

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**RAONE SILVA SACRAMENTO**

**ESTUDO DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO  
DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM UMA INSTITUIÇÃO DE  
REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA**

**2016**

**RAONE SILVA SACRAMENTO**

**ESTUDO DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO  
DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM UMA INSTITUIÇÃO DE  
REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Orientadora:

Profª Drª Eliana Zandonade

Coorientadora:

Profª Drª Maria Helena Costa Amorim

**VITÓRIA**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade  
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

S123e Sacramento, Raone Silva, 1991 -  
Estudo do tempo entre o diagnóstico e tratamento do câncer  
de próstata em uma instituição de referência do Espírito Santo /  
Raone Silva Sacramento – 2016.  
101 f. : il.

Orientador: Eliana Zandonade.  
Coorientador: Maria Helena Costa Amorim.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Qualidade, Acesso e  
Avaliação da Assistência à Saúde. 3. Serviço Hospitalar de  
Oncologia. 4. Neoplasias da Próstata. I. Zandonade, Eliana.  
II. Amorim, Maria Helena Costa. III. Universidade Federal do  
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

# **ESTUDO DO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO**

**RAONE SILVA SACRAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Avaliada em 12 de Setembro de 2016.

Comissão Examinadora

---

Pro<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliana Zandonade – Orientadora  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Costa Amorim – Coorientadora  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof Dr Luiz Claudio Santos Thuler – 1<sup>a</sup> Examinador  
UNIRIO e Instituto Nacional do Câncer

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica Carvalho Andrade – 2<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Espírito Santo

*Dedico esta Dissertação à minha família, em especial ao meu pai Ormindó, minha mãe Normacy e minha irmã Eloiza pelo amor, apoio e incentivo.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, agradeço a Deus por ter me favorecido a oportunidade de ingressar e concluir esta etapa de minha vida.*

*Agradeço enormemente aos meus pais e irmã pelo apoio e incentivo na busca pela realização de meus sonhos. Sempre prontos e dispostos a me ouvir, orientar e alegrar.*

*Agradeço aos meus demais familiares que me acompanharam e ajudaram nessa jornada.*

*Agradeço de forma muito especial à professora Eliana Zandonade que antes mesmo de ingressar no Mestrado se mostrou atenciosa e solícita comigo. Ser seu orientando foi um presente, suas orientações, ensinamentos e experiências tiveram um importante papel para a minha formação profissional e pessoal.*

*Agradeço à professora Maria Helena, minha co-orientadora, por ter me orientado, dedicado seu tempo e compartilhado suas experiências, tornando possível a conclusão deste trabalho. Obrigado por tudo!*

*Agradeço a professora Maria Helena Miotto por ter aceitado participar da banca de qualificação do projeto de pesquisa, sua contribuição foi importante para a promoção de adequações no projeto de pesquisa.*

*Agradeço ao professor Luiz Claudio Thuler por ter aceitado participar tanto da banca de qualificação do projeto de pesquisa como da defesa da dissertação. A sua participação em todos esses momentos tem sido importantíssima para o êxito da pesquisa. Obrigado por compartilhar seu conhecimento e experiências conosco.*

*Agradeço a professora Maria Angélica Carvalho Andrade por ter aceitado participar da banca de defesa da Dissertação, sua participação será fundamental para o aprimoramento do trabalho.*

*Agradeço ao Hospital Santa Rita de Cássia por ter viabilizado e apoiado a realização do estudo.*

*Agradeço a Kátia Viana e toda sua equipe do Registro Hospitalar de Câncer pela receptividade, amizade, disposição no fornecimento dos dados e orientações. Vocês exerceram um papel essencial para a concretização desta pesquisa.*

*Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo pela oportunidade de ingressar em diversas disciplinas que foram fundamentais para subsidiar o planejamento da pesquisa, bem como por apoiar o desenvolvimento do estudo.*

*Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo que fomentou a realização da pesquisa.*

*Agradeço a Luana Simião pela amizade, companheirismo, apoio constante e pelos momentos que passamos juntos ao longo deste período, de alegrias, vitórias e angústias diversas, mas sem dúvida, enriquecedor.*

*Agradeço aos amigos e amigas de longa data que sempre estiveram dispostos a me ouvir, ajudar e orientar nos diversos momentos que passei durante o Mestrado.*

*Agradeço aos amigos e amigas da turma de Mestrado pelo estímulo, suporte e pelos momentos enriquecedores em que compartilhamos experiências e conhecimentos.*

*Agradeço também a todos que direta e indiretamente me auxiliou e apoiou durante o Mestrado.*

*O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria, se aprende é com a vida e com os humildes.*

**Cora Coralina**



## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Câncer de próstata é o segundo tipo de neoplasia mais incidente em homens e é a sexta causa de morte de homens no mundo. No Brasil, é o segundo tipo de câncer que mais acomete os homens. Logo, torna-se imprescindível a ampliação do acesso e maior agilidade na atenção a esta neoplasia. **OBJETIVOS:** Analisar o tempo de espera para o início do tratamento de homens diagnosticados com câncer de próstata, antes e após a Lei 12.732/12; e avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento de homens atendidos em um hospital de referência em oncologia do Estado do Espírito Santo. **METODOLOGIA:** Estudo de coorte retrospectiva de dados secundários, que compreende homens com câncer de próstata atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC) no período entre 2010 a 2011 e 2013 a 2014, antes e após a Lei 12.732/2012. Os dados foram coletados a partir da Ficha de Registro de Tumor que é base do Sistema para Informatização dos dados de Registros Hospitalares de Câncer (SISRHC) e prontuários dos homens com confirmação diagnóstica. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel* 2007 e, posteriormente, analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. **RESULTADOS:** A população do estudo foi de 1388 homens, estando a maioria na faixa etária de 65 a 69 anos (22%), de raça/cor não branca (78%), com menos de 8 anos de estudo (88%) e provenientes de municípios do Estado do Espírito Santo localizados fora da região metropolitana de Vitória (53%). O tempo médio entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 148 dias (DP= 108), enquanto, a média do tempo entre a primeira consulta no HSRC-AFECC e o início do tratamento foi de 84 dias (DP= 77). Identificou-se que ter abaixo de 70 anos (OR= 1,85; IC= 1,49-2,31), ser não branco (OR= 1,30; IC= 1,00-1,70), menos de oito anos de estudo (OR= 1,52; IC= 1,06-2,17), com diagnóstico e sem tratamento (OR= 0,10; IC= 0,06-0,16) e ter sido encaminhado pelos serviços do SUS (OR= 2,52; IC= 1,84-3,46) foram determinantes para atraso no início do tratamento. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que a Lei 12.732/2012 não exerceu impacto sobre a atenção ao câncer de próstata na instituição, o que demonstra a fragilidade dos serviços de saúde em se adequar ao que é instituído em Lei, contribuindo para a não garantia de um atendimento célere e organizado. Portanto, é necessário um reordenamento da rede de atenção, para que a efetiva integração dos níveis de atenção possa refletir na satisfação das demandas da população.

**Palavras-chaves:** Sistema Único de Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Serviço Hospitalar de Oncologia; Neoplasias da Próstata.

## ABSTRACT

**Introduction:** The prostate cancer is the second most incident cancer in men and the sixth leading cause of death among men in the world. In Brazil, it is the second type of cancer that more affects men. Therefore, it is essential to expand access and increase the flexibility in attention to this kind of cancer.

**Objective:** To analyze the wait time to treatment of men diagnosed with prostate cancer before and after the Law 12.732/2012; and to evaluate the association of sociodemographic and clinical variables with the wait times to treatment of men attended in a referral hospital in oncology of Espírito Santo.

**Methods:** A retrospective cohort study of secondary data, which comprises men with prostate cancer attended at the Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC) between 2010 to 2011 and 2013 to 2014, before and after the Law 12.732/2012. The data were collected from the tumor registry sheet and records of men with diagnostic confirmation. Data were tabulated in Microsoft Office Excel 2007 program, and then analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0.

**Results:** Of the 1388 men with prostate cancer, 306 (22%) had between 65 to 69 years old, 1021 (78%) were non white, 1035 (88%) had less than 8 years of study and 729 came from cities of Espírito Santo outside Vitória metropolitan area. The average waiting time between diagnosis and the treatment was 148 days (SD= 108) while the mean waiting time between the first consultation in HSRC-AFECC and the start of treatment was 84 days (SD= 77). The factors identified as determinants to the delay in the treatment were to be a men less than 70 years old anos (OR= 1,85; CI= 1,49-2,31), to be non white (OR= 1,30; CI= 1,00-1,70), with diagnostic and without treatment (OR= 0,10; CI= 0,06-0,16), have less than 8 years of study (OR= 1,52; CI= 1,06-2,17) and be referred by the public health services (OR= 2,52; CI= 1,84-3,46). **Conclusion:** Unfortunately, the Law 12,732 / 2012 did not exert impact on attention to prostate cancer in the institution, which demonstrates the fragility of health services in to adequate the rules to the Law. Therefore, a reorganization of the network of care becomes necessary, looking for achieve an effective integration of care levels, which should reflect on satisfaction of people's demands.

**Key words:** Unified Health System; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Oncology Service, Hospital; Prostatic Neoplasms.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

AFECC – Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

AJCC - American Joint Committee on Cancer

APS – Atenção Primária a Saúde

CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DP – Desvio padrão

HPB – Hiperplasia Prostática Benigna

HSRC – Hospital Santa Rita de Cássia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

INCA - Instituto Nacional de Câncer

LHRH - Hormônio Liberador do Hormônio Luteinizante

OR – Odds ratios

PNAISH - Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem

PSA – Antígeno Prostático Específico

RCBP - Registros de Câncer de Base Populacional

RHC - Registro Hospitalar de Câncer

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

SISRHC - Sistema de Informação em Saúde de Registro Hospitalar de Câncer

SPSS - Pacote Estatístico para Ciências Sociais

SUS - Sistema Único de Saúde

TNM - Tumor, Node, Metastasis

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UNICAMP – Universidade de Campinas

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

USP – Universidade de São Paulo

ZC – Zona Central

ZP – Zona Periférica

ZT – Zona Transição

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b> - Fluxograma dos critérios de seleção da população do estudo nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.	37
 <b>ARTIGO 1</b>	
<b>Figura 1</b> – Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento no HSRC-AFECC-AFECC, Vitória/ES.	52
<b>Figura 2</b> – Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento no HSRC-AFECC, Vitória/ES.	52

## LISTA DE QUADROS

	<b>Página</b>
<b>Quadro 1</b> – Estadiamento do Câncer de próstata segundo a Classificação TNM.	28
<b>Quadro 2</b> - Variáveis sociodemográficas e clínicas do Estudo: câncer de próstata.	39

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC de 2010 a 2011 e 2013 a 2014, Vitória/ES. 51

**Tabela 2** – Frequência absoluta e percentual do total das variáveis relativas aos tempos de atendimento da amostra, segundo os períodos estudados, Vitória/ES. 54

**Tabela 3** - Frequência absoluta e percentual do total das variáveis relativas aos tempos de atendimento da amostra, segundo os períodos estudados, por grupos de homens encaminhados ao Hospital Santa Rita de Cássia com e sem diagnóstico de câncer de próstata, Vitória/ES. 55

### ARTIGO 2

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES. 70

**Tabela 2** – Características clínicas de homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES. 71

**Tabela 3** – Frequência absoluta e percentual do total por tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta e frequência ajustada das variáveis sociodemográficas, clínicas dos homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES. 72

**Tabela 4** – Frequência absoluta e percentual do total por tempo entre a consulta e o início do tratamento e frequência ajustada das variáveis sociodemográficas, clínicas dos homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES. 73

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 A RELAÇÃO DOS HOMENS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	21
1.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM E DE ATENÇÃO AO CÂNCER.....	23
1.3 CÂNCER DE PRÓSTATA.....	26
1.4 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER.....	29
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
3.0 TIPO DE ESTUDO .....	36
3.1 LOCAL DE PESQUISA.....	36
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	36
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	36
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	36
3.5 FONTES DE DADOS.....	38
3.6 COLETA DOS DADOS.....	38
3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	38
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	43
<b>3.8.1 Objetivo 1</b> .....	<b>43</b>
<b>3.8.2 Objetivo 2</b> .....	<b>43</b>
3.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	43
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
4.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1 .....	46
<b>4.1.1 Resumo</b> .....	<b>46</b>
<b>4.1.2 Introdução</b> .....	<b>48</b>



4.1.3 Métodos.....	49
4.1.4 Resultados .....	50
4.1.5 Discussão .....	56
4.1.6 Conclusão.....	60
4.1.7 Referências .....	61
4.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2.....	64
4.2.1 Resumo .....	64
4.2.2 Introdução .....	66
4.2.3 Métodos.....	67
4.2.4 Resultados.....	68
4.2.5 Discussão .....	74
4.2.6 Conclusão.....	78
4.2.7 Referências .....	79
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE.....	91
ANEXOS .....	93

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de adoecimento e morte. Para o ano de 2012 foi estimado cerca de 14.1 milhões de novos casos e de 8.2 milhões de mortes em todo o planeta, sendo os cânceres de pulmão, mama feminina, colón e reto, próstata, estômago, fígado e colo do útero os mais incidentes (FERLAY et al., 2015).

Diante disso, o câncer de próstata assume posição de destaque, pois é o segundo tipo de neoplasia mais incidente em homens e é a sexta causa de morte de homens no mundo, em 2012 foi estimado 1,1 milhão de casos novos. Cerca de 70% dos casos diagnosticados no mundo ocorre em países desenvolvidos (FERLAY et al., 2015)

No Brasil, assim como em vários outros países o perfil de morbimortalidade por câncer de próstata tem se modificado nas últimas décadas (GOMES et al., 2008). Atualmente é o tipo de câncer que mais acomete os brasileiros, depois do câncer de pele do tipo não-melanoma (MIGOWSKI; SILVA, 2010). Estima-se que em 2016 sejam diagnosticados 61.200 casos novos de câncer de próstata no país, o que corresponde a um risco estimado de 61,82 casos novos por 100 mil homens (BRASIL, 2015).

Figura como o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país (desconsiderando os tumores de pele do tipo não-melanoma), com proporções de 95,63/ 100 mil no Sul, 67,59/ 100 mil no Centro-Oeste, 62,36/ 100 mil no Sudeste, 51,84/ 100 mil no Nordeste e 29,50/ 100 mil no Norte (BRASIL, 2015). Essa diferença pode estar relacionada às desigualdades regionais, que são marcadas principalmente por uma dinâmica organizativa que privilegia o meio urbano, enquanto as áreas mais afastadas sofrem com a falta ou escassez de serviços, o que constitui os vazios sanitários (GRABOIS; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011). Este fato é marcante nas regiões norte e nordeste, as quais apresentam carência na oferta de vários tipos de serviços, inclusive de atenção ao câncer (RODIGUES; SIMÕES; AMARAL, 2007; GRABOIS; OLIVEIRA; CARVALHO, 2011).

A mortalidade por esta neoplasia apresenta um perfil ascendente semelhante ao da incidência, embora sua magnitude seja mais baixa (BRASIL, 2015). Todavia, a incidência é sempre subestimada porque muitos tumores permanecem assintomáticos durante toda a vida do indivíduo, sendo diagnosticados apenas em procedimentos de necropsia, uma vez que a maioria das lesões não evolui para tumores clinicamente detectáveis (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008).

Quanto à situação deste agravo no estado do Espírito Santo, no presente ano, espera-se que ocorram aproximadamente 1.180 casos novos. Na capital do Estado, Vitória, são esperados o diagnóstico de 120 casos novos (BRASIL, 2015).

Diante disso, é possível considerar o câncer de próstata como um problema de saúde pública, devido a sua magnitude no quadro de morbimortalidade, já possuindo consenso entre órgãos oficiais sobre o seu controle e a sua prevenção (GOMES et al., 2008). Logo, é imprescindível favorecer o desenvolvimento de ações que permitam a população masculina maior acesso aos serviços de saúde, assim como maior agilidade no atendimento e tratamento dos casos, uma vez que este tipo de câncer é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente.

Portanto, entender a relação desses indivíduos com os serviços de saúde e avaliar as políticas de saúde direcionadas a essa população, constitui meio de análise dos determinantes e condicionantes do diagnóstico precoce para o Câncer de próstata.

## 1.1 A RELAÇÃO DOS HOMENS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Estudos referentes à saúde dos homens tem alcançado posição de destaque no cenário nacional, devido às elevadas taxas de mortalidade e morbidade que afetam esse grupo, além da baixa procura pelos serviços de saúde (MENDONÇA; ANDRADE, 2010). Geralmente, os homens sofrem mais de condições rígidas e crônicas de saúde em relação às mulheres, como também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Em 2010, a sobremortalidade masculina atingiu a marca de 4,5, ou seja, a chance de um homem falecer aos 22 anos de idade foi 4,5 maior que a de uma mulher (BRASIL, 2011). Em 2011, 68,2% das mortes no país foram de homens, os quais apresentaram uma taxa específica de mortalidade de 461,1 óbitos/100 mil habitantes, o dobro da taxa observada no sexo feminino (BRASIL, 2012).

Estudo desenvolvido por Laureti (1998) revelou a existência de quatro grupos de doenças que oscilam nas Américas e que sempre figuram como as principais causas de morte masculina, os quais são: neoplasias malignas, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e as causas externas.

Para Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005), a menor sobrevida masculina é quase sempre aceita sem muita discussão e visualizada como produto somente de fatores biológicos. No entanto, Fontes et al. (2011) relatam que várias dessas mortes poderiam ter sido evitadas, caso os homens não fossem resistentes em procurar os serviços de saúde. Os autores destacam os condicionantes do afastamento masculino, como sendo os fatores socioculturais relacionados ao gênero e a assistência à saúde.

O afastamento masculino do sistema de saúde ocorre devido ao modo de atendimento e a dificuldade de acesso, que aliados à ausência de programas

ou estratégias direcionadas a estes, contribuem para uma maior dificuldade de interação entre esta população e os serviços (FIGUEIREDO, 2005).

Schraiber, Gomes e Couto (2005) ao analisarem a temática da mobimortalidade masculina, tendo como referência o câncer de próstata, destacam a baixa frequência de uso dos serviços de saúde pelos homens quando comparada com a das mulheres, a qual pressupõe a maneira de se relacionar com ações preventivas para o autocuidado.

Isto pode ser identificado em um estudo realizado em São Paulo com 346.188 idosos do sexo masculino, o qual destaca que apenas 40% realizou o exame clínico para a prevenção do câncer de próstata, nos dois anos anteriores à entrevista (LOUVISON et al. 2008). Enquanto Gonçalves, Padovani e Popim (2008), identificaram que apenas 15% dos indivíduos com câncer de próstata tiveram o diagnóstico através de exame de rotina, sem a manifestação de sintomatologia. O restante apresentou algum tipo de sintoma, o que motivou a procura pelo serviço, ou seja, já com a doença instalada.

Alguns possíveis motivos da ausência dos homens nos serviços de saúde seria o receio em descobrir uma doença grave; vergonha de ter seu corpo exposto frente a um profissional de saúde, particularmente a região anal, no caso da prevenção ao câncer de próstata; e a escassez de atendimento focado na atenção à saúde do homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO 2007).

Deste modo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças devem ser estimuladas no âmbito do universo masculino, e uma das formas de se oportunizar estas ações é através da ampliação do acesso desta população aos serviços de saúde.

## 1.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM E DE ATENÇÃO AO CÂNCER

A necessidade de focalizar os homens em suas interfaces através de políticas públicas foi destacada a partir de dois acordos internacionais de reconhecida importância: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). Tais eventos estabeleceram as bases para um acordo internacional de que os homens deveriam ser integrados às ações, sendo convocados a se envolverem e se responsabilizarem em termos de conduta sexual e de decisões reprodutivas (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Diante disso, em 2007 o Brasil lança o Programa Mais Saúde, o qual representa a gênese da Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem (PNAISH). Ao entender a dialética desenvolvimentista desse programa, compreende-se a necessidade de alcançar a atenção à saúde dos homens não apenas através da preocupação com os alarmantes indicadores de saúde da população masculina, mas também por esta representar uma importante parcela da sociedade, que é necessária para o desenvolvimento econômico e social do país (ANDRADE; MONTEIRO, 2012).

A PNAISH é lançada oficialmente em 2009, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da população masculina (com foco na faixa etária de 25 a 59 anos), na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Visando a redução da morbimortalidade por meio do enfrentamento dos fatores de risco mediante a facilitação ao acesso dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2008).

Para Carrafa, Russo e Faro (2009), a elaboração de um Programa de Saúde do Homem representa um marco no extenso e paradoxal método que se desenvolve em volta da medicalização do corpo masculino. A formulação da política levou em consideração a Política Nacional de Atenção Básica e os acordos estabelecidos a partir de uma discussão que envolveu diversos atores.

Todavia, apesar da participação de distintos grupos sociais e sujeitos, a política não ficou isenta de críticas, por não congregar as discussões de gênero, por focar demais no câncer de próstata e dentre outras questões (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012).

Segundo Schwarz (2012), a legitimidade da PNAISH se edifica por meio das críticas que se baseiam nos temas ligados à saúde do homem, saúde coletiva e políticas públicas e pelo seu diálogo com as políticas que surgem por consequência dos movimentos sociais.

Dentre as políticas que a PNAISH deve conformar articulações, destaque para a Política Nacional de Atenção Oncológica publicada em 2005 e revogada pela Portaria 874/2013, a qual institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013). Isto por que, a PNAISH identificou por meio de revisão da literatura uma maior vulnerabilidade dos homens às doenças, especialmente às crônicas, como o câncer de próstata.

Para tanto, municípios e estados devem por em prática as ações de fortalecimento da PNAISH, dentre as quais se encontra as formas de orientação e sensibilização dos homens quanto aos meios ofertados para a detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e entre outras (BRASIL, 2013).

Conforme Separachi e Canesqui (2013), a frequência de procura dos serviços de saúde pelos homens é bem inferior à das mulheres, e quando estes recorrem ao sistema de saúde, geralmente adentram pelos serviços de média e alta complexidade. Pressupondo doença em estágio avançado, muitas vezes sem possibilidade de cura, como no caso do câncer de próstata, o que demanda um alto custo com o tratamento.

Este quadro, vivenciado pela população masculina e por outros portadores de câncer subsidiou a publicação da Lei 12.732 de novembro de 2012, que dispõe



sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início em 60 dias (BRASIL, 2012). A fim de reduzir a proporção de indivíduos que são diagnosticados em estágio tardio, através da proposição de um conjunto de ações que pretendem auxiliar estados e municípios a gerenciar os serviços oncológicos da rede pública.

Pesquisas realizadas no país, que avaliaram períodos anteriores à Lei identificaram que a maioria das portadoras de neoplasia da mama obteve o tratamento antes do prazo de 60 dias (MEDEIROS et al., 2015; SOUZA et al., 2015). Da mesma forma, o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento de indivíduos com câncer colorretal atendidos em um hospital universitário de São Paulo foi de 28 dias (CARVALHO, 2014). Contudo, essa realidade não foi constatada na atenção ao câncer de próstata no país. Pesquisas encontraram tempos bem superiores ao que é definido em Lei, como 144 dias e 12,88 meses (GONÇALVES et al., 2013; SARTORI; MARASCIULO, 2014). Pesquisas relacionadas ao tempo para início do tratamento do câncer de próstata após a Lei não foram identificadas, o que destaca a importância de se avaliar o possível impacto da Lei 12.732 na atenção e este tipo de neoplasia.

Em relação ao intervalo médio para início do tratamento em outros países, observa-se períodos de 52 dias e 127 dias no Canadá, 9 dias na Dinamarca, 95 dias no Reino Unido, 64 dias nos Estados Unidos e 75 dias na Espanha (KAYANAGH; DONNELLY, 2008; STEVENS et al., 2010; HANSEN et al., 2011; REDANIEL et al., 2013; BERG et al., 2015; BONFILL et al., 2015) .

Logo, a morosidade no diagnóstico e no início do tratamento favorece o diagnóstico da doença em fase avançada, o que conseqüentemente contribui com a manutenção das elevadas taxas de mortalidade. Portanto, a qualidade e a disponibilidade de assistência à saúde irá influenciar diretamente a sobrevivência dos indivíduos com câncer, conforme o acesso destes aos serviços assistenciais, a existência de programas de prevenção, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento (SANTOS; MELO, 2011).

### 1.3 CÂNCER DE PRÓSTATA

A Próstata é uma glândula exócrina tubuloalveolar composta que faz parte do sistema reprodutor masculino. No adulto normal a glândula possui um tamanho equivalente ao de uma noz, e com a idade seu tamanho vai aumentando. Situa-se na base da bexiga e envolve a uretra. O reto está localizado posteriormente, o que permite a sua palpação via o exame retal. Ela produz aproximadamente 20% do fluído produzido durante a ejaculação, o restante é produzido pelos testículos e vesículas seminais (JAMES, 2014).

O tecido glandular da próstata depende dos hormônios androgênicos para seu crescimento e desenvolvimento normal. Tais hormônios são responsáveis pelas características sexuais masculinas, sendo a testosterona o mais comum.

Estruturalmente, a próstata pode ser dividida em quatro zonas:

1. Zona periférica (ZP) – compreende a parte posterior da glândula em torno da uretra distal. Cerca de 80 a 85% dos casos de câncer de próstata originam-se nesta área.
2. Zona Central (ZC) – localiza-se em torno dos ductos ejaculatórios. Apenas 5 a 10% dos casos surgem na ZC.
3. Zona de transição (ZT) – envolve a uretra proximal. Consiste na parte da glândula em que a Hiperplasia prostática benigna (HPB) ocorre em idosos. Aproximadamente 10 a 15% dos casos de câncer originam na ZT.
4. Zona fibromuscular anterior ou estroma – constitui a totalidade da superfície anterior da próstata, parte não glandular, composto por tecido muscular e fibroso (JAMES, 2014).

O adenocarcinoma representa cerca de 95% dos casos de câncer de próstata e frequentemente não manifesta sintomas. Conseqüentemente, indivíduos podem ser diagnosticados em estágio avançado com metástase sem sintomas relacionados com a região prostática. Com a introdução do rastreamento com o

Antígeno Prostático Específico (PSA), a incidência de casos em estágio IV tem diminuído dramaticamente, contudo, o número de casos novos tem aumentado (HAMMERICH; AYALA; WHEELER, 2009).

O uso do PSA sérico como marcador sorológico tem revolucionado o diagnóstico do Câncer de próstata. Consiste em uma glicoproteína específica da próstata, mas não para o câncer de próstata, pois pode se apresentar elevada tanto nos casos câncer como nos de HPB, prostatites e outras condições não malignas. Quanto maior o nível maior a probabilidade de neoplasia da próstata (MOTTET et al., 2015).

A taxa de PSA livre/total é amplamente usada para diferenciar a HPB do Câncer de próstata. Este indicador é utilizado para estratificar o risco de neoplasia prostática em homens com PSA total de 4–10 ng/ml e toque retal negativo (MOTTET et al., 2015). Aceita-se como valores limites normais até 4 ng/ml; quando o nível for superior a 10 ng/ml há indicação formal para biópsia (BRASIL, 2002).

A graduação histológica da neoplasia prostática é feita pelo Escore de Gleason, que é um poderoso fator de prognóstico (HAMMERICH; AYALA; WHEELER, 2009). O Sistema de Gleason foi desenvolvido por Donald Gleason no início de 1970, e é baseado no grau de perda da arquitetura normal do tecido glandular. As biópsias são classificadas de 1-5 e, em seguida, uma pontuação é obtida a partir da graduação das duas áreas mais frequentes do tumor (ex: 3+4 = 7). As pontuações tendem a ser agrupadas nas seguintes categorias de risco: 1-5: câncer de próstata de baixo risco; 6-7 câncer de risco intermediário (a maioria dos casos se enquadra neste grupo); 8-10: alto risco (JAMES, 2014).

Quanto ao estadiamento do adenocarcinoma de próstata, vários sistemas têm sido desenvolvidos desde o século XX. O primeiro sistema internacionalmente aceito para esta neoplasia foi introduzido por Whitmore em 1956. Os estágios eram classificados em letras (A-D), sendo modificado posteriormente por

Jewett, que subdividiu o nível B. No início de 1950, o esquema para estadiamento de tumores sólidos passou a considerar a Classificação TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase). Dentro de cada categoria do TNM, há diversos subníveis baseados no volume do tumor ou extensão (T1-T4), quantidade e/ou metástase linfática (N0-N3), e metástase à distância (M0-M1). Em 1992, o sistema de estadiamento da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* espelhou o sistema de classificação TNM (HAMMERICH; AYALA; WHEELER, 2009).

**Quadro 1** – Estadiamento do Câncer de próstata segundo a Classificação TNM.

Estágio	Definição
Avaliação clínica do tumor primário (T)	
TX	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Tumor primário, que não é evidente
T1	Tumor clinicamente não aparente tanto em exames de imagem como físicos
T1a	Tumor achado incidentalmente em 5% ou menos do tecido ressecado
T1b	Tumor achado incidentalmente em mais do que 5% do tecido ressecado
T1c	Tumor identificado por biopsia
T2	Tumor confinado à próstata
T2a	Tumor que envolve metade ou menos de um lobo prostático
T2b	Tumor que envolve mais da metade de um lobo, mas não ambos os lobos
T2c	Tumor que envolve ambos os lobos prostáticos
T3	Tumor que se estende além da cápsula prostática
T3a	Tumor com extensão extracapsular (unilateral ou bilateral)
T3b	Tumor que invade vesículas seminais
T4	Tumor fixo ou invade estruturas adjacentes, como esfíncter externo, reto, bexiga e/ou parede pélvica.
Avaliação clínica dos linfonodos regionais (N)	
NX	Linfonodos regionais não foram avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais
N1	Metástase em linfonodos regionais
Avaliação de Metástase à distância	
M0	Ausência de Metástase à distância
M1	Presença de Metástase a distância
M1a	Presença de Metástase em linfonodos não regionais
M1b	Presença de Metástase óssea
M1c	Presença de Metástase em outros locais com ou sem metástase óssea

Fonte: *American Joint Committee on Cancer*, 2011.

O tratamento dos indivíduos com Câncer de próstata deve ser individualizado e ter como base os seguintes aspectos: idade, estadiamento do tumor, grau histológico, tamanho da próstata, comorbidades, expectativa de vida, os desejos do paciente e os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

Para tratar o carcinoma localizado da próstata (T1-T2) as opções terapêuticas são a cirurgia (Prostatovesicuclectomia radical), a radioterapia e a vigilância ativa. Já para o tratamento dos casos de doença localmente avançada (T3-T4), cujo objetivo da terapêutica é a cura, as melhores alternativas englobam uma combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia. Quanto ao tratamento da doença metastática, o mesmo se baseia na supressão androgênica (Orquiectomia bilateral; análogos do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH); estrógenos; antiandrógenos puros ou mistos) (BRASIL, 2002).

#### 1.4 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

O aumento populacional, juntamente com o envelhecimento da população e os estilos de vida modernos formam uma combinação que irá exercer forte influência sobre o aumento da incidência e mortalidade por câncer no mundo. Desta forma, a vigilância dos casos de câncer representa um elemento estratégico para o planejamento efetivo e eficiente dos programas de controle da doença (PINTO et al., 2012).

A vigilância pode ser realizada através dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), que determinam a incidência por câncer entre a população de determinada área geográfica e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), os quais coletam dados sobre os casos de câncer atendidos em uma dada instituição (KLIGEMAN, 2001).

Estes últimos são fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, que visam coletar dados relativos ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições, sejam públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias (BRASIL, 2010).

As bases de dados do RHC favorecem a elaboração de ações voltadas para o monitoramento e planejamento da atenção à saúde, visando o estabelecimento de medidas preventivas, decisões terapêuticas e outras medidas de controle (CAVALINI et al., 2012). Além disso, a informação produzida em um RHC permite analisar o desempenho institucional na atenção oncológica, subsidia estudos prognósticos, de sobrevida e de tendências temporais dos fenômenos associados à doença (PINTO et al., 2012).

A principal motivação para implantação dos RHC tem sido a exigência da Portaria nº 741/2005. Contudo, para que o RHC opere adequadamente e cumpra integralmente seu papel, depende do apoio institucional da alta gerência e do corpo técnico do hospital para assegurar as condições de instalação, manutenção e capacitação que são primordiais para seu funcionamento (BRASIL, 2010).

No SUS a implantação e manutenção de RHC informatizados em funcionamento é condição obrigatória para que unidades de saúde sejam habilitadas na assistência de alta complexidade em Oncologia. Sendo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) responsável por receber a consolidação das bases de dados anuais dos RHC.

A participação e comprometimento de todos que atuam nos registros de câncer são fundamentais para o crescimento desta atividade, que tem contribuído com o estabelecimento de diretrizes para a política nacional de prevenção e controle do câncer, como também para a alocação de recursos de diagnóstico e tratamento, para a melhoria da qualidade da assistência, e certamente para a elaboração de trabalhos científicos (KLIGEMAN, 2001).

Além do Sistema de Informação do RHC (SISRHC), vale destacar o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) que tem a finalidade de favorecer o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas (BRASIL, 2013), sendo sua implantação nos serviços de saúde necessária para a efetivação da Lei 12.732/2012.

Diante do exposto, os dados do RHC são uma valiosa ferramenta para analisar diversas questões relativas à população com câncer bem como em relação ao serviço de saúde. Logo, os dados do RHC foram fundamentais para a efetivação da pesquisa “Análise microvetorial do impacto da Lei nº 12.732”, pesquisa que contém quatro vetores de investigação e que integra o Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, sob a coordenação do Prof. Dr. Emerson Elias Merhy.

O Observatório é produto de um projeto que envolve sete universidades, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) campus Rio de Janeiro e Macaé, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Todas as instituições contam com um observatório com a finalidade de analisar os impactos das políticas públicas na produção do cuidado em saúde.

O Observatório da UFES foi implantado em maio de 2015, tendo como focos de investigação a análise dos efeitos da Lei 12.732 e do Programa Nacional Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Referente à análise da Lei 12.732, as pesquisas desenvolvidas na UFES se concentraram nos vetores 3 e 4, Análise do efeito global (macropolítico) da “Lei dos 60 dias” (Lei Nº. 12732/12) e Análise dos efeitos da “Lei dos 60 dias” (Lei nº. 12732/12) no número de atendimentos e do estadiamento inicial.

Desta forma, foi a partir dessas bases que se definiu estudar os tempos de atendimento de homens com câncer de próstata atendidos em uma instituição hospitalar referência em oncologia no Estado do Espírito Santo, visando analisar o possível impacto da 12.732.



**2 OBJETIVOS**

- Objetivo 1: Analisar o tempo de espera para o início do tratamento de homens diagnosticados com câncer de próstata, antes e após a Lei 12.732/12.
- Objetivo 2: Avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento de homens atendidos em um hospital de referência em oncologia do Estado do Espírito Santo.

### **3 METODOLOGIA**

### 3.0 TIPO DE ESTUDO

Estudo de coorte retrospectiva de dados secundários.

#### 3.1 LOCAL DE PESQUISA

Foi realizado no Hospital Santa Rita de Cássia - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC-AFECC), situado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. O hospital é credenciado, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), sendo referência estadual na área.

#### 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

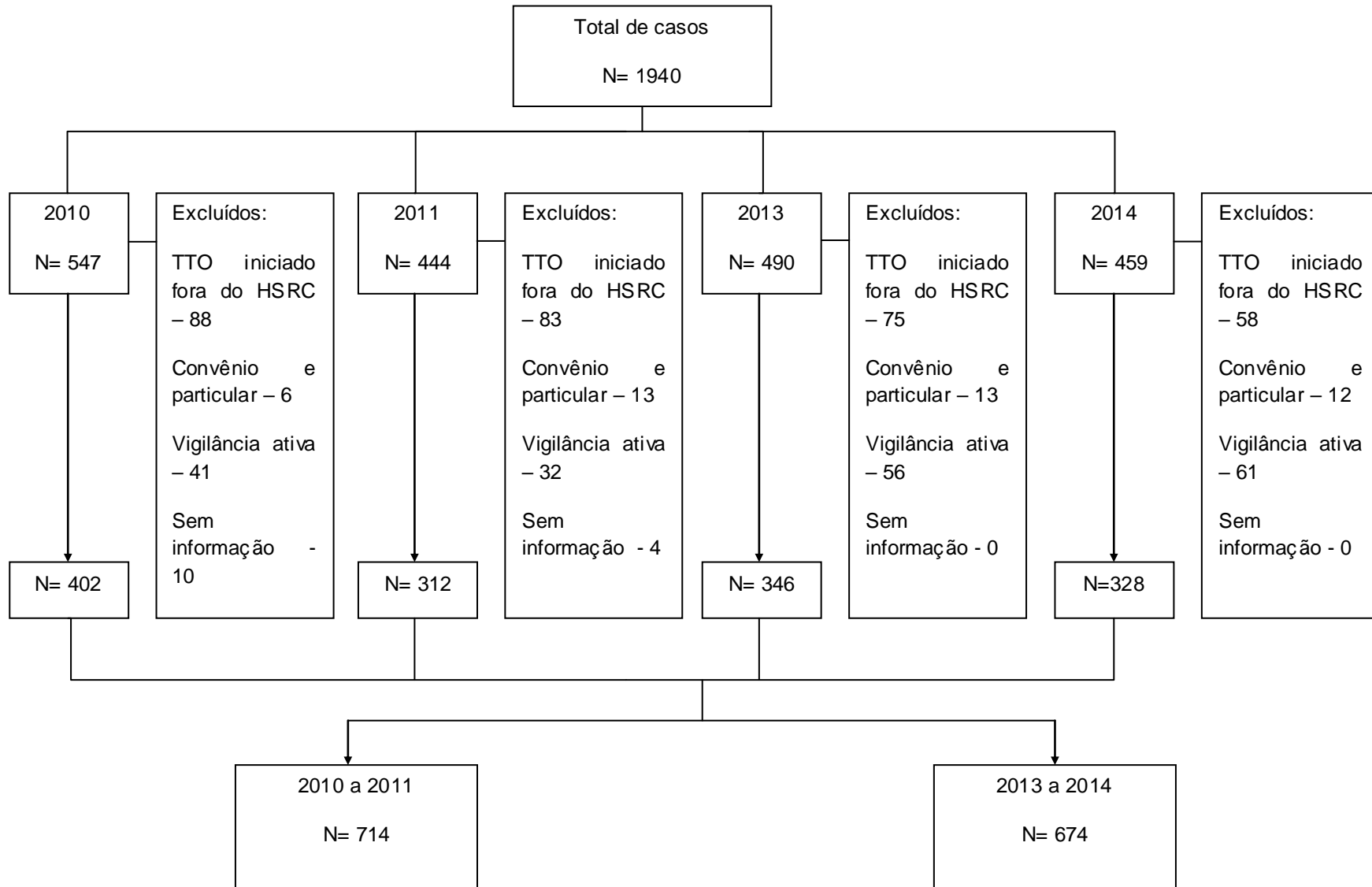
Homens com câncer de próstata que foram atendidos no HSRC-AFECC no período entre 2010 a 2011 e 2013 a 2014. Indivíduos atendidos no ano de 2012 não foram incluídos no estudo, pois corresponde ao ano de publicação da Lei de nº 12.732.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Homens que foram diagnosticados com câncer de próstata por meio de exame histopatológico cadastrados no RHC do HSRC-AFECC nos anos de 2010, 2011, 2013, e 2014 cujo tratamento foi custeado pelo SUS.

#### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Excluíram-se os casos com incompletude de registro das variáveis relativas a diagnóstico e tratamento anteriores, que iniciaram o tratamento em outra instituição hospitalar, por estarem em vigilância ativa e os usuários que tiveram o tratamento pago por planos de saúde e particular. A Figura 1 apresenta os pacientes incluídos e os motivos de exclusão por ano de diagnóstico.



**Figura 1** - Fluxograma dos critérios de seleção da população do estudo nos períodos de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

### 3.5 FONTES DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da Ficha de Registro de Tumor que consta no Sistema para Informatização dos dados de Registros Hospitalares de Câncer (SISRHC) e prontuários dos usuários.

### 3.6 COLETA DOS DADOS

Para a identificação da população do estudo foi utilizado o SISRHC do HSRC-AFECC, o qual é alimentado pela Ficha de Registro de Tumor.

Agrupou-se os dados em dois períodos, um referente ao período anterior a implantação da Lei de nº 12.732, 2010 a 2011, e o outro posterior a implantação da mesma, 2013 a 2014, o que possibilitou comparações e verificar possíveis efeitos da Lei.

### 3.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram estudadas as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos. Para a coleta das variáveis escore de Gleason, PSA, data da última consulta e data do encaminhamento recorreu-se a análise dos prontuários, para isto foi utilizado um instrumento específico, elaborado pelo pesquisador.

As variáveis coletadas constam no Quadro 2.

**Quadro 2** - Variáveis sociodemográficas e clínicas do Estudo: câncer de próstata.

<b>GRUPOS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>FONTES</b>
Fatores socioeconômicos e demográficos	Faixa etária	Ficha de Registro de Tumor
	Raça/ Cor da pele	
	Escolaridade	
	Estado Conjugal	
	Procedência	
Variáveis sobre o diagnóstico	Origem do Encaminhamento	Ficha de Registro de Tumor
	Diagnostico e tratamento anteriores	
	Estadiamento clínico inicial	
	Tipo de tratamento	
	Score de Gleason	Prontuário
Variáveis relativas ao tempo	PSA	Calculados no estudo
	Data da primeira consulta	
	Data do diagnóstico	
	Data de início do tratamento	
	Data da última consulta	
	Data do Encaminhamento	
	Tempo entre o diagnóstico e o tratamento	
Tempo entre o diagnóstico e primeira consulta		
Tempo entre a primeira consulta e o tratamento		

A seguir apresenta-se uma descrição das variáveis:

**- Faixa etária:**

As categorias etárias serão definidas de acordo com a idade do paciente no momento do diagnóstico.

**- Raça/Cor da Pele:**

Será utilizada a categorização estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo considerado o dado contido no prontuário. Porém, para a análise essa variável será transformada em uma variável dicotômica (“branca” e “não branca”).

**- Escolaridade:**

Serão formadas as seguintes categorias: analfabeto, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau completo, nível superior e sem informação, de acordo com as recomendações do INCA.

**- Estado Conjugal**

Esta variável é de preenchimento opcional na Ficha de Registro de Tumor, a qual é categorizada em: casado, solteiro, viúvo, divorciado/desquitado/separado, sem informação.

**- Procedência**

Refere-se ao município de residência do paciente, para preenchimento desta variável é utilizado o Código de Localidades do IBGE.

**- Data da primeira consulta no serviço especializado em oncologia**

Esta informação será extraída da Ficha de Registro de Tumor, considerando a primeira consulta do paciente no HSRC-AFECC.



**- Data do diagnóstico do tumor**

Consiste na data de liberação do resultado de Exame Histopatológico positivo para Neoplasia de Próstata. Este dado está presente Ficha de Registro de Tumor.

**- Data de Início do tratamento**

Poderá ser obtida através da Ficha de Registro de Tumor, sendo considerada a data de início do primeiro tratamento para câncer de próstata.

**- Data do Encaminhamento ao HSRC-AFECC**

Está informação será averiguada junto aos prontuários dos pacientes. Serão registrados os encaminhamentos feitos pela atenção básica, serviços públicos de atenção especializada e pelos serviços privados.

**- Diagnóstico e tratamento anteriores**

Serão incluídos na pesquisa todos aqueles que chegaram à instituição sem diagnóstico e sem tratamento, assim como aqueles que chegaram com diagnóstico e sem tratamento. Contudo, os pacientes que chegaram ao hospital com diagnóstico e tratamento serão excluídos.

**- Estadiamento Clínico**

Esta variável será obtida através da Ficha de Registro de Tumor e seguirá o Sistema TNM de classificação de tumores.

**- Tipo de tratamento**

Esta variável refere-se a todos os tratamentos realizados pelos homens com câncer de próstata no HSRC-AFECC: cirurgia, radioterapia, hormonioterapia, cirurgia associada a radioterapia, cirurgia associada a hormonioterapia, radioterapia associada a hormonioterapia, cirurgia associada a radioterapia e hormonioterapia, nenhum ou outro tratamento.

**- Escore de Gleason**

Esta informação será extraída dos prontuários de cada paciente, de acordo com os resultados das biopsias.

**- PSA inicial**

Os prontuários também serão analisados para a coleta desta informação. Será registrado o valor absoluto, em nanogramas por mililitro (ng/ml) de sangue periférico.

**- Data da última consulta**

Esta informação refere-se ao última consulta do paciente registrada no prontuário. Esta informação também será confirmada junto ao “Sistema MV”, o qual registra todas as vezes que o paciente procurou assistência no HSRC-AFECC.

**- Origem do Encaminhamento**

Refere-se à origem do serviço que encaminhou o paciente ao HSRC-AFECC. Apresenta as seguintes categorias na Ficha de Registro de Tumor: SUS, não SUS, por conta própria e sem informação.

**-Tempo entre o diagnóstico e o tratamento**

Refere-se ao tempo médio expresso em dias entre o diagnóstico e o início do tratamento no HSRC-AFECC.

**-Tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta**

Refere-se ao tempo médio expresso em dias entre o diagnóstico e a primeira consulta no HSRC-AFECC.

**- Tempo entre a primeira consulta e o tratamento**

Refere-se ao tempo médio expresso em dias entre a primeira consulta e o início do tratamento no HSRC-AFECC.

## 3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

### 3.8.1 Objetivo 1

Tabulou-se os dados no programa Microsoft Office Excel 2007 e, posteriormente, analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Avaliou-se os resultados por de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Aplicou-se testes de associação qui-quadrado entre os períodos anterior e posterior à Lei com as variáveis faixa etária, raça/cor da pele, anos de estudo, procedência, diagnóstico anterior, tempo entre o diagnóstico e o tratamento, tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico e tempo entre a primeira consulta e o tratamento. O nível de significância adotado foi de 5%.

### 3.8.2 Objetivo 2

Para tabulação dos dados utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel 2007*, e para análise o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. A apresentação dos resultados se deu por meio de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Utilizou-se os testes do qui-quadrado de associação entre os tempos entre o diagnóstico e o início do tratamento e entre primeira consulta e o início do tratamento com as variáveis sócio demográficas e clínicas do estudo. O nível de significância adotado foi de 0,05. Calculou-se os *Odds ratios* (razão de chances) brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística para todas as variáveis que apresentaram p-valor até 0,10.

## 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto inicialmente foi autorizado pelo HSRC-AFECC, e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o parecer de número 1.210.765.

Quanto aos riscos, apesar de ser uma pesquisa que envolve dados secundários, há um risco mínimo, conforme a Resolução 466, o qual decorre da manipulação dos dados. Desta forma, para evitar qualquer exposição de informação dos indivíduos, os pesquisadores se comprometem em assegurar a confidencialidade e privacidade dos dados extraídos. Todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Confidencialidade e Sigilo de dados.

## **4 RESULTADOS**

## 4.1 PROPOSTA DO ARTIGO 1

Analisar o tempo de espera de homens diagnosticados com câncer de próstata para o início do tratamento antes e após a Lei 12.732/12

### 4.1.1 Resumo

**Introdução:** Atrasos entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata têm sido associados com a progressão da doença e com possível impacto sobre a sobrevivência. Desta forma, longos intervalos de espera para o tratamento podem estar relacionados a desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

**Objetivo:** Analisar o tempo de espera de homens diagnosticados com câncer de próstata para o início do tratamento antes e após a Lei 12.732/12. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva de dados secundários, cuja população são homens com câncer de próstata atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC) entre 2010 a 2014. Os dados foram agrupados em Antes e Após a Lei 12.732/2012, e tabulados no programa *Microsoft Office Excel 2007* para posterior análise por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. **Resultados:** A população do estudo foi de 1388 homens, na faixa etária de 65 a 69 anos (22%), de raça/cor não branca (78%), com menos de 8 anos de estudo (88%) e provenientes de municípios do Estado do Espírito Santo localizados fora da região metropolitana de Vitória (53%). O tempo médio entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 148 dias (DP= 108), enquanto, a média do tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento foi de 84 dias (DP= 77). **Conclusão:** Desta forma, percebe-se que a Lei 12.732/2012 ainda não promoveu o impacto esperado na atenção ao câncer de próstata na instituição, o que pressupõe a necessidade de adequações e maior integração da rede de atenção.

**Palavras-chave:** Tempo para tratamento; Acesso aos Serviços de Saúde; Câncer de Próstata.

## Abstract

**Introduction:** Delay between diagnosis and treatment of prostate cancer have been associated with disease progression and possible impact on survival. In that way, long waiting times for treatment may be related to inequalities in access to health services. **Goal:** Analyze the wait time to treatment of men diagnosed with prostate cancer before and after Law 12.732/2012. **Methods:** A retrospective cohort study of secondary data, which comprises men with prostate cancer attended at the Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC) between 2010 to 2011 and 2013 to 2014, before and after Law 12.732/2012. The data were tabulated in Microsoft Office Excel 2007 program, and then analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. **Results:** The study population was 1388 men, aged 65 to 69 (22%), race / non-white (78%), with less than 8 years of study (88%) and from cities of Espírito Santo located outside the Vitória metropolitan area (53%). The average time between diagnosis and start of treatment was 148 days (SD= 108), while the mean time between the first consultation and the start of treatment was 84 days (SD= 77). **Conclusion:** Therefore, it is noticed that the Law 12.732 / 2012 has not yet promoted the expected impact on attention to prostate cancer in the institution, which implies the need for adjustments and greater integration of care network.

**Key words:** Time-to-Treatment; Health Services Accessibility; Prostatic Neoplasms.

### 4.1.2 Introdução

O Câncer constitui uma das principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo. Para o ano de 2012 foi estimado cerca de 14,1 milhões de casos novos, 8,2 milhões de mortes e 32,6 milhões de pessoas vivendo com câncer. A grande maioria dos casos novos e das mortes ocorre em regiões menos desenvolvidas, com os homens apresentando uma taxa de incidência em torno de 25% maior do que as mulheres <sup>1</sup>.

O câncer de próstata assume uma posição de destaque, pois, representa o segundo tipo de neoplasia mais comum e a quinta maior causa de morte em homens no planeta. Em 2012 foi esperado o diagnóstico de 1,1 milhões de casos novos, com taxas de incidência relativamente altas em regiões como o Caribe, África do Sul e América do Sul <sup>1</sup>.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 61.200 casos novos de câncer de próstata em 2016, o que corresponde a um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens. Sua taxa de mortalidade apresenta um caráter ascendente similar ao da sua incidência, embora sua magnitude seja menor. É considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente <sup>2</sup>.

Desta forma, longos intervalos de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento constitui um dos principais entraves na atenção ao câncer de próstata. Atrasos entre o diagnóstico e o tratamento do câncer têm sido associados com a progressão da doença e com impacto sobre a sobrevida, contudo, no caso do câncer de próstata, essa última relação ainda não está bem definida <sup>3</sup>.

O atraso para o início do tratamento pode advir de uma série de fatores, que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela conduta do profissional médico até as percepções dos pacientes. Transparecendo uma sensação geral de que por ser uma neoplasia de progressão lenta, não há necessidade de urgência em iniciar o tratamento para o câncer de próstata, principalmente para aqueles com doença clinicamente localizada <sup>4</sup>.



A fim de garantir condições equânimes de acesso ao tratamento do câncer, no Brasil em 2012, foi publicada a Lei 12.732 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, estabelecendo o prazo de 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento <sup>5</sup>. Este dispositivo legal visa reduzir a proporção de indivíduos que são diagnosticados em estágio tardio e eliminar as disparidades de acesso aos serviços especializados em oncologia, por meio da estruturação da rede de atenção à saúde.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo analisar o tempo de espera de homens diagnosticados com câncer de próstata para o início do tratamento antes e após a Lei 12.732/12, em um serviço de referência em oncologia do Estado do Espírito Santo – Brasil.

#### **4.1.3 Métodos**

Estudo de coorte retrospectiva de dados secundários, cuja população foi homens com câncer de próstata atendidos em um hospital de referência em Oncologia do Estado do Espírito Santo, nos dois anos anteriores (2010-2011) e posteriores (2013-2014) à Lei 12.732/2012.

O local da pesquisa foi o Hospital Santa Rita de Cássia - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC-AFECC), Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Foi adotado como critério de exclusão os casos com incompletude de registro das variáveis relativas a diagnóstico e tratamento anteriores, que iniciaram o tratamento em outra instituição hospitalar, por estarem em vigilância ativa e os usuários que tiveram o tratamento pago por planos de saúde e particular.

Para a análise, os dados foram congregados nos grupos antes e após a Lei 12.732, a fim de comparação e verificar possíveis efeitos da Lei. Os indivíduos que tiveram o diagnóstico no ano de 2012 não foram incluídos no estudo, visto que o ano de 2012 foi o ano de publicação do dispositivo legal.

Para a coleta dos dados adotou-se como subsídios a Ficha de Registro de Tumor e um instrumento específico, elaborado pelo pesquisador, contendo as seguintes variáveis: estadiamento clínico, escore de Gleason, níveis de antígeno prostático específico (PSA), desfecho, data da última consulta e data do encaminhamento para o HSRC-AFECC. A Ficha de Registro de Tumor alimenta o Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer (SISRHC) do HSRC-AFECC. As variáveis que não constam no SISRHC foram extraídas dos prontuários.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel 2007* e, posteriormente, analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Os resultados foram avaliados por cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Foram aplicados testes de associação qui-quadrado entre os períodos anterior e posterior à Lei com as variáveis faixa etária, raça/cor da pele, anos de estudo, procedência, diagnóstico anterior, tempo entre o diagnóstico e o tratamento, tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico e tempo entre a primeira consulta e o tratamento. O nível de significância adotado foi de 5%.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e aprovado sob o parecer de nº 1.210.765/2015.

#### **4.1.4 Resultados**

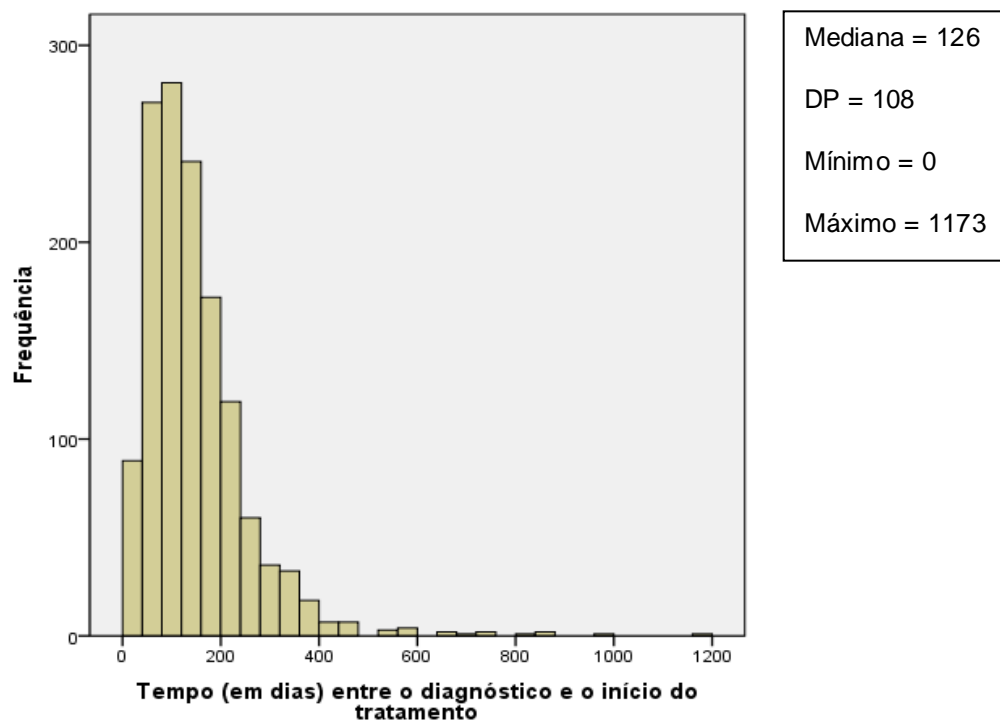
Ao todo foram 1940 homens atendidos no HSRC-AFECC, sendo 991 nos anos de 2010-2011 e 949 nos anos 2013-2014. Do total, 304 (15,6%) foram excluídos por terem iniciado o tratamento fora do HSRC-AFECC, 190 (9,8%) por estarem em vigilância ativa, 34 (1,7%) por ter tido o tratamento custeado por plano de saúde ou particular, e 14 (0,7%) sem informação referente a diagnóstico e tratamento anteriores. Desta forma, a população do estudo foi de 1388 homens.

Conforme as variáveis sociodemográficas houve predominância de homens na faixa etária de 65 a 69 anos (22%), de raça/cor não branca (78%), com menos de 8 anos de estudo (88%) e provenientes de municípios do Estado do Espírito Santo localizados fora da região metropolitana de Vitória (53%). Não houve significância estatística para as variáveis sociodemográficas, segundo os períodos estudados, o que demonstra a similaridade dos grupos antes e após a Lei (Tabela 1).

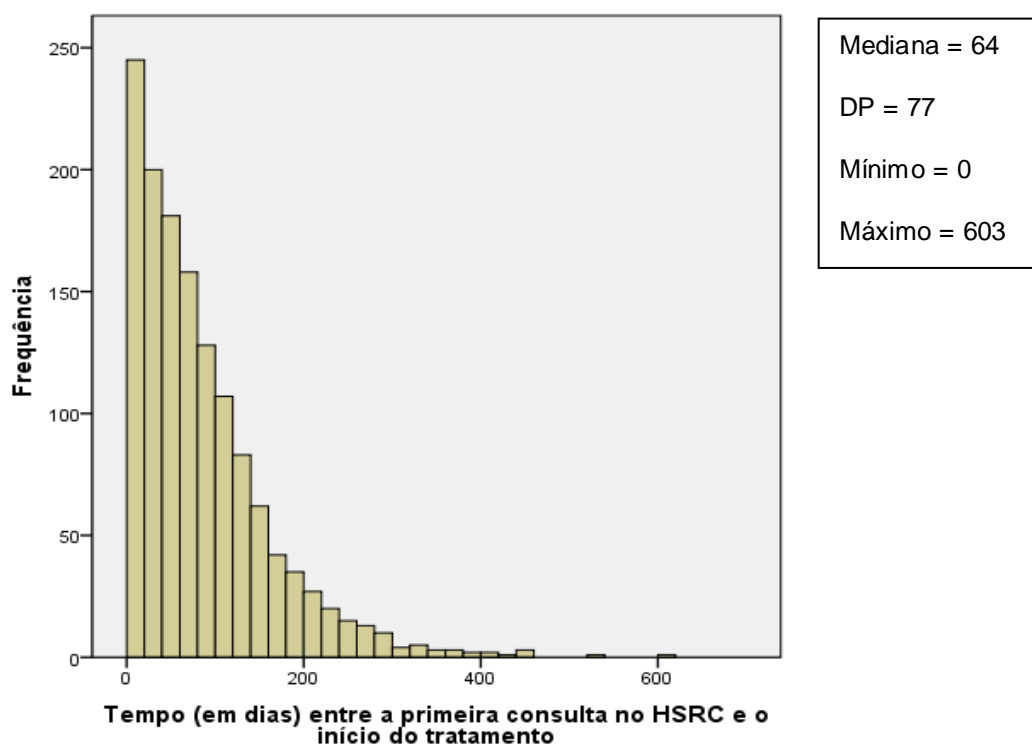
**Tabela 1** – Características sociodemográficas de homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC de 2010 a 2011 e 2013 a 2014, Vitória/ES.

	Antes da Lei		Depois da Lei		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
<b>Faixa etária</b>							
Até 54 anos	47	7%	43	6%	90	6%	0,437
55 a 59 anos	52	7%	66	10%	118	9%	
60 a 64 anos	103	14%	116	17%	219	16%	
65 a 69 anos	161	23%	145	22%	306	22%	
70 a 74 anos	147	21%	122	18%	269	19%	
75 a 79 anos	124	17%	111	16%	235	17%	
80 anos e mais	80	11%	71	11%	151	11%	
<b>Raça/Cor</b>							
Branco	145	21%	143	24%	288	22%	0,158
Não branco	562	79%	459	76%	1021	78%	
<b>Anos de estudo</b>							
Até 8 anos	501	90%	534	87%	1035	88%	0,139
9 anos e mais	58	10%	81	13%	139	12%	
<b>Procedência</b>							
Vitória	78	11%	88	13%	166	12%	0,102
Vila Velha	64	9%	83	12%	147	11%	
Cariacica	78	11%	57	8%	135	10%	
Serra	95	13%	92	14%	187	13%	
Outros municípios do ES	389	54%	340	50%	729	53%	
Outros municípios do Brasil	10	1%	14	2%	24	2%	

O tempo médio entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 148 dias (mediana: 126; DP:108) (Figura 1). Já a média do tempo entre a primeira consulta no HSRC-AFECC e o início do tratamento foi de 84 dias (mediana: 64; DP: 77). Esta diferença se deve aos pacientes que chegam ao hospital com diagnóstico (91% dos pacientes) (Figuras 1 e 2).



**Figura 1** – Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento no HSRC-AFECC-AFECC, Vitória/ES.



**Figura 2** – Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento no HSRC-AFECC, Vitória/ES.

As tabelas 2 e 3 abaixo apresentam as frequências absolutas e o percentual das variáveis relativas aos tempos de atendimento da amostra segundo os

períodos estudados, pelo total e por grupos de homens encaminhados ao Hospital Santa Rita de Cássia com e sem diagnóstico de câncer de próstata, respectivamente.

Ao longo do período analisado, observou-se que após a Lei houve um aumento no número de homens que chegaram ao HSRC-AFECC sem diagnóstico ( $p=0,001$ ). Antes da Lei, apenas 9% dos homens chegavam sem diagnóstico e sem tratamento, posteriormente, esse total passou para 19%. A condição de chegada do paciente é determinante para a avaliação do tempo.

Contudo, ao comparar os períodos anterior e posterior à Lei, percebe-se que não houve diferença no número de indivíduos que obtiveram o tratamento em até 60 dias ( $p=0,789$ ).

Em relação ao tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta no HSRC-AFECC é possível identificar uma diminuição, porém o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico no HSRC-AFECC aumentou após a Lei ( $p=0,001$ ). Quanto ao tempo entre a primeira consulta no HSRC-AFECC e o início do tratamento, observa-se um aumento no período posterior à Lei ( $p=0,020$ ). Nos anos subsequentes a Lei um maior número de homens com diagnóstico passou a conseguir o primeiro atendimento no hospital em um intervalo de tempo menor, porém aqueles que chegaram à instituição sem diagnóstico passaram a aguardar um tempo maior para o diagnóstico.

No que se refere aos pacientes que foram encaminhados ao hospital sem diagnóstico, os tempos entre o diagnóstico e o tratamento, entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre a primeira consulta e o início do tratamento se mantiveram estáveis após a Lei.

No tocante aos indivíduos que chegaram ao HSRC-AFECC com diagnóstico, percebe-se uma diferença no tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta no hospital, o qual diminuiu progressivamente após a Lei ( $p=0,001$ ). Os demais não apresentaram significância estatística.

**Tabela 2** – Frequência absoluta e percentual do total das variáveis relativas aos tempos de atendimento da amostra, segundo os períodos estudados, Vitória/ES.

Estrato	Variáveis	Antes da Lei		Depois da Lei		Total		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Todos	<b>Diagnóstico anterior</b>							
	Sem diagnóstico e sem tratamento	63	9%	127	19%	190	14%	<b>0,001</b>
	Com diagnóstico e sem tratamento	651	91%	547	81%	1198	86%	
	<b>Tempo entre o diagnóstico e o tratamento</b>							
	< 60 dias	109	16%	107	16%	216	16%	0,789
	> 60 dias	584	84%	551	84%	1135	84%	
	<b>Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico</b>							
	Mais de um ano para ser atendido no HSRC-AFECC	18	3%	0	0%	18	1%	<b>0,001</b>
	6 meses a 1 ano para ser atendido no HSRC-AFECC	48	7%	17	3%	65	5%	
	3 meses a 6 meses para ser atendido no HSRC-AFECC	142	20%	106	16%	248	18%	
	2 a 3 meses para ser atendido no HSRC-AFECC	154	22%	151	22%	305	22%	
	Até 2 meses para ser atendido no HSRC-AFECC	289	40%	273	41%	562	40%	
	Até 2 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico	38	5%	70	10%	108	8%	
	2 a 3 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico	11	2%	29	4%	40	3%	
	3 a 6 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico	9	1%	22	3%	31	2%	
	6 meses a 1 ano entre a primeira consulta e o diagnóstico	5	1%	6	1%	11	1%	
	<b>Tempo entre a primeira consulta e o tratamento</b>							
	< 60 dias	345	50%	286	43%	631	47%	<b>0,020</b>
	> 60 dias	348	50%	372	57%	720	53%	

**Tabela 3** - Frequência absoluta e percentual do total das variáveis relativas aos tempos de atendimento da amostra, segundo os períodos estudados, por grupos de homens encaminhados ao Hospital Santa Rita de Cássia com e sem diagnóstico de câncer de próstata, Vitória/ES.

Estratos	Variáveis	Antes da Lei		Depois da Lei		Total		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Sem diagnóstico e Sem tratamento	<b>Tempo entre o diagnóstico e o tratamento</b>							
	< 60 dias	16	27%	42	34%	58	32%	0,307
	> 60 dias	44	73%	81	66%	125	68%	
	<b>Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico</b>							
	Até 2 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico	38	60%	70	55%	108	57%	0,622
	2 a 3 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico	11	17%	29	23%	40	21%	
	3 a 6 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico	9	14%	22	17%	31	16%	
	6 meses a 1 ano entre a primeira consulta e o diagnóstico	5	8%	6	5%	11	6%	
	<b>Tempo entre a primeira consulta e o tratamento</b>							
	< 60 dias	6	10%	12	10%	18	10%	0,959
> 60 dias	54	90%	111	90%	165	90%		
Com diagnóstico e Sem tratamento	<b>Tempo entre o diagnóstico e o tratamento</b>							
	< 60 dias	93	15%	65	12%	158	14%	0,206
	> 60 dias	540	85%	470	88%	1010	86%	
	<b>Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico</b>							
	Mais de um ano para ser atendido no HSRC-AFECC	18	3%	0	0%	18	2%	0,001
	6 meses a 1 ano para ser atendido no HSRC-AFECC	48	7%	17	3%	65	5%	
	3 meses a 6 meses para ser atendido no HSRC-AFECC	142	22%	106	19%	248	21%	
	2 a 3 meses para ser atendido no HSRC-AFECC	154	24%	151	28%	305	25%	
	Até 2 meses para ser atendido no HSRC-AFECC	289	44%	273	50%	562	47%	
	<b>Tempo entre a primeira consulta e o tratamento</b>							
< 60 dias	339	54%	274	51%	613	52%	0,425	
> 60 dias	294	46%	261	49%	555	48%		

#### 4.1.5 Discussão

O presente estudo teve como proposta analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de homens com câncer de próstata que foram atendidos em um hospital de referência estadual, nos anos de 2010, 2011, 2013 e 2014, a fim de verificar os possíveis efeitos da Lei 12.732 na atenção ao câncer de próstata.

O atraso no tratamento de vários meses ou mesmo de anos não parece afetar a sobrevida de homens com câncer de próstata de baixo risco <sup>6</sup>. Contudo, em um estudo de coorte retrospectivo foi encontrada evidência de uma pequena associação entre o tempo do diagnóstico até a cirurgia e sobrevida, entre os homens que fizeram cirurgia dentro de seis meses após o diagnóstico <sup>7</sup>. Isto por sua vez, ressalta que a relação entre o tempo de espera para o diagnóstico e o tratamento com a sobrevida de homens com câncer de próstata ainda é inconclusiva <sup>3</sup>.

O tempo médio para início do tratamento após o diagnóstico no HSRC-AFECC foi de 148 dias (mediana de 126 dias), bem superior ao que a Lei determina (60 dias). Porém, menor em relação ao tempo médio de 12,88 meses (mediana- 3,74 meses; DP- 20,76 meses) identificado em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no norte do Estado do Rio Grande do Sul <sup>8</sup>. Enquanto, o tempo médio para o início do primeiro tratamento em um Hospital de Porto Alegre foi de 144 dias <sup>9</sup>.

Estudos realizados no Canadá <sup>10,11</sup>, Dinamarca <sup>12</sup>, Reino Unido <sup>7</sup>, Estados Unidos <sup>13</sup> e Espanha <sup>14</sup> encontraram intervalos de tempo inferiores ao descrito neste trabalho, com médias de 52 dias, 127 dias, 9 dias, 95 dias, 64 dias e 75 dias, respectivamente. Outro estudo canadense ao analisar o tempo de espera para a radioterapia e cirurgia nas províncias do país identificou que os maiores intervalos foram de 40 dias e 105 dias, respectivamente.

Atrasos entre o diagnóstico e a cirurgia superiores a nove meses estariam associados a um maior risco de recidiva bioquímica entre os homens com



câncer de próstata de risco intermediário <sup>15</sup>. Assim como, um atraso superior a seis meses para cirurgia foi associado com a progressão da doença entre os pacientes de baixo risco <sup>16</sup>. Logo, é possível sugerir que o atraso no tratamento irá incidir principalmente sobre a progressão da doença, não tendo impacto significativo sobre a sobrevida <sup>7</sup>.

No presente estudo, a grande maioria dos indivíduos chegou à instituição com o diagnóstico, e 86% só conseguiu atendimento no HSRC-AFECC após 2 meses da confirmação diagnóstica.

Pesquisas realizadas no Canadá <sup>10,11</sup> e Espanha <sup>14</sup> encontraram os seguintes tempos médios entre a consulta e o diagnóstico: 21 dias, 26 dias e 89 dias, respectivamente. Enquanto que na Dinamarca <sup>12</sup>, um estudo identificou que do início da investigação para o câncer de próstata até o encaminhamento para o hospital o tempo médio foi de 6 dias, e do atendimento no hospital ao diagnóstico a média foi de 75 dias, totalizando 81 dias de espera para o diagnóstico após o início da investigação para o câncer na atenção primária à saúde.

O tempo médio entre a primeira consulta e o início do tratamento foi de 84 dias (mediana de 64 dias). O mesmo intervalo de tempo foi investigado em dois estudos canadenses <sup>10,11</sup> e um dinamarquês <sup>12</sup>, os quais identificaram os seguintes intervalos médios 101 dias, 247 dias e 102 dias, respectivamente. Ao assumir a responsabilidade em prover o tratamento aos homens com câncer de próstata, a instituição hospitalar analisada demonstra maior celeridade na oferta do tratamento (apesar de não se enquadrar no período de 60 dias), para os homens que chegam ao hospital sem diagnóstico prévio.

Diversos fatores podem contribuir para atrasos na definição do tratamento após o diagnóstico do câncer de próstata, um destes refere-se a recente centralização das prostatectomias radicais, as quais têm sido cada vez mais realizadas em centros de alta complexidade por um pequeno número de cirurgiões, requerendo que os pacientes percorram longas distâncias até o estabelecimento de saúde, contribuindo com a demora no atendimento <sup>17</sup>. Para que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde é preciso primeiro que

os mesmos sejam acessíveis, ou seja, a acessibilidade oportuniza a utilização dos serviços pela população (acesso). A acessibilidade representa a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços, enquanto, o acesso é a forma como as pessoas experimentam seu serviço de saúde <sup>18</sup>.

O acesso à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) tem sido tratada com um dos grandes gargalos do SUS devido à insuficiência de oferta de serviços, os chamados “vazios assistenciais da média complexidade”, que somados a falta de integração da rede de atenção contribuem para o aumento das filas de espera. Contudo, muitos problemas que se surgem sob a forma de vazios assistenciais poderiam ser sanados através de novas formas de organização das relações entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a AAE sem o aumento da oferta de serviços <sup>19</sup>.

Além do fator supracitado, é possível atribuir o atraso a outros fatores como a não urgência dos médicos em estabelecer um tratamento definitivo para os casos em estágio menos agressivo <sup>13</sup>. Bem como, é dada aos pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado a opção de escolha pelo tratamento, e isto muitas vezes exige um período significativo de tempo até que a decisão seja tomada <sup>20</sup>. Atrasos também têm sido associados com a ansiedade, estresse, e sentimento de impotência dos pacientes e seus familiares <sup>21</sup>.

Neste estudo, quando se verifica os efeitos da Lei 12.732 sob todos os casos, percebe-se que a mesma exerceu certo impacto nas seguintes variáveis: diagnóstico anterior; tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico; e tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento. Observou-se que após a Lei, o hospital passou a receber um maior número de indivíduos sem diagnóstico anterior de câncer de próstata, porém, os tempos entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre a primeira consulta e o tratamento pioraram. O hospital não conseguiu se adequar a essa nova situação, apresentando dificuldades em cumprir o prazo determinado.

Os indivíduos que chegaram à instituição sem diagnóstico apresentaram menores tempos para o início do tratamento. Este fato também foi identificado em um estudo realizado na cidade de São Paulo <sup>22</sup> com mulheres idosas com

câncer de mama, ao descrever que receber o diagnóstico e todo o tratamento no serviço avaliado garantiu melhores tempos.

Apesar da grande maioria dos homens diagnosticados com câncer de próstata terem iniciado o tratamento em um período superior a 60 dias no HSRC-AFECC, outras pesquisas realizadas no país, cujo foco foram outras neoplasias revelam um cenário diferente. A pesquisa com as mulheres idosas com câncer de mama identificou que a grande maioria (>80%) teve até dois meses de intervalo entre o diagnóstico e o tratamento, e cerca de 36% foram atendidas em até um mês <sup>22</sup>. Medeiros et al. <sup>23</sup>, identificaram que 63,1% das mulheres com câncer de mama no país iniciaram o tratamento em até 60 dias, estando de acordo com a legislação brasileira. Assim como, na atenção ao câncer colorretal o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento foi de 28 dias em um hospital universitário do Estado de São Paulo <sup>24</sup>. Vale ressaltar que em todas as pesquisas citadas os intervalos de tempo foram verificados em anos anteriores a publicação da Lei 12.732, não havendo pesquisas que avaliaram os efeitos após a publicação da mesma, principalmente quando se tem o câncer de próstata como objeto de estudo.

Desta forma, a situação encontrada demonstra a fragilidade do serviço de saúde em garantir um atendimento rápido, eficiente e organizado que assegure o cumprimento das disposições legais na atenção à neoplasia prostática. É necessária uma reorientação do fluxo de atendimento da unidade hospitalar, bem como da rede de atenção, para que de forma resolutiva possam atender as demandas da população, por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde e da promoção de melhorias na qualidade da assistência prestada. As redes são organizações que apresentam um conjunto de serviços, vinculados entre si por uma missão única e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral, com responsabilidades sanitária e econômica e geração de valor para a população <sup>25</sup>.

Para tanto, a reestruturação dos serviços de saúde passa a ser fundamental, ao retomar as responsabilidades e competências de cada esfera de gestão do SUS, para que de forma conjunta possam desenvolver práticas de gestão e

atenção centralizadas na minimização das desvantagens sociais. É preciso que os gestores e as equipes de saúde adotem uma prática focada em ações resolutivas voltadas as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços, priorizando a assistência integral, universal e equitativa <sup>26</sup>.

Também há que se pensar na lacuna que vai da suspeita de câncer até a confirmação anatomopatológica, a qual é responsável na maioria dos casos por atrasos no início do tratamento e que não foi abordada pela Lei 12.732/2012. A busca por atendimento especializado e por exames diagnósticos leva os usuários a peregrinar por vários serviços, e aguardar por um bom tempo até que a biopsia seja efetivamente realizada.

Este estudo, por ter utilizado fonte de dados de base secundária, por não contar com a totalidade das informações, bem como a imprecisão do registro pode conter possível viés de informação e seleção. Outra limitação refere-se ao fato de que os casos de diagnóstico mais tardio podem ser referenciados ao HSRC-AFECC com maior frequência, já que é um hospital de referência em oncologia no Estado do Espírito Santo, ocorrendo um possível viés de amostragem <sup>27</sup>.

#### **4.1.6 Conclusão**

Diante desse cenário, se observa dificuldades da instituição em promover adequações e novas conformações no processo de trabalho do serviço, que podem estar relacionadas a diversos fatores como a não efetiva integração da rede de atenção à saúde, a carência de ações de inclusão dos homens nos serviços de saúde, as dificuldades ou não comprometimento da gestão em criar meios que possam melhorar a qualidade dos serviços e facilitar o acesso, além do incipiente trabalho de estímulo à Promoção da Saúde masculina. É preciso que haja uma mudança na prática assistencial voltada para a população masculina, em que ações esporádicas e fragmentadas devem dar espaço para atividades permanentes, contínuas e longitudinais.

Portanto, a garantia do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico está condicionada a mudanças que devem ocorrer não apenas no serviço analisado, mas também no sistema de saúde. Partindo de uma perspectiva ampliada de trabalho com os homens, em que os serviços possam se adequar as especificidades desse grupo e que estejam preparados para atendê-los nas mais diversas situações. É importante compreendê-los como sujeitos que carecem de informação e atenção, sendo fundamental a criação de meios para o seu empoderamento, o que possibilitaria maior autonomia, controle sobre sua condição de vida e participação nas ações de saúde.

Faz-se necessário a realização de pesquisas futuras, que possam contemplar um período maior de vigência da Lei 12.732/2012 para um maior controle de seus efeitos e melhor monitoramento de seus indicadores, especialmente, na atenção ao câncer de próstata.

#### **4.1.7 Referências**

- 1 - Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*. 2015; 136: E359–E386.
- 2 - Brasil. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- 3 - Elit L. Wait times from diagnosis to treatment in cancer. *J Gynecol Oncol* 2015; 26:246-248.
- 4 - Nguyen PL, Whittington R, Koo S, Schultz D, Cote KB, Loffredo M, McMahon E, Renshaw AA, Tomaszewski JE, D'Amico AV. The impact of a delay in initiating radiation therapy on prostate-specific antigen outcome for patients with clinically localized prostate carcinoma. *Cancer*. 2005; 103:2053-9.
- 5 - Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da união*. 23 nov 2012.
- 6 - Van den Bergh RC, Albertsen PC, Bangma CH, Freedland SJ, Graefen M, Vickers A, van der Poel HG. Timing of curative treatment for prostate cancer: a systematic review. *Eur Urol*. 2013;64:204-15.

- 7 - Redaniel MT, Martin RM, Gillatt D, Wade J, Jeffreys M. Time from diagnosis to surgery and prostate cancer survival: a retrospective cohort study. *BMC Cancer* 2013; 13:559-64.
- 8 - Sartori J, Marasciulo ACE. Câncer de próstata: sobrevida e prognóstico em unidade referência regional de alta complexidade em oncologia. *Perspectiva* 2014; 38:7-19.
- 9 - Gonçalves CD, Machado RM, Valões ROP, Souza MPO, Santi EB, Massochini GS, Calegari MF, Ferreira J. Análise do tempo médio do diagnóstico ao tratamento específico do câncer de próstata no HCPA entre 2004 a 2010. *Rev HCPA* 2013; 33 (Supl.):159-60.
- 10 - Kayanagh AG, Lee JC, Donnelly B. Time to treatment of prostate cancer through the Calgary Prostate Institute rapid access clinic. *Can J Urol*. 2008;15:3975-9.
- 11 - Stevens C, Bondy SJ, Loblaw A. Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment. *Can Urol Assoc J* 2010;4:243-8.
- 12 - Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Services Research* 2011;11:284.
- 13 - Berg WT, Danzig MR, Pak JS, Korets R, RoyChoudhury A, Hruby G, Benson MC, McKiernan JM, Badani KK. Delay From Biopsy to Radical Prostatectomy Influences the Rate of Adverse Pathologic Outcomes. *Prostate* 2015; 75:1085-91.
- 14 - Bonfill X, Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Sánchez MJ, Suárez-Varela MM, de la Cruz J, Emparanza JI, Ferrer M, Pijoán JI, Ramos-Goñi JM, Palou J, Schmidt S, Abraira V, Zamora J. Clinical intervals and diagnostic characteristics in a cohort of prostate cancer patients in Spain: a multicentre observational study. *BMC Urol*. 2015;15:60-9.
- 15 - Abern MR, Aronson WJ, Terris MK, Kane CJ, Presti JC Jr, Amling CL, Freedland SJ. Delayed radical prostatectomy for intermediate-risk prostate cancer is associated with biochemical recurrence: possible implications for active surveillance from the SEARCH database. *Prostate* 2013;73:409-17.
- 16 - O'Brien D, Loeb S, Carvalhal GF, McGuire BB, Kan D, Hofer MD, Casey JT, Helfand BT, Catalona WJ. Delay of surgery in men with low risk prostate cancer. *J Urol*. 2011; 185:2143-7.
- 17 - Stitzenberg KB, Wong YN, Nielsen ME, Egleston BL, Uzzo RG. Trends in radical prostatectomy: centralization, robotics, and access to urologic cancer care. *Cancer* 2012;118:54-62.
- 18 - Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

19 – Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

20 -Boorjian SA, Bianco FJ Jr, Scardino PT, Eastham JA. Does the time from biopsy to surgery affect biochemical recurrence after radical prostatectomy? BJU Int. 2005; 96:773-6.

21 - Trans K, Sandoval C, Rahal R, Porter G, Siemens R, Hernandez J, Fung S, Louzado C, Liu J, Bryant H. Wait times for prostate cancer treatment and patient perceptions of care in Canada: a mixed-methods report. Curr Oncol. 2015; 22: 361–4.

22 - Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2015; 20:3805-16.

23 - Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad. Saúde Pública 2015; 31:1269-82.

24 - Carvalho RAO. Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010 [Term paper]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

25 – Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

26 – França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. Rev. Bras. Enferm. 2010; 63: 964-70.

27 - Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MAC, Miotto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. Cad. Saúde Colet. 2014; 22: 93-100.

## 4.2 PROPOSTA DO ARTIGO 2

Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento.

### 4.2.1 Resumo

**Introdução:** O acesso desigual aos serviços de saúde desempenha um papel determinante no atraso para o diagnóstico e tratamento do câncer. No caso do de próstata, este atraso está diretamente relacionado a fatores sociodemográficos e clínicos. **Objetivo:** Avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento. **Métodos:** Estudo analítico, longitudinal de dados secundários. A população do estudo compreende os homens com câncer de próstata atendidos no período de 2010 a 2014, excetuando o ano de 2012, no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC). Os dados foram extraídos das Fichas de Registro de Tumor e prontuários dos pacientes. **Resultados:** A população do estudo foi de 1388 homens. Destes, os com idade inferior a 70 anos (OR=1,85; IC=1,49-2,31), não brancos (OR=1,30; IC=1,00-1,70), com menos de oito anos de estudo (OR=1,52; IC=1,06-2,17), com diagnóstico e sem tratamento (OR=0,10; IC=0,06-0,16) e que foram encaminhados pelos serviços do SUS (OR=2,52; IC=1,84-3,46) apresentaram maior risco de apresentar tempo superior a 60 dias para iniciar o tratamento. Da mesma forma, quanto menor o escore de Gleason (OR= 1,78; IC=1,37-2,32) e os níveis de PSA (OR= 2,71; IC=2,07-3,54) maior a probabilidade de atraso superior a 60 dias para o tratamento. **Conclusão:** Observou-se que as características sociodemográficas e clínicas exercem uma forte influência no acesso ao tratamento do câncer de próstata. As associações encontradas entre os tempos com as variáveis sociodemográficas revelam diferenças que podem ser consideradas como injustas, pois prejudicam os que mais carecem de atenção.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade em Saúde; Tempo para tratamento; Câncer de Próstata.



## Abstract

**Introduction:** The unequal access to the health services plays a decisive role in the delay to diagnosis and treatment of cancer. In the prostate cancer case, the delay to treatment suffers a strong influence by the socio demographic and clinical factors. **Goal:** evaluate the association of socio demographic and clinical variables with the wait times to treatment of men attended in a referral hospital in oncology of Espírito Santo. **Methods:** Analytical study, longitudinal of secondary data. The study population comprises men with prostate cancer treated in the period 2010 to 2014, except in year 2012, in the Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC). The data were extracted from the tumor registry sheets and patient records. **Results:** The study population was 1388 men with the majority below 70 years (OR= 1,85; CI= 1,49-2,31), non white (OR= 1,30; CI= 1,00-1,70), less than 8 years of study (OR= 1,52; CI=1,06-2,17), with diagnostic and without treatment (OR= 0,10; CI=0,06-0,16) and referred by the SUS services (OR= 2,52; CI=1,84-3,46), showing waiting time to treatment above 60 days. Similarly, the lower Gleason score (OR= 1,78; CI=1,37-2,32) and PSA levels (OR= 2,71; CI=2,07-3,54) greater the likelihood of delay exceeding 60 days for beginning the treatment. **Conclusion:** It was observed that the sociodemographic and clinical characteristics have a strong influence on access to treatment for prostate cancer. The associations between times with sociodemographic variables reveal differences which may be regarded as unfair, they compromise the most who need of attention.

**Key words:** Health Services Accessibility; Health Equity; Time-to-Treatment; Prostatic Neoplasms.

#### 4.2.2 Introdução

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer que mais acomete a população masculina e a quinta causa de morte de homens ao redor do mundo <sup>1</sup>. No Brasil, para o ano de 2016 são esperado cerca de 61.200 casos novos, representando um risco estimado de 61,82 casos a cada 100 mil homens <sup>2</sup>. Diante desse panorama, pesquisas têm revelado disparidades na atenção a este tipo de neoplasia associadas com fatores sociodemográficos e clínicos.

Embora as taxas de sobrevida após o diagnóstico do câncer de próstata terem melhorado nas últimas duas décadas, as análises de sobrevida referentes ao status socioeconômico sugerem desigualdades, indicando pior prognóstico para os indivíduos de menor renda <sup>3</sup>. Assim como, homens negros têm um maior risco de serem acometidos e morrerem por este tipo de câncer, o que pode estar relacionado a dificuldades no acesso aos serviços de saúde e diferenças na abordagem terapêutica <sup>4,5</sup>. Schmid et al. <sup>6</sup>, identificaram que homens negros tratados com cirurgia para doença clinicamente localizada são mais propensos a apresentarem eventos adversos e incorrer em custo mais elevados em comparação com os homens brancos. Este fato pode ter relação com a desigualdade no uso da terapia definitiva, a qual é aplicada em menor frequência entre os homens hispânicos e negros <sup>7</sup>.

