos. Este tipo de Câncer demora aproximadamente 15 anos

para conseguir atingir 1 cm. Mas a medida que se avança seu desenvolvimento pode ser de forma rápida, podendo levar os pacientes a morte, antes de receberem o diagnóstico. Por isso, vêm sendo considerado uma das grandes causas de óbitos em todo o mundo, preocupando as políticas de saúde pública na área de atenção em oncologia (DANTAS et al., 2009; CAMPOS et al., 2011).

O diagnóstico clínico do adedocarcinoma prostático torna se variável, porém vai depender do local que se encontra o tumor. Na área transicional que abrange a uretra próstática alcança 5% da glândula, onde atinge 20% dos tumores, onde é o mais recorrente da Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP). Na área central que abrange de 5%-10% dos tumores, expressa sintomatologia parecidos aos da área que abrange a área transicional. A área periférica representa 70% dos tumores, que normalmente são assintomáticos ou seja, não apresenta sintomas iniciais (VIEIRA et al., 2012).

Levando em consideração a saúde da população masculina, vale salientar que a cada 3 óbitos de pessoas adultas, 2 são do sexo masculino. Eles conseguem sobreviver em média 7 anos menos que pessoas do sexo feminino e possuem mais patologias como as cardíacas, cânceres, diabetes, colesterol e PA (pressão arterial sistêmica), por esse motivo que é essencial a participação dos profissionais de saúde, estejam rigorosos com as dificuldades gerais e de especificidade que pode prejudicar esses indivíduos, suas buscas de cuidados e conduzam as políticas que favorecem sua atuação técnica (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO., 2011).

Figura1.Localização da Próstata.



Fonte: <http://centrodeterapias.com.br/imagens/próstata.jpg>

4. Câncer De Próstata

A estimativa do carcinoma prostático é de 1,5 milhão com diagnóstico nesses anos atuais. Sendo apontado como a neoplasia da velhice, onde aproximadamente 3/4 das ocorrências em todo o mundo acontecem a partir dos 65 anos de idade. (GOMES et al, 2008).

Nas últimas décadas vem acontecendo na população brasileira transformações na situação social, econômica e por consequência na saúde. O crescimento da perspectiva de vida, o progresso e o avanço dos processos diagnósticos conseguem explicar o desenvolvimento dos índices de ocorrências ao passar dos anos no país. Como também, o progresso da eficácia dos sistemas de dados do país e o sucedido de sobrediagnóstico, em atribuição da propagação do rastreamento do carcinoma prostático com PSA (Antígeno Protástico Específico) e toque retal, da mesma forma induzem na significância da patologia (INCA, 2016).

Em situação mundial o carcinoma prostático é apontado como um transtorno na área da saúde, onde sua ocorrência vem crescendo desde dos anos 60. Nos dias de hoje, representa aproximadamente 12% das causas de mortes em várias partes do mundo que mais atinge os homens, subsequentes dos cânceres de pulmão, estômago, cólon e reto. Sendo mais prevalente em homens mais velhos, consequentemente o câncer de próstata estabelece uma apreensão de saúde muito significativa levando em consideração o relevante crescimento da expectativa dos indivíduos (MOSCHETA; SANTOS., 2012).

Para o ano de 2016, na população brasileira a estimativa foi de 61.200 novas ocorrências de câncer de próstata, sendo considerado uma ameaça aproximada de 61,82 casos novos para cada 100 mil pessoas do sexo masculino (tabela 1). O carcinoma prostático é o tipo de neoplasia que mais acontece a população masculina levando em consideração os cânceres de pele não melanoma em todas as Regiões do Brasil, com 95,63/100 mil na Região Sul, 67,59/100 mil na Região Centro-Oeste, 62,36/ 100 mil na Região Sudeste, 51,84/100 mil na Região Nordeste e 29,50/100 mil na Região Norte (INCA, 2016).

Tabela 1: Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes exceto pele não melanoma estimados para 2016 em homens*

Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%
Cólon e Reto	16.660	7,8%
Estômago	12.920	6,0%
Cavidade oral	11.140	5,2%
Esôfago	7.950	3,7%
Bexiga	7.200	3,4%
Laringe	6.360	3,0%
Leucemias	5.540	2,6%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%

*Números arredondados para múltiplos de 10. **Fonte:** Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. INCA, 2015.

Para os brasileiros o câncer de próstata é o considerado o tipo mais recorrente de neoplasias em homens perdendo somente para o câncer de pele. É uma patologia que pode evoluir sem apresentar sintomas iniciais, ou pode apresentar se como no tumor benigno da próstata. A medida que a patologia vai se agravando vão surgindo dor nos ossos, dificuldade para urinar, desenvolvimento de infecção ou incapacidade do funcionamento dos rins. Na maioria das vezes, o homem não gosta muito de falar sobre essa doença, mas nem sempre será pelo temor, muitas das vezes é pela falta de interesse de conhecer (BACELAR et al, 2015; INCA, 2017).

Há algum tempo o sistema único de saúde (SUS) oferece para os homens realizarem o exame preventivo do câncer de próstata. Se tratando de exame desse tipo, a aceitação dessa postura de prevenir é bloqueada pela discriminação e pela falta de educação em saúde intrínseco das pessoas (VIEIRA et al.,2012).

Mesmo com os avanços medicamentosos aproximadamente 25% dos homens com câncer de próstata não sobrevivem por conta da patologia. Nos dias

atuais, aproximadamente 20% ainda são diagnosticados em estágios progressivos, ainda que um enfraquecimento significativo tenha acontecido nesses últimos anos resultantes basicamente, de regências de rastreamento da patologia e conscientizar indivíduos do sexo masculino (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2017).

A letalidade por neoplasia prostática é parcialmente baixa, em que representa seu bom diagnóstico prévio. Em grandes países, a estimativa da sobrevida em média de 5 anos é de 64%, enquanto nos países em crescimento a sobrevida média é de 41%. Sendo que a média para o mundo é de 58% (GOMES et al, 2008).

De acordo com a (OMS) no Brasil e em países como reino Unido, Austrália e Canadá não são delineados a sistematização de planejamentos para rastreamento de câncer de próstata. Essa ação não está indicada, porém permanece ainda a relevante incerteza sobre a realidade de privilégios relacionados. No entanto, práticas de controle da patologia devem concentrar se em outros planos bem como prevenção primordial e diagnóstico prévio (INCA, 2016).

Vários fatores são apresentados como decisivos para a o crescimento da ocorrência de câncer de próstata. Dentre os principais fatores estão: a maior perspectiva de vida dos homens, o entedimento de pessoas que não sabia sobre as doenças que acomete a próstata e as invariáveis campanhas de reconhecimento da patologia, ou seja, são através delas que conseguem detectar mais pessoas com essa enfermidade que pode apresenta se mais em indivíduos do sexo masculino (PAIVA; MOTTA; GRIEP., 2009).

Sendo que entre os fatores de riscos apresentados o que mais prevalece é a idade. Onde aproximadamente 65% dos casos de câncer de próstata são reconhecidos em indivíduos com idade acima dos 65 anos, representando somente 0,1% das ocorrências diagnosticadas antes dos 50 anos. Outro fator que também pode contribuir é o histórico familiar, que aumenta o risco de 5 a 11 vezes, podendo não ser considerado um fator significativo para o prognóstico ou provocar de forma negativa na letalidade relacionada ao câncer de próstata. Além disso, pode-se considerar como outros fatores de riscos: a raça e o estilo de vida, como os fatores ambientais, o elevado consumo de energéticos, de carne vermelha, alimentos gordurosos e leite (PAIVA; MOTTA; GRIEP., 2009; FILHO; DAMIÃO., 2010).

Portanto, esse tipo de câncer se manifesta na medida que o homem vai envelhecendo. Uma vez que a pessoa idosa geralmente apresenta outros tipos de

patologias, em decorrência disso alguns pacientes apresentam comorbidades na hora do diagnóstico, podendo assim o câncer passar despercebido e o paciente poderá morrer por outra doença e não dessa neoplasia, sendo esse considerado um risco competitivo, onde há dificuldade ou modificação na análise do resultado. Já em relação a raça/etnia as maiores quantidades de tumores mais ameaçadores são percebidos principalmente em homens de pele negra, sendo 1,6 vezes mais do que em homens de pele branca, isso provavelmente poderá estar relacionado ao estilo de vida ou até mesmo das condições relacionadas ao descobrimento da doença (INCA, 2016; BRAGA et al., 2017).

Estão sendo realizadas mais pesquisas desenvolvidas para tentar explicar, a atribuição dos fatores de riscos e sua capacidade para o êxito com o intuito de prevenir o câncer de próstata. Percebe-se que o fator hereditário é significativo na determinação do risco de progredir um quadro clínico nesse tipo de neoplasia, ao mesmo tempo que os fatores externos podem ter uma repercussão marcante para esse risco. Em relação aos possíveis fatores que age na redução do risco estão: uma alimentação enriquecida em frutas, verduras, legumes, vegetais, grãos, cereais integrais e evitar consumir alimentos ricos em gorduras. (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO., 2011).

Normalmente o câncer de próstata no início de seu estágio não costuma apresentar manifestações clínicas, já em estágio progressivo pode ocasionar como: urinar mais que o normal, ou seja, ir várias vezes ao banheiro urinar, diminuição do jato urinário ou o bloqueio da urina, nictúria (vontade de urinar várias vezes no período noturno), hematúria na urina ou no sêmem, impotência sexual, dores em várias partes do corpo, pernas e pés frágeis e dormentes. A maior parte dessas complicações possivelmente são provocadas por outras circunstâncias clínicas, diante do carcinoma prostático. Uma vez que a poliúria é muito mais contínuo motivado pelo aumento benigno da próstata, mesmo assim, é interessante que o médico seja informado sobre o surgimento de uma dessas manifestações apresentadas, pois quanto mais precoce for o diagnóstico, a terapia será realizada. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

Pelo não surgimento de outras manifestações clínicas, o câncer consegue invadir a próstata. Isso não quer dizer que o aparecimento do câncer trará de imediato um obstáculo. Apesar de que é uma doença mais comum na população

idosa, na qual vão a óbito sem saber o diagnóstico ou qual patologia ocasionou a mortalidade. Por isso que é de grande relevância o homem buscar atendimento hospitalar, pelo fato das ocorrências serem mínimas em que a patologia se desenvolve sem apresentar sintomatologias iniciais. Sendo que em alguns casos quando o indivíduo procura atendimento médico, a metastase já tomou conta dos músculos esqueléticos, no que ocasiona dores pelo corpo e o número de fraturas só aumentam (HOSPITAL DO CANCER DE BARRETOS, 2017).

Para o diagnóstico antecipado do CP (Câncer de Próstata), é recomendado a realização do exame toque digital da próstata, (que geralmente é feito pelo urologista) e também o exame de sangue PSA, cuja sigla vem do inglês "*prostatic specific antigen*", que significa (Antígeno Prostático Específico), que informa os limites, as vantagens e os riscos da detecção precoce do carcinoma prostático. A biópsia só é recomendada se os níveis do PSA transcederem 4ng/ml, que é realizado por uma agulha fina ou até mesmo o RTUP, que é um procedimento cirúrgico que tem por finalidade tratar a (HPB) Hiperplasia Prostática Benigna, além de outros métodos específicos para detecção do câncer (figura 2). No qual o diagnóstico só é realizado se estiver a amostra histopatológica prostática.

É através dessa análise histopatológica que é possível determinar o tipo de tecido e grau que distingue o tumor, com repercussão no diagnóstico prévio da patologia, que de acordo com o escore de Gleason é distribuída em 5 graus, onde o 1º descreve os tumores diferentes, no último se apresenta sem diferenciação glandular, sendo que a conclusão é obtida através da soma de 2 graus numéricos, esse resultado é uma escala que varia de 2 a 10 graus. Sendo que o de 1º grau constituirá o modelo predominante, isso quer dizer que quanto maior for a contagem, maior será a agressividade do tumor. Já o exame por imagem é indicado quando há uma suspeita clínica, decorrentes do PSA (GOMES et al., 2008; FILHO; DAMIÃO., 2010; BACILAR et al., 2015).

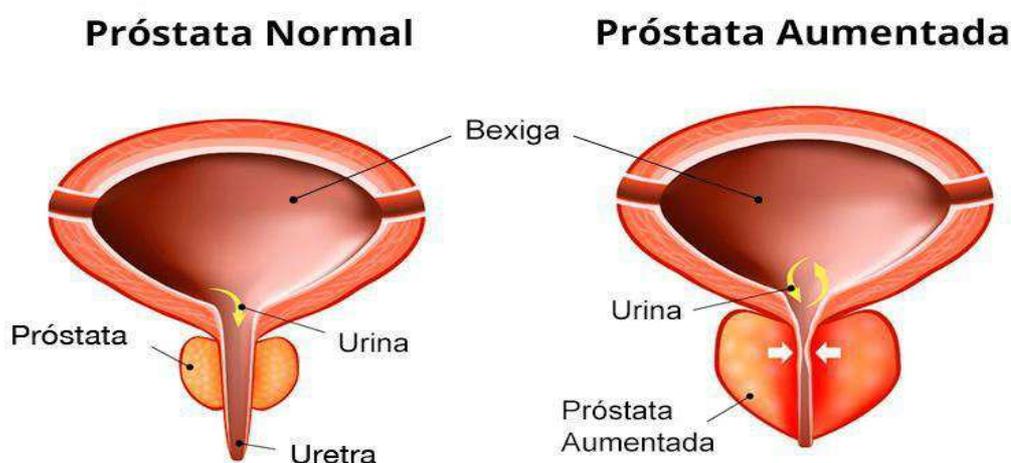
Estima-se que a multiplicação do número de ocorrências de diagnósticos são relativos ao descobrimento precoce, depois que o sistema de saúde pública facilitou a permissão da realização do exame de PSA, podendo assim facilitar a detecção da patologia em seu início de processo, proporcionando um crescimento para o diagnóstico prévio e a cura (CANNO; MELO; TEIXEIRA, 2011).

Com isso, a contribuição de assistência aos indivíduos, a organização de ações através de medidas de prevenção, requerem uma atenção exclusiva, com campanhas participativas de sabedorias, bem como a possibilidade do diagnóstico prévio de câncer de próstata, que são fundamentais de assegurar o direito social dos homens e uma maior expectativa de vida (SANTOS et al., 2010).

A SBU (Sociedade Brasileira de Urologia), preconiza que pessoas a população masculina com idade acima dos 50 anos e os que já completaram os 40 anos (que tenha história familiar de CP), frequentar todo ano o médico urologista, para realizar todos os exames para detecção precoce da próstata, embora não sejam apresentados problemas relacionados a urina (GOMES et al., 2008).

Em relação aos possíveis fatores que previnem o risco de câncer de próstata estão: praticar exercícios físicos, evitar consumir bebidas que contenham álcool, não fumar, ter uma alimentação enriquecida em frutas, verduras, legumes, vegetais, grãos, cereais integrais e evitar consumir alimentos ricos em gorduras, como também as vitaminas A, D, E, ômega 3, vitaminas entre outros (FAGUNDES et al., 2008; MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO., 2011; MEDEIROS et al., 2011; INCA, 2017).

Figura 2: Comparaçã da próstata normal e da Hiperplasia Prostática Benígna



Fonte: <http://paulosalustiano.com.br/ressecao-transuretral-prostata-indicacoes>.

O tratamento resulta na quantidade de células prostáticas que invadiram a próstata, podendo ou não se espalhar para outros tecidos. Isso vai depender do estágio da patologia, no qual seu grau de medição é realizado através de uma

escala de “*Gleason*”, como também do valor do PSA encontrado no sangue do indivíduo.

Os parâmetros escolhidos da terapia certa para o adecarcinoma prostático são baseados na idade do indivíduo e estágio da patologia, depois de serem vistos prováveis riscos e benefícios. Se a patologia estiver apenas na próstata, a terapia é realizada com a Prostatectomia radical (cirurgia para retirada da próstata) de forma laporoscópica, perineal ou robótica, pela radioterapia externa ou braquiterapia, que na maioria dos casos é correlacionada a um medicamento injetável (quimioterapia ou imunoterapia) que tem o intuito de bloquear a formação dos hormônios do homem.

Quando a patologia ocupa outros órgãos envolvendo a próstata ou quando já se espalhou para todos os tecidos do corpo, não há mais possibilidade de cura, e o propósito da terapia passa a prejudicar o progresso da doença. Então, a terapia deve se iniciar com o bloqueio da formação dos hormônios masculinos, com os seguintes fármacos: antiandrógenos, enzalutamida, estrogênios e cetozonazol mais na frente a quimioterapia ou novos fármacos que iniba a reprodução desses hormônios de forma mais ativa (PAUL.,2008;HOSPITAL DO CANCER DE BARRETOS, 2017; INSTITUTO ONCOGUIA., 2017).

Em relação ao recurso terapêutico, percebeu se maior risco de mortalidade para indivíduos dos quais esquemas de tratamento continham a quimioterapia. A radioterapia e a cirurgia são as terapias para câncer em etapas iniciais da patologia, a hormonioterapia para os indivíduos que não manifestam células cancerígenas distintas para outras partes do corpo, e a quimioterapia é resistente a proteção, para a patologia desenvolvida com metástase distanciada (BRAGA et al., 2017).

A quimioterapia atinge não só as células cancerígenas como também as células normais. Em diversos graus de substâncias que podem ser nocivas ao organismo e conseqüentemente apresentando um impacto generalizado. Com isso, pode apresentar alguns sintomas como: alteração no falar, emagrecimento rápido, estomatite, diarreia, constipação e etc. É por isso que torna se indispensável a assistência de cuidado dos indivíduos em tratamento quimioterápico sendo disponibilizado por meio do apropriado gerenciador do cuidado, fundamentando o questionamento peculiar, íntegro e humanizado, em benefício da precaução e do

equilíbrio de prováveis agravos resultantes do tratamento (SILVA et al., 2013; VALE et al., 2015).

4.1 Atuação da enfermagem no câncer de próstata

O profissional de enfermagem tem a obrigação de exercer na sua profissão através de medidas que promovam, previnam e diminuam os índices de cânceres. Em seguida constitui-se uma indispensável continuação da vigilância em saúde, particularmente na consideração dos casos de neoplasias.

Sendo assim, define-se como uma estratégia essencial no interesse de identificar os fatores de riscos e descobrir manifestações clínicas. A partir daí que o enfermeiro tem a tarefa de aproximar se dos pacientes para conseguir detectar os principais fatores associados ao câncer de próstata (FLEMING; SOUZA; DUARTE., 2011; OLIVEIRA et al., 2016).

Na administração o profissional enfermeiro necessita realizar os serviços, do cuidado de enfermagem e desenvolver capacidades e aptdões para o favorável uso dos recursos que são disponibilizados. Embora que os cuidados sejam exigidos através da prática técnica para promover a saúde e os danos provocados pela doença. Onde estão incluídos a declaração do perfil da população admitida, na maneira a tornar se toda concentração voltada aos próprios eventos adversos da quimioterapia, diagnósticos prévios e fatores de riscos atribuídos ao tratamento, considerando se todas as particularidades que podem de alguma forma interferirem na particularidade de vida das pessoas no passar da terapia (VIEIRA et al., 2012; SILVA., 2013).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

O estudo trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantitativa.

O estudo documental é o princípio do recolhimento de dados onde limita se a registros escritos ou não, podendo ser produzidas nas origens iniciais, no mesmo instante ou após a ocorrência dos fatos (MARCONI; LAKATOS, 2016).

As pesquisas exploratórias têm por finalidade possibilitar a maior proximidade com o problema, tendo em vista a retorná-lo mais esclarecido ou a criar possibilidades, como principal objetivo o desenvolvimento de princípios ou o descobrimento de pressentimentos. Já nas pesquisas descritivas o objetivo principal é a definição das características de determinados indivíduos. Entre os atributos mais relevantes realizados nos estudos está: a aplicação de técnicas normalizadas de coleta de dados, como o questionamento e a análise da organização (GIL, 2009).

O método quantitativo é abundantemente utilizado no domínio da pesquisa, representando a confirmação dos resultados, impedindo alterações de estudo e perspectiva, proporcionando uma margem de garantia quanto as implicações dos resultados. É constantemente usado nos estudos descritivos, naqueles que tentam encontrar e especificar a associação entre variáveis, assim como nos que procuram a ligação do imprevisto entre os fenômenos (RICHARDSON et al., 2015).

5.2 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Wilson Rosado. Localizado na Rua Dr. João Marcelino, 429 – Bairro Santo Antonio, em Mossoró/RN.

Trata-se de um Hospital privado com prestação de serviços, sendo de referência cardiológica na cidade de Mossoró/RN. No qual foi escolhido por desempenhar um atendimento destinado a pacientes, com câncer que são submetidos a tratamentos oncológicos pelo SUS na cidade de Mossoró e região do Rio Grande do Norte.

5.3 Amostra

A amostra dessa pesquisa foi composta por 56 prontuários com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, o tamanho da amostra calculado a partir de uma população de 70 pacientes do sexo masculino, que fizeram tratamento contra o câncer de próstata nos últimos 5 anos. Destacando as variáveis demográficas e sociais como idade, estado civil, raça/etnia, antecedentes familiares, cidade ou município do diagnóstico da doença, local de residência, escolaridade, fatores que influenciaram na progressão da doença, tipos de tratamentos, e se houve ou não óbitos, bem como variáveis relacionados à doença.

Houve um erro nas informações em relação a quantidade de prontuários devido o não acesso antes da coleta, por normas da instituição a informação passada foi que a amostra seira 109 prontuários, e que o tamanho da amostra calculado a partir de uma população de 150 pacientes, com o erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: homens com idades superiores a 50 anos contidas nos prontuários que se submeteram a tratamentos medicamentosos, radioterápicos, quimioterápicos, hormonais, cirúrgicos entre outros. E como critérios de exclusão foram: pacientes que abandonaram o tratamento, informações contidas nos prontuários estejam incompletas ou letras ilegíveis.

5.4 Instrumento de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta de dados, foi elaborado um roteiro (Apêndice A) composto por 17 questões, identificando-se o perfil sócio demográfico de cada paciente com câncer de próstata, de acordo com os determinantes sociais da saúde, para levantamento de dados de acordo com os prontuários dos pacientes.

O instrumento da coleta de dados teve por finalidade alcançar os objetivos da pesquisa através dos dados que foram coletados nos prontuários de acordo com a perspectiva dos objetivos gerais e específicos do perfil sócio demográfico de cada paciente.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta iniciou-se após ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/RN – FAMENE João Pessoa-PB, conforme protocolo CEP: 74/2018 e CAAE 86582518.7.0000.5179. E de acordo com a disponibilidade do Hospital Wilson Rosado.

Os prontuários foram utilizados com todo o cuidado em local fechado de acesso restrito com o intuito de resguardar as informações pessoais dos pacientes. Estando pesquisado as particularidades solicitadas na pesquisa e preenchido o formulário na coleta de dados. Foi solicitada a anuência do local da pesquisa do responsável pela instituição (Apêndice C), assim como a pesquisadora responsável assinou a o Termo de dispensa do TCLE e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Apêndice B). Foram analisados os prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de próstata nos anos retrospectivos de 2013 até 2017.

5.6 Análise dos dados

As análises dos dados foram realizadas através de estatísticas descritivas e expressadas em gráficos/tabelas, logo após será argumentada e esclarecida na bibliografia.

5.7 Aspectos Éticos da pesquisa

No decorrer da coleta, o processo e pesquisa dos dados alcançados, foram acatadas as atribuições da Resolução 466/2012 que cuida das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com indivíduos, que zela pelo anonimato dos participantes e mantendo o sigilo dos dados informados. Como também, a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), contidas no capítulo III - referente aos direitos éticos considerados da enfermagem em participarem/ou realizarem serviços institucionais e pesquisas (COFEN, 2007).

Os riscos da pesquisa foram mínimos, pois não houve quebra do regulamento sigiloso dos prontuários, onde estavam contidas as informações dos pacientes. Por tanto, os benefícios foram superados pelos riscos, onde o benefício maior serviu na colaboração para a formação de saber científico no traçado do perfil sócio demográfico de homens com câncer de próstata.

6. RESULTADO E DISCUSSÃO

Nos anos retrospectivos de 2013 a 2017, foram atendidos no Hospital Wilson Rosado aproximadamente 70 homens diagnosticados com câncer de próstata, porém houve variações no número total dos pacientes em decorrência dos critérios de exclusão que foram pacientes que abandonaram o tratamento e informações contidas nos prontuários estavam incompletas ou letras ilegíveis (tabela 2). Por tanto a referente pesquisa foi coletada em 56 prontuários que seguiram todos os critérios de inclusão.

Através da análise tabela 2 observa-se que no ano de 2015, houve uma grande incidência de casos de câncer de próstata, na população masculina com (48%) na cidade de Mossoró e em alguns municípios do Rio Grande do Norte. Embora nos anos de 2013 e 2017 houve uma queda, o que difere da literatura na atualidade que aponta um aumento no número de ocorrências (RIBEIRO et al., 2013), possivelmente isso tenha ocorrido por falha na execução nos registros dos prontuários dos pacientes que se submeteram ao tratamento do câncer de próstata ou por erro de informações (ARAÚJO, 2017).

Se tratando de saúde da população masculina, é importante saber que a cada três mortes de pessoas na fase adulta duas são de homens, isso quer dizer que os homens vivem bem menos em relação as mulheres e que as doenças que mais os remete são do coração, diabetes, câncer, hipercolesterolemia e hipertensão arterial, diante disso eles procuram menos atendimentos médicos no que pode ser um facilitador no surgimento dessas patologias (CZORNY et al., 2017).

Tabela 2 – Diagnóstico de câncer da próstata de 2013/2017 - Mossoró, 2018 (n=56).

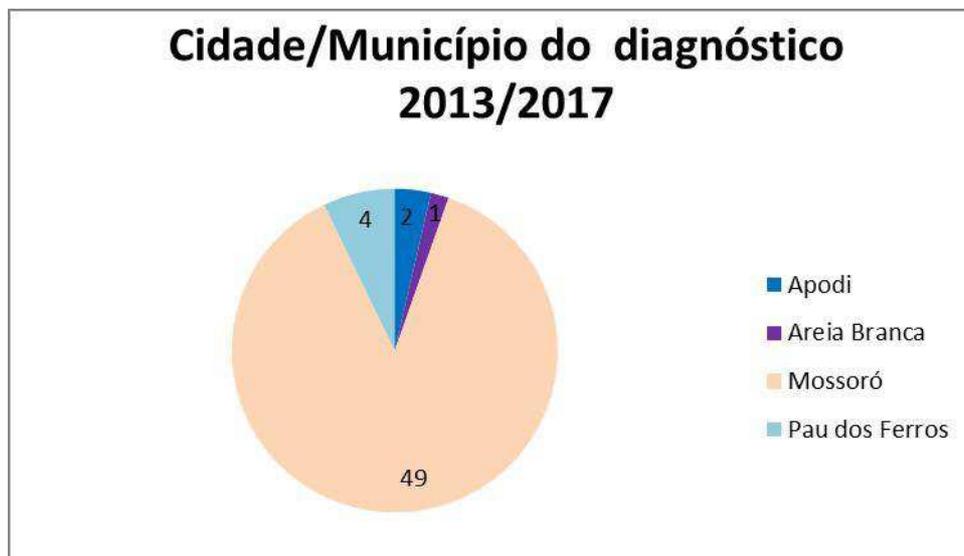
Variáveis	N	%
Ano do diagnóstico		
2013	4	7%
2014	6	11%
2015	27	48%
2016	15	27%
2017	4	7%
Total	56	100%

No gráfico1, nota-se que a cidade de Mossoró teve o maior número de diagnósticos de Câncer de Próstata com (88%), no qual o tratamento desses pacientes foi realizado no Hospital Wilson Rosado na cidade de Mossoró/RN.

Para Ribeiro et al. (2013), Isso se deve ao fato do crescimento e desenvolvimento da cidade, pois a medida que a população aumenta em consequência cresce o número de casos de câncer, além disso por dispor de Hospitais destinados a realizarem os tratamentos oncológicos pelo SUS. Uma vez que esses municipios que tiveram uma menor porcentagem são mais próximos do que mesmo a Capital, no qual facilitou o tratamento e acompanhamento da doença.

Jain e colaboradores em (2014), realizaram uma pesquisa epidemiológica na Índia sobre o câncer de próstata, onde percebeu-se um maior índice de casos dessa patologia principalmente nas cidades com o maior número de habitantes.

Gráfico 1 – Cidade/Município realizado o diagnóstico de Câncer da Próstata - Mossoró, 2018 (n=56).

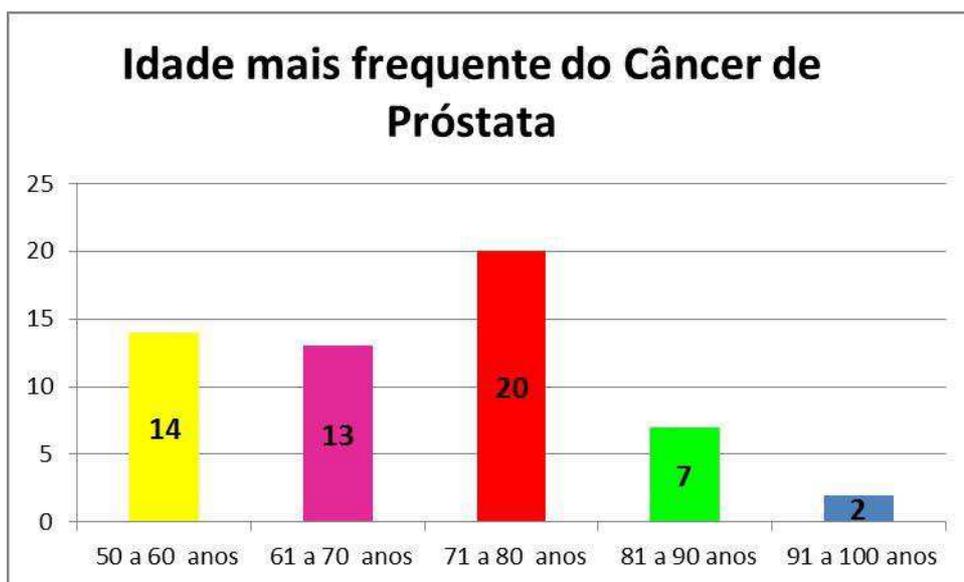


Relacionado a idade mais frequente como mostra o gráfico 2 é evidenciado que os casos de câncer de próstata acometem mais a faixa etária entre 71 e 80 anos, onde a literatura aponta que o envelhecer é considerado um fator de risco mais relevante para o desenvolvimento do câncer de próstata, pois esse tipo de câncer pela sua progressão lenta acomete mais homens em idades acima dos 50

anos, a ocorrência desse câncer chega aos 30% havendo um crescimento significativo de 80% até aos 80 anos (FOSTER et al., 1997).

De acordo com Santos et al. (2017), as ocorrências de casos novos de câncer são maiores em homens acima dos 65 anos, sendo considerado vítimas indispensáveis da patologia que os acometem, onde representa cerca de 70% de casos de óbitos por tumores malignos.

Gráfico 2 – Dados relacionados a idade que mais acomete homens pelo câncer da próstata - Mossoró, 2018 (n=56).



De acordo com a tabela 3, a cor da pele, estado civil casado e a zona urbana tiveram seus índices mais elevados. No que a cor parda prevalece com (64%), o estado civil casado com (70%), e a zona urbana com (77%). Sendo a raça considerado um fator determinante de risco para o câncer da próstata.

Diferentemente da literatura que aponta em estudos que relacionam sobre a etnia de indivíduos negros mais prevalente do que em pessoas de cor branca, uma vez que a letalidade é 2,4 vezes maior nos afro-americanos sendo comparados aos de raça branca por isso que é considerado a segunda causa mais relevante na progressão da doença (VIEIRA et al., 2011; ARAUJO, 2017; QUIJADA et al., 2017).

O que Contradiz o estudo de Gonçalves et al., em (2008), que apresentava um índice de 95% para pessoas do sexo masculino de cor branca.

Em relação ao grau de escolaridade a maioria dos homens com câncer de próstata tinham o ensino fundamental incompleto (50%) e (43%) eram analfabetos, ensino médio completo (4%), e apenas (2%) tinham ensino médio incompleto.

O Paiva, Motta e Griep (2010) em seus estudos perceberam que grande parte das pessoas do sexo masculino são mais atingidos pelo baixo grau de conhecimento relacionados ao nível socioeconômico.

Tabela 3- Dados sócio demográficos de homens acometidos pelo câncer da próstata atendidos no Hospital Wilson Rosado - Mossoró, 2018 (n=56).

Variáveis	N	%
Raça/cor		
Branca	20	36%
Parda	36	64%
Estado Civil		
Solteiro	2	4%
Casado	39	70%
Divorciado	9	16%
Viúvo	5	9%
União Estável	1	2%
Local de moradia		
Zona Urbana	43	77%
Zona Rural	13	23%
Grau de escolaridade		
Analfabeto	24	43%
Ensino fund. Incompleto	28	50%
Ensino méd. completo	2	4%
Ensino méd. Incompleto	1	2%

Relacionado ao fator hereditário da tabela 4, os dados encontrados na referente coleta foram um pouco diferente do esperado, (57%) dos indivíduos negaram terem antecedentes familiares, mas (32%) tinham mães ou irmãs com histórico de câncer de mama e útero.

O que contradiz os autores Rhoden e Averbeck (2010), em seus estudos que o fator hereditário é considerado um risco para o desenvolvimento do câncer de próstata por conta da genética dos indivíduos, que quando existe casos de parentes de primeiro grau os riscos é 2 vezes maior em relação aos que não apresentam antecedentes familiares e principalmente se já se tiver passado três gerações seguidas são grandes as possibilidades de desenvolver o câncer antes dos 55 anos. diferentemente dos autores terem apontado o fator como principal causador do câncer de próstata.

Tabela 4- Dados relacionados aos antecedentes familiares e ao grau de parentesco - Mossoró, 2018 (n=56).

Variáveis	N	%
Antecedentes familiares		
Sim	15	27%
Não	9	16%
Não sabe	32	57%
Grau de parentesco		
Pai	1	2%
Irmão	5	9%
Tio	1	2%
Outros	18	32%

Como é mostrado na tabela 5, o escore de Gleason (pontuação dada ao câncer de próstata para saber em que grau se encontra o tumor), teve os maiores índices de somatória de (4+3) 7 com (45%) e o segundo (3+3) 6 com (34%), os pacientes que tinham a idade mais avançada o escore de Gleason apresentava valores 8-10, podendo ser considerado um péssimo prognóstico, isso é um fator importante para saber em que grau de estágio o tumor se encontra, pois o grau

definirá a agressão do tumor (MOREIRA et al., 2012; MCANINC, LUE., 2014; ZACCHI et al., 2014).

Cabuzzi et al. (2010) em diversas pesquisas realizadas, constatou que o escore de Gleason é indispensável na análise para o câncer de próstata, formando uma ligação considerável desse grau histológico morfológicamente distintos e que o surgimento da grande quantidade de massa tumoral, está relacionada a entrada de cápsulas e a extensão da neoplasia prostática se torna mais agressivos nos casos em que o escore de Gleason for igual ou maior que 7.

Como mostra na tabela 5, os níveis de PSA (exame de sangue que acusa a dosagem, se há ou não alterações na próstata) as dosagens que apresentou maior frequência foi nos indivíduos mais velhos com (77%), sendo que seus valores foram maiores nos pacientes com idades mais avançadas, podendo ter relação com a neoplasia que está inserida a mais tempo, com isso os níveis que estavam acima dos valores de referência o diagnóstico era positivo para o câncer de próstata.

O que comprova um estudo feito por Ribeiro et al. (2013), onde observou que os valores de PSA era dependente da idade dos pacientes a medida que a idade aumentasse maiores seriam seus níveis.

Castro et al. (2011) com seus estudos percebia esse aumento de níveis de PSA, onde 75% dos homens avaliados eram maiores ou iguais a 65 anos.

Como a maior parte dos indivíduos são idosos os tratamentos foram variados de acordo com o quadro clínico de cada paciente e também levado em consideração o estágio que o tumor se encontrava. Dentre os tipos de tratamentos (tabela 3) que se enquadrava melhor ao perfil de cada paciente, eram (45%) QT/HT (Quimioterapia/Hormonioterapia) dentre os mais utilizados estavam Leuprorrelina ou Eligard, já que em outros pacientes eram feito RT/Med/Cirurg (Radioterapia, Medicamentos e Cirurgia-prostectomia radical).

Tabela 5 – Dados relacionados ao câncer da próstata, classificação de Gleason, Níveis de PSA e tratamentos - Mossoró,2018 (n=56).

Variáveis	N	%
Classificação de Gleason		
6 graus	19	34%
7 graus	25	45%
8 graus	6	11%
9 graus	5	9%
10 graus	1	2%
Dosagens de PSA		
Em baixa	13	23%
Em alta	43	77%
Tipo de tratamento		
QT/Cirurg/HT	3	5%
QT/HT/RT	11	20%
QT/Cirurg/HT/RT	1	2%
QT/HT	25	45%
QT/Med.	2	4%
QT/Med/HT	10	18%
QT/Med/HT/Cirurg.	3	5%

Como é mostrado na tabela 6, em relação a reincidência da doença (88%) dos pacientes não tiveram, e (80%) não foram internados, isso porque os pacientes ao término da quimioterapia são liberados para suas residências, com retorno agendado a maior parte deles foram realizados os 6 ciclos, isso dependendo do quadro clínico de cada paciente, caso não tenha tido reações adversas ao tratamento.

Apenas (23%) dos casos de pacientes evoluíram para óbito, possivelmente isso poderá está relacionado a fidelidade no cumprimento do tratamento dos homens de acordo com a prescrição médica.

A partir dos dados da (tabela 6), percebeu-se que (63%) dos pacientes negaram terem algum tipo de fator de risco, (25%) foram ex- tabagista e ex- etilista por um bom tempo de suas vidas, o que pode está relacionado a alguns indivíduos terem progredido o carcinoma prostático, embora os estudos relacionam o tabagismo/etilismo como fatores relevantes para o desenvolvimento de patologias (ARAÚJO, 2016).

Tabela 6 – Dados relacionados ao câncer da próstata, fatores de riscos e evolução do caso para óbito - Mossoró, 2018 (n=56).

Variáveis	N	%
Recaída		
Sim	7	13%
Não	49	88%
Fatores que influenciaram na progressão da doença		
Tabagismo/Etilismo	14	25%
Tabagismo	5	9%
Etilismo	1	2%
Aumento de peso	1	2%
Nega	35	63%
Se houve internação		
Sim	11	20%
Não	45	80%
Evolução do caso para óbito		
Sim	13	23%
Não	43	77%

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo foi possível conhecer a caracterização do perfil sócio demográfico, de homens diagnosticados com câncer de próstata como idade mais frequente, raça/cor, estado civil, escolaridade, local de moradia, antecedentes familiares e fatores de riscos. Na análise de sobrevida foram vistos os casos câncer de próstata que evoluíram para óbitos, que levaram os pacientes decorrentes da doença ou em consequência direta do tratamento.

Os principais casos foram da cor parda, a idade que mais prevaleceu foi acima dos 71 anos, o estado civil casado foi maior em relação aos demais. O nível de escolaridade foi baixo, ou seja, a maior parte dos pacientes tinham o ensino fundamental incompleto ou eram analfabetos, onde a zona urbana teve uma porcentagem maior em relação a zona rural.

Os fatores de riscos para o surgimento da doença, eram pacientes que se diziam ex-fumantes e que ingeriram bebidas alcólicas por um bom tempo de suas vidas. Nos níveis de PSA os maiores valores eram encontrados em homens com a idade avançada, o escore de Gleason era em uma boa parte elevados o que é considerado um ruim prognóstico. Os tipos de tratamentos mais utilizados eram a quimioterapia/hormonioterapia, em relação ao número de recaída, remissão e óbitos foram relativamente baixos, no que mostra um bom resultado no tratamento aumentando a expectativa de vida dos homens.

Com isso, nota-se que a falta de conhecimento dos homens, está relacionado ao baixo nível de escolaridade o que pode ter favorecido o desenvolvimento do câncer de próstata, pois procuram menos os serviços hospitalares em relação as mulheres. É preciso que os profissionais de saúde, estejam capacitados para realizem campanhas publicitárias voltadas ao público masculino em decorrência do câncer de próstata, com o intuito de despertar o interesse da população masculina a buscarem atendimentos médicos e realizarem os exames para detecção precoce do câncer de próstata, no que poderá aumentar as chances de cura e propor uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ACS. Sociedade Americana do Câncer. “**Conteúdo:** hormonioterapia para câncer de próstata”. 2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/hormonioterapia-para-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 11/12/2017.
- ACS. Sociedade Americana do Câncer. “**Conteúdo:** sinais e sintomas do cancer de próstata”. 2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sinais-e-sintomas-do-cancer-de-prostata/1188/289/>>. Acesso em: 03/12/2017.
- ACS. Sociedade Americana do Câncer. “Prevenção do **Câncer de Próstata e detecção precoce**”.2016. Disponível em <<http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/moreinformation/prostatecancerearlydetection/prostate-cancer-earlydetection-toc>>. Acesso em 02/12/ 2017.
- ANDRADE, F.P.; MUNIZ, R.M.; LANGE C.; SCHWARTZ, E.; GUANILO, M.E.E. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência, **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, V. 22, n.2, p.476-484, 2013.
- AQUINO, R. C. A; RODRIGUES, M. Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas param este percurso. **Saúde. com**, v. 12, n. 1, 2016.
- ARAÚJO, M.C.B.; CASTRO, T.G.G.; ROCHA, F.C.V.; CARVALHO, R.F. Perfil do homem prostatectomizado em um hospital público, **R. Interd**, v.9, n. 3, p. 57-66, 2016.
- ARAÚJO, R.M. Caracterização clínica e epidemiológica da neoplasia prostática nos anos de 2012 a 2014 em um centro de oncologia do leste de Minas Gerais. **Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares**, 2017.
- BACELAR et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento, **Revista brasileira de cirurgia e pesquisa clínica - BJSCR**, Minas Gerais, v.10, n.3, pp.40-46, 2015.
- BELINELO et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, São Paulo, V. 18, n. 4, pp. 697-704, 2014.
- BRAGA et al. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS, **Revista Saúde Pública**, Minas Gerais, V. 51, p.46, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção àSaúde, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ficam revogadas as Resoluções CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008. Considerando o respeito pela

dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 03 Dezembro de 2017.

CAMBRUZZI, E.; ZETTLER, C.G.; PEGAS, K.L.; TEIXEIRA, S.L. Relação entre escore de Gleason e fatores prognósticos no adenocarcinoma acinar de próstata, **J Bras Patol Med Lab**, v. 46, n. 1, p. 61-68, 2010.

CAMPOS, H.L.M. et al., Aspectos culturais que envolvem o paciente com diagnóstico de neoplasia de próstata: um estudo na comunidade. **Rev. bras. cancerol.** v. 57, n. 4, p. 493-501, 2011.

CANNO, P.; TEIXEIRA, M.; MELO, W. A. Caracterização dos homens que realizam o exame de dosagem do antígeno prostático específico (PSA) no município de Maringá PR. **VIII EPCC– Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**, v. 25, 2011.

CASTRO, H.A.S.; IARED, W.; SHIGUEOKA, D.C.; MOURÃO, J. E.; AJZEN, S. Contribuição da densidade do PSA para predizer o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml. **Radiol Bras**, v. 44, n. 4, p. 205-209, 2011.

COFEN. Resolução COFEN nº. **311/2007**, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf Acesso em 03/12/2017.

CZORNY, R.C.N.; PINTO, M.H.; POMPEO, D.A.; BERETA, D.; CARDOSO, L.V; SILVA, D.M. Fatores de risco para o câncer de próstata: População de uma unidade básica de saúde, **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 4, p.1-10 , 2017.

DAMIÃO R, FILHO RTF. Câncer de Próstata. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto** (UERJ) 2010; Ano 9: 20-27.

DANTAS, E.L.R. et al. Genética do câncer hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 3, p. 263-269, 2009.

FLEMING, N. L. F; SOUZA, R; DUARTE, D. A. Índice de Câncer de Próstata em uma Cidade de Pequeno Porte do Sul de Minas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 3. 145-146. 2011.

FOSTER, C.S.; KE, Y. Vapor de células no epitélio prostático. **Rev Int J Pathol**, v. 78, p. 311-329, 1997.

FRIPP, J. C; FACCHINI, L. A; SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS, **Revista Epidemiologia. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n.1, p.69-78, 2012.

GALSKI, M.D.; VOGELZANG, N.J. Terapia de combinação baseada em docetaxel para câncer de próstata resistente à castração. **Annals of oncology**, v. 21, n.11, p. 2135-2144, 2010.

GIL, A. C. **Métodos de técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009

GOMES, R. et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.1, p. 235-246, 2008.

GONÇALVES, I.R.; PADOVANI, C.; POPIM, R.C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.13, p. 1337-1342, 2008.

HCB. Hospital do Câncer de Barretos. "**Câncer de Próstata**". 2017. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/cancer-de-prostata>>. Acesso em: 04/12/2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

JAIN, S.; SAXENA, S.; KUMAR, A. Epidemiologia de câncer de prostate na Índia. **Meta Gene**, v. 2, p. 596–605, 2014.

MACHADO, S. P; SAMPAIO, H. A. C; LIMA, J. W. O. Caracterização antropométrica de portadores de câncer de próstata do Ceará, Brasil, **Revista de Nutrição**, Campinas, V. 22, n.3, p.367-376, 2009.

MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2016. P. 157.

MARTINS et al. A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado da Arte, **Revista Brasileira de Cancerologia**, Minas Gerais, V. 59, n.1, p.105-112, 2013.

MCANINCH, J.; LUE, T.F. **Urologia geral de Smith e Tanagho**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 768p.

MEDEIROS, A. P; MENEZES, M. F. B; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco de prevenção ao câncer de próstata: subsídios de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** v.64, n.2, p. 385-8. mar/abr. 2011.

MOREIRA, M.V.S.; SOUZA, V.C.; LIMA, B.G.C.; OLIVEIRA, E.L.; DE MOURA, C.A.G.G.; DE MOURA, C.G.G.; CRUZ, C.M.S. Comparação do escore de Gleason da biópsia prostática com o da peça cirúrgica em pacientes com câncer de próstata. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. v. 10, n. 5, p. 367-71, São Paulo, set-out. 2012.

MOSCHETA, M. S; SANTOS, M. A. Grupo de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura, **Revista Ciência saúde coletiva**, São Paulo, V. 17, n.5, p. 1225-1233, 2012.

NASCIMENTO, L. R; ALVES, S. V. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro, **Revista Brasileira de Cancerologia**, Recife, V. 57, n.4, p.473-482, 2011.

OLIVEIRA, A.J. R. et al. A atuação da enfermagem frente às barreiras encontradas no diagnóstico precoce do câncer de próstata. **Fasem Ciências**, v. 7, n. 1, p. 29-65, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Consulta de especialistas em dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas. Geneva: OMS; 2003. **Série de relatórios técnicos da OMS**, 916.

PAIVA, P. P; MOTTA, M. C. S; GRIEP, R. H. Conhecimento, atitudes e práticas A cerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paul Enferm.** v. 23. n. 1. 2009.

PAIVA, E.P; MOTTA, M.C. S; GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 23, n. 1, pg. 88-93, 2010.

PAIVA, E. P; MOTTA, M. C. S; GRIEP, R. H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Minas Gerais, V. 19, n.1, p.08, 2011.

PAUL, M. A. S. **Prevenção do câncer de próstata**. 2008. 36f. Trabalho de conclusão de curso (Título de Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

POZZATI, R. et al. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 4, p. 540-545, 2014.

QUIJADA, P.D.S.; FERNANDES, P.A.; OLIVEIRA, D.S.; SANTOS, B.M.O. Câncer de próstata: Retrato de uma realidade de pacientes em tratamento, **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11 n. 6, p. 2490-2499, 2017.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M.A. Câncer de próstata localizado. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul –AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 92-99, 2010.

RIBEIRO, P.V.F.; SILVA, R.R.; SANTOS, K.K.D.A.T.; LOUREIRO, F.H.F.; COSTA, P.F.A.F.; URUÇU, L.M.; CARLOS, A.B.S.; MACHADO, T.M.; VALDEZ, E.F.M.G.; AMARAL, V.B. Análise clínica e epidemiológica de 348 casos de adenocarcinoma prostático atendidos em um centro oncológico de referência no Maranhão, Brasil, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 4, p.513-521,2013. RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

SALUSTIANO, Paulo. “**Ressecção transuretral da próstata: Indicações**”. 2017. Disponível em: <http://paulosalustiano.com.br/resseccao-transuretral-prostata-indicacoes>. Acesso em: 03/12/2017.

SANTOS, A. C. F; SILVA, E. M; PACHECO, J. B. P. Avaliação da primeira campanha para o diagnóstico e prevenção do câncer de próstata promovido pela prefeitura municipal de Anápolis. **Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**. v. 13. n. 17. p. 25 - 42. 2010.

SANTOS et al. Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 8. n. 2, p. 47-56 ,2017.

SILVA et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, V. 15, n.3, p.704-712, 2013.

SOARES, D. A. S. **Câncer de próstata as barreiras para realização do toque retal. 2014**, 26f. Trabalho de conclusão de curso (Título para obtenção do certificado de Especialista) - Universidade de Minas Gerais, 2014.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. “**Destaque nota oficial: rastreamento do câncer de Próstata**”. 2017. Disponível em: <<http://portaldaurologia.org.br/destaques/notaoficial2017rastreamento-do-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 02/12/2017.

VALE et al. Avaliação e Indicação Nutricional em Pacientes Oncológicos no Início do Tratamento Quimioterápico, **Revista Brasileira de Cancerologia**, Santa Catarina, V. 61, n.4, p.367-372, 2015.

VIEIRA, Antonio. “**Imagens: Próstata**”. 2017. Disponível em: <<http://www.centrodeterapias.com.br/imagens/prostata.jpg>>. Acesso em: 10/12/2017.

VEIRA, C. G. et al. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC, Araguaína**, v. 5. n. 1, jan. 2012.

VIEIRA et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico do carcinoma prostático em um hospital de oncologia do Piauí, **Revista Enfermagem UFPI**, Teresina, v. 1, n.1, p.42-49, 2011.

ZACCHI, S.R.; AMORIM, M.H.C.; SOUZA, M.A.C.; MIOTTO, M.H.M.B.; ZANDONADE, E. 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, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ROTEIRO

▪ **Dados Gerais**

- Cidade/Município em que foi realizado o diagnóstico:

- Data do diagnóstico: __/__/__

▪ **Dados Sócio Demográfico**

- Idade: _____

- Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda/Mulata

Amarela

- Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

União Estável

- Escolaridade:

Analfabeto

Ensino fundamental Incompleto

Ensino fundamental Completo

Ensino médio Incompleto

Ensino médio Completo

Nível superior Completo

Nível superior Incompleto

- Local de moradia:

Zona urbana

Zona rural

• Antecedentes

familiares: Sim

Não

Não sabe

• Grau de parentesco:

Pai

Irmão

Tio

Avô

Outros

Nega

• Evolução do caso para

óbito: Sim: __/__/__

Não

▪ **Dados Relacionados a Doença:**

• Classificação de

Gleason: < ou = 9

> ou = 8

< ou = 6

< ou = 7

> ou = 10

• Dosagens de PSA (Antígeno Prostático Específico):

_____ ng/ml

• Origem dos eventos clínicos que levaram à internação:

- Recidiva da doença
- Agravamento da doença
- Reações adv. ao tratamento
- Outros motivos
- Não houve

- Tipo de tratamento:

- Medicamentoso
- Quimioterápico
- Cirúrgico
- Hormonioterapia
- Radioterapia

- Recidiva:

- Apenas uma vez
- Mais de duas vezes

- Fatores que influenciaram na progressão da doença:

- Alcolismo
- Etilismo
- Aumento de peso
- Vasectomia
- Outros fatores

APÊNDICE B
TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Andreza Rochelle do Vale Moraes, do Doutorado, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ/RN**”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos em prontuários, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a foram coletados se referem ao desfecho de homens acometidos pelo câncer de próstata em Mossoró e região, no período de Março/2018 a Abril/2018.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP FACENE/FAMENE.

Mossoró/RN, _____ / _____ / 2018.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C
TERMO PARA DISPENSA DE TCLE

Eu, Andreza Rochelle do Vale Moraes, pesquisadora responsável do projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ/RN**” venho, por meio deste termo, solicitar a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que, a coleta de dados não será realizada com pessoas, e sim com fontes secundárias, neste caso, os prontuários, obedecendo aos aspectos éticos. Neste caso, os prontuários do Hospital Wilson Rosado, serão a fonte dos dados a serem obtidos, sendo estes fornecidos pela própria instituição, conforme consta no Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD) anexado ao projeto de pesquisa.

Mossoró, 19 de Março de 2018.

Profa. Andreza Rochelle do Vale Moraes

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE COMPROMISSO DO (A) PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada **PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ/RN.**

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via **Notificação** ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia 05, Março de 2018, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via **Emenda**.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação revista Ciências da Saúde Nova Esperança da FACENE/FAMENE, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados no Hospital Wilson Rosado onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Mossoró RN, 19 de Março de 2018

ANEXO B
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**Perfil Sócio Demográfico de Homens acometidos pelo Câncer de Próstata em Mossoró/RN.**” Que será realizada pelo(a) aluno(a) **Jane Caroline da Silva** sob a orientação da professora **Andreza Rochelle do Vale Moraes** o qual terá apoio desta instituição: **Hospital Wilson Rosado**, CNPJ: 35.650.324/0001-50.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

Mossoró-RN, ____ de Março de 2018

Assinatura e Carimbo do responsável institucional

ANEXO C



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO86582518.7.0000.5179

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de abril 2018 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE HOMENS ACOMETIDOS PELO CÂNCER DE PRÓSTATA EM MOSSORÓ/RN"**. Protocolo CEP: 74/2018 e CAAE: 86582518.7.0000.5179 Pesquisadora Responsável: ANDREZA ROCHELLE DO VALE MORAIS e das Pesquisadoras Associadas: JANE CAROLINE DA SILVA; ITALA EMANUELLY DE OLIVEIRA CORDEIRO; e KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para Junho de 2018, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 12 de abril de 2018.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE