



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

BRUNA MANOELA DE SOUZA BARBOZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA DA
ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO REGISTRADOS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

BRUNA MANOELA DE SOUZA BARBOZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA DA
ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO REGISTRADOS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Dr. Maria da Conceição Cavalcanti de Lira

Coorientador(a): Me. Patrícia Pereira da Silva Picelli Sanches.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2023

BRUNA MANOELA DE SOUZA BARBOZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA DA
ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO REGISTRADOS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 11/09/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Maria da Conceição Cavalcanti de Lira
(Orientador) Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Viviane de Araújo Gouveia (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros
(Examinador Interno) Universidade Federal de
Pernambuco

Prof^o. Dr. Bárbara Helena de Brito Ângelo (Examinador
Externo) Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho ao Nosso Pai Criador, meu grande amor, que ilumina meu caminho e me abençoa todos os dias, que me deu vida, que me faz ter mais humanidade a cada dia que passa, que me deu a graça de ser filha da sua própria Mãe, que morreu por mim na cruz, que coloca pessoas que me levam para mais perto dEle, que traz ensinamentos e afeto no meu caminho. À JESUS, razão pela qual vivo. Sem Ele nada seria possível. Devo a Ele tudo o que sou. Espero que este trabalho seja um instrumento de sua paz.

Gostaria de expressar minha sincera gratidão à toda minha família, mas com agradecimento especial à minha mãe, Vandeilda, uma mulher com muita fé e luta na sua história de vida, que me ensinou a nunca desistir dos meus sonhos, que me mostra diariamente o amor por Jesus, e que tenho o prazer de chamar de melhor amiga. Ao meu pai, Roberto, que me ensinou o poder do estudo e sempre me incentivou a ser alguém na vida, e que tenho muito orgulho de chamar de pai. À minha irmã, Paula, que sempre me apoiou e esteve comigo nos momentos bons e ruins, sendo alicerce para mim. E a Emanuel, um irmão/primo que ganhei, que me lembra todos os dias como é ser criança, com a inocência e pureza em seu olhar. A vocês, meu respeito, admiração e todo o meu amor. Vocês são minha base e exemplo. Obrigada por ter me ajudado a ser a mulher que sou hoje.

Quero dedicar este trabalho também à minhas avós Zezé e Maria (in memoriam), que me acompanharam durante a graduação, principalmente nas orações, e sempre me apoiaram, aos meus avôs Neco e Valdo (in memoriam), exemplos de humanos íntegros e éticos, e ao meu tio Aurides (in memoriam), que sempre teve um carinho por mim e torceu pelo meu sucesso. Sei que onde estiverem estão orgulhosos de verem até onde cheguei.

Agradeço a todos os professores que me acompanharam desde o primeiro ano de pré-escola até o ensino médio, e que me ajudaram a chegar até aqui, em especial os professores e freiras do colégio Nossa Senhora da Graça, que me ensinaram principalmente a ser humana. Vocês foram essenciais em minha vida. Também agradeço à minha orientadora Conceição Lira, a minha co-orientadora Patrícia Pereira, e a uma professora e amiga que ganhei na faculdade, Mariana Boulitreau, que tiveram paciência comigo e fizeram com que o desenvolvimento deste trabalho fosse leve, minha eterna gratidão. A UFPE-CAV, a melhor Universidade que eu poderia ter

estudado, que me proporcionou ensino público e de qualidade, com seu ensino, pesquisa e extensão.

Aos meus amigos, de vida, da igreja, da UFPE, do damas, dos estágios e pesquisa, em especial Beatriz Oliveira e Maria Letícia, entre outros que não caberiam aqui. Obrigada por compartilharem ideias, experiências e por estarem comigo nesses anos desafiadores.

Por último, mas não menos importante, agradeço ao grande amor da minha vida, Vinícius Djean, que sempre está ao meu lado, que me encoraja a superar meus próprios limites, que é o meu ponto de paz e me ajudou durante todo o processo de elaboração do TCC. Seu amor, companhia e compromisso com nosso relacionamento foram um grande estímulo para minha dedicação ao trabalho.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram na minha vida e se fizeram presentes para que esse pódio não fosse solitário. Este TCC representa não apenas minha dedicação, mas também o apoio e a orientação que recebi de todos vocês. Mais uma vez, obrigada a cada um que fez parte dessa jornada comigo. Agradeço e ofereço todo afeto e amor.

RESUMO

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens. Um em cada seis homens com mais de 45 anos pode ter uma neoplasia maligna e permanecer assintomático, representando um grave problema de saúde pública. Nessa perspectiva, a doença pode estar relacionada a diversos fatores epidemiológicos que são considerados de risco para o seu desenvolvimento. Tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de próstata predominante nos municípios da Zona da Mata cadastrados no Hospital Universitário entre 2009 e 2019. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo que foi realizado em pacientes com câncer de próstata com idade igual ou superior a 18 anos em um Hospital Universitário, cuja coleta de dados foi feita por meio de banco de dados. Os pacientes apresentaram perfil com faixa etária superior a 66 anos, auto percebidas como pardas, casadas, com baixa escolaridade, trabalhadores agrícolas, sem histórico de consumo de álcool, tabaco e familiares com câncer, com origem na cidade de Vitória Santo Antão e com maior número de casos em 2015. Uma melhor compreensão de todo o perfil dos pacientes diagnosticados com esta patologia, corrobora com a qualificação da assistência preventiva e de diagnóstico precoce à população destas cidades.

Palavras-chave: câncer de próstata; perfil epidemiológico; registros hospitalares.

ABSTRACT

Prostate cancer is the second most common type of cancer among men. One in every six men over 45 years of age may have a malignant neoplasm and remain asymptomatic, representing a serious public health problem. From this perspective, the disease may be related to several epidemiological factors that are considered a risk for its development. It aims to present the epidemiological profile of patients with prostate cancer predominant in the municipalities of Zona da Mata registered at the University Hospital between 2009 and 2019. This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study that was carried out on patients with prostate cancer with aged 18 years or over in a University Hospital, whose data collection was carried out through a database. The patients presented a profile with an age group over 66 years old, self-perceived as mixed-race, married, with low education, agricultural workers, without a history of alcohol or tobacco consumption and family members with cancer, originating in the city of Vitória Santo Antão and with a higher number of cases in 2015. A better understanding of the entire profile of patients diagnosed with this pathology corroborates the qualification of preventive assistance and early diagnosis for the population of these cities.

Keywords: prostate cancer; epidemiological profile; hospital records.

SUMÁRIO

ARTIGO	8
INTRODUÇÃO	8
MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA	26

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA **REVISTA BRASILEIRA DE PESQUISA EM SAÚDE/BRAZILIAN JOURNAL OF HEALTH RESEARCH**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO A.

INTRODUÇÃO

No mundo, as neoplasias ocupam a segunda principal causa de morte da população, com 9,6 milhões de mortes em 2018, tornando-se um grande problema de saúde pública¹. O câncer é uma doença que começa a partir do momento em que uma célula sofre mutações e se prolifera de uma forma descontrolada, em qualquer parte do organismo, retratado por um difícil controle para o organismo².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, os tipos mais comuns de câncer são os de mama, colo do útero, próstata, pulmão, intestino, colorretal, câncer de pele não-melanoma e estômago. Nos homens brasileiros, o câncer de próstata é a neoplasia maligna mais comum, ficando atrás apenas de tumores cutâneos³.

Em grande parte dos casos, o câncer de próstata se desenvolve de uma forma mais lenta e nem sempre há sinais precoces fáceis de serem identificados. Quando as células prostáticas tumorais começam a aumentar de forma desorganizada e sem controle, é quando começa a surgir o câncer de próstata (CaP), sendo considerado um dos tipos de câncer mais prevalente em homens idosos³.

A confirmação do câncer procede de uma biópsia, e logo no início da doença pode ser vencida por meio de tratamentos como cirurgia, acompanhamento clínico e terapia hormonal. Além disso, o regime de observação vigilante pode ser uma opção para o tratamento, em alguns casos, porém, a temática torna-se um assunto pouco abordado por medo ou desconhecimento de muitos homens³.

Os principais fatores de risco mais conhecidos para o desenvolvimento do câncer de próstata consistem em idade avançada, sobrepeso e obesidade, e a hereditariedade³.

No Brasil, são previstos 704 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2023-2025. Nas regiões Norte e Nordeste, o câncer de próstata é o mais incidente, sendo o Nordeste com 73,28 casos a cada 100 mil homens⁴. Em Pernambuco há uma estimativa de 2.930 casos a cada 100 mil habitantes no ano de 2023⁵.

Por trás de alguns casos, segundo estudos, há um grande receio dos homens sobre o diagnóstico precoce do câncer de próstata devido ao estigma criado com o rastreamento, através do toque retal, que pode causar inibição, medo e vergonha no homem que irá realizar os exames, o que pode acarretar em um aumento do número de casos devido a esse receio que remete nos homens⁶.

Conhecer a distribuição, perfil, e evolução desses tumores pode contribuir para o diagnóstico precoce dos casos incidentes, além de permitir ter conhecimento sobre os determinantes sociais e de saúde⁷.

A pesquisa tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de próstata provenientes dos municípios da Zona da Mata pernambucana registrados em um hospital universitário de Recife - Pernambuco entre os anos de 2009 a 2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, do tipo transversal descritivo, que visa apresentar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata que foram atendidos em um Hospital Universitário (HU) geral da região, no período entre 2009 a 2019, cujo dados foram levantados pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Os dados foram disponibilizados pelo RHC após o cumprimento de todos os requisitos éticos necessários e coletados até 2019, que era o ano mais atualizado do banco de dados do HU, por isso houve o levantamento das informações até esse ano. A análise foi realizada de forma censitária através do banco de dados do RHC/HU, portanto, foi dispensável o cálculo de amostra.

A área de estudo foi composta pelos municípios da zona da mata de Pernambuco em que estão distribuídos os casos de câncer de próstata registrados. A Zona da Mata de Pernambuco é dividida em Zona da Mata Norte, composta por Aliança, Buenos Aires, Camutanga, Carpina, Chã de Alegria, Condado, Ferreiros, Glória do Goitá, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Lagoa de Itaenga, Macaparana, Nazaré da Mata, Paudalho, Timbaúba, Tracunhaém e Vicência; e Zona da Mata Sul, composta por Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Chã Grande, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Maraiá, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Vitória de Santo Antão e Xexéu⁸.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão, pacientes com casos confirmados de câncer de próstata, com procedência da Zona da Mata de Pernambuco, e que estavam presentes no banco de dados do RHC-HU no ano entre 2009 a 2019. E foram excluídos pacientes que não apresentaram os nomes dos municípios provenientes.

As variáveis foram analisadas a partir da faixa etária, raça/cor de pele, procedência (cidades da zona da mata), estado conjugal, escolaridade, origem do encaminhamento, estadiamento do tumor (TNM), ocupação, histórico familiar de câncer, histórico de consumo de bebidas alcoólicas, histórico de consumo do tabaco, diagnósticos e tratamentos anteriores, ocorrência de mais de um tumor primário e data da primeira consulta.

A coleta de dados foi realizada no Hospital das Clínicas EBSEH/UFPE. Por se tratar de dados secundários, pode existir o risco de constrangimento e o risco de “vazamento” de dados. Porém, para evitar a ocorrência desses riscos, as autoras da pesquisa se comprometerão com as estratégias de garantir o sigilo e a confidencialidade, além disso, os dados obtidos nessa pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista.

A coleta iniciou com a análise do banco de dados do RHC, a partir disso, foi realizada a análise das variáveis por meio de estatística descritiva com os dados coletados expressos em tabelas, gráficos e mapas elaborados pelo autor. Para isso, foi utilizado o software Excel versão 2019, produzido pela Microsoft

Office, e o software EpiInfo, versão 7.2.5 de 2021, produzido pela Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Essa pesquisa foi realizada respeitando os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁹. A coleta de dados só teve início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo os seres humanos, sob o parecer n° 6.280.044, CAEE n° 73432123.4.0000.8807.

RESULTADOS

O total do banco de dados coletado possui 1440 pacientes que foram diagnosticados com câncer de próstata e estão presentes no banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer de um hospital universitário no ano de 2009 a 2019, destes, 212 cumpriam todos os critérios de inclusão.

Dos 212 pacientes incluídos, a faixa etária de pacientes que apresentaram maiores porcentagens foi de pessoas com 66 anos ou mais com 62,26%. (Tabela 1)

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos casos de câncer de próstata na Zona da Mata de Pernambuco entre o ano de 2009 a 2019. Recife, Pernambuco, Brasil, 2023.

	N	%
Faixa etária		
Menor que 55 anos	15	7,07%
56 a 65 anos	65	30,66%
Maior que 66 anos	132	62,26%
Raça/cor de pele		
Branco	24	11,32%
Preto	10	4,72%
Amarelo	0	0%
Pardo	144	67,92%
Indígena	0	0%
Sem informação	34	16,04%

Escolaridade

Nenhuma	59	27,83%
Fundamental incompleto	61	28,77%
Fundamental completo	26	12,26%
Nível médio	14	6,60%
Nível superior incompleto	3	1,42%
Nível superior completo	2	0,94%
Sem informação	47	22,17%

Estado conjugal

Solteiro	18	8,49%
Casado	132	62,26%
Viúvo	19	8,96%
Separado judicialmente	9	4,25%
União consensual	12	5,66%
Sem informação	22	10,38%

Ocupação

Agricultor	33	15,57%
Artífice, industriário	22	10,38%
Motorista	16	7,55%
Trabalhadores de construção civil	6	2,83%
Comerciantes	4	1,89%
Outras ocupações*	27	12,70%
Sem informação	104	49,06%

*Enfermeiros, administradores, empresários, secretários, cozinheiros, operadores de máquina, mecânicos, eletricitas, soldadores, pintores, carpinteiros, instaladores, trabalhadores braçais, pedreiros, comerciantes, domésticos, vigilantes, policiais militares.

Fonte: A autora (2023). Tabela elaborada pela autora com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Com relação à distribuição de casos por raça/cor de pele, a raça parda apresenta um maior número de casos (67,92%). (Tabela 1)

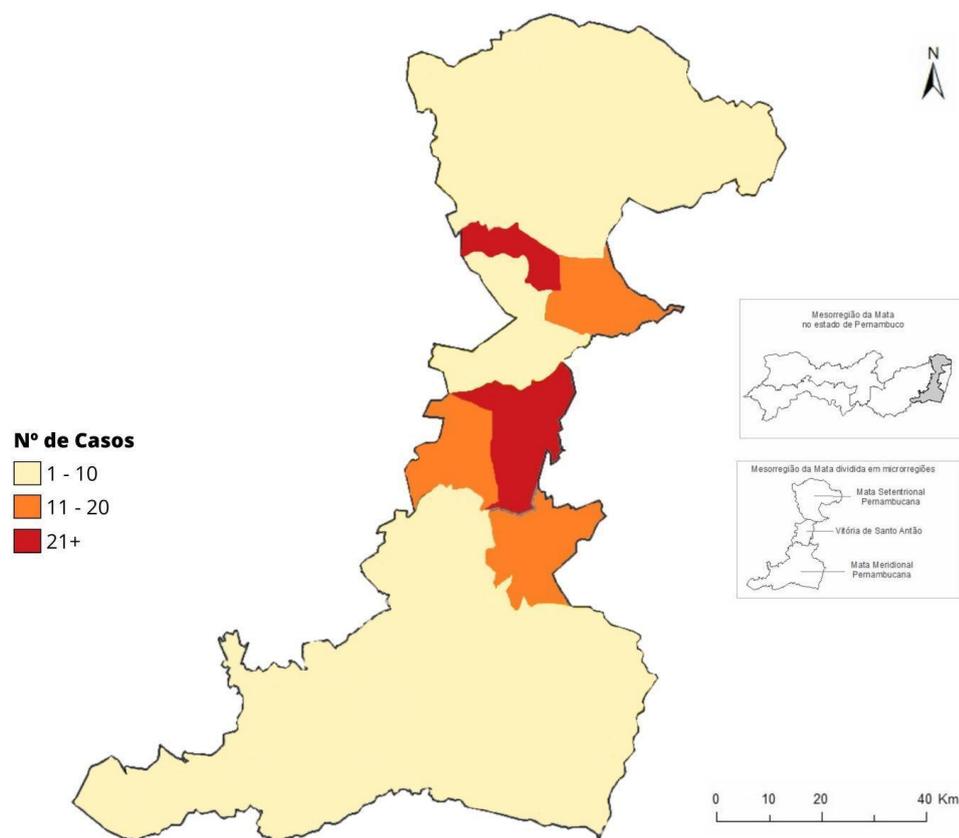
Os dados com a escolaridade são conduzidos também na tabela 1, onde o ensino fundamental incompleto apresenta um maior número de casos (28,77%), seguido por nenhuma escolaridade (27,83%). (Tabela 1)

Em relação aos dados do estado conjugal, há um maior número de casos de pacientes casados (62,26%), seguido de pacientes viúvos (8,96%) e solteiros (8,49%). (Tabela 1)

A ocupação foi distribuída em 26 categorias de profissões, onde os resultados apresentaram maior número de casos de trabalhadores agrícolas com 15,57%, seguida de trabalhadores que não podem ser classificados segundo a ocupação com 10,38%. Pacientes sem informação ficaram com 49,06%. (Tabela 1)

Os dados em relação à procedência, destaca-se o município de Vitória de Santo Antão que apresentou a maior porcentagem de maior número de casos (16,04%), seguido por Carpina com uma incidência de 14,62% entre o ano de 2009 a 2019. (Figura 1)

Figura 1 – Distribuição espacial dos casos de câncer de próstata na Zona da Mata de Pernambuco entre os anos de 2009 a 2019. Recife, Pernambuco, Brasil, 2023.



Fonte: A autora (2023).

*baseado na Base de Dados do Estado.

A tabela 2 expressa as variáveis clínicas, assistenciais, e de risco para o câncer de próstata, com o histórico de consumo de bebida alcoólica de 23,11% dos casos que nunca consumiram, 16,51% que eram ex-consumidores, e 10,85% consumia bebida alcoólica.

Tabela 2 - Perfil clínico de pacientes com câncer de próstata

	N	%
Histórico de consumo de bebida alcoólica		
Nunca	49	23,11%
Ex-consumidor	35	16,51%
Sim	23	10,85%
Sem informação	105	49,53%
Histórico de consumo de tabaco		

Nunca	61	28,77%
Ex-consumidor	58	27,36%
Sim	25	11,79%
Sem informação	68	32,07%
Histórico familiar com câncer		
Sim	26	12,26%
Não	36	16,98%
Sem informação	150	70,75%
Diagnóstico e tratamentos anteriores		
Sem diagnóstico/Sem tratamento	123	58,02%
Com diagnóstico/Sem tratamento	59	27,83%
Com diagnóstico/Com tratamento	29	13,68%
Sem informação	1	0,47%
Ocorrência de mais de um tumor primário		
Não	167	78,77%
Sim	45	21,23%
Origem do encaminhamento		
SUS	132	62,26%
Não SUS	12	5,66%
Veio por conta própria	2	0,94%
Sem informação	66	31,13%
Estadiamento		
0	1	0,47%
I	0	0%
II	1	0,47%
III	18	8,49%
IV	14	6,60%
Sem informação	178	83,96%

Fonte: A autora (2023).

*Tabela elaborada pela autora com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Em relação ao histórico de consumo de tabaco, entre todos os casos analisados, 23,11% nunca consumiram, 16,51% eram ex - consumidores e apenas 10,85% ainda faziam uso do mesmo. Estavam sem informação 36,32%. (Tabela 2)

Com relação ao histórico familiar, 70,75% não tinham a informação de histórico, 16,98% não tinham histórico, e 12,26% apresentavam histórico familiar de câncer. (Tabela 2)

Os resultados da análise, que estão na tabela 2, de diagnósticos e tratamentos anteriores mostrou que a maior parte dos pacientes não tiveram diagnósticos e tratamentos anteriores (58,02%), seguidos de pacientes que tiveram o diagnóstico, mas não fizeram o tratamento (27,83%) e de pacientes que já tinham os diagnósticos e faziam tratamentos (13,68%).

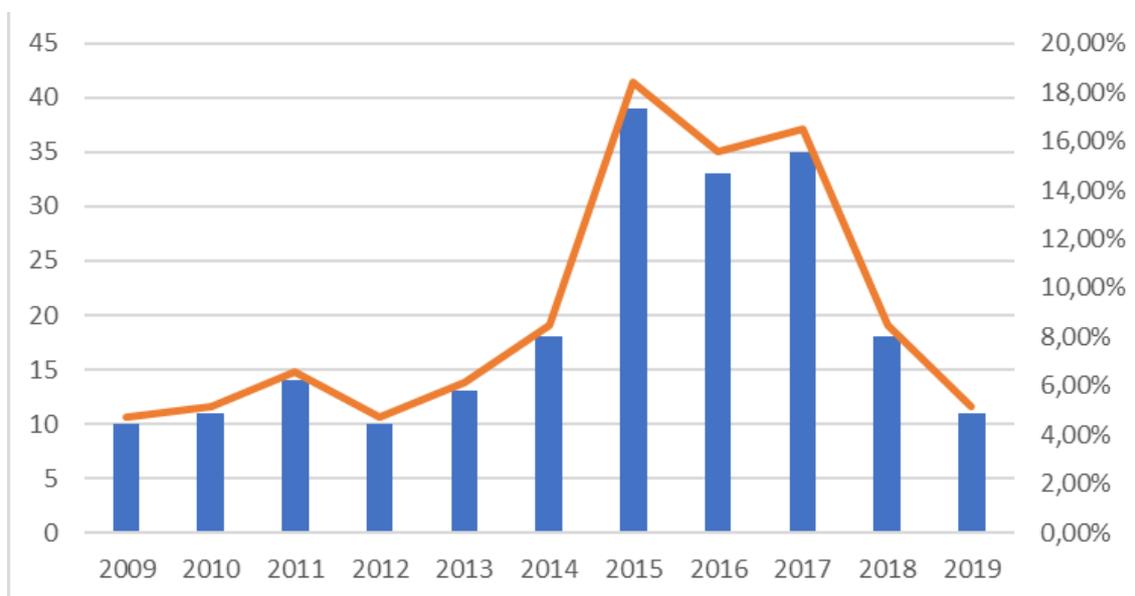
Além disso, também mostra a frequência da ocorrência de pacientes que tinham ou não mais de um tumor primário. Foi observada uma predominância dessa não ocorrência com 167 (78,77%) pacientes. (Tabela 2)

A origem do encaminhamento prevalente em todos os anos analisados foi do Sistema Único de Saúde (SUS) (62,26%), seguida do tipo não SUS (5,66%), que comparadas com pacientes que foram por conta própria, apresentaram uma certa diferença (0,94%). (Tabela 2)

Observou-se que, no total de pacientes, além dos sem informação (n=178), há um maior número de casos de pacientes com estadiamento III (8,49%), seguida do estadiamento IV (6,60%), que comparadas com estadiamento 0 e I, apresentaram diferenças na frequência significativas. (Tabela 2)

Foram registrados 212 casos de câncer de próstata de homens provenientes da zona da mata pernambucana no período entre 2009 e 2019, sendo que em 2015, ano com o maior número de notificações (18,39% do total), registrou-se 39 casos. No ano de 2009 a 2011 houve um crescimento de quantidade de casos registrados por ano, e de 2016 a 2019 uma diminuição de casos, com ressalva apenas de 2017 com 35 casos. (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Distribuição de casos de pacientes de câncer de próstata por ano de um hospital universitário. Recife-PE, de 2009 a 2019.



Fonte: A autora (2023).

DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, a neoplasia maligna de próstata está na quarta colocação da classificação dos cânceres mais prevalentes do mundo, e é o segundo mais comum em homens. Há estudos que mostram que a incidência do câncer de próstata está aumentando, e diversos fatores podem acarretar a esta problemática, dentre eles sobressaem-se: aumento de campanha para rastreamento da doença, o que aumenta, conseqüentemente, o número de homens com diagnóstico de câncer; idade avançada, os hábitos alimentares não saudáveis, e as influências ambientais¹⁰.

Com relação à raça/cor de pele, os estudos de Faria et al.¹¹, que foi realizado no Centro Universitário de Volta Redonda, localizado no estado do Rio de Janeiro, utilizando as bases de dados, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

(DATASUS), expõem um maior número de casos na cor branca em seus resultados, no qual este estudo trabalhado em questão diverge, já que a raça/cor que se destaca às demais é a parda. Esses dados contribuem como uma informação essencial, pois pode representar uma especificidade dos homens do hospital universitário analisados.

De acordo com o censo demográfico mais recente do IBGE¹², a região da zona da mata de Pernambuco contava com 1.262,83 de pessoas, e segundo o banco de dados do Estado¹³, a cada mil homens, Pernambuco possuía um total de 1.395 que se autodeclararam brancos, 380 pretos e 2.673 pardos. Estes dados auxiliam na justificativa sobre haver uma maior quantidade de pacientes autodeclarados pardos, visto que esta cor étnica é mais prevalente no Estado.

Neste estudo a faixa etária de maior incidência foi maior que 66 anos, mas acima de 50 anos observa-se que ocorre um aumento dos casos, estando de acordo com o estudo de Santos¹⁴ realizado em Pernambuco com 3.985 casos que apresentou em seus resultados a faixa etária >50 com o maior número de casos de câncer de próstata. Outro estudo realizado por Rodrigues, de Sá e Zangrande¹⁵ avaliou 25 pacientes que estavam em tratamento na unidade de referência em oncologia em um município de Mato Grosso e apresentou uma maior quantidade de casos em pacientes de 54 a 80 anos com uma mediana de 73 anos.

O nível de escolaridade com maior incidência neste estudo foi o ensino fundamental incompleto que foi demonstrado por 28,77% dos pacientes, corroborando com outros estudos que encontraram a maioria da população com essa escolaridade como Rodrigues, de Sá, Zangrande¹⁵, porém diverge dos dados mostrados por Santos¹⁶ a qual realizou um estudo com 200 pacientes, no Centro de Alta Complexidade em Oncologia Hospital Ophir Loyola (HOL) no Pará, e 82,5% apresentou ter o ensino fundamental completo, ocupando o segundo mais frequente.

O estado conjugal que predominou neste estudo foi a de casado com 62,26%. Estudos com a mesma variável encontraram valores similares, 73,5% e 61%, dos entrevistados apresentaram serem casados, segundo Moraes-Araújo et al.¹⁸, e Rodrigues, de Sá, Zangrande¹⁵, respectivamente.

Ruths¹⁷ em seu estudo mostrou que a população de trabalhadores rurais tem um maior risco de óbito por câncer de próstata devido à exposição aos agrotóxicos. Os resultados aqui apresentados estão em concordância com a literatura onde os trabalhadores agrícolas representam a maioria dos casos com 15,57%.

Já em relação à morbimortalidade por câncer de próstata, em um estudo realizado por Queiroz et al.¹⁸, a autora traz a taxa de morbimortalidade por câncer de próstata nas regiões brasileiras no período de 2016 a 2020. Observa-se que, em relação ao número de internações, a região Nordeste possui 7.077 casos em 2020, ficando atrás apenas da região Sudeste com 14.993, tornando-se a segunda região com maiores casos.

No estudo de Santos¹⁴ Recife é o município com o maior número de internações por câncer de próstata, além de outros estudos que mostram que há maior incidência na região Metropolitana. Porém, o atual estudo foi realizado na região da Zona da Mata de Pernambuco, e mostrou que o município de Vitória de Santo Antão tem um maior número de casos com 16,04%, seguido de Carpina com 14,62%.

O município de Vitória de Santo Antão possui 372 km² de área que se distribuem entre a mata úmida e a mata seca, com vegetações exuberantes¹⁹. Segundo da Silva et al.²⁰, o município tem grande influência econômica na região com atividades, tornando-se uma região natural de abastecimento de produtos agrícolas.

Em relação aos comportamentos vistos no perfil do homem, alguns são apontados como fatores favoráveis para o aparecimento do câncer de próstata: o consumo do tabaco e a ingestão de álcool. Em estudo sobre o câncer de próstata realizado no Hospital do Câncer no município de São Luís, capital do Maranhão, Moraes-Araújo²¹ mostra que ex-fumantes e fumantes somam 79,6% dos homens, e 95,6% somam casos de pacientes ex-etilistas e etilistas.

O atual estudo realizado na Zona da Mata de Pernambuco também mostra a quantidade de casos de pacientes com histórico de consumo de tabaco com 39,15%, sendo maior do que comparado a homens que nunca consumiram, com 28,77%, e os indivíduos com histórico de consumo de bebida alcoólica com

27,36%, também tornando-se maior esse número do que dos pacientes que nunca consumiram, com 23,11%.

Quanto ao histórico familiar, 70,75% dos casos estavam sem informação e 16,98% não apresentava histórico e apenas 12,26% o possuíam, resultado esse que se destoa do estudo de Rodrigues, de Sá, Zangrande¹⁵ em que 30,4% dos entrevistados possuem história de CaP na família. Porém, 70,75% desses casos não possuem informação, fazendo-se necessário ressaltar a importância do preenchimento destes dados para gerar informações confiáveis futuramente para estratégias de promoção e prevenção e diagnóstico precoce do CaP.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, a estratégia de detecção precoce abrange o diagnóstico inicial. Especialistas observam que a expectativa de vida dos homens é, em média, cerca de 5 anos menor do que a das mulheres²², muitas vezes devido à negligência em relação à saúde. Esse padrão se reflete no presente estudo, no qual 58,02% dos pacientes não haviam recebido diagnóstico ou tratamento prévio. Isso pode ser atribuído à falta de cuidado com a própria saúde ou à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No estudo conduzido por Moraes-Araújo²¹, 53,1% dos homens mencionaram procurar cuidados médicos somente quando enfrentam problemas de saúde imediatos. Um achado importante deste estudo é que 78,77% dos pacientes não apresentavam mais de um tumor primário.

Segundo a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, o paciente com câncer receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico²³. Com isso, muitos pacientes sem condições financeiras conseguiram fazer os tratamentos necessários através do SUS. No presente estudo, a origem do encaminhamento revela que 62,26% foram encaminhados pelo SUS, com apenas 5,66% que não vinham do SUS.

Em relação ao estadiamento, ele consiste em avaliar um grau de disseminação do câncer com regras internacionalmente estabelecidas, refletindo na taxa de crescimento, extensão da doença, tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. Esse sistema leva em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em

que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M), recebendo subtipos, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente²⁴. Os pacientes analisados no banco de dados possuem a características dos tumores primários com 83,96% sem informação, sendo seguido por 8,49% T3, e 6,60% T4.

Fica evidente a lacuna de estudos atualizados abordando essa temática específica nas diferentes regiões do Brasil, sendo essencial a realização de novas pesquisas para aprofundar a compreensão e possibilitar comparações epidemiológicas mais abrangentes. Limitações do estudo foram identificadas devido ao preenchimento incompleto de variáveis nos registros médicos, resultando em dados insuficientes para conclusões robustas.

Por fim, é crucial implementar e fortalecer políticas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)²⁵, nos municípios da região da Zona da Mata de Pernambuco, ampliando a capacitação dos profissionais para o atendimento masculino e promovendo estratégias que busquem equidade entre diferentes grupos sociais, além de amplificar iniciativas de conscientização sobre o câncer de próstata, como é o caso do *Novembro Azul*, uma campanha nacional.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, podemos inferir que as características sociodemográficas dos pacientes com câncer de próstata na região da Zona da Mata de Pernambuco, revelam uma predominância na faixa etária acima de 66 anos. Observa-se também que a maioria dos pacientes são pardos, casados, possuem baixa escolaridade e estão envolvidos em atividades agrícolas. Em relação a distribuição espacial, foi identificado que a maior concentração de casos origina-se da cidade de Vitória de Santo Antão, com óbitos frequentemente associados ao câncer.

Dentre o perfil clínico dos casos estudados, uma parcela significativa foi encaminhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com estágio avançado da doença (estadiamento III), não possuindo histórico de consumo de álcool ou

tabaco, nem antecedentes familiares de câncer. Esses pacientes não haviam recebido diagnóstico ou tratamento prévio e apresentaram um único tumor primário, culminando em óbito decorrente da doença. Além disso, o ano de 2015 se destacou como um período de maior incidência, podendo estar ligado a uma combinação de fatores como conscientização, diagnóstico, envelhecimento da população, entre outros.

A análise do perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de próstata não apenas proporciona insights sobre a realidade do Hospital Universitário nessa região, mas também revela concordâncias e discrepâncias em relação à literatura existente. Aspectos como raça/cor e histórico de consumo de álcool e tabaco evidenciam estas divergências. Essas particularidades da área estudada destacam a necessidade de aprimoramento das ações assistenciais e gerenciais, principalmente da enfermagem, reforçando a rede de apoio logístico e diagnóstico, bem como estratégias de promoção adaptadas à singularidade do contexto.

REFERÊNCIAS

1. OPAS/OMS. Câncer; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em 29 de agosto de 2023.
2. Instituto Nacional de Câncer - INCA. O que é câncer?; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em 29 de agosto de 2023
3. Ministério da Saúde. Câncer de próstata; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-prostata>. Acesso em 29 de agosto de 2023.
4. Instituto Nacional de Câncer - INCA. INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>. Acesso em 29 de agosto de 2023.
5. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Pernambuco - estimativa dos casos novos; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt->

br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/pernambuco. Acesso em 29 de agosto de 2023.

6. Belinelo RGS, Almeida SM de, Oliveira PP de, Onofre PS de C, Viegas SM da F, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 Oct;18(4):697–704. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.
8. BDE Base de Dados do Estado. Relação dos municípios, por Região de Desenvolvimento; 2000. Disponível em: http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=798&Cod=1. Acesso em 29 de agosto de 2023.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012; 2012.
10. Paiva, E. P. de; Motta, M. C. S.; Griep, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100014>.
11. Faria, L. et al. Perfil epidemiológico do câncer de próstata no Brasil: retrato de uma década. Revista UNINGÁ, v. 57, p. 76-84, 2020.
12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População; 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em 29 de agosto de 2023.
13. BDE Base de Dados do Estado. População residente, por cor ou raça, situação e sexo - Pernambuco; 2015. Disponível em: http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=1031&Cod=3. Acesso em 29 de agosto de 2023.
14. dos Santos, S. F. Internações por câncer de próstata na 1ª Regional de Saúde do Estado de Pernambuco; 2017.
15. Rodrigues, R. S.; Sá, R. G.; Zangrande, C. Perfil epidemiológico dos portadores de câncer de próstata em tratamento na unidade de referência em

oncologia do município de Sinop/MT. *Enfermagem Brasil*, 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/497/1004>. Acesso em 29 de agosto de 2023.

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

17. Ruths, J. C. Mortalidade de trabalhadores agrícolas por câncer de próstata e a exposição a agrotóxicos no estado do Paraná. 2022.

18. Queiroz, L. de F. R. et al. Morbimortality from prostate cancer in Brazilian regions in the period from 2016 to 2020. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, p. e26511326293, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26293>. Acesso em 25 de agosto de 2023.

19. Prefeitura da Cidade da Vitória de Santo Antão. A Cidade – Prefeitura da Vitória de Santo Antão; 2022. Disponível em: <https://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br/portal/index.php/a-cidade/>. Acesso em 29 de agosto de 2023.

20. Silva, J. F. et al. Economia, agricultura e clima através de modelo digital do terreno na microrregião de Vitória de Santo Antão. *GEAMA*, v. 1, n. 1, p. 43-58, 2015.

21. Moraes-Araújo, M. S. et al. Caracterização sociodemográfica e clínica de homens com câncer de próstata. *Revista de Salud Pública*, v. 21, n. 3, p. 362-367. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.70678>. Acesso em 29 de agosto de 2023.

22. EBSEH/MEC. Diagnóstico precoce do câncer de próstata possibilita 90% de chance de cura, afirma especialista da Rede Ebserh/MEC; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata-possibilita-90-de-chance-de-cura-afirma-especialista-da-rede-ebserh-mec>. Acesso em 29 de agosto de 2023.

23. Presidência da República. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012; 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em 29 de agosto de 2023.
24. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estadiamento; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer/estadiamento>. Acesso em 29 de agosto de 2023.
25. Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM; 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em 29 de agosto de 2023.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

DIRETRIZES PARA AUTORES

1. CONTEÚDO DAS SEÇÕES

Os manuscritos enviados à RBPS devem ser redigidos no idioma português ou inglês e devem se enquadrar em uma das seções da revista, descritas a seguir:

1 - **Editorial:** comentário crítico e aprofundado, preparado pelos editores da Revista e/ou por pessoa convidada com notória vivência sobre o assunto abordado. Deve conter a estrutura de um texto dissertativo, com Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Referências.

2 - **Artigos originais** (perfazem mais de 80% da edição): apresentam resultados inéditos de pesquisa científica, clínica ou experimental, entre outros. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

3 - **Relatos de casos:** apresentação da experiência profissional, baseada em estudos de casos peculiares e/ou em novas técnicas, com comentários sucintos de interesse para a atuação de outros profissionais da área. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Relato(s) do(s) Caso(s), Discussão e Referências. Para relatos de técnicas: Introdução, Apresentação da Técnica, Conclusão e Referências.

4 - **Artigos de revisão:** avaliação crítica sistematizada sobre determinado assunto, devendo ter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados – metodologia de busca, critérios de inclusão e exclusão, resultados e discussão – esclarecendo a delimitação do tema. Devem conter em sua estrutura: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

5 - **Relatos de Experiência:** Redação técnico-científica com objetivo de descrever experiência vivenciada e contribuir com a construção do conhecimento na área de forma sistematizada e estruturada com finalidade de trazer reflexões sobre determinada realidade e/ou experiência. Deve conter: Introdução (contextualização, relato da experiência, marco teórico), resultados, discussão e conclusões.

2. MANUSCRITOS EM LINGUA ESTRANGEIRA

A Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aceita submissão de manuscritos na íntegra em língua estrangeira desde que os autores apresentem junto ao trabalho submetido o certificado de revisão de inglês ou espanhol.

Os pesquisadores deverão assumir os custos da revisão em língua estrangeira. Caso um dos coautores seja estrangeiro nativo da língua inglesa e/ou espanhola,

este deverá revisar o inglês e o espanhol do trabalho. O autor principal (correspondente) deverá enviar atesto para revista confirmando que essa revisão foi feita por um dos autores nativos da língua inglesa ou espanhola.

Para manuscritos em língua portuguesa, é obrigatório seção de *abstract*, porém não é necessário submeter atesto de revisão da língua (essa etapa é realizada no fluxo de editoração da RBPS sem custos aos autores).

3. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser digitados em *Word for Windows* e enviados exclusivamente pelo Sistema *On-line* de Submissão de Manuscritos (<http://periodicos.ufes.br/rbps>), acompanhados dos documentos digitalizados: a) Declaração de Conflito de Interesse; b) Parecer consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; c) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

As páginas do manuscrito devem estar numeradas e configuradas para papel A4, com margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm, fonte Arial tamanho 12 e espaço 1,5, com alinhamento do texto justificado e parágrafos com tabulação com recuo de primeira linha em 1,25. O número de páginas está limitado a 25 e deve obedecer à configuração acima, incluindo Página de Rosto, Resumo, *Abstract*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de ilustrações (figuras, tabelas, quadros, gráficos, fotos etc.).

A) Página de rosto

Deverá ser enviada uma página de rosto contendo somente os seguintes itens: título do manuscrito em português e inglês e nome completo dos autores, informação sobre a afiliação dos autores (principal instituição de origem, cidade, estado e país), nome e endereço completo para correspondência, local em que o estudo foi realizado. Indicação do responsável pela troca de correspondência, fornecendo endereço completo (CEP, telefone com DDD e endereço eletrônico - e-mail) para contato.

Devem ser incluídas na folha de rosto as fontes de financiamento para realização da pesquisa, tais como: bolsas de estudos e auxílios financeiros.

IMPORTANTE: A Página de Rosto deve ser incluída como documento suplementar. Os dados contidos na página de rosto não devem ser incluídos no corpo do manuscrito para garantia do sistema de fluxo editorial *blind review*.

B) Resumo e *Abstract*

Os resumos devem possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve

conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado em português e inglês, incluindo palavras de estrutura (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusão) e palavras-chave.

C) Palavras-chave e *Keywords*

São palavras ou expressões que identificam o conteúdo do manuscrito, fornecidas pelo próprio autor. Deverão ser seguidos os cabeçalhos de assuntos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, indicados pela Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br>).

D) Estrutura do texto

A estrutura do texto deverá estar de acordo com a natureza do manuscrito: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Relato de Casos e de Experiência.

E) Ilustrações

As ilustrações e tabelas do manuscrito submetido à apreciação estão limitadas ao número máximo de cinco. No entanto, no caso de aceite do manuscrito, serão solicitados aos autores os arquivos originais em que as ilustrações e tabelas foram construídas a fim de permitir a formatação gráfica.

De acordo com a ABNT, NBR 14724, de 17 de março de 2011, “Qualquer que seja o tipo de ilustração [ou tabela], sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título”.

Os desenhos enviados poderão ser melhorados ou redesenhados pela produção da Revista, a critério do Corpo Editorial. Imagens digitais poderão ser aceitas desde que sua captação primária tenha ocorrido, pelo menos, em tamanho (10cm x 15cm) e com resolução adequada (300 dpi). Desenhos e esquemas deverão ser limitados ao mínimo, feitos, preferencialmente, em *Corel Draw*, devendo ser fornecidos em formato digital junto com o arquivo do manuscrito e apresentados em folhas separadas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução. Essa autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à apreciação para publicação. Todas as ilustrações e tabelas, sem exceção, devem ser citadas no corpo do texto e ser apresentadas em páginas separadas.

F) Agradecimentos

É opcional aos autores. Devem ser breves, diretos e dirigidos apenas a pessoas ou instituições que contribuíram substancialmente para a elaboração do

manuscrito. Deverão estar dispostos no manuscrito antes das referências. Não devem ser feitos agradecimentos de cunho pessoal ou familiar.

G) Referências

As referências estão limitadas a um número máximo de 30 (exceto para revisões sistemáticas) e devem ser apresentadas na ordem em que aparecem no texto, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo *Vancouver*. Os exemplos devem estar conforme os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos ([National Library of Medicine](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

H) Citação das referências no texto

Seguir o sistema numérico de citação, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Não devem ser citados os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nome de autores (seguido de número índice e ano de publicação do manuscrito) se estritamente necessário. Exemplos de citação de referências no texto:

- Números aleatórios

“O processamento é negligenciado pela maioria dos profissionais, chegando alguns autores a afirmar que cerca de 90% das falhas em radiografias acontecem na câmara escura”^{2,8,10}.

- Números sequenciais

“Desde que observações clínicas comprovaram que lesões de mancha branca são reversíveis, a remineralização passou a ser um importante mecanismo na prevenção e redução clínica das cáries em esmalte”¹⁻⁴.

- Citação de nome de autor

“Cassatly et al.² reportam um caso de osteomielite em uma paciente submetida à apicectomia com laser de Nd: YAG, que levou à necrose de parte da maxila, pela difusão do calor gerado ao tecido ósseo adjacente ao ápice radicular.”

I) Abreviaturas

Não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas ou as consagradas nas publicações médicas, que deverão

seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso (aprovadas pelo documento de Montreal publicado no British Medical Journal 1979;1:532-5). Quando o número de abreviaturas for significativo, providenciar um glossário à parte.

J) Nomes de drogas

A utilização de nomes comerciais (marca registrada) não é recomendável; quando necessário, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em caixa-alta-e-baixa, seguido pelo símbolo que caracteriza a marca registrada, em sobrescrito.

K) Considerações finais

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a sua conformidade em relação a todos os itens aqui listados. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Para contato, envie e-mail para rbps.ccs@ufes.br

Correspondências devem ser enviadas à Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde aos cuidados da Editoria-chefe da Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS), endereço: Avenida Marechal Campos, número 1468, Maruípe, Vitória, Espírito Santo, Brasil, Cep: 29040-090. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo.

Artigos Originais

O resumo deve possibilitar ao leitor avaliar o interesse do manuscrito e compor uma série coerente de frases, e não a simples enumeração de títulos, fornecendo, portanto, uma visão clara e concisa do conteúdo do manuscrito, suas conclusões significativas e a contribuição para a saúde coletiva. Deve conter no máximo 250 palavras, em parágrafo único, espaçamento simples, e as seções “**Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão**”. O nome da seção deve estar em negrito. O texto deve ser em fonte Arial, 12, sem negrito. Ao final do resumo, devem ser listadas de 3 a 5 palavras-chave.