Homens diagnosticados em sistemas de saúde que servem principalmente populações de baixa condição socioeconômica tendem a ter significativamente maior risco e estágio da doença quando comparados com aqueles atendidos em outros serviços (mesmo tendo idades comparáveis), sendo um fenômeno que não parece possível explicar unicamente por distribuições raciais <sup>8</sup>. Neste aspecto, o acesso desigual aos serviços de saúde desempenha claramente um papel determinante no atraso para o diagnóstico e tratamento <sup>9</sup>.

Em 2012, o governo brasileiro publicou a Lei 12.732 que institui o prazo de 60 dias para o início do tratamento após o diagnóstico para todos os tipos de neoplasia no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de minimizar e

eliminar as diferenças no acesso ao tratamento do câncer<sup>10</sup>. Partindo de uma abordagem universal e integral, conforme os preceitos doutrinários do SUS.

Desta forma, para verificar se o acesso ao tratamento do câncer de próstata tem sido oportunizado de forma equânime pela rede de atenção a saúde, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento de homens atendidos em um hospital de referência em oncologia do Estado do Espírito Santo.

#### **4.2.3 Métodos**

Trata-se de um estudo analítico, longitudinal de dados secundários. A população do estudo é composta por homens com câncer de próstata atendidos no período de 2010 a 2014, excetuando o ano de 2012, no Hospital Santa Rita de Cássia - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC-AFECC), situado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. O hospital é credenciado pelo SUS como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), sendo referência no Estado do Espírito Santo.

Excluíram-se os homens que iniciaram o tratamento em outra instituição hospitalar, em vigilância ativa, com tratamento pago por planos de saúde ou particular, assim como os casos com não completude de registro das variáveis relativas ao tempo. Os casos diagnosticados no ano de 2012 não foram incluídos na pesquisa, a fim evitar qualquer possível efeito da adequação do serviço ao cumprimento da Lei 12.732, que foi publicada no referido ano.

Os dados foram extraídos das Fichas de Registro de Tumor que fornece dados para o Sistema de Informação dos Registros Hospitalares de Câncer (SISRHC) e prontuários. Para a coleta dos dados nos prontuários foi utilizado um instrumento específico, elaborado pelo pesquisador, contendo as seguintes variáveis: estadiamento clínico, score de Gleason, níveis de antígeno prostático específico (PSA), desfecho, data da última consulta e data do encaminhamento para o HSRC-AFECC.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. Os resultados foram apresentados por cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Foram aplicados testes do qui-quadrado de associação entre os tempos entre o diagnóstico e o início do tratamento e entre primeira consulta e o início do tratamento com as variáveis sócio demográficas e clínicas do estudo. O nível de significância adotado foi de 0,05. Foram calculados os *Odds ratios* (razão de chances) brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística para todas as variáveis que apresentaram p-valor < 0,10.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e aprovado sob o parecer de nº 1.210.765/2015.

#### **4.2.4 Resultados**

No período do estudo foram atendidos no HSRC-AFECC 1940 homens com diagnóstico de câncer de próstata. Deste total, foram excluídos 304 (15,6%) por terem iniciado o tratamento fora do HSRC-AFECC, 190 (9,8%) por estarem em vigilância ativa e/ou não terem gerado valor de receita, 34 (1,7%) por ter tido o tratamento custeado por plano de saúde ou particular, e 14 (0,7%) sem informação. A população do estudo foi de 1388 homens.

A Tabela 1 apresenta os resultados das associações das variáveis sociodemográficas e os tempos de atendimento.

Dos resultados, percebeu-se que o maior percentual de homens que tiveram o tratamento iniciado em até 60 dias, contados a partir da primeira consulta no HSRC-AFECC, tinham idade igual ou superior a 71 anos ( $p=0,001$ ). No entanto, os não brancos possuem um intervalo de tempo superior a 60 dias entre a primeira consulta e o tratamento ( $p=0,050$ ). Quanto ao grau de instrução, os mais escolarizados em sua maioria iniciam o tratamento em até 60 dias, tanto a partir da data do diagnóstico ( $p=0,027$ ) como da data da

primeira consulta no hospital ( $p=0,022$ ). Desta forma, ter abaixo de 70 anos, ser não branco e menos de oito anos de estudo constituíram como determinantes para atraso no início do tratamento.

Em relação aos efeitos da Lei 12.732, verifica-se que não houve diferença no tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, contudo, ocorreu uma piora no intervalo entre a data da primeira consulta e o início do tratamento ( $p=0,020$ ). O dispositivo legal não alcançou seu principal objetivo nos primeiros dois anos de vigência, tendo apenas repercutido, de forma negativa, sobre o acesso a consulta com especialista no hospital.

Os indivíduos que são encaminhados ao hospital sem confirmação diagnóstica apresentam um tempo menor para o início do tratamento, tanto a partir do diagnóstico ( $p=0,001$ ) como da primeira consulta no HSRC-AFECC ( $p=0,001$ ). O mesmo ocorre com aqueles cuja origem do encaminhamento é de serviços não SUS, apresentando em sua maioria o intervalo de tempo de até 60 dias para iniciar o tratamento, contados a partir da primeira consulta na instituição ( $p=0,001$ ). Este resultado ressalta a fragilidade da rede de atenção do serviço público de saúde, cuja ausência ou ineficiência de integração dos serviços de saúde favorece a morosidade no encaminhamento dos usuários para os serviços especializados.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES.

Variáveis	Tempo entre o diagnóstico e o início tratamento					Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento				
	Até 60 dias		Mais de 60 dias		p-valor	Até 60 dias		Mais de 60 dias		p-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Idade</b>										
Até 70 anos	111	14%	661	86%	0,062	310	40%	462	60%	<b>0,001</b>
71 anos e mais	105	18%	474	82%		321	55%	258	45%	
<b>Faixa etária</b>										
Até 54 anos	13	15%	76	85%	0,088	32	36%	57	64%	<b>0,001</b>
55 a 59 anos	14	12%	99	88%		50	44%	63	56%	
60 a 64 anos	26	12%	188	88%		79	37%	135	63%	
65 a 69 anos	49	16%	252	84%		135	45%	166	55%	
70 a 74 anos	36	14%	223	86%		112	43%	147	57%	
75 a 79 anos	46	20%	181	80%		136	60%	91	40%	
80 anos e mais	32	22%	116	78%		87	59%	61	41%	
<b>Raça/Cor</b>										
Branco	46	16%	238	84%	0,865	146	51%	138	49%	0,050
Não branco	157	16%	838	84%		446	45%	549	55%	
<b>Anos de estudo</b>										
Até 8 anos	158	16%	847	84%	<b>0,027</b>	464	46%	541	54%	<b>0,022</b>
9 anos e mais	32	23%	106	77%		78	57%	60	43%	
<b>Lei 60 dias</b>										
Antes da lei	109	16%	584	84%	0,789	345	50%	348	50%	<b>0,020</b>
Depois da lei	107	16%	551	84%		286	43%	372	57%	
<b>Diagnóstico anterior</b>										
Sem diagnóstico e sem tratamento	58	32%	125	68%	<b>0,001</b>	18	10%	165	90%	<b>0,001</b>
Com diagnóstico e sem tratamento	158	14%	1010	86%		613	52%	555	48%	
<b>Origem do encaminhamento</b>										
SUS	111	12%	787	88%	<b>0,001</b>	386	43%	512	57%	<b>0,001</b>
Não SUS	58	28%	148	72%		135	66%	71	34%	

No que se refere às variáveis clínicas, observa-se que quanto maior é o estadiamento clínico, o escore de Gleason e os níveis de PSA maior é a probabilidade de o tratamento iniciar em até 60 dias, tanto quando se tem como base a data do diagnóstico ( $p=0,001$ ), como a data da primeira consulta no HSRC-AFECC ( $p=0,001$ ) (Tabela 2). Os homens com doença mais avançada têm prioridade no estabelecimento e início de tratamento definitivo, enquanto

os com doença localizada tendem a espera maior tempo para início do tratamento.

**Tabela 2** – Características clínicas de homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES.

Variável	Tempo entre o diagnóstico e o início tratamento					Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento				
	Até 60 dias		Mais de 60 dias		p-valor	Até 60 dias		Mais de 60 dias		p-valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Estadiamento</b>										
1	7	9%	68	91%	<b>0,001</b>	29	39%	46	61%	<b>0,001</b>
2	28	10%	244	90%		118	43%	154	57%	
3	16	18%	71	82%		44	51%	43	49%	
4	57	40%	87	60%		92	64%	52	36%	
<b>Escore de Gleason</b>										
2 a 6	58	9%	557	91%	<b>0,001</b>	246	40%	369	60%	<b>0,001</b>
7	54	15%	316	85%		180	49%	190	51%	
8 a 10	97	28%	253	72%		190	54%	160	46%	
<b>PSA</b>										
Menor que 10	51	10%	478	90%	<b>0,001</b>	198	37%	331	63%	<b>0,001</b>
10 a 19	34	11%	265	89%		132	44%	167	56%	
20 ou mais	116	29%	282	71%		246	62%	152	38%	

A Tabela 3 apresenta os *Odds* brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística das variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram  $p < 0,10$ , quando associadas ao tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta no serviço especializado. O OR ajustado evidenciou maior risco de atraso no tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta no HSRC-AFECC dos homens que chegaram à instituição com diagnóstico (OR=3,08; IC= 1,79-5,29), que foram encaminhados pelos serviços dos SUS (OR=2,45; IC= 1,56-3,85), que tiveram o escore de Gleason entre 2 a 6 (OR=2,59; IC= 1,55-4,32), e com os níveis de PSA abaixo de 10 ng/dL (OR=4,42; IC= 2,59-7,54).

**Tabela 3** – Frequência absoluta e percentual do total por tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta e frequência ajustada das variáveis sociodemográficas, clínicas dos homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES.

Categoria	Tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta > 60 dias							
	Odds bruto				Odds ajustado			
	p-valor	OR	LI 95%	LS 95%	p-valor	OR	LI 95%	LS 95%
<b>Idade</b>								
Até 70 anos	0,063	1,32	0,99	1,77				
71 anos e mais		1,00						
<b>Faixa etária</b>								
Até 54 anos	0,185	1,61	0,80	3,27	0,793	1,15	0,40	3,28
55 a 59 anos	0,055	1,95	0,99	3,86	0,325	1,65	0,61	4,48
60 a 64 anos	<b>0,017</b>	1,99	1,13	3,52	0,655	1,19	0,55	2,57
65 a 69 anos	0,168	1,42	0,86	2,33	0,551	0,81	0,41	1,62
70 a 74 anos	<b>0,046</b>	1,71	1,01	2,89	0,163	1,68	0,81	3,47
75 a 79 anos	0,752	1,09	0,65	1,80	0,562	0,81	0,40	1,64
80 anos e mais		1,00				1,00		
<b>Anos de estudo</b>								
Até 8 anos	<b>0,028</b>	1,62	1,05	2,49	0,065	1,70	0,97	3,00
9 anos e mais		1,00				1,00		
<b>Diagnóstico anterior</b>								
Sem diagnóstico e sem tratamento		1,00				1,00		
Com diagnóstico e sem tratamento	<b>0,001</b>	2,97	2,08	4,22	<b>0,001</b>	3,08	1,79	5,29
<b>Origem do encaminhamento</b>								
SUS	<b>0,001</b>	2,78	1,93	3,99	<b>0,001</b>	2,45	1,56	3,85
Não SUS		1,00				1,00		
<b>Escore de Gleason</b>								
2 a 6	<b>0,001</b>	3,68	2,57	5,27	<b>0,001</b>	2,59	1,55	4,32
7	<b>0,001</b>	2,24	1,55	3,25	0,098	1,51	0,93	2,47
8 a 10		1,00				1,00		
<b>PSA</b>								
Menor que 10	<b>0,001</b>	3,86	2,69	5,53	<b>0,001</b>	4,42	2,59	7,54
10 a 19	<b>0,001</b>	3,21	2,11	4,87	<b>0,007</b>	2,02	1,22	3,37
20 ou mais		1,00				1,00		

Já a Tabela 4, expressa os *Odds* brutos e ajustados das variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento no HSRC-AFECC. É possível identificar que o OR ajustado confere maior risco de atraso para o tratamento em homens com até 54 anos (OR=2,59; IC= 1,13-5,96), não brancos (OR=1,45; IC= 1,00-2,11), com



até 8 anos de estudo (OR=2,04; IC= 1,20-3,48), proveniente do SUS (OR=2,26; IC= 1,49-3,44), com PSA abaixo de 10 ng/dL (OR=2,38; IC=1,60-3,54), e naqueles com PSA entre 10 a 19 ng/dL (OR=2,18; IC= 1,43-3,33).

**Tabela 4** – Frequência absoluta e percentual do total por tempo entre a consulta e o início do tratamento e frequência ajustada das variáveis sociodemográficas, clínicas dos homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, Vitória/ES.

Variáveis	Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento > 60 dias							
	Odds bruto				Odds ajustado			
	p-valor	OR	LI 95%	LS 95%	p-valor	OR	LI 95%	LS 95%
<b>Idade</b>								
Até 70 anos	<b>0,001</b>	1,85	1,49	2,31				
71 anos e mais		1,00						
<b>Faixa etária</b>								
Até 54 anos	<b>0,001</b>	2,54	1,48	4,37	<b>0,025</b>	2,59	1,13	5,96
55 a 59 anos	<b>0,020</b>	1,80	1,10	2,95	<b>0,021</b>	2,40	1,14	5,05
60 a 64 anos	<b>0,001</b>	2,44	1,59	3,74	<b>0,014</b>	2,22	1,18	4,18
65 a 69 anos	<b>0,006</b>	1,75	1,18	2,61	0,053	1,81	0,99	3,32
70 a 74 anos	<b>0,003</b>	1,87	1,24	2,82	0,086	1,71	0,93	3,16
75 a 79 anos	0,828	0,95	0,63	1,45	0,665	0,87	0,45	1,66
80 anos e mais		1,00				1,00		
<b>Raça/Cor</b>								
Branco		1,00				1,00		
Não branco	<b>0,050</b>	1,30	1,00	1,70	0,052	1,45	1,00	2,11
<b>Anos de estudo</b>								
Até 8 anos	<b>0,023</b>	1,52	1,06	2,17	<b>0,008</b>	2,04	1,20	3,48
9 anos e mais		1,00				1,00		
<b>Lei 60 dias</b>								
Antes da lei		1,00				1,00		
Depois da lei	<b>0,020</b>	1,29	1,04	1,60	0,199	1,23	0,90	1,68
<b>Diagnóstico anterior</b>								
Sem diagnóstico e sem tratamento		1,00				1,00		
Com diagnóstico e sem tratamento	<b>0,001</b>	0,10	0,06	0,16	<b>0,001</b>	0,03	0,01	0,09
<b>Origem do encaminhamento</b>								
SUS	<b>0,001</b>	2,52	1,84	3,46	<b>0,001</b>	2,26	1,49	3,44
Não SUS		1,00				1,00		
<b>Escore de Gleason</b>								
2 a 6	<b>0,000</b>	1,78	1,37	2,32	<b>0,032</b>	1,58	1,04	2,40
7	0,131	1,25	0,94	1,68	0,074	1,49	0,96	2,31
8 a 10		1,00						
<b>PSA</b>								
Menor que 10	<b>0,001</b>	2,71	2,07	3,54	<b>0,001</b>	2,38	1,60	3,54
10 a 19	<b>0,001</b>	2,05	1,51	2,78	<b>0,001</b>	2,18	1,43	3,33

#### 4.2.5 Discussão

Este estudo tem como pressuposto a análise dos fatores associados a atrasos no atendimento, diagnóstico e início do tratamento de homens com câncer de próstata atendidos em um hospital de referência estadual em oncologia.

Observou-se que os homens acima de 71 anos, em sua maioria, iniciaram o tratamento em até 60 dias a partir da primeira consulta na instituição, enquanto os com idade inferior a 70 anos superaram esse prazo. Estudo realizado no Canadá <sup>11</sup> identificou que os indivíduos com mais de 70 anos apresentaram maior atraso no encaminhamento para o urologista, no entanto, aqueles abaixo de 70 anos demoraram mais para receber a primeira fração de radioterapia. Pesquisa desenvolvida em Baltimore, Estados Unidos<sup>12</sup>, revelou que a média de idade dos homens que tiveram um atraso inferior a seis meses para cirurgia foi de 59 anos, enquanto, a idade média dos que retardaram mais de seis meses para a cirurgia foi de 61 anos. Já no Reino Unido<sup>13</sup>, longos intervalos de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia foram associados com o aumento da idade, os indivíduos acima de 65 anos apresentavam em média 97 dias de espera para a cirurgia.

A Raça/Cor tem sido tratada como variável que condiciona o acesso aos serviços de saúde. No presente trabalho, mais da metade (55%) dos não brancos demoraram mais de 60 dias para iniciar o tratamento a partir da primeira consulta. Nos Estados Unidos<sup>14</sup>, pesquisa mostrou que os homens negros apresentaram maior probabilidade de demora em iniciar o tratamento quando comparados com os homens brancos. Outro estudo americano <sup>15</sup> revelou que os afro-americanos possuíam os maiores intervalos entre o diagnóstico e o tratamento em todos os grupos de risco, ficando essa diferença mais acentuada no grupo de alto risco. No Brasil <sup>16</sup>, pesquisa apontou que a cor da pele influenciou o tipo de tratamento, na qual negros eram menos propensos ao procedimento cirúrgico. As disparidades raciais na atenção ao

câncer de próstata têm sido documentadas em todas as etapas de gestão da neoplasia, desde a apresentação, diagnóstico, tratamento, sobrevivência até a morte, com os homens negros com a maior carga em todo o processo de atenção<sup>17</sup>. Constituintes disparidades complexas que envolvem determinantes de natureza biológica, socioeconômica e sociocultural<sup>17,18,19</sup>.

A escolaridade exerceu influência tanto no tempo entre o diagnóstico e o tratamento, como no período entre a primeira consulta no HSRC-AFECC e o início do tratamento. Em ambos os tempos, os homens com até oito anos de estudo, geralmente, iniciavam o tratamento em um intervalo de tempo superior a 60 dias, em contrapartida, os mais escolarizados recebiam o primeiro tratamento em um intervalo menor. Nos dois estudos norte-americanos citados acima<sup>14,15</sup>, ambos constataram que os homens negros eram mais jovens, apresentavam menor renda, assim como menor nível de escolaridade quando comparados com os brancos. Contudo, um estudo Espanhol<sup>20</sup> não encontrou associação entre o tempo decorrido do diagnóstico ao primeiro tratamento com o nível de escolaridade.

Em relação à Lei 12.732, percebe-se que a mesma não exerceu nenhum impacto sobre o tempo entre o diagnóstico e o tratamento na instituição hospitalar, repercutindo apenas sobre o intervalo entre a primeira consulta e o tratamento, de forma negativa. Nos anos subsequentes à Lei, aproximadamente, 60% dos homens com câncer de próstata passaram a receber a terapêutica em um período superior a 60 dias contados da primeira consulta no hospital. Pesquisas referentes ao tempo de espera para o tratamento de homens com câncer de próstata no país são incipientes, inexistindo no período posterior a publicação da Lei.

Observou-se que chegar ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento pressupõe maior probabilidade de iniciar o tratamento no prazo de 60 dias, contados tanto a partir da primeira consulta na instituição como da data do diagnóstico. Este fato também pode ser identificado em um estudo que analisou o tempo entre o diagnóstico e o tratamento de mulheres idosas com câncer de mama, ao relatar que as mulheres que receberam o diagnóstico e

todo o tratamento no serviço avaliado obtiveram melhores tempos<sup>21</sup>. Não obstante, pesquisa prévia realizada no HSRC-AFECC<sup>22</sup> identificou que os homens que chegaram com diagnóstico e sem tratamento tiveram menor probabilidade de apresentar-se em estágio tardio, enquanto os que vieram sem diagnóstico e sem tratamento tenderam a apresentar estágios mais avançados.

Referente à origem do encaminhamento, os homens encaminhados pelos estabelecimentos do SUS apresentaram maiores intervalos de tempo entre o diagnóstico e o tratamento como da consulta ao tratamento, em comparação com os indivíduos encaminhados ao HSRC-AFECC pelos estabelecimentos privados de saúde. Estudo norte-americano<sup>17</sup> destacou que uma adequada cobertura do plano de saúde pode ser um importante determinante na detecção do tumor do câncer de próstata em estágio curável, viabilizando um tratamento oportuno e reduzindo disparidade. Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos<sup>23</sup> encontrou associação entre ter plano de saúde público com tratamento conservador, assim como, idade avançada, negros, solteiros, PSA acima de 20 ng/dl, baixo escore de Gleason (2-4), e comorbidades. Pesquisa realizada no Estado de São Paulo<sup>16</sup> descreveu o perfil dos homens com câncer de próstata do SUS como sendo negros, idosos, com PSA elevado, maior chance de metástase e menor probabilidade de receber tratamento definitivo, como a cirurgia.

A diferença no atendimento entre os indivíduos SUS e NÃO SUS nos remete à questão da dupla porta, a qual se refere às instituições que atendem pacientes SUS e pacientes privados, como é o caso do HSRC-AFECC que é um hospital filantrópico. Isto ressalta possíveis atalhos que os indivíduos com plano de saúde ou particular adotam para cortar a fila de espera para atendimento no hospital pago pelo SUS. Nos estabelecimentos de saúde em que se verifica a dupla porta é notório a tendência em priorizar o atendimento privado em detrimento do paciente custeado pelo sistema público<sup>24</sup>. Críticas apontam para o fato da “dupla porta” gerar uma dupla fila de espera e de percurso no interior da instituição, portanto segregando e/ou excluindo não apenas do lado de fora, mas também do lado de dentro do hospital<sup>25</sup>.

Em relação às variáveis clínicas, em ambos os tempos foi encontrado associação entre estágio avançado, alto escore de Gleason e PSA elevado (acima de 20 ng/dL) com menores tempos para início do tratamento. No Canadá <sup>11</sup>, pesquisa revelou que do diagnóstico ao início da radioterapia, os homens de intermediário e alto risco tiveram tempo de espera menor quando comparados com os de baixo risco. Assim como, na Espanha <sup>20</sup>, homens com PSA elevado e alto escore de Gleason obtiveram um intervalo entre o diagnóstico e o tratamento menor. Na Turquia<sup>26</sup>, estudo revelou que o tempo entre a biopsia e a cirurgia foi uma das variáveis preditoras para o aumento do escore de Gleason.

Para homens de intermediário e alto risco o prazo de 3 meses constitui-se como aceitável para a escolha do tratamento, não devendo as listas de espera desses pacientes ultrapassar esse período <sup>27</sup>. Eles ainda destacam que o atraso no tratamento pode favorecer a perda da janela de curabilidade em homens com alto risco, porém, o atraso pode não ter impacto sobre os resultados entre homens com tumor de menor risco.

Diante disso, é possível verificar os determinantes que condicionam a abordagem terapêutica dos homens com câncer de próstata atendidos no HSRC-AFECC, revelando iniquidades no acesso, pois são os homens de baixo nível socioeconômico (negros, menos escolarizados e usuários dos serviços do SUS) que mais demoram para iniciar o tratamento. Este achado suprime o princípio da equidade que deveria fundamentar as ações dos serviços de saúde. Este princípio doutrinário almeja a igualdade no acesso dos diferentes grupos populacionais no SUS, por meio da redução das diferenças sistemáticas que são desnecessárias e evitáveis, além de serem injustas <sup>28</sup>.

O acesso não enfoca somente características relacionadas a questões geográficas ou de disponibilidade de um serviço em um determinado momento e/ou lugar <sup>29, 30</sup>, representa a forma como as pessoas entram em contato com o sistema de saúde <sup>30</sup>. Assegurar esse direito à população requer pensar em todos os aspectos que podem afetar a institucionalização desta categoria analítica, como os fatores socioeconômico, culturais, demográficos e

relacionais<sup>30,31,32</sup>. Assim, ter o acesso como instrumento de avaliação das ações em saúde presume uma visão maior dos processos operacionalizados pela rede SUS de atenção, como também a organização dos métodos de trabalho, dentro de uma perspectiva ética e de direito a cidadania<sup>33</sup>.

Disparidades nos modos de atendimentos em um serviço que se propõe ser universal, integral e equânime não devem jamais prevalecer, pelo contrário, é necessário eliminá-las do processo de trabalho. Para isso, a avaliação das práticas de trabalho e organização do serviço de saúde, constitui ferramenta chave para o planejamento e promoção de adequações nos modos de atendimento. Assim, viabilizar condições mínimas de acesso à população deveria ser premissa básica de todos os serviços, uma vez que é por meio dele que se interage com o sistema de saúde. Com o crescimento populacional é essencial buscar fórmulas que permitam satisfazer as necessidades quantitativamente crescentes e, ao mesmo tempo, de maneira mais equitativa, eficiente e efetiva<sup>33</sup>.

As limitações do estudo estão relacionadas a possível viés de informação e seleção, pois foi utilizada fonte de dados de base secundária, estando sujeita a variações nos registros e não preenchimento de todas as informações. Outra limitação é o possível viés de amostragem, uma vez que um número maior de casos em estádios tardios podem ter sido referenciados ao HSRC-AFECC com maior frequência, já que é uma instituição referência em oncologia<sup>22</sup>.

#### **4.2.6 Conclusão**

Observou-se que as características sociodemográficas e clínicas exercem uma forte influência no acesso ao tratamento do câncer de próstata. As associações encontradas entre os tempos com as variáveis sociodemográficas revelam diferenças que podem ser consideradas como injustas, pois prejudicam os que mais carecem de atenção, não havendo fundamentação ou recomendação para tal abordagem.

No entanto, quanto aos achados da pesquisa em relação às variáveis clínicas vai de encontro com o que é preconizado na atenção ao câncer de próstata. Os indivíduos em estádios mais avançados têm prioridade no início do tratamento, enquanto os com estádios mais precoces tendem a esperar maior tempo para a definição da terapêutica, pois o câncer de próstata é uma neoplasia de desenvolvimento lento na grande maioria dos casos. Contudo, a Lei 12.732 se aplica a todos os tipos de neoplasia, não entrando em detalhe sobre as especificidades de cada câncer. Desta forma, o prazo de até 60 dias para início do tratamento deve ser aplicado em todas as situações.

Portanto, os serviços têm o dever de eliminar qualquer iniquidade que possa imperar na assistência prestada, a qual deve ser desenvolvida imparcialmente, sem julgamento de valor e ter o indivíduo assistido em todas as suas interfaces. Cabe aos gestores e profissionais analisarem os fluxos de atenção e de atendimento para promoverem adequações na organização e estrutura do processo de trabalho, para assim desenvolver uma prática humanizada, acolhedora e isenta de desigualdades.

#### **4.2.7 Referências**

- 1 - Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*. 2015; 136: E359–E386.
- 2 - Brasil. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- 3 - Klein J, von dem Knesebeck O. Socioeconomic inequalities in prostate cancer survival: A review of the evidence and explanatory factors. *Soc Sci Med*. 2015; 142:9-18.
- 4 - Barocas DA, Penson DF. Racial variation in the pattern and quality of care for prostate cancer in the USA: mind the gap. *BJU Int*. 2010; 106: 322–28.

- 5 - Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. The Impact of Eliminating Socioeconomic and Racial Disparities on Premature Cancer Deaths. *CA Cancer J. Clin.* 2011; 61:212–236.
- 6 – Schmid M, Meyer CP, Reznor G, Choueiri TK, Hanske J, Sammon JD, Abdollah F, Chun FK, Kibel AS, Tucker-Seeley RD, Kantoff PW, Lipsitz SR, Menon M, Nguyen PL, Trinh QD. Racial differences in the surgical care of medicare beneficiaries with localized prostate cancer. *JAMA Oncol.* 2016;2:85-93.
- 7 - Underwood W, De Monner S, Ubel P, Fagerlin A, Sanda MG, Wei JT. Racial/ethnic disparities in the treatment of localized/regional prostate cancer. *J Urol.* 2004; 171:1504-7.
- 8 - Cooperberg MR. Re-Examining Racial Disparities in Prostate Cancer Outcomes. *JCO* 2013; 31-2979-2980.
- 9 - Barocas DA, Grubb R, Black A, Penson DF, Fowke JH, Andriole G, Crawford D. Association Between Race and Follow-Up Diagnostic Care After a Positive Prostate Cancer Screening Test in the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial. *Cancer* 2013; 119:2223-9.
- 10 - Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da união.* 23 nov 2012.
- 11 - Stevens C, Bondy SJ, Loblaw A. Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment. *Can Urol Assoc J.* 2010;4:243-8.
- 12 - O'Brien D, Loeb S, Carvalhal GF, McGuire BB, Kan D, Hofer MD, Casey JT, Helfand BT, Catalona WJ. Delay of surgery in men with low risk prostate cancer. *J Urol.* 2011; 185:2143-7.
- 13 - Redaniel MT, Martin RM, Gillatt D, Wade J, Jeffreys M. Time from diagnosis to surgery and prostate cancer survival: a retrospective cohort study. *BMC Cancer* 2013; 13:559-64.
- 14 - Kinlock BL, Thorpe Jr RJ, Howard DL, Bowie JV, Ross LE, Fakunle DO, LaVeist TA. Racial Disparity in Time Between First Diagnosis and Initial Treatment of Prostate Cancer. *Cancer Control.* 2016; 23:47-51.
- 15 - Stokes WA, Hendrix LH, Royce TJ, Allen IM, Godley PA, Wang AZ, Chen RC. Racial differences in time from prostate cancer diagnosis to treatment initiation: a population-based study. *Cancer.* 2013; 119:2486-93.
- 16 - Nardi AC, Reis RB, Zequi SC, Nardoza Junior A. Comparison of the epidemiologic features and patterns of initial care for prostate cancer between public and private institutions: a survey by the Brazilian Society of Urology. *Int Braz J Urol.* 2012; 38:150-61.



- 17 - Chornokur G, Dalton K, Borysova M, Kumar N. Disparities at presentation, diagnosis, treatment and survival in african american men, affected by prostate cancer. *Prostate*. 2011; 71:985-97.
- 18 - Xu J, Janise J, Ruterbusch J, Ager J, Schwartz KL. Racial differences in treatment decision-making for men with clinically localized prostate cancer: a population-based study. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*. 2016; 3:35–45.
- 19 - Schmid M et al. Racial differences in the surgical care of medicare beneficiaries with localized prostate cancer. *JAMA Oncol*. 2016;2(1):8593.
- 20 - Bonfill X, Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Sánchez MJ, Suárez-Varela MM, de la Cruz J, Emparanza JI, Ferrer M, Pijoán JI, Ramos-Goñi JM, Palou J, Schmidt S, Abraira V, Zamora J. Clinical intervals and diagnostic characteristics in a cohort of prostate cancer patients in Spain: a multicentre observational study. *BMC Urol*. 2015; 15:60-9.
- 21 - Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20:3805-16.
- 22 - Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MAC, Miotto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cad. Saúde Colet*. 2014; 22: 93-100.
- 23 - Schymura MJ, Kahn AR, German RR, Hsieh M, Cress RD, Finch JL, Fulton JP, Shen T, Stuckart E. Factors associated with initial treatment and survival for clinically localized prostate cancer: results from the CDCNPCR Patterns of Care Study (PoC1). *BMC Cancer*. 2010; 10:152.
- 24 – Teixeira MF, Patricio RG. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Rev Direito Sanitário*. 2011; 11:50-62.
- 25 – Cohn A, Elias PE, Ianni AMZ. “Subsídio Cruzado” ou “Dupla Porta”: o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo. *Série Didática* nº 6. 2002. Disponível em: < [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/didati6-hc.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati6-hc.pdf) > Acesso em: 09 out. 2016.
- 26 - Eroglu M, Doluoglu OG, Sarici H, Telli O, Ozgur BC, Bozkurt S. Does the time from biopsy to radical prostatectomy affect Gleason score upgrading in patients with clinical T1c prostate cancer? *KJU*. 2014; 55:395-99.

27 - Van den Bergh RC, Albertsen PC, Bangma CH, Freedland SJ, Graefen M, Vickers A, van der Poel HG. Timing of curative treatment for prostate cancer: a systematic review. *Eur Urol.* 2013;64:204-15.

28 - Organização Pan-americana de Saúde. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud: guía metodológica. Washington: OPS/OMS, 2000.

29 - Cunha ABO, Vieira-da-silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26: 725-37.

30 - Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24: 110.

31 - Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien. Saúde Colet.* 2011; 16: 2935-44.

32 - Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública.* 1987; 21: 439-46.

33 – Franco SC, Campos GWS. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32: 352-60.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Prover condições que favoreçam o acesso aos serviços de saúde, de forma universal e igualitária, pressupõe métodos de promoção da qualidade de vida e garantia dos direitos de todos os usuários do SUS. Para tanto, é preciso comprometimento de todos os sujeitos que formam o sistema de saúde (usuários, profissionais e gestores) na formulação e execução de modelos de atenção eficazes, efetivos e eficientes que assegurem o acesso a diferentes níveis de cuidado.

Desta forma, a não conformidade com o que é estabelecido em Lei pressupõe despreparo do serviço em se adequar a nova situação, que advém de uma série de fatores como a não integração da rede de atenção, a não inclusão do homem nas ações em saúde, a falta de profissionais capacitados para o trabalho com a população masculina, disparidades na localização dos serviços de saúde e vários outros.

Logo, percebe-se a importância de se redesenhar e reestabelecer uma rede de serviços organizados, hierarquizados e interrelacionados, coerente com a realidade estrutural dos serviços existentes a nível micro e macrorregional. Para assim vislumbrar maior cobertura da assistência e possibilitar maior facilidade de uso dos serviços e programas de saúde, facilitando desta forma o contato dos usuários com os serviços (acessibilidade) e permitindo a criação e evolução de novas conformações que viabilizem a ofertar uma atenção contínua e integral a população.

## REFERÊNCIAS DO ESTUDO

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. **Prostate cancer staging**. 7<sup>th</sup> ed. 2011. Disponível em:< <https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/Documents/ProstateSmall.pdf>>. Acesso em: 20 out 2015.

ANDRADE, R.F.; MONTEIRO, A.B. Fatores determinantes para criação da Política Nacional de Saúde do Homem. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. n. 5, p. 71-86, dez. 2012.

BERG, W.T.; DANZIG, M.R.; PAK, J.S.; KORETS, R.; ROYCHOUDHURY, A.; HRUBY, G.; BENSON, M.C.; MCKIERNAN, J.M.; BADANI, K.K. Delay From Biopsy to Radical Prostatectomy Influences the Rate of Adverse Pathologic Outcomes. **Prostate**, v.75, n.1, p.1085-1091, 2015.

BONFILL, X.; MARTINEZ-ZAPATA, M.J.; VERNOOIJ, R.W.; SÁNCHEZ, M.J.; SUÁREZ-VARELA, M.M.; DE LA CRUZ, J.; EMPARANZA, J.I.; FERRER, M.; PIJOÁN, J.I.; RAMOS-GOÑI, J.M.; PALOU, J.; SCHMIDT, S.; ABRAIRA, V.; ZAMORA, J. Clinical intervals and diagnostic characteristics in a cohort of prostate cancer patients in Spain: a multicentre observational study. **BMC Urol.**, v.15, n.1, p.60-69, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Brasil: tábua completa de mortalidade – 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, dezembro, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12372, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 nov.2012. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm).

Acesso em: 31 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registros Hospitalares de Câncer**: planejamento e gestão. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 maio 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de Dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 dezembro 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata**: documento de consenso. - Rio de Janeiro: INCA, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis** , v.19, n.3, p.659-678, 2009.

CARVALHO, R.A.O. Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010. 2010. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CAVALINI, L.T.; CRUZ, P.S.; SILVA, G.M.; SILVA, I.F. Perfil da Assistência em um Hospital Universitário: Informações do Registro Hospitalar de Câncer, 2000-2009. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n.2, p.153-161, 2012.

FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO, M.; PARKIN, M.; FORMAN, D.; BRAY, F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int. J. Cancer**, v.136, n.1, p.359-386, 2015.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.1, p.105-109, 2005.

FONTES, W.D.; BARBOZA, T.M.; LEITE, M.C.; FONSECA, R.L.S.; SANTOS, L.C.F. NERY, T.C.L. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm**, v.24, n.3, p. 430-433, 2011.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

GOMES, R.; REBELLO, L.E.F.S.; ARAUJO, F.C.; NASCIMENTO, E.F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.1, p. 235-246, 2008.

GONÇALVES, C.D.; MACHADO, R.M.; VALÕES, R.O.P.; SOUZA, M.P.O.; SANTI, E.B.; MASSOCHINI, G.S.; CALEGARI, M.F.; FERREIRA, J. Análise do tempo médio do diagnóstico ao tratamento específico do câncer de próstata no HCPA entre 2004 a 2010. **Rev HCPA**, v.33, supl.1, p.159-160, 2013.

GONCALVES, I.R.; PADOVANI, C.; POPIM, R.C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.4, p. 1337-1342, 2008.

GRABOIS, M.F.; OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S. Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.9, p.1711-1720, 2011.

HAMMERICH, K.H.; AYALA, G.E.; WHEELER, T.M. Anatomy of the prostate gland and surgical pathology of prostate cancer. In: HRICAK, H.; SCARDINO, P.T. **Prostate Cancer**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. cap. 1, 1-10.

HANSEN, R.P.; VEDSTED, P.; SOKOLOWSKI, I. SONDERGAARD, J.; OLESEN, F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. **BMC Health services research**, v.11, n.284, p.1-8, 2011.

JAMES, N. Clinical features and diagnosis of prostate câncer. In: James, N. **Primer on Prostate Cancer**. Berlin: Springer, 2014. cap. 2, p.5-15.

KAYANAGH, A.G.; LEE, J.C.; DONNELLY, B. Time to treatment of prostate cancer through the Calgary Prostate Institute rapid access clinic. **Can. J. Urol.**, v.15, n.1, p.3975-3779, 2008.

KLIGERMAN, J. Registro Hospitalar de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**,v.47, n.4, p.357-59, 2001.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero**. São Paulo: OMS - Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.1, p. 35-46, 2005.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G.S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a



sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.10, p.2607-2616, 2012.

LOUVISON, M.C.P. LEBRÃO, M.L. DUARTE, Y.A.O. SANTOS, J.L.F. MALIK, A.M. ALMEIDA, E.S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.4, p.733-40, 2008.

MEDEIROS, G.C.; BERGMAM, A.; AGUIAR, S.S.; THULER, L.C.S. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.6, p.1269-1282, 2015.

MENDONÇA, V.S.; ANDRADE, A.N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?. **Rev. psicol. polít.**, v.10, n.20, p. 215-226, 2010.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G.A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.2, p. 344-352, 2010.

MOTTET, N. et al. **Guidelines on Prostate cancer**. European Association of Urology, 137p. 2015. Disponível em:< [http://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer\\_LR.pdf](http://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer_LR.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

PINTO, I.V.; RAMOS, D.N.; COSTA, M.C.E.; FERREIRA, C.B.T.; REBELO, M.S. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v.20, n.1, p.113-20, 2012.

REDANIEL, M.T.; MARTIN, R.M.; GILLATT, D.; WADE, J.; JEFFREYS, M. Time from diagnosis to surgery and prostate cancer survival: a retrospective cohort study. **BMC Cancer**, v.13, n.1, p.559-564, 2013.

RODRIGUES, C.G.; SIMÕES, R.F.; AMARAL, P.V. **Distribuição da rede de oferta de serviços de saúde na região norte**: uma análise espacial multivariada, n 308. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

SANTOS, R. de S.; MELO, E. C. P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Escola de enfermagem Anna Nery**, v.15, n.2, p.410-416, 2011.

SARTORI, J.; MARASCIULO, A.C.E. Câncer de próstata: sobrevida e prognóstico em unidade referência regional de alta complexidade em oncologia. **Perspectiva**, v.38, n.1, p.7-19, 2014.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.10, p.2579-2588, 2012.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc.**, v.22, n.2, p. 415-428, 2013.

SOUZA, C.B.; FUSTINONI, S.M.; AMORIM, M.H.; ZANDONADE, E.; MATOS, J.C.; SCHIMER, J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo – Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.12, p.3805-3816, 2015.

STEVENS, C.; BONDY, S.J.; LOBLAW, A. Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment. **Can. Urol. Assoc. J.**, v.4, n.1, p.243-248, 2010.

## APÊNDICE

### FICHA DE COLETA DE DADOS

Ano \_\_\_\_\_

Data de coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

PRONTUARIO	
Nome do Paciente:	
MV:	
Escore de Gleason	_____ ( __+__ ) ( __/__/____ )
PSA Inicial	_____ ng/dl
Desfecho:	1 ( ) em tratamento 2 ( ) óbito 3 ( ) recidiva 4 ( ) metástase
Data da última consulta: (última informação)	Prontuário:  Sistema:

AIH						
	Nº AIH	Data de Internação	Tempo de Internação (em dias)	Nível de Prioridade	Procedimento realizado	Valor Total
1ª				( ) Urg. ( ) Ele		

APAC									
	Data	Linfonodos regionais invadidos	Metás.	Reci.	Local	Estadio	Tipo de Tratamento	Finalidade	Custo Total (R\$)
1ª		( ) S ( ) N ( ) NA					( ) R ( ) Q ( ) H	( ) Cur. ( ) Previa ( ) Adjuv ( ) Palia ( ) D contr ( ) Anti algica	

Data de encaminhamento:





## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DOS TEMPOS ENTRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E PRÓSTATA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA DO ES.

**Pesquisador:** Raone Silva Sacramento

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 45996115.7.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.210.765

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Para execução desse projeto serão utilizados dados secundários de pacientes atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória - ES. O objetivo é verificar os tempos decorridos entre o diagnóstico e o início do tratamento em indivíduos com câncer de mama e próstata. Será um estudo analítico de dados secundários, que compreenderá os casos de tumores malignos de próstata e mama registrados no Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), durante o período de 2010 a 2014. Os dados serão coletados a partir da Ficha de Registro de Tumor, da Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), prontuários dos usuários e pelo sistema SIS-RHC do HSRC. Espera-se identificar possíveis efeitos da Lei 12.732/2012 no diagnóstico precoce do câncer de mama e próstata, como redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, o que consequentemente poderá influir na redução dos custos com o tratamento. A lei estabelece "Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**CEP:** 29.040-091

**UF:** ES

**Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**E-mail:** cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.210.765

prontuário único.”.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

•Verificar os tempos decorridos entre o diagnóstico e o início do tratamento em indivíduos com câncer de mama e próstata, em uma instituição de referência no tratamento do câncer no estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

1. Determinar o tempo entre a data da 1ª consulta na instituição e o diagnóstico dos tumores de indivíduos que chegaram ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) com e sem diagnóstico prévio, no período de 2010 a 2014;
2. Determinar o tempo entre o diagnóstico dos tumores e início do tratamento de indivíduos que chegaram ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC) com e sem diagnóstico, no período de 2010 a 2014;
3. Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos entre o diagnóstico do tumor e início do tratamento. Variáveis sócio-demográficas: faixa etária, raça, escolaridade, estado conjugal, procedência, origem do encaminhamento. Variáveis clínicas: diagnóstico e tratamento anteriores, estadiamento clínico e patológico, tipo de tratamento, localização das metástases, escore de Gleason, PSA, procedimentos realizados (câncer de próstata).
4. Verificar o número de internações hospitalares e de procedimentos de alta complexidade autorizados, a partir da Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no período de 2010 a 2014. As variáveis que serão extraídas destes documentos constam no item 3.7.3 da metodologia.
5. Determinar o custo médio anual do tratamento de indivíduos com câncer de mama e próstata no período de 2010 a 2014.
6. Comparar o perfil dos indivíduos atendidos na instituição antes (2010 a 2011) e após (2013 a 2014) a implantação da Lei de nº 12.732.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora, os riscos e benefícios são:

“Riscos:

Riscos: Apesar de ser uma pesquisa que envolve dados secundários há um risco mínimo, conforme a Resolução 466, o qual decorre da manipulação dos dados. Desta forma, para evitar qualquer exposição de informação dos indivíduos, os pesquisadores se comprometem em

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.210.765

assegurar a confidencialidade e privacidade dos dados extraídos. Todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Confidencialidade e Sigilo de dados.

**Benefícios:**

O presente estudo oferecerá subsídios para gestores e serviços de saúde no planejamento de ações que visam assegurar o acesso dos indivíduos ao diagnóstico de neoplasias malignas e tratamento, objetivando a melhoria contínua dos serviços de oncologia. Assim como, poderá servir de base para a promoção de adequações, caso a Lei 12.732/2012 não esteja provocando os efeitos esperados, a fim de garantir o direito adquirido. Auxiliará na divulgação da respectiva Lei, através da publicação de trabalhos em revistas científicas e da exposição dos resultados em Congressos."

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância científica e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: apresentada e adequada

Projeto de pesquisa: apresentado

Projeto detalhado: apresentado

Termo de anuência da instituição: apresentado a aprovação do projeto por meio de um "Formulário para encaminhamento de projeto de pesquisa" do HSRC.

Termo de sigilo e confidencialidade: presente e assinado por todos os participantes

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

-

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisa só poderá ser iniciada a partir dessa aprovação

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	26/05/2015 22:02:27		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_516612.pdf	26/05/2015 22:07:07		Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br



CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.210.765

Outros	CARTA RESPOSTA - CEP.doc	24/07/2015 22:08:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE PROJETO - ALTERAÇÕES CEP.doc	24/07/2015 22:09:08		Aceito
Outros	TERMO CONFIDENCIALIDADE.pdf	24/07/2015 22:11:07		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	projeto de pesquisa - aprovado. (1).pdf	24/07/2015 22:12:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_516@12.pdf	24/07/2015 22:20:47		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 01 de Setembro de 2015

Assinado por:

Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni  
(Coordenador)

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO HSRC-AFECC PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**PROJETO ATUAL**

**DATA LIMITE PARA AUTORIZAÇÃO DO HSRC: 30/04/2015** **Nº. 79**

**FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA**

### 1. Título do Projeto de Pesquisa

Estudo dos tempos entre diagnóstico e tratamento do câncer de mama e próstata em uma instituição de referência do ES.

### 2. Resumo/objetivo do Projeto e dos Métodos de Pesquisa

O objetivo geral é verificar os tempos entre o diagnóstico e o início do tratamento em indivíduos com câncer de mama e próstata, em uma instituição de referência no tratamento do câncer do Espírito Santo.

Os objetivos específicos são de Determinar o tempo entre a data da 1ª consulta na instituição e o diagnóstico dos tumores no período de 2010 a 2014; Determinar o tempo entre o diagnóstico dos tumores e início do tratamento no período de 2010 a 2014; Avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos entre o diagnóstico do tumor e início do tratamento; Verificar o número de internações hospitalares e de procedimentos de alta complexidade autorizados no período de 2010 a 2014; Determinar o custo médio anual do tratamento de indivíduos com câncer de mama, próstata e colo do útero no período de 2010 a 2014.

Trata-se de um estudo analítico de dados secundários que compreenderá os casos de tumores malignos de próstata, mama e colo do útero registrados no HSRC, durante o período de 2010 a 2011 e 2013 a 2014.

**Fontes de dados:** Ficha de Registro de Tumor, Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), prontuários dos usuários e pelo SIS-RHC do HSRC.

**População do estudo:** Mulheres com câncer de mama e homens com câncer de próstata que foram atendidos no HSRC no período compreendido entre 2010 a 2014. Indivíduos atendidos no ano de 2012.

**Coleta de Dados:** Para a identificação da população do estudo será utilizado o SIS-RHC do HSRC, o qual é alimentado através da Ficha de Registro de Tumor. Desta forma, serão extraídos dados referentes às características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos. Nos casos em que se verificar a incompletude dos dados, pretende-se consultar os prontuários dos usuários a fim de obter as informações necessárias que não constam na Ficha de Registro de Tumor.

Os aspectos relativos às internações, aos procedimentos de alta complexidade e custo dos procedimentos serão obtidos através da AIH e APAC.

**Observação:** O projeto submetido inicialmente a Plataforma Brasil, e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFES.

### 3. Finalidades do Projeto

- ( ) Trabalho de Conclusão – Graduação  
 ( ) Trabalho de Conclusão – Especialização  
 ( X ) **Dissertação de Mestrado**  
 ( ) Tese de Doutorado  
 ( ) Pesquisa Clínica  
 ( ) Outros

### 4. Mestrandos

Nome: Luana de Jesus Simião e Raone Silva Sacramento – mestrandos em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Vínculo  
 ( ) HSRC ( X ) Outra Instituição (especificar): UFES

### 5. Orientador / Pesquisador Responsável

DATA LIMITE PARA AUTORIZAÇÃO DO HSRC: 30/04/2015

Nº. 79

**5. Orientador / Pesquisador Responsável**

Nome: Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim <a href="mailto:mhcamorim@yahoo.com.br">mhcamorim@yahoo.com.br</a> Profª. Drª. Eliana Zandonade – orientadora <a href="mailto:elianazandonade@uol.com.br">elianazandonade@uol.com.br</a>
Vínculo <input type="checkbox"/> HSRC <input checked="" type="checkbox"/> Outra Instituição (especificar): UFES

**6. Unidades e Instituições envolvidas na Pesquisa**

Instituição ou Local de Origem (local que originou o estudo): UFES Conveniada com o HSRC? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>OBS: Convênio vigente até julho/2015.</b>
Local de Realização da Pesquisa (local onde será realizado o estudo) <input checked="" type="checkbox"/> HSRC – Registro Hospitalar de Câncer <input type="checkbox"/> Outro _____

**7. Cronograma de execução da Pesquisa**

Início: maio/2015                      Término: julho/2015
--

**8. Encaminhamento**

24/02/2015 – Projeto encaminhado para análise e parecer de Kátia C. Viana – Analista Registro Hospitalar de Câncer. 17/03/2015 - Realizada reunião para discussão do projeto de pesquisa com a participação da professora Maria Helena, Cristiano e Weslene. Solicitado adequação do projeto para posterior apreciação da gerência e diretoria da área. 07/04/2015 – O projeto alterado foi entregue ao CEPAB pelo gerente Cristiano Venturim com parecer emitido pelo mesmo. 08/04/2015 – Projeto encaminhado para análise e parecer de Weslene Vargas Moura – diretora da área.
--

DATA LIMITE PARA AUTORIZAÇÃO DO HSRC: 30/04/2015

Nº. 79

9. Parecer da Analista do Registro Hospitalar de Câncer – Kátia C. Viana

FAVORÁVEL  DESFAVORÁVEL

Observações:

Kátia C. Viana  
/ / 2015

10. Parecer da Gerência Divisão Ambulatorial e Quimioterapia – Cristiano Venturim

FAVORÁVEL  DESFAVORÁVEL

Observações:

Propostas adaptadas ao projeto, ANEXO  
que foram apresentadas e aprovadas em 05/05/15.  
Releia em anexo.

Cristiano Venturim  
Gerência Div. Ambulatorial e Quimioterapia

Cristiano Venturim  
05/05/2015

DATA LIMITE PARA AUTORIZAÇÃO DO HSRC: 30/04/2015

Nº. 79

## 11. Parecer da Diretoria de Unidades Ambulatoriais – Weslene Vargas Moura

 AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Observações:

Leve atentar as observações realizadas pelo  
Gerente Cristiano.

Weslene Vargas Moura  
Diretora de Unidades Ambulatoriais  
e de Unidades de Cuidado

Weslene Vargas Moura

10/04/2015

## 12. Ciência da Diretoria de Administração e Finanças - Juliano N. Borges Campos

Considerações:

Juliano N. Borges Campos

/ / 2015