



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Vanessa de Moraes

Análise de fatores que levaram ao encaminhamento tardio em casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho nos anos de 2015 e 2016.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Pesquisa e Desenvolvimento: Biotecnologia Médica.

Orientador(a): Prof. Dr. Batista de Oliveira Junior

Botucatu

Vanessa de Moraes

Análise de fatores que levaram ao encaminhamento tardio em casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho nos anos de 2015 e 2016.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Pesquisa e Desenvolvimento: Biotecnologia Médica.

Orientador: Prof. Dr. Batista de Oliveira Junior

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Moraes, Vanessa de.

Análise de fatores que levaram ao encaminhamento tardio em casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho nos anos de 2015 e 2016 / Vanessa de Moraes. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Batista de Oliveira Junior

Capes: 40601005

1. Próstata - Câncer. 2. Diagnóstico tardio. 3. Homens - Saúde e higiene. 4. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Câncer de próstata; Diagnóstico tardio; Saúde do homem.

Vanessa de Moraes

Análise de fatores que levaram ao encaminhamento tardio em casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho nos anos de 2015 e 2016.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Batista de Oliveira Junior.

Comissão examinadora

Prof. Dr. Batista de Oliveira Junior
Universidade Estadual Paulista

Prof. Dr. Joel Carlos Lastória
Universidade Estadual Paulista

Prof.^a Dr.^a Ivana Regina Gonçalves
Faculdades Integradas de Jaú

Botucatu, 23 de maio de 2018.

Dedicatória

A Deus por me permitir mais este crescimento.

Ao Reinaldo, Cauã e Sofia pelo amor e acima de tudo pela presença e apoio constante em todas as etapas desse estudo.

Aos meus pais, Geraldo e Vandete pelo incentivo e dedicação em todos os momentos de minha vida.

Aos pacientes do Hospital Amaral Carvalho, com quem aprendo todos os dias.

Agradecimentos

Ao *Dr. Batista de Oliveira Junior*, pela orientação, paciência, sabedoria e estímulos constantes.

Aos *Doutores Renato Prado Costa, Guilherme Prado Costa e Marina Piva* pela importante colaboração e contribuição para a realização desse estudo.

Aos *coordenadores e professores* do Curso de Pós Graduação em Pesquisa e Desenvolvimento: Biotecnologia Médica por acreditarem em mim.

À secretária do curso *Janisse Aparecida Pena* pela paciência e apoio em todas as dificuldades e dúvidas.

À *equipe do Ambulatório de Urologia do HAC* pela paciência e ajuda nas entrevistas, em especial a amiga *Juliana Guarnieri*.

À equipe do *Serviço Social do HAC* pela compreensão e apoio.

Em especial aos queridos amigos por toda a ajuda prestada, nossas conversas e compartilhamento de saberes:

Tatiana S.D. da Costa, Renata M. Brandão e Camila F. Zanon Martins

Donaldo Botelho Veneziano

Alessandro G. Macedo Veiga

Eneida Stefanoni

Viviane Clemente Totina

Ao *Hospital Amaral Carvalho* pelo incentivo da qualificação e crescimento profissional.

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

MORAES, V.. **Análise de fatores que levaram ao encaminhamento tardio em casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho nos anos de 2015 e 2016.** Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

O câncer de próstata é o tipo de tumor de maior incidência nos homens, atrás somente do câncer de pele não melanoma, é o segundo em mortalidade no Brasil, sendo um grave problema de saúde pública, pois mesmo sendo um câncer de crescimento lento e de simples detecção, muitos pacientes descobrem tardiamente a doença, diminuindo as chances de cura e de sobrevivência. Os objetivos da pesquisa foram: desvelar alguns dos motivos do diagnóstico e encaminhamento tardio para um serviço de referência; analisar quais regiões encaminharam pacientes mais tardiamente e entender o itinerário terapêutico desses pacientes. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, desenvolvida em duas etapas. No 1º momento realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo de dados levantados junto ao RHC, de 1531 pacientes com câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho em 2015 e 2016. Na segunda etapa foi realizado um estudo qualitativo, com realização de 100 entrevistas, com perguntas fechadas e abertas. Entre os resultados destaca-se que a maioria dos pacientes está acima de 50 anos (97,77%), com média de 66 anos. A faixa etária de 70 a 79 anos apresentou o maior número de óbitos (3,66%) do total de 141 (9,21%), sendo o maior índice de pacientes com estágio IV (4,25%). 28,15% (431) dos pacientes chegaram com estágio avançado, sendo 131 da DRS VI (Bauru), 85 da DRS IX (Marília), 84 da DRS XVI (Sorocaba), 52 da DRS III (Araraquara) e os demais casos em menores números das demais DRS. Na 2ª etapa da pesquisa, constatou-se que dos 100 pacientes entrevistados: 78 são casados, 41 possuem de 3 a 4 filhos, 50 estudaram até o 4º ano, 67 já estão aposentados, 79 buscaram atendimento SUS. Dos sujeitos, 76 se autoneomaram brancos, 68 não fumantes, 56 pacientes afirmaram possuir familiares com câncer, sendo o familiar mais citado foi o pai (21), e o câncer de próstata o de maior prevalência. Ainda 70 pacientes declararam fazer exames de prevenção, 55 tiveram sintomas, apenas 20 relataram encontrar dificuldades no encaminhamento ao serviço especializado e 43 aguardaram menos de um mês para o atendimento no HAC. A pesquisa constatou que os casos de pacientes com estágios mais avançados (III e IV) somaram 24,85% em 2015 e 32,53% em 2016. Os valores culturais relacionados à masculinidade se destacaram como o principal motivo do encaminhamento tardio destes pacientes. A desorganização e a falta de comprometimento de alguns profissionais da saúde básica também foram obstáculos no acesso aos serviços de alta complexidade. Como proposta de auxílio na detecção precoce do câncer de próstata, sugerimos: definição de um consenso sobre rastreamento; capacitação

dos profissionais da rede básica para atendimento desta clientela; priorização de campanhas e trabalho coletivo com equipe multiprofissional; horário diferenciado para atendimento.

Palavras chaves: câncer de próstata; diagnóstico tardio; saúde do homem;

Abstract

MORAES, V .. Analysis of factors that led to late referral in new cases of prostate cancer received at Amaral Carvalho Hospital in the years 2015 and 2016. Dissertation (Masters) Botucatu Medical School, Botucatu State University, Botucatu, 2018.

Prostate cancer is the second most common type of tumor in men, behind only non-melanoma skin cancer. It is the second most common type of cancer in Brazil, being a serious public health problem. simple detection, many patients belatedly discover the disease, decreasing the chances of cure and survival. The objectives of the research were: to unveil some of the reasons for the diagnosis and late referral for a referral service; to analyze which regions referred patients later and to understand the therapeutic itinerary of these patients. It is a quantitative qualitative research, developed in two stages. A retrospective, descriptive and quantitative study of 1531 prostate cancer patients received at the Amaral Carvalho Hospital in 2015 and 2016 was carried out in the 1st stage. A second qualitative study was carried out with 100 interviews, with closed and open questions. Among the results it is highlighted that the majority of patients are over 50 years (97.77%), with a mean of 66 years. The age group from 70 to 79 years old had the highest number of deaths (3.66%) out of 141 (9.21%), being the highest rate of patients with stage IV (4.25%). 28,15% (431) of the patients arrived at an advanced stage, 131 of the DRS VI (Bauru), 85 of the DRS IX (Marília), 84 of the DRS XVI (Sorocaba), 52 of the DRS III (Araraquara) and the other cases in smaller numbers of the other DRS. In the second stage of the research, it was verified that of the 100 patients interviewed: 78 are married, 41 have 3 to 4 children, 50 have studied until the 4th year, 67 are already retired, 79 have sought SUS care. Of the subjects, 76 became white, 68 were non-smokers, and 56 patients reported having relatives with cancer. The most frequent family member was the father (21), and prostate cancer was the most prevalent. In addition, 70 patients reported having had preventive exams, 55 had symptoms, only 20 reported having difficulty in referral to the specialized service, and 43 waited less than one month for care at HAC. The research found that the cases of patients with more advanced stages (III and IV) totaled 24.85% in 2015 and 32.53% in 2016. The cultural values related to masculinity were the main reason for the late referral of these patients. The disorganization and lack of commitment of some basic health professionals have also been obstacles in accessing high complexity services. As a proposal to aid in the early detection of prostate cancer, we suggest: definition of consensus on screening; training of professionals in the basic network to serve this clientele; prioritization of campaigns and collective work with multiprofessional team; differentiated service hours. Keywords: prostate cancer; late diagnosis; men's Health;

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: Anatomia da próstata- visão anterior e visão lateral | 18 |
| Figura 2: Principais pontos de atenção para o diagnóstico precoce do câncer de próstata | 32 |
| Figura 3: Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2012 | 34 |
| Figura 4: Distribuição dos Serviços de Oncologia do Estado de São Paulo conforme categoria – 2011 | 35 |

Lista de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Agrupamento por estádios | 26 |
| Quadro 2: Classificação de D'Amico para tumores localizados | 27 |
| Quadro 3: Divisão das cidades do Estado de São Paulo conforme DRS | 50 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Limites de normalidade do PSA total por faixa etária | 21 |
| Tabela 2: Casos novos de câncer de próstata – Jaú - HAC 2015-2016 | 41 |
| Tabela 3: Média, desvio padrão, mediana, moda, mínimo, máximo e coeficiente de variação das idades dos pacientes – Jaú – 2015-2016 | 42 |
| Tabela 4 -Quantidade de casos novos divididos por faixa etária– Jaú – 2015-2016 | 42 |
| Tabela 5: Incidência de câncer de próstata conforme faixa etária e ano– Jaú – 2015-2016 | 43 |
| Tabela 6: Associação da faixa etária com estadiamento inicial de casos novos de CAP– Jaú /2015-2016 | 44 |
| Tabela 7: Casos novos conforme tipo de atendimento e ano– Jaú /2015-2016 | 45 |
| Tabela 8: Pacientes que faleceram até fevereiro de 2018– Jaú /2015-2016 | 47 |
| Tabela 9: Casos novos com óbito conforme estadiamento– Jaú /2015-2016 | 47 |
| Tabela 10: Casos novos de câncer de próstata conforme estadiamento inicial– Jaú /2015-2016 | 48 |
| Tabela 11: Casos novos conforme estadiamento e ano de inclusão– Jaú /2015-2016 | 49 |
| Tabela 12: Casos novos conforme DRS de origem– Jaú /2015-2016 | 52 |
| Tabela 13: Pacientes conforme DRS e ano que iniciou o tratamento– Jaú /2015-2016 | 54 |
| Tabela 14: Casos novos conforme DRS de origem e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016 | 55 |
| Tabela 15: Associação entre variáveis sociais e estadiamento inicial – Jaú /2015-2016 | 59 |
| Tabela 16: Associação entre profissão e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016 | 60 |
| Tabela 17: Associação de fatores de risco com estadiamento inicial dos entrevistados – Jaú /2015-2016..... | 62 |
| Tabela 18: Associação de hábitos de saúde e estadiamento inicial – Jaú /2015-2016 | 63 |
| Tabela 19: Associação entre variáveis sobre descoberta da doença e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016 | 64 |
| Tabela 20: Associação entre variáveis pós descoberta da doença e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016 | 66 |

Lista de Siglas

APAC: Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

CACON: Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CAP: Câncer de Próstata

CID: Classificação Internacional de Doenças

CROSS: Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

DRS: Direção Regional de Saúde

ERSPC: European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

FEBEC: Federação Brasileira de Entidades de Combate ao Câncer

HAC: Hospital Amaral Carvalho

HC: Hospital das Clínicas

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAS: Posto de Atendimento de Saúde

PLCO: Prostate Lung Colorectal and Ovarian Trial

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

PSA: Prostate-Specific Antigens - antígenos específicos da próstata

RAS: Regional Administrativa de Saúde

RHC: Registro Hospitalar de Câncer

RHCCC: Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer

RNM: Ressonância Nuclear Magnética

SBU: Sociedade Brasileira de Urologia

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCU: Tribunal de Contas da União

UICC: Union for International Cancer Control – União Internacional de Controle do Câncer

UNACON: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

Sumário

| | |
|---|----|
| 1 - INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 – APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA..... | 15 |
| 1.2 - OBJETIVOS | 17 |
| 1.3 - OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 17 |
| 2- REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 2.1 - O CÂNCER DE PRÓSTATA | 18 |
| Fatores de Risco | 19 |
| Detecção do Câncer de Próstata | 20 |
| Prevenção, Diagnóstico Precoce/ Rastreamento | 21 |
| 2.2- A GRAVIDADE DA DOENÇA E SEU TRATAMENTO | 23 |
| O escore de Gleason..... | 23 |
| A extensão da doença..... | 23 |
| Os níveis de PSA no sangue..... | 26 |
| O tratamento..... | 27 |
| 2.3 A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES | 28 |
| 2.4 – O FLUXO DE ATENDIMENTO E A REGULAÇÃO DE ONCOLOGIA NO ESTADO DE SÃO PAULO | 32 |
| A Rede Hebe Camargo..... | 33 |
| 3 – METODOLOGIA | 38 |
| 4 – RESULTADOS..... | 41 |
| 4.1 – RESULTADOS DA 1ª ETAPA DA PESQUISA | 41 |
| Idade..... | 42 |
| Convênios..... | 45 |
| Óbitos | 47 |
| Estadiamento Inicial..... | 48 |
| 4.2 – RESULTADOS DA 2ª ETAPA DA PESQUISA | 57 |
| Dados relativos aos aspectos sociais | 57 |
| Dados relativos aos fatores de riscos e hábitos de saúde | 61 |
| Dados relativos a descoberta da doença..... | 64 |
| Dados referentes após descoberta da doença | 66 |
| 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 67 |
| 6 – CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES..... | 77 |
| 7 - CONCLUSÃO | 79 |
| 8 - REFERÊNCIAS..... | 80 |

1 - INTRODUÇÃO

1.1 – APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O câncer é um dos grandes problemas de saúde pública mundial, pois configura como causa de maior mortalidade, seja em países em desenvolvimento ou já desenvolvidos. “A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais”.⁽¹⁾

É interessante observarmos que vivemos atualmente em uma sociedade globalizada, com fácil acesso a diversos meios de comunicação, que disseminam todo tipo de informação. Além disso, também evoluímos no conhecimento e compreensão dos diversos tipos de câncer, em formas mais precisas de detecção e diagnóstico, falamos e instituímos dias de prevenção e diagnóstico precoce dos tipos de câncer que mais acometem ou matam no Brasil.

Exames e procedimentos são aprimorados a cada dia e muitos serviços utilizam tecnologia de ponta. As pesquisas para prevenção e tratamento do câncer também seguem buscando melhores resultados, melhora na qualidade de vida dos pacientes e a diminuição dos custos com medicamentos. Porém, mesmo com todos esses avanços e preocupações, percebemos que não há uma diminuição no número de casos novos e mortalidade por câncer, ao contrário, verificamos que ainda existem pessoas com diagnóstico tardio da doença, impossibilitando a cura e diminuindo a taxa de sobrevivência nos pacientes.

Entre os diversos tipos de câncer, o de próstata é o de maior incidência nos homens em todo o mundo, atrás somente do câncer de pele não melanoma, é ainda o segundo em mortalidade no Brasil, conforme informações do Instituto Nacional do Câncer.⁽¹⁾

Apesar de ter um crescimento lento, o câncer de próstata, na maioria das vezes, não apresenta sintomas; Acresce-se a isso crenças negativas e desinformação sobre a doença entre a população masculina, sendo um obstáculo ainda maior no diagnóstico precoce.

Dados levantados pelo Departamento de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Amaral Carvalho (Jaú/SP), mostram que de 1996 a 2012 houve um avanço no que diz respeito ao estadiamento clínico dos casos novos recebidos no HAC, sugerindo o aumento no diagnóstico precoce que avaliamos ser consequência da aplicação do teste do PAS e também do atendimento do serviço de prevenção do câncer de próstata local, com início no ano de 2000. Porém ainda observamos que no período de 2005 a 2012 aproximadamente 32% dos casos novos encaminhados ao HAC chegaram com estágio III e IV.²

Com todas essas informações e por ser o câncer de próstata, um problema de saúde pública, decidimos realizar uma pesquisa buscando levantar maiores informações sobre o acesso e o trajeto terapêutico dos homens diagnosticados com câncer de próstata, para isso escolhemos o Hospital Amaral Carvalho, localizado na cidade de Jaú, interior do Estado de São Paulo, para a realização da pesquisa por se tratar de um hospital de referência no diagnóstico e tratamento do câncer.

A pesquisa se justifica para conhecermos um pouco mais sobre a realidade atual dos homens diagnosticados com câncer de próstata e se estão conseguindo ter acesso ao serviço especializado no momento adequado, ou se estão chegando tardiamente como nos dados levantados entre 2005 e 2012 pelo RHC do Hospital Amaral Carvalho, neste caso quais são os motivos desse atraso?

1.2 - OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo desvelar alguns dos motivos do diagnóstico e encaminhamento tardio para um serviço de referência em oncologia dos casos de câncer de próstata e identificar quais as regiões que encaminham os pacientes em estágios mais avançados.

1.3 - OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analisar os estádios¹ clínicos de casos novos de câncer de próstata, no ano de 2015 e 2016, a origem e idade desses pacientes;
- Entender o itinerário terapêutico por alguns participantes da pesquisa até o diagnóstico e tratamento do câncer, suas facilidades e dificuldades para acesso.

¹ A palavra estadio não foi encontrada nos dicionários, sendo substituída por **estádio** com os seguintes significados:

Dicionário Priberam: 4. Cada um dos momentos que se pode dividir um processo ou uma evolução = estado, estágio, etapa, fase período.

Dicionário Michaelis on-line: 5 MED Cada período de uma doença.

Dicionário Aurélio on-line: 4 - Período, fase; estação.

Dicionário online de português: [Figurado] Fase, época, período de um processo: os diversos estádios de uma evolução.

Dessa forma utilizaremos o termo estádio em todo o trabalho.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - O CÂNCER DE PRÓSTATA

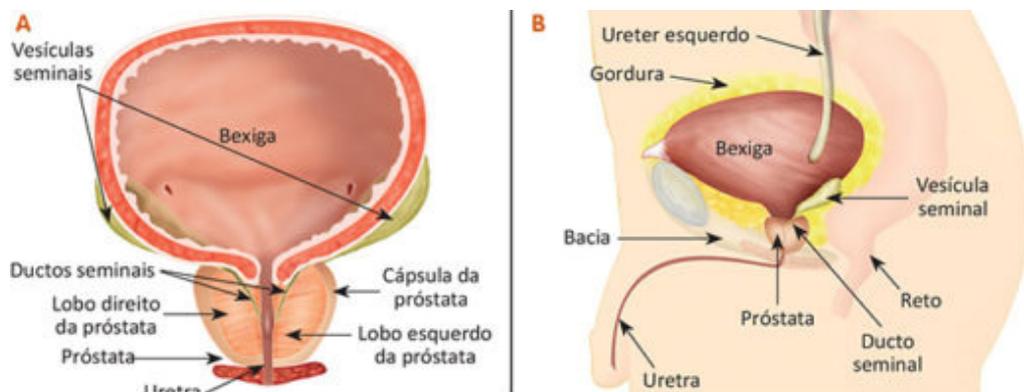
No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento. ⁽²⁾

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do Brasil, com 95,63/100 mil na região Sul, 67,59/100 mil na Centro-Oeste, 62,36/ 100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na Norte. ⁽³⁾

A próstata é um órgão situado entre a bexiga e o pavimento pélvico, sendo atravessada pelo canal uretral. Está situada à frente do reto e atrás e por baixo do púbis. É uma glândula sexual masculina, que produz parte do líquido que forma o esperma. ^(3; 4)

O líquido produzido na próstata, designado por fluido prostático, junta-se ao líquido proveniente dos testículos (que contém os espermatozóides), das vesículas seminais (que produzem a maior parte do esperma) e ainda de outras glândulas menores, situadas em torno da uretra, contribuindo assim para a formação do esperma ou sêmen. O fluido prostático é rico em nutrientes e enzimas, importantes para as características normais do esperma. ⁽⁴⁾

Figura 1: Anatomia da próstata- visão anterior e visão lateral



Fonte: Instituto Vencer o Câncer - 2017

Em sua fase inicial, o câncer da próstata tem evolução silenciosa. Muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata (dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou a noite).⁽⁴⁾

Na fase mais avançada, pode provocar dor óssea, anemia, ínguas ou perda de peso. Porém somente um médico poderá examinar e garantir um diagnóstico concreto, pois outras doenças na próstata podem causar os mesmos sintomas.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Fatores de Risco

Estudos indicam que os principais fatores de riscos para o câncer da próstata são: idade, fatores hereditários e raça/etnia, sendo o mais estabelecido a idade, com ocorrência da maioria dos casos em homens com idade acima dos 50 anos, conforme o avanço da idade, maior se torna o risco de seu desenvolvimento.⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Já com relação a idade para um possível diagnóstico precoce, não há muito consenso na literatura, sendo que a maioria dos autores orientam os exames a partir dos 50 anos e com 40 anos para homens com histórico familiar e/ou negros.⁽⁹⁾⁽⁴⁾

O fator hereditariedade, ou seja, homens com histórico familiar de câncer de próstata, segundo as pesquisas, possuem risco de 3 a 10 vezes maior de desenvolver a doença.⁽⁹⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾

A etnia/cor também está associada a este tipo de câncer, porém ainda não há estudos que comprovem exatamente o porquê desta diferença, o INCA coloca que o câncer de próstata é 1,6 mais comum em homens negros, havendo possibilidade destes dados estarem ligados ao estilo de vida ou dos fatores na detecção da doença.⁽²⁾ Em relação à raça o urologista Miguel Srougi coloca:

“... negros têm o dobro da incidência de câncer da próstata e neles o tumor costuma ceifar mais vidas. Além de predisposição hereditária, estudos recentes patrocinados pela American Cancer Society, nos EUA, sugerem que esse comportamento pode estar relacionado com desigualdade social, que limita o acesso aos mais vulneráveis, incluindo alguns negros, aos tratamentos curativos. Fenômeno perverso que, possivelmente, se repete numa sociedade injusta como a nossa.”⁽⁵⁾

Outros possíveis fatores como alimentação, tabagismo, etilismo e vasectomia como influenciadores nos riscos de desenvolvimento do câncer de próstata, ainda necessitam de maiores e melhores pesquisas. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

Mais adiante será abordado sobre a importância da identificação desses fatores de risco junto a população, como forma de detecção precoce da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, sendo estas ações essenciais na Atenção Básica. ⁽⁶⁾

Deteção do Câncer de Próstata

Na detecção do câncer de próstata são utilizados dois principais exames, o antígeno prostático específico (PSA), através da coleta de sangue e o exame de toque retal ou também chamado de exame digital retal. Segundo Miguel Srougi, a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata é através da combinação desses dois exames, já que o toque e o PSA, isoladamente, revelam, respectivamente, cerca de 25% e 45% dos casos com a doença. Executando-se os dois testes, são identificados 75% dos pacientes acometidos. ⁽⁵⁾⁽⁸⁾

A elevação do PSA, proteína produzida pela próstata, indica alguma alteração na glândula prostática que pode ser ou não resultado de um tumor. O PSA teve seu uso clínico introduzido em 1989 e possibilitou um grande avanço na detecção precoce do câncer de próstata e também no seu controle durante o tratamento. ⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Como é de extrema importância para este tipo de câncer, houve diversos estudos e avanços no PSA, um deles é relacionado ao ajuste com a idade, a velocidade de progressão do PSA, a relação entre PSA livre/total, entre outros. Todos esses métodos visam uma maior certeza do diagnóstico, buscando principalmente a diminuição do número de biópsias desnecessárias. ⁽¹⁰⁾

Vale ressaltar que alguns casos de câncer de próstata (cerca de 27%) cursam com PSA normal, ou seja, < 4,0ng/mL. Portanto, a avaliação do PSA deve levar em consideração a clínica do paciente, o histórico familiar, o uso de medicações que podem influenciar na dosagem e procedimentos urológicos prévios. ⁽¹²⁾

Segundo o Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada em Urologia, a tabela abaixo é a que deve ser utilizada como forma de padronização para os encaminhamentos dos pacientes aos serviços especializados: ⁽¹³⁾

Tabela 1: Limites de normalidade do PSA total por faixa etária

| Idade | Valores do PSA total (ng/ml) |
|--------------|------------------------------|
| 50 - 59 anos | ≤ 3 |
| 60 - 69 anos | ≤ 4 |
| 70 - 79 anos | ≤ 5 |

Fonte: BURFORD (2010)

O exame de toque retal é rápido, de baixo custo e de fácil realização, permitindo conhecer as dimensões, o formato e os limites da próstata, bem como a presença de deformidades, abaulamentos, alterações da consistência e da mobilidade dessa glândula. ⁽¹⁴⁾ Este exame apresenta limitações, pois só é possível a palpação das porções posterior e lateral da próstata. ⁽¹²⁾

O exame de toque retal, combinado com o resultado da dosagem do antígeno prostático específico (PSA) no sangue, pode sugerir a existência da doença. ⁽⁴⁾ O diagnóstico será dado pelo estudo Histopatológico do tecido da próstata, sendo que o relatório deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, com o objetivo de informar sobre provável crescimento do tumor e sua tendência para metástases. ^{(2) (10)}

Ainda como métodos diagnósticos temos a ultrassonografia pélvica e a ressonância nuclear magnética, porém devido aos custos são mais difíceis a realização pelo SUS.

Prevenção, Diagnóstico Precoce/ Rastreamento

Não podemos dizer que há prevenção efetiva para o câncer de próstata. Alguns autores defendem dois níveis de prevenção: a primária que busca prevenir a ocorrência da doença e a secundária que consiste no diagnóstico precoce. ⁽¹⁵⁾ A prevenção primária pressupõe uma vida mais saudável, com alimentação rica em frutas, legumes, verduras, grãos e cereais integrais e com menos gordura. A realização de atividades físicas, a manutenção do peso adequado à

altura, a diminuição no consumo de álcool e o não fumar também colaboram para a prevenção do câncer. ⁽²⁾

Na prevenção secundária busca-se o diagnóstico precoce. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: uma destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e outra voltada para pessoas sem nenhum sintoma e aparentemente saudáveis (rastreamento). A decisão do uso do rastreamento do câncer de próstata por meio da realização de exames de rotina (geralmente toque retal e dosagem de PSA) em homens sem sinais e sintomas sugestivos de câncer de próstata, como estratégia de saúde pública, deve se basear em evidências científicas de qualidade sobre possíveis benefícios e danos associados a essa intervenção. Por existirem evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, o Instituto Nacional de Câncer mantém a recomendação de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e provável ausência de benefícios associados a esta prática. ^{(2) (3) (16)}

Já a Sociedade Brasileira de Urologia, conforme nota oficial de outubro de 2017, mantém sua recomendação de que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada. Para homens que possuem parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. Defende que para o rastreamento é importante a ampla discussão sobre benefícios e riscos. Orienta ainda que após os 75 anos somente realizar os exames em pacientes com expectativas de vida acima de 10 anos. ⁽¹⁷⁾

Explicam que estudos recentes avaliaram “tardiamente os resultados quanto à mortalidade câncer-específica mostra vantagem a favor desses programas com diminuição da taxa de mortalidade de 25% a 31% (estudo ERSPC) e de 27% a 32% (estudo PLCO) em comparação aos pacientes que não foram randomizados.” ⁽¹⁷⁾

Ainda segundo a Sociedade Brasileira de Urologia, para “pacientes diagnosticados com tumores de baixo risco a visão contemporânea é o oferecimento do regime de observação vigilante como conduta e consiste de avaliações periódicas por meio de toque retal e dosagens do PSA, reservando-se a ressonância magnética da pelve e/ou biópsia prostáticas para serem realizadas em intervalos variados. O tratamento definitivo deve ser indicado caso seja identificada progressão da doença em pacientes com expectativa de vida maior que 10 (dez)

anos, poupando pacientes com tumores “indolentes” das conseqüências do tratamento. Por outro lado, pacientes portadores de tumores classificados como de risco de progressão alto ou moderado podem, em fases iniciais, serem adequadamente tratados e curados.”⁽¹⁷⁾⁽⁶⁾

2.2– A GRAVIDADE DA DOENÇA E SEU TRATAMENTO

O câncer de próstata pode ter um comportamento menos ou mais agressivo, sendo através da distinção entre essas duas situações que o médico fará um prognóstico e planejará o melhor tratamento. Para esta análise são utilizados três parâmetros clínicos: o escore de Gleason, a extensão da doença e os níveis de PSA no sangue.⁽⁴⁾⁽⁶⁾

O escore de Gleason

O escore de Gleason é uma graduação dada ao adenocarcinoma de próstata através da avaliação anatomopatológica dos fragmentos encontrados na biópsia ou peça cirúrgica. A graduação se dá pela somatória dos dois padrões mais comuns durante a análise, esses padrões recebem valores de 1 a 5 conforme sua diferenciação, tanto no primeiro como no segundo padrão, dessa forma o escore é feito através da somatória dos dois padrões sendo que os tumores classificados de 2 a 6 são mais brandos, enquanto os classificados entre 7 e 10 são progressivamente mais desfavoráveis.⁽¹⁵⁾

A extensão da doença

Para um bom prognóstico, o médico precisa ter conhecimento do quanto a doença avançou no organismo. Para isso utilizamos o estadiamento, feito através de várias avaliações a serem escolhidas pelo médico a que melhor se apresentar para cada caso, sendo elas: o toque retal, a ressonância nuclear magnética, a tomografia, o ultrassom transretal e a cintilografia óssea.⁽¹⁰⁾

A necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevida são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos.⁽⁴⁾⁽⁶⁾

O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro. ⁽¹⁾

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos. (2). O estadiamento do câncer é consagrado por tradição, e para o propósito de análise de grupos de pacientes é freqüentemente necessário usar tal método. A UICC acredita que é importante alcançar a concordância no registro da informação precisa da extensão da doença para cada localização anatômica, porque a descrição clínica precisa e a classificação histopatológica das neoplasias malignas pode interessar a um número de objetivos correlatos, a saber:

1. Ajudar o médico no planejamento do tratamento;
2. Dar alguma indicação do prognóstico;
3. Ajudar na avaliação dos resultados de tratamento;
4. Facilitar a troca de informações entre os centros de tratamento;
5. Contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano. ⁽¹⁸⁾

O Sistema TNM para descrever a extensão anatômica da doença tem por base a avaliação de três componentes:

T - a extensão do tumor primário;

N - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais;

M - a ausência ou presença de metástase à distância;

A adição de números a estes três componentes indica a extensão da doença maligna.

Nos casos do tumor da próstata temos:

T - Tumor Primário

TX O tumor primário não pode ser avaliado;

T0 Não há evidência de tumor primário;

T1 Tumor não diagnosticado clinicamente, não palpável ou visível por meio de exame de imagem;

T1a Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado;

T1b Achado histológico incidental em mais de 5% de tecido ressecado;

T1c Tumor identificado por biópsia por agulha (p. ex., devido a PSA elevado);

T2 Tumor confinado à próstata;

T2a Tumor que envolve uma metade de um dos lobos ou menos;

T2b Tumor que envolve mais da metade de um dos lobos, mas não ambos os lobos;

T2c Tumor que envolve ambos os lobos;

T3 Tumor que se estende através da cápsula prostática;

T3a Extensão extracapsular (uni- ou bilateral);

T3b Tumor que invade vesícula(s) seminal(ais);

T4 Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus, ou parede pélvica.

N - Linfonodos Regionais

NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados;

N0 Ausência de metástase em linfonodo regional;

N1 Metástase em linfonodo regional;

M - Metástase à Distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada;

M0 Ausência de metástase à distância;

M1 Metástase à distância;

M1a Linfonodo(s) não regional(ais);

M1b Osso(s);

M1c Outra(s) localização(ões).

G - Graduação Histopatológica

GX O grau de diferenciação não pode ser avaliado;

G1 Bem diferenciado (anaplasia discreta) (Gleason 2-4);

G2 Moderadamente diferenciado (anaplasia moderada) (Gleason 5-6);

G3-4 Pouco diferenciado/indiferenciado (anaplasia acentuada) (Gleason 7-10).

Quadro 1: Agrupamento por estádios

| | T | N | M | Gleason |
|--------------------|------------|------------|----------|----------------|
| Estádio I | T1a | N0 | M0 | G1 |
| Estádio II | T1a | N0 | M0 | G 2, 3-4 |
| | T1b, T1c | N0 | M0 | Qualquer G |
| | T1, T2 | N0 | M0 | Qualquer G |
| Estádio III | T3 | N0 | M0 | Qualquer G |
| Estádio IV | T4 | N0 | M0 | Qualquer G |
| | Qualquer T | N1 | M0 | Qualquer G |
| | Qualquer T | Qualquer N | M1 | Qualquer G |

Fonte: INCA- TNM - 2017

Ainda segundo o Instituto Nacional do Câncer temos as seguintes diferenciações:

X– Para os casos em que o tumor primário, os linfonodos regionais ou metástases não possam ser avaliados pelo exame físico ou exames complementares, sendo grafado em letra minúscula após o T, N ou M. Não correspondem a desconhecimento do estadiamento quando este já foi feito ou o paciente já foi anteriormente tratado.

Y – Para os casos em que o estadiamento é feito durante ou após o tratamento, sendo grafado com a letra y minúscula antes do TNM ou do pTNM;

r – Para os casos de recidiva tumoral, quando o estadiamento é feito após um intervalo livre de doença, sendo grafado com a letra r minúscula antes do TNM ou pTNM.

R - A ausência, ou presença, de tumor residual ao término do tratamento é descrita pela letra R:Rx – a presença do tumor residual não pode ser avaliada; R0 – ausência de tumor residual; R1 – tumor residual microscópico; R2 – tumor residual macroscópico. ⁽¹⁾ (18)

Os níveis de PSA no sangue

Os níveis de PSA servem tanto como diagnóstico como para avaliar a agressividade da doença. Estudos demonstram que o PSA pré operatório pode prever a existência de doença extra prostática. Valores inferiores a 10ng/ml predizem um tumor com grandes chances de estar circunscrito à próstata, já PSA acima de 20ng/ml indicam a possibilidade de a doença

estar também fora da glândula. Valores acima de 100ng/ml podem indicar a existência de metástases. ^{(6) (19)}

Baseado nestes três aspectos: escore de Gleason, estágio clínico e PSA que Anthony V. D'Amico organizou uma tabela, sendo a mais utilizada atualmente para classificação de risco de disseminação do tumor e como guia na opção de tratamento mais adequado. ⁽⁶⁾

Quadro 2: Classificação de D'Amico para tumores localizados

| | Risco baixo | Risco Intermediário | Risco alto |
|----------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------|
| Estádio clínico | Até T2a. | T2b | T2c-T3a |
| Escore de Gleason | Até 6 | 7 | Acima de 7 |
| PSA (ng/mL) | Abaixo de 10 | Acima de 10 e abaixo de 20 | Acima de 20 |
| Taxas de Sobrevida* | 10 anos em 80% | 10 anos em 50% | 10 anos em 30% |

*Com prostatectomia radical ou RT em doses de 70Gy
Adaptação da autora. 2017 ^{(20) (5)}

O tratamento

O tratamento para pacientes com câncer de próstata deve ser individualizado, pois difere conforme tumor localizado, localmente avançado e avançado, cada caso deve ser avaliado e discutido em conjunto com o paciente.

Conforme as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata, Portaria Nº 498, de 11 de maio de 2016, temos as seguintes opções terapêuticas:

Para câncer de próstata localizado as opções variam conforme a agressividade do tumor e as características do paciente:

- Observação;
- Vigilância ativa;
- Prostatectomia radical ou radioterapia;
- Tratamento de resgate nos casos de recidiva bioquímica;

Para câncer de próstata localmente avançado (T3) não são indicadas a observação e vigilância ativa, “geralmente necessitarão de mais de uma modalidade de tratamento, e a associação terapêutica poderá ser empregada de maneira simultânea, ou seqüencial, conforme progressão da doença.” Na maioria dos casos a literatura traz a prostatectomia, a radioterapia e a hormonioterapia. ⁽⁶⁾

Para câncer de próstata avançado o tratamento baseia-se na manipulação hormonal, com bloqueio da testosterona a níveis de castração, que pode ser obtido cirurgicamente ou com medicamentos hormonais.

“Os objetivos do tratamento da neoplasia prostática avançada visam não somente prolongar a vida do doente mas também prevenir e postergar os sintomas associados à progressão da doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo a morbidade do tratamento. Uma parcela significativa dos gastos relacionados ao tratamento do câncer de próstata está debitada aos hormonioterápicos, e por seus eventos adversos; com isso, a escolha do tipo de hormonioterapia, do momento de iniciá-la e das associações terapêuticas deve ser criteriosa e bem avaliada”⁽⁶⁾

A quimioterapia para o câncer de próstata restringe-se ao tratamento da doença metastática avançada, resistente a hormonioterapia, sendo seu início indicado após início dos sintomas, porém sem a suspensão da hormonioterapia.⁽⁶⁾

A radioterapia é uma das opções de tratamento do câncer de próstata clinicamente localizado e pode ser indicada para todos os grupos prognósticos de D’Amico conforme a tabela 3. Pode-se fazer a radioterapia isolada ou em associação com a hormonioterapia.⁽⁶⁾

2.3 A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Na década de 90 tivemos o início de uma preocupação maior com a saúde do homem, com apontamentos sobre a necessidade de incluir os homens e suas especificidades nas políticas de saúde.

No Brasil, a temática da saúde do homem enquanto política pública passa a ter visibilidade em 2007, quando uma das metas prioritárias elencadas pela gestão federal passa a ser a implantação de uma “política nacional para assistência à saúde do homem” no âmbito do SUS, culminando em 2008 na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH).^{(21) (22)}

A PNAISH afirma os princípios consonantes aos do SUS relacionados principalmente a humanização, qualidade de vida e integralidade do cuidado, para isso coloca oito fatores a serem considerados:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas;
2. Articular-se com as diversas áreas do governo com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção de hábitos saudáveis, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços. ⁽²³⁾

Além disso, a PNAISH traz como objetivo principal: facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde. ⁽²³⁾

Segundo Separavich e Canesqui ⁽²⁴⁾, a PNAISH caracteriza uma vulnerabilização maior dos homens às doenças, principalmente às crônicas, fato que os levam a entrar no sistema por meio da média e alta complexidade, significando que se encontram em estado grave, num estágio que não há mais cura, como no caso das neoplasias prostáticas, demandando, assim, maior custo ao Sistema de Saúde.

Neste estudo este é um dos pontos que chamam atenção, ou seja, no documento de 2008 temos como terceiro lugar no ano de 2005 as mortes devido aos tumores, sendo o câncer de próstata responsável por 10.214 mortes, ficando atrás somente dos tumores relacionados ao pulmão, traquéia e brônquios, sendo assim uma grande preocupação hoje de saúde pública masculina, uma vez que o câncer de próstata configura-se por seu crescimento lento e com altas chances de cura se diagnosticado precocemente. ⁽²²⁾

Contudo quando se compara dados atuais sobre o atendimento de homens com câncer de próstata constatamos que a PNAISH ainda está longe de cumprir com seu papel. Segundo o Relatório de Auditoria Operacional realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2011, avaliando a Política Nacional de Atenção Oncológica, afirmou que “a estrutura da rede de atenção oncológica não tem possibilitado acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no tempo adequado”⁽²⁵⁾

Com base nos dados das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) de 2016. Considerando todos os tipos de câncer, 45,9% ainda são diagnosticados em estágios avançados (III e IV), redução com relação aos dados de 2010 que mostravam 60,5%, porém quando comparados com outros países o Brasil fica muito distante de avanços neste aspecto. Em demonstrativo deste mesmo estudo, para o câncer de próstata em 2016 no Brasil 55,4% dos pacientes foram diagnosticados nos estágios III e IV, 29% no estágio IV, no Canadá em 2015 o primeiro índice foi de 25,8% e para estágio IV 12,8%.⁽²⁵⁾.

Outro estudo realizado, abrangendo dados de 2000 a 2006 no Brasil, utilizando-se a Base Nacional em Oncologia revelou que cerca de 60% dos pacientes foram diagnosticados nos estágios III e IV.⁽²⁶⁾

Informativo do INCA registra que um terço dos casos de câncer de próstata registrados não possui informações sobre o estadiamento, referente aos anos de 2010 a 2014, sendo a região sudeste com melhor fidelidade nos dados e que apresenta um índice de 22% de pacientes diagnosticados em estágio III e IV.⁽¹⁶⁾

Neste mesmo informativo fica clara a falta de controle, monitoramento e avaliação das ações de políticas e programas voltados para o homem e o câncer de próstata, uma vez que declara que entre os serviços habilitados 21,6% informaram menos de cinco cirurgias de câncer de próstata em 2016. A mesma situação ocorre com os exames para diagnóstico, sendo que em nove estados nenhum laboratório de anatomia patológica registrou exames com CID de doenças da próstata.⁽¹⁶⁾

Infelizmente ainda há muito a se fazer para que homens realmente tenham acesso ao sistema de saúde, pois esses dados demonstram as mazelas com relação ao Sistema Único de Saúde, seu financiamento e manutenção. Outro fator agravante é a cultura e o subjetivo masculino que também se colocam como obstáculo no acesso aos programas de prevenção.

Os homens, diferente das mulheres não buscam os serviços de atenção primária. Culturalmente os homens são criados desde pequenos para serem fortes, resistentes e

invulneráveis, contribuindo com o afastamento dos serviços de saúde e ainda expondo os homens a maiores comportamentos de risco.⁽²⁷⁾

É importante lembrar também sobre o acolhimento e postura dos profissionais da atenção básica no recebimento de homens que procuram os serviços de saúde, o homem que se despe de todo seu preconceito arraigado para chegar até a Unidade Básica, muitas vezes encontra profissionais despreparados para atendimento desta clientela. “A produção de saúde é um processo que envolve sujeitos, trabalho, saberes e poderes. A partir da forma como agimos no nosso processo de trabalho, ou seja, no cotidiano dos serviços, podemos contribuir ou não para uma transformação social”⁽²¹⁾

Segundo Gomes⁽²⁸⁾ et.al, para o atendimento na atenção primária em saúde atingir a população masculina, o serviço deve ser planejado e organizado para as especificidades desta população. Como estratégias de ação, pode-se dispor de campanhas e melhorias do acesso para acolher a demanda apresentada pelos homens, reconhecendo-se o medo e a insegurança da descoberta de uma doença.

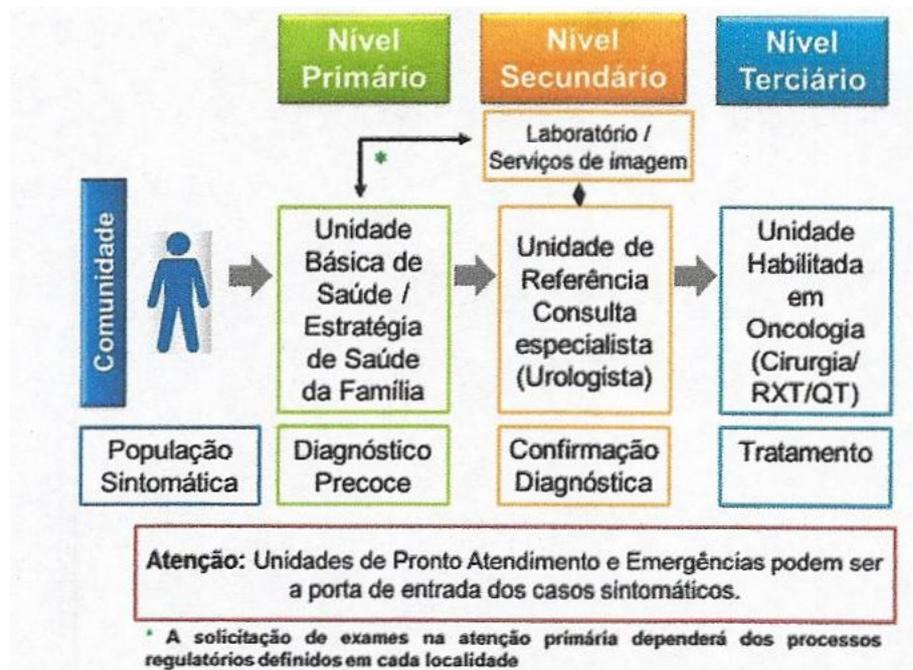
Dessa forma, quando o assunto é prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de próstata, a situação é um pouco mais complicada, visto que além de todos os obstáculos já elencados, os exames para detecção de um possível câncer de próstata remete simbolicamente a violação do masculino, a desestrutura do ser homem, do constrangimento, do medo de sentir dor, do medo de ter uma doença grave.⁽²⁹⁾

Neste sentido, é importante compreendermos o fluxo do atendimento de homens na prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de próstata através do SUS, não só como meio regulador mas também como forma de controle social de ações que não condizem com o que está preconizado por lei.⁽³⁰⁾

2.4 – O FLUXO DE ATENDIMENTO E A REGULAÇÃO DE ONCOLOGIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Conforme figura abaixo, o fluxo de atendimento que o Ministério da Saúde orienta seguir é que os homens tenham o primeiro atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS ou PAS), a partir deste serviço sejam encaminhados para exames de diagnóstico e posteriormente para consulta com o especialista no nível secundário, o qual seria o responsável pela confirmação do diagnóstico e encaminhamento ao serviço especializado. Porém questiona-se se este modelo está sendo seguido e qual a média de tempo entre o atendimento do nível primário até o paciente chegar ao nível terciário.

Figura 2: Principais pontos de atenção para o diagnóstico precoce do câncer de próstata



Fonte: INCA – Informativo detecção precoce (2017)

No Estado de São Paulo, visando este modelo de atendimento e a organização dos serviços, foi implantada a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS, criada através do Decreto Nº 56.061, de 2 de agosto de 2010, tem por finalidade a regulação da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, visando promover a

equidade do acesso, garantindo a integridade da assistência ao paciente do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo - SUS/SP, no âmbito de sua área de abrangência.⁽³¹⁾

A regulação de oncologia do estado de São Paulo passou a ser gerida pela CROSS em janeiro de 2014 (e no portal CROSS a partir de abril de 2014).⁽³¹⁾

A Regulação de Oncologia - SES faz parte da RHCCC e tem como principais atribuições garantir o processo de regulação oncológica buscando ser a referência estadual, e garantir o acesso do paciente com câncer ao tratamento, por meio do agendamento de consulta ambulatorial em tempo hábil (em consonância com a lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início), no recurso adequado à complexidade do caso e, se possível, o mais próximo da residência.⁽³¹⁾

A Rede Hebe Camargo

Entende-se como *Rede "Hebe Camargo" de Combate ao Câncer - RHCCC* o conjunto de unidades de diagnóstico e/ou especializadas no tratamento de câncer, situadas no Estado de São Paulo, habilitadas pelo Ministério da Saúde, que prestam assistência integral, de qualidade e resolutiva ao paciente com câncer, atuando de forma integrada à rede de saúde e às diretrizes do SUS.⁽³¹⁾

A Rede "Hebe Camargo" foi inaugurada em 8 de março de 2013, Dia Internacional da Mulher e aniversário de Hebe Camargo - foi escolhida para homenagear a apresentadora, que completaria 84 anos na ocasião. Em 2010, Hebe foi diagnosticada com câncer no peritônio, a partir daí, ela tornou-se um símbolo da luta contra a doença. Morreu em 2012, em decorrência do câncer.⁽³¹⁾

Segundo a Secretaria de Saúde de São Paulo, em 28 de dezembro de 2016, o governador Geraldo Alckmin publicou o decreto de nº 62.394 que instituiu a Rede "Hebe Camargo" de Combate ao Câncer e em 22 de junho de 2017 foi publicada a resolução SS 42 que aprova o regulamento da *Rede "Hebe Camargo" de Combate ao Câncer*.

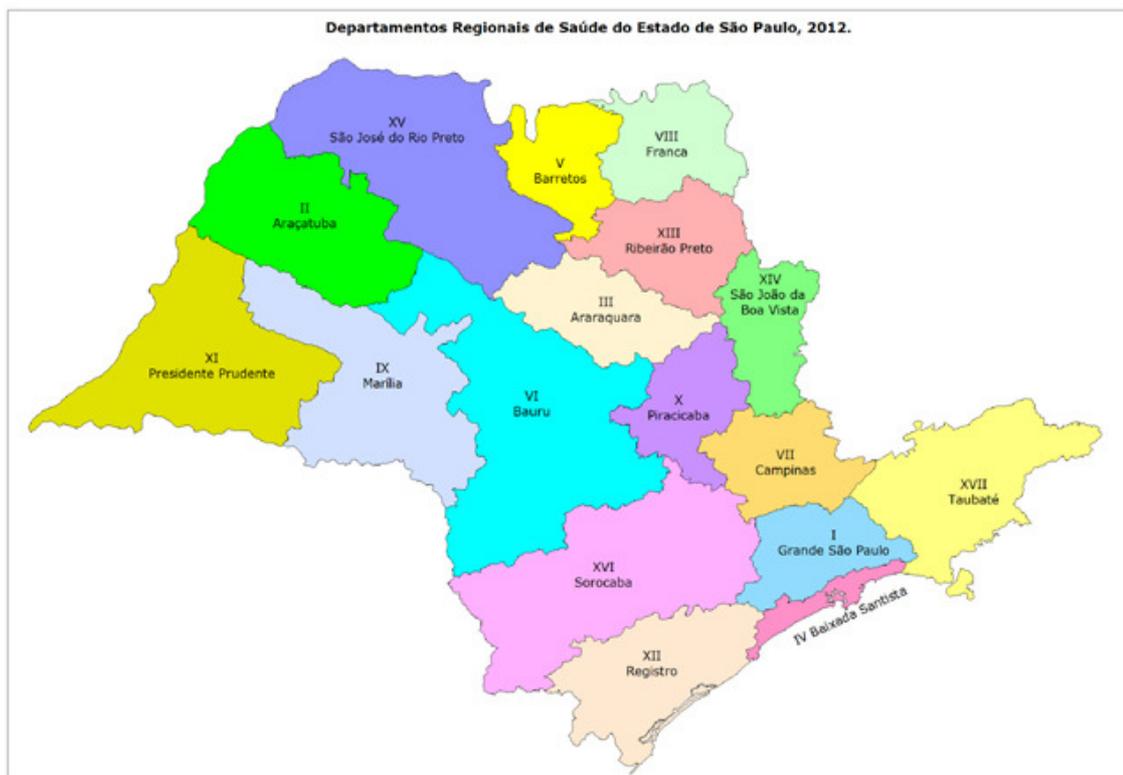
Com a implantação da RHC, foram instituídos protocolos de encaminhamentos para os diversos tipos de câncer. Para o câncer de próstata o requisito é o exame de PSA maior que 100ng/ml, para valores entre 10ng/ml e 100ng/ml, encaminhar para serviço secundário para realização de biópsia.⁽³²⁾

Contudo a pesquisa em questão, é referente a pacientes anteriores a implantação da Rede HC, pois o Hospital Amaral Carvalho aderiu totalmente a rede somente em 2017.

Faz-se necessário também entender que em São Paulo a administração da saúde é feita através das Regionais de Saúde (RAS). A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. ⁽³¹⁾

O mapa apresentado a seguir mostra a divisão do Estado de São Paulo de acordo com os Departamentos Regionais de Saúde.

Figura 3: Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2012.



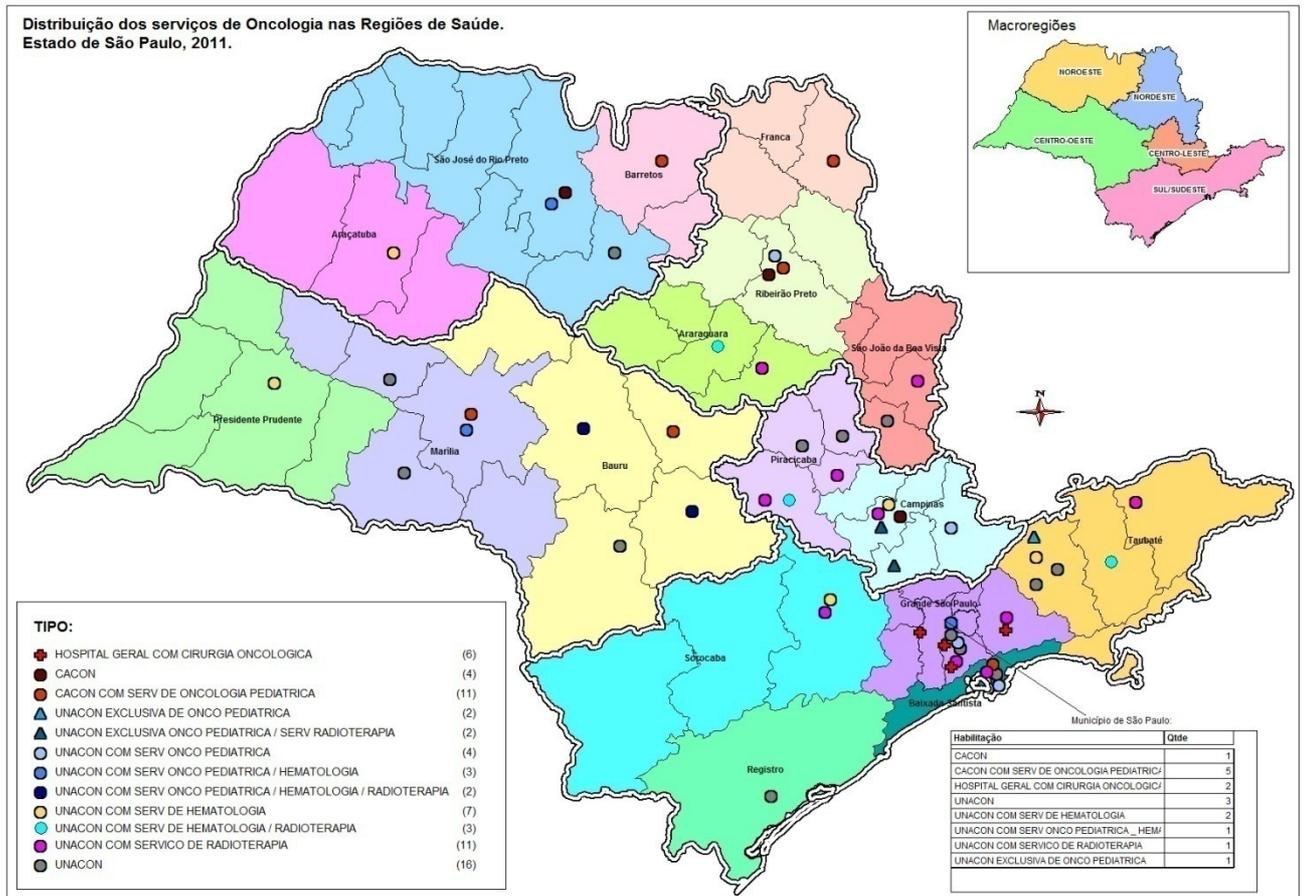
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2017)

Quando nos referimos sobre o atendimento em Oncologia no Brasil, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, conforme a Portaria 874/2013 do Ministério da Saúde, descreve a necessidade de se garantir o cuidado integral ao usuário na Rede de

Atenção a Saúde de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer será realizado em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os estabelecimentos de saúde habilitados como Unacon ou Cacon devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Esses estabelecimentos deverão observar as exigências apresentadas na Portaria 140/2014 para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente. ^{(33) (34)}

Na Figura 4 podemos observar melhor a distribuição dos serviços de oncologia no Estado de São Paulo, onde está inserido o Hospital Amaral Carvalho, local da pesquisa e classificado como CACON com serviço de oncologia pediátrica.

Figura 4: Distribuição dos Serviços de Oncologia do Estado de São Paulo conforme categoria – 2011.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2018)

2.5 - A HISTÓRIA DA FUNDAÇÃO AMARAL CARVALHO

O Hospital Amaral Carvalho foi o campo de pesquisa e por este motivo sentiu-se a necessidade de apresentá-lo, como forma de conhecer melhor sua história e o tipo de serviço disponibilizado para a população.

O Hospital surgiu em 1936 primeiramente como uma maternidade, denominada Maternidade do Jahu, naquela época os fundadores do Hospital, Anna Marcelina e Domingos Pereira de Carvalho, tinham uma preocupação grande com a quantidade de mulheres pobres desassistidas durante a gravidez e que resultavam em mortes das crianças e das próprias mulheres.⁽³⁵⁾

Na década de 60, se transformou no primeiro hospital especializado em câncer do interior paulista, sob orientação do Dr. Edwin Montenegro e em 1975 passando a se denominar Hospital Amaral Carvalho (HAC).

Nos anos 80, com o desenvolvimento econômico do Centro-Oeste Paulista, o aprimoramento das práticas médicas de diagnóstico e tratamento do câncer o Hospital Amaral Carvalho firmou seu compromisso com a população carente e na área da Oncologia, nascia a Fundação Amaral Carvalho.

Com isso, a partir de 1995 a instituição passou formalmente a manter doze entidades diferentes, entre elas o Hospital Amaral Carvalho, já que vinha estendendo suas atividades pelas áreas de pesquisa médica, do ensino de medicina, do desenvolvimento de tecnologia médica e da ação cultural, além da assistência social.⁽³⁶⁾

Hoje o Hospital Amaral Carvalho é um dos doze Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do Estado de São Paulo. Ocupa uma área total construída superior a 35.000 m² e está localizado no centro da cidade de Jaú, dispendo de 305 leitos hospitalares, um corpo funcional de aproximadamente 1900 trabalhadores na área da saúde, áreas correlatas, com funções administrativas e de suporte além de um corpo clínico, composto por mais de 100 médicos de 30 especialidades distintas. Mantém equipes atuantes formadas por médicos, especialistas em Educação, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Pedagogia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.⁽³⁶⁾

A Instituição cresceu e ampliou sua estrutura física e seu atendimento, atualmente é referenciada por todo o estado e conhecida nacionalmente como uma das que mais realiza Transplante de Medula Óssea no país. Além disso, formou uma das maiores redes de combate ao câncer do país, com mais de quatro mil voluntários em noventa e três municípios brasileiros, associando-se atualmente à FEBEC – Federação Brasileira de Entidades de Combate ao Câncer, que tem como objetivo a união de entidades assistenciais para unir forças e conseguir além de recursos materiais para ajuda aos pacientes, maior visibilidade para a causa.⁽³⁷⁾

Um hospital que através da história demonstrou que saúde mais do que a ausência de doenças, é o completo bem estar do ser humano.⁽³⁶⁾

3 – METODOLOGIA

Esta pesquisa está de acordo com as normas nacionais referentes a ética em pesquisas na área da saúde, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 ⁽³⁸⁾, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Amaral Carvalho em 11 de junho de 2017 sob parecer nº 2.167.484. Todos os participantes das entrevistas foram informados sobre os objetivos da pesquisa por meio da leitura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice A), bem como sobre o sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos sujeitos, utilizando-se a identificação numérica. Os participantes assinaram o TCLE e também foi entregue uma cópia do mesmo com dados de contato da pesquisadora, afim de que a qualquer momento pudessem entrar em contato para exclusão de seus dados na pesquisa ou informar novos dados.

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo de dados levantados junto ao RHC e prontuários dos pacientes com câncer de próstata recebidos no HAC de 1º de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016.

Na segunda etapa foi realizado um estudo qualitativo com base no materialismo histórico dialético, que segundo Minayo, o materialismo histórico representa o percurso teórico que mostra a dinâmica do real na sociedade e a dialética o método de abordagem desta realidade, buscando compreender o processo histórico dentro de seu próprio dinamismo. ⁽³⁹⁾ Entendemos que esse processo pode influenciar diretamente a busca pelo serviço de saúde e consequentemente o atraso ou não ao primeiro atendimento desses homens. Dessa forma, na segunda etapa buscamos o lado subjetivo dos pacientes, levantados no primeiro momento da pesquisa. Para isso foram realizadas entrevistas, com a utilização de um questionário, com perguntas fechadas e abertas.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos na segunda parte da pesquisa homens com câncer de próstata, encaminhados ao HAC nos anos de 2015 e 2016 em continuidade do tratamento, com prioridade daqueles em estágio IIB – III e IV.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da segunda etapa da pesquisa os casos de óbito, pacientes não SUS e pacientes que não deram continuidade no tratamento até a data de setembro de 2017.

Coleta de dados

A coleta de dados teve início em setembro de 2017 conforme pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa do HAC e do HC de Botucatu. Em posse dos dados fornecidos pelo RHC do HAC, realizou-se a organização dos dados encontrados e a identificação dos possíveis sujeitos para a segunda etapa da pesquisa.

Na primeira etapa as variáveis utilizadas foram:

- Nome do paciente;
- Registro hospitalar no HAC;
- Idade: considerada a idade no momento do primeiro atendimento no HAC;
- Cidade: considerada a cidade de residência do paciente, informada no momento do cadastro do paciente no HAC;
- Departamentos Regionais de Saúde: identificado conforme a cidade de residência informada e de acordo com o Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (40) , instituído pelo Governo do Estado de São Paulo, sendo utilizado a numeração 0 para cidades de outros Estados brasileiros;
- Data da primeira consulta: considerada a primeira consulta no HAC;
- Estádio inicial: Conforme informação do RHC e recomendação da UICC;
- Data do óbito: considerados os óbitos registrados pelo RHC do HAC até fevereiro de 2018;
- Convênio: considerados o convênio utilizado no último atendimento registrado do paciente em análise no mês de janeiro de 2018.

As entrevistas da segunda etapa ocorreram de outubro de 2017 a fevereiro de 2018, de forma aleatória, conforme retorno dos pacientes para consultas e procedimentos no hospital, com preferência aos pacientes com estágio IIB – III e IV. Houve uma pequena pausa no mês de dezembro devido ao período de recesso do hospital e que não haviam pacientes agendados, impossibilitando as entrevistas.

Utilizou-se como instrumental a entrevista e o questionário composto com perguntas fechadas e abertas (Apêndice B). O conteúdo das questões abrangeu as seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas: idade, cidade, raça/cor auto referida, escolaridade, situação conjugal, quantidade de filhos, ocupação/profissão.

Além dessas, foram utilizadas questões para avaliar história familiar de câncer, tabagismo, conhecimentos e medidas de prevenção, acesso as redes sociais, sintomas, a descoberta da doença, dificuldades para o tratamento e sentimentos pessoais.

O pré teste foi aplicado com 12 pacientes objetivando verificar a clareza das questões para o público alvo e o alcance do objetivo proposto.

Após o pré teste o questionário foi modificado em sua forma de apresentação para facilitar o manuseio no momento da organização e análise dos dados, também foram modificadas algumas questões abertas para fechadas, pois abriam muito a discussão, além disso, foram alteradas algumas palavras visando uma maior proximidade com a realidade do público alvo.

Os dados coletados foram organizados e analisados através do programa Excel 2007. Os dados qualitativos orientaram as análises e os mais relevantes foram expostos na discussão do estudo.

4 – RESULTADOS

4.1 – RESULTADOS DA 1ª ETAPA DA PESQUISA

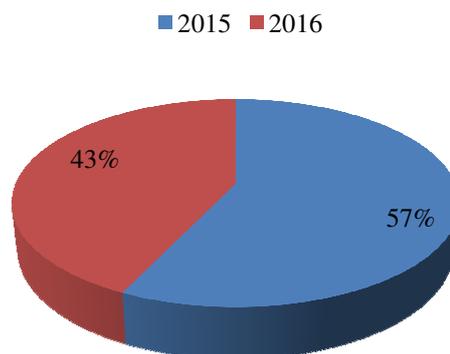
Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, 1531 homens realizaram uma primeira consulta no Departamento de Urologia do Hospital Amaral Carvalho devido a um tumor de próstata, sendo esses considerados casos novos de câncer de próstata. Destes 1531 homens, 873 foram atendidos no ano de 2015 e 658 no ano de 2016, ocorrendo uma diminuição de 24,62%, correspondente a 215 homens, de um ano para outro.

