



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO ATUAL SOBRE A REALIDADE DOS
AMBULATÓRIOS DE UROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO**

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007

**BERNARD LOBATO PRADO
JOSÉ AUGUSTO FARIAS SILVA JÚNIOR**

**BELÉM-PARÁ
2008**

BERNARD LOBATO PRADO

JOSÉ AUGUSTO FARIAS SILVA JÚNIOR

**CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO ATUAL SOBRE A REALIDADE DOS
AMBULATÓRIOS DE UROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO**

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção de grau em
medicina pela Universidade Federal do
Pará.

Orientado pelo Prof. Dr. Júlio Guilherme
Balieiro Bernardes

**BELÉM-PARÁ
2008**

BERNARD LOBATO PRADO

JOSÉ AUGUSTO FARIAS SILVA JÚNIOR

**CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO ATUAL SOBRE A REALIDADE DO
SERVIÇO DE UROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS
BARRETO**

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção de grau em
medicina pela Universidade Federal do
Pará.

Orientado pelo Prof. Dr. Júlio Guilherme
Balieiro Bernardes

BANCA EXAMINADORA

Prof. Júlio Guilherme Balieiro Bernardes (Orientador)

Prof. Dr. Roberto Cepêda Fonseca

Prof. Geraldo Ishak

Julgado em: ____ / _____ / _____

Conceito: _____

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de próstata (CaP) é neoplasia maligna mais incidente no sexo masculino, perdendo apenas para o câncer de pulmão, constituindo também a segunda causa de morte por câncer em homens. Em nosso país, segundo as últimas projeções do Instituto Nacional do Câncer (INCA), excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata será a neoplasia mais freqüente em todas as regiões. **OBJETIVOS:** Realizar um estudo atual sobre câncer de próstata nos ambulatórios de urologia do Hospital João de Barros Barreto (HUIBB) a fim de determinar a prevalência dessa neoplasia maligna na população da amostra e avaliar o atendimento oferecido e sua padronização conforme as recomendações da literatura no que diz respeito ao rastreamento de CaP. **MATERIAL E MÉTODO:** O estudo foi do tipo descritivo transversal de prevalência. A população estudada foi todos os homens com idade igual ou superior a 40 anos atendidos na urologia do HUIBB durante o período de Junho de 2004 à Setembro de 2007. Os prontuários desses indivíduos foram acessados e um protocolo de pesquisa previamente elaborado foi aplicado. **RESULTADOS:** 804 pacientes foram atendidos nos ambulatórios de urologia do HUIBB durante o período estudado. Desse total, 397 prontuários (49%) pertencentes a homens com idade igual ou superior a 40 anos puderam ser acessados. Percentual de 6,30% dos prontuários não continha assinatura ou carimbo do profissional responsável pela consulta do paciente. Dos pacientes atendidos, 27,71% não foi submetido ao exame digital da próstata e em 47,61% deles o PSA total não foi dosado. A prevalência de CaP na população da amostra foi de 2,77%. **CONCLUSÃO:** Quase metade (49%) dos pacientes atendidos nos ambulatórios de urologia do HUIBB são indivíduos sob risco potencial de desenvolverem CaP. Muitos desses pacientes não foram submetidos adequadamente ao rastreamento do CaP segundo as recomendações da literatura médica atual, o que pode justificar a baixa prevalência de CaP encontrada nessa população, percentual que provavelmente está subestimado.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prostate cancer is the most common cancer among men after lung cancer and it is the second leading cause of cancer death among men. In Brazil, the National Cancer Institute estimates that, excluding non-melanoma skin cancer, prostate cancer will be the most frequent type of cancer in all Brazilian regions. **OBJECTIVES:** To developed a recent study about prostate cancer reality among men who received medical assistance in the urology sector of "João de Barros Barreto University Hospital" in the Brazilian state of Pará. To determine prostate cancer prevalence in this population, also evaluating medical assistance provided to patients and observing if prostate cancer screening has been done according to medical literature recommendations. **MATERIALS AND METHODS:** A descriptive prevalence study was executed. All men at the age of 40 or above who had received medical assistance in the urology sector of that university hospital between June 2004 and September 2007 were included in casuistics. Prontuaries regarding those patients were accessed and examined according to a previously elaborated protocol. **RESULTS:** 804 of patients received medical assistance in the urological sector of the cited university hospital. Of these, 397 patient's prontuaries (49%) belonging to men aged 40 or above at a potential risk for developing prostate cancer could be accessed. Medical professional signatures were not found in 6.30% of all prontuaries. A percentage of 27.71% patients were not submitted to digital prostate examination and 47.61% of them did not had PSA (Prostate-Specific Antigen) dosed. Prostate cancer prevalence among studied population was 2.77%. **CONCLUSION:** Almost half (49%) of all patients who attended urological consults in "João de Barros Barreto University Hospital" are at a potential risk for developing prostate cancer. Many of them were not adequately submitted to prostate cancer screening, which resulted, ultimately, in a subestimated low prevalence of prostate cancer (2,77%) founded in studied population.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
3. METODOLOGIA	37
4. RESULTADOS	45
5. DISCUSSÃO	58
6. CONCLUSÕES	67
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
8. APÊNDICES	78
9. ANEXOS	83

1. INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) é segunda neoplasia maligna mais incidente no sexo masculino, constituindo também a segunda causa de morte por câncer em homens e a primeira em homens acima dos 70 anos (FERLAY et al., 2001).

Em nosso país, segundo as últimas projeções do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de próstata será a segunda neoplasia mais freqüente em todas as regiões após o câncer de pele não melanoma.

A etiologia do CaP ainda permanece desconhecida, no entanto acredita-se que a doença resulte da interação entre fatores genéticos e ambientais (CANCEL-TASSIN et al., 2005). A idade avançada, a cor e a história familiar de neoplasia maligna prostática são os fatores epidemiológicos mais consistentemente relacionados ao desenvolvimento desse tipo de câncer (HSING et al., 2006). Estudos recentes sugerem que uma dieta rica em vegetais e um consumo reduzido de gorduras animais, carne vermelha, leite e derivados protegeriam contra o desenvolvimento de CaP.

Cerca de 95% das neoplasias prostáticas malignas são adenocarcinomas, enquanto que os 5% restantes são sarcomas, carcinomas de células escamosas, carcinomas em anel de cinete, carcinomas transicionais ou carcinomas neuroendócrinos (COTRAN et al., 1999). O escore de Gleason classifica o câncer de próstata de acordo com o seu grau de diferenciação celular, atribuindo pontuações que variam de 2 a 10 conforme o grau de diferenciação apresentado.

Os pacientes com câncer de próstata podem ser assintomáticos, o que se verifica mais comumente quando a neoplasia encontra-se em seu estágio inicial, ou sintomáticos. Os indivíduos sintomáticos geralmente possuem doença localmente avançada (Hamilton et al, 2004). Os sintomas do trato urinário inferior são encontrados com freqüência importante nos pacientes portadores de CaP, sendo que os mais prevalentes são a retenção urinária, a hesitação, a polaciúria, a noctúria e a hematória. (HAMILTON et al., 2006). Lombalgias e dores pélvicas também são comuns (INCA, 2002).

A população de risco para o desenvolvimento do Câncer de Próstata, em especial os homens com idade superior a 40 anos, pode ser investigada através da dosagem sérica do antígeno prostático específico (PSA) total e de sua fração livre, da realização do exame digital da

glândula prostática (EDGP) e da ultra-sonografia transretal da próstata. A ressonância magnética com bobina endo-retal e a espectroscopia são métodos que auxiliam o diagnóstico, porém são de uso menos comum. A confirmação diagnóstica é estabelecida mediante biópsia com análise histopatológica do tecido prostático (BRACARDA et al., 2005).

O tratamento desta neoplasia envolve várias modalidades terapêuticas de acordo com o estadiamento clínico e histopatológico da doença, variando também segundo as condições clínicas e a expectativa de vida dos pacientes.

Diante do quadro epidemiológico mundial e nacional anteriormente apresentado, conclui-se que o câncer de próstata constitui problema de saúde pública, de modo que todos os esforços da comunidade científica brasileira e, mais especificamente paraense, em aprofundar-se no conhecimento dessa doença são extremamente válidos.

O Estado do Pará carece de dados clínicos e epidemiológicos sobre o CaP, bem como de pesquisas científicas sobre o assunto, razão pela qual um estudo deste tipo de câncer, mediante o traçado do perfil clínico-epidemiológico de amostra populacional extraída de hospital de referência estadual como o HUIBB, significa a construção de uma base de dados atualizada sobre a doença, contribuição de valor na informação da população, das autoridades governamentais e da comunidade médica e científica sobre as características e realidade atual do CaP no Pará.

Os consensos e protocolos internacionais e nacionais mais recentes, em concordância com a literatura médica, estabeleceram recomendações no que diz respeito ao atendimento dos pacientes sob risco de desenvolverem CaP e daqueles que já são portadores da enfermidade, de modo a padronizar o serviço ofertado a estes indivíduos. Assim, observar se essas recomendações estão sendo seguidas no HUIBB é imprescindível, pois permite nortear os profissionais de saúde que coordenam a urologia dessa instituição acerca da qualidade e padronização do atendimento oferecido.

Os gestores, administradores e médicos do HUIBB e de outros hospitais estaduais podem utilizar as informações do trabalho de pesquisa para a elaboração de medidas em assistência à saúde direcionadas para a prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do CaP,

contribuindo para aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde à população paraense.

A pesquisa pode permitir que os dados estatísticos gerados possam ser comparados com os encontrados em outras regiões, estados e/ou localidades do Brasil e do mundo, situando Belém e o Estado do Pará no contexto epidemiológico nacional e mundial do câncer de próstata.

Desse modo, o presente estudo tem os seguintes objetivos:

a) Geral:

Realizar um estudo atual sobre câncer de próstata nos ambulatórios de urologia do Hospital João de Barros Barreto, avaliando os aspectos epidemiológicos e clínicos envolvidos nessa doença

b) Específicos:

- Correlacionar as variáveis epidemiológicas de idade, cor, procedência, ocupação, hábitos alimentares, hábitos de vida (etilismo, tabagismo, sedentarismo), e história familiar de CaP com a prevalência de câncer de próstata na amostra populacional estudada.
- Avaliar os sinais e sintomas mais prevalentes nos pacientes com CaP.
- Avaliar os resultados e demonstrar a importância da realização adequada do EDGP e da dosagem do PSA na condução diagnóstica do câncer de próstata.
- Avaliar o atendimento prestado nos ambulatórios de urologia do HUIBB aos pacientes sob risco potencial de desenvolverem CaP.
- Padronizar o atendimento aos pacientes sob risco de desenvolverem CaP em concordância às recomendações dos consensos e diretrizes nacionais e mundiais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Neoplasia Maligna da Próstata ou Câncer de Próstata (CaP).

2.1.1 Conceito.

O câncer de próstata é uma neoplasia que afetará cerca de 49.530 pessoas no Brasil no ano de 2008 (INCA, 2008). É uma malignidade não cutânea que deriva de células glandulares presentes na glândula prostática, sendo o tipo histológico mais comum o adenocarcinoma. Os sintomas podem ser variados, principalmente quando em associação com outras patologias como a hiperplasia prostática benigna (HPB). Acomete com mais frequência homens com idade superior a 50 anos, porém pode ocorrer precocemente em homens na faixa etária de 40 a 50 anos. Este acometimento precoce está intimamente relacionado com história familiar de CaP em parente de primeiro grau com idade inferior a 60 anos. Seu diagnóstico é feito através da dosagem do PSA (*prostate-specific antigen*), associado ao exame digital da glândula prostática (EDGP), mas o diagnóstico definitivo é feito pela biópsia com histopatológica do tecido prostático. Varias modalidades de tratamento podem ser empregadas conforme o estadiamento clínico e histopatológico do tumor.

2.2 Epidemiologia

2.2.1 Incidência e mortalidade

O câncer de próstata é segunda neoplasia maligna mais incidente no sexo masculino, constituindo também a segunda causa de morte por câncer em homens e a primeira em homens acima dos 70 anos. (IARC, 2003).

Em 2002, a incidência de CaP em países desenvolvidos foi de 56 para cada 100.000 homens. Essa taxa vem crescendo nos últimos anos, determinando aumento proporcional da mortalidade por esse tipo de câncer (IARC, 2003). Nos Estados Unidos da América, por exemplo, a Sociedade Americana do Câncer, em publicação recente, estima que o câncer da próstata será o tipo de neoplasia mais incidente entre os homens americanos no ano de 2008, totalizando 186.320 novos casos nesse ano, o que corresponde a 25% de todos os tipos de neoplasias em homens (AHMEDIN JEMAL et al., 2008). No norte europeu e na Europa Ocidental, em concordância às estatísticas mundiais, o carcinoma prostático também é o tipo de

câncer mais freqüente no sexo masculino, ocorrendo cerca de 190.000 casos novos anualmente (FERLAY et al., 2001)

Em nosso país, segundo as últimas projeções do Instituto Nacional do Câncer, o câncer de próstata será a segunda neoplasia mais freqüente em todas as regiões, com risco estimado de 69/100.000 homens na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e 22/100.000 na região Norte. O INCA estima que haverá 49.530 casos novos de câncer de próstata em 2008. Desse total, cerca de 790 serão diagnosticados no estado do Pará (INCA, 2008).

A despeito de sua alta incidência e prevalência mundiais, o câncer da próstata não figura entre as primeiras causas de morte por câncer quando se considera a população do globo e se inclui todos os gêneros e todas as idades. Na verdade, esse tipo de tumor é a sexta causa de morte por câncer no mundo, com uma taxa de mortalidade em torno de 204.000 indivíduos por ano. As maiores taxas de mortalidade encontram-se nos países desenvolvidos ocidentais, o que sugere que talvez existam fatores de risco para o desenvolvimento de CaP relacionados ao estilo de vida da população desses países. Segundo o mais recente relatório sobre câncer publicado pela Organização Mundial de Saúde, a América do Norte, Norte da Europa e Europa Ocidental, Austrália e Nova Zelândia, partes da América do Sul, principalmente o Brasil e o Caribe, África Subsaariana e norte africano são os locais que contribuem com o maior número de mortes por CaP (WCR, 2003).

2.2.2 Etiologia e Fatores de Risco

A etiologia do CaP ainda permanece desconhecida, entretanto acredita-se que a neoplasia resulte da interação entre fatores herdados geneticamente, fatores relacionados ao meio ambiente e fatores hormonais (CANCEL-TASSIN et al., 2005).

Nos últimos anos, muitos estudos epidemiológicos têm sido executados e publicados na tentativa de correlacionar os mais variados fatores epidemiológicos (pessoais, ambientais, dietéticos, familiares, etc) e o desenvolvimento de câncer da próstata para elucidar a etiopatogenia dessa neoplasia. Todavia, apenas a idade, a raça/etnia, história familiar de câncer de

próstata, tipo de dieta e a ocupação constituem os fatores de risco mais consistentemente relacionados ao CaP.

A grande maioria dos tumores da próstata é diagnosticada em indivíduos com idade superior a 65 anos e a incidência da neoplasia aumenta exponencialmente com o avanço da idade (HSING et al., 2006). Nos Estados Unidos, por exemplo, a taxa de incidência anual por 100.000 indivíduos é de 56,8 nos homens com idade inferior a 65 anos, enquanto que naqueles com 65 anos ou mais salta, assustadoramente, para 974,7 para cada 100.000 indivíduos (RIES et al., 2003).

Como citado anteriormente, a etnia constitui fator de risco bem estabelecido, porém pouco compreendido, para o surgimento de CaP. Estudos demonstram que a população afro-americana detém as mais elevadas taxas de incidência mundiais, cerca de 60 vezes maiores do que as encontradas em homens na China, onde a incidência é a menor do mundo (HSING et al., 2000). Essa disparidade importante corrobora com os estudos que sugerem que fatores ligados à etnia, tais como os genéticos, os ambientais e os relacionados ao estilo de vida das pessoas, podem contribuir para o risco de câncer de próstata.

No que diz respeito à história familiar de CaP, inúmeros estudos sugerem que os parentes de primeiro grau dos indivíduos portadores ou que tiveram CaP apresentam risco aumentado em cerca de duas a três vezes para desenvolverem esse tipo de tumor quando comparados à população que não possui história familiar da doença (STANFORD et al., 2001), o que favorece a hipótese de que a predisposição genética estaria implicada na patogênese do CaP.

Mais recentemente, muitos trabalhos e pesquisas científicas têm relacionado os hábitos alimentares pessoais com o CaP. Kolonel e cols., em publicações de 1999 e 2002, sugerem que uma dieta tipicamente ocidental caracterizada pelo consumo excessivo de gordura animal saturada ou monoinsaturada e carne vermelha teria correlação positiva com o aparecimento de CaP. Apesar de a ingestão de frutas e verduras constituir fator protetor para o desenvolvimento de outros tipos de câncer, esse tipo de dieta ainda não tem papel muito bem estabelecido na etiopatogenia do CaP. O achado mais consistente parece ser uma associação inversa entre o consumo de licopeno, presente no tomate, e o CaP (GIOVANNUCI et al., 1999). O consumo de

cálcio, selênio, zinco, vitamina E e peixe também necessitam de mais estudos para confirmar a sua associação positiva ou negativa com o CaP.

Outro fator consistentemente associado ao CaP é o trabalho no setor agrícola. Fazendeiros e outros trabalhadores da agricultura parecem ter um risco aumentado em torno de 7-12% para o surgimento dessa neoplasia (SHARMA-WAGNER et al., 2000). Essa evidência sugere que fatores relacionados ao estilo de vida desse grupo de trabalhadores ou a exposição à substâncias químicas próprias de sua atividade laboral, como os herbicidas e pesticidas, poderiam constituir risco para o crescimento de tumor maligno da próstata no futuro.

Por fim, estudos epidemiológicos têm sugerido a existência de outros fatores de risco supostamente relacionados ao aparecimento de câncer da próstata, mas que ainda carecem de fundamentação e evidência científica razoáveis: hiperplasia prostática benigna, vasectomia, doenças sexualmente transmissíveis, atividade sexual, obesidade, consumo de álcool, tabagismo, diabetes e cirrose hepática.

2.3 Patologia e Biologia

Cerca de 70 a 75% das neoplasias prostáticas surgem na periferia da glândula, principalmente em sua região posterior, enquanto que em 15% dos casos o CaP cresce na zona central. Os restantes 10-15% dos tumores originam-se na zona de transição da próstata. (QUIAN et al., 1997). Em 80% dos adenocarcinomas, o tecido prostático também abriga lesões precursoras denominadas de neoplasias intra-epiteliais prostáticas, as quais consistem em múltiplos focos, porém às vezes isolados, de glândula com proliferação intra-acinar de células que demonstram anaplasia celular (COTRAN et al., 1999)

Os tumores prostáticos, em sua maioria, crescem lentamente e podem disseminar-se localmente, por invasão direta de órgãos contíguos como as vesículas seminais, a bexiga e tecidos adjacentes, ou disseminar-se à distância por via linfática ou hematogênica (COTRAN et al., 1999)

O tipo histológico mais comum de câncer da próstata, perfazendo 95% de todas as neoplasias, é o adenocarcinoma. Os restantes 5% compreendem o carcinoma de células

escamosas, o carcinoma em anel de cinete, o carcinoma transicional da próstata, o carcinoma de células neuroendócrinas e o sarcoma.

O adenocarcinoma é um tumor tipicamente multifocal e heterogêneo caracterizado na análise histopatológica por constituir-se de células glandulares pequenas, anaplásicas, que podem se apresentar invadindo o tecido perineural, vascular ou linfático adjacente.

Fundamentando-se no padrão glandular do tumor e no grau de diferenciação de suas células pode-se classificar o adenocarcinoma prostático segundo o sistema de escore de Gleason, o sistema de classificação mais bem conhecido. Os tumores mais bem diferenciados são classificados como grau 1, enquanto que os indiferenciados são classificados como grau 5. Uma vez que a maioria das neoplasias apresenta mais de um padrão, estabelece-se um grau primário ao padrão dominante e um grau secundário ao padrão subdominante. Os dois graus são então somados a fim de que se obtenha um escore combinado. Os critérios de diferenciação glandular inclusos nesta classificação e as pontuações referentes a cada grau de diferenciação são descritos mais a frente no item 2.4.4.1.

2.4 Diagnóstico.

2.4.1 Sinais e Sintomas.

O câncer de próstata raramente causa sintomas, principalmente em estágios iniciais, como nos estádios clínicos T1 e T2 (FRYDENBERG et al., 2007). Sintomas do trato urinário inferior (STUI) podem ocorrer, mas geralmente aparecem quando há concomitância do CaP com hiperplasia prostática benigna (HPB), a qual, nesses casos, pode ocultar, acidentalmente, um tumor maligno da próstata. Muitos homens com valores de PSA compatíveis com CaP apresentam aumento prostático e STUI não provocados pelo câncer (FRYDENBERG et al., 2007). Dores lombares ou pélvicas podem estar presentes quando há doença metastática (BRACARDA et al., 2005).

Alguns estudos realizados objetivaram delimitar o perfil clínico do paciente portador de CaP no que diz respeito aos sintomas do trato urinário inferior, porém não alcançaram êxito. Dois estudos (ADOLFSSON, 1998 e FRANSSON et al., 2001) sugerem que a hesitação, a urgência

miccional, a incontinência urinária e a polaciúria são os sintomas mais prevalentes em portadores de CaP quando comparados ao restante da população. Os outros sintomas obstrutivos e irritativos da próstata possuem pouca relação com CaP.

A hematúria possui forte relação com o câncer urológico, apresentando valor preditivo positivo (VPP) de 10,3% (BRUYNINCKX, 2003). Entretanto, quando se considera o VPP da hematúria unicamente para o CaP, este valor é de apenas 1%, sugerindo que outros tipos de câncer urológico, como o renal e o de bexiga sejam os principais causadores de hematúria (HAMILTON et al., 2006). No mesmo estudo, Hamilton demonstrou que a perda de peso como sintoma isolado apresenta VPP para CaP inferior a 1%, percentual que aumenta quando o emagrecimento está associado à noctúria ou a achados benignos do EDGP.

2.4.2 Triagem para o Diagnóstico de CaP

A triagem para o diagnóstico de neoplasia prostática é controversa. Entretanto, o diagnóstico desta patologia pode ser feito por achados anormais no EDGP, por valores alterados do PSA sérico e/ou pela realização de ultra-sonografia transretal, com a confirmação feita pela biópsia da próstata (MURTHY et al., 2004)

A Associação Americana de Urologia recomenda que o rastreamento para CaP deva ser iniciado aos 50 anos de idade mediante a realização do EDGP e da dosagem do PSA. Em homens que apresentem história familiar positiva de CaP em parentes de primeiro grau ou afro-descendentes devem ser testados a partir dos 45 anos. Indivíduos sob risco ainda maior para o desenvolvimento de CaP devido possuírem múltiplos parentes de primeiro grau com história positiva em idade precoce podem iniciar o rastreio aos 40 anos.

Bracarda e colaboradores, em revisão sobre câncer de próstata publicada em 2006, dizem que a dosagem do PSA, o EDGP e a ultra-sonografia transretal são os três métodos mais importantes para a detecção deste tipo de câncer.

2.4.2 Exame Digital da Glândula Prostática (EDGP).

O exame digital da glândula próstata é um exame essencial durante a avaliação de homens com idade avançada que apresentam sintomas urológicos (FRYDENBERG et al., 2007). É realizado para investigar o tamanho, a consistência e localizar qualquer irregularidade em sua periferia (HAMILTON et al., 2004). Outras características prostáticas podem ser avaliadas através do exame digital da próstata: mobilidade, limites, superfície, sulco mediano, simetria e dor. Tendo em vista que a maioria dos tumores malignos da próstata acomete sua periferia, achados anormais no exame prostático tem relação muito forte com CaP (HAMILTON et al., 2006). Deve ser realizado anualmente em pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, a partir dos 45 anos naqueles que apresentem história familiar de CaP em parente de primeiro grau ou sejam afro-descendentes e a partir dos 40 anos nos indivíduos que possuem múltiplos parentes de primeiro grau com história positiva em idade precoce. (SMITH et.al, 2003).

2.4.3 Antígeno Prostático Específico (PSA).

O antígeno prostático específico é uma glicoproteína produzida predominantemente pelo epitélio prostático. A determinação do PSA sérico possui papel relevante no diagnóstico de CaP (OESTERLING, 1991), e maior acurácia comparado ao EDGP e a ultra-sonografia transretal (BRACARDA et. al. 2006). O PSA pode também se elevar em patologias benignas como HPB e prostatite, o que a torna uma proteína não câncer-específica (ELGAMA et. al., 1996).

O intervalo de normalidade do valor do PSA no soro é de 0,0 a 2,5ng/ml, porém valor pode variar de acordo com a idade, tornado-se pouco maior em idades mais avançadas (Tabela 01), permanecendo menor que 6,5ng/ml em pacientes com idade maior que 70 anos (FRYDENBERG et al., 2007).

Tabela 01: Escalonamento dos valores de PSA de acordo com a idade.

Idade em anos	PSA em ng/ml
40 - 49	< 2,5
50 - 59	< 3,5
60 - 69	< 4,5
> 70	< 6,5

Fonte: Australian Family Physician, v. 36, n. 5, 2007.

Cerca de 11 a 39% dos pacientes com PSA entre 4,1 e 10,0ng/ml (zona cinzenta) apresentam diagnóstico positivo de neoplasia prostática após biópsia (SCHMID et al., 1996). Valores de PSA maior que 10,0 ng/ml tem alta especificidade para CaP (IAM et al., 2007)

Algumas estratégias foram desenvolvidas para aumentar a acurácia do PSA, tais como: velocidade do PSA, densidades do PSA, diminuição do ponto de corte do PSA e determinação da fração livre/total. Valores de velocidade de PSA maiores que 0,75ng/ml/ano, de densidades de PSA maiores que 0,15, relação livre/total menor que 15% e atualmente PSA total maior que 2,5ng/ml devem ser investigados de forma mais aprofundada (SOUTO et.al. 2004).

2.4.4 Ultra-sonografia Transretal (USTR) e Biópsia da Próstata (BP).

Atualmente a USTR tem pouca importância no diagnóstico de CaP, pois outras patologias prostáticas apresentam padrão semelhante ao câncer (MATTOS JÚNIOR et al., 2004). O ultra-som com Doppler pode melhorar a acurácia deste exame na detecção de CaP (CORNUD et.al., 2000). Atualmente, a USTR possui grande importância na realização de biópsia prostática.

A biópsia com histopatologia do tecido prostático é o exame confirmatório para o CaP e é indicada em pacientes com nódulo prostático detectado ao EDGP, níveis de PSA total acima de 2,5ng/ml, principalmente em homens com idade inferior a 55 anos, densidade do PSA > 0,15 e

Velocidade do PSA > 0,75ng/ml/ano. A técnica empregada é sextante com auxílio do ultra-som transretal. Com o paciente em decúbito lateral esquerdo procede-se o EDGP, seguido de exame ultra-sonográfico com a utilização de um aparelho equipado com agulha retirando-se no mínimo 10 fragmentos de todo o órgão, incluindo-se sistematicamente as faces laterolaterais (“cornos” direito e esquerdo) (ROCHA et al. 2004).

Após a realização da biópsia o material colhido é destinado ao exame histopatológico para leitura e posterior confirmação diagnóstica. Como citado anteriormente, o tipo histológico mais comum de CaP é o adenocarcinoma. As neoplasias malignas podem ser classificadas de acordo com o sistema de Gleason levando-se em consideração seus graus de diferenciação celular.

2.4.4.1 Sistema de Gleason.

Fundamentando-se no padrão glandular do tumor e no grau de diferenciação de suas células pode-se classificar o adenocarcinoma prostático segundo o sistema de escore de Gleason (Tabela 01), o sistema de classificação mais usado. A escala de Gleason permite caracterizar a agressividade dos tumores malignos da próstata e, portanto serve de critério prognóstico adicional para os pacientes portadores de CaP (CALVETE, 2004).

Nesse sistema, os tumores mais bem diferenciados são classificados como grau 1, enquanto que os indiferenciados são classificados como grau 5. Uma vez que a maioria das neoplasias apresenta mais de um padrão, estabelece-se um grau primário ao padrão dominante e um grau secundário ao padrão subdominante. Os dois graus são então somados a fim de que se obtenha um escore combinado. Desse modo, o escore de Gleason pode variar de 2 a 10 pontos. Escores de 2 a 4 representam as neoplasias bem diferenciadas, escores de 5 a 7 correspondem aos tumores com grau de diferenciação moderada e aqueles pontuados entre 8 e 10 são os compostos por células indiferenciadas. A diferenciação celular dos tumores malignos da próstata é inversamente proporcional a velocidade de crescimento tumoral, ou seja, quanto maior a diferenciação tumoral menor será a sua velocidade de crescimento.

Tabela 02: Sistema de Gleason.

Grau 1:	Glândulas uniformes, pequenas, em estreito contato com estroma escasso. Padrão de crescimento expansivo.
Grau 2:	Ligeira variação na forma e tamanho das glândulas, com maior separação entre elas e maior quantidade de estromas. O padrão de crescimento permanece expansivo, com bordas menos circunscritas.
Grau 3A:	Glândulas isoladas de tamanho médio, com forma irregular e espaçamento irregular, apresentando padrão de crescimento infiltrativo com bordos pouco definidos.
Grau 3B:	Muito similar ao aspecto 3 ^a porém apresentando glândulas pequenas ou muito pequenas que não formam correntes significativas ou cordões.
Grau 3C:	Presença de epitélio cribiforme e papilar em massas e cilindros arredondados de aspecto polido, sem áreas de necrose.
Grau 4A:	Glândulas pequenas, médias ou grandes fundidas em cordões, cadeias ou massas infiltrativas e irregulares.
Grau 4B:	Muito similar ao aspecto 4A, porém com padrão de células claras muito grandes conhecidas como hipernefróides por imitar o aspecto celular visto no "hipernefoma".
Grau 5A:	Nenhuma diferenciação glandular, padrão predominantemente sólido, cordões, células isoladas ou focos tumorais sólidos com necrose central.
Grau 5B:	Adenocarcinoma anaplásico, disposto em lâminas desiguais.

A sobrevida dos pacientes com CaP pode variar de acordo com o resultado estabelecido pelo Escore de Gleason. Assim, a sobrevida média em 15 anos é de 90% para os pacientes com

lesões pontuadas entre 2 e 4, 60% para aqueles que receberam pontuação entre 5 e 7 e 30% para os pacientes com lesões graduadas entre 8 e 10.

2.4.5 Estadiamento do Câncer de Próstata.

O estadiamento do CaP deriva, em parte, dos métodos que levaram ao diagnóstico por biópsia (ultra-som transretal e dosagem de PSA) e em parte, de métodos de imagem tradicionais como a radiografia de tórax, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome e pelve e a cintilografia óssea, o método mais sensível para detecção de metástases ósseas.

A radiografia torácica pode sugerir metástases a distância, tanto ósseas como pulmonares de forma mais rápida e barata comparada aos outros exames de imagem utilizados. A tomografia não possui eficácia adequada no estadiamento local do CaP, mas consegue caracterizar com precisão linfonodos obturatórios e ilíacos aumentados e que podem ter ligação com o tumor. Já a RNM possui melhor qualidade na avaliação local do CaP podendo dar informações sobre invasões extra-capsulares e das vesículas seminais. Para a investigação de metástases ósseas pode-se lançar mão da cintilografia (MATTOS-JÚNIOR et al. 2004).

2.4.6 Estadiamento pelo Sistema TNM.

O estadiamento TNM é um sistema internacional desenvolvido pelo The American Joint Committee On Cancer que descreve os estágios da doença prostática. A letra “T” refere-se ao tamanho do tumor primário. “N” descreve a extensão do envolvimento de gânglios linfáticos, enquanto que a letra “M” refere-se à presença ou ausência de metástases.

2.4.6.1 Estadiamento T.

O estágio T é dividido em TX, T0, T1, T2, T3 e T4, com suas respectivas subdivisões. Os estágios TX e T0 estão representados na Tabela 03.

Tabela 03: Descrição dos estágios TX e T0.

Estágios	Descrição
TX	O tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Não há evidência de tumor primário.

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

O estágio T1 (Tabela 04) pode ser adicionalmente subdividido em a, b e c:

Tabela 04: Descrição do estagio T1 e suas subdivisões.

Estágios	Descrição
T	Tumor clinicamente inaparente, não pode ser palpável e não é visível por métodos de imagem.
T1a	Tumor incidentalmente encontrado em 5% ou menos da amostra de tecido prostático.
T1b	Tumor incidentalmente encontrado em > 5% da amostra de tecido prostático.
T1c	Tumor identificado através de biópsia por agulha (em casos de PSA elevado).

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

O estágio T2 (Tabela 05) pode ser adicionalmente subdividido em a, b e c:

Tabela 05: Descrição do estágio T2 e suas subdivisões.

Estágios	Descrição
T2	Um tumor que se encontra em estágio T2 ainda está limitado apenas à próstata.
T2a	O tumor compromete menos que um lobo da próstata. O tumor pode ser freqüentemente palpado durante um exame de EDGP.
T2b	O tumor compromete mais da metade de um lobo da próstata e normalmente pode ser palpado durante um exame de EDGP.
T2c	O tumor compromete ambos os lobos da próstata e é palpado durante um exame de EDGP.

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

O estágio T3 (Tabela 06) pode ser adicionalmente subdividido em a e b:

Tabela 06: Descrição do estágio T3 e suas subdivisões.

Estágios	Descrição
T3	O tumor estende-se através da cápsula prostática.
T3a	O tumor estende-se além da cápsula prostática unilateralmente ou bilateralmente.
T3b	O tumor invade as vesículas seminais.

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

O estágio T4 é descrito da seguinte forma (Tabela 07):

Tabela 07: Descrição do estágio T4.

Estágios	Descrição
T4	O tumor é fixo e invade estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais (colo da bexiga, esfíncter externo, reto, músculos e /ou a parede pélvica)

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

2.4.5.2 Estadiamento N.

O estágio N pode ser subdividido em NX, N0 e N1 (Tabela 08).

Tabela 08: Descrição do estágio N e suas subdivisões.

Estágios	Descrição
NX	Linfonodos locais não podem ser avaliados.
N0	Ausência de metástases em linfonodos regionais.
N1	O câncer já atingiu um ou mais linfonodos regionais.

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

2.4.5.3 Estadiamento M.

O estadiamento M pode ser subdividido em M0 e M1 (Tabela 09).

Tabela 09: Descrição do estágio N e suas subdivisões.

Estágios	Descrição
MX	Metástases à distância não podem se avaliadas.
MO	Ausência de metástases distantes.
M1	Metástases distantes.
M1a	Metástases à distância sem linfonodos regionais comprometidos.
M1b	Metástases ósseas.
M1c	Metástases em outros sítios associada ou não a metástases ósseas.

Fonte: Critical Reviews in Oncology/Hematology, v.56, p 379-396, 2005.

2.5 Tratamento

O tratamento do câncer de próstata é definido de acordo com o PSA inicial, o estágio (estadiamento TNM), o grau da doença, a idade e as condições gerais do paciente. Em um tumor localizado, a observação do caso, a cirurgia e a radioterapia (com ou sem hormonioterapia) podem ser condutas apropriadas. Já em caso de doença avançada, a terapia com hormônio é a conduta mais adequada, enquanto que a quimioterapia deve ser avaliada em pacientes com câncer de próstata refratário à hormonioterapia (BRACARDA et al. 2005).

Pacientes com expectativa de vida inferior a dez anos que possuam câncer localizado ou localmente avançado, portadores de neoplasias moderadamente ou bem diferenciadas e aqueles com doença metastática assintomática podem ser apenas acompanhados (CHODAK et. al.1994)

Em indivíduos jovens, a prostatectomia radical é a primeira opção de tratamento (HULAND et. al. 1997). O acesso retropúbico é preferencial comparado ao acesso perineal, pois permite a retirada da cadeia linfonodal pélvica (MYERS et. al. 1987). Neoplasias com estágio T1b, T1c e T2 também têm indicação de prostatectomia radical (ELGAMAL et. al. 1997)

A linfadenectomia pélvica deve ser freqüentemente realizada em pacientes que apresentam PSA maior que 10ng/ml, com escore na escala de Gleason maior que 6 e estágio clínico maior ou igual a T2. A retirada desses linfonodos inclui os presentes nas cadeias adjacentes as artérias ilíacas internas e externas e os localizados nas fossas obturadoras (BISHOFF et. al. 1995).

Devido ao número de casos em que a prostatectomia radical não elimina completamente a ameaça de câncer de próstata previamente diagnosticado como localizado (presença de neoplasia positiva nas margens da próstata ressecada ou por invasão neoplásica extracapsular), foi desenvolvida a terapia neoadjuvante no intuito de diminuir a ocorrência deste problema. A privação de androgênios como terapia neoadjuvante mostrou resultado positivo na diminuição da taxa de neoplasias encontradas em margens durante o exame histopatológico da próstata em pacientes diagnosticados com CaP (AUS et. al. 1998), porém não resulta no aumento da sobrevida de pacientes submetidos à prostatectomia radical (SOLOWAY et. al. 2002).

A radioterapia pode ser oferecida como alternativa à prostatectomia em pacientes com câncer localizado. A hormonioterapia associada à radioterapia vem sendo avaliada em algumas pesquisas, determinando aumento da sobrevida em pacientes com escore elevado na escala de Gleason (BRACARDA et. al. 2005)

O tratamento de neoplasias da próstata localmente avançadas permanece controverso, entretanto a radioterapia mais hormonioterapia pode ser considerada como tratamento de escolha. Alguns casos podem ser efetivamente tratados com a associação de prostatectomia radical mais hormonioterapia (BRACARDA et. al. 2005).

Em casos de doença avançada e metástases à distância, a terapia de escolha é a ablação androgênica cirúrgica (orquiectomia bilateral) ou medicamentosa (análogos LHRH) que provoca a diminuição dos níveis sanguíneos de testosterona. Hormonioterapia de segunda linha também

pode ser usada nos casos que continuam progredindo após o início do bloqueio androgênico máximo. Dentre elas, o uso de estrogênios continua sendo uma opção.

A quimioterapia e a radioterapia paliativa também podem ser usadas (BRACARDA et al., 2005). O cuidado paliativo toma grande importância no acompanhamento do paciente, principalmente quando o mesmo não responde mais ao bloqueio androgênico. Nestes pacientes, os principais objetivos são o alívio da dor óssea, a correção e prevenção de fraturas patológicas, a abordagem da astenia/caquexia, da uropatia obstrutiva, do delírio e dos distúrbios metabólicos, bem como o entendimento dos distúrbios psicossociais tão característicos nesta fase final da vida e que influem, de forma dramática, no controle dos sintomas (INCA 2002).

2.6 Prognóstico.

O CaP possui altas taxas de prevalência histopatológica porém apresenta índices de mortalidade relativamente baixos, o que é demonstrado pelos percentuais elevados de sobrevida em 5 anos após o diagnóstico, os quais giram em torno de 70% em algumas estatísticas. Entretanto, deve-se interpretar com precaução essa estatística, uma vez que a maioria dos indivíduos com CaP têm sido diagnosticados com doença localizada ou localmente avançada. Na verdade, portadores de CaP com doença avançada apresentam prognóstico bastante reservado, com taxas de sobrevida média de no máximo 2,5 a 3 anos (BRACARDA et al., 2005).

A neoplasia maligna da próstata é freqüentemente um tumor de crescimento lento e deve-se considerar uma série de fatores, tais como os valores do PSA, o escore de Gleason e o estadiamento clínico da doença, a fim de que se possa prever com relativa confiança o prognóstico dos pacientes com CaP (PARTIN et al, 1997).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo.

Descritivo, transversal de prevalência

3.2 Local e período de realização da pesquisa:

O presente trabalho foi realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto durante os anos de 2006 e 2007.

3.3 Período da pesquisa

O período escolhido para o estudo foram os meses compreendidos entre Junho de 2004 e Setembro de 2007. Esse intervalo de tempo foi selecionado no intuito de abranger todos os dados possíveis desde o início da urologia do HUIBB (Junho de 2004) até o mês de Setembro de 2007, determinado para o término da coleta de dados a fim de que os meses subsequentes permitissem tempo hábil para análise das informações e elaboração do trabalho.

3.4 Liberação para realização da pesquisa:

Inicialmente, o pré-projeto de trabalho foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do mesmo hospital, recebendo parecer favorável a sua execução, tendo sido desenvolvido de acordo com as normas internacionais de ética em pesquisa. Em seguida, foi solicitada à coordenação do HUIBB liberação para o desenvolvimento da pesquisa em suas dependências, obtendo-se autorização da mesma.

3.5 Delimitação da amostra populacional

3.5.1 Critérios de inclusão

O objeto do estudo foi a população de pacientes do sexo masculino com idade igual ou superior a 40 anos atendida nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período determinado.

3.5.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os prontuários de pacientes do sexo masculino com idade inferior a 40 anos, assim como prontuários não encontrados pela Divisão de Arquivos Médicos e Estatística (DAME) do HUIBB. Arquivos de pacientes de sexo feminino e de pacientes não atendidos nos ambulatórios de urologia do mesmo hospital também foram retirados da amostra.

3.6 Amostra Populacional

A Divisão de Arquivos Médicos e Estatística do HUIBB contabilizou, por meio de seu departamento estatístico, a existência de 804 prontuários referentes ao atendimento total dos ambulatórios de urologia no período de Junho de 2004 à Setembro de 2007. Destes, 483 prontuários pertenciam à amostra populacional de interesse. Do total de prontuários pertencentes à amostra alvo do estudo, foi possível acessar 397 (82,19%), enquanto que 86 (17,80%) não foram encontrados pelos funcionários do DAME, mesmo sendo solicitados por no mínimo duas vezes, portanto foram excluídos do estudo.

3.7 Acesso aos prontuários

Para ter acesso aos prontuários referentes à pesquisa, primeiramente foi necessário apresentar ao DAME a liberação obtida do comitê de ética em pesquisa juntamente com a autorização fornecida pela coordenação do HUIBB.

Posteriormente, seguindo as normas de fornecimento de arquivos médicos estabelecidas pelo DAME do mesmo hospital, que permitia o acesso a 10 prontuários diariamente através do preenchimento da uma ficha de solicitação de prontuários, foi possível ter acesso completo as informações contidas nos mesmos. Os dados coletados constituíram a fonte da pesquisa e possibilitaram o desenvolvimento do estudo.

3.8 Coleta dos dados:

Para a coleta dos dados um protocolo de pesquisa (Apêndice A) previamente elaborado e padronizado foi implementado, possibilitando o registro das informações referentes à

identificação, aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos dos pacientes. O protocolo era composto por:

3.9 Informações coletadas com auxílio do protocolo de pesquisa.

3.9.1 Identificação

No que diz respeito à identificação foram coletados dados como:

3.9.1.1 Número de registro do prontuário

O número de registro de cada prontuário foi anotado para possibilitar a identificação individual de cada protocolo de pesquisa permitindo acesso rápido de qualquer informação que, por ventura, tenha faltado durante a coleta dos dados.

3.9.1.2 Idade.

A idade de cada paciente era anotada, sendo agrupada nas seguintes faixas etárias: 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e igual ou maior que 80 anos.

3.9.1.3 Procedência.

A procedência foi dividida em duas origens. Pacientes provenientes da zona metropolitana de Belém, compreendida pelos municípios de Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará, ou provenientes do interior do estado composto por todos os outros municípios que não os citados acima.

3.9.1.4 Etnia.

Em todos os arquivos foi pesquisada a etnia da pessoa atendida.

3.9.1.5 Ocupação.

No protocolo de pesquisa havia um espaço para investigação da ocupação de cada paciente.

3.9.2 Hábitos Alimentares.

Em todos os arquivos acessados foi investigada a presença ou ausência de informações sobre os hábitos alimentares de cada indivíduo.

3.9.3 Hábitos de Vida.

Os hábitos de vida também foram investigados de acordo com a presença ou ausência de informações deste âmbito. Caso presente, era anotado se esse costume compreendia ao tabagismo, etilismo ou a ambos.

3.9.4 História Familiar de Câncer de Próstata.

Foi pesquisada a presença ou ausência de informações referentes à história familiar de CaP. Caso presente, era classificado em história positiva todos aqueles que apresentavam caso de CaP em parentes de primeiro grau ou negativa naqueles que não apresentavam parentes com neoplasia da próstata.

3.9.5 Principais Sinais e Sintomas.

3.9.5.1 Paciente Assintomático.

Era considerado assintomático todo o paciente que apresentava em sua história a palavra “assintomático” como referência. Em todos os prontuários averiguados observou-se a presença ou não de sinais e sintomas, obstrutivos ou irritativos da próstata, assim como os comuns as neoplasias. Quando tais informações não eram encontradas considerava-se o prontuário com “ausência de informações”.

3.9.5.2 Paciente Sintomático.

Vários sintomas foram pesquisados. Sendo em sua maioria sinais e sintomas obstrutivos ou irritativos da próstata. Foram eles: disúria, hematúria, retenção urinária, esforço miccional,

sensação de esvaziamento vesical incompleto, gotejamento terminal, polaciúria, noctúria, urgência miccional, incontinência urinária, dor, hesitação, qualidade do jato urinário, perda ponderal, linfadenopatia e edema em membros inferiores.

Cada um dos sintomas foi investigado com relação a sua positividade, negatividade e ausência de informação. Era considerado positivo todo sintoma relatado no prontuário, seja decorrente de queixa do paciente ou após o mesmo ser questionado por médico. Sintomas negativos eram aqueles negados após questionamento médico. Quando não se encontrava nenhum tipo de informação sobre qualquer sintoma específico, o mesmo era considerado como “ausência de informação”.

No caso de positividade de alguns sintomas, outras informações eram pesquisadas, como: frequência da noctúria; local da dor; qualidade do jato urinário (fraco, médio e forte); quantidade de quilos perdidos.

3.9.6 Exame Físico.

A coleta de dados do exame físico foi direcionada ao exame digital da glândula prostática.

3.9.6.1 Exame Digital da Glândula Prostática (EDGP).

Com relação ao EDGP, foram pesquisados os pacientes submetidos ou não submetidos a este exame. Se no prontuário estivesse presente a descrição do EDGP considerávamos este paciente como “Submetido” ao exame em questão, independentemente da consulta em que foi examinado. Caso não fosse encontrada descrição do EDGP no prontuário, o paciente era classificado como “Não Submetido” ao exame. O número de EDGP a que cada paciente foi submetido também foi contabilizado.

Os parâmetros de avaliação da próstata pesquisados foram: tamanho; consistência; simetria; limites; sulco mediano; mobilidade; dor; nodulações; e superfície.

Quando o paciente fosse qualificado como submetido ao EDGP (exame realizado e anotado no prontuário) e todos os parâmetros estivessem registrados, o exame era qualificado como “Completo”. Caso faltasse o registro de um ou mais parâmetros do EDGP, o mesmo era

considerado “Incompleto”. Parâmetros descritos de forma inadequada, ou seja, com nomenclatura não preconizada pela literatura (exemplo: próstata grau III, próstata compatível com a idade, etc.) foram considerados como não registrados, tornando nesses casos, o exame incompleto.

Tanto os exames considerados completos como os considerados incompletos foram qualificados de acordo com a nomenclatura empregada para a descrição dos parâmetros avaliados durante o EDGP em “Descrição Adequada” e “Descrição Inadequada”. Se a nomenclatura usada na descrição do exame estivesse de acordo com o preconizado na literatura (exemplo: próstata aumentada 2 vezes; consistência fibroelástica; etc.) este era qualificado com descrição adequada. Se as palavras usadas para descrever o EDGP não estivesse de acordo com a literatura (exemplo: próstata grande; consistência alterada; etc.) o mesmo era considerado tendo descrição inadequada.

Outra qualificação do EDGP foi realizada para verificar se os parâmetros descritos permitiam uma avaliação satisfatória ou insatisfatória deste órgão. Foram qualificados como satisfatórios os exames que apresentavam: tamanho, consistência, nodulação, mais qualquer outro parâmetro, todos descritos adequadamente. Insatisfatórios foram os exames onde o tamanho e/ou consistência e/ou nodulações não tivessem sido descritos ou quando esses três parâmetros estavam presentes, porém nenhum outro além deles fora descrito.

3.9.7 Exames Complementares.

Os exames complementares pesquisados foram: PSA total sérico; relação PSA livre/PSA total sérica; biópsia e histopatológico da próstata.

3.9.7.1 Antígeno Prostático Específico Total Sérico (PSA total sérico).

Dentro da população estudada, o PSA total sérico foi pesquisado quanto à presença ou ausência da dosagem deste marcador nos prontuários, que foram anotados e posteriormente enquadrados nos intervalos de maior que 2,5ng/ml e maior que 10ng/ml.

3.9.7.2 Relação PSA livre/PSA total sérica.

A relação PSA livre/PSA total sérica também foi avaliada quanto à presença ou ausência destes valores nos prontuários analisados, classificados em dois intervalos: menor ou igual a 0,15 ou maior que 0,15.

3.9.7.3 Biópsia e Histopatológico da Próstata.

Foi pesquisada a presença ou ausência de biópsia com histopatologia da próstata, assim como o local onde foi realizada a técnica utilizada. Também foram anotados os resultados dos exames histopatológicos de próstata com ênfase no tipo de alteração prostática e as variedades histológicas. Nos casos de CaP as respectivas pontuações na escala de Gleason foram anotadas.

3.10 Banco de Dados e Estatística.

Todos os dados obtidos foram contabilizados e organizados em uma base de dados informatizada, previamente criada no programa Microsoft Excel 2007. Após o preenchimento da base de dados foi efetuada a totalização das informações ali contidas, convertendo-as em valores percentuais. Com o auxílio do programa Bioestat 4.0 foi realizada a estatística descritiva da população estudada. Por fim, os valores processados foram arranjados em gráficos, novamente como auxílio do Microsoft Excel 2007. Este trabalho foi escrito com a ajuda do programa Microsoft Word 2007.

4. RESULTADOS

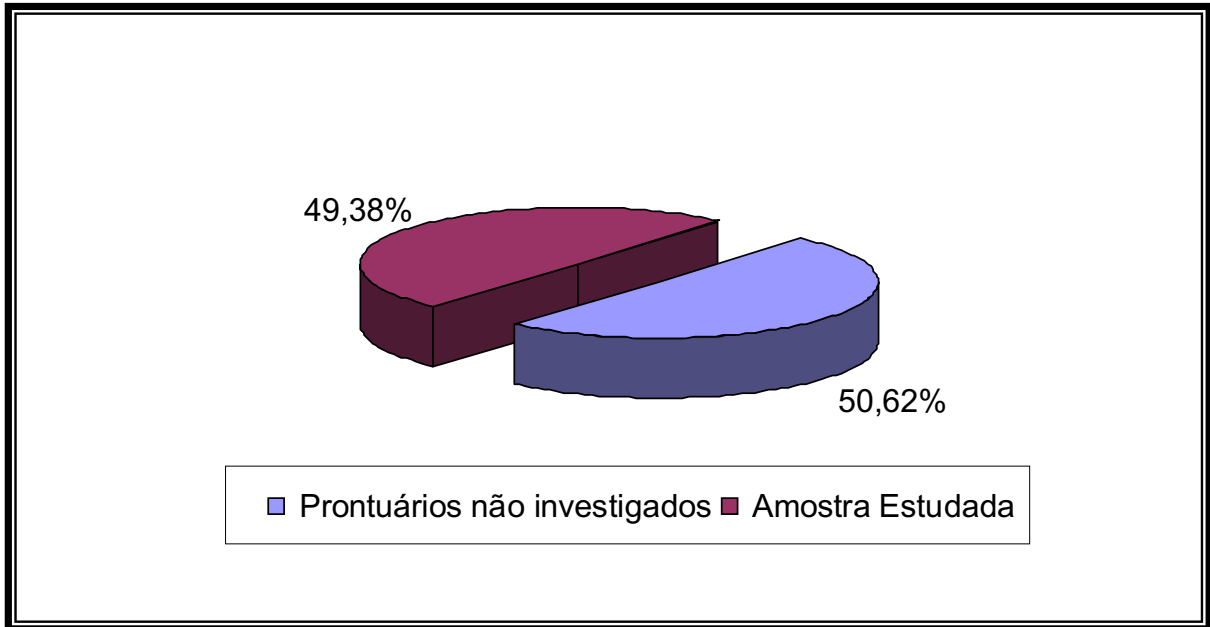


Gráfico 01- Percentual de pacientes do sexo masculino com idade igual ou superior 40 anos (amostra estudada) atendido nos ambulatórios de urologia do HUIBB durante Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 804).

Fonte: Divisão de Arquivos Médicos e Estatística do HUIBB.

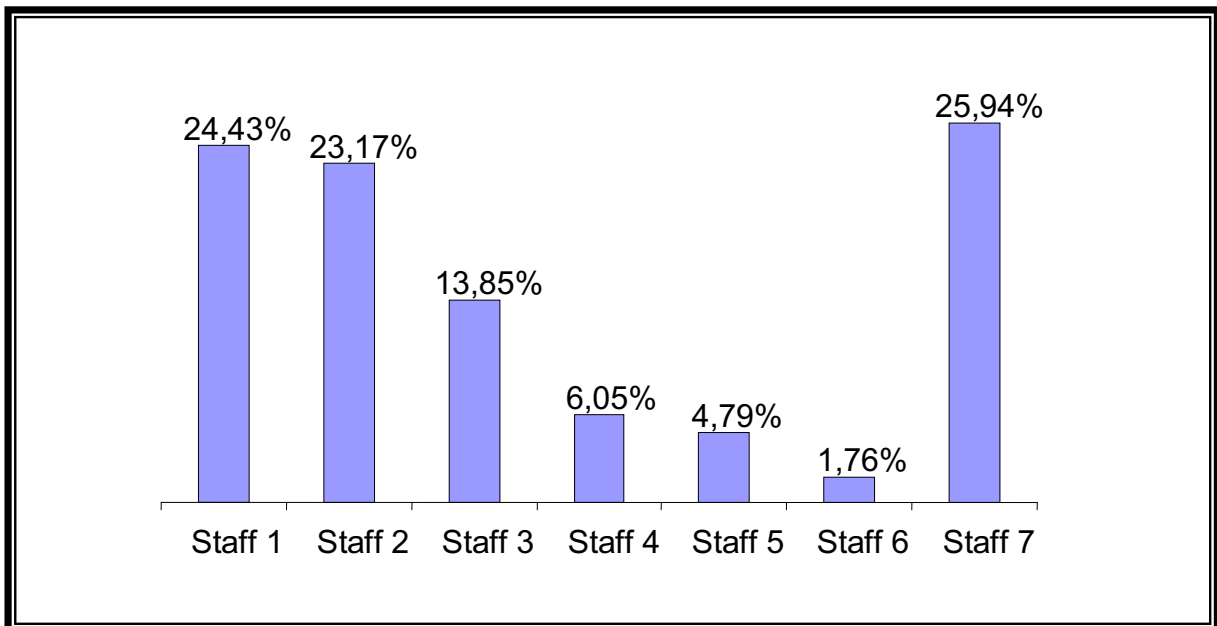


Gráfico 02- Distribuição percentual dos pacientes da amostra estudada segundo o atendimento por Staff. Período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n=97; p < 0,00001).

Fonte: Divisão de Arquivos Médicos e Estatística do HUIBB.

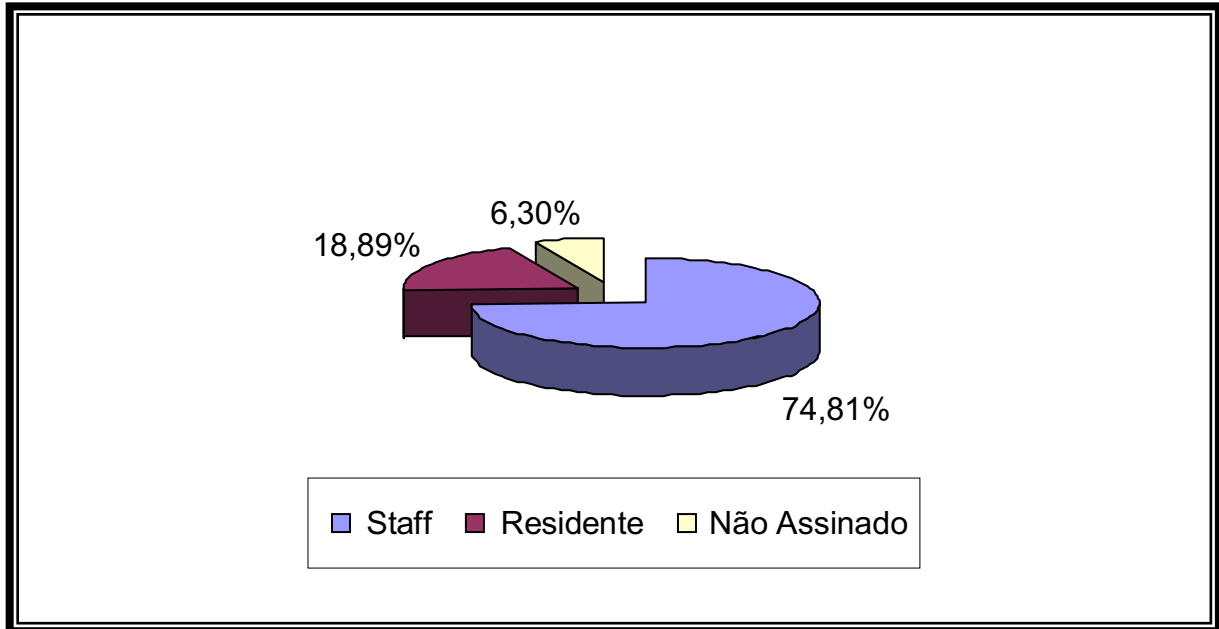


Gráfico 03- Distribuição percentual dos prontuários assinados por staff, residente ou que não foram assinados dos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397; p < 0,00001)

Fonte: Protocolo de pesquisa.

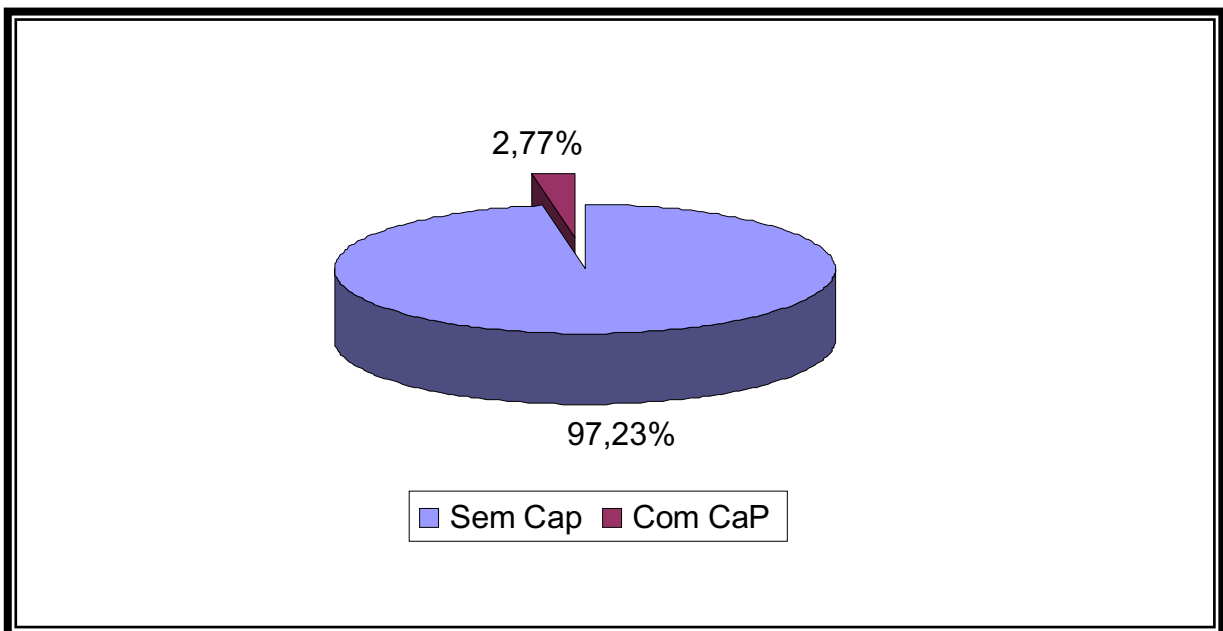


Gráfico 04: Percentual de pacientes diagnosticados com CaP nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

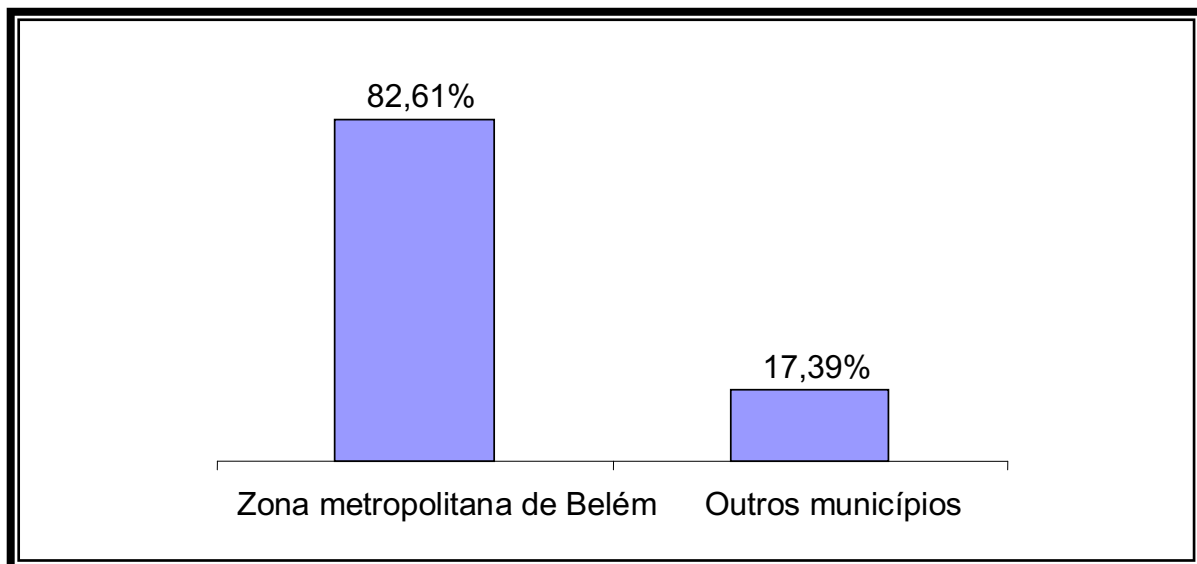


Gráfico 05– Distribuição percentual dos pacientes da amostra segundo local de procedência.

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2008 (n= 397; p < 0,00001).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

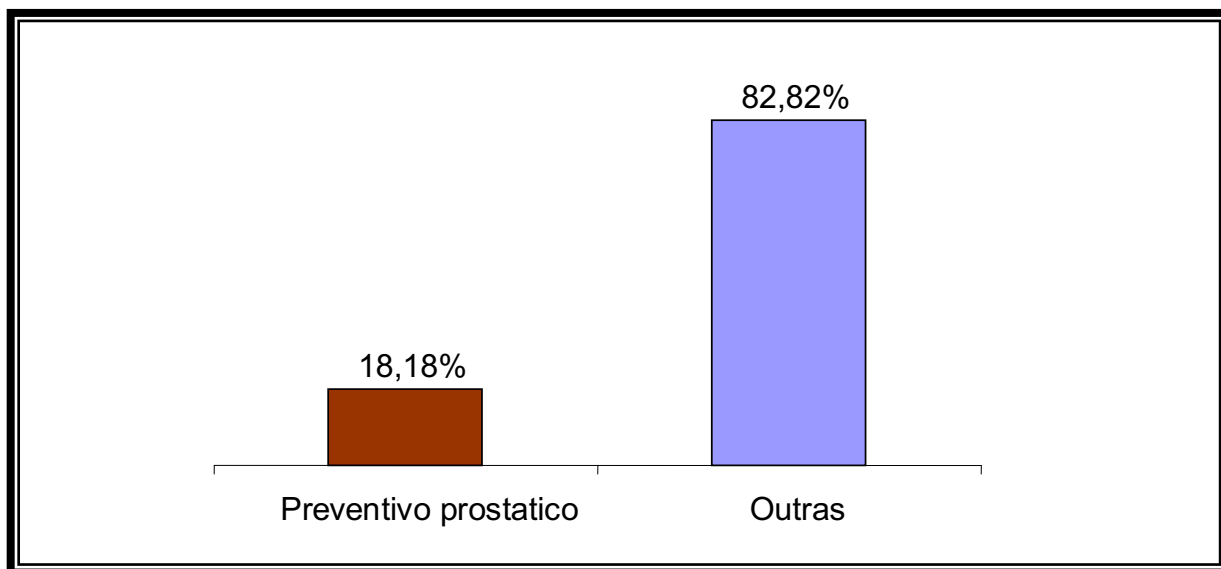


Gráfico 06: Percentual de pacientes diagnosticados com CaP de acordo com a queixa principal

apresentada nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a

Setembro de 2007 (n = 11).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

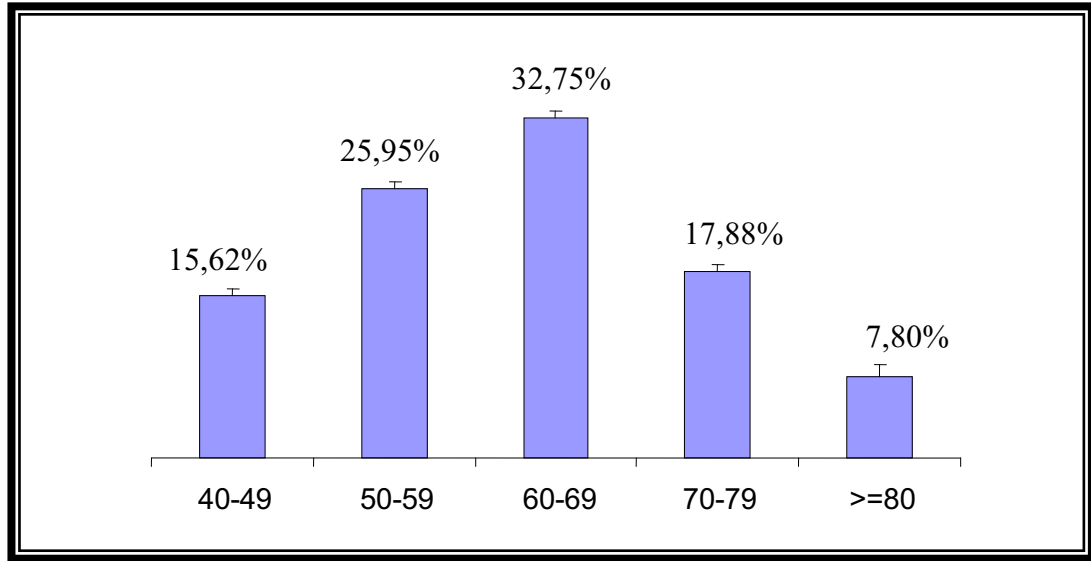


Gráfico 07– Distribuição percentual dos pacientes da amostra segundo faixa etária em anos.

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397; p < 0,00001).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

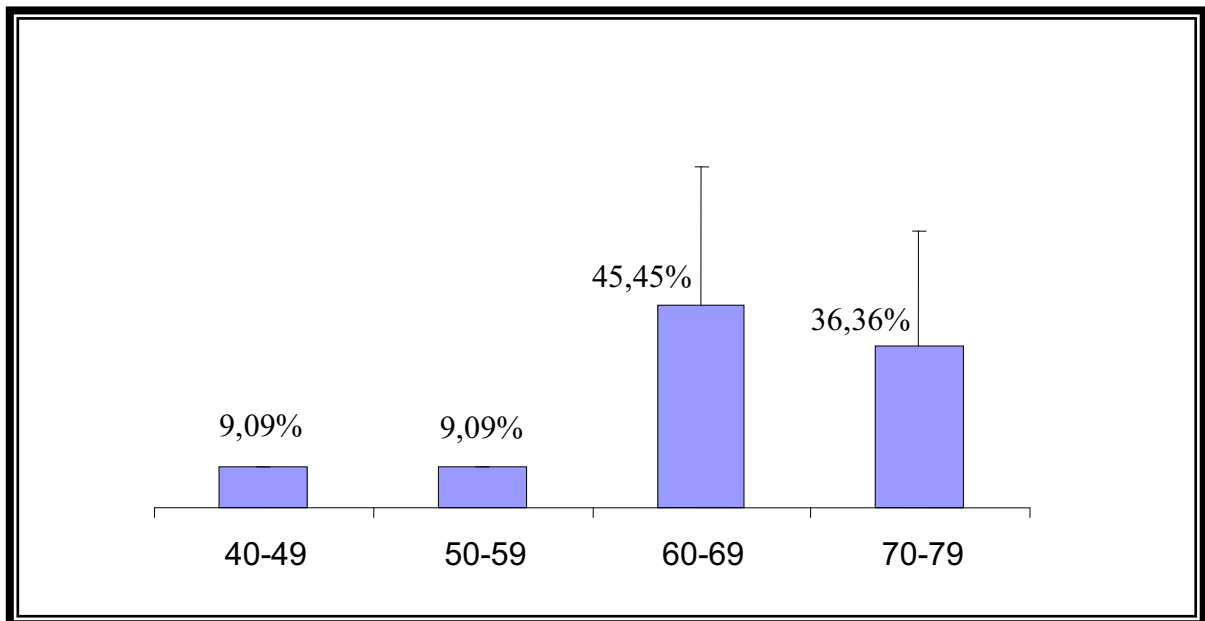


Gráfico 08: Percentual referente à idade do diagnóstico de CaP nos pacientes portadores desta patologia atendidos nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 11).

a Setembro de 2007 (n = 11).

Fonte: Protocolo de pesquisa

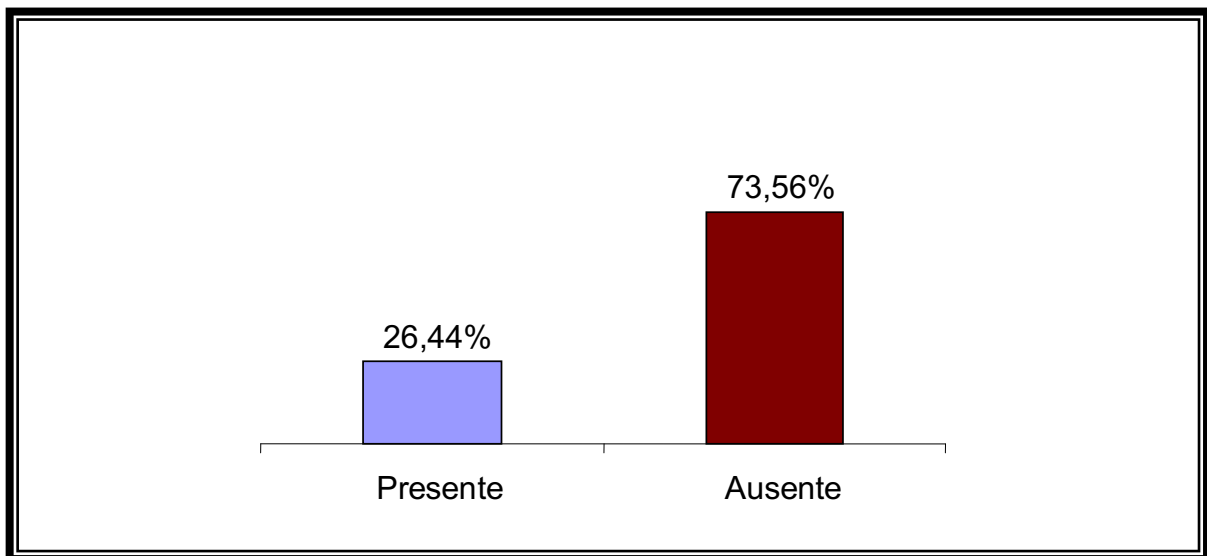


Gráfico 09– Percentual de prontuários da amostra em que as informações referentes à história familiar de câncer de próstata estavam presentes ou não.

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

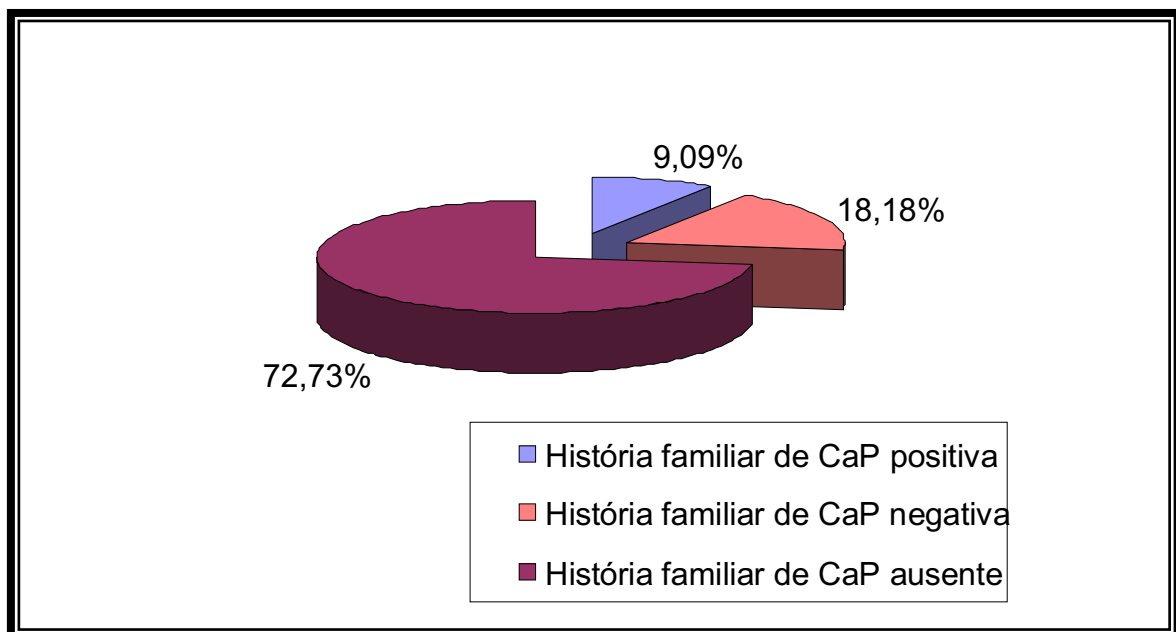


Gráfico 10: Percentual de pacientes diagnosticados com CaP com história familiar de CaP positiva, negativa ou ausente. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 11).

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 10: Percentual de pacientes pesquisados segundo a positividade, negatividade e ausência de informações sobre os STUI nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397).

Sintomas e Sinais	Percentual		
	Presente	Negado	Ausência de informação
Perda ponderal	1,01%	1,01%	97,98%
Disúria	33,00%	15,11%	54,41%
Hematúria	6,55%	10,83%	45,84%
Retenção urinária	4,53%	1,51%	93,95%
Esforço miccional	10,08%	1,26%	88,66%
Sens. Esvaz. Ves. Incompleto	20,91%	8,31%	73,05%
Gotejamento terminal	13,85%	6,55%	79,60%
Polaciúria	19,90%	4,28%	75,82%
Noctúria	49,37%	2,02%	48,61%
Urgência miccional	17,13%	9,57%	70,78%
Incontinência urinária	6,05%	5,04%	88,92%
Dor	25,19%	1,01%	73,80%
Hesitação	16,37%	10,58%	73,05%
Qualidade do jato	40,05%	-----	59,95%
Linfoadenopatia	0,00%	0,00%	100,00%
Edema de MMII	0,00%	0,00%	100,00%

Fonte: Protocolo de pesquisa.

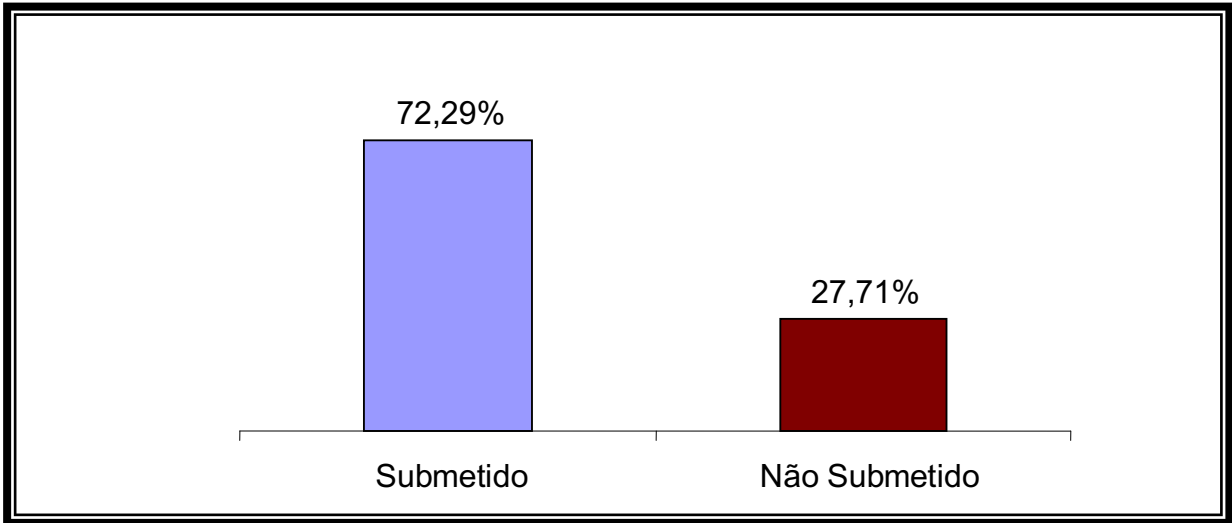


Gráfico 11 – Distribuição percentual dos pacientes da amostra submetidos ao exame digital da próstata. Período: Junho de 2004 a setembro de 2007 (n = 397; p < 0,00001).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

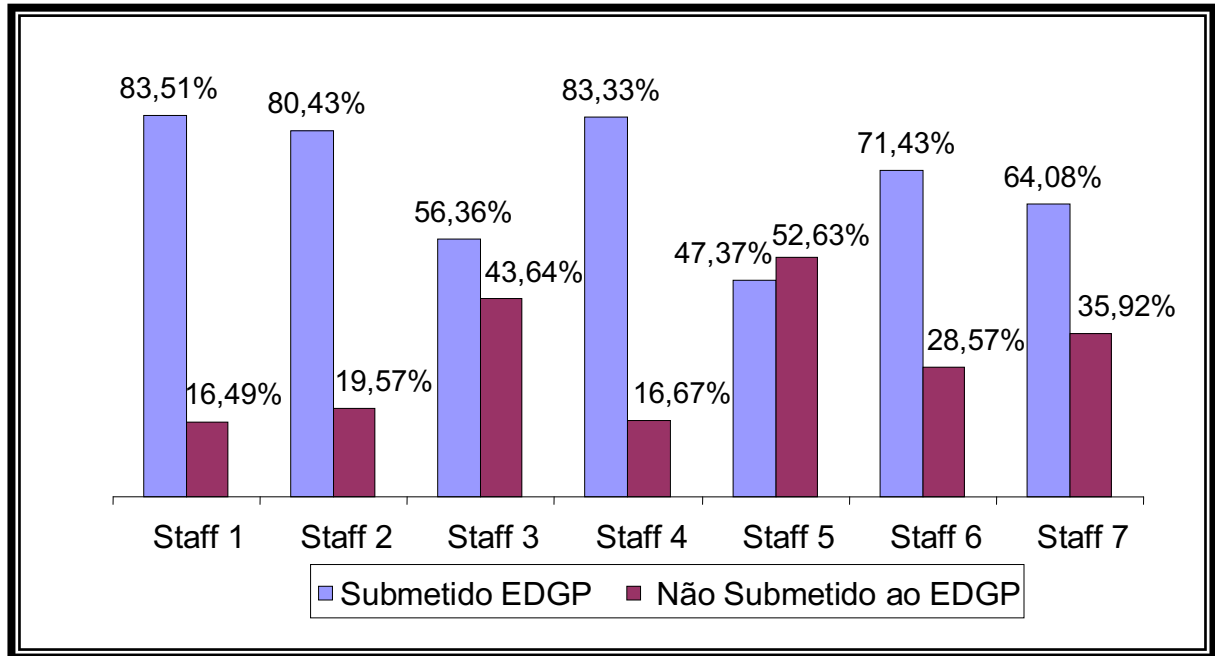


Gráfico 12– Distribuição dos percentuais de exames digitais da próstata realizados segundo o ambulatório de cada Staff da urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n= 397; p = 0,0002).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

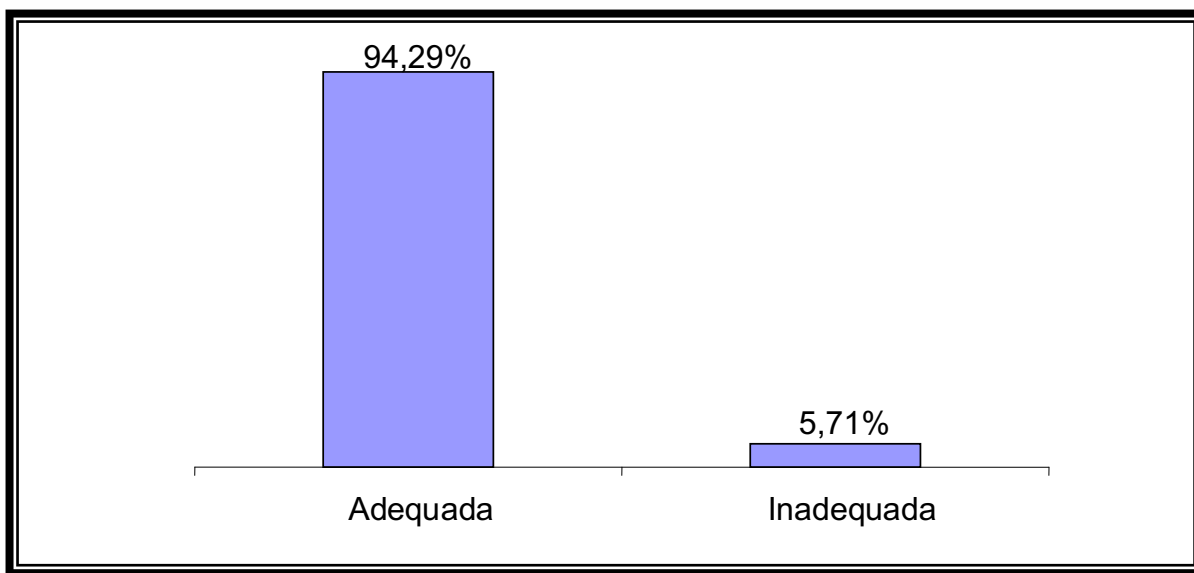


Gráfico 13 – Distribuição dos percentuais da amostra estudada em que os exames digitais da glândula prostática foram descritos de maneira adequada. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n=397; $p < 0,00001$).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

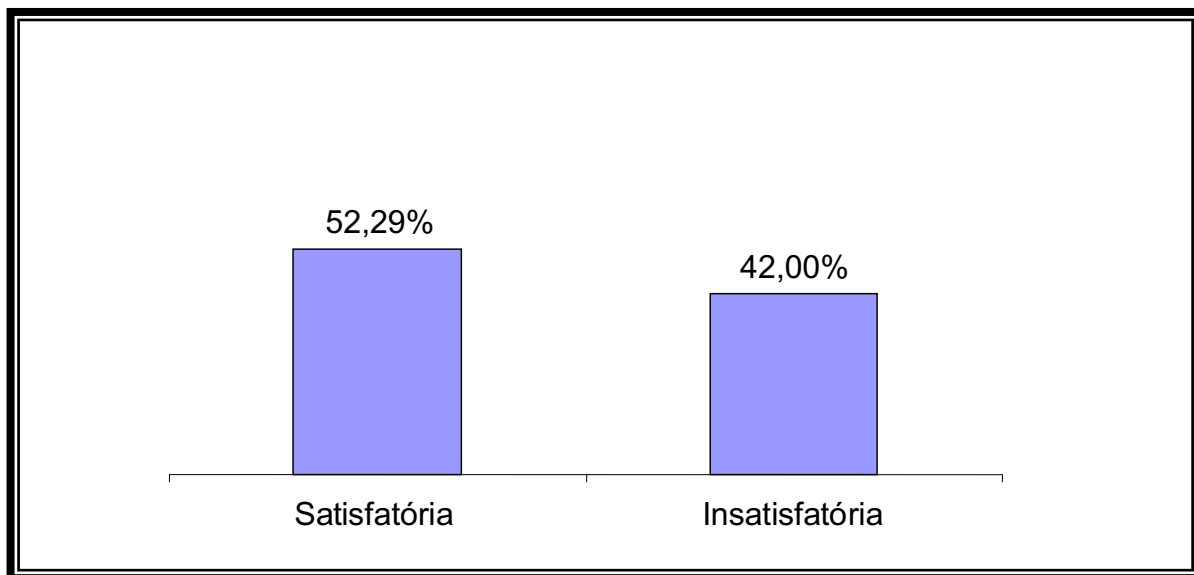


Gráfico 14 – Distribuição dos percentuais da amostra estudada em que os EDGP's foram classificados como satisfatórios. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n=397; $p = 0,0640$).

Fonte: Protocolo de pesquisa

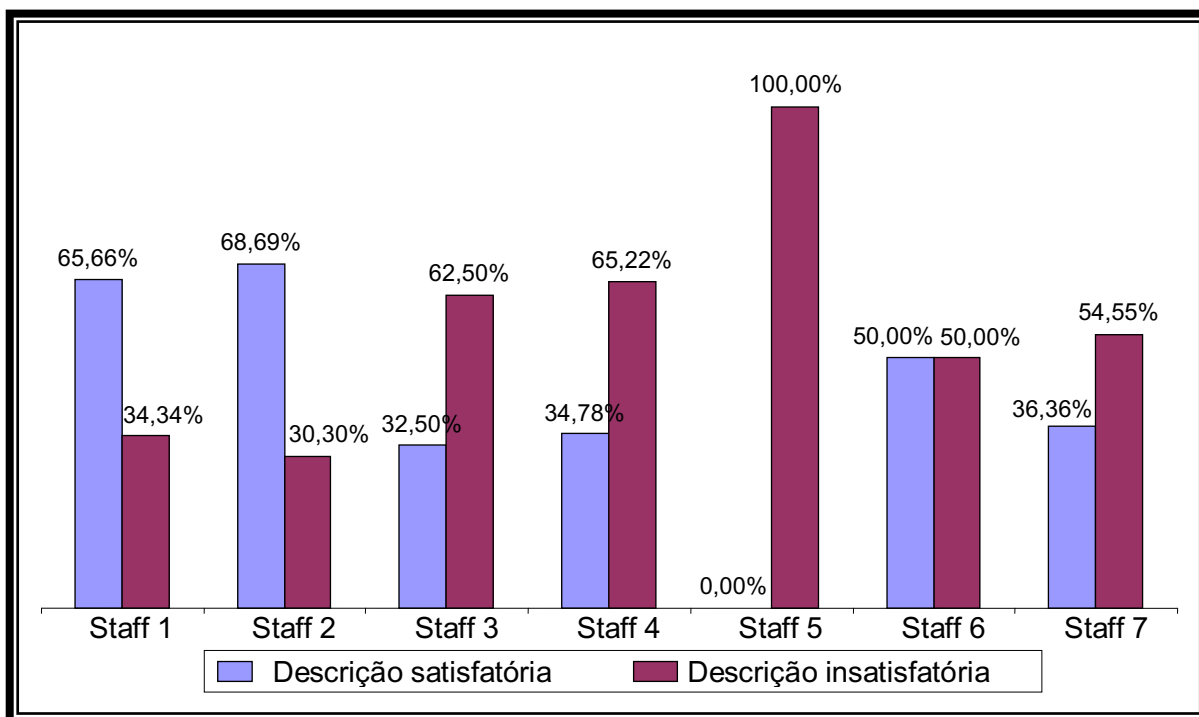


Gráfico 15 – Distribuição dos percentuais de toques retais classificados como satisfatórios de acordo com o Staff nos dos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de junho de 2004 a setembro de 2007 (n = 330; p < 0,00001).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

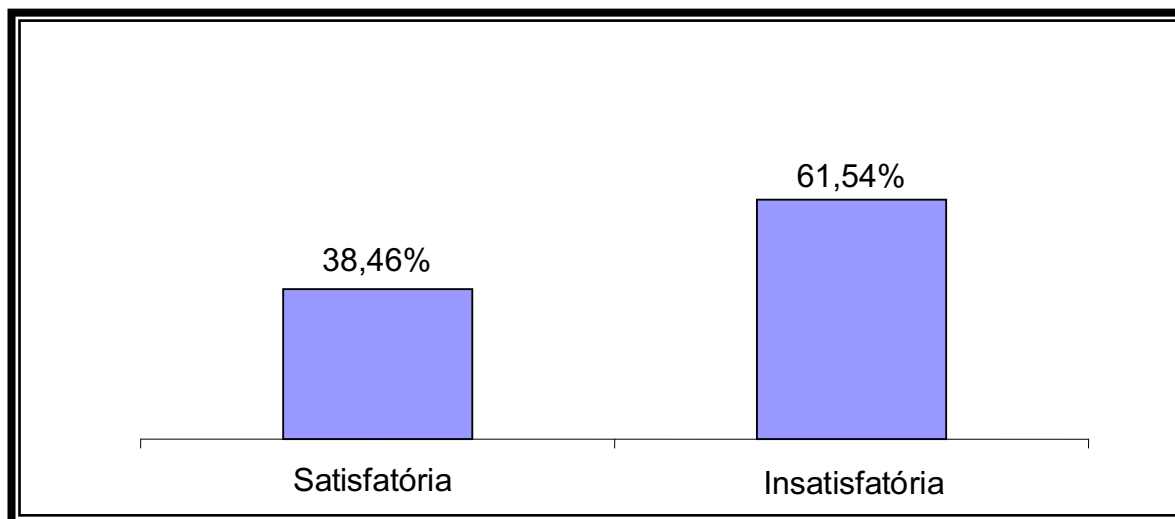


Gráfico 16 – Distribuição dos percentuais de EDGP's classificados como satisfatórios nos pacientes diagnosticados com CaP na amostra estudada. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 11).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

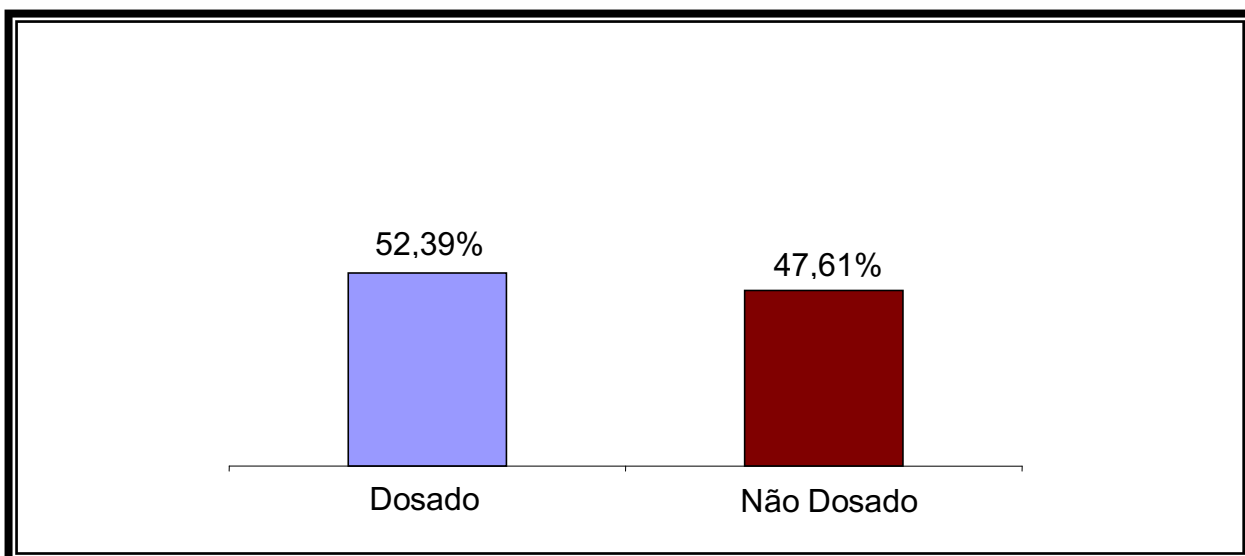


Gráfico 17 – Distribuição percentual do número de pacientes da amostra submetidos à dosagem do PSA Total. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397; p = 0,3663).

Fonte: Protocolo de pesquisa

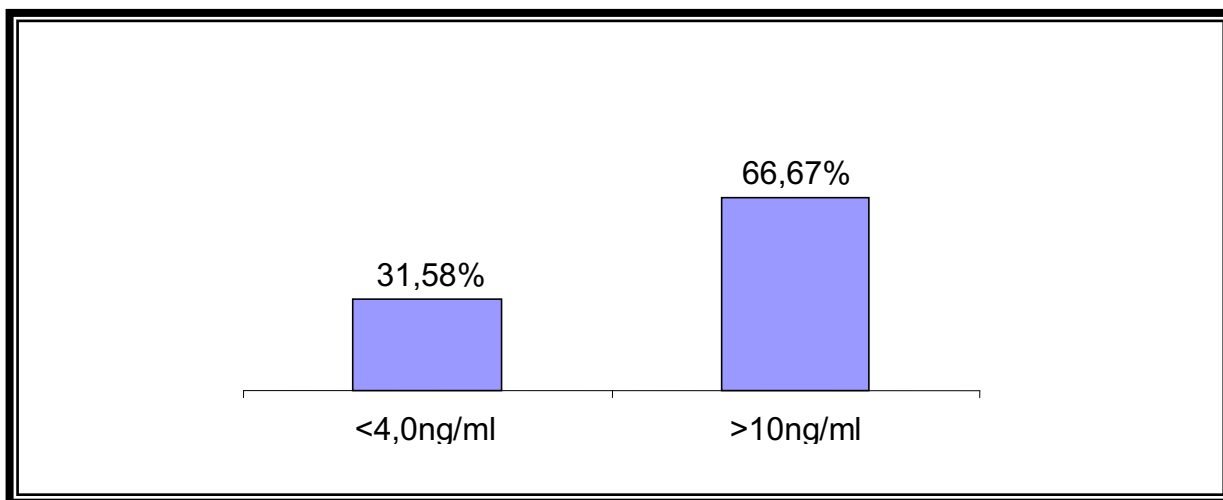


Gráfico 18 – Distribuição percentual do número de pacientes da amostra estudada diagnosticado com CaP de acordo com a faixa de valor do PSA total. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 11).

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 11: Local de realização, técnica e variedade histológica das biópsias dos pacientes diagnosticados com CaP nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 30).

		Pacientes	
		Número	Percentual
Local	HUIBB	13	43,33%
	Externa	4	13,33%
	Local não encontrado	13	43,33%
Técnica	Guiada por EDGP	7	23,33%
	Guiada por USTR	0	0,00%
	Guiada por Cistoscopia (RTU)	2	6,67%
	Informação não encontrada	19	63,33%
Variedade Histológica	Adenocarcinoma	11	36,67%

Fonte: Protocolo de pesquisa.

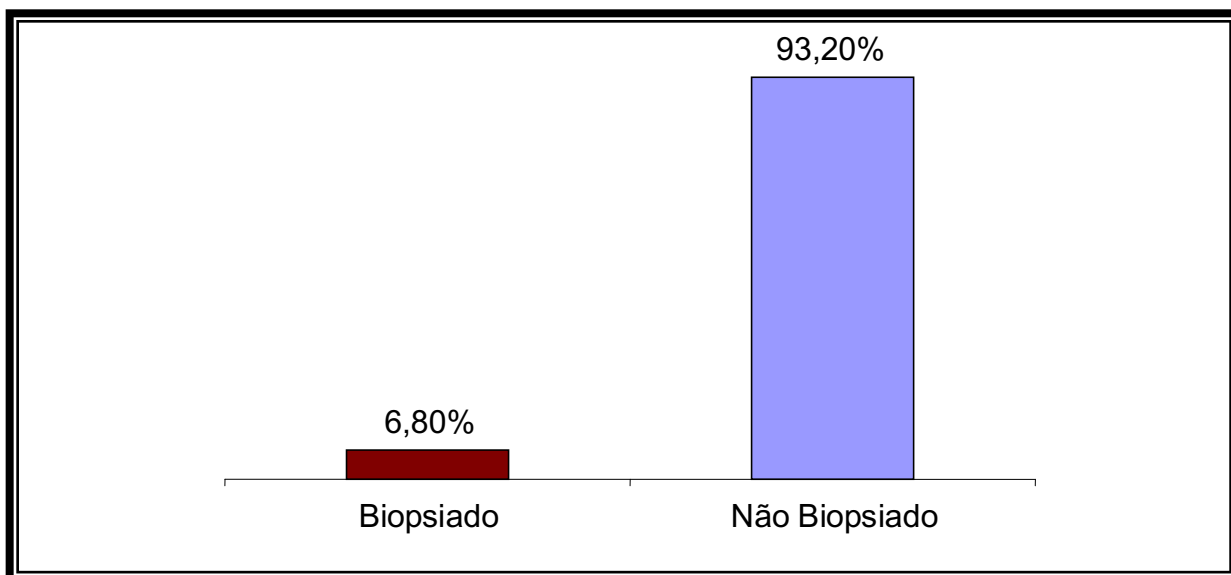


Gráfico 19 – Distribuição percentual do número de biópsias realizadas na população estudada.

Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 397; p < 0,00001).

Fonte: Protocolo de pesquisa.

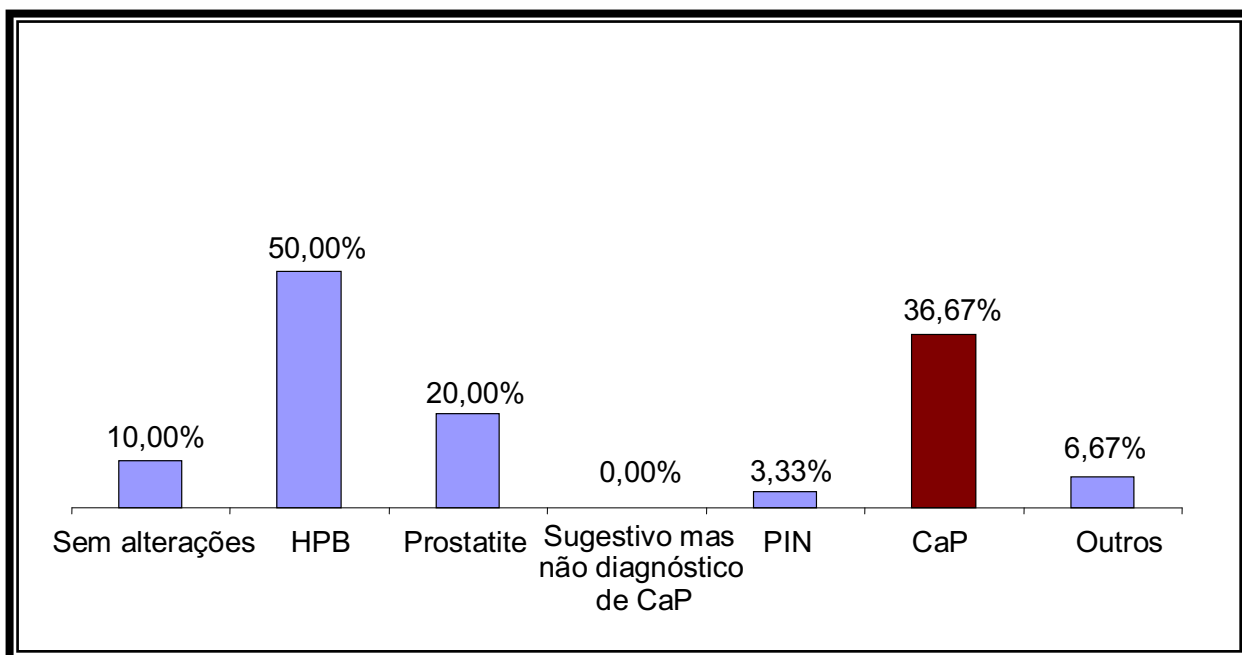


Gráfico 20 – Distribuição percentual dos resultados de biópsias realizadas na população estudada nos ambulatórios de urologia do HUIBB no período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n = 30).

Fonte: Protocolo de pesquisa

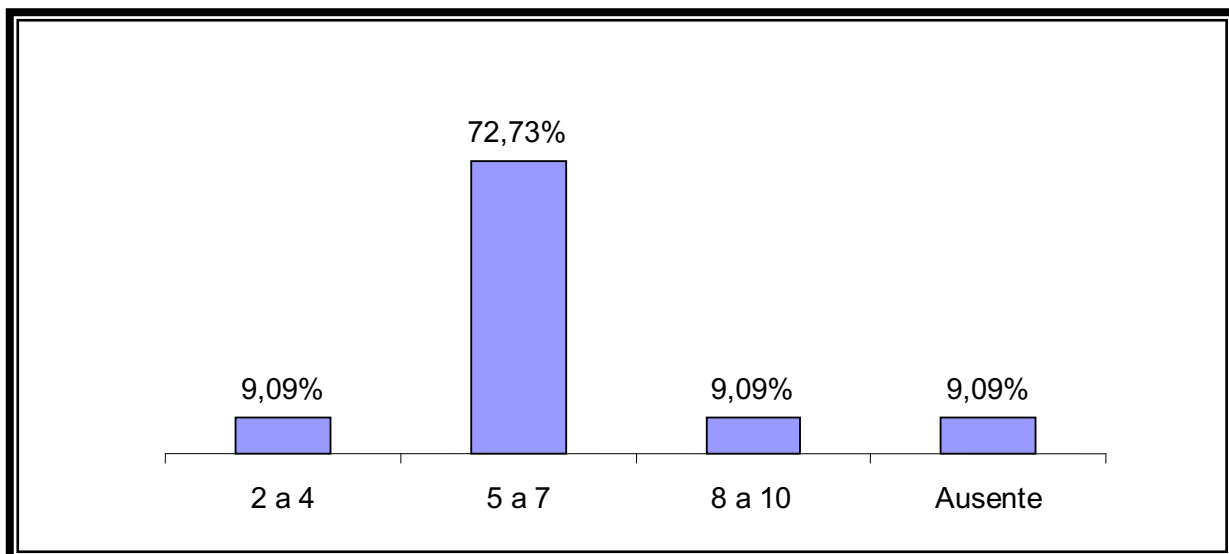


Gráfico 21 – Distribuição percentual do Escore de Gleason evidenciado nas biópsias dos pacientes com CaP da amostra estudada. Período: Junho de 2004 a Setembro de 2007 (n =11).

Fonte: Protocolo de pesquisa

5. DISCUSSÃO

Durante o período correspondente a realização deste trabalho de pesquisa (Junho/2004 à Setembro/2004) 804 pacientes foram atendidos nos ambulatórios de urologia do Hospital João de Barros Barreto. Quase metade de todos os indivíduos atendidos, cerca de 49% (Gráfico 01), percentual extremamente considerável, preenchia os critérios para serem inclusos em nosso trabalho, valor que poderia ter sido maior caso os 86 prontuários “perdidos” pudessem ter sido acessados.

A quantia final de 397 prontuários que compuseram nossa casuística resultou da somatória dos prontuários gerados pelo atendimento dos pacientes de sete ambulatórios diferentes, coordenados por seu respectivo médico preceptor. Cada um destes ambulatórios contribuiu com um número próprio de pacientes consultados. Os ambulatórios dos preceptores 1, 2, e 7 atenderam a maior parte dos pacientes de nossa amostra com 24,43%, 23,17% e 25,34% do total da população estudada, respectivamente. O ambulatório do preceptor de número 3 contribuiu com 13,85% do total de prontuários, enquanto que os consultórios dos preceptores 4, 5 e 6 geraram os 12,54% restantes (Gráfico 02).

A maioria dos prontuários examinados e inclusos em nossa pesquisa continha a assinatura dos profissionais responsáveis pelo atendimento. Em 74,81% dos registros a assinatura dos staff's foi encontrada, enquanto que em 18,89% deles verificou-se a assinatura e carimbo de médicos residentes do HUIBB (Gráfico 03). Entretanto, parcela pequena, porém não desprezível de prontuários (6,30%), não apresentava qualquer registro que pudesse indicar o profissional responsável pela consulta inicial do paciente, o que certamente é preocupante, uma vez que o prontuário médico constitui o único documento de registro das informações relativas ao atendimento médico (identificação, história prévia, anamnese e exame físico, diagnóstico e conduta tomada perante o paciente), assumindo em infinitas situações valor acadêmico inestimável, principalmente em um hospital universitário.

Assim, a ausência de assinatura ou carimbo médico que identifiquem o profissional que se responsabilizou pela consulta médica configura não somente ato de desrespeito ao paciente, mas a total perda do academicismo que esses indivíduos deveriam estar imbuídos, especialmente por estarem em um hospital que se propõe a contribuir para a formação de novos médicos.

Do total de prontuários examinados verificou-se a prevalência de 2,77% (11 casos) de pacientes com diagnóstico de Ca (Gráfico 04). Este valor é semelhante à prevalência encontrada no hospital de Clínicas de Porto Alegre em publicação do ano de 2006 onde 2,61% da amostra avaliada também apresentou câncer de próstata (DINI et al., 2006). Schröder e colaboradores em estudo realizado no ano de 1998 com 10.523 homens demonstraram um percentual um pouco maior do que o encontrado em nossa pesquisa: 4,5% de indivíduos com CaP. Outro estudo realizado na Bahia encontrou uma prevalência de 16,6% de homens acometidos pelo CaP, valor elevado quando comparado ao nosso resultado. No ano de 2008 o INCA prevê para o Brasil 49.530 casos novos de CaP e para o estado do Pará uma taxa de 0,017% deste câncer na população. Este percentual é bem menor do que o encontrado em nossa pesquisa (0,92% /ano), talvez pelo fato de o HUIBB possuir um serviço de referência em patologias urológicas.

Em relação à procedência dos pacientes (Gráfico 05), 82,61% deles procederam da região metropolitana de Belém, enquanto que os 17,33% restantes vieram de cidades do interior do Estado do Pará ($p < 0,00001$), o que indica que o serviço de urologia do HUIBB é referência, principalmente, à população da capital paraense e municípios vizinhos.

Em 13,60% do total de pacientes da amostra, o motivo da consulta foi a realização de exame preventivo da próstata. Entre os pacientes diagnosticados com CaP esse percentual foi de 18,18% (Gráfico 06). Esse dado é muito importante no sentido de que pacientes assintomáticos, aparentemente saudáveis, podem ser portadores de uma neoplasia prostática, tendo em vista que a mesma, em estágios iniciais, raramente provoca sintomas (FRYDENBERG et al., 2007). Assim, mesmo assintomáticos, o primeiro exame desses pacientes deve ser conduzido com toda a cautela necessária e mediante aplicação de propedêutica completa a fim de que o diagnóstico precoce da doença seja estabelecido.

A grande maioria dos indivíduos que compuseram a casuística, em torno de 59% deles (Gráfico 07), possuía 60 anos de idade ou mais ($p < 0,00001$), faixa etária em que cerca de 81% dos tumores prostáticos são diagnosticados e em que a incidência de CaP aumenta exponencialmente com o passar dos anos (PARKIN et al., 2003). Além disso, os aposentados, geralmente indivíduos com idade avançada, constituíram 36% da população de estudo, o que

corroborar com a observação de que boa parcela dos pacientes que recebem atendimento no serviço de urologia do HUIBB está dentro da faixa etária de maior risco para o desenvolvimento de CaP. Com relação aos pacientes afetados pelo câncer de próstata, a maioria deles (45,45%) encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos (Gráfico 08).

Juntamente com a idade do paciente, a história familiar positiva para CaP, a etnia/cor e os hábitos alimentares pessoais são fatores epidemiológicos bem estabelecidos e reconhecidos pela literatura médica como contribuintes importantes para o risco do crescimento de tumores prostáticos (HSING et al., 2006). Entretanto, em nossa casuística, esses fatores, principalmente história familiar de CaP, etnia/cor e hábitos alimentares, foram pouco ou sequer foram registrados nos prontuários dos pacientes que compunham a amostra estudada.

Em cerca de 73,3% dos 397 prontuários examinados nenhuma informação foi encontrada no que diz respeito à história familiar de CaP (Gráfico 09). Nos 26,7% restantes em que os dados sobre a história familiar do paciente foram descritos, 13,2% dos indivíduos tinham história familiar positiva para CaP.

Semelhantemente, no grupo de pacientes em que o diagnóstico de CaP foi estabelecido, 72,73% dos prontuários não continham dados a respeito da história familiar de CaP. Do percentual restante (27,27%) em que essa informação fora constatada, 9,09% dos indivíduos apresentavam história positiva de CaP na família (Gráfico 10).

As informações referentes aos hábitos alimentares pessoais ou a cor/etnia dos pacientes estavam ausentes em todos os prontuários avaliados.

Os fatores epidemiológicos considerados de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata, caso fossem mais bem investigados e identificados na população do sexo masculino atendida nos ambulatórios de urologia do HUIBB, permitiriam aos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento desses indivíduos dirigirem o rastreamento dessa enfermidade para o grupo sob maior risco em desenvolvê-la e investirem na prevenção da doença mediante modificações no estilo de vida e hábitos dos pacientes. A própria Sociedade Brasileira de Urologia, em seu último Consenso sobre Câncer da Próstata publicado no ano de 2004, sugere a

realização dessa investigação epidemiológica e faz recomendações quanto às modificações nos hábitos e estilo de vida que poderiam contribuir para a prevenção do CaP na população masculina (MARTINS et al., 2004).

Na maior parte dos prontuários pertencentes à amostra populacional estudada, os sinais e sintomas relacionados em nosso protocolo de pesquisa não foram investigados, o que é evidenciado pela Tabela de número 10. Nela percebe-se que, exceto pelo sintoma noctúria, o percentual de prontuários nos quais o relato ou descrição dos demais sinais ou sintomas estavam ausentes foi muito superior àqueles que continham essas informações. Mesmo quando se considera o sintoma noctúria, o mais freqüentemente registrado, ainda assim o percentual de ausência foi quase igual ao percentual de prontuários em que este sintoma fora descrito.

Diante dessa constatação, pode-se concluir que a investigação detalhada dos sinais e sintomas relacionados ao trato urinário inferior, parte fundamental da anamnese do paciente urológico e, portanto, etapa importante do processo diagnóstico de grande parte das patologias urológicas, inclusive do câncer de próstata, não está sendo realizada adequadamente.

Na maioria dos prontuários examinados a descrição do exame digital da próstata foi realizada (Gráfico 11). Em 72,29% de nossa casuística encontrou-se registro de informações referentes ao EDGP ($p < 0,00001$), o que nos permite inferir que, de um modo geral, esta parte do exame físico do paciente urológico é valorizada pelos profissionais e acadêmicos que conduzem a consulta médica nos ambulatórios de urologia do HUIBB como etapa importante do processo diagnóstico das patologias que cursam com alterações prostáticas ao EDGP, como é o caso do Câncer de Próstata. Mesmo assim, pode-se considerar que 27,71% de pacientes não submetidos ao exame, é percentual elevado. Talvez esse percentual fosse menor se considerarmos a possibilidade de que alguns pacientes não foram examinados simplesmente por não terem indicação de fazê-lo, isto é, eram indivíduos com idade inferior aos 50 anos sem história familiar positiva para CaP. Entretanto, o percentual de pacientes nessa faixa etária foi de apenas 15,65% (gráfico 07). Portanto, muitos pacientes pertencentes à população de risco para CaP podem, realmente, não estar sendo submetidos a método propedêutico fundamental para o início do rastreamento do Câncer da Próstata. Uma vez que o exame digital da próstata

apresenta elevada especificidade e alto valor preditivo negativo na sugestão de CaP (Hoogendam et al, 1999), além de ser instrumento de valor no processo diagnóstico de pacientes portadores de CaP com PSA dentro da normalidade, muitos tumores prostáticos podem não estar sendo diagnosticados na amostra populacional estudada.

Quando se analisa separadamente o percentual de pacientes submetidos ao exame digital da próstata nos ambulatórios dos preceptores 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, verifica-se que os resultados foram diferentes do observado na estatística total final (Gráfico 12). Nos ambulatórios dos preceptores 1, 2 e 4 o percentual de EDGP's realizados girou em torno de 80%, enquanto que nos ambulatórios dos preceptores 3, 6 e 7 houve diminuição desses percentuais para 53,36%, 71,43% e 64,08%, respectivamente. O ambulatório que obteve o menor percentual de pacientes submetido EDGP foi aquele de responsabilidade do preceptor 5, onde mais da metade dos pacientes (52,63%) não realizou o exame. Portanto, parece não haver uniformidade entre os médicos preceptores dos ambulatórios de urologia do HUIBB quanto aos critérios utilizados para realização ou não do exame digital da próstata em populações com características epidemiológicas semelhantes. Ademais, em alguns dos ambulatórios, como é o caso daqueles que têm os preceptores 5 e 6 como responsáveis, percentual muito elevado de indivíduos sob risco de CaP não está sendo submetido ao exame físico da próstata, o que pode estar resultando em casos de CaP não diagnosticados.

Em relação à qualidade do exame digital da próstata, avaliada pela escala de qualidade elaborada em nosso protocolo e que refletiu as características e parâmetros da próstata analisados ao EDGP, observou-se no Gráfico 13 que a grande maioria dos exames digitais (94,29%, $p < 0,00001$) foi descrito utilizando-se terminologia adequada, ou seja, encontrada na literatura médica referente à semiologia da próstata (PORTO et al., 2001). Porém, em nenhuma das descrições encontradas nos prontuários de nossa casuística o EDGP foi registrado utilizando-se todos os parâmetros que idealmente deveriam compor a descrição de todo EDGP: tamanho, consistência, forma, simetria, sulco mediano, mobilidade, nodulações, superfície e limites (PORTO et al., 2001 e BICKLEY et al., 1998). Mesmo quando consideramos satisfatória a descrição de um EDGP contendo apenas os parâmetros de tamanho, consistência, nodulações e

mais um dos outros citados anteriormente, boa parcela dos exames digitais foi classificado como insatisfatória (42%), como se observa no Gráfico 14 ($p = 0,0640$).

Quando se considera apenas os pacientes da amostra que receberam o diagnóstico de CaP, todos os EDGP's foram descritos de forma adequada, porém, novamente, parcela extremamente elevada (61,54%) foi descrito de modo insatisfatório (Gráfico 16).

Assim, ou muitos dos EDGP's realizados, após terem descartado a hipótese de alterações, não estão sendo descritos corretamente, ou em muitos deles, realmente, os parâmetros do exame não estão sendo investigados. Ou, ainda, ambas as situações estão ocorrendo.

Caso verdadeiramente existam EDGP's em que esses parâmetros estão sendo negligenciados, o processo diagnóstico de doenças prostáticas que cursam com alterações ao exame digital da próstata, como é o caso do Câncer de Próstata, pode estar sendo comprometido em parcela significativa de pacientes.

Nesse ponto, é válido ressaltar novamente que diferenças significativas foram observadas no que diz respeito à qualidade do exame digital prostático quando os ambulatórios de cada médico-preceptor são avaliados comparativamente, o que é evidenciado pelo Gráfico 15. Os ambulatórios dos preceptores 1 e 2 alcançaram os maiores percentuais de EDGP's considerados satisfatórios, com 68,69% e 65,66%, respectivamente. Já os ambulatórios do restante dos preceptores obtiveram percentuais bem inferiores. Na verdade, em nenhum destes outros a porcentagem de EDGP's satisfatórios foi superior àquela referente aos exames classificados como insatisfatórios. O ambulatório do preceptor 6 descreveu, satisfatoriamente, metade dos exames realizados, enquanto que os ambulatórios dos preceptores 3, 4 e 7 descreveram de modo satisfatório 32,50%, 34,78% e 36,36%, respectivamente. Por fim, o consultório do preceptor número 5 não registrou nenhum exame prostático de maneira satisfatória.

Essa variedade de resultados deixa bem evidente a ausência de padronização de atendimento aos pacientes que procuraram o ambulatório de urologia do HUIBB, reforçando a

necessidade de uniformização do atendimento, principalmente por se tratar de uma instituição que é um hospital-escola.

Em quase metade dos prontuários dos pacientes inclusos na casuística da pesquisa (47,61%), não foram evidenciados registros referentes à realização do exame de dosagem do antígeno prostático específico (PSA), como demonstra o Gráfico 17. Mais ainda, esse percentual elevou-se para 55,67% quando foram procuradas informações relativas à dosagem da relação PSA Livre/PSA Total.

Desses resultados, pode-se inferir que parcela muito significativa dos pacientes que compõem uma amostra populacional sob risco potencial para o desenvolvimento de CaP não foi submetida à dosagem de PSA total, principal exame laboratorial para a detecção precoce eficaz dessa doença (LABRIE et al., 1993). Além disso, pode-se supor que muitos pacientes não realizaram a dosagem sérica do PSA livre para o cálculo da relação livre/total, a qual poderia aumentar o valor preditivo para o diagnóstico de CaP e auxiliar na diferenciação entre Câncer da Próstata e Hiperplasia Prostática Benigna, como já demonstrada por muitos estudos (CATALONA et al., 1998).

Todos os pacientes com CaP, em nosso estudo, foram submetidos à dosagem do PSA total sérico, com 5,56% (Gráfico 18) apresentando valor entre zero e 4,0 ng/ml, corroborando com a conclusão de que neoplasias da próstata diagnosticadas por biópsia em pacientes com PSA menor ou igual a 4,0ng/ml não é um evento raro (THOMPSON et al., 2004). Assim, deve-se indicar a biópsia da próstata com valores de PSA maiores que 2,5ng/ml em pacientes com idade menor que 55 anos (Rocha et. al., 2004). No restante dos casos, 27,78% apresentavam PSA total entre 4,1 e 10ng/ml e 66,67% valores maiores que 10ng/ml (Gráfico 18), ambos indicativos de biópsia prostática (ROCHA et al., 2004).

A biópsia prostática é o procedimento propedêutico que permite o diagnóstico definitivo do Câncer de Próstata. Segundo o Consenso de Câncer de Próstata publicado em 2004 pela Sociedade Brasileira de Urologia em sua revista *International Brazilian Journal of Urology*, a biópsia da próstata deve ser em sextante, guiada por aparelho de ultra-som com transdutor

transretal “end fire” com agulha e deve obter, no mínimo, 10 fragmentos representativos de toda a glândula, incluindo sistematicamente as faces láterolaterais da mesma.

O HUIBB não dispõe de aparelho de ultra-som transretal (USTR) que possibilitaria a visualização de nódulos prostáticos não palpáveis para realização das biópsias da próstata. Portanto, todas as biópsias prostáticas executadas neste hospital são guiadas pelo EDGP. A execução de biópsias da próstata guiadas unicamente pelo EDGP dificulta a coleta em sextante preconizada pela literatura médica, já que induz rapidamente a formação de hematomas na glândula que impossibilitam a identificação, somente pela palpação digital, dos demais quadrantes a serem biopsiados. Ademais, diminui a acurácia do exame na medida em que pode aumentar o número de resultados falso-negativos, os quais poderiam ser evitados com o uso do USTR.

Apenas uma pequena parcela de pacientes (6,8%) foi submetida à biópsia da próstata, todos indicados por um exame digital anormal ou por uma alteração nos valores do PSA que sugeriam ou deixavam dúvidas quanto à possibilidade de CaP (Gráfico 19). Do total de biópsias realizadas, a maioria delas (50%) evidenciou HPB, 36,67% mostraram adenocarcinoma da próstata, 20% estabeleceram diagnóstico de prostatite, 3,33% demonstraram PIN, 6,67% obtiveram outros resultados e 10% delas estavam normais (Gráfico 20). É bem possível que esses resultados pudessem ter sido diferentes caso os 27,71% de pacientes não submetidos ao exame prostático digital ou os 47,61% de indivíduos que não tiveram o PSA dosado tivessem realizado esses procedimentos, talvez elevando o número total de biópsias e de neoplasias malignas diagnosticadas.

Todos os casos de câncer encontrados apresentavam como tipo histológico o adenocarcinoma da próstata, o tumor maligno mais freqüente neste órgão (COTRAN et al., 1999). Em 72,73% dos casos de CaP foram classificados como moderadamente diferenciados (escore de Gleason entre 5 e 7), o que é exposto no Gráfico 21. Entretanto, o que chama maior atenção é o fato de 9,09% (um caso) não possuir descrição da diferenciação celular tumoral de acordo com a graduação de Gleason, prejudicando o tratamento e a avaliação do prognóstico

deste caso, já que o escore de Gleason é um poderoso indicador prognóstico e influencia na escolha do tratamento.

6. CONCLUSÃO

Número considerável de prontuários (86) não pôde ser acessado quando solicitados à Divisão de Arquivos Médicos e Estatística do HUIBB, o que certamente prejudica andamento e a execução de qualquer pesquisa, uma vez que já inicia com um viés estatístico de importância. A informatização dos prontuários, medida aprovada pelo Conselho Regional de Medicina, ao estabelecer uma base de dados eletrônica individualizada para cada paciente, permitiria o acesso em tempo real a informações valiosas para a condução clínica e acompanhamento dos pacientes atendidos, geraria estatísticas e índices úteis aos gestores e administradores hospitalares e, por fim, dificultaria extravios, perdas e deterioração desses dados, o que evitaria dificuldades de acesso para a concretização das pesquisas acadêmicas.

Parcela pequena porém de importância dos prontuários (6.30%) de nossa amostra não apresentava qualquer registro que pudesse indicar o profissional responsável pela consulta do paciente, fato de relevância no contexto de um hospital universitário.

Percentual significativo, cerca de 49%, de todos os indivíduos atendidos nos ambulatórios de urologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto durante o período de Junho de 2004 a Setembro de 2007 pertencem à população masculina em faixa etária de risco para o desenvolvimento de câncer de próstata, o que sugere medidas específicas de atendimento a essa clientela.

A maioria dos pacientes atendidos (72,29%) foi submetida ao exame digital da próstata. Entretanto, nenhum dos EDGP's foi descrito de modo completo e percentual elevado destes (42%) foi descrito insatisfatoriamente. Mais ainda, parcela importante de nossa amostra populacional (27,71%) não realizou o EDGP.

Quanto ao PSA Total, em 47,61% dos homens da amostra, este exame não foi encontrado, enquanto que 55,67% deles não possuíam registro do PSA livre em seus prontuários.

Desses resultados, infere-se que muitos dos homens atendidos no serviço de urologia do HUIBB e que podem estar sob risco de desenvolverem CaP, não são submetidos ao rastreamento mediante EDGP e dosagem de PSA para o diagnóstico precoce de câncer da próstata, abordagem

básica a essa parcela da população. Ademais, a descrição do exame físico da próstata daqueles submetidos ao EDGP está aquém do preconizado pela literatura médica.

Houve variação considerável dos percentuais de indivíduos submetidos ao rastreamento do CaP entre os ambulatórios dos preceptores responsáveis pela urologia do HUIBB. Isso deixa evidente a ausência de padronização e sistematização de atendimento, já devidamente fundamentada na literatura, aos pacientes prostáticos atendidos em um hospital universitário que, ao ser responsável pela formação de novos médicos deveria ter uma conduta única e uniforme a fim de que os acadêmicos pudessem nortear sua formação de conhecimento. Por essa razão, sugerimos a elaboração de uma ficha de atendimento específica para avaliação da glândula prostática inclusa no prontuário habitual do paciente, medida simples e eficaz que seria extremamente útil, pois possibilitaria padronizar as condutas frente ao paciente sob risco de patologias da próstata conforme as recomendações técnicas atuais e incentivar o preenchimento adequado dos prontuários desses indivíduos. Tomamos a liberdade de sugerir um modelo (Apêndice B)

O HUIBB apresenta carências básicas graves, como, por exemplo, a indisponibilidade de um aparelho de ultra-som transretal para a realização de biópsias da próstata em uma população significativa de indivíduos que potencialmente constituem grupo de risco para o desenvolvimento de CaP, para os quais, portanto, o acesso a este instrumento propedêutico deveria ser facilitado.

Nesse contexto, o percentual de pacientes com câncer de próstata (2,77%) pode estar subestimado, já que o rastreamento para a doença pode não estar sendo feito de maneira eficaz, padronizada e conforme as recomendações da literatura médica atual.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMEDIN JEMAL, D. V. M. et al. Cancer statistics 2008. **American Cancer Journal for Clinicians**, v.58, p.71-96. 2008

ALBERTSEN, P. C. et al. Competing risk analysis of men aged 55 to 74 years at diagnosis managed conservatively for clinically localized prostate cancer. **Journal of the American Medical Association**. v.280, p.975-980. 1998.

ADOLFSSON, J. Urinary and bowel symptoms in men with and without prostate cancer: results from an observational study in the Stockholm area. **European Urology**. v 33, p. 11-16. 1998.

AUS, G. et al. Hormonal treatment before radical prostatectomy: a 3-year followup. **The Journal of Urology**, v.159, p. 2013-6. 1998.

BICKLEY, L. S. et al. The Anus, Rectum and Prostate. In: LIPPINCOTT, W.; BATE'S, W. **Guide to Physical Examination and History Taking**. 7ed. 1998, p.425-33.

BISHOFF, J. T. et al. Pelvic lymphadenectomy can be omitted in selected patients with carcinoma of the prostate: development of a system of patient selection. **Urology**, v. 45, p. 270-4. 1995.

BOYLE, P.; MAISONNEUVE, P.; NAPALKOV, P. Geographical and temporal patterns of incidence and mortality from prostate cancer. **Urology**, v.46, p.47-55. 1995.

BRACARDA, S. et al. Cancer of the prostate. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v.56., p. 379-96. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. **Câncer da próstata: consenso** - Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_prostata.pdf . Acesso em: 03 ago. de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>. Acesso em: 03 de Mar. de 2008.

BRUYNINCKX, R. The diagnostic value of macroscopic haematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. **The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 53, p.31–35. 2003.

CALVETE, A. C; SROUGI, M, NESRALLAH, L. J. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da porcentagem de fragmentos positivos e da escala de Gleason. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, p. 250-54. 2003.

CANCEL-TASSIN, G.; CUSSENOT, O. Genetic Suscebility to prostate cancer. **British Journal of Urology**, v. 96, p. 1380-85. 2005.

CATALONA, W. J. et al. Use of percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: a prospective multicenter clinical trial. **Journal Of The American Medical Association**, v.279, p. 1542-47. 1998.

CHODAK, G. W. et al. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. **The New England Journal of Medicine**, v.330, p.242-8. 1994.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. The Male genital tract. In: ROBBINS pathologic basis of disease. 6.ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.1011-35.

DINI, L. I.; KOFF, W. J. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre / Profile of prostate cancer at the general hospital of Porto Alegre **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52(1), p. 28-31. 2006.

ELGAMAL, A. A. at al. Impalpable invisible stage T1c prostate cancer: characteristics and clinical relevance in 100 radical prostatectomy specimens - a different view. **The Journal of Urology**, v. 157, p.244–50. 1997.

ELGAMAL, A.A. et al. The role of prostate specific antigen in the management of prostate cancer. In: PETROVICH, Z.; BAERT, L.; BRAY, L.W. (Ed.). **Carcinoma of the prostate**. Berlin: Spring-Verlag, 1996. p.179-96

FERLAY, J. et al. **Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 1.0**. Lyon: IARC Press, 2001. (IARC Cancer Base book, 5).

FRANSSON, P. et al. Quality of life and symptoms in a randomised trial of radiotherapy versus deferred treatment of localised prostate carcinoma. **Cancer**, v.92, p. 3111-3119. 2001.

FRYDENBERG, M; WIJESINHA, S. Diagnosing prostate cancer – What GP's need to know. **Australian Family Physician**, v.36, p. 345-47. 2007.

GIOVANNUCCI, E. Nutritional factors in human cancers. **Advances in experimental medicine and biology**. v.472, p.29-42. 1999.

HAMILTON, W.; SHARP, D. Symptomatic diagnosis of prostate cancer in primary care: a structured review. **British Journal of General Practice**, v.54, p. 617-21. 2004.

HAMILTON, W. et al. Clinical features of prostate cancer before diagnosis: a population-based study, case-control study. **British Journal of General Practice**, v.56, p.756-62. 2006.

HOOGENDAM, A.; BUNTIX, F.; DE VET, H. C. W. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. **Family Practice**, v.16, p.621-26. 1999.

HSING, A.W.; CHOKKALINGAM, A. P. Prostate cancer epidemiology. **Frontiers in Bioscience**. v.11, p. 1388-1413. 2006.

HSING, A. W.; TSAO, L.; DEVESA, S. S. International trends and patterns of prostate cancer incidence and mortality. **International Journal of Cancer**, v.85, p. 60-7. 2000.

HULAND, H. et al. Treatment of localised disease: treatment of clinically localised prostate cancer T1/T2. In: MURPHY, G.; GRIFFITHS, K.; DENIS, L.; CHATELAIN, C.; GRIFFITHS, K.; KHOURI, S.; CROCKETT, A.T. (Ed.). **Proceeding of the First International Consultation on Prostatic Cancer**. Jersey, Channel Islands: SCI; 1997. p. 227-58.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **World Cancer Report 2003**. Disponível em: <http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/wcr/index.php> Acesso em: 29 de julho de 2006.

KIRSH, V. A. et al. Supplemental and Dietary Vitamin E, β -Carotene, and Vitamin C Intakes and Prostate Cancer Risk. **Journal of the National Cancer Institute**, v.98, p.245-254. 2006.

- KOLONEL, L. N.: Fat, meat, and prostate cancer. **Epidemiology Review**, v.23, p. 72-81 2001.
- KOLONEL, L. N., NOMURA, A. M.; COONEY, R.V.. Dietary fat and prostate cancer: current status. **Journal of the National Cancer Institute**, v 91, p. 414-28. 1999.
- LABRIE, F. et al. Serum prostate specific antigen as pre-screening test for prostate cancer. **Journal of Urology**. v.149(5), p. 1149-50. 1993.
- MAJEED, A. et al. Trends in prostate cancer incidence, mortality and survival in England and Wales. **British Journal of Urology**, v.85, p.1058-1062. 2000.
- MARTINS, A. C. P. et al. Prevenção e rastreamento do câncer de próstata. **International Brazilian Journal of Urology**, v.30 (suppl.) p.61-60. 2004.
- MURTHY, G. D.; BYRON, D. P.; PASQUALE, D. Underutilization of digital rectal examination when screening for prostate cancer. **Archives of Internal Medicine**, v.164(3), p.313-6. 2004.
- MOSTOFI, F. K.; DAVIS, C. J. J.; SESTERHENN, I.A. Pathology of carcinoma of the prostate. **Cancer**, v.70, p. 235-53.1992.
- MYERS, R. P.; GOELLNER, J. R.; CAHILL, D. R. Prostate shape, external striated urethral sphincter and radical prostatectomy: the apical dissection. **The Journal of Urology**, v.138, p. 543-50. 1987.
- MATTOS JR, D. et al. Papel dos métodos de imagem no diagnóstico e estadiamento do câncer de próstata.. **International Brazilian Journal of Urology**, v.30, p.1-8. 2004.
- NAM, R. K. et al. Variations in patterns of practice diagnosing screen-detected prostate cancer. **British Journal of Urology**, v. 94, p. 1239-44. 2004.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Incidence and Mortality Rate Trends**. Disponível em: <http://planning.cancer.gov/disease/Prostate-Snapshot.pdf>. Acesso em: 29 de jul. de 2006

NELEN, V. et al. ERSPC: features and preliminary results from the Antwerp study centre. **British Journal of Urology**, v. 92, p. 17-21. 2003.

NICHOLSON, P. W.; HARLAND, S. J. Survival prospects after screening-detection of prostate cancer. **British Journal of Urology**; v.90, p. 686-93. 2002.

OESTERLING, J. E. Prostate specific antigen: a critical assessment of the most useful tumor marker for adenocarcinoma of the prostate. **The Journal of Urology**, v.145, p. 907-23. 1991.

OPTENBERG, S. A. et al. Development of a decision-making tool to predict risk of prostate cancer: the Cancer of the Prostate Risk Index test. **Urology**, v.50, p. 666-72. 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A Saúde no Brasil-2002**. Disponível em: http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/versao_fev_2003.pdf#search=%22%20c%C3%A2ncer%20prostata%22. Acesso em: 30 de jul. de 2006

PARKIN, D. M. et al. Cancer Incidence in Five Continents. In: INTERNATIONAL Agency for Research on Cancer, Science Publications. IARC Press. 2003.

PARKIN, D. M.; PISANI, P.; FERLAY, J. Global cancer statistics. **Cancer Journal for Clinicians**, v.49, p.33-64. 1999.

PARTIN A. W. et al. Combination of prostatespecific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. **Journal of the American Medical Association**, v. 277, p. 1445–51. 1997.

PORTO, C. C. et al. Órgãos genitais masculinos. In: SEMIOLOGIA Médica. 4ª ed. Guanabara Koogan, 2001. p. 881-89.

PRENT, M. E.; SIEMIATYCKI, J. Occupation and prostate cancer. **Epidemiology Review**, v.23, p. 138-143. 2001.

QUIAN, J.; WOLLAN, P.; BOSTWICK, D. G. The extent and multicentricity of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia in clinically localized prostatic adenocarcinoma. **Human Pathology**, v.28, p.143–48. 1997.

RIES, L. A. G. (Ed.) et al. **Cancer Statistics Review, 1975-2000**. Bethesda: MD, National Cancer Institute, 2003. p. 89-103.

ROBINSON, M. R. et al. The final analysis of the EORTC Genito-Urinary Tract Cancer Co Operative Group phase III clinical trial (protocol 30805) comparing orchidectomy, orchidectomy plus cyproterone acetate and low dose stilboestrol in the management of metastatic carcinoma of the prostate. **European Urology**, v.28, p.273-83. 1995.

ROCHA, L. C. A. et al. Biópsia de próstata. **International Brazilian Journal of Urology**, v.30, p.18-20. 2004.

SCHMID H.P. et al. Early detection of prostate cancer in men with prostatism and intermediate prostate-specific antigen levels. **Urology**, v. 47(5), p. 699-703. 1996.

SCHRÖDER, F. H. et al. Evaluation of the digital rectal examination (DRE) as a screening test for prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 90, p. 1817–23. 1998.

SHARMA-WAGNER, S. A. P. et al. Occupation and prostate cancer risk in Sweden. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. v.42, p. 517-525. 2000.

SMITH, et al. **American Cancer Society, Guidelines for the Early Detection of Cancer**, v.53, p. 27-43. 2003.

SOLOWAY, M. S. et al. Neoadjuvant androgen ablation before radical prostatectomy in cT2bNxM0 prostate cancer: 5-year results. **The Journal of Urology**, v.167, p. 112-6. 2002.

SOUTO, C. A. V. et al. Marcadores tumorais em câncer de próstata. **International Brazilian Journal of Urology**, v.30, p.9-17. 2004.

STANFORD, J. L.; OSTRANDER, E.A. Familial prostate cancer. **Epidemiology Review** , p. 19-23. 2001

STEWART, B. W.; KLEIHUES, P (Ed). **World Cancer Report**. Lyon: IARC Press, 2003. p. 8-16.

THOMPSON, I. M. et al. Assessing prostate cancer risk: results from the prostate cancer prevention trial. **Journal of the National Cancer Institute**, v.98, p. 529-34. 2006.

THOMPSON, I. M. et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level ≤ 4.0 ng per milliliter. **The New England Journal of Medicine**, v. 350(22), p. 2239-46. 2004.

VAN DER GULDEN, J. W.; KOLK, J. J.; VERBEEK, A. L. Work environment and prostate cancer risk. **Prostate**, v. 27, p.250-57.1995.

WHITTEMORE, A. S. et al. Family history and prostate cancer risk in black, white and Asian men in the united States and Canada. **American Journal of Epidemiology**, v.141, p.732-740. 1995.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

Protocolo de avaliação clínico-epidemiológica para coleta de dados dos prontuários dos pacientes do serviço de urologia do HUIBB.

M.D. :

Assinada: () SIM () NÃO

Q.P.:

1. Identificação:
 - nº do prontuário
 - idade:
 - procedência
 - residência
 - ocupação
 - cor
2. Antecedentes mórbidos pessoais: [() Informações não encontradas]
 - Hábitos alimentares

 - Hábitos de vida.
3. Antecedentes familiares:
 - História familiar de câncer de próstata

4. Principais sinais e sintomas:

- () perda ponderal (Kg___ t _____)
- () assintomático
- () disúria
- () hematúria
- () retenção urinária
- () esforço miccional
- () sensação de esvaziamento vesical incompleto
- () gotejamento terminal
- () polaciúria () noctúria
- () urgência miccional
- () incontinência urinária
- () dor _____
- () hesitação
- () qualidade do jato _____
- () linfadenopatia
- () edema (MMII)

5. Sintomas Negativos.

6. Exame físico:

- Toque retal (Nº _____) [() toque não realizado] Descrição () Total ; () Parcial

Tamanho:

Consistência:

Forma:

Sulco mediano

Mobilidade

Dor:

Nodulações

Superfície.

7. Exames complementares

- Urina EAS

() Hematúria microscópica

() Hematúria macroscópica

() Piúria

- PSA total () Sim () Não Valores: _____

() 0-4ng/ml () 4-10ng/ml () > 10ng/ml

- PSA Livre/PSA () Sim () Não Valores: _____

() < 0,20 () > 0,20

- Biópsia () Sim () Não

() HPB

() s/ alterações

() Neoplasia maligna (CaP)

() Prostatite

() Sujestivo mas não diagnóstico de Cap

() PIN

() outras: _____

Realizada: () HUIBB; () Externa; () S/I

Guiada por : () USG; () Toque; () S/I; () Sextante

Número de fragmentos _____

Material Insuficiente? () SIM () NÃO

- Variedades Histológicas (em caso de CaP)

() adenocarcinoma

() sarcoma

() carcinoma epidermóide

() carcinoma de células transicionais

- USG transretal () Sim () Não
Conclusão:

8. Gleason:

- () bem diferenciado(2-4)
- () Moderadamente diferenciado(5-7)
- () Indiferenciado(8-10)

9. Exames complementares que indicam metástase () Sim () Não

- () Rx de tórax
- () USG de Abdômen e Pelve
- () Cintilografia
- () Tomografia computadorizada.

APÊNDICE B

Universidade Federal do Pará Hospital Universitário João de Barros Barreto Ambulatório de Urologia

Ficha para Avaliação da Glândula Prostática

Nome: _____ Matrícula: _____
Idade: _____ Etnia/Cor: _____ Ocupação: _____

Hábitos Alimentares: _____

Hábitos de Vida: Fumante Ex-fumante(tempo:) Etilista Anda de bicicleta ou cavalo.
Antecedentes Familiares de CaP e/ou CA Mama: _____

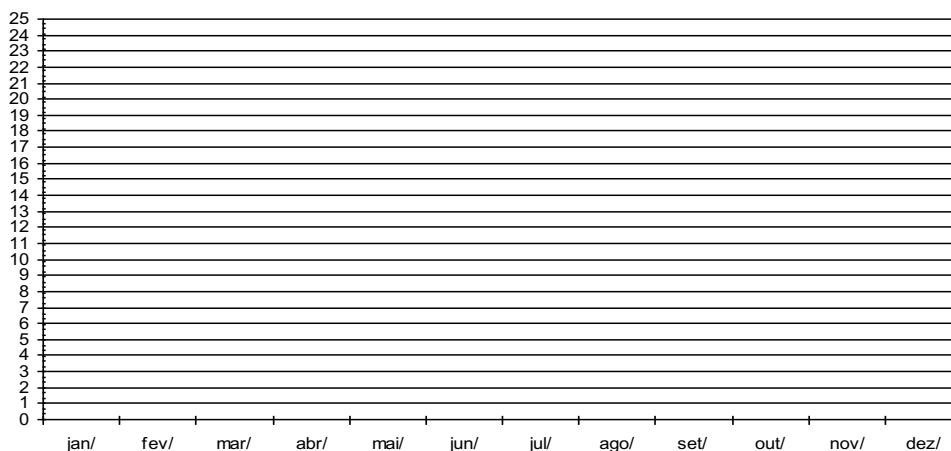
Exame Digital da Glândula Prostática:

	Data	Data	Data	Data	Data
Tamanho					
Consistência					
Simetria					
Limites					
Sulco Mediano					
Mobilidade					
Nodulações					
Superfície					

Valores de PSA:

	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
PSA total					
PSA Livre					
Relação L/T					

Gráfico de evolução do PSA (valor x tempo)



Biópsia Prostática _____

Conduta: _____

9. ANEXOS

ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“Incidência do Câncer de próstata no Serviço de Urologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de junho de 2004 à setembro de 2007”**, protocolo nº **2758/06**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Bernard Lobato e José Augusto Farias Silva Júnior e Orientação do *Prof. Ms. Júlio Guilherme Balieiro Bernardes*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 16/10/2006, por estar de acordo com a Resolução nº 196/96 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde do Brasil.

Belém, 16 de outubro de 2006


Dr. Eduardo Leitão Maia

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFGA

Hospital Universitário João de Barros Barreto – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua dos Mundurucus, 4487 – Guamá CEP. 66.073-000 Belém-Pará Fone: (91)3201 6653 /Fax: (91) 3201 6652