

TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NA REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2013-2017

Thais Nascimento Pereira Caetano¹

Priscila Pinto e Silva dos Santos²

RESUMO

O câncer de próstata vem se tornando um enorme problema na saúde pública como mostram os dados epidemiológicos com altas taxas de incidência e mortalidade em várias regiões no Brasil. Portanto, objetivo desse estudo é descrever o perfil epidemiológico relacionado a taxa de mortalidade do Câncer de Próstata na Região Metropolitana de Vitória no Estado do Espírito Santo, Brasil no período de 2013 a 2017, utilizando o Sistema de informação de Mortalidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para isso foi feito um estudo retrospectivo, foram levantados dados relacionados como o crescimento anual da taxa de mortalidade no Espírito Santo; números de óbitos por câncer de próstata na região metropolitana de Vitória, mortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões do Brasil, comparada a região Sudeste teve 645,05 mortes sendo relacionado a ela a faixa etária de 40 anos e acima de 80 anos. O maior quantitativo de mortes encontrou-se nas idades acima de 80 anos (n=444,84), na faixa etária 70-79 (n=155,52) e 60-69 (n=38,29). Ficaram evidentes os resultados com maior taxa de mortalidade nos municípios de Vila Velha (n=145), Vitória e Cariacica (n=136) e Serra (n=105). Um total de 1465 homens morreram com o câncer de próstata no estado do Espírito Santo.

Palavras-chave: Câncer. Mortalidade. Idade

ABSTRACT

Prostate cancer has become a huge public health problem as shown by epidemiological data with high rates of incidence and mortality in several regions in Brazil. Therefore, the objective of this study is to describe the epidemiological profile related to the mortality rate of Prostate Cancer in the Metropolitan Region of Vitória in the State of Espírito Santo, Brazil from 2013 to 2017, using the Mortality Information System of the National Cancer Institute (INCA). For this, a retrospective study was carried out. related data such as the annual growth of the mortality rate in Espírito Santo are highlighted; numbers of deaths from prostate cancer in the metropolitan region of Vitória, mortality from prostate cancer in different regions of Brazil, compared to the Southeast region had 645.05 deaths, being related to the age group of 40 years and above 80 years. The highest number of deaths was found in the ages above 80 years (n = 444.84), in the age group 70-79 (n = 155.52) and 60-69 (n

¹ Graduanda do Curso de Farmácia da Católica de Vitória Centro Universitário. E-mail: thaisnascimento.pereira1997@gmail.com

² Graduada em Farmácia, Mestre em Doenças Infecciosas e a Professora Ensino Superior e cursos de Pós-Graduação, psantos@salesiano.br

= 38.29). The results with the highest mortality rate in the municipalities of Vila Velha (n = 145), Vitória and Cariacica (n = 136) and Serra (n = 105) were evident. A total of 1465 men died of prostate cancer in the state of Espírito Santo.

Keywords: Cancer. Mortality. Age.

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

De acordo com o OMS (organização mundial de saúde) o câncer vem se tornando um enorme problema da saúde pública como mostram os dados epidemiológicos com altas taxas de incidência e mortalidade em várias regiões no Brasil (MEDEIROS et al., 2010).

Além do aumento das taxas de mortalidade do câncer de próstata, e a progressão da doença as referências demonstram índices ascendentes na incidência desse tipo de tumor (GOMES et al., 2008).

O câncer de próstata é o segundo maior causador de morte em homens, causando um grande quantitativo de mortes a cada ano, acredita-se que ainda haverá um crescimento acelerado no aumento de números de casos de carcinoma prostático em vários países (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

Atualmente a idade avançada favorece o desenvolvimento dessa doença crônica, os portadores do câncer descobre na fase final da doença, devido as características assintomáticas relacionadas a doença, mediante disto as chances de se recuperar do câncer de próstata fica cada vez mais difícil, o diagnóstico do câncer de próstata está cada vez mais frequente em homens de 45 anos (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Desta forma os profissionais da saúde orientam que todos os homens em torno de 45 anos devem anualmente procurar um urologista e realizar os exames necessários para detectar a doença no estágio inicial. A literatura relata que homens da raça negra tem maior probabilidade de desencadear a doença do que em homens da raça branca (KERNION; PAULSON, 1991).

A genética também é um grande fator para o desenvolvimento da doença, familiares de primeiro grau como o pai ou o irmão desencadear o câncer na próstata antes dos 60 anos, aumentando as probabilidades de se adquirir a doença em relação aos indivíduos que não apresentam histórico de câncer na família (BELINELO et al., 2014).

Os fatores ambientais e os hábitos de vida também tem sido um grande fator dessa neoplasia. Estudos científicos demonstram que uma alimentação rica em gorduras e a dieta de carne vermelha aumentam o risco para o desenvolvimento do câncer (ZANDONAI; SONOBE; SAWADA, 2011).

Atualmente estudos científicos comprovam que o equilíbrio energético e uma dieta balanceada aumenta a possibilidade de prevenir o câncer, dessa forma os estudos sugerem ingestão de frutas e vegetais e exercício físico, dietas ricas em selênio, licopeno, vitamina E e isoflavonas (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Estudos que são realizados com intuito de conhecer a dinâmica de uma doença, fatores de risco relacionados a ela, bem como os aspectos epidemiológicos são relevantes para o controle e a prestação de assistência à população masculina. Para a elaboração de medidas preventivas como campanhas de prevenção, panfletos informativos com o conhecimento da doença, a fim estimular o diagnóstico precoce da doença crônica, com intuito de aumentar a expectativa de vida da população masculina.

Diante do exposto, este estudo teve o objetivo de descrever o perfil epidemiológico relacionado a taxa de mortalidade do Câncer de Próstata na Região Metropolitana de Vitória no Estado do Espírito Santo, Brasil no período de 2013 a 2017, utilizando o Sistema de informação de Mortalidade do Instituto Nacional do Câncer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO CANCÊR

Pesquisa epidemiológica tem uma extrema importância para os conhecimentos das características de inúmeras doenças, sendo incluso as neoplasias que é caracterizada como uma doença crônica e muitas das vezes maligna (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEH, 2003).

No Brasil os registros de dados mostram a incidência da neoplasia, principalmente o crescimento da mortalidade, sendo analisado através do certificado de óbitos que cerca de 10,8% faleceram com a presença do tumor (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEH, 2003).

Somente no ano de 2011 cerca de 16,4% pessoas morreram no Brasil por causa do câncer, dessa forma é a segunda maior causa de morte no país. A tendência é que o câncer ultrapasse as doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos, os dados do SUS (Sistema Único de Saúde), apresentaram que o câncer é a terceira causa de internação entre o ano de 2002 a 2012 (OLIVEIRA et al., 2015).

O câncer de próstata vem sendo frequentemente diagnosticados em homem, em 2008 foram apresentados nos números de dados 899.000 de homens com a doença 258.000 mortes sendo causa principal o câncer de próstata, na região sul do país no período de 2012-2013 foram registrado 60 mil casos de câncer de próstata, dessa forma sendo posicionada na segunda colocação dos cânceres em geral (FERNANDES et al., 2014).

O aumento dos números de casos dessa neoplasia é atribuído pela falta de orientação e cuidados de preventivos dos homens, geralmente a população masculina não realizam os exames de rotina, procuram o atendimento médico quando a doença se inicia a presença dos sinais como dificuldade de urinar; presença de sangue na urina, diminuição do jato de urina (FERNANDES et al., 2014).

Estudos epidemiológicos demonstram que o rastreamento utilizando o procedimento de diagnóstico antígeno prostático específico (PSA), houve uma redução na quantidade de mortes na população masculinas cerca de 20% dos pacientes que que retornava a repetir o procedimento de diagnóstico apresentaram melhoras (BAROUKI., 2012).

2.2 NEOPLASIAS

Atualmente, o câncer tem se tornado um grande problema mundial na saúde pública afetando grande parte da população, e se tornando o segundo maior responsável por óbitos da população masculina. De acordo com a Organização mundial da saúde (OMS), aproximadamente 6 milhões de homens morrem a cada ano por câncer prostático (BRASILEIRO FILHO, 1998).

As neoplasias são caracterizadas pela proliferação celular desordenada, o organismo vivo (célula) passa por um processo chamado de diferenciação e multiplicação celular, quando está mais evoluído, a diferenciação irá reduzir a taxa de reprodução. A reprodução é essencial para a atividade da célula no organismo humano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Assim sucede a transformação de uma célula saudável para uma célula cancerígena através de uma mutação da célula somática, após essa mutação modifica o seu material genético, promovendo assim a proliferação desordenada (BRASILEIRO FILHO, 1998).

A proliferação da célula em estado normal é responsável pela atividade complexa, os genes são responsáveis por controlar os estímulos internos e externos. As células tumorais passam por alterações intrínsecas no seu mecanismo regulatório da multiplicação, dessa forma as células adquirem um aumento independente com a tendência de reduzir a sua diferenciação e aumentar a proliferação da célula anormais, assim aumentando o número e se tornando um tumor (SOUZA et al., 2014).

Devido à redução da diferenciação da célula, as células neoplásicas perdem as funções específicas, como a variação do grau de diferenciação, e perda das propriedades morfofuncionais das células originais (LOBLER et al., 2012).

Para a formação de uma neoplasia devem ocorrer três etapas: iniciação, promoção e processo tumoral. No primeiro processo acontece a modificação do genótipo levando que a célula se torne um tumor, após a primeira etapa ocorre a formação de clones com a vantagem de proliferação, na terceira a células promovem proliferação a progressão tumoral (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

O tumor apresenta a mesma composição bioquímica de uma célula normal o que as distingue são as características quantitativas e qualitativas presente no metabolismo, as atividades enzimáticas que compõem nas vias metabólicas possuem menor complexidade do que uma célula saudável (MEDEIROS et al., 2011).

As células cancerígenas não possuem sensibilidade no mecanismo fisiológico do indivíduo, dessa forma ocorre a liberação de hormônios em quantidades maiores do que o normal (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

2.2.1 Características dos tumores benignos e malignos

As neoplasias são divididas em dois grupos como tumores benignos e malignos e o que as diferenciam são as suas características clínicas e morfológicas e o seu

desenvolvimento no organismo humano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

As neoplasias benignas são células que possuem uma taxa de crescimento lento, permite a formação nos vasos sanguíneos, tumorais, nessa classe não à presença de degeneração e necrose (MEDEIROS et al., 2011).

Os tumores benignos são bem desenvolvidos nos tecidos de origem, apresentam menos riscos para os seus portadores devido a sua divisão por mitose, mas dependendo da localidade instalada os tumores tendem a formar uma cápsula de fibrose, tendo maior facilidade de tratamento quando descoberto na fase inicial, tendo a sua remoção por um procedimento cirúrgico caso não ser tratado na etapa inicial pode gerar uma hipertrofia no local onde se encontra instalado e também ocasionando o óbito do portador (KERNION; PAULSON, 1991).

As neoplasias malignas são células que possuem uma grande taxa de multiplicação mitótica em comparação a neoplasia benignas, os tumores malignos são mais volumosos e tem as propriedades bioquímicas e funcionais distintas (LOBLER et al., 2012).

Os tumores malignos devido a sua rápida multiplicação, capacidade de alterar o núcleo e o citoplasma, aumentar o número de cromossomos, as células carcinogênicas malignas devido a evolução de células tumorais das há presença de necrose e degeneração (BRASILEIRO FILHO, 1998).

Os tumores malignos possuem facilidade de penetrar na corrente sanguínea e vasos linfáticos, para garantir a segurança do portador o procedimento cirúrgico tende a remover tecidos aparentemente normais, para garantir que todo o tumor seja retirado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

2.2.2 Câncer de Próstata

Próstata é uma glândula encontrada na região na pelve masculina, essa glândula se localiza na inferior da bexiga e em frente ao reto, encontrada abaixo do abdômen, no qual envolver a uretra e no tubo no qual é responsável por armazenar a urina na bexiga (BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

A glândula é responsável por volta de 50 % da produção do componente fluido que constitui o sêmen ou esperma com a finalidade de proteção, além de favorecer a nutrição fundamental para a sobrevivência dos espermatozoides (BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

Dessa forma existe uma tendência que a próstata aumente de tamanho com o envelhecimento do homem. O aumento da próstata comprime a uretra responsável pela a passagem da urina, tornando-se o fluxo urinário lento e mais difícil de ser secretado a partir dos 50 anos (BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

A incidência do câncer de próstata vem aumentando em todo o país, sendo um grande problema para a saúde pública e conseqüentemente elevando os números de óbitos de homem portadores dessa neoplasia (LIMA et al., 2018).

Atualmente, as incidências estão sendo identificadas pelos números de diagnósticos específicos no teste de antígenos PSA dos portadores assintomáticos com apresentação da forma latente (LIMA et al., 2018).

Por ser uma doença assintomática na fase inicial os portadores não relatam de queixas de obstrução do trato urinário, mas quando a doença já está em uma etapa mais avançada, os homens com a neoplasia relatam que a uma redução da força e calibre do jato urinário, hiperplasia benigna da próstata, infecção urinária (MEDEIROS et al., 2011).

O progresso da doença é prolongado, no período que acontece de duplicação estimado de dois a quatro anos, nos estágios iniciais podem demorar até 15 anos para poder alcançar 1 cm de diâmetro, mas após o desenvolvimento da neoplasia bastante rápido (LIMA et al., 2018).

A detecção da doença é através do exame do toque retal, o urologista durante o procedimento do exame recolhe uma dosagem para fazer análise da glicoproteína que pertence à família caliceína (PSA) essa proteína possui uma meia vida em torno de dois a três dias de vida, é produzida pelo o tecido prostático ela é fundamental para o resultado do exame de anatomia patológica podendo diagnosticar se o paciente é ou não portador do câncer de próstata, também identificando se o tumor é benigno ou maligno (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

2.3 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS

A próstata em um aspecto saudável de um ser vivo apresenta hiperplasia prostática benigna (HPB) e a fibroelástica normal, mas com a presença do câncer torna-se a estrutura mais rígida (endurecida, pétrea) (LOBLER et al., 2012).

Para a identificação do câncer de próstata nos pacientes incluem o toque retal e dosagem sérica de PSA. A biópsia é realizada com o auxílio da ultrassonografia transretal da próstata para a confirmação, é realizado o exame de anatomia para confirmação e a classificação do tumor (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Antígeno Prostático Específico (PSA) é uma enzima protease que está presente na família caliceína é fundamental para o rastreamento do tumor e é classificado o melhor procedimento clínico e laboratorial até o presente momento (BAROUKI, 2012).

Essa enzima está localizada nos epitélios da próstata e após a ejaculação tem a função de solubilizar o esperma. Os níveis elevados dessa enzima podem estar relacionados a uma hiperplasia benigna que são frequentes em pacientes portadores do câncer (BAROUKI, 2012).

A próstata normal o portador apresenta o Antígeno Prostático Específico (PSA) entre 4ng/ml e 10ng/ml, já o paciente que tem alteração nesses valores e apresenta valores maiores que 10ng/ml o paciente pode ser considerado um suspeito de câncer próstata (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A utilização da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) vem sendo utilizado na prática clínica para auxiliar num diagnóstico mais objetivo e rápido, na tentativa de detectar o tumor precocemente, determinar o estadiamento do câncer, avaliar a evolução e prognóstico terapêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

2.4 TRATAMENTO

Em cada paciente o tratamento é distinto, sendo considerado a idade do paciente, dessa forma sendo analisado a característica do tumor, o grau histológico, a dimensão do carcinoma, as comorbidades, e a expectativa de vida do paciente. Inclui-se as opções de tratamento de câncer de próstata cirurgia radical, a radioterapia e a observação do vigilante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Homens com a faixa etária acima de 75 anos, com a expectativa de vida limitada, e com o carcinoma menor grau histológico, deve se utilizar o procedimento da observação do vigilante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A prostatovesicectomy radical retropúbica (PTR) é uma opção para o câncer de próstata sendo considerada como o padrão ouro. Em torno de 85% dos homens que utiliza esse procedimento não apresenta o retorno da neoplasia em um período de após 5 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

A PTR apesar de ser o padrão ouro para o tratamento, pode apresentar complicações após o procedimento cirúrgico como: estenose de uretra, lesões na parte do reto, incontinência urinária, disfunção erétil (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

Homens contraindicados para o procedimento cirúrgico a opção a ser utilizada é radioterapia que pode ser dividida em duas partes externa (RXT)e braquiterapia também chamado de radioterapia intersticial (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

O procedimento utiliza uma dose mínima de radioterapia externa sobre a próstata, sendo necessário respeitar a tolerância dos tecidos adjacentes. As possíveis complicações presentes nesse tratamento é alterações gastrointestinais e cistite actínia (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

No processo de tratamento com braquiterapia intersticial não é ideal casos de tumor com grande volume e também não indicado para a próstata menor que 20g. Em casos de prostatectomia convencional, nesse tipo de tratamento é utilizado sementes radioativas, sendo indicado para aos pacientes com bom prognóstico (T1-T2a, PSA < 10ng/ml, Gleason < 7) ou para complementar a RXT externa quando não a um bom prognostico (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

Braquiterapia como todo outro tratamento pode apresentar complicações, no caso da braquiterapia as complicações comuns é a incontinência urinária, disfunção erétil e estenose de uretra ou colovesical (MINISTÉRIO DA SAÚDE.,2015).

Após o tratamento com prostatectomia radical cerca de 90% a 93% dos homens apresentam um bom resultado, e em torno de 60% a 86% dos homens que são submetidos ao tratamento de braquiterapia e radioterapia externa são curados após de 10 anos de acompanhamento (BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

A pós a radioterapia ainda pode haver uma recorrência tumoral e ter um aumento no nível do PSA, dessa forma é necessário aderir outras opções de tratamento como a conduta expectantes, hormonioterapia, crioterapia ou prostatectomia de resgate, estudos demonstra que a prostatectomia de resgate tem se mostrado eficaz para erradicar o carcinoma tumoral em um período 10 anos ou mais (LOPES et al., 2008).

O procedimento de hormonioterapia para o tratamento do câncer de próstata apresenta ter uma dificuldade para determinar o reaparecimento da doença no local, pois a maior parte dos homens com recidiva após o tratamento de terapia local tem metástase (LOBLER et al., 2012).

Já o carcinoma com a presença de metástase na próstata em estágio avançado a primeira escolha de medida terapêutica é a orquiectomia bilateral considerada como padrão ou uso de agonistas do hormônio liberador de hormônio luteinizantes (LHRH) que promove a alteração do sistema fisiológico da hipófise que atuará no bloqueio da liberação da hormona luteinizante LH, dessa forma ocorrendo a diminuição da testosterona (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O tratamento monoterápico normalmente não apresenta eficácia quando a doença estar em estágio avançado no (T3-T4), dessa forma para obter a meta terapêutica de cura é necessário incluir combinação de bloqueio hormonal mais a junção de uma cirurgia radical ou a radioterapia externa, muitas vezes as junção dos ambos métodos como a cirurgia radical e posteriormente a radioterapia externa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015, p. 41):

Para a doença metastática o bloqueio androgênico intermitente (BAI) tem sido utilizado para pacientes em bom estado geral, com doença metastática mínima, e que apresentaram queda satisfatória do PSA após seis meses de tratamento e que se encontram assintomáticos, mas faltam dados definitivos para uma recomendação geral. Não se recomenda o bloqueio androgênico completo por não apresentar vantagens terapêuticas. A terapia indicada no escape hormonal inclui o uso de glicocorticóides, cetozonazol, e quimioterapia com mitoxantona e taxanes.

O tratamento com a quimioterapia é normalmente indicado para homens com a idade avançada, esse procedimento é realizado quando a neoplasia progressiva e refratária a hormonioterapia, os principais fármacos utilizado nesse procedimento são mitoxantrone, estramustine, paclitaxel e docetaxel, geralmente esses fármacos pode ser administrado de formar isoladas ou em combinação (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008).

Atualmente os pacientes submetidos a quimioterapia apresentam uma melhora na qualidade vida e alívio dos sintomas, mas não apresenta resultado significativo na expectativa de vida, pacientes que apresenta uma resistência a manipulação hormonal, devido os efeitos adversos tem em média de sobrevida cerca 9 meses (BRAGA et al., 2017).

Segundo Braga e Colaboradores (2017):

Comparados a análise das razões de risco de óbito por câncer de próstata indicou que, ajustado para os demais fatores no modelo final, os pacientes na faixa etária de 60 a 80 anos ou mais têm menor risco de óbito quando aos mais jovens; pacientes no estágio IV têm um risco de morrer 3,49 vezes maior comparado aos pacientes do estágio I; hormonioterapia conferiu razões de riscos semelhantes independentemente da linha de tratamento. Já os pacientes que realizaram quimioterapia resistente à castração hormonal tiveram um risco de óbito 2,34 vezes maior do que aqueles que fizeram radioterapia. Ser internado aumentou o risco de óbito por câncer de próstata.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa trata-se de um estudo retrospectivo em que foi realizado um levantamento de dados relacionados a mortalidade por câncer de próstata no período 2013 a 2017, no Estado do Espírito Santo.

Foram levantados dados relacionados ao crescimento anual da taxa de mortalidade no estado do Espírito Santo; números de óbitos por câncer de próstata na Região Metropolitana de Vitória; números de mortalidades por câncer de próstata nas diferentes regiões do Brasil, comparada a região Sudeste na faixa etária de (anos 40 a 80 a mais); mortalidade por câncer de próstata na Região Metropolitana de Vitória na faixa etária de (anos 40 a 80 a mais).

Compõem os municípios da Região Metropolitana de Vitória (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila-Velha e Vitória).

Foi utilizado para trabalho a base de dados do sistema de informação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e coletado informações sobre os óbitos que ocorreram na população do Espírito Santo que tinham como causa de morte o câncer de próstata codificada como C61.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos e realizou-se uma análise descritiva dos resultados.

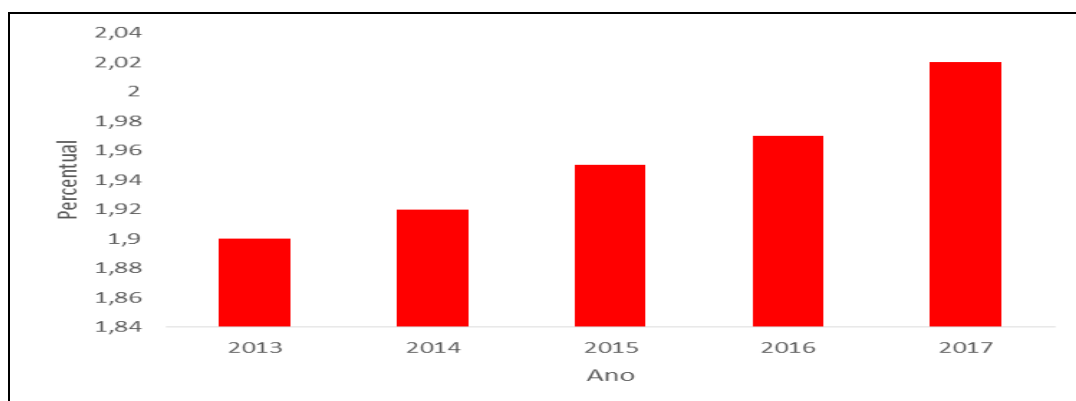
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de dados levantados por publicações do Instituto Nacional do Câncer, foram identificados, números totais de óbitos de 1465 por câncer de próstata, no período de 2013 a 2017 no Estado do Espírito Santo.

O gráfico e tabela 1 apresenta a taxa de mortalidade por câncer de próstata na região sudeste no estado do Espírito Santo. Pode-se identificar uma proporção de crescimento constante, do ano de 2013 a 2017.

Dentre os fatores que podem interferir no crescimento da taxa de mortalidade acredita-se que seja a dificuldade da atenção primária para o rastreamento da detecção da neoplasia em estágio inicial, também pelo receio que os homens possuem de realizar o exame de toque retal ou seja a dificuldade do atendimento médico em algumas regiões. Como o câncer no estágio inicial é assintomático muitos não procuram um atendimento clínico, a doença começa a mostra os sinais e sintomas quando o tumor estar em um estágio avançado que devido as complicações e a ramificações não é possível trata-lo (CZORNY et al., 2017)

Gráfico 1- Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de próstata no estado do Espírito Santo no período 2013- 2017.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Tabela 1-Percentual de Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de próstata no estado do Espírito Santo no período 2013- 2017.

Ano	Óbito total	Óbito total por câncer	Percentual %
2013	686,668	13,772	2,01
2014	693,922	14,161	2,04
2015	709,117	14,484	2,04
2016	736,842	14,926	2,03
2017	734,469	15,391	2,10

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Os fatores que influenciam o desenvolvimento das células tumorais não são bem identificados, o que os estudiosos pronunciam que a idade avançada é um dos precursores da doença, como também a etnia sendo o maior número de casos em negros e a origem hereditária (CZORNY et al., 2017)

Outros fatores externos também determinam o risco do desenvolvimento do câncer de próstata como o tabagismo, a má alimentação rica em gorduras saturadas e pobre em fibra, a dependência de álcool, homens que possuem dependência endócrina (MEDEIROS et al., 2011).

De acordo com Fagundes e colaboradores (2002):

Fatores ambientais e a distribuição geográfica também favorece uma maior incidência do câncer de próstata. Ainda indivíduos que tem uma maior exposição a irradiação ultravioleta do sol têm menor chance de morrer de câncer de próstata pois a vitamina D, ao ser sintetizada quando é exposto ao sol, inibe a replicação das células tumorais do câncer de próstata.

O crescimento do câncer de próstata aumenta a cada ano em diversas Regiões do Brasil. Pesquisa recente observou, a incidência do câncer de próstata e valores diferentes foram encontrados em cada região brasileira: 95,63/100mil na Região Sul, na Região do Centro-Oeste 67,59/100 mil, na Região Sudeste 62,36/100mil na Região Nordeste 51,84/100 mil e na Região Norte 29,50/100 mil (LIMA et al., 2018).

Posteriormente no presente estudo foi realizada uma análise do crescimento da taxa de mortalidade no período de 2013-2018 nos municípios da Região Metropolitana de Vitória.

A tabela 2 mostra o quantitativo por ano da mortalidade no período de 2013-2017 nos municípios da Região Metropolitana de Vitória. Analisa-se que no ano de 2014 houve uma maior taxa de mortalidade (n=134), em 2016 (n=123), seguidos dos anos 2017 (n=113).

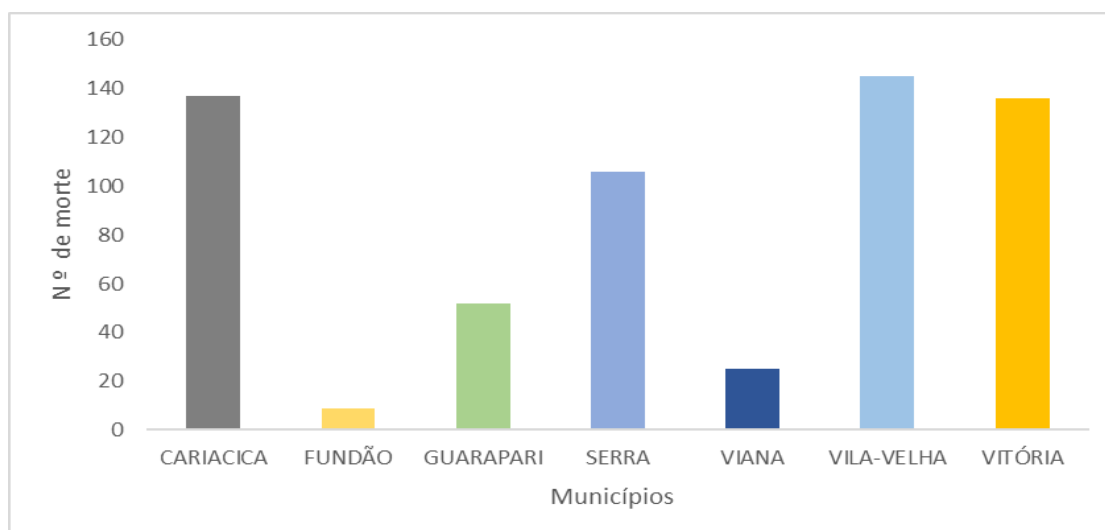
Tabela 2- Número de óbitos por câncer de próstata na Região Metropolitana de Vitória no período 2013-2017.

MUNICÍPIOS	ANOS					Total
	2013	2014	2015	2016	2017	
CARIACICA	24	29	25	32	27	137
FUNDÃO	1	3	1	2	2	9
GUARAPARI	8	11	6	11	16	52
SERRA	19	20	21	20	26	106
VIANA	2	9	5	2	7	25
VILA-VELHA	24	31	27	36	27	145
VITÓRIA	28	31	22	20	35	136
TOTAL	106	134	107	123	113	573

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Observa-se no gráfico 2 que os municípios que tiveram a maior totalidade de óbitos nos anos 2013-2017 foram Vila Velha com um total de (n=145), seguido de Vitória (n=136), Cariacica (n=137) e Serra (n=106). Guarapari (n=52), Viana (n=25) e Fundão (n=9) foram os municípios com menor quantitativo.

Gráfico 2- Número de óbitos por câncer de próstata nos municípios da Região Metropolitana de Vitória no período 2013-2017.

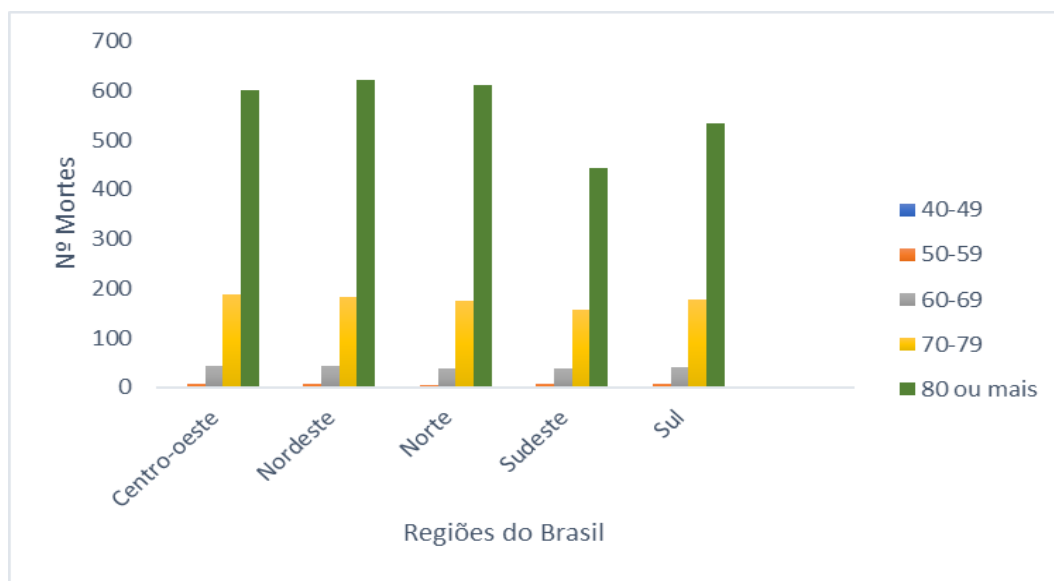


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Foi realizado um estudo realizado no Hospital Santa Rita de Cassia (Vitória-ES), observou-se que no período de 2014-2015 no estado do Espírito Santo ocorreram uma quantidade elevada de números de casos de morte cerca de 1.580 homens apresentavam câncer de próstata. O mesmo estudo analisou que a maior parte da população com a incidência da neoplasia prostática concentra-se na região metropolitana de Vitória cerca de 67%. Em outras regiões como na região central a média foi de 16 % essa possível diferença é devido a falta de atendimento médico das outras regiões, Dessa forma é possível indicar que as variáveis sociodemográficas possui uma grande influência para o crescimento e desenvolvimento do câncer de próstata (SACRAMENTO et al.,2018).

Ao observa-se o Gráfico 3 o comportamento das taxas de mortalidade por câncer de próstata, ajustada por idade, nas cinco regiões no Brasil, verifica-se que a taxa de mortalidade aumenta de acordo com a idade, tornando-se bem considerável na população acima de 80 anos.

Gráfico 3- Taxas de mortalidade por câncer de próstata, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, no Brasil, entre 2013 e 2017.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Diante do exposto analisa-se a região sudeste a faixa etária que apresentou maior número de casos de mortalidade foi acima de 80 anos ($n=444,84$), logo após a idade 70-79 anos ($n=155,52$) posteriormente observa-se o mesmo padrão ($n=38,29$).

Observa-se na Tabela 3 que a população mais afetada com maior quantidade de óbitos é na no período de 2013-2017 na Região Sudeste é com a faixa etária acima de 80 anos ($n=444,84$) em seguida com a faixa etária 70-79 ($n=155,52$) e os demais apresentaram menor quantidade de mortes como 60-69 ($n=38,29$). No total na Região Sudeste o número de óbitos foi de 645,05 mortes por câncer de próstata sendo analisado os dados agrupados com a faixa etária com limite inicial de 40 anos e acima de 80 anos.

Tabela 3- Taxas de mortalidade por câncer de próstata, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, no Brasil, entre 2013 e 2017.

Faixa etária (Anos)	Centro-oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
40-49	0,49	0,62	0,81	0,57	0,6	3,09
50-59	6,1	7,14	5,46	5,83	5,75	30,28
60-69	43,95	44,28	38,57	38,29	40,61	205,7
70-79	187,29	181,67	175,19	155,52	176,43	876,1
80 ou mais	602,3	622,4	612,53	444,84	533,34	2,815,41
Total	840	856,11	832,56	645,05	756,73	3,930,58

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

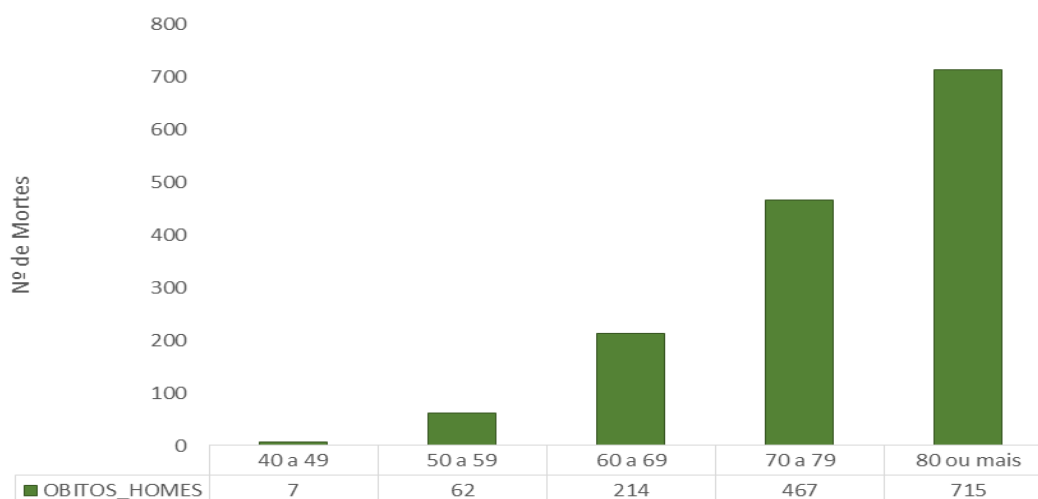
Em todas as regiões do Brasil teve um aumento na taxa de mortalidade por câncer de próstata na população com a idade mais avançada. A população mais atingida é com a idade acima de 70 anos. Um marcador importante para o desenvolvimento do câncer é a idade, a possível causa da população idosos ser mais atingidos é devido a falta de diagnóstico no estágio inicial da doença (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

Outro fator de extrema importância é o histórico hereditário, a presença de câncer na família aumenta a chances de o homem apresentar câncer próstata durante o seu período de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

São poucos relatos do que realmente pode ser a real causar do câncer, mas acredita-se que os fatores de risco são: que a idade avançada, histórico família, radiação, maus hábitos de alimentação e o consumo de álcool e tabaco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

No gráfico 4 foram identificados ainda o número de óbitos por idade, considerando os municípios da região metropolitana de Vitória e verifica-se no total de 1465 óbitos por câncer de próstata no Estado do Espírito Santo nos anos 2013-2017 na população com 40 anos ou mais. Sendo que o maior número de óbitos ocorreu entre os 70 a 79 anos (n=467) e com 80 anos ou mais (n=715)

Gráfico 4- Taxas de mortalidade por câncer de próstata e ajustadas por idade pela população mundial e brasileira, por 100.000, segundo faixa etária, considerando o número total nos municípios da RMV no período 2013-2017.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Perfil semelhante foi encontrado em outras regiões do Brasil, em estudo descritivo realizado na Região Centro-Oeste analisando o período de 1980-2011, também se identificou que população acima de 70 anos apresenta uma elevada taxa de mortalidade (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

A população na Região metropolitana de Vitória apresentou grande quantidade de casos seguindo a faixa etária com um total de 608 mortes por câncer de próstata. A população mais atingida pela quantidade de óbitos é Vila-Velha (n=145), seguida por Vitória e Cariacica (n=136) posteriormente Serra (n=105) conforme exposto na Tabela 4.

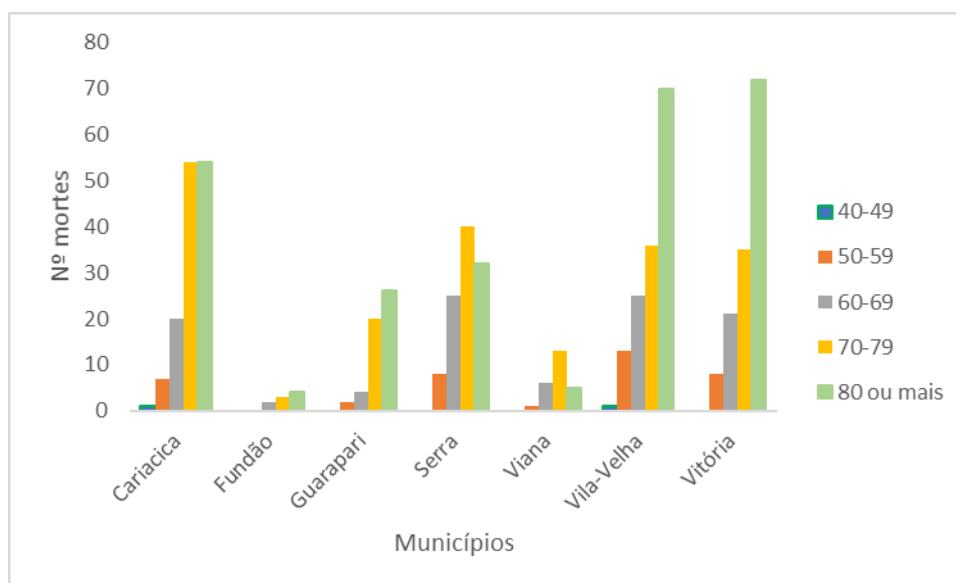
Tabela 4- Taxa de mortalidade por câncer de próstata e ajustadas por idade pela população mundial e brasileira, por 100.000, segundo faixa etária, considerando os municípios da RMV no período 2013-2017.

Faixa etária	Cariacica	Fundão	Guarapari	Serra	Viana	Vila-Velha	Vitória
40-49	1	0	0	0	0	1	0
50-59	7	0	2	8	1	13	8
60-69	20	2	4	25	6	25	21
70-79	54	3	20	40	13	36	35
80 ou mais	54	4	26	32	5	70	72

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Diante do exposto observa-se no gráfico 5 na Região Metropolitana de Vitória no período de 2013-2017 que o município de Cariacica apresentou maior número de óbitos na faixa etária acima de 70 anos, já em Vitória e Vila-Velha acima dos 80 anos, em seguida a Serra apresentou um maior número de casos de mortalidade na faixa etária 70-79 anos.

Gráfico 5- Valor absoluto da taxa de mortalidade por câncer de próstata nos municípios da Região Metropolitana de Vitória no período 2013 a 2017.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados no INCA (2020).

Em pesquisa realizada em São Paulo - SP também foi possível notar que a faixa etária com maior taxa de mortalidade é entre 65 a 74 anos. O estudo mostra que ao serem avaliados e diagnosticados em estágio tardio, é difícil ter um bom resultado de melhora, pois a maior parte dos pacientes estão na fase avançada com apresentação de metástases, e com imunidade comprometida (SILVA; MATTOS; AYDOS, 2014).

Comparando os dados de um estudo de prevalência efetuado no Rio Grande do Sul, Brasil. Observou que a características das zona de moradia da população do estudo apresentou um maior número na zona urbana (n=119) o número diminui ao comparar com a zona rural (n=29) a redução foi de cerca de 90 homens comparando as duas zonas de moradias (LIMA et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que câncer de próstata é o segundo maior causador de morte na população masculina, devido ser uma doença silenciosa e apresenta os sinais e sintomas no estágio final da doença. Dessa forma é de uma extrema importância que os homens possam ir anualmente ao urologista para a realização do exame de próstata para analisar as alterações na próstata e realizar o diagnóstico precoce, para a prevenção do câncer e reduzir a incidência de mortalidade por essa neoplasia.

A pesquisa mostrou uma alta taxa de mortalidade em números crescentes no estado Espírito Santo no período analisado de 2013 a 2017.

Mediante os resultados apresentados, ficaram evidentes que dentro da região metropolitana de Vitória, os municípios de Vila-Velha, Vitória, Cariacica e Serra, tiveram o maior índice de óbitos no período de 2013-2017.

Expressou também que a idade influencia na taxa de mortalidade sendo frequente os números de óbitos nas faixas etárias de 60-69, 70-79, mas principalmente acima dos 80 anos.

Considerando as especificidades da Região Sudeste e do Estado do Espírito Santo no que diz a respeito aos aspectos sociodemográficos, é necessária uma análise mais ampla dos possíveis fatores que possam estar influenciando no aumento da taxa mortalidade por câncer de próstata na população dessa região.

REFERÊNCIAS

- BACELAR JÚNIOR, Arilton J. et al. Câncer de próstata: Métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **BJSCR**, Ipatinga, v. 10, n. 3, p. 40-46, mai. 2015. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150501_174533.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.
- BELINELO, Renata G. S. et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 697-704, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400697>. Acesso em: 07 mar. 2020.
- BITTENCOURT, Rosane; SCALETZKY, Andrea; BOEH, R, Julio Alfredo. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Porto Alegre, v.50, n. 2, p. 95-101, dez. 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/ARTIGO1.pdf>. Acesso em 13 jun.2020.
- BRAGA, Sonia F. M. et al. Sobrevida e risco de óbito de paciente após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 46, mai. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006766.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.
- BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo: Patologia Geral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em 04 maio 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata, Brasília**, 2015. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadepróstata_CP.pdf> Acesso em 04 maio 2020.

Barouki, Mayene P. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, São Paulo, vol. 3, nº. 02, nov. 2012. Disponível em :<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555768>> acesso:13 jun. 20

CZORNY, Rildo C. N. et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 22, n. 4, out. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483654880023/483654880023.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

FERNANDES, Marina V. et al. Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Pernambuco, v. 19, n. 2 p. 333-340, abr. 2014. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31540/22806>> . acesso em:13 jun. 2020.

FAGUNDES, Luiz Alberto. **Câncer de próstata: novos caminhos para a cura**. Porto Alegre: AGE Editora, 2002.

GOMES, ROMEU; et al, A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1,p 1678-4561.Fev 2008. Disponível em em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100027&script=sci_arttext>. Acesso em : 17 mai. 2020.

GONÇALVES, Ivana R.; PADOVANI, Carlos; POPIM, Regina Célia. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-1342, Ago. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/31.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. Amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

KERNION, J. B. de; PAULSON, F. D. **Câncer Geniturinário: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 1991.

LOBLER, Ricardo; et al, **Avaliação do Escore de Gleason como fator prognóstico em pacientes com câncer de próstata em hormonioterapia**. 2012. 25f. Tese (Residência em Cancerologista Clínico) Universidade federal de Santa Maria, Palmas, 2012.

LIMA, Alison; et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. **Revista brasileira geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro vol.21 n.1 p. 55-61 fev. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbqg/v21n1/pt_1809-9823-rbqg-21-01-00053.pdf>. acesso em: 18 mai 2020.

LOPES, Ademir; IYAYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R. P. S. Oncologia para a Graduação: 3ª Edição revisada e ampliada. 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.

MEDEIROS, Adriane P. de; MENEZES, Maria F. B. de; NAPOLEÃO, Anamaria A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 385-388, abr. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a27v64n2.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

OLIVEIRA, Max; et al, Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Brasília, v.18, n.2, p. 146-157, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>> Acesso em : 13 jun. 2020.

SACRAMENTO, Raone S. et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento do câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3265-3274, set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbqg/v21n1/pt_1809-9823-rbqg-21-01-00053.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2020.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, mai. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2010.v26n5/961-970/pt/>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SILVA, João F. S. da; MATTOS, Inês E.; AYDOS, Ricardo D. Tendência de mortalidade por câncer de próstata nos Estados da Região Centro-Oeste do Brasil, 1980 - 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 395-406, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00395.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2020.

SOUZA, Waldemir F. Sinalização celular em câncer. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, n. 01, p. 30-33, 2014. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v66n1/a13v66n1.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2020.

ZANDONAI, Alexandra P.; SONOBE; Helena M.; SAWADA, Namie O. Os fatores de riscos alimentares para o câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 234-239, fev. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a31.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.