Tabela 2: Casos novos de câncer de próstata – Jaú - HAC 2015-2016

| Ano | Pacientes | |
|--------------|-------------|----------------|
| 2015 | 873 | 57,02% |
| 2016 | 658 | 42,98% |
| Total | 1531 | 100,00% |

Fonte: Própria autoria; 2018

Gráfico 1: Casos novos de câncer de próstata – Jaú - HAC 2015-2016



Fonte: Própria autoria; 2018

Idade

Referente a idade desses homens, segue Tabela 3 com a identificação dos dados estatísticos, sendo a média de 66 anos, com desvio padrão de 8,56 anos para mais ou para menos, o mínimo foi de 18 anos, a máxima encontrada foi de 93 anos com coeficiente de variação de 13%.

Tabela 3: Média, desvio padrão, mediana, moda, mínimo, máximo e coeficiente de variação das idades dos pacientes – Jaú – 2015-2016

| | |
|---------|-------|
| Média | 66,88 |
| DP | 8,56 |
| Mediana | 67 |
| Moda | 63 |
| Mínimo | 18 |
| Máximo | 93 |
| CV | 13% |

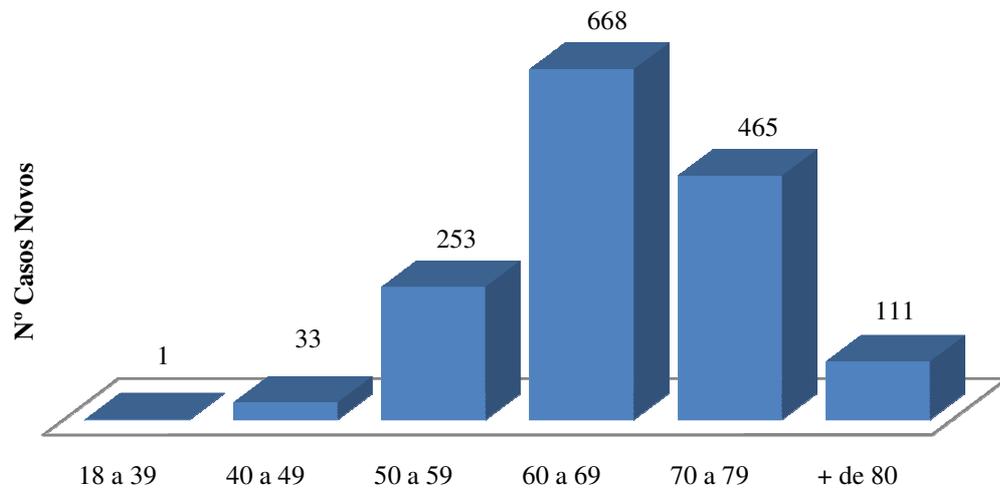
Para melhor visualização agrupou-se os 1531 casos em faixas etárias as quais são apresentadas na Tabela 4.

Percebe-se que a maioria dos homens atendidos está na faixa etária de 60 a 69 anos (668 – 44%), seguidos pelos casos de 70 a 79 anos (465 – 30%) e posteriormente os pacientes de 50 a 59 anos (253 – 17%).

Tabela 4 -Quantidade de casos novos divididos por faixa etária– Jaú – 2015-2016

| Faixa Etária | Nº Casos Novos | |
|---------------------|-----------------------|----------------|
| 18 a 39 | 1 | 0,07% |
| 40 a 49 | 33 | 2,16% |
| 50 a 59 | 253 | 16,53% |
| 60 a 69 | 668 | 43,63% |
| 70 a 79 | 465 | 30,37% |
| + de 80 | 111 | 7,25% |
| Total Geral | 1531 | 100,00% |

Gráfico 2: Casos novos por faixa etária– Jaú – 2015-2016

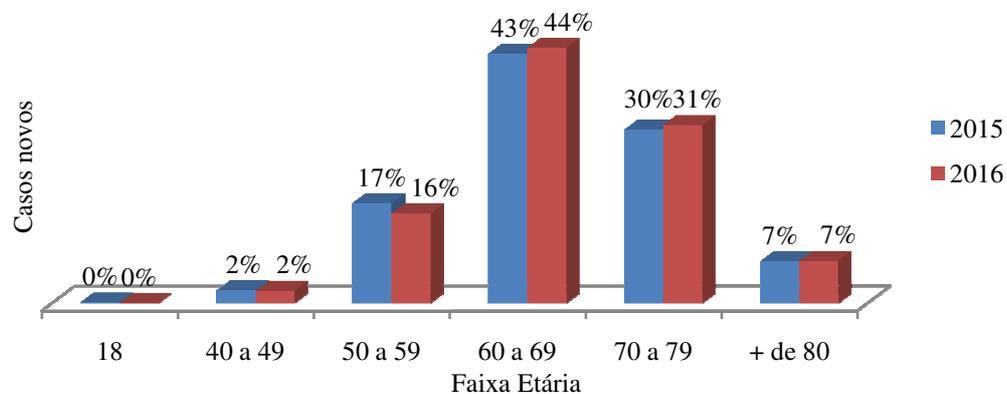


Na Tabela 5 e Gráfico 3, os casos foram discriminados conforme faixa etária e ano de entrada no serviço, porém não há uma variação significativa dos dados.

Tabela 5: Incidência de câncer de próstata conforme faixa etária e ano– Jaú – 2015-2016

| Faixa Etária | 2015 | | 2016 | | |
|--------------------|------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| 18 | 1 | 0,11% | 0,00% | | 1 |
| 40 a 49 | 19 | 2,18% | 14 | 2,13% | 33 |
| 50 a 59 | 151 | 17,30% | 102 | 15,50% | 253 |
| 60 a 69 | 377 | 43,18% | 291 | 44,22% | 668 |
| 70 a 79 | 262 | 30,01% | 203 | 30,85% | 465 |
| + de 80 | 63 | 7,22% | 48 | 7,29% | 111 |
| Total geral | 873 | 100,00% | 658 | 100,00% | 1531 |

Gráfico 3: Casos novos conforme faixa etária e ano – Jaú – 2015-2016



Ainda com relação a idade, analisou-se os casos conforme o estadiamento inicial. O Gráfico 4 demonstra que pacientes na faixa etária de 60 a 69 anos teve maior prevalência em quase todos os estádios, isso por se tratar do maior público na pesquisa. Nota-se que todas as faixas etárias tiveram um maior número de ocorrências no estágio II (63%) e em seguida no estágio IV(16%).

Gráfico 4: Casos novos conforme faixa etária e estadiamento inicial – Jaú /2015-2016

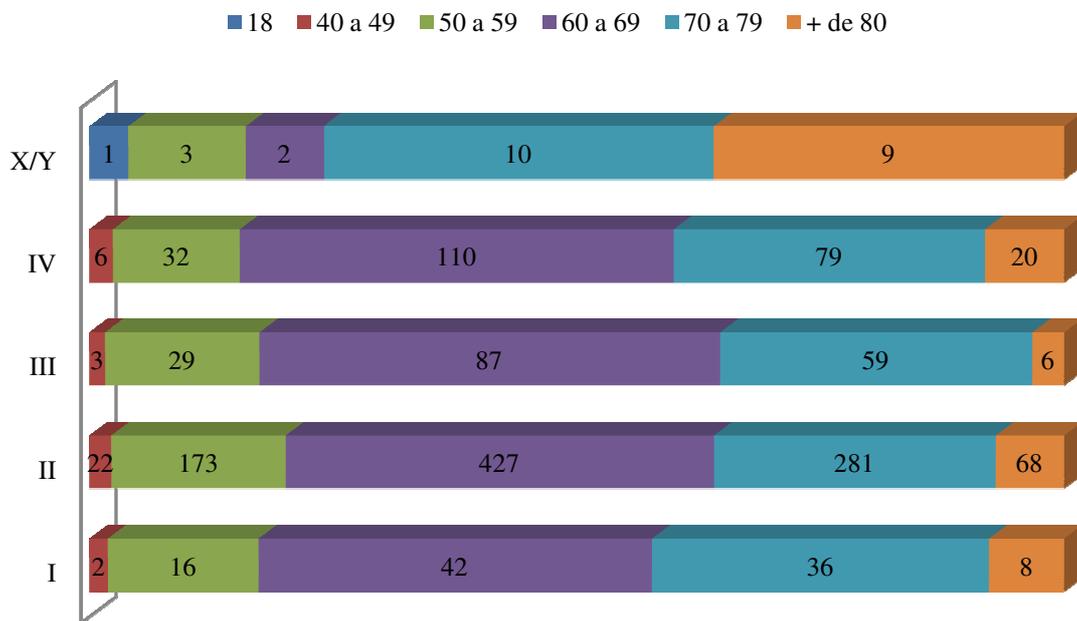
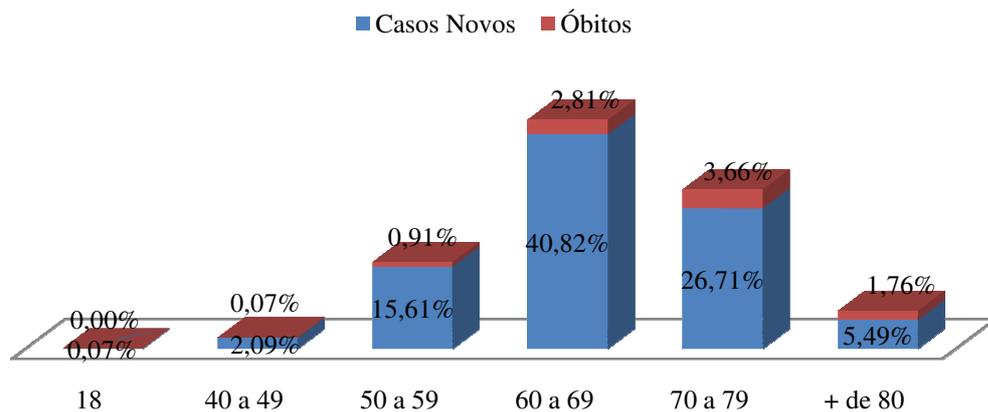


Tabela 6: Associação da faixa etária com estadiamento inicial de casos novos de CAP– Jaú /2015-2016

| Faixa Etária | I | II | III | IV | X/Y | Total |
|--------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|
| 18 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 100,00% | 1 |
| 40 a 49 | 2 6,06% | 22 66,67% | 3 9,09% | 6 18,18% | 0 0,00% | 33 |
| 50 a 59 | 16 6,32% | 173 68,38% | 29 11,46% | 32 12,65% | 3 1,19% | 253 |
| 60 a 69 | 42 6,29% | 427 63,92% | 87 13,02% | 110 16,47% | 2 0,30% | 668 |
| 70 a 79 | 36 7,74% | 281 60,43% | 59 12,69% | 79 16,99% | 10 2,15% | 465 |
| + de 80 | 8 7,21% | 68 61,26% | 6 5,41% | 20 18,02% | 9 8,11% | 111 |
| Total | 104 6,79% | 971 63,42% | 184 12,02% | 247 16,13% | 25 1,63% | 1531 |

No Gráfico 5 analisou-se os óbitos associado a faixa etária, observa-se que a faixa etária com maior índice de óbitos é a de 70 a 79 anos (3,66%), sendo que os óbitos aqui descritos não há informações se foram devido principalmente a doença.

Gráfico 5: Casos novos e óbito conforme faixa etária– Jaú /2015-2016



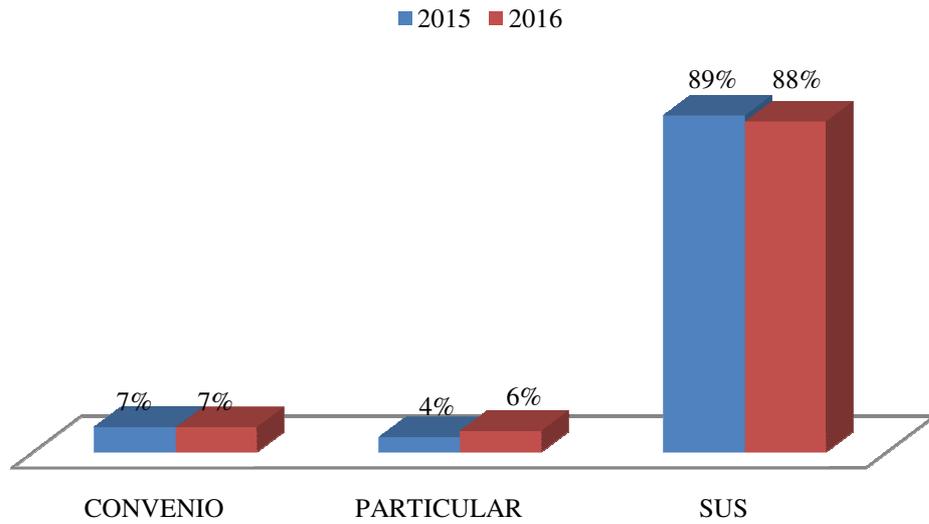
Convênios

Também foi avaliado o convênio utilizado para o primeiro atendimento. Conforme a Tabela 7 constata-se que a grande maioria, independente do ano utilizou-se do SUS (1359 – 89%) para a realização do tratamento, em seguida os pacientes que possuem algum tipo de convênio pago(101 – 7%) e em terceiro lugar pacientes particulares (71 - 4%), porém os casos de convênios e particulares mesmo juntos não chegam a 15% dos pacientes atendidos, demonstrando um público carente e dependente do SUS, sendo que não houve alteração significativa nesses números de um ano para o outro conforme demonstra o Gráfico 6.

Tabela 7: Casos novos conforme tipo de atendimento e ano– Jaú /2015-2016

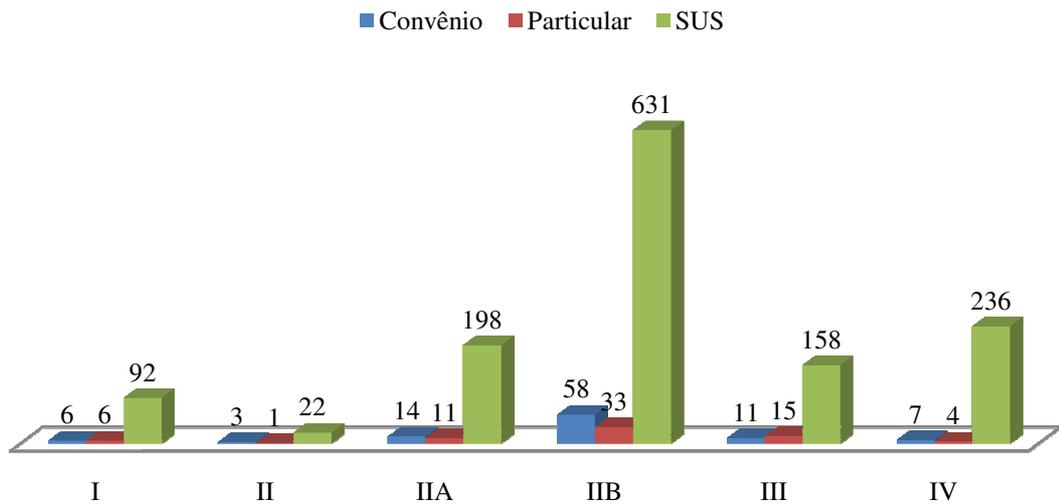
| | 2015 | | 2016 | |
|------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| Convênio | 58 | 3,79% | 43 | 2,81% |
| Particular | 34 | 2,22% | 37 | 2,42% |
| SUS | 781 | 51,01% | 578 | 37,75% |
| | 873 | 57,02% | 658 | 42,98% |
| | | | 1531 | 100% |

Gráfico 6: Casos novos por tipo de atendimento e ano– Jaú /2015-2016



No Gráfico 7 analisou-se os casos novos recebidos associados ao estadiamento inicial e o convênio utilizado, observa-se que mesmo pacientes com atendimento particular ou convênio pago, também não conseguiram descobrir a doença em sua fase inicial, ou talvez buscaram o atendimento pago por não conseguirem o acesso no sistema público.

Gráfico 7: Casos novos por tipo de atendimento e estágio inicial– Jaú /2015-2016



Óbitos

Dos 1531 pacientes sujeitos da pesquisa, 141(9%) faleceram antes ou durante a realização desta pesquisa. Os óbitos foram contabilizados até fevereiro de 2018.

Tabela 8: Pacientes que faleceram até fevereiro de 2018– Jaú /2015-2016

| Situação | Pacientes | |
|--------------------|-------------|----------------|
| Não óbito | 1390 | 90,79% |
| Óbito | 141 | 9,21% |
| Total geral | 1531 | 100,00% |

Gráfico 8: Óbitos até fevereiro de 2018– Jaú /2015-2016

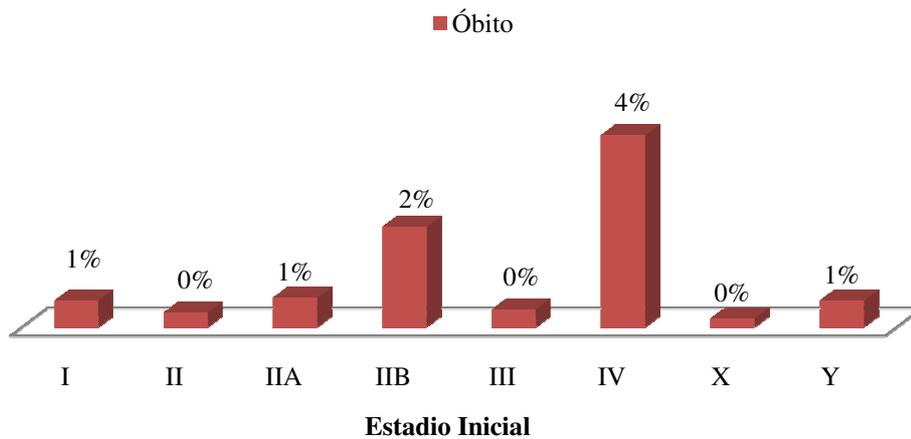


Conforme Tabela 9 observa-se, que aproximadamente 4% (65) dos pacientes que faleceram possuíam estadiamento inicial IV e 2% (34) IIB, mas não há dados referentes às causas da morte, não concluindo que foram devido a doença.

Tabela 9: Casos novos com óbito conforme estadiamento– Jaú /2015-2016

| Estádio | Não Óbito | | Óbito | | Total | |
|--------------|-------------|---------------|------------|--------------|-------------|-------------|
| I | 95 | 6,21% | 9 | 0,59% | 104 | 6,79% |
| II | 21 | 1,37% | 5 | 0,33% | 26 | 1,70% |
| IIA | 213 | 13,91% | 10 | 0,65% | 223 | 14,57% |
| IIB | 688 | 44,94% | 34 | 2,22% | 722 | 47,16% |
| III | 178 | 11,63% | 6 | 0,39% | 184 | 12,02% |
| IV | 182 | 11,89% | 65 | 4,25% | 247 | 16,13% |
| X | 3 | 0,20% | 3 | 0,20% | 6 | 0,39% |
| Y | 10 | 0,65% | 9 | 0,59% | 19 | 1,24% |
| Total | 1390 | 90,79% | 141 | 9,21% | 1531 | 100% |

Gráfico 9: Óbitos conforme estadiamento inicial – Jaú /2015-2016



Estadiamento Inicial

Com relação ao estadiamento inicial desses pacientes temos o maior número de casos com estágio IIB (722 - 47,16%), em segundo lugar, pacientes com estágio IV (247 – 16,13%), seguido pelos casos de estágio IIA (223 – 16,13%).

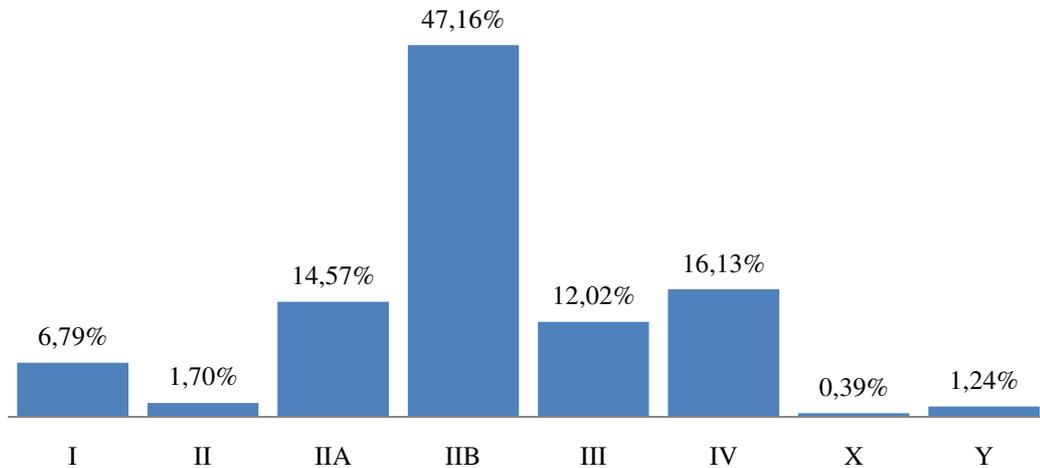
Os estadiamentos X, sendo 3 casos no ano de 2015 e 3 casos no ano de 2016, são referentes aos casos que não foram possíveis realizar o estadiamento inicial pois os pacientes já chegaram na instituição com tratamento prévio.

Os casos de estágio Y, ao todo 19 pacientes, sendo 6 em 2015 e 13 em 2016, são casos cujo tipo histológico não foram classificados como Adenocarcinoma, seja por erro no encaminhamento ou no momento do registro. A maioria destes casos foi classificada primeiramente como hiperplasia da próstata ou já possuíam outro diagnóstico.

Tabela 10: Casos novos de câncer de próstata conforme estadiamento inicial– Jaú /2015-2016

| Estádio | Pacientes | |
|--------------------|------------------|----------------|
| I | 104 | 6,79% |
| II | 26 | 1,70% |
| IIA | 223 | 14,57% |
| IIB | 722 | 47,16% |
| III | 184 | 12,02% |
| IV | 247 | 16,13% |
| X | 6 | 0,39% |
| Y | 19 | 1,24% |
| Total geral | 1531 | 100,00% |

Gráfico 10: Casos novos de câncer de próstata conforme estadiamento inicial – Jaú /2015-2016

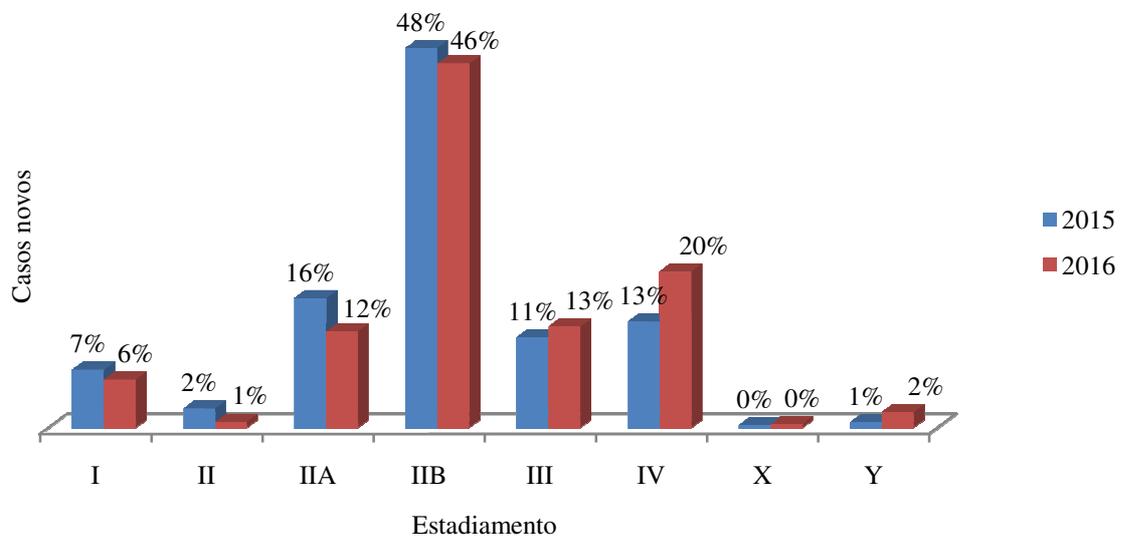


Na Tabela 11 os 1531 casos foram discriminados conforme ano de entrada no serviço e nota-se que ocorreu uma diminuição total dos casos recebidos em 2016 e a distribuição dos casos por estadiamento inicial demonstra uma alteração significativa. No ano de 2016 houve uma diminuição dos casos em estágio inicial (I e II – 9%), e o aumento dos casos de estágio III (+1,32%) e principalmente IV (+6,36%), indicando possíveis dificuldades desses pacientes para chegarem ao serviço.

Tabela 11: Casos novos conforme estadiamento e ano de inclusão– Jaú /2015-2016

| | 2015 | | 2016 | | Total |
|-----|------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| I | 64 | 7,33% | 40 | 6,08% | 104 |
| II | 21 | 2,41% | 5 | 0,76% | 26 |
| IIA | 143 | 16,38% | 80 | 12,16% | 223 |
| IIB | 419 | 48,00% | 303 | 46,05% | 722 |
| III | 100 | 11,45% | 84 | 12,77% | 184 |
| IV | 117 | 13,40% | 130 | 19,76% | 247 |
| X | 3 | 0,34% | 3 | 0,46% | 6 |
| Y | 6 | 0,69% | 13 | 1,98% | 19 |
| | 873 | 100,00% | 658 | 100,00% | 1531 |

Gráfico 11: Casos novos conforme estágio inicial e ano de entrada no serviço – Jaú /2015-2016



As DRS – Direções Regionais de Saúde

Com relação às Direções Regionais de Saúde, consideraram-se as regiões de cada um dos 1531 pacientes conforme município de origem.

Para melhor visualização e compreensão, elaborou-se o Quadro 3 com a numeração de cada região e as cidades que a compõe, sendo que as que estão destacadas, foram as que encaminharam um ou mais pacientes para o HAC.

Quadro 3: Divisão das cidades do Estado de São Paulo conforme DRS - direções regionais de saúde

| CIDADE SEDE | CIDADES QUE COMPÕEM A REGIÃO |
|--|---|
| DRS I GRANDE SÃO PAULO | Arujá; Barueri; Biritiba-Mirim; Caieiras; Cajamar; Carapicuíba; Cotia; Diadema; Embu; Embu-Guaçu; Ferraz De Vasconcelos; Francisco Morato; Franco Da Rocha; Guararema; Guarulhos ; Itapeverica Da Serra; Itapevi; Itaquaquecetuba; Jandira; Juquitiba; Mairiporã; Mauá; Mogi Das Cruzes; Osasco; Pirapora Do Bom Jesus; Poá; Ribeirão Pires; Rio Grande Da Serra; Salesópolis; Santa Isabel; Santana De Parnaíba; Santo André; São Bernardo Do Campo; São Caetano Do Sul; São Lourenço Da Serra; São Paulo; Suzano; Taboão Da Serra; Vargem Grande Paulista. |
| DRS II ARAÇATUBA | Alto Alegre; Andradina; Araçatuba; Auriflamma; Avanhandava ; Barbosa; Bento De Abreu; Bilac; Birigui ; Braúna ; Brejo Alegre; Buritama; Castilho ; Clementina Coroados; Gabriel Monteiro; Glicério; Guaraçá; Guararapes; Guzolândia; Ilha Solteira; Itapura; Lavínia; Lourdes; Luiziânia; Mirandópolis; Murutinga Do Sul; Nova Castilho; Nova Independência; Nova Luzitânia; Penápolis ; Pereira Barreto; Piacatu; Rubiácea; Santo Antônio Do Aracanguá; Santópolis Do Aguapeí; Sud Mennucci; Suzanápolis; Turiúba; Valparaíso |
| DRS III ARARAQUARA | Américo Brasiliense; Araraquara ; Boa Esperança Do Sul ; Borborema ; Cândido Rodrigues; Descalvado; Dobrada ; Dourado ; Gavião Peixoto; Ibaté ; Ibitinga ; Itápolis ; Matão ; Motuca; Nova Europa; Porto Ferreira ; Ribeirão Bonito ; Rincão; Santa Ernestina; Santa Lúcia; São Carlos ; Tabatinga ; Taquaritinga; Trajiju |
| DRS IV BAIXADA SANTISTA | BERTIOGA; CUBATÃO; GUARUJÁ; ITANHAÉM; MONGAGUÁ; PERUÍBE; PRAIA GRANDE; SANTOS ; SÃO VICENTE |
| DRS V BARRETOS | Altair; Barretos; Bebedouro; Cajobi; Colina; Colômbia; Guaíra; Guaraci; Jaborandi; Monte Azul Paulista; Olímpia; Severia; Taiacu; Taiúva; Taquaral; Terra Roxa; Viradouro; Vista Alegre Do Alto |
| DRS VI BAURU | Águas De Santa Bárbara ; Agudos ; Anhembi; Arandu ; Arealva ; Areiópolis; Avaí; Avaré ; Balbinos; Barão De Antonina ; Bariri ; Barra Bonita ; Bauru ; Bocaina ; Bofete ; Boracéia ; Borebi ; Botucatu ; Brotas ; Cabrália Paulista; Cafelândia ; Cerqueira César ; Conchas ; Coronel Macedo ; Dois Córregos ; Duartina ; Fartura ; Getulina ; Guaicara ; Iacanga; Iaras; Igarapu Do Tietê ; Itaí ; Itaju ; Itaporanga ; Itapuí ; Itatinga ; Jaú ; Laranjal Paulista ; Lencóis Paulista ; Lins ; Lucianópolis ; Macatuba ; Manduri ; Mineiros Do Tietê ; Paranapanema ; Pardinho; Paulistânia; Pederneiras ; Pereiras; Piraju ; Pirajuí; Piratininga ; Pongai ; Porangaba; Pratânia ; Presidente Alves; Promissão ; Reginópolis; Sabino ; São Manuel ; Sarutaiá ; Taguaí ; Taquaritinga ; Tejuapá; |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | Torre De Pedra;Torrinha;Uru |
| DRS VII CAMPINAS | Águas De Lindóia; Americana ; Amparo; Artur Nogueira; Atibaia; Bom Jesus Dos Perdões; Bragança Paulista; Cabreúva; Campinas ; Campo Limpo Paulista; Cosmópolis; Holambra;Hortolândia; Indaiatuba ; Itatiba; Itupeva; Jaguariúna; Jarinu; Joanópolis; Jundiá; Lindóia; Louveira; Monte Alegre Do Sul; Monte Mor; Morungaba; Nazaré Paulista; Nova Odessa; Paulínia; Pedra Bela; Pedreira; Pinhalzinho; Piracaia; Santa Bárbara D'oeste ; Santo Antônio Da Posse; Serra Negra ; Socorro; Sumaré ; Tuiuti; Valinhos ; Vargem; Várzea Paulista; Vinhedo |
| DRS VIII FRANCA | Aramina; Buritizal; Cristais Paulista; Franca ; Guará; Igarapava; Ipuã; Itirapuã; Ituverava; Jeriquara; Miguelópolis; Morro Agudo; Nuporanga; Orlândia; Patrocínio Paulista; Pedregulho; Restinga; Ribeirão Corrente; Rifaina; Sales Oliveira; São Joaquim Da Barra; São José Da Bela Vista |
| DRS IX MARILIA | Adamantina ; Álvaro De Carvalho; Alvinlândia ; Arco Íris; Assis ; Bastos ; Bernardino De Campos ; Borá ; Campos Novos Paulista; Cândido Mota ; Canitar ; Chavantes ; Cruzália ; Echaporã; Espírito Santo Do Turvo ; Fernão ; Flórida Paulista ; Florínia; Gália ; Garça ; Guaimbê; Guaratã ; Herculândia; Iacri; Ibirarema ; Inúbia Paulista ; Ipaussu ; Júlio Mesquita; Lucélia ; Lupércio; Lutécia; Maracá ; Mariópolis ; Marília ; Ocaucu; Óleo ; Oriente; Oscar Bressane; Osvaldo Cruz ; Ourinhos ; Pacaembu ; Palmital ; Paraguacu Paulista ; Parapuã ; Pedrinhas Paulista ; Platina ; Pompéia; Pracinha ; Queiroz; Quintana; Ribeirão Do Sul ; Rinópolis ; Sagres ; Salmourão; Salto Grande ; Santa Cruz Do Rio Pardo ; São Pedro Do Turvo ; Tarumã ; Timburi ; Tupã ; Ubirajara; Vera Cruz |
| DRS X PIRACICABA | Águas De São Pedro; Analândia; Araras ; Capivari; Charqueada; Conchal; Cordeirópolis; Corumbataí ; Elias Fausto; Engenheiro Coelho; Ipedina; Iracemápolis; Itirapina ; Leme ; Limeira; Mombuca; Piracicaba ; Pirassununga ; Rafard; Rio Claro ; Rio Das Pedras; Saltinho; Santa Cruz Da Conceição; Santa Gertrudes; Santa Maria Da Serra; São Pedro |
| DRS XI PRESIDENTE PRUDENTE | Alfredo Marcondes; Álvares Machado; Anhumas; Caiabu; Caiuá ; Dracena ; Emilianópolis ; Estrela Do Norte; Euclides Da Cunha Paulista; Flora Rica; Iepê ; Indiana; Irapuru ; João Ramalho; Junqueirópolis ; Marabá Paulista ; Martínópolis ; Mirante Do Paranapanema; Monte Castelo ;Nantes; Narendiba; Nova Guataporanga; Ouro Verde ; Panorama ; Paulicéia; Piquerobi ; Pirapozinho ; Presidente Bernardes; Presidente Epitácio ; Presidente Prudente ; Presidente Venceslau ; Quatá ; Rancharia ; Regente Feijó ; Ribeirão Dos Índios; Rosana; Sandovalina; Santa Mercedes ; Santo Anastácio ; Santo Expedito; São João Do Pau D'álho; Taciba; Tarabai; Teodoro Sampaio; Tupi Paulista |
| DRS XII REGISTRO | Barra Do Turvo; Cajati; Cananéia; Eldorado; Iguape; Ilha Comprida; Iporanga; Itariri; Jacupiranga; Juquiá; Miracatu; Pariquera-Açu; Pedro De Toledo; Registro; Sete Barras |
| DRS XIII RIBEIRÃO PRETO | Altinópolis; Barrinha; Batatais; Brodowski; Cajuru; Cássia Dos Coqueiros; Cravinhos; Dumont; Guariba; Guataparã; Jaboticabal; Jardinópolis; Luís Antônio; Monte Alto ; Pitangueiras; Pontal; Pradópolis; Ribeirão Preto; Santa Cruz Da Esperança; Santa Rita Do Passa Quatro; Santa Rosa De Viterbo; Santo Antônio Da Alegria; São Simão; Serra Azul; Serrana; Sertãozinho |
| DRS XIV SÃO JOÃO DA BOA VISTA | Aguai ; Águas Da Prata; Caconde ; Casa Branca ; Divinolândia ; Espírito Santo Do Pinhal; Estiva Gerbi; Itapira ; Itobi ; Mococa ; Mogi Guaçu ; Mogi Mirim ; Santa Cruz Das Palmeiras ; Santo Antônio Do Jardim; São João Da Boa Vista; São José Do Rio Pardo; São Sebastião Da Gramma ; Tambaú ; Tapiratiba ; Vargem Grande Do Sul |
| DRS XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO | Adolfo; Álvares Florence; Américo De Campos; Aparecida D'oeste; Ariranha; Aspásia; Bady Bassit; Bálsamo; Cardoso; Catanduva; Catiguá; Cedral; Cosmorama; Dirce Reis; Dolcinópolis; Elisário; Embaúba; Estrela D'oeste; Fernandópolis; Fernando Prestes; Floreal; Gastão Vidigal; General Salgado; Guapiáçu; Guarani D'oeste; Ibirá; Icém; Indiaporã; Ipiquá; Irapuã; Itajobi; Jaci; Jales; José Bonifácio; Macauba; Macedônia; Magda; Marapoama; Marinópolis; Mendonça; Meridiano; Mesópolis; Mira Estrela; Mirassol; Mirassolândia; Monções; Monte Aprazível; Neves Paulista; Nhandeara; Nipoã; Nova Aliança; Nova Canaã Paulista; Nova Granada; Novais; Novo Horizonte ; Onda Verde; Orindiúva; Ouroeste; Palestina; Palmares Paulista; Palmeira D'oeste; Paraíso; Paranapuã; Parisi; Paulo De Faria; Pedranópolis; Pindorama; Pirangi; Planalto; Poloni; Pontalinda; Pontes Gestal; Populina; Potirendaba; Riolândia; Rubinéia; Sales; Santa Adélia; Santa Albertina; Santa Clara D'oeste; Santa Fé Do Sul; Santa Rita D'oeste; Santa Salete; Santana Da Ponte Pensa; São Francisco; São João Das Duas Pontes; São João De Iracema; São José Do Rio Preto; Sebastianópolis Do Sul; Tabapuã; Tanabi; Três Fronteiras; Turmalina; Ubarana; Uchoa; União Paulista; Urânia; Urupês; Valentim Gentil; Vitória Brasil; Votuporanga; Zacarias |
| DRS XVI SOROCABA | Alambari ; Alumínio ; Angatuba ; Apiáç ; Araçariguama; Araçoiaba Da Serra; Barra Do Chapéu ; Boituva ; Bom Sucesso De Itararé; Buri ; Campina Do Monte Alegre; Capão Bonito ; Capela Do Alto; Cerquillo ; Cesário Lange ; Guapiara; Guaref ; Ibiúna; Iperó ; Itaberá ; Itaóca; Itapetininga ; Itapeva ; Itapirapuã Paulista; Itararé ; Itu ; Jumirim ; Mairinque; Nova Campina; Piedade; Pilar Do Sul ; Porto Feliz ; Quadra ; Ribeira; Ribeirão Branco ; Ribeirão Grande ; Riversul; Salto ; Salto De Pirapora ; São Miguel Arcanjo ; São Roque; Sarapuí ; Sorocaba; Tapiraí ; Taquarivaí ; Tatuí ; Tietê ; Votorantim |
| DRS XVII TAUBATÉ | Aparecida; Arapef; Areias; Bananal; Caçapava; Cachoeira Paulista; Campos Do Jordão; Canas; Caraguatatuba; Cruzeiro; Cunha; Guaratinguetá; Igaratá; Ilha Bela; Jacaref ; Jambói; Lagoinha; Lavrinhas; Lorena; Monteiro Lobato; Natividade Da Serra; Paraibuna; Pindamonhangaba; Piquete; Potim; Queluz; Redenção Da Serra; Roseira; Santa Branca; Santo Antônio Do Pinhal; São Bento Do Sapucaí; São José Do Barreiro; São José Dos Campos; São Luiz Do Paraitinga; São Sebastião; Silveiras; Taubaté; Tremembé; Ubatuba |

Fonte: Adaptado *site* da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Identificou-se com a numeração 0 os pacientes de outros Estados brasileiros ou outro país, totalizando 32 pacientes nesta situação:

- 5 pacientes de Bataguassu/MS;
- 1 paciente de Brasilândia/MS;
- 1 paciente de Cambara/PR;

- 1 paciente de Conceição do Araguaia/PA;
- 1 paciente de Juruáia/MG;
- 1 paciente de Londrina/PR;
- 1 paciente de Miraíma/CE;
- 1 paciente de Monte Belo/MG;
- 14 pacientes de Muzambinho/MG;
- 1 paciente de Palmas/TO;
- 1 paciente de Poços de Caldas/MG;
- 1 paciente de Rio Verde/GO;
- 1 paciente de Santa Rita do Pardo/MS;

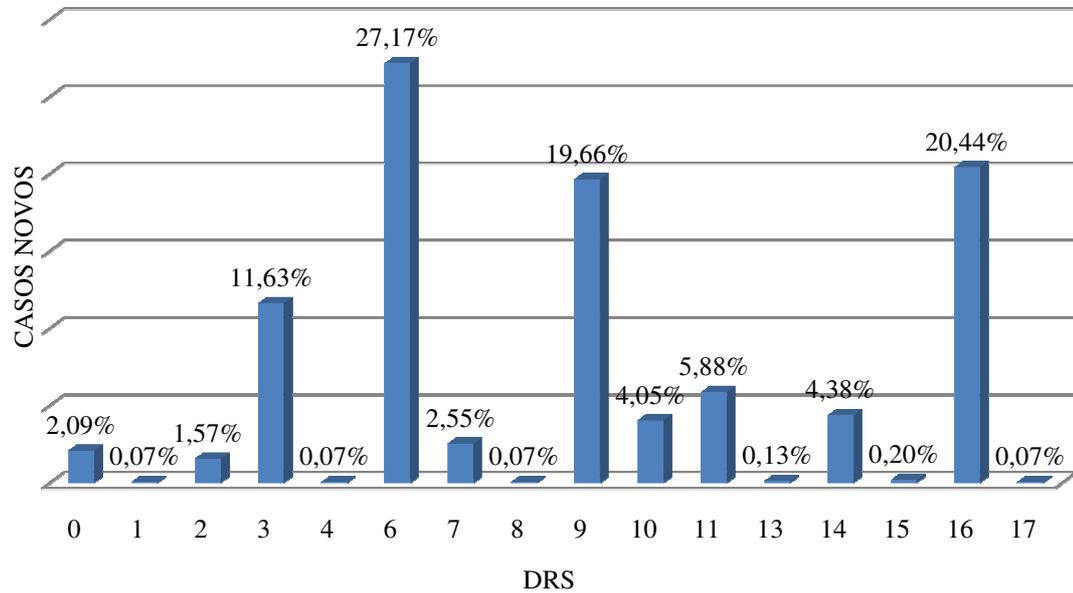
Neste indicador também estão dois pacientes de Cabo Verde, país do continente africano.

Na Tabela 12 e Gráfico 12 observa-se que o HAC recebeu pacientes advindos das diversas regiões do Estado de São Paulo, com exceção somente das DRSs V (Barretos) e XII (Registro).

Tabela 12: Casos novos conforme DRS de origem– Jaú /2015-2016

| DRS | Pacientes | |
|--------------|------------------|----------------|
| 0 | 32 | 2,09% |
| 1 | 1 | 0,07% |
| 2 | 24 | 1,57% |
| 3 | 178 | 11,63% |
| 4 | 1 | 0,07% |
| 5 | 0 | 0,00% |
| 6 | 416 | 27,17% |
| 7 | 39 | 2,55% |
| 8 | 1 | 0,07% |
| 9 | 301 | 19,66% |
| 10 | 62 | 4,05% |
| 11 | 90 | 5,88% |
| 12 | 0 | 0,00% |
| 13 | 2 | 0,13% |
| 14 | 67 | 4,38% |
| 15 | 3 | 0,20% |
| 16 | 313 | 20,44% |
| 17 | 1 | 0,07% |
| Total | 1531 | 100,00% |

Gráfico 12: Casos novos conforme DRS de origem – Jaú /2015-2016



Observa-se que quatro regionais se destacam pela quantidade de pacientes encaminhados. Com o maior número de pacientes atendidos, 416 - 27%, temos a DRS VI, em seguida, com 20% (313) dos pacientes atendidos, temos a DRS XVI, região de Sorocaba; Em terceiro lugar, com 19% (301) dos pacientes atendidos, temos a DRS IX, região de Marília e em quarto lugar a DRS III, região de Araraquara, com 11% (178) de pacientes atendidos.

Quando os pacientes foram separados por ano de entrada no serviço, conforme Tabela13 e Gráfico13 percebe-se que das quatro regionais que mais encaminharam pacientes, três tiveram um aumento de 2015 para 2016. Porém a DRS XVI destaca-se pela diminuição dos casos com -8% de 2015 para 2016; foi a regional que mais diminuiu o encaminhamento de pacientes, as possibilidades são o encaminhamento para outro serviço ou o atendimento pelas UNACONS da regional. Percebe-se também que a DRS XIV encaminhou mais pacientes no ano de 2016, o que sugere deficiência em algum serviço daquela região naquele momento.

Gráfico 13: Casos novos de acordo com DRS e ano de inclusão – Jaú /2015-2016

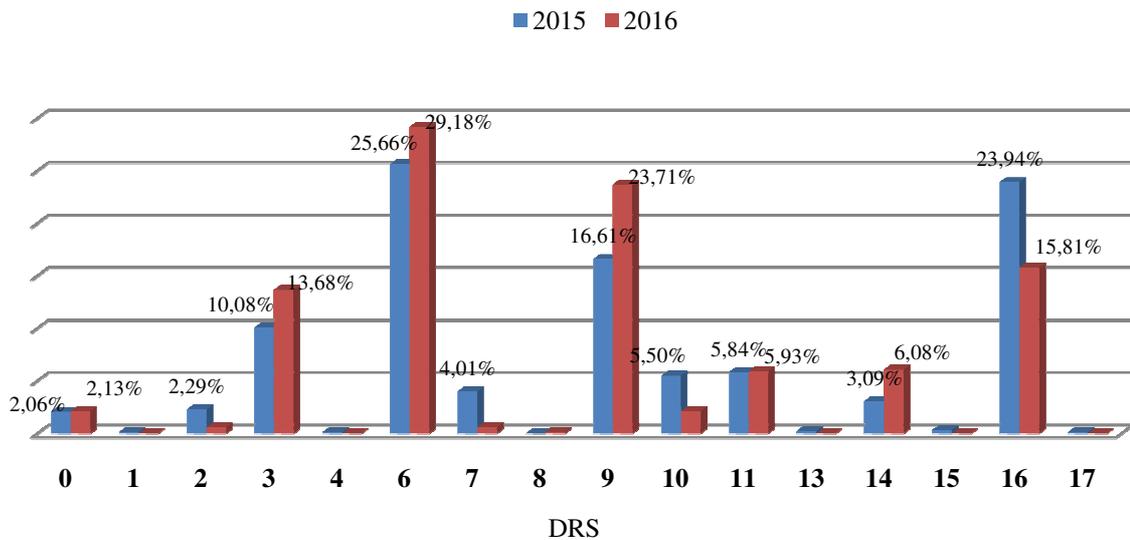


Tabela 13: Pacientes conforme DRS e ano que iniciou o tratamento– Jaú /2015-2016

| DRS | 2015 | | 2016 | | ≠ | TOTAL |
|--------------|------------|----------------|------------|----------------|--------|---------------------|
| 1 | 1 | 0,11% | 0 | 0,00% | -0,11% | 1 0,07% |
| 2 | 20 | 2,29% | 4 | 0,61% | -1,68% | 24 1,57% |
| 3 | 88 | 10,08% | 90 | 13,68% | 3,60% | 178 11,63% |
| 4 | 1 | 0,11% | 0 | 0,00% | -0,11% | 1 0,07% |
| 6 | 224 | 25,66% | 192 | 29,18% | 3,52% | 416 27,17% |
| 7 | 35 | 4,01% | 4 | 0,61% | -3,40% | 39 2,55% |
| 8 | 0 | 0,00% | 1 | 0,15% | 0,15% | 1 0,07% |
| 9 | 145 | 16,61% | 156 | 23,71% | 7,10% | 301 19,66% |
| 10 | 48 | 5,50% | 14 | 2,13% | -3,37% | 62 4,05% |
| 11 | 51 | 5,84% | 39 | 5,93% | 0,09% | 90 5,88% |
| 13 | 2 | 0,23% | 0 | 0,00% | -0,23% | 2 0,13% |
| 14 | 27 | 3,09% | 40 | 6,08% | 2,99% | 67 4,38% |
| 15 | 3 | 0,34% | 0 | 0,00% | -0,34% | 3 0,20% |
| 16 | 209 | 23,94% | 104 | 15,81% | -8,13% | 313 20,44% |
| 17 | 1 | 0,11% | 0 | 0,00% | -0,11% | 1 0,07% |
| Total | 873 | 100,00% | 658 | 100,00% | | 1531 100,00% |

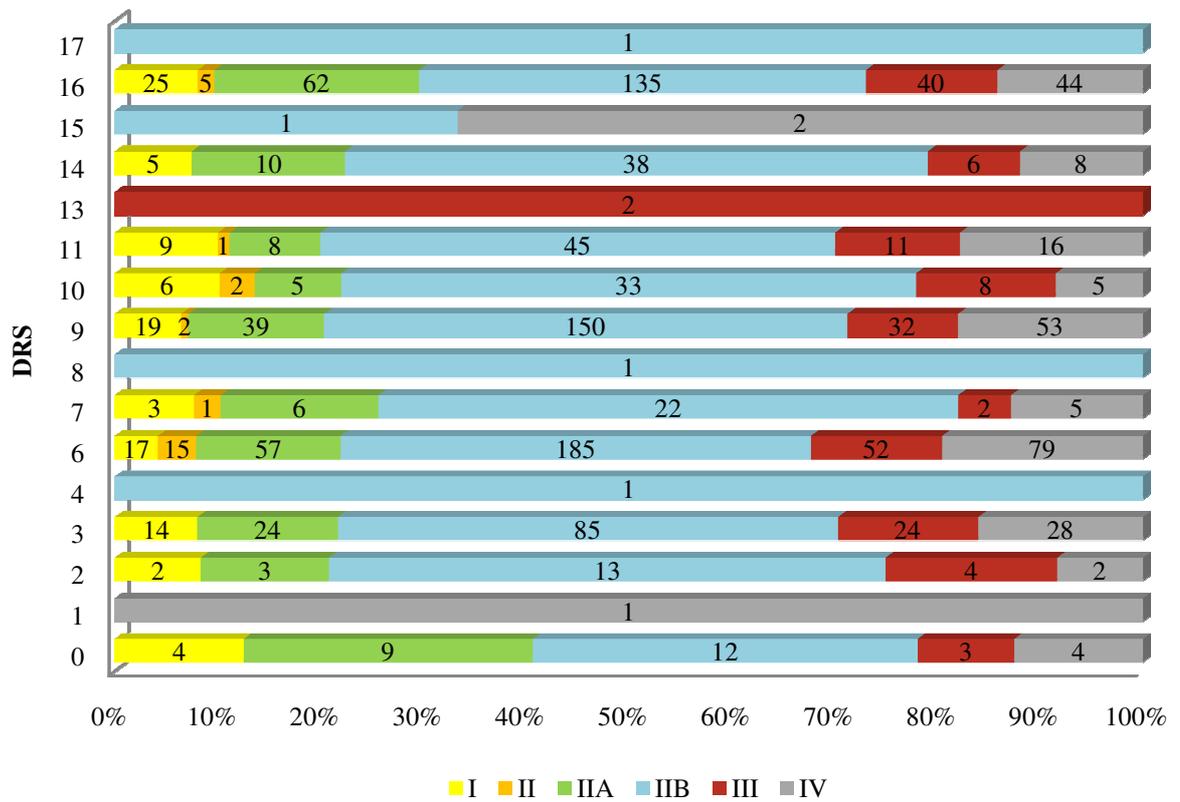
Na Tabela 14 analisam-se os pacientes segundo a DRS de origem com associação do estadiamento inicial, essa comparação é importante para avaliar se há um parâmetro nos encaminhamentos e como forma de confronto entre as diversas direções, se encaminham casos mais precocemente ou não.

Algumas regionais se destacam por encaminhar pacientes mais tardiamente como observa-se na Tabela 14 as DRSs 1 (1/IV); DRS 3 (28/IV); DRS 9 (53/IV); DRS 11 (16/IV); DRS 13 (2/IV); DRS 15 (2/IV). É interessante observar também que mesmo o Hospital estando na regional 6 e esta ser a maior demandante de pacientes, também possui casos de encaminhamento tardio, com elevado número de pacientes em estágio III (52) e IV (79).

Tabela 14: Casos novos conforme DRS de origem e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016

| DRS | I | II | IIA | IIB | III | IV | Total |
|--------------|------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 0 | 4 0,27% | 0 0,00% | 9 0,60% | 12 0,80% | 3 0,20% | 4 0,27% | 32 2,12% |
| 1 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% | 1 0,07% |
| 2 | 2 0,13% | 0 0,00% | 3 0,20% | 13 0,86% | 4 0,27% | 2 0,13% | 24 1,59% |
| 3 | 14 0,93% | 0 0,00% | 24 1,59% | 85 5,64% | 24 1,59% | 28 1,86% | 175 11,62% |
| 4 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% |
| 6 | 17 1,13% | 15 1,00% | 57 3,78% | 185 12,28% | 52 3,45% | 79 5,25% | 405 26,89% |
| 7 | 3 0,20% | 1 0,07% | 6 0,40% | 22 1,46% | 2 0,13% | 5 0,33% | 39 2,59% |
| 8 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% |
| 9 | 19 1,26% | 2 0,13% | 39 2,59% | 150 9,96% | 32 2,12% | 53 3,52% | 295 19,59% |
| 10 | 6 0,40% | 2 0,13% | 5 0,33% | 33 2,19% | 8 0,53% | 5 0,33% | 59 3,92% |
| 11 | 9 0,60% | 1 0,07% | 8 0,53% | 45 2,99% | 11 0,73% | 16 1,06% | 90 5,98% |
| 13 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 2 0,13% | 0 0,00% | 2 0,13% |
| 14 | 5 0,33% | 0 0,00% | 10 0,66% | 38 2,52% | 6 0,40% | 8 0,53% | 67 4,45% |
| 15 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% | 0 0,00% | 2 0,13% | 3 0,20% |
| 16 | 25 1,66% | 5 0,33% | 62 4,12% | 135 8,96% | 40 2,66% | 44 2,92% | 311 20,65% |
| 17 | 0 0,00% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% | 0 0,00% | 0 0,00% | 1 0,07% |
| Total | 104 6,91% | 26 1,73% | 223 14,81% | 722 47,94% | 184 12,22% | 247 16,40% | 1506 100,00% |

Gráfico 14: Pacientes atendidos conforme DRS e estadiamento inicial – Jaú /2015-2016



4.2 – RESULTADOS DA 2ª ETAPA DA PESQUISA

Na segunda etapa da pesquisa foram entrevistados 100 homens em tratamento por câncer de próstata no Hospital Amaral Carvalho. Os pacientes foram selecionados entre os 1531 pacientes da 1ª etapa, conforme retorno para consulta e disponibilidade para participar da entrevista. Foram excluídos da pesquisa: pacientes que faleceram (141), pacientes não SUS (172), pacientes que não retornaram para consultas/tratamento (182), pacientes de outros estados/país (32), totalizando 1004 pacientes possíveis sujeitos para a entrevista.

Dos 100 pacientes entrevistados, 4 possuíam estágio inicial I, 4 estágio IIA, 32 estágio IIB, 30 estágio III e 30 estágio IV.

Para uma análise mais detalhada os resultados foram divididos em quatro grupos associados ao estadiamento inicial.

- Grupo 1: Dados referentes aos aspectos sociais
- Grupo 2: Dados relativos aos fatores de riscos e hábitos de saúde
- Grupo 3: Dados referentes a descoberta da doença
- Grupo 4: Dados referentes após a descoberta da doença

Dados relativos aos aspectos sociais

No primeiro grupo apresentam-se as variáveis referentes aos aspectos sociais do paciente. É possível analisar na Tabela 15 que a maioria dos pacientes entrevistados são casados (78), possuem de 3 a 4 filhos (41), estudaram até a 4ª série/ ensino fundamental (50), já estão aposentados (67), não possuem acesso ou não usam a internet (77) e buscaram atendimento SUS (79).

Na associação dos dados com o estadiamento inicial do paciente, essa quantificação é superior em quase todos os estágios, não há muita diferenciação. Quando analisada a porcentagem dos casos com estadiamento avançado, ou seja, III e IV verificam-se que com relação a todas as variáveis há uma representação.

É interessante observar que mesmo pacientes com escolaridade mais alta, 2º grau e ensino superior, também chegaram tardiamente para tratamento. Com relação a ocupação, 10 pacientes mesmo em estágios avançados, ainda trabalham.

Pacientes com acesso e uso da internet (23) e que portanto, mais propensos a receberem informações sobre doenças, acesso a serviços, tratamentos entre outras, também chegaram tardiamente no centro de referência.

O tipo de atendimento, SUS – particular ou convênio, utilizado antes de chegar ao serviço, também não demonstrou colaborar com o diagnóstico precoce da doença, pois esses pacientes chegaram ao HAC com estágio IIB –III e IV, demonstrando que não houve um atendimento prioritário, porém podem ter buscado um único atendimento particular devido ao não atendimento pela rede pública.

Com relação a tabela de profissões, constata-se que a maioria dos sujeitos são trabalhadores rurais, da construção civil ou motoristas/taxista, sendo que chegaram mais tardiamente os trabalhadores rurais.

Tabela 15: Associação entre variáveis sociais e estadiamento inicial – Jaú /2015-2016

| Variáveis | N | Estádio Inicial | | | | |
|-----------------------------------|----|-----------------|-----|-----|-----|-----|
| | | I | IIA | IIB | III | IV |
| Estado Civil | | | | | | |
| Solteiro | 3 | 2% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Casado | 78 | 2% | 3% | 27% | 25% | 21% |
| Separado | 11 | 0% | 1% | 3% | 3% | 4% |
| Viúvo | 8 | 0% | 0% | 2% | 2% | 4% |
| Filhos | | | | | | |
| Nenhum | 2 | 1% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| 1 a 2 filhos | 37 | 2% | 2% | 15% | 11% | 7% |
| 3 a 4 filhos | 41 | 1% | 2% | 13% | 15% | 10% |
| mais que 5 filhos | 20 | 0% | 0% | 4% | 4% | 12% |
| Escolaridade | | | | | | |
| Não estudou | 5 | 0% | 0% | 1% | 2% | 2% |
| Até a 4ª serie | 50 | 1% | 3% | 17% | 14% | 15% |
| 1º grau | 19 | 1% | 0% | 7% | 6% | 5% |
| 2º grau | 21 | 1% | 1% | 7% | 7% | 5% |
| Superior | 5 | 1% | 0% | 0% | 1% | 3% |
| Ocupação atual | | | | | | |
| Trabalha | 22 | 1% | 2% | 9% | 4% | 6% |
| Aposentado | 67 | 3% | 2% | 18% | 22% | 22% |
| Afastado | 8 | 0% | 0% | 3% | 3% | 2% |
| Desempregado | 3 | 0% | 0% | 2% | 1% | 0% |
| Acesso e uso da internet | | | | | | |
| Não | 77 | 2% | 3% | 27% | 24% | 21% |
| Sim | 23 | 2% | 1% | 5% | 6% | 9% |
| Buscou atendimento inicial | | | | | | |
| Convênio | 7 | 0% | 0% | 2% | 4% | 1% |
| Particular | 14 | 0% | 0% | 8% | 4% | 2% |
| SUS | 79 | 4% | 4% | 22% | 22% | 27% |

Tabela 16: Associação entre profissão e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016

| Profissão | N | I | IIA | IIB | III | IV |
|---------------------------|----------|----------|------------|------------|------------|-----------|
| Açougueiro | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Agricultor | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Apontador de produção | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Autônomo | 5 | 0% | 0% | 1% | 2% | 2% |
| Bancário | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Calheiro | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Canaricultor | 1 | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Caseiro | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Comerciante | 3 | 0% | 1% | 0% | 2% | 0% |
| Construção civil | 12 | 0% | 1% | 4% | 2% | 5% |
| Educador físico | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Eletricista | 4 | 0% | 0% | 2% | 2% | 0% |
| Empresário | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Fiscal sanitário | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Frentista | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Func. Público | 5 | 0% | 0% | 2% | 1% | 2% |
| Jardineiro | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Manobrador | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Marceneiro | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Mecânico | 7 | 0% | 0% | 2% | 2% | 3% |
| Metalúrgico | 3 | 0% | 0% | 0% | 1% | 2% |
| Micro empresário | 1 | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Motorista/taxista | 11 | 0% | 0% | 4% | 4% | 3% |
| Operador de máquina | 3 | 0% | 1% | 1% | 1% | 0% |
| Pintor | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Porteiro | 1 | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% |
| Representante comercial | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Serralheiro | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Serviços gerais | 6 | 0% | 0% | 5% | 1% | 0% |
| Supervisor de transmissão | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Tapeceiro | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Téc. Seg. trabalho | 1 | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Torneiro | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Trab. Rural | 15 | 1% | 0% | 4% | 3% | 7% |
| Vereador | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Vidraceiro | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Vigilante | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |

Dados relativos aos fatores de riscos e hábitos de saúde

Os dados referentes aos fatores de risco, ou seja, idade, cor/raça auto referida e história familiar, seguem na Tabela 17 e demonstram que em todas as faixas etárias há casos de pacientes em estágios mais avançados, com uma prevalência da faixa etária entre 60 a 69 anos (49). Com relação a cor/raça a maioria dos sujeitos se auto nomearam brancos (76), mas há uma representatividade de todas as raças nos estágios mais avançados.

Sobre o fator história familiar 44 pacientes afirmaram não possuir familiares com câncer ou não souberam responder, dos demais que possuem um ou mais parentes com câncer, o familiar mais citado foi o pai (21), seguido por irmão e irmã (11/8), destes é interessante observar que a maioria dos pacientes que identificaram esses parentes, chegaram ao hospital com estágio III e IV, correspondendo as pesquisas que afirmam a história familiar como um fator de risco do câncer de próstata, principalmente aqueles mais agressivos. (4) Dos tipos de câncer nos familiares, o mais citado é o câncer de próstata.

Tabela 17: Associação de fatores de risco com estadiamento inicial dos entrevistados– Jaú /2015-2016

| Variáveis | | Estádio Inicial | | | | | |
|--|----------|------------------------|------------|------------|------------|-----------|--|
| Idade | N | I | IIA | IIB | III | IV | |
| 49 a 58 anos | 18 | 2% | 1% | 7% | 5% | 3% | |
| 60 a 69 anos | 49 | 2% | 2% | 17% | 12% | 16% | |
| 70 a 79 anos | 27 | 0% | 1% | 6% | 12% | 8% | |
| 80 a 85 anos | 6 | 0% | 0% | 2% | 1% | 3% | |
| Cor/ Raça | | | | | | | |
| Branca | 76 | 3% | 2% | 25% | 24% | 22% | |
| Preta | 11 | 1% | 1% | 4% | 3% | 2% | |
| Parda | 13 | 0% | 1% | 3% | 3% | 6% | |
| Parentes de 1º e 2º grau com câncer | | | | | | | |
| Não tem ou não se lembra | 44 | 2% | 4% | 18% | 12% | 8% | |
| Avô | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Filho | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | |
| Irmã | 8 | 0% | 0% | 0% | 4% | 4% | |
| Irmão | 11 | 0% | 0% | 3% | 3% | 5% | |
| Mãe | 5 | 0% | 0% | 2% | 0% | 3% | |
| Mãe e Irmã | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | |
| Mãe e Irmão | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | |
| Mãe e Irmãos | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Pai | 21 | 1% | 0% | 4% | 7% | 9% | |
| Pai/Mãe | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Pai/Mãe/Irmã | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Tio | 4 | 1% | 0% | 2% | 0% | 1% | |
| Tipos de câncer na família | | | | | | | |
| Não tem ou não sabe informar | 48 | 2% | 4% | 18% | 14% | 10% | |
| Bexiga | 3 | 0% | 0% | 0% | 0% | 3% | |
| Cabeça | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | |
| Cabeça e pescoço | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% | |
| Estômago | 7 | 0% | 0% | 3% | 2% | 2% | |
| Estômago/Testículo | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Fígado | 4 | 0% | 0% | 2% | 2% | 0% | |
| Garganta | 2 | 0% | 0% | 0% | 0% | 2% | |
| Garganta/Mama | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Intestino | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | |
| Leucemia | 2 | 0% | 0% | 0% | 0% | 2% | |
| Mama | 4 | 0% | 0% | 2% | 1% | 1% | |
| Próstata | 21 | 2% | 0% | 5% | 7% | 7% | |
| Pulmão | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% | |
| Pulmão/mama/Fígado | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% | |
| Útero | 2 | 0% | 0% | 0% | 1% | 1% | |

Também foi questionado sobre hábitos dos pacientes. A maioria se declarou como não fumante (68), entre os que já utilizaram alguma vez o tabaco, elencamos através de faixas de referência a quantidade de anos que fumou ou ainda fuma. É importante observar que não há uma grande diferenciação entre os pacientes tabagistas ou não quando comparados por estadiamento inicial.

Com relação à vasectomia somente 1 paciente afirmou ter realizado.

Dos 100 pacientes entrevistados, 70 afirmaram que faziam prevenção do câncer de próstata realizando exames de PSA ou toque retal e 56 que conhecem a Campanha Novembro Azul, porém esses pacientes também chegaram ao HAC em estágio já avançado da doença, contradizendo a realização de exames de prevenção.

Tabela 18: Associação de hábitos de saúde e estadiamento inicial – Jaú /2015-2016

| Variáveis | N | Estádio Inicial | | | | |
|--|----|-----------------|-----|-----|-----|-----|
| | | I | IIA | IIB | III | IV |
| Tabagista | | | | | | |
| Não | 68 | 1% | 2% | 20% | 23% | 22% |
| Sim | 33 | 3% | 2% | 12% | 7% | 9% |
| Tempo que fuma (anos) | | | | | | |
| Nunca fumou | 68 | 1% | 2% | 20% | 23% | 22% |
| Até 10 anos | 8 | 0% | 2% | 2% | 1% | 3% |
| De 11 a 20 anos | 8 | 2% | 0% | 4% | 1% | 1% |
| De 21 a 30 anos | 6 | 1% | 0% | 1% | 2% | 2% |
| De 31 a 49 anos | 5 | 0% | 0% | 1% | 2% | 2% |
| Mais de 50 anos | 5 | 0% | 0% | 4% | 1% | 0% |
| Fez vasectomia | | | | | | |
| Não | 99 | 4% | 4% | 32% | 30% | 29% |
| Sim | 1 | 0% | 1% | 0% | 0% | 1% |
| Fazia prevenção do câncer de Próstata | | | | | | |
| Não | 30 | 3% | 1% | 3% | 7% | 16% |
| Sim | 70 | 1% | 3% | 29% | 23% | 14% |
| Conhece a Campanha Novembro Azul | | | | | | |
| Não | 44 | 1% | 2% | 12% | 15% | 14% |
| Sim | 56 | 3% | 2% | 20% | 15% | 16% |

Dados relativos a descoberta da doença

Na Tabela 19 verifica-se que a maioria dos sujeitos respondeu que descobriu a doença devido a procurarem o médico no PAS (38%), a segunda resposta mais citada fez referência a consulta e exames de rotina (33%) e em terceiro lugar, que fez exames devido a outros problemas de saúde (14%).

É importante observar que pacientes que responderam que procuraram o médico do PAS em sua maioria chegaram no HAC em estágio avançado da doença, sugerindo que não realizavam exames de rotina ou prevenção. De 100 pacientes, 9 informaram que pagaram um médico devido a problemas de saúde.

Sobre sintomas da doença, 55 pacientes relataram perceber alterações no corpo, sendo que 23% destes chegaram com estágio IV, ou seja, quando a doença já está disseminada em outras partes do corpo e os sintomas são mais perceptíveis. Os sujeitos relataram sentir um ou mais sintomas, entre os mais citados estão: dificuldade de urinar (27%); diminuição do jato de urina (16%); e necessidade de urinar várias vezes (7%).

A maioria dos pacientes relatou ter realizado 1 biópsia (90%), 7 pacientes realizaram 2 biópsias e 3 pacientes realizaram 3 biópsias até o início do tratamento, 17 pacientes relataram ter pago pela realização da biópsia.

Tabela 19: Associação entre variáveis sobre descoberta da doença e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016

| Variáveis | N | Estádio Inicial | | | | |
|--|----------|------------------------|------------|------------|------------|-----------|
| | | I | IIA | IIB | III | IV |
| Como descobriu a doença | | | | | | |
| Consulta e Exames Rotina | 33 | 0% | 2% | 14% | 12% | 5% |
| Esposa orientou | 3 | 0% | 0% | 2% | 1% | 0% |
| Estava internado | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Fez exames devido a outro problema | 14 | 1% | 0% | 5% | 3% | 5% |
| Pagou um médico | 9 | 0% | 0% | 4% | 3% | 2% |
| Participou de Campanha | 2 | 1% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Procurou o médico do PAS | 38 | 2% | 2% | 6% | 11% | 17% |
| Percebeu alterações no corpo | | | | | | |
| Não | 45 | 2% | 2% | 22% | 16% | 7% |
| Sim | 55 | 2% | 2% | 10% | 14% | 23% |
| Sintomas ou alterações que percebeu | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|----|----|----|-----|-----|----|
| Não teve sintomas ou não percebeu | 45 | 2% | 2% | 21% | 14% | 6% |
| Demora em urinar | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Dific. E demora ao urinar/ diminuição | 6 | 0% | 0% | 1% | 2% | 3% |
| Dific. E demora ao urinar/ diminuição do jato e dores | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Dific. e sangue na urina | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Dific. Urinar e dor nos testículos | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Dific. Urinar/ dor abdominal | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Dific. Urinar/dimin. Jato de urina | 6 | 0% | 0% | 1% | 2% | 3% |
| Dificuldade de urinar | 11 | 1% | 2% | 3% | 1% | 4% |
| Diminuição do jato de urina | 2 | 1% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Diminuição do jato de urina/ dores | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Dor abdominal | 2 | 0% | 0% | 0% | 1% | 1% |
| Dor ao urinar | 2 | 0% | 0% | 2% | 0% | 0% |
| Dor após acidente | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Dor na Bexiga | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Dor nos testículos | 3 | 0% | 0% | 0% | 2% | 1% |
| Dor óssea | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Dores | 2 | 0% | 0% | 0% | 1% | 1% |
| Dores e anemia | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Ejaculação fraca | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Emagrecimento | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Inchaço no pênis | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Saída de líquido escuro pelo reto | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| Urinava muitas vezes | 6 | 0% | 0% | 0% | 4% | 2% |
| Urinava varias vezes/sangue na urina | 1 | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |

Quantidade de biópsias realizada por cada paciente

| | | | | | | |
|---|----|----|----|-----|-----|-----|
| 1 | 90 | 4% | 3% | 29% | 24% | 30% |
| 2 | 7 | 0% | 1% | 2% | 4% | 0% |
| 3 | 3 | 0% | 0% | 1% | 2% | 0% |

Realizou a biópsia através

| | | | | | | |
|------------|----|----|----|-----|-----|-----|
| Convênio | 7 | 0% | 0% | 4% | 2% | 1% |
| Particular | 17 | 1% | 2% | 4% | 7% | 3% |
| SUS | 76 | 3% | 2% | 24% | 21% | 26% |

Dados referentes após descoberta da doença

No quarto grupo avaliaram-se questões após a descoberta da doença. Quando questionados se encontraram dificuldades no encaminhamento para o serviço de referência, 80 pacientes afirmaram que não tiveram dificuldades. Com relação ao tempo de espera para o primeiro atendimento 43 pacientes afirmaram esperar menos de 1 mês, 36 pacientes de 1 a 2 meses e somente 6 pacientes relataram ter esperado mais de 5 meses para o primeiro atendimento. Quando questionados sobre a realização de tratamento em outra instituição antes do HAC, 22 pacientes afirmaram ter realizado algum tratamento anterior, sendo que o mais citado foi a realização de exames, apenas 3 pacientes afirmaram ter realizado cirurgia em outro serviço e 5 pacientes informaram ter realizado algum tipo de medicação, porém não souberam informar se era hormonioterapia.

Tabela 20: Associação entre variáveis pós descoberta da doença e estadiamento inicial– Jaú /2015-2016

| Variáveis | Estádio Inicial | | | | | |
|--|------------------------|----------|------------|------------|------------|-----------|
| | N | I | IIA | IIB | III | IV |
| Dificuldades para atendimento | | | | | | |
| Não | 80 | 3% | 4% | 27% | 24% | 22% |
| Sim | 20 | 1% | 0% | 5% | 6% | 8% |
| Tempo de espera para o primeiro atendimento | | | | | | |
| Menos de 1 mês | 43 | 2% | 0% | 10% | 14% | 17% |
| De 1 a 2 meses | 36 | 1% | 3% | 13% | 11% | 8% |
| De 3 a 4 meses | 15 | 1% | 1% | 5% | 4% | 4% |
| Mais de 5 meses | 6 | 0% | 0% | 4% | 1% | 1% |
| Foi atendido em outro serviço | | | | | | |
| Não | 78 | 3% | 2% | 28% | 24% | 21% |
| Sim | 22 | 1% | 2% | 4% | 6% | 9% |
| Realizou qual tratamento | | | | | | |
| Nenhum ou não soube informar | 81 | 3% | 3% | 28% | 25% | 22% |
| Biopsia | 1 | 0% | 1% | 0% | 0% | 0% |
| Cirurgia | 3 | 0% | 0% | 1% | 0% | 2% |
| Consulta | 1 | 0% | 0% | 1% | 0% | 0% |
| Exames | 8 | 0% | 0% | 1% | 3% | 4% |
| Hormonioterapia | 1 | 0% | 0% | 0% | 1% | 0% |
| Medicação | 5 | 1% | 0% | 1% | 1% | 2% |

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na 1ª etapa da pesquisa verificou-se que o total de casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016 foi de 1531 pacientes.

Destes 1531 pacientes, 873 (57,02%) iniciou o tratamento em 2015 e 658 (42,98%) em 2016, uma diminuição equivalente a 215 pacientes. Do total de pacientes 1499 eram do Estado de São Paulo.

Referente a idade os dados encontrados são parecidos com o que traz a literatura ^{(6) (9)} ^{(3) (4)}, ou seja, a maioria dos pacientes está acima de 50 anos (97,77%), com prevalência da faixa etária de 60 a 69 anos e média de 66 anos com desvio padrão de 8 anos. A faixa etária de 70 a 79 anos é a responsável pelo maior número de óbitos (3,66%), esses dados são compatíveis com outras pesquisas. ^{(12) (26) (41)}

Com relação ao tipo de atendimento, a grande maioria utilizou o SUS (88,77%), esse dado é passível de viés por ser o Hospital Amaral Carvalho um hospital filantrópico que atende quase que exclusivamente pelo SUS.

Os óbitos foram registrados até fevereiro de 2018, totalizando 141 casos (9,21%), dentre os óbitos o maior índice foram de pacientes com estágio IV (4,25%), em conformidade com a literatura existente, que relata uma sobrevida global no estágio IV 45% menor que no estágio I. ⁽²⁶⁾

Um dos dados mais importantes levantados nesta etapa é referente ao estágio inicial da doença que esses pacientes chegaram, revelou-se que 431 pacientes - 28,15% chegaram com estágio avançado (III e IV), porém quando esta informação foi desmembrada por ano, identificou-se que em 2016, apesar do HAC receber menos pacientes, esses chegaram em estágio mais avançado, ou seja, em 2015 os casos em estágio III e IV foram equivalentes a 24,85% dos pacientes e em 2016 esse número subiu para 32,53%. Este dado é parecido aos demais encontrados no Brasil, conforme trabalhos estudados e infelizmente influenciam diretamente no prognóstico e qualidade de vida dos pacientes.

Conforme dados do RHC do Hospital Amaral Carvalho ⁽⁴²⁾, os pacientes com câncer de próstata em estágio III e IV recebidos no período de 2005 a 2012 somavam 32,4%, assim entende-se que após três anos não houve uma alteração positiva desse quadro e que pacientes

continuam chegando tardiamente ao serviço especializado, porém segundo a fala dos pacientes, que verificaremos mais adiante, não há um conhecimento por parte dos próprios pacientes que a entrada no serviço especializado foi tardia.

Identificou-se também que quatro regionais se destacam pela quantidade de pacientes encaminhados. Com o maior número de pacientes atendidos, 416 - 27%, temos a DRS VI, sendo justificativa a própria localização do hospital e por esta regional ser uma das maiores do Estado, 68 municípios. Em seguida, com 20% (313) dos pacientes atendidos, temos a DRS XVI, região de Sorocaba e que possui dois serviços de UNACON, sendo um com radioterapia, conta com 48 municípios e vários dispões de Ligas de Voluntários de Combate ao Câncer² Em terceiro lugar, com 19% (301) dos pacientes atendidos, temos a DRS IX, região de Marília, a qual possui três UNACONS e 1 CACON, responsável por 62 municípios. E em quarto lugar a DRS III, região de Araraquara, com 11% (178) de pacientes atendidos, possui duas UNACONS, sendo as duas com serviço de radioterapia, é responsável por 24 municípios. É importante ressaltar que na DRS VI há três UNACONS e o Hospital Amaral Carvalho como CACON.

Também é possível identificar que alguns poucos pacientes vieram de Regionais mais distantes como São Paulo, Baixada Santista, Franca, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Taubaté, sendo a maioria deles com estágio mais avançado, sendo uma hipótese a dificuldade de acesso ao tratamento na regional de referência, pois nestes dois anos ainda não estava completamente implantada a CROSS na Oncologia.

Dos 1531 pacientes, 32 eram de outros Estados brasileiros, sendo que a justificativa para busca do tratamento no HAC foi a dificuldade encontrada no estado de origem, sendo inclusive que alguns municípios por contarem com Liga de Voluntários de Combate ao Câncer, auxiliaram os pacientes nesse encaminhamento, neste aspecto destaca-se o município de Muzambinho, localizado em Minas Gerais e que encaminhou 14 pacientes no período estudado.

Na 2ª etapa, destacam-se os fatores qualitativos da pesquisa. Nos resultados do primeiro grupo referente aos dados sociais dos pacientes entrevistados, observa-se que metade dos pacientes, afirmaram ter concluído somente até o quarto ano do ensino fundamental, dados semelhantes a outras pesquisas^{(41) (43) (44)}, por este indicador já se identifica que esses

² Entidades não governamentais, organizadas e compostas por voluntários que auxiliam pessoas no município de origem na prevenção e tratamento do câncer.

homens talvez tenham mais dificuldades de entendimento, de procurar os serviços de saúde como forma de prevenção e de se comunicar com a equipe de saúde.

Dos 100 entrevistados, 78 informaram ser casados e somente 2 não possuem filhos; Segundo estudos recentes a família e principalmente as esposas, tem demonstrado ser um fator importante no incentivo aos homens buscarem o cuidado na saúde, a terem uma vida mais regrada e também a se submeterem aos tratamentos.^{(43) (12) (45)}

Com relação a ocupação, a maioria dos pacientes (67) já estão aposentados o que condiz com a faixa etária principal que está acima dos 65 anos. Outros 22 pacientes ainda trabalham. Quando questionados sobre a profissão ou função que desenvolvia, as atividades que mais se destacaram foram: trabalhador rural (15), construção civil (12) e motorista ou taxista (11), esses dados mais uma vez demonstram homens com baixa escolaridade, muitas vezes com trabalho e principal renda da casa sendo informal, apresentam baixa situação socioeconômica e social, dificultando ainda mais o acesso aos serviços de saúde, pois o homem não deixará seu trabalho visto que perderá o valor correspondente aquele dia não trabalhado, uma vez que não está amparado pelas leis trabalhistas. Este talvez seja um ponto importante a ser observado no atendimento da saúde básica, pois não há um horário diferenciado que atenda a população masculina e que trabalha.

Foi questionado também sobre o acesso e uso da internet, sendo que 77 pacientes relataram não utilizar esse meio de comunicação, dessa forma é preciso considerar que muitos homens não são atingidos quando se utiliza as mídias sociais para o trabalho de prevenção.

No grupo de fatores de risco e hábitos relacionados à saúde, verifica-se que de 100 pacientes entrevistados, 70 afirmaram realizar exames de prevenção e 56 afirmam que conhecem a Campanha Novembro Azul de “prevenção” do câncer de próstata, porém, destes somente 4 e 5 pacientes respectivamente, chegaram com estágio inicial I ou II, todos os demais chegaram com estágio III e IV contradizendo esse tipo de atitude. Outros dados que foram contrários as falas dos pacientes dizem respeito a descoberta da doença, dos 100 pacientes entrevistados, 55 afirmaram ter percebido alterações no corpo e 38 alegaram ter descoberto a doença quando procurou o médico do PAS, fato que pode contradizer a realização de exames de prevenção, pois se realizassem exames anualmente haveria uma percepção de elevação do PSA ou alteração no toque retal antes do estágio IIB, pois segundo a literatura, a maioria dos sintomas se iniciam quando o câncer já está mais avançado. Assim

percebe-se com algumas falas, atitudes discordantes e que explicam essa chegada tardia ao serviço especializado:

“...comecei com uns 40 anos fazer os exames, mas parei com uns 60.”
(sujeito 98, 69 anos – estágio IV)

“fazia o exame e depois parei, acho que em 2010, em 2015 fui fazer,... o médico me mandou pro AME, depois disse que eu estava com câncer e aí tem que tratar” (sujeito 30, 57 anos – estágio IIB)

“...desde 2009 sempre fiz o exame, aí parei 4 anos, foi quando o exame deu alterado” (sujeito 58, 66 anos – estágio IIB)

“...fiz o exame em 2009 e depois só fui fazer em 2016...particpei de uma palestra e fui convidado a fazer, aí deu alterado...o médico disse que era caso cirúrgico” (sujeito 83, 58 anos – estágio IIB)

Percebe-se que existe um conhecimento por parte do paciente, porém não há uma frequência para exames de prevenção, vários pacientes informaram que fizeram o exame e depois não retornaram, ou após alguns anos quando retornaram já estavam com a doença. Um estudo realizado em Minas Gerais, com 160 homens de uma unidade de PSF, demonstrou que 63,8% dos homens entrevistados possuíam conhecimentos adequados sobre câncer de próstata, mas somente 28,1% tinham uma prática adequada e condizente com a prevenção do câncer de próstata.⁽⁴⁴⁾ Esses dados demonstram mais uma vez que há conhecimentos mínimos pois não existe uma prática real da prevenção, ou ainda uma importância desta na rotina de vida dos homens.

Alguns pacientes também informaram que só faziam exame de PSA ou só de toque retal, a literatura e os diversos órgãos afirmam com clareza que a melhor forma de diagnosticar precocemente o câncer de próstata é através da realização em conjunto dos exames de PSA e de toque, sendo um complementar ao outro.^{(4) (16) (15) (6)} Neste sentido nota-se uma falha no sistema e não conformidade com o preconizado pelo INCA e SBU.

Outras falhas no sistema apontadas pelos entrevistados foram com relação a possíveis perdas de documentos; demora do atendimento ou falta do profissional especializado e

demora na realização de exames confirmatórios do diagnóstico, como a biópsia. Dentre os 100 pacientes entrevistados, 17 relatam ter feito a biópsia particular, sendo a principal queixa a demora para realização e a preocupação em ser algo mais grave. Esses relatos mostram desorganização na atenção básica ou ainda sobrecarga de trabalho e atendimentos. Seguem alguns relatos:

“...eu fazia, mas o médico tinha afastado...depois da biópsia que deu agressivo ele não encaminhou, depois que internei que o outro médico mandou pra cá...eu acho que o médico não examinou direito” (sujeito 93, 63 anos – estágio IV)

“... o médico encaminhou para o urologista do AME, mas não chamou, aí eu paguei uma consulta.” (sujeito 62, 68 anos – estágio III)

“quando saiu o resultado o médico disse que eu tinha que operar, eu pedi para vir pra Jaú, não esperava, fiquei triste...aí nada, a central de vagas dizia que já tinha encaminhado e nada, fui ver e tinham perdido o papel do médico, demorou uns 4 meses.” (sujeito 27, 53 anos – estágio III)

“marcaram para fazer o exame, mas demorou uns 5 meses, aí fiz particular”.(sujeito 88, 56 anos – estágio III)

“perderam os papéis, aí tive que fazer tudo de novo” (sujeito 4, 57 anos – estágio II)

“demorava, não encontrava vaga, conversei com a assistente social e consegui” (sujeito 7, 62 anos – estágio IIB)

Um dado importante levantado nas entrevistas foi relativo ao histórico familiar, 55 homens informaram possuir algum parente com câncer, sendo que 23 relataram que o pai possuía algum tipo de câncer, entre os tumores mais citados, o câncer de próstata foi o que mais se destacou, sendo citado por 21 dos participantes. Esse aspecto está de acordo com outras pesquisas e estudos que colocam a importância de se questionar os antecedentes

familiares desses homens que procuram o serviço básico de saúde, seja pela prevenção ou ainda por apresentar sintomas, mas que ainda não estão na faixa etária preconizada para a realização dos exames preventivos como orienta o Ministério da Saúde através do INCA. ⁽²⁹⁾
(6) (13) (16) (17)

Ainda com relação aos fatores de risco, 68 pacientes informaram não fumar e 33 que fumam ou em algum momento da vida já fumaram. É importante lembrar que o tabagismo é lembrado em muitos estudos como um fator que pré dispõe ao câncer, porém na amostra apresentada, não houve uma diferenciação significativa com relação ao estadiamento inicial dos pacientes fumantes ou não.

Nos relatos dos entrevistados fica evidente a importância de uma boa comunicação entre paciente e profissional de saúde como um fator fundamental para a aderência ao tratamento, sendo imprescindível que o paciente entenda a doença, o tratamento e seus fatores de risco para que consiga participar efetivamente das decisões sobre seu tratamento e consiga compreender o que está acontecendo com sua saúde e seu corpo. Neste sentido Gomes ⁽⁸⁾ et al, coloca sobre a necessidade do profissional desenvolver uma postura crítica, criativa e reflexiva com o intuito de melhorar a qualidade das relações interpessoais entre o ser cuidado e cuidador, consolidando suas ações pautadas no compromisso social, ético e de cidadania. ⁽⁴⁶⁾

Nas entrevistas os pacientes demonstraram alguns conhecimentos, porém a maioria de senso comum, e que a falta desse relacionamento interpessoal entre cuidado e cuidador pode ser percebida, trazendo dúvidas, incertezas e prejudicando o acesso dessa população aos serviços de saúde, conseqüentemente atrasando o acesso ao serviço especializado:

“o médico disse que ia encaminhar para Jaú, senti um alívio por ser Jaú, mas fiquei abalado, depois queria que eu fosse pra Piracicaba..(sujeito 88, 56 anos – estágio III)

“...não fizeram nada, só ficava indo lá e perdendo tempo.....se eu soubesse teria vindo antes para cá” (sujeito 98, 69 anos - estágio IV)

“...quando saiu o resultado da biópsia o médico disse que tinha que fazer radioterapia, mas aí a assistente social encaminhou pra Jaú e não São João da Boa Vista”(sujeito 87, 64 anos – estágio IIB)

“nunca fiz exame não, só descobri porque tava internado com anemia, tava muito ruim, achei que ia morrer, o médico disse que era água no pulmão, aí

veio outro médico que depois dos exames mandou pra cá.” (sujeito13, 67 anos – estágio IV)

“Há uns 12 anos atrás tive problema, o médico falou que não era nada, deu remédio, nunca melhorou, faz uns 4 anos foi piorando, aí o outro disse que ia mandar pra Jaú, eu achei bom pois tava procurando tratamento” (sujeito 1, 76 anos – estágio IV)

“o médico não queria encaminhar, disse que não tinha mais jeito, na hora a ficha não caiu, depois fui falar com a moça, acho que é a assistente social, e mandou pra cá. (filha do sujeito, 67 anos – estágio IV)

“Eu procurei o médico e fiz a biópsia, deu grau 3 mas o médico disse que não era nada, me entregou um papel e pediu que eu procurasse a moça, aí ela disse que eu ia vir pra cá.” (Sujeito 74, 69 anos – estágio IV)

“...Fazia sempre o PSA no postinho, o médico não falava nada, aí tava diferente lá embaixo e procurei o médico, fiz o PSA de novo e ele disse que tinha que acompanhar, mas como não melhorava eu pedi pra vim pra Jaú...pediu biópsia depois de um ano e demorou para sair o resultado...o médico não queria encaminhar” (sujeito 80, 52 anos – estágio IIB)

Com relação aos pacientes que chegaram com estágio I e II, observou-se que não houve uma grande relevância em algum item que justifique ou que seja um determinante, porém constatou-se que alguns desses pacientes tinham outras doenças: diabetes – pressão alta – enxaqueca e procuravam o PAS ou médico com mais frequência, realizando também mais exames, dados também semelhantes a outras pesquisas.⁽¹²⁾ Alguns pacientes também relataram que o trabalho obrigava a fazer exames anuais e então se descobriu a doença ainda em estágio inicial.

Percebe-se pelos dados levantados que alguns pacientes com maior nível de escolaridade, com acesso a internet, com maiores possibilidades financeiras e com história familiar de câncer também chegaram ao serviço em estágio mais avançado, demonstrando dessa forma, resistências individuais ao acompanhamento médico e desconhecimento da doença e formas de detecção precoce, ou ainda não veracidade das respostas, quando comparados com o resultado de outras pesquisas.

Esse resultado vem ao encontro do que pesquisas tem apurado com relação ao comportamento masculino frente a busca pela saúde ou ainda a necessidade de tratamento de doenças. ⁽²⁴⁾ Outra questão também já relatada em outros estudos é a sensação de não pertencimento, pois muitas vezes os serviços de saúde estão voltados principalmente para a população feminina, pois sempre coube a mulher a questão do cuidado, além de possuir uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres. Estes aspectos podem provocar nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço. ⁽⁴⁵⁾

Há ainda a influência do imaginário social sobre a doença câncer e sobre o estigma do rastreamento de câncer de próstata, o que pode acomodar, inibir ou encher de medo e vergonha o homem que se submete aos exames. ⁽²⁹⁾

Assim, alguns homens reconheceram a própria dificuldade em buscar tratamento e realizar os exames, conforme falas abaixo:

“... é descuido da gente, é bom fazer, pois pode acontecer com qualquer um...”(sujeito 99, 69 anos – estágio III)

“...eu não tinha idéia da doença, do que fazer, a gente vai sabendo com o tempo” (sujeito 100, 71 anos – estágio IV)

“...eu não queria largar do serviço para ir no médico e agora não posso trabalhar..... aconselho que tem que ir, se eu tivesse corrido atrás antes, não teria sofrido tanto” (sujeito 97, 66 anos – estágio IV)

“...o atraso foi eu mesmo, podia ter procurado tratamento antes...homem é relaxado, tem que se cuidar mais” (sujeito 94, 72 anos – estágio IV)

“...eu tinha pensamento que homem não precisava ir no médico, agora vi que todo mundo precisa” (sujeito 87, 64 anos – estágio IIB)

“nós somos seres humanos, estamos sujeitos a tudo e temos que correr atrás de fazer os exames.... tem que despertar o medo da doença, depois vai aumentando e é pior” (sujeito 26, 74 anos – estágio III)

“pros meus filhos eu falo...o homem não tem costume de ir no médico, as meninas vão desde pequena no ginecologista, é mais fácil” (sujeito 4, 57 anos – estágio II)

“...não pode ser ignorante, ser machista, é melhor salvar a vida.” (sujeito 56, 68 anos – estágio III)

“se eu tivesse a consciência de agora teria vindo 10 anos antes” (sujeito 18, 72 anos – estágio III)

Também houve casos de pacientes que demonstraram suas crenças, muitos para não ter que buscar os serviços de saúde preferem não acreditar no que está acontecendo, esperam que os sintomas passem com o tempo ou que ainda não estão doentes por não sentirem sintomas, recorrem a remédios caseiros e principalmente a religião ou algo superior, comportamentos que contribuem para o diagnóstico tardio da doença:

“...devia ter feito os exames antes, atrasei porque fiquei tomando chá...” (sujeito 41, 75 anos – estágio III)

“....fiz só uma vez e aí deu 160, deixei, aí quando voltei tive que vim pro Amaral.”(sujeito 39, 73 anos – estágio IV)

“em 2010 já tinha dado alterado, mas eu resolvi esperar, não sentia nada...aí fez a biópsia e o médico falou que podia operar ou fazer a radioterapia, achei melhor tirar.” (sujeito 18, 72 anos – estágio III)

“foi escrito para acontecer, tem que seguir, tem que fazer” (sujeito 72, 64 anos – estágio III)

“pedi para Deus que me colocasse em um bom lugar”(sujeito 32, 68 anos – estágio III)

“a medicação mexeu com minha cachola, nesse momento a gente se apega a Deus” (sujeito 2, 65 anos – estágio IV)

Através das entrevistas também foi presenciado e constatado a dificuldade em lidar com a verdade por parte dos pacientes, de falar sobre o câncer de próstata e o tratamento.

Ao início de cada entrevista foi preciso certo cuidado e perguntar primeiro ao paciente qual era o motivo dele estar no HAC, pois foi percebido pela pesquisadora que muitos pacientes “não sabiam” ou preferiam não dizer que estavam com câncer, quando questionados respondiam que tratavam da doença maligna; de tumorzinho; de coisa ruim; daquela doença, demonstrando ainda um grande estigma do câncer na população.

Percebe-se que o homem tenta se mostrar forte, porém durante as entrevista as palavras mais utilizadas pelos pacientes quando questionados sobre o resultado da biópsia foi: medo; abalado; preocupado; chateado; triste; chorei.

“... foi ruim, pois fala Jaú e o povo acha que vai morrer...”(sujeito 49, 79 anos – estágio IIB)

“ a cabeça não fica no lugar, nenhum dos médicos fala que estou curado e era isso que precisava” (sujeito 10, 63 anos – estágio IV)

“a cabeça da gente fica girando de medo, perigoso entrar em depressão” (sujeito 7, 62 anos – estágio IIB)

“...isso é pessoal, depois disso aprendi muita coisa, a gente é perigoso falar, pois acontece algo errado co outro, cada um é de um jeito” (sujeito 100, 71 anos – estágio IV)

Diante dessas falas mais uma vez constatamos a importância do trabalho multidisciplinar já na atenção básica até o nível hospitalar e que o olhar atento do profissional pode captar essas inquietações e receios, possibilitando a conversa, a troca de experiências saudáveis e positivas, contribuindo na reflexão desses pacientes sobre seus cuidados com a saúde dentro e fora da instituição.

6 – CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES

Avaliamos que o estudo não teve a intenção de esgotar o tema e sim levantar ainda mais questionamentos frente à afirmativa de que homens não cuidam de sua saúde.

O principal fator limitante da pesquisa foi com relação à veracidade das respostas dos entrevistados, porém percebemos que este também foi um viés em outros estudos, se tratando portanto de um comportamento inerente do ser humano, que talvez pense ser melhor responder o que o pesquisador gostaria de ouvir.

Analizamos também que a maioria dos pacientes demonstrou pouco conhecimento sobre a detecção, sintomas e tratamentos do câncer de próstata, alguns inclusive negaram possuir a doença, três casos que foram excluídos dos dados levantados na 2ª etapa. Os pacientes também demonstraram desconhecer a forma do fluxo de atendimento da rede pública e atenção básica, chegando às vezes a ter medo de falar sobre possíveis falhas no sistema.

Também consideramos que o fato da pesquisadora ser mulher pode ter constrangido alguns pacientes de exporem mais suas experiências, desconfortos e receios, principalmente aqueles ligados a impotência sexual e incontinência urinária.

Avaliamos a necessidade de novos estudos principalmente referente ao porque do homem não procurar o atendimento de saúde com antecedência como forma de prevenção de doenças, buscando uma maneira de modificar essa cultura tão arraigada de masculinidade.

É preciso também que os profissionais da rede básica sejam mais e melhores capacitados para o trabalho com a população masculina, que consigam chegar até essa população, trazê-los para os serviços de saúde, criar vínculos, escutá-los, estar comprometidos com suas necessidades e receios. Acreditamos que a realização de ações coletivas, como palestras e campanhas locais nos PAS dos bairros, destinadas a esse público, tenham um bom resultado em chamar a atenção para a importância do auto cuidado e prevenção, em especial do câncer de próstata para que seja detectado em sua fase inicial, neste sentido o trabalho de uma equipe multiprofissional com assistentes sociais e psicólogos poderá trazer resultados positivos. Lembramos também sobre a importância dos horários, de talvez propor dias e horários diferenciados para atendimento desta população específica, que não comprometa sua rotina de trabalho.

Também analisamos que a colocação de profissionais do sexo masculino para orientação e atendimento dos homens talvez consiga uma maior aderência aos serviços, pois causará menos constrangimentos e possibilitará um diálogo mais aberto.

Com relação ao administrativo, sugere-se maior monitoramento e avaliação das ações de saúde, principalmente na média complexidade onde percebemos a deficiência e dificuldade na realização de consultas e exames, com ênfase na biópsia e no profissional especializado, o urologista. O fluxo de atendimento proposto é bom, porém a realidade demonstra o sucateamento dos serviços e conseqüentemente o não atendimento satisfatório da população.

Também consideramos fundamental o consenso sobre o rastreamento e o diagnóstico precoce no Brasil, para que não haja dúvidas ou receios entre os profissionais da saúde, aqui falando não só do médico, mas também de toda equipe de referência na saúde primária, é preciso uma compreensão e consenso do que deve e o que pode ser feito, melhorando conseqüentemente a orientação à população e o diagnóstico precoce do câncer de próstata.

A continuação da pesquisa também é outro ponto importante como forma de avaliar as modificações conquistadas, se houve melhora ou piora no acesso aos serviços, com a implantação da Rede Hebe Camargo a partir de 2017.

7 - CONCLUSÃO

Os valores culturais relacionados à masculinidade se destacaram como o principal motivo do encaminhamento tardio dos pacientes atendidos nos anos de 2015 e 2016 no Hospital Amaral Carvalho. A desorganização e a falta de comprometimento de alguns profissionais da saúde básica também foram reveladas como impeditivos de acesso aos serviços de alta complexidade, bem como a comunicação desses profissionais com o usuário, que demonstrou muitas dificuldades de conhecimento e entendimento sobre a doença, prevenção e tratamento, o que compreendemos ser consequência de uma combinação da baixa escolaridade com a faixa etária da população entrevistada.

A pesquisa constatou que os casos recebidos no HAC neste período (1531), foram em sua maioria (97,91%) do Estado de São Paulo, com média de 66 anos de idade e que os pacientes com estágios mais avançados (III e IV) vieram principalmente das regionais: DRS VI Bauru (8,7%), DRS IX Marília (5,64%), DRS XVI Sorocaba (5,58%) e DRS III Araraquara (3,45%), perfazendo um total de 24,85% no ano de 2015 e 32,53% no ano de 2016.

8- REFERÊNCIAS

1. INCA - Brasil. [http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54].; 2016.
2. INCA - Instituto Nacional do Câncer. [Online].; 2016 [cited 2017 Janeiro. Available from: www.inca.gov.br].
3. INCA. Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil. Epidemiológico. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2016.
4. Srougi M. Prótata: isso é com você. 1st ed. São Paulo: PubliFolha; 2003.
5. Srougi M. Dr. Miguel Srougi. [Online].; 2016 [cited 2017 Janeiro. Available from: <http://www.srougi.com.br/>].
6. Brasil - Ministério da Saúde. Ministério da Saúde - Diretrizes e protocolos terapêuticos. [Online].; 2018 [cited 2018 janeiro. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/13/MINUTA-de-Portaria-SAS-DDT-Prostata-03-05-2016.pdf>].
7. Medeiros APd, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de Risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011 mar-abr; 64(2).
8. Gomes R, Rebello LEFdS, Araujo FC, Nascimento O EFd. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Ciência e Saúde Coletiva. 2008 Janeiro; 13(1).
9. Fagundes LA, Fagundes MA, Mariano M, Britto CSd, Fagundes HM. Câncer de próstata: novos caminhos para a cura Porto Alegre: AGFE; 2002.
10. Magnobosco WJ. Câncer de próstata: diagnóstico e estadiamento. Onco&. 2014 Janeiro/fevereiro.
11. Graziottin T, Marques JA, ROS CTd, Moreira BdS, Zelmanowicz AdM, Pioner GT, et al. Rastreamento de diagnóstico de câncer de próstata. Revista da AMRIGS. 2009 abr/jun; 53(2).
12. Amorim VMSL. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. Cadernos de Saúde Pública. 2011 Fevereiro.
13. Brasil - Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - urologia. 2nd ed. Saúde Md, editor. Porto Alegre: UFRGS; 2016.
14. Mestrinho BV, Gomes L, Almeida JLTd, Almeida JC, Oliveira RVL. Esclarecer o idoso sobre o exame digital retal diminui o desconforto na sua primeira realização? Revista do

- Colegio Brasileiro de Cirurgiões. 2011 dezembro; 38(6).
15. Junior AJB, et.al.. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 2015 mar-mai; 10(3).
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Informativo: Detecção Precoce: Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Informativo. Ministério da Saúde, Coord de Prevenção e Vigilância; 2017.
 17. Sociedade Brasileira de Urologia. Portal da Urologia. [Online]. [cited 2017 novembro 27]. Available from: <http://portaldaurologia.org.br/novembro-azul-2017/nota-oficial-2017-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>.
 18. BRASIL - Ministério da Saúde. TNM: Classificação de tumores malignos/TNM: classification of malignant tumours. 6th ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
 19. Calvete AC, Srougi M, Nesrallah LJ, Dall'Oglio MF, Ortiz V. Avaliação da extensão da neoplasia em câncer da próstata: valor do PSA, da percentagem de fragmentos positivos e da escala Gleason. *Revista da Associação Brasileira de Medicina Brasileira*. 2003; 49(3).
 20. Dall'Oglio MF, Crippa A. Câncer de Próstata Localmente Avançado. In Junior AN, Filho MZ, Reis RBd. *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark; 2010. p. 422.
 21. Universidade Federal de Santa Catarina. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. [Online].; 2008.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009. Política nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.. [Online].; 2009 [cited 2016 outubro 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html.
 24. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc*. São Paulo. 2013 Abril; 22(2).
 25. QuintilesIMS. Alternativas para ampliação do acesso à saúde no Brasil: um estudo em oncologia: Ativaonline; 2017.
 26. Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade EIG, Acurcio FdA, Cherchiglia ML. Sobrevida e risco de óbito de paciente após tratamento de câncer de próstata no SUS. *Revista de Saúde Pública*. 2017 maio; 51.
 27. Martins AM, Moraes CAL, Ribeiro RBN, Almeida SsL, Schall VT, Modena CM. A

- produção científica brasileira sobre o câncer masculino: estado da arte. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2013; 59(1).
28. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007 Março; 23(03).
 29. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSdC, Viegas S, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014 Out-Dez; 18(4).
 30. INCA - Instituto Nacional do Câncer - Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº1/2015. 2015 junho..
 31. São Paulo - Secretaria Estadual de Saúde São Paulo. Secretaria da Saúde. [Online].; 2016 [cited 2017 outubro 27. Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/>.
 32. São Paulo - Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Protocolo de Encaminhamento - Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer. 2016..
 33. Brasil - Ministério da Saúde. Ministério da Saúde - Portaria nº874 de 16 de maio de 2013. [Online].; 2013 [cited 2018 janeiro. Available from: www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
 34. Brasil - Ministério da Saúde. Ministério da Saúde - Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. [Online].; 2014 [cited 2018 janeiro. Available from: www.bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html.
 35. Freitas LCdCT. Café, Carvalho e Caridade. São Paulo: Fundação Amaral Carvalho; 2005.
 36. Hospital Amaral Carvalho. Hospital Amaral Carvalho. [Online].; 2017 [cited 2017 outubro 10. Available from: <http://www.amaralcarvalho.org.br/>.
 37. Freitas LCdCT. Repassando dídivas São Paulo: Fundação Amaral Carvalho; 2006.
 38. Brasil - Ministério da Saúde. Ministério da Saúde - Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. [Online]. Brasília; 2012 [cited 2018 maio 31. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
 39. Minayo MCdS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec; 2004.
 40. São Paulo - Governo do Estado. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. [Online].; 2006 [cited 2017 outubro 27. Available from: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433->

[28.12.2006.html](#).

41. Piantino CB, Ribeiro MC, Moraes PD, al E. Perfil clínico epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em Passos, Minas Gerais. *Ciência Et Praxis*. 2014; 7(14).
42. Veneziano DB, Veneziano CLdA. Relatório epidemiológico 2005 - 2012. Epidemiológico. Jaú: Hospital Amaral Carvalho, Registro Hospitalar de Câncer; 2015.
43. Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MACd, Miotto MHMdB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017; 22(1).
44. Paiva EP, Motta MCSd, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010; 23(1).
45. Colão CF, Favoreto CAO. Saúde do homem além do rastreamento do câncer de próstata: Um estudo qualitativo em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. 1st ed. Rio de Janeiro: Novas Edições Acadêmicas; 2016.
46. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006: p. 901-911.
47. Próstata Id. Instituto da Próstata. [Online].; 2017 [cited 2017 novembro. Available from: <http://www.institutodaprostata.com>.
48. Câncer IVo. Instituto Vencer o Câncer. [Online].; 2014 [cited 2017 outubro. Available from: <https://www.vencerocancer.org.br/>.
49. Vieira CG, Araujo WS, Vargas DRM. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. *Revista Científica do ITPAC*. 2012 Janeiro; 5(1).

APENDICES

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Análise dos fatores que levam ao encaminhamento tardio em casos novos de câncer de próstata recebidos no Hospital Amaral Carvalho. Pesquisadora: Vanessa de Moraes - Telefone para contato: 14- 36021354/ 36021343/981314500

Prezado paciente,

Gostaríamos de poder contar com sua ajuda nesta pesquisa, que visa conhecer as principais dificuldades encontradas por homens na identificação de doenças ou problemas em sua próstata e os motivos pelos quais demorou a obter o diagnóstico ou tratamento adequado. No caso do senhor consentir em participar da pesquisa, receberá um questionário, com algumas perguntas pessoais e também sobre como descobriu e quais recursos procurou para tratar seu problema. O questionário será aplicado por profissional qualificado e visa levantar dados para a pesquisa. Esse mesmo questionário também será apresentado a outros pacientes que iniciaram tratamento no Hospital Amaral Carvalho a partir de janeiro de 2015. A pesquisa não influenciará em seu tratamento ou atendimento no Hospital e não há riscos para a saúde do paciente. Cabe informar também que para a realização da pesquisa não haverá pagamentos ou gastos para o participante. Como benefício, esperamos com os resultados da pesquisa, poder auxiliar ou propor formas e métodos para que outros homens possam ser atendidos de forma mais rápida e eficaz. Caso o senhor prefira não participar da pesquisa, essa decisão também não influenciará em seu tratamento ou forma de atendimento no Hospital Amaral Carvalho. Sua participação é voluntária e se aceitar a participar da pesquisa, o profissional que for aplicar o questionário pedirá que assine este termo de consentimento livre e esclarecido, e que também confirma que o senhor foi orientado sobre a pesquisa e seus objetivos. Caso tenha alguma dúvida, poderá questionar o profissional que está apto a prestar informações sobre a pesquisa. O senhor poderá a qualquer momento pedir explicações, orientações ou também retirar o consentimento para esta pesquisa caso não concorde com algo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Amaral Carvalho. O coordenador do Comitê é o Sr. Osvaldo Contador Junior e poderá ser contatado a qualquer momento pelo endereço: Rua das Palmeiras, nº 89 – Vila Assis- Jaú/SP – CEP: 17210-120, ou pelo telefone 14-36021194, ou pelo e-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br. Confidencialