

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ

SOBREVIDA E MORTALIDADE DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM
TERESINA: 1996 A 2006

TERESINA
2010

FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ

SOBREVIDA E MORTALIDADE DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM
TERESINA : 1996 A 2006

Relatório da dissertação apresentado ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Viriato Campelo

TERESINA
2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

P667s Pirajá, Fabienne Camilo da Silveira.
Sobrevida e mortalidade do câncer de próstata em Teresina
: 1996 a 2006 / Fabienne Camilo da Silveira Pirajá. – 2010.
44 f.

Impresso por computador (*printout*).
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Piauí,
Programa de Mestrado em Ciências e Saúde, 2010.
“Orientador: Prof. Dr. Viriato Campelo”.

1. Câncer - Próstata. 2. Mortalidade. 3. Câncer - Sobrevida.
I. Título.

CDD 616.994 63

FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA

**SOBREVIDA E MORTALIDADE DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM
TERESINA : 1996 A 2006**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, para obtenção de título de Mestre em Ciências e Saúde. Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Linha de Pesquisa: Análise de Políticas, Sistemas, Programas e Serviços de Saúde.

Prof. Dr. Viriato Campelo - UFPI

Orientador

Prof. Dr. Lúcio André Noleto Magalhães - UESPI

Primeiro Examinador

Profa. Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes - UFPI

Segundo Examinador

Prof. Dr. Benedito Borges da Silva – UFPI

Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio e fim, por propiciar o entusiasmo em novos conhecimentos e descobertas. Aos meus pais, Luiz Carlos e Maria José que sempre torcem para o meu sucesso. Aos meus filhos, Lourival Neto e Matheus, pela alegria, companheirismo e compreensão. À Ceci pela disponibilidade e paciência no ensino do manejo do Registro Hospitalar de Câncer. Aos amigos Sérgio, Bethânia e Valduce e ao meu primo Assis Campos pelo apoio tecnológico. Ao professor João Batista Teles pelos ensinamentos. À equipe de professores do curso de mestrado em ciências e saúde pelo incentivo, competência e dedicação. E ao meu orientador professor doutor Viriato Campelo, que, com sua mansidão e competência, nos incentiva nas realizações dos nossos objetivos.

Epígrafe

“a procura da verdade é difícil e é fácil, já que ninguém poderá desvendá-la por completo ou ignorá-la inteiramente. Contudo, cada um de nós poderá acrescentar um pouco do nosso conhecimento sobre a natureza e, disto, uma certa grandeza emergirá”. Aristóteles, 350 a.C.

RESUMO

Introdução - Segundo a Organização Mundial de Saúde, a morte por câncer no mundo subirá de 7.5 milhões em 2007 para 11.5 milhões em 2030 e a previsão para 2030 será de 15.5 milhões de casos novos desta patologia (WHO, 2008). A neoplasia maligna mais incidente entre os homens brasileiros, depois de pele não melanoma, é o câncer de próstata, com um número esperado para o ano de 2010 de 52.350 novos casos (BRASIL, 2009). **Objetivo** - Analisar a tendência da mortalidade por câncer de próstata, segundo a faixa etária, no período de 1996 a 2006 no município de Teresina, Piauí, Brasil e a sobrevida por câncer de próstata dos pacientes atendidos no Hospital São Marcos, Teresina, Piauí, de 2000 a 2001. **Métodos** - Estudo descritivo epidemiológico de base populacional, avaliando-se os óbitos codificados com CID 10 - C61, no período de 1996 a 2006 no município de Teresina, Piauí e coorte hospitalar composta por 71 pacientes do Hospital São Marcos, Teresina, Piauí, registrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) de 2000 a 2001 com CID10 – C61. O método de Kaplan – Meier foi empregado no cálculo das funções de sobrevida em cinco anos. As variáveis estudadas na avaliação da sobrevida foram: faixa etária, estadiamento do tumor e cor da pele. O teste de Kruskal – Wallis foi utilizado na comparação entre as variáveis. **Resultados** - A taxa de mortalidade por câncer de próstata aumentou de 47.5 por 100.000 habitantes em 1996 para 85.5 por 100.000 habitantes em 2006. A sobrevida específica por câncer de próstata foi de 78.49% em cinco anos. O risco de morte neste estudo aumentou com a faixa etária e o estadiamento avançados ao diagnóstico (faixa etária de 80 anos e mais = 60% e estadiamento IV = 63%). O teste de Kruskal – Wallis não mostrou variação estatisticamente significativa entre os grupos. **Conclusão** - A taxa de mortalidade por câncer de próstata em Teresina, Piauí apresentou aumento entre 1996 a 2006. A idade e o estadiamento avançados ao diagnóstico do câncer de próstata diminuem a sobrevida dos pacientes com esta patologia. Este estudo mostra a possibilidade de se utilizar bancos de dados brasileiros e locais na análise da tendência de mortalidade e sobrevida no Brasil.

Descritores: câncer de próstata, mortalidade, sobrevida, Teresina

ABSTRACT

Introduction - Death from cancer in the world will rise, 7.5 million in 2007 to 11.5 million in 2030 and the estimate for 2030 is 15.5 million new cases of this pathology (WHO, 2008). Prostate cancer is the most malignant neoplasm incident in Brazilian men, after non-melanoma skin, 52,350 new cases will be expected for the year 2010 (BRAZIL, 2009). **Objective** - to analyze the trend of mortality by prostate cancer, according to age group, in the period from 1996 to 2006 in the city of Teresina, Piauí, Brazil and survival for prostate cancer patients diagnosed at São Marcos Hospital, Teresina, Piauí, 2000-2001. **Methods** - Descriptive epidemiological Study of population-based, by evaluating the deaths coded to CID 10 - C61, during the period from 1996 to 2006 in the city of Teresina, Piauí and hospital cohort consisting of 71 patients of the Hospital São Marcos, Teresina, Piauí, registered in the registry of Cancer Hospital (RHC) from 2000 to 2001 with CID10 – C61. Survival functions in five years were calculated by the Kaplan-Meier method. The variables studied in the evaluation of survival were: age, staging of tumor and skin color. Kruskal– Wallis test was used in the comparison between the variables. **Results** - the rate of prostate cancer mortality increased from 47.5 by 100,000 inhabitants in 1996 to 85.5 by 100,000 inhabitants in 2006. Disease-specific survive in five years was 78,49%. The age and the staging advanced at diagnosis has increased the risk of death (aged 80 years and over = 60% and staging IV = 63%). Kruskal – Wallis test showed no statistically significant variation between the groups. **Conclusion** - the rate of prostate cancer mortality in Teresina, Piauí has increased between 1996 and 2006. The age and disease staging advanced at diagnosis of prostate cancer patient survival decrease with this pathology. This study shows the possibility of using database Brazilians and local analysis of the trend of mortality and survival in Brazil.

Keywords: prostate cancer, mortality, survive, Teresina

LISTA DE FIGURAS

1. Representação espacial das taxas brutas da incidência por 100 mil homens, estudados para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (Neoplasia Maligna de Próstata)...13
2. Taxa de mortalidade por câncer de próstata por faixa etária no período de 1996 a 2006 por 100.000 habitantes em Teresina (PI)23
3. Sobrevida por faixa etária do câncer de próstata. Teresina (PI)26
4. Sobrevida por estadiamento do câncer de próstata. Teresina (PI)27
5. Sobrevida segundo a cor da pele do câncer de próstata. Teresina (PI)28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e proporção (%) de óbitos do sexo masculino segundo idade. Brasil. 1980/2001	12
Tabela 2: População masculina residente no município de Teresina(PI). 1996 a 2006.....	21
Tabela 3: Óbitos masculinos por câncer de próstata período de 1996 a 2006. Teresina (PI)	21
Tabela 4: População masculina no município de Teresina (PI), com 40 anos e mais com respectivas porcentagens nos anos de 1996, 2001 e 2006.....	22
Tabela 5: Óbitos por câncer de próstata em homens de 40 anos e mais com respectivas porcentagens em Teresina (PI).....	22
Tabela 6: Taxa de Mortalidade por câncer de próstata por população masculina por faixa etária, em Teresina (PI), por 100.000 habitantes	23
Tabela 7: Distribuição dos pacientes e dos óbitos pela doença em cinco anos, segundo as variáveis do estudo.....	25
Tabela 8: Valor máximo, médio, mínimo, P5%, P95%, do tempo em dias, decorrido entre diagnóstico e o óbito por tipo de evento. Teresina (PI), 2000 a 2006	25

LISTA DE ABREVIATURAS

CACON- Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DO- Declaração de Óbito

EUA- Estados Unidos da América

FMS- Fundação Municipal de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA- Instituto Nacional de Câncer

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PI- Piauí

PIB – Produto Interno Bruto

PSA- Antígeno Prostático Específico

SIM- Serviço de Informação sobre Mortalidade

SNC- Serviço Nacional do Câncer

SUS- Sistema Único de Saúde

WHO- *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	11
1.1.1 Epidemiologia do câncer	11
1.1.2 Política de Saúde Nacional	13
1.1.3 Sobrevida de pacientes com câncer	15
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivo Específico.....	17
3. MATERIAL E MÉTODOS	18
3.1 Desenho do Estudo	18
3.2 Coleta de Informações	18
3.3 Variáveis Estudadas	19
3.4 Análise dos Dados	19
3.5 Aspectos Éticos	20
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A	40
ANEXO B	41
ANEXO C	42
ANEXO D	43
ANEXO E	44

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

1.1.1 Epidemiologia do câncer

O câncer se configura na atualidade como um problema de saúde pública mundial devido ao aumento significativo da sua incidência na população bem como, dos altos custos advindos da prevenção, do diagnóstico e do tratamento dos indivíduos acometidos dessa patologia (INCA, 2008).

Câncer se refere a um conjunto de mais de 100 doenças que possuem como característica comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2003).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a morte por câncer no mundo subirá de 7,5 milhões em 2007 para 11,5 milhões em 2030 e a previsão para 2030 será de 15,5 milhões de casos novos dessa patologia (WHO, 2008).

Desde o século passado, paralelo ao processo de industrialização, tem ocorrido uma significativa alteração na demografia mundial provocada pela redução das taxas de natalidade e mortalidade, aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional (GUERRA et al, 2005).

No Brasil, a análise de mortalidade de 2002, mostra que o câncer de próstata (9.14/100.000 habitantes) é a segunda causa de morte por câncer no sexo masculino. A região nordeste apresenta o câncer de próstata como o principal tumor incidente no sexo masculino (16,7/100.000), sendo o câncer que apresenta o maior número de óbitos (5.8/100.000) (INCA, 2003).

A análise de séries históricas de mortalidade no Brasil mostra claramente a importância do câncer de próstata que já suplanta a neoplasia maligna de estômago, há alguns anos (LAURENTI, 2005).

Quanto ao sexo masculino, no âmbito geral, observa-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta e sempre menor do que a observada no sexo

feminino. E no Brasil, atualmente, a vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões (LAURENTI et al, 2005).

Na série histórica dos óbitos masculinos no período de 1980 a 2001 (Tabela 1), observa-se aumento da mortalidade proporcional entre idosos:

Tabela 1 – Número e proporção (%) de óbitos do sexo masculino segundo idade. Brasil, 1980/2001.

Idade	1980		1991		1996		2001	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
0 a 4	118,97	27,8	57,09	12,2	49,01	9,4	40,43	7,3
5 a 9	5,06	1,2	3,88	0,8	3,56	0,7	3,02	0,5
10 a 19	13,75	3,2	16,27	3,5	18,31	3,5	19,06	3,4
20 a 39	52,49	12,3	77,59	16,5	87,79	16,8	86,26	15,5
40 a 59	84,68	19,8	102,95	22,0	117,33	22,4	128,68	23,1
60 a 79	119,54	28,0	154,06	32,9	177,06	33,8	195,09	35,0
80 e mais	32,81	7,7	56,53	12,1	70,15	13,4	84,61	15,2
Ignorada	3,85	-	6,53	-	6,85	-	3,49	-
TOTAL	431,16	100,0	474,90	100,00	530,07	100,0	560,64	100,0

*% calculada sobre o total de casos com informação conhecida.

Fonte: www.datasus.gov.br (dados brutos).

O câncer de próstata representa no mundo 10% do total dos casos desta patologia, sendo o câncer mais prevalente em homens (BRASIL, 2009).

Nas neoplasias malignas, não existe grande diferença nos coeficientes de mortalidade entre os sexos, sendo que, nos homens predominam os cânceres de pulmão, seguidos do de próstata e do estômago (LAURENTI et al, 2005).

O câncer de próstata no Brasil, em série histórica de 1981-1995 mostrou evolução ascendente, taxas de mortalidade mais intensa do que a observada para câncer de pulmão e variação percentual positiva na taxa de mortalidade em todas as regiões do Brasil, duplicando no Norte e Nordeste (WUNSCH FILHO, V; MONCAU, J. E, 2002).

Segundo as estimativas 2008 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Câncer mais incidente no sexo masculino no Brasil é o câncer de próstata (Figura 1).

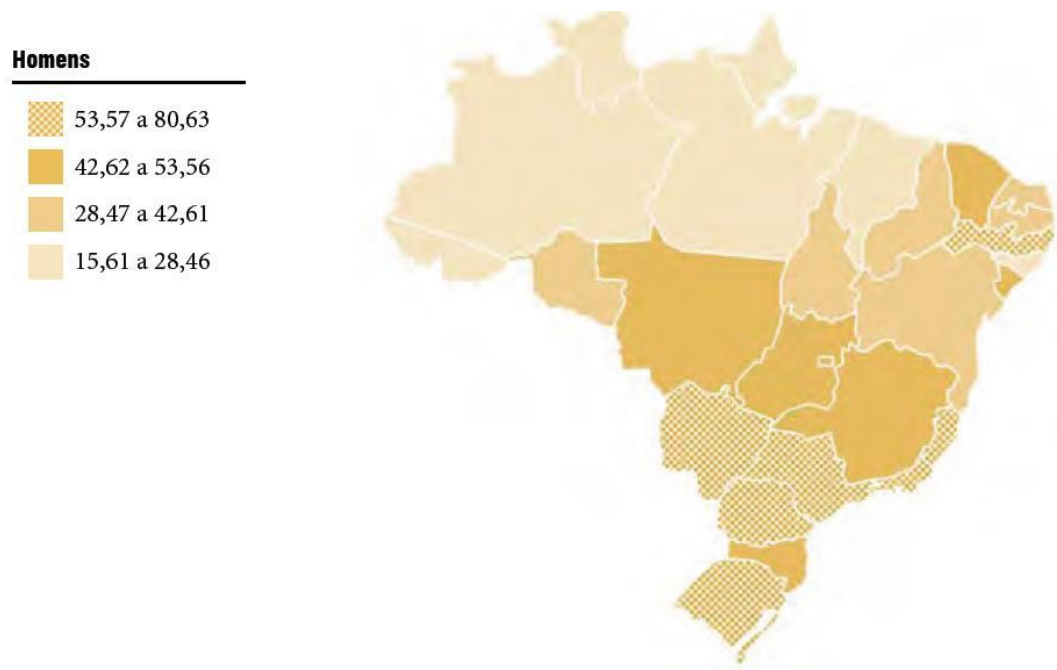


Figura1 - Representação espacial das taxas brutas da incidência por 100 mil homens, estudados para o ano de 2008, segundo a Unidade da Federação (Neoplasia Maligna de Próstata). Extraído de Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil (BRASIL, 2007).

A expectativa de vida da população mundial vem aumentando nas últimas décadas e conseqüentemente o envelhecimento da população. E assim sendo, as pessoas se expõe mais tempo aos fatores de riscos cancerígenos que predis põem ao aparecimento das neoplasias malignas.

1.1.2 Política de Saúde Nacional

No Brasil, segundo dados do INCA, a distribuição dos diferentes tipos de câncer segue uma transição epidemiológica em andamento. Com o recente envelhecimento da população, já é possível identificar um aumento expressivo da prevalência do câncer (INCA, 2006).

O Estado Brasileiro, no histórico do controle do câncer no Brasil, só começou a participar efetivamente do melhor conhecimento e da luta contra essa patologia a partir da década de 20, por esforço de pesquisadores como Eduardo Rebelo, Mario Koeff e Sérgio de Barros de Azevedo, que começaram a pensar câncer como um processo sanitário gerenciado pelo Estado (INCA, 2006).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi inaugurado em 1937, no período do Estado Novo. O Serviço Nacional do Câncer (SNC) destinado a

organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país, segundo o Decreto-Lei n 3643, só recebeu caráter nacional em 23 de setembro de 1941.

No final da década de 60, os conceitos da medicina liberal renasceram e o câncer ficou restrito a um problema individual, mais restrito à esfera privada e em 1970, houve interrupção das políticas anti-câncer, decadência do INCA e extinção do Serviço Nacional de Câncer (SNC). Em 1980 houve melhoria do controle do câncer no Brasil, devido à ação administrativa chamada co-gestão, representada por uma cooperação administrativo-financeira entre os ministérios da Saúde e da Previdência Social para implementação de programas da Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Um deles, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), estruturaria e ampliaria as bases técnicas em âmbito nacional nas áreas de educação, informação e controle do câncer (INCA, 2005)

A Constituição Federal de 1988 mudou, então, a estrutura sanitária brasileira; e a Lei 8080/90 conhecida como Lei Orgânica da Saúde, tornou os serviços e ações de Saúde como de relevância pública, e nas demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), o INCA representa o agente diretivo no controle do câncer no Brasil.

Atualmente, o INCA através do seu programa de Epidemiologia, Informação e Vigilância do Câncer, monitora o perfil do câncer no Brasil, através de programas de Epidemiologia, Registro Hospitalar de Câncer, Registro de Câncer de Base Populacional, Serviço de Informação sobre Mortalidade, dentre outros, e que também são utilizados por pesquisadores em pesquisas, os quais auxiliam no conhecimento e no melhor direcionamento no combate desta patologia em nosso país (INCA, 2006)

A Portaria nº 3535, de 02 de setembro de 1998, do Ministério da Saúde, que estabelece critérios para cadastro de centros de alta complexidade em oncologia (CACON) e determina que estes centros, de acordo com normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, devem manter em funcionamento um Registro Hospitalar de Câncer (RHC) que tem como instrumento de apoio manual elaborado pelo Ministério da Saúde. As informações do RHC serão utilizadas para gerar indicadores de avaliação da eficácia da assistência prestada e produzir informações para pesquisa, para o planejamento em saúde e cuidados ao paciente.

O coeficiente de mortalidade de uma população se constitui em um indicador de saúde e expressa a intensidade de ocorrência anual de mortes em determinada população, sendo utilizado para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas da saúde, que visem reduzir o número de óbitos.

O Ministério da Saúde criou, em 1975, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que é uma fonte para o registro do número de mortes por câncer. A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi, então, preconizada para codificar as declarações de óbito. A CID 9 até 1995 e após 1996 a CID 10 vem sendo utilizada (BITTENCOURT et al, 2004).

1.1.3 Sobrevida de pacientes com câncer

As principais fontes de dados para se conhecer o perfil epidemiológico de uma área, analisar tendências, indicar prioridades, avaliar programas, entre outras finalidades, continuam sendo as estatísticas de mortalidade (LAURENTI et al., 2004).

As estatísticas de mortalidade têm sido utilizadas com frequência em estudos epidemiológicos, constituindo-se em importante instrumento para análise de padrões de evolução de doenças em diferentes populações, uma vez que, dados de incidência não estão comumente disponíveis. Entretanto, sua utilização deve ser considerada à luz de duas qualidades básicas de medidas empíricas: a confiabilidade e a validade (NUNES et al, 2004).

A sobrevida é influenciada por vários fatores, como as próprias características da patologia, pelo diagnóstico precoce ou não e existência de tratamento eficaz realizado em tempo hábil. Segundo dados do INCA, os fatores que influenciam fortemente a sobrevida é a extensão da doença no momento do diagnóstico. O Brasil carece de estudos que avaliem a sobrevida de pacientes com câncer de forma mais rotineira e continuada, o que já se observa em alguns países (INCA, 2008).

As técnicas estatísticas conhecidas como análises de sobrevida são utilizadas quando se pretende analisar um fenômeno em relação a um período de tempo, isto é, ao tempo transcorrido entre um evento inicial, no qual um sujeito entre

em um estado particular e um evento final, que modifica esse estado (BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al, 2002).

Segundo dados do IBGE, censo 2000, Teresina, cidade situada no Meio Norte do Brasil, apresenta uma população de pessoas residentes de 779.939 habitantes, e 87% da população que vive na capital é genuinamente piauiense, ou seja, nascida no Piauí e é a capital, que apresenta um dos menores Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (IBGE, 2005). Teresina possui um único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Hospital São Marcos, instituição gerida pela Associação Piauiense de Combate ao Câncer, que presta atendimento oncológico a todo estado do Piauí e a estados vizinhos, como Maranhão, Tocantins e Pará, sendo responsável pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC) dos pacientes que a ela recorrem para tratamento oncológico.

A inexistência de estudos sobre tendência de mortalidade de câncer de próstata e dados sobre a sobrevivência de pacientes tratados desta neoplasia no município de Teresina-Piauí justifica a realização deste estudo, que também possibilitará o conhecimento e utilização de banco de dados de base hospitalar (RHC) e o cruzamento de informações com o Serviço de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretária de Vigilância em Saúde e o arquivo das Declarações de Óbitos da Fundação Municipal de Saúde.

Os resultados obtidos nesta pesquisa possibilitarão o melhor conhecimento da tendência do câncer da próstata em cidades de médio porte como Teresina, tornando possível a implementação de ações e serviços de saúde que proporcionem políticas públicas efetivas e planejamento do melhor custo-efetividade no tratamento oncológico dessa patologia no município, norteando ações a serem promovidas pelo poder público.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a tendência de mortalidade por câncer de próstata no município de Teresina – Piauí no período de 1996 a 2006 e, sobrevida dos pacientes tratados no Hospital São Marcos, referência de tratamento de câncer no município.

2.2 Específico

- Identificar a tendência de Mortalidade por câncer de próstata em Teresina segundo a faixa etária.

- Verificar a sobrevida dos pacientes diagnosticados com câncer da próstata no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2001.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Desenho do Estudo

Foi realizado estudo epidemiológico descritivo de base populacional, visando conhecer a magnitude e a tendência do câncer de próstata no município de Teresina, estado do Piauí, no período de 1996 a 2006, avaliando-se os óbitos codificados com o CID 10 – C61, específico para câncer de próstata e realizado também uma coorte de base hospitalar de homens atendidos no Hospital São Marcos, Teresina, Piauí e registrados no RHC no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2001, com CID 10 – C61, que residiam no município de Teresina-Piauí, cidade de médio porte com população estimada em 2009 de 802.565 habitantes, sendo 47% de homens (BRASIL, 2009).

3.2. Coleta de Dados

Para avaliação da tendência da mortalidade por câncer de próstata no município de Teresina- Piauí utilizou-se os dados de mortalidade tabulados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da Secretária de Vigilância em Saúde e obtidos na Internet na página do Datasus: <http://www.datasus.gov.br>.

Avaliou-se a mortalidade segundo a faixa etária, distribuída em: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais.

Para verificação das taxas de mortalidade, bruta e ajustada pela idade, no período estudado utilizou-se a contagem populacional de interesse, segundo os censos do IBGE. E para os dados intercensitários as estimativas populacionais segundo o IBGE e disponíveis na Internet em: <http://www.ibge.gov.br>.

Para a análise de sobrevida, selecionaram-se os pacientes com CID10-C61, específico para câncer de próstata, registrados no RHC do Hospital São Marcos e com data do diagnóstico compreendida entre 1º de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2001.

Segundo Manual de Rotinas e Procedimentos dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) de 1999, o RHC cadastra casos de neoplasias em duas categorias

distintas: casos analíticos e casos não analíticos. No presente estudo, utilizaram-se os dados dos casos analíticos, que são os casos de neoplasia cujo planejamento e realização do tratamento foram realizados no hospital e que é alvo prioritário da análise do Registro de Câncer (BRASIL,1999).

O modelo da ficha do RHC disponível no Manual de Rotinas e Procedimentos do RHC, Ministério da Saúde/INCA (ANEXO A), foi utilizado para coleta dos dados.

Posteriormente, cruzaram-se os dados obtidos no RHC com o existente no arquivo de Declaração de Óbitos da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí, no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006, utilizando-se os seguintes dados: nome, data de nascimento e CID.

3.3 Variáveis Estudadas

Para o estudo da tendência de mortalidade foi avaliada a taxa de mortalidade dos pacientes com CID 10- C61, segundo a faixa etária.

No estudo de sobrevida, as seguintes variáveis foram estudadas: idade ao diagnóstico, estadiamento da doença e cor da pele.

3.4 Análises dos Dados

Na análise da mortalidade, os dados foram processados no programa EXCEL® para WINDOWS® e gerados tabelas e gráficos para análise.

A data do diagnóstico da doença (CID10-C61), tabulada no RHC do Hospital São Marcos, foi considerada como o início do tempo de sobrevida. No RHC a data do diagnóstico se refere à data da confirmação do anatomopatológico, sendo que, na ausência do exame anatomopatológico, utiliza-se a data do diagnóstico clínico (BRASIL, 1999).

Para análise da sobrevida, as datas dos óbitos em decorrência do câncer de próstata ou de suas conseqüências foram consideradas como evento ou falha. Os pacientes que permaneceram vivos até o final do estudo em 31 de dezembro de 2006 foram censurados.

O método de Kaplan-Meier foi empregado para calcular as funções de sobrevida, estimando curvas que agrupam os pacientes segundo as variáveis selecionadas: faixa etária, estadiamento da doença e cor da pele. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparação das curvas de sobrevida para cada variável (CLARCK et al, 2003).

Na análise de sobrevida, os dados foram processados no programa SPSS®

3.5 Aspectos éticos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). (ANEXO B). Foi autorizado pela Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento do Hospital São Marcos o acesso ao banco de dados do RHC (ANEXO C), como também autorizado pela Coordenadora de Ações Sociais da Fundação Municipal de Saúde (FMS), Teresina- Piauí (ANEXO D) acesso ao arquivo de DO daquela instituição. (ANEXO E).

4. RESULTADOS

A população masculina do município de Teresina – Piauí com idade de 40 anos e mais variou de 61.178 indivíduos em 1996 para 82.260 em 2006 (tabela 2). Um aumento aproximado de 26% para a população desta faixa etária no período referido.

Tabela 2 – População masculina residente no município de Teresina (PI). 1996 a 2006.

Faixa Etária	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
40 a 49 anos	29,25	29,83	30,36	30,89	34,81	35,47	36,01	36,57	37,12	38,38	39,03
50 a 59 anos	16,11	16,42	16,71	17,00	19,88	20,26	20,57	20,88	21,20	21,92	22,29
60 a 69 anos	9,45	9,58	9,75	9,92	10,94	11,15	11,32	11,49	11,67	12,06	12,27
70 a 79 anos	4,64	4,75	4,80	4,88	5,63	5,74	5,83	5,92	6,01	6,21	6,32
80 anos e mais	1,76	1,80	1,83	1,86	2,11	2,15	2,18	2,21	2,25	2,32	2,36
TOTAL	61,18	62,34	63,44	64,55	73,37	74,76	75,90	77,08	78,25	80,91	82,26

Fonte: IBGE/DATASUS

O número de óbitos de homens residentes no município de Teresina, com faixa etária de 40 anos e mais, que tiveram como causa básica de morte o câncer de próstata (CID10-C61), variou de 21 casos em 1996 para 33 casos em 2006. Um aumento de 36,36% no período (Tabela 3).

Tabela 3 – Óbitos masculinos por câncer de próstata período de 1996 a 2006. Teresina (PI).

Faixa Etária	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
40 a 49 anos	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
50 a 59 anos	2	2	1	4	1	-	3	3	2	2	1
60 a 69 anos	8	4	5	11	8	5	7	2	6	6	7
70 a 79 anos	7	16	15	16	9	18	15	10	21	24	10
80 anos e mais	4	8	5	6	13	10	7	13	13	13	15
TOTAL	21	31	26	37	31	34	32	28	42	45	33

Fonte: SIM/DATASUS

Avaliando-se a tabela 4, observa-se que a população nas faixas etárias estratificadas de 40 anos e mais apresentou um discreto aumento entre os anos de 1996 e 2006.

Tabela 4 – População masculina no município de Teresina (PI), com 40 anos e mais com respectivas porcentagens nos anos de 1996, 2001 e 2006.

Faixa etária	1996		2001		2006	
	N	%	N	%	N	%
40 a 49 anos	29,25	47,82	35,47	47,44	39,03	47,44
50 a 59 anos	16,11	26,33	20,26	27,09	22,29	27,09
60 a 69 anos	9,42	15,39	11,15	14,91	12,27	14,91
70 a 79 anos	4,64	7,58	5,74	7,68	6,32	7,68
80 anos e mais	1,76	2,88	2,15	2,87	2,36	2,87
TOTAL	61,18	100	74,76	100	82,26	100

Fonte: IBGE / DATASUS

Na tabela 5, avaliando-se o número de óbitos por câncer de próstata dos homens residentes em Teresina-PI, observa-se diminuição nas faixas etárias de 50 a 59 anos e 60 a 69 anos, discreto aumento na faixa etária de 70 a 79 anos e aumento significativo na faixa etária de 80 anos e mais.

Tabela 5- Óbitos por câncer de próstata em homens de 40 anos e mais com respectivas porcentagens em Teresina (PI)

Faixa etária	1996		2001		2006	
	N	%	N	%	N	%
40 a 49 anos	-	-	-	-	-	-
50 a 59 anos	2	9,52	1	3,23	1	3,03
60 a 69 anos	8	38,09	8	25,81	7	21,21
70 a 79 anos	7	33,33	9	29,03	10	30,3
80 anos e mais	4	19,05	13	41,94	15	45,45
TOTAL	21	100	31	100	33	100

Fonte: SIM/DATASUS

Com relação à taxa ou coeficiente de mortalidade, segundo causa específica, aqui representada pelo câncer de próstata (CID10-C61), observa-se que entre 1996 a 2006, na faixa etária de 40 a 49 anos, esta taxa é praticamente inexistente, observando-se ocorrências somente nos anos de 1997 e 2001; já na faixa etária de 50 a 59 anos e 60 e 69 anos observa-se grande variabilidade no período estudado, havendo um decréscimo desta taxa entre os anos de 1996 a 2006. Com relação à faixa etária entre 70 e 79 anos observam-se períodos de aumento nos anos de 1997, 1998, 1999, 2001, 2004 e 2005, ficando estável ao se comparar o ano de 1996 com 2006. E na faixa etária de 80 anos e mais, observa-se

uma tendência de aumento na taxa de mortalidade por câncer de próstata no período entre 1996 e 2006 (Tabela 6).

Tabela 6 - Taxa de Mortalidade por Câncer de Próstata por População Masculina por Faixa Etária, em Teresina (PI), por 100.000 habitantes.

Faixa Etária	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
40 a 49 anos	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
50 a 59 anos	1,24	1,22	0,60	2,35	0,50	0,00	1,46	1,44	0,94	0,91	0,45
60 a 69 anos	8,50	4,17	5,13	11,09	7,31	4,48	6,18	1,74	5,14	4,97	5,71
70 a 79 anos	15,10	33,93	31,26	32,76	15,97	31,35	25,73	16,89	34,94	38,62	15,83
80 anos e mais	22,66	44,54	27,35	32,26	61,70	46,58	32,11	58,72	57,85	55,93	63,51
TOTAL	47,50	84,20	64,34	78,46	85,49	82,70	65,49	78,79	98,88	100,00	85,49

Nota: Taxa de mortalidade corresponde a razão entre o número de óbitos por câncer de próstata e a população por faixa etária, por período, por 100.000 habitantes.

Avaliando-se a figura 2 que representa a taxa de mortalidade por câncer de próstata por faixa etária no período de 1996 a 2006, dos homens residentes em Teresina- Piauí, por 100.000 habitantes, observa-se que na faixa etária de 40 a 49 anos a curva é praticamente inexistente, enquanto que na faixa etária de 50 a 59 anos e 60 a 69 anos a curva é estável, observando-se um aumento no ano de 1999 e uma diminuição em 2003. Na faixa etária de 70 a 79 anos a curva mostra grande variabilidade, com aumentos significativos nos anos de 1997, 1998, 1999, 2001, 2004 e 2005. E a curva dos indivíduos de 80 anos e mais apresenta aumento entre os anos de 1996 a 2006.

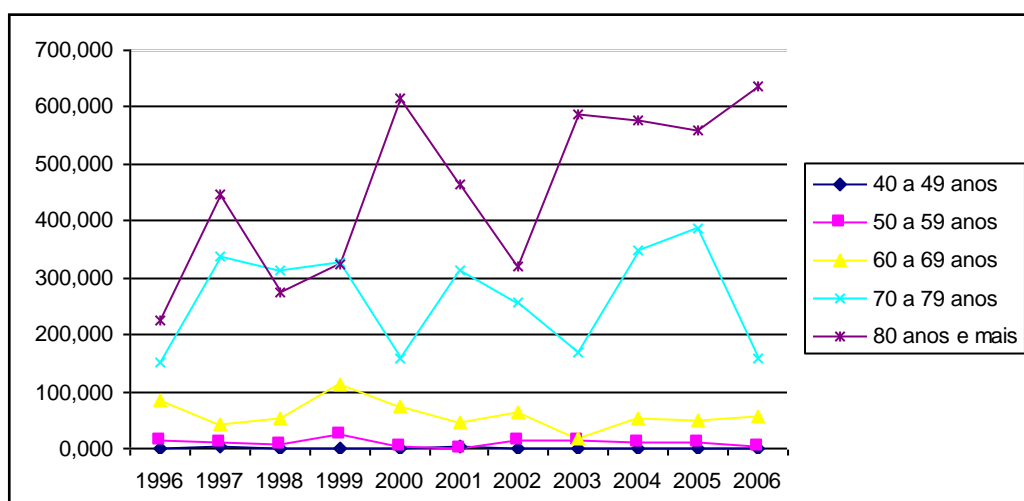


Figura 2: Taxa de mortalidade por câncer de próstata por faixa etária no período de 1996 a 2006 por 100.000 habitantes em Teresina (PI).

Todos os pacientes incluídos no estudo da sobrevida eram residentes no município de Teresina, estado do Piauí, e originários de uma série hospitalar tabulada no RHC do Hospital São Marcos, no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2001 com CID10 - C61 (câncer de próstata).

O total de pacientes estudados foi 71 e destes, 17 foram a óbito até o final do período de observação e 54 foram considerados censurados, posto que não apresentaram o evento (óbito) até o final do seguimento.

Na amostra estudada, não se observou nenhum caso na faixa etária de 40 a 49 anos, e observou-se 8.4%, 28.2%, 40.8% e 22.5% nas faixas etárias de 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais, respectivamente. Observando-se que a grande maioria se encontrava na faixa de 70 a 79 anos (Tabela 7).

Com relação ao estadiamento no momento do diagnóstico, 11.3% dos pacientes se encontravam no estadio I, 33.8% no estadio II, 11.3% no estadio III e 42.2% no estadio IV. Na amostra, 1.4% dos pacientes não apresentavam este dado tabulado no RHC e nem no prontuário (Tabela 7).

A variável cor da pele foi a que apresentou o maior índice de ausência de informação no banco de dados estudado, representando 14.1 %. Os pacientes de cor branca representavam 21.1 % da amostra e os de cor não branca 64.8% (Tabela 7).

Do total de casos (71), 23.94% foram a óbito no período avaliado. Destes pacientes que evoluíram para o evento (morte), 9.9% se encontravam na faixa etária de 80 anos e mais, 7.0% na faixa etária de 70 a 79 anos, 5.6 na faixa etária de 60 a 69 anos e 1.4% na faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 7).

Ao avaliar-se o estadiamento da doença, observa-se que do total de pacientes que evoluíram para o óbito, 4.2% se encontravam no estadiamento II, 1.45% no estadiamento III e 16.9 % no estadiamento IV, sendo que 1,4% não apresentavam esta informação no RHC e nem no prontuário (Tabela 7).

Dos pacientes que evoluíram para o óbito, 18.3 % apresentavam cor da pele não branca, 4.2% cor branca e 1,4% não apresentavam esta informação no RHC, nem no prontuário (Tabela 7).

TABELA 7 - Distribuição dos pacientes e dos óbitos pela doença em cinco anos, segundo as variáveis do estudo. Teresina(PI). 2000 a 2001.

VARIÁVEIS	CASOS n (%)	EVENTOS n (%)
Idade ao diagnóstico (anos)		
40-49	-	-
50-59	06 (8,4)	01 (1,4)
60-69	20(28,2)	04 (5,6)
70-79	29 (40,8)	05 (7,0)
> 80	16 (22,5)	07 (9,9)
Estadiamento		
I	08 (11,3)	-
II	24 (33,8)	03 (4,2)
III	08 (11,3)	01 (1,4)
IV	30 (42,2)	12 (16,9)
Sem informação	01 (1,4)	01 (1,4)
Cor da pele		
Branca	15 (21,1)	03 (4,2)
Não branca	46 (64,8)	13 (18,3)
Sem informação	10 (14,1)	01 (1,4)

Fonte: RHC Hospital São Marcos- Teresina PI

Com relação à sobrevida, observa-se que a média de tempo decorrido entre a data do diagnóstico e a data do óbito dos pacientes que evoluíram para o evento (morte) durante o estudo foi de 964,59 dias ou dois anos e seis meses, enquanto que este tempo na amostra geral foi de 1.839,13 dias ou cinco anos (Tabela 8).

Tabela 8- Valor máximo, médio, mínimo, P5%, P95%, do tempo em dias, decorrido entre diagnóstico e o óbito por tipo de evento. Teresina (PI), 2000 a2006.

		Máximo	Média *	Mínimo	P5%	P95%	Desvio padrão
evento	óbito	2.166,00	964,59	140,00	140,00	.	671,29
	censurado	2.444,00	2.114,44	1.747,00	1.782,50	2.422,50	206,83
Total		2.444,00	1.839,13	140,00	271,40	2.417,80	616,12

Fonte: Hospital São Marcos, Teresina. P < 0,05

Utilizando-se o método de Kaplan – Meier a sobrevida global dos pacientes com câncer de próstata encontrada no município de Teresina-PI, no período estudado foi de 78,49%.

Na sobrevida, segundo a faixa etária ao diagnóstico (Figura 3), observa-se que os pacientes com 80 anos e mais apresentam a menor sobrevida cumulativa, com alta mortalidade antes de completar três anos após o diagnóstico; sendo que a sobrevida cumulativa antes dos cinco anos após o diagnóstico se apresentava em torno de 60%. Os pacientes com faixa etária de 70 a 79 anos antes de cinco anos de diagnóstico em torno de 80% e os pacientes de 60 a 69 anos e 50 e 59 anos, uma sobrevida cumulativa aos cinco anos de 78% e 80%, respectivamente.

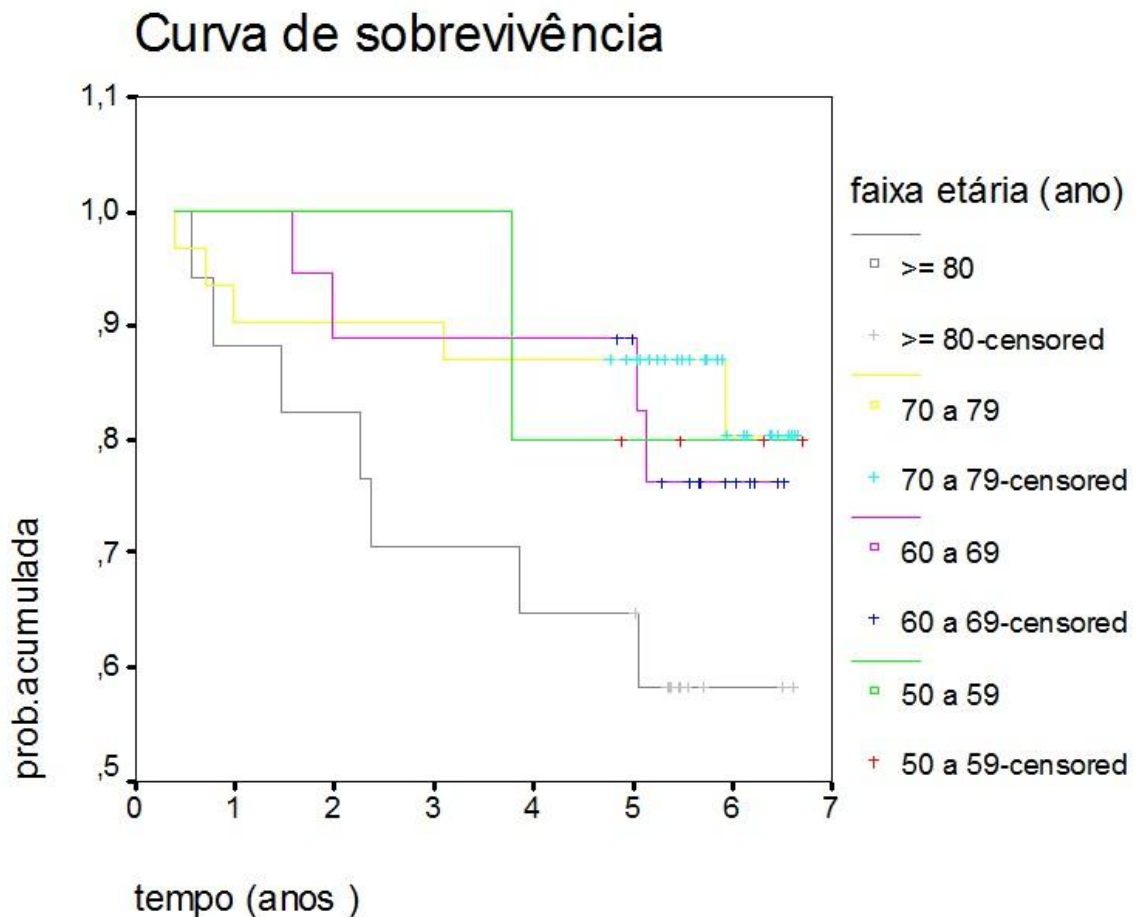


Figura 3- Curva de Sobrevida estratificada por faixa etária do câncer de próstata. Teresina (PI). 2000 a 2006

Com relação à curva de sobrevida, segundo o estadiamento, observa-se que os pacientes com estadiamento IV apresentam uma sobrevida cumulativa antes dos três anos em torno de 72%, caindo para 63% aos cinco anos. Os pacientes no

estádio III e II apresentam sobrevida cumulativa em torno de 97% e 89% aos três anos e 89% e 92% aos cinco anos, respectivamente. Os pacientes no estadio I apresentaram durante todo o estudo uma sobrevida cumulativa de 100% (Figura 4).

O teste de Kruskal – Wallis demonstrou que as variações encontradas não são estatisticamente significantes, em relação a faixa etária e estadiamento com $p=0,832$ $p=0,101$, respectivamente.

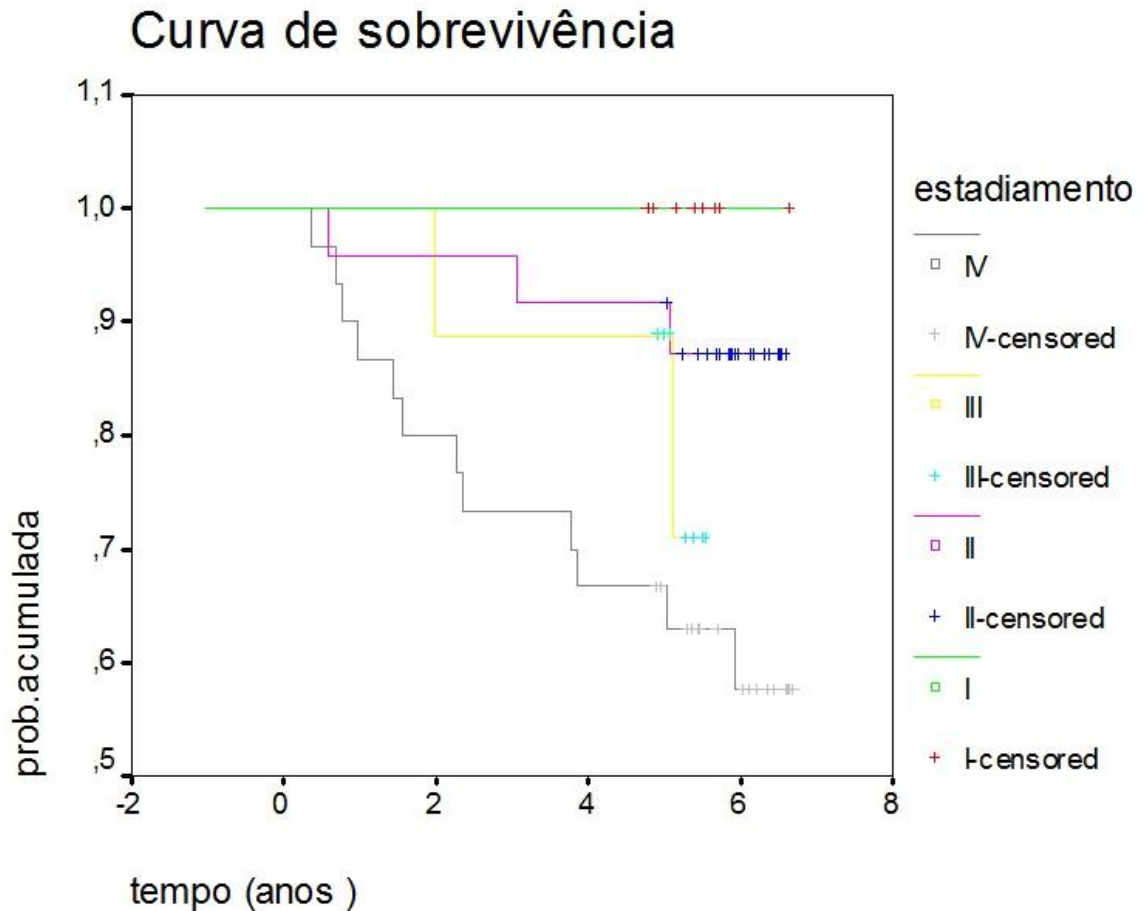


Figura 4- Curva de Sobrevida por estadiamento do câncer de próstata. Teresina (PI). 2000 a 2006

Na avaliação segundo a cor da pele (raça), a sobrevida aos cinco anos dos pacientes registrados com cor branca foi de 79% e aqueles considerados de cor parda 80%, não se encontrando variação estatística ($p=0,091$), no que diz respeito a esta variável (Figura 5).

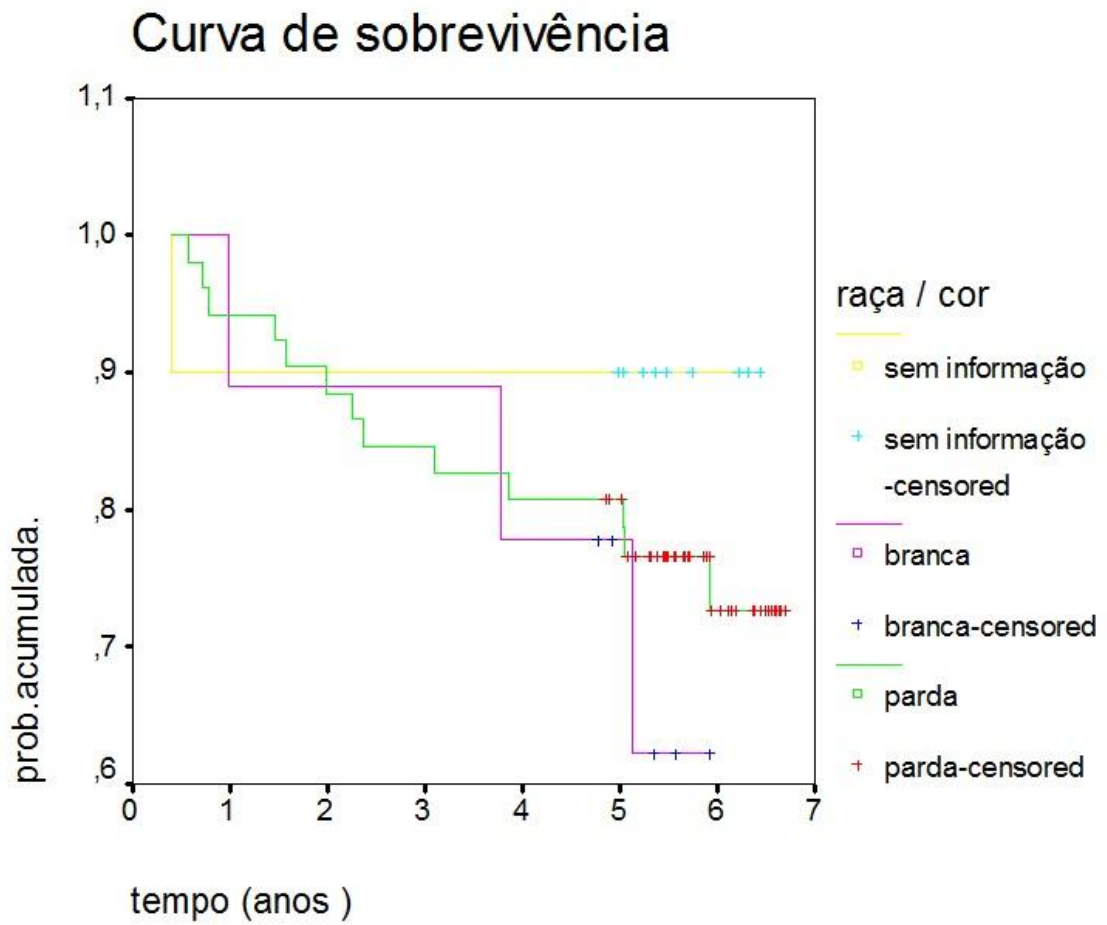


Figura 5- Curva de Sobrevida segundo a cor da pele. Teresina (PI). 2000 a 2006

5. DISCUSSÃO

Os dados encontrados nesta investigação mostraram que o número de óbitos de pacientes com câncer de próstata aumentou 36,36 % entre os anos de 1996 e 2006, enquanto que o aumento da população no mesmo período foi de 26 %. Dado do INCA previa para 2006 a ocorrência de dois casos novos de câncer para cada 1000 habitantes, sendo que, com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer mais incidente no sexo masculino em 2006 é o de próstata (47 mil). A distribuição dos casos novos é bastante heterogênea entre os estados e capitais do país (INCA, 2006).

Laurenti et al (2005) discutem que o aumento considerável de idosos na população é observado em todos os países e que o número de habitantes com idade de 80 anos está crescendo em muitos países segundo dados da OMS; discutem também novos problemas ligados ao envelhecimento, como as doenças crônicas tal qual o câncer, vão sofrer incremento e ressaltam quanto o setor saúde necessita se preparar para estas modificações que estão ocorrendo.

Internacionalmente tem sido utilizado, com o objetivo de avaliar sob o ponto de vista sanitário, a higidez dos agregados humanos, bem como fornecer subsídios ao planejamento de saúde, os indicadores de saúde, que dentre estes, encontra-se a taxa de mortalidade caracterizada pela ausência de saúde, de modo que a avaliação é feita, olhando-se pelo lado negativo da saúde (VERMELHO et al, 2005).

Segundo Vermelho et al (2005), a taxa de mortalidade por uma causa, aqui representada pelo câncer de próstata, é a razão entre os óbitos por câncer de próstata e a quantidade de pessoas-tempo de exposição acumulada pela população sob risco, cuja expressão estima o risco de morte por causa específica ao qual esteve exposta uma determinada população, durante um certo período.

A taxa de mortalidade por câncer de próstata em Teresina por 100.000 habitantes mostra um aumento do risco de morte por câncer de próstata entre 1996 e 2006. Portanto, praticamente dobrando o risco de morte entre a população sob risco estudada. Observa-se estabilidade na faixa etária de 50 a 59 anos e 60 a 69

anos, uma grande variabilidade na faixa etária entre 70 a 79 anos e um aumento substancial na faixa etária de 80 anos e mais.

Em 2002, o câncer de próstata foi a quinta causa mais freqüente de câncer no mundo e a segunda mais freqüente no homem, representando 11.7% dos casos novos de câncer (19% nos países desenvolvidos e 5,3% nos países em desenvolvimento) (PARKIN et al, 2005).

A validade das medidas de mortalidade segundo causa depende da qualidade das informações registradas nas declarações de óbito e da cobertura do registro de óbitos (VERMELHO et al, 2005).

No Brasil, os dados de mortalidade são rotineiramente elaborados desde 1975 pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, que tem cobertura estimada em torno de 82%, com variações nas regiões do país, embora venha ocorrendo melhora gradativa dos dados (LAURENTI et al, 2004).

Em Teresina, as estatísticas de mortalidade são válidas e confiáveis, com valor preditivo positivo de 90,9%, mostrado em estudo realizado sobre câncer de boca (NOGUEIRA et al, 2009).

No Brasil, a distribuição epidemiológica do câncer vem demonstrando um aumento dos tipos de câncer associados ao alto status socioeconômico, como o câncer de próstata, o que sugere uma transição em andamento. Em virtude das desigualdades sociais existentes na América Latina, o Brasil destaca-se como uma área interessante para monitoramento e tendências do câncer, assim como para estudo das variações geográficas nos padrões desta doença (GUERRA, MR et al, 2005).

A mortalidade, em relação, ao câncer de próstata, vem aumentando em diversas regiões das Américas, mas, aparentemente, não existe tanto interesse das autoridades sanitárias em estabelecer atividades educativas voltadas para esta causa e, quando existem, os homens não são sensíveis a elas (LAURENTI, 2005).

A análise de sobrevivência refere-se ao estudo de dados relacionados ao tempo até a ocorrência de um determinado evento de interesse, a partir de um tempo inicial até um tempo final de estudo predefinido. Este estudo se faz peculiar devido a várias características específicas, inerentes ao tipo de dado que é normalmente encontrado para análise (LOUZADA- NETO; PEREIRA, 2005).

Na análise de sobrevida, a variável dependente (o outcome) é sempre o tempo, até ocorrência de determinado evento (BOTELHO et al, 2009).

Observa-se, pois, que o tempo de entrada dos participantes no estudo varia no período estudado, e o tempo de observação de cada participante só começa a contar a partir do momento em que entram para o estudo (BOTELHO et al, 2009).

O evento considerado neste estudo foi a morte, ocorrida entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006 dos pacientes envolvidos no estudo. Do total da amostra, cerca de 1/4 apresentou o evento (morte) até o final do estudo, ou seja, até cinco anos após o diagnóstico da patologia.

Neste estudo, a sobrevida em cinco anos dos pacientes com câncer de próstata, residentes em Teresina (PI) foi 78,49 %, superior a encontrada por Rebelo et al no período de 1990 a 1994, no município do Rio de Janeiro, que foi de 51 % (INCA, 2008).

A sobrevida livre de recorrência bioquímica em cinco anos encontrada em estudo realizado em São Paulo, no período de 1991 a 2000 foi de 86,6% e 62,7% para PSA <4 e 4.1-10ng/ml, respectivamente (DALL'OGGIO et al, 2005).

Vale salientar que nos EUA a sobrevida em cinco anos do câncer de próstata variou de 64,0% em 1973 para 92,9 % em 1990 (STANFORD et al, 1999).

Quanto à faixa etária no momento do diagnóstico, verifica-se que o maior número de pacientes se encontrava nas faixas de 70 -79 anos e acima dos 80 anos.

O câncer de próstata, mais que qualquer outro, é considerado um câncer da terceira idade, sendo que, cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhora na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2009).

A curva de sobrevida, neste estudo, mostrou diminuição com a progressão do estadiamento da doença, observando-se a menor sobrevida dos pacientes em estágio IV.

O estadiamento da doença ao diagnóstico é geralmente o principal fator determinante da sobrevida dos pacientes. Os tratamentos disponíveis são mais

eficazes se iniciados antes que as metástases tenham ocorrido (BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M T et al, 2002).

Os registros aqui encontrados de maior número de pacientes diagnosticados com estadiamento II e IV (Tabela 7) demonstram que os pacientes, em sua maioria procuraram atendimento especializado quando os sintomas já estavam presentes. Isso indica a falta de orientação masculina com relação ao câncer de próstata e aos seus fatores de risco como incidência, prevalência e idade (GONÇALVES, IR et al, 2008).

Migowski e Silva (2008) encontraram sobrevida específica por câncer de próstata de 88% em cinco anos, em uma coorte hospitalar de 258 pacientes com adenocarcinoma de próstata localizado, atendidos no INCA, Rio de Janeiro de 1990 a 1999, sendo que, foram marcadores independentes de pior prognóstico a classificação de Gleason maior que 6, PSA maior que 40ng/ml, estágio B2 da Classificação de Jewett-Whittmore e a cor branca.

A sobrevida encontrada neste estudo tendo como variável a cor da pele, branca e não branca, foi de 79% e 80%, respectivamente. Nos EUA, a sobrevida segundo a raça variou de 68,9% em 1975 para 99,9% em 2002 na raça branca e 57,9% em 1975 para 98,2% em 2002 na raça negra; notando-se uma sobrevida menor na raça negra naquele país (STANFORD, JL et al, 2002).

Segundo o CONCORD, estudo comparativo pioneiro sobre sobrevida em pacientes com câncer nos cinco continentes, que analisou dados de 101 Registros de Câncer de Base Populacional de 31 países, incluindo pessoas de 15 a 99 anos que tiveram diagnóstico de câncer, dentre eles, o de próstata, entre 1990 e 1994 e que foram acompanhados até 31 de dezembro de 1999, observa-se grandes variações na sobrevida do câncer de próstata entre regiões nos cinco continentes, variando de 80% ou mais nos EUA, Canadá e Áustria para 40% na Dinamarca, Polônia e Argélia. No Brasil, a sobrevida em cinco anos do câncer de próstata foi 34,4% em Campinas e 55,7% em Goiânia, sendo que 13,4% e 21,8% dos homens em Campinas e Goiânia, respectivamente, morreram com um mês de diagnóstico, sendo esta a maior proporção encontrada nos bancos de dados estudados (COLEMAN, MP et al, 2008).

As estimativas de sobrevida fornecidas pelos estudos avaliados devem levar em conta o tipo de população estudada, as diferenças metodológicas e o

período de recrutamento dos casos para explicar parte das diferenças observadas nas sobrevidas regionais avaliadas (GUERRA, MR et al, 2009).

6. CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade por câncer de próstata por faixa etária por 100.000 habitantes em Teresina (PI), Brasil variou de 47,5 por 100.000 habitantes em 1996 para 85,5 por 100.000 habitantes em 2006, apresentando evolução heterogênea nos anos entre 1996 e 2006, com crescimento significativo na faixa etária de 80 anos e mais.

A sobrevida global do câncer de próstata na amostra estudada foi de 78,49%, mostrando-se menor na faixa etária de 80 anos e mais e nos estadiamentos mais avançados.

Verifica-se também que a menor sobrevida dos pacientes diagnosticados em estádios mais avançados da doença, demanda medidas dos setores competentes para o diagnóstico mais precoce deste tipo de câncer, visando a melhora da qualidade de vida destes pacientes e conseqüentemente maior sobrevida.

Utilizando-se banco de dados locais e nacionais, que mostram o perfil dos pacientes de determinada região demonstra-se a possibilidade de realizarem-se pesquisas que tragam maiores subsídios sobre o câncer no Brasil, demonstrando suas peculiaridades regionais, o que pode ser útil na elaboração de políticas públicas visando modificar o perfil identificado.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos: **NBR 14724**: São Paulo, 2005.

BITTENCOURT, R et AL. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública de Porto Alegre-RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.50, n.3 , 2004.

BOTELHO, Francisco et al. Epidemiologia explicada-análise de sobrevivência . **Acta Urológica**, Lisboa, v.26, n.4, p.33-38, 2009.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.12, n. 2, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações em saúde**. Disponível em:<<http://www.datasus.com.br>> Acesso em: 20 set 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registro Hospitalar de Câncer: Rotinas e Procedimentos**. Rio de Janeiro,1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional do Controle de Câncer. **O problema do câncer no Brasil**. PROONCO. Rio de Janeiro. 4ª Ed. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2008: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. **Câncer de próstata: consenso** - Rio de Janeiro: Inca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade (SIM). Disponível em:<[www.datasus.gov.br /catalogo/sim.htm](http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm) > Acesso em: 23 ago2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatórias do SUS (Sia /SUS). **Manual de Bases Técnicas em Oncologia**. Brasília/DF, 2006.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa; FAERSTEIN, Eduardo; LATORRE, Maria do Rosário. Survival analysis techniques. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3,2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Ago 2008.

CAMPELO, V.; GONÇALVES, M. A. G.; DONADI, E. A. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no Município de Teresina-PI: 1971-2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n 1, p. 31-40, mar. 2005.

CAMPELO, V.; **Mortalidade por causas externas no município de Teresina (PI) 1971-1990**. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Ciências Médicas , UNICAMP, Campinas: 1996.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H. H. M.; RIBEIRO, R. C. L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, 2005.

CESAR, C. L. G.; LAURENTI, R.; BUCHALA, C. M.; FIGUEIREDO, G. M.; CARVALHO, W. O.; CARATIN, C. V. S. Uso da classificação internacional de doenças em inquéritos de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 4, n. 2, ago. 2001.

CLARCK, T G et al. Survival analysis Part I: Basic concepts and first analyses. **British Journal of Cancer**, v.29,n.2,jul.2003. Disponível em:<<http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2394262/>>. Acesso em: 02 fev 2009.

COLEMAN, Michel P et al. Cancer Survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). **Lancet Oncology**, London, v. 9, p. 730-756, August, 2008.

DALL'OGLIO, Marcos F. et al . Survival of patients with prostate cancer and normal PSA levels treated by radical prostatectomy. **Int. braz j urol.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, June 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382005000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informação sobre Mortalidade**. 1 ed. Brasília, 2001.

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

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al . Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov 2009. Disponível:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jan. 2010.

GUERRA, MR.; MOURA GALLO, CV. de M.; MENDONÇA, GAS. Risco de Câncer no Brasil: Tendências e Estudos Epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo. V.51, n.3, p. 227-234, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Séries estatísticas e séries históricas**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pdf.>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Diagnóstico e Tratamento. onde tratar no INCA**. Disponível em: < http://.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?ID=2006>. Acesso em 02 Ago 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. 120p. Disponível em: <<http://inca.gov.br/situacao/arquivos>>. Acesso em: 20 ago 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**, v.3. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://inca.goc.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo-view.asp&ID=10>>. Acesso em: 10 nov 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **O que é câncer?**. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/conteúdo-view.asp?ID=322>>. Acesso em: 12 nov 2008.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa D.. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência&saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Ago 2008.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.10, n.1, mar, 2005.

LOUZADA-NETO, Francisco; PEREIRA, Basílio de Bragança. Análise de Sobrevida. In: MEDRONHO et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MIGOWSKI, Arn; SILVA, Gulnar Azevedo. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p.344-352, 2010.

NATIONAL CANCER INSTITUTE, **Defining Câncer**, 2008. Disponível em:< <http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer>>. Acesso em: 11 out 2008.

NOGUEIRA, L. T.; NAPOLEÃO, C. F.; GOMES, K. R. O; CAMPELO, V. Confiabilidade e validade das declarações de óbito por câncer de boca no município de Teresina, Piauí, Brasil, no período de 2004 e 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, fev, 2009.

NUNES, J; KOIFMAN, R.J; MATTOS, I.E; MONTEIRO, G. T. R. Confiabilidade e validade das declarações de óbitos por câncer de útero no município de Belém,Pará,Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, set./out, 2004.

PARKIN, D MAX et al. Global Câncer Statistic 2002. **CA.Cancer.J. Clin**, v.55; p.74-108, 2005. Disponível em:<<http://caonline.amcancer.org/cgi/content/full/55/2/74>>. Acesso em: 02 dez 2009.

PARKIN, D.M; HAKULINEN, T. Análise de Sobrevida. In:_____. **Registro de Câncer Princípios e Métodos**: Pró-onco; Rio de Janeiro, 1995

PEREIRA, Maurício. Indicadores de Saúde. In:_____. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p. 49-73, 1995

PEREIRA, W. M. M. **Mortalidade e sobrevida por câncer de mama no estado do Pará**. 2001, 90p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2001. Disponível em:< <http://portalteses.cict.fiocruz.br/> > Acesso em: 07 ago 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J.S; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 187-197, 1999.

STANFORD JL, et al. **West D. Prostate Cancer Trends 1973-1995** , SEER Program, National Cancer Institute. Pub NIH . No 99-9543.109. Bethesda, MD,1999. Disponível em:<<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/prostata>. Acesso em : 04 nov 2009.

VERMELHO, Letícia Legay et al. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO et al. **Epidemiologia**. São Paulo : Atheneu, 2005. p.33-55.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?** Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>>. Acesso em 03 set 2008.

WUNSCH FILHO, VICTOR; MONCAU, JOSÉ EDUARDO. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.48, n.3, 2002.

ANEXO A





Associação Piauiense de Combate ao Câncer
Hospital São Marcos

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro / Fone 2106-8000 / CEP 64001-280 - Teresina - Piauí
Inscrição Estadual - Isento / C.N.P.J. 06.870.026/0001-77

Registro Hospitalar de Câncer

1. Caso analítico? sim não
2. Nº Prontuário _____
3. Nome _____
4. Sexo Masc Fem Ignorado
5. Não preencher - automático
6. D.N. _____
7. Estado Nascimento _____
8. Raça/Cor _____
9. Grau Instrução _____
10. Ocupação _____
11. Procedência (cidade) _____
12. Clínica de Entrada _____
13. Clínica de 1º atendimento _____
14. CPF ou Cartão SUS _____
15. Data 1ª Consulta ____/____/____
16. Data do Diagnóstico ____/____/____
17. Diagnóstico e Tratamento Anteriores
 1. Sem diagnóstico / sem tratamento
 2. Com diagnóstico / sem tratamento
 3. Com diagnóstico / com tratamento
 4. Outros
 9. Sem informação
18. Base mais importante do Diagnóstico
 1. Exames clínicos e/ou patologia clínico
 2. Exames por imagem
 3. Endoscopia
 4. Cirurgia ou necropsia
 5. Citologia ou hematologia
 6. Histologia da metástase
 7. Histologia do tu primário
 9. Sem informação
19. Localização do TU primário _____
20. Tipo histológico _____
21. Mais de um TU primário não sim Duvidoso
22. Estadiamento a _____ b _____
23. TNM _____ 24. pTNM _____
25. Localização de metástase à distância
a _____ b _____ c _____
26. Dt. do início do 1º trat. no Hosp. São Marcos ____/____/____
27. Principal razão para não realização do 1º trat.:
 1. Recusa no tratamento
 2. Doenças avançadas
 3. Outras doenças associadas
 4. Abandono no tratamento
 5. Complicações do tratamento
 6. Óbito
 7. Outras
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
28. Primeiro tratamento recebido no hospital
 1. Nenhum
 2. Cirurgia
 3. Radioterapia
 4. Quimioterapia
 5. Hormonioterapia
 6. Transplante de medula óssea
 7. Imunoterapia
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
29. Estado da Doença ao final do 1º tratamento no hospital
 1. Sem evidência da doença (remissão completa)
 2. Remissão parcial
 3. Doença estável
 4. Doença em progressão
 5. Fora de possibilidade terapêutica
 6. Óbito
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
30. Data do óbito ____/____/____
31. Causa imediata da morte _____
32. Causa básica da morte _____
33. Seguimento sim não
34. Código do registrador _____
35. Data do preenchimento ____/____/____
36. Estado conjugal _____
37. Data da triagem ____/____/____
38. História familiar de CA sim não sem informação
39. Alcoolismo sim não não se aplica
40. Tabagismo
 1. Não
 2. Sim
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
41. Origem do encaminhamento
 1. Sus
 2. Não sus
 3. Veio por conta própria
 9. Sem informação
42. Exames relevantes para o diagnóstico e planejamento da terapêutica do tumor
 1. Exame clínico e patologia clínica
 2. Exame por imagem
 3. Endoscopia e cirurgia exploradora
 4. Anatomia patológica
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
43. Localização primária provável (quando for C80)
 1. Direito
 2. Esquerdo
 3. Bilateral
 8. Não se aplica
 9. Sem informação
44. Lateralidade
 1. Direito
 2. Esquerdo
 3. Bilateral
 8. Não se aplica
 9. Sem informação

ANEXO B

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Sobrevida e mortalidade do câncer da próstata no município de Teresina de 1996 a 2006.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0012.0.045.000-09

Pesquisador Responsável: Viriato Campelo

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2010 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

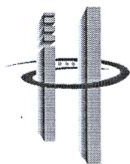
DATA DA APROVAÇÃO: 6/3/2009

Teresina, 6 de março de 2009.


Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR

ANEXO C

ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER



Rua Olavo Bilac, 2300 • Telefone 2106-8000 • CEP 64001-280 • Teresina - Piauí
Inscrição Estadual - Isento • C. G. C. (M. F.) Nº 06.870.026/0001-77

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DADOS DE PESQUISA

Fundada a 12 de novembro de 1953

Considerada de Utilidade Pública pela Lei Estadual nº 1.019 de 09 de junho de 1954

Considerada de Utilidade Pública Municipal pela Lei nº 1.414 de 21 de maio de 1973

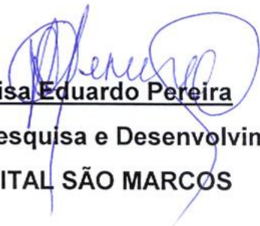
Considerada de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 89.057 de 24 de novembro de 1983

Certificado Definitivo de Entidade de Fins Filantrópicos expedido em 19 de março de 1984, pelo Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério de Educação e Cultura

Cadastrada na Divisão Nacional de Doenças Crônicas - Degenerativas Processo DNC nº 9.918/72

Por meio do presente, fica a estudante do Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da UFPI, FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ, autorizada a realizar uma pesquisa no Banco de Dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) desta Instituição, a fim de fazer um levantamento epidemiológico para o plano amostral de uma pesquisa intitulada "Sobrevida e Mortalidade do Câncer da Próstata no Município de Teresina de 1996 a 2006" sob responsabilidade do Orientador Prof. Dr. Viriato Campelo, sendo vedada à reprodução de qualquer natureza (reprográfica, fotográfica, digital etc.) dos documentos nele contidos e da divulgação de dados pessoais de identificação do paciente, sob as penas da lei.

Teresina(PI), 26 de Janeiro de 2009.


Roselisa Eduardo Pereira

Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento
HOSPITAL SÃO MARCOS

AO TÉRMINO DA PESQUISA, FAVOR ENCAMINHAR UMA CÓPIA
PARA O ARQUIVO NO CENTRO DE PESQUISA

ANEXO D

MEMO/CAA/SN/2009

Teresina, 03 de setembro de 2009.

Da: COORDENAÇÃO DE AÇÕES ASSISTENCIAIS
Para: GERÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA


Apresentamos Fabienne Camilo da Silveira Pirajá, que realizará a pesquisa "Sobrevida e Mortalidade do Câncer de Próstata no município de Teresina de 1996 a 2006", no arquivo de Declaração de Óbito da FMS.

Logo após a conclusão do trabalho, deverá ser encaminhado um relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,

Amariles de Souza Borba
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

ANEXO E



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Cartório	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
	II	Identificação	4 Município	5 UF	6 Cemitério
	7 Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Nat. <input type="checkbox"/> 2 - Nat. Mort.	8 Causa Dia	9 Hora	10 Naturalidade	11 Nome do falecido
III	Residência	13 Nome da mãe	14 Data de nascimento	15 Idade Anos completos Meses do Ano Dia Hora Minutos Ignorado	16 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Feme. <input type="checkbox"/> Ignorado
	IV	Ocorrência	17 Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 - União consensual <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	18 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	19 Raciocor <input type="checkbox"/> 1 - Branco <input type="checkbox"/> 2 - Preto <input type="checkbox"/> 3 - Amarelo <input type="checkbox"/> 4 - Pardo <input type="checkbox"/> 9 - Indígena
	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, indicar a ocupação habitual anterior)	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento
V	Local de ocorrência	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código
	Local de ocorrência do óbito	25 UF	26 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Centro especializado <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	27 Estabelecimento	Código
	28 Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	29 CEP	30 Bairro/Distrito
VI	Residência	31 Município de ocorrência	Código	32 UF	33 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe
	Local de ocorrência	34 Número de filhos vivos	35 Número de filhos mortos	36 Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano (informações sobre a mãe)	37 Idade
	38 Escarificação	39 Tipo de gravidez	40 Tipo de parto	41 Morte em relação ao parto	42 Parto ao nascer
VII	Local de ocorrência	43 Duração da gestação (Em semanas)	44 Tipo de parto	45 Morte em relação ao parto	46 Parto ao nascer
	Local de ocorrência	47 Tipo de parto	48 Morte em relação ao parto	49 Parto ao nascer	50 Num. da Decl. de Nascidos Vivos
	51 Obitos em mulheres	52 Assistência médica	53 Diagnóstico confirmado por	54 Cirurgia?	55 Necropsia?
VIII	Local de ocorrência	56 Causas da morte	57 Parte I	58 Parte II	59 Nome do médico
	Local de ocorrência	60 Nome do médico	61 CRM	62 O médico que assina atendeu ao falecido?	63 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)
	64 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)	65 Tipo	66 Acidente do trabalho	67 Fonte de informação	68 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
IX	Local de ocorrência	69 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO	70 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	71 Declarante
	Local de ocorrência	72 Localidade	73 S/ Médico	74 Testemunhas	75 Assinatura
	76 Data do atestado	77 Assinatura	78 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)	79 Tipo	80 Acidente do trabalho

Versão 09/98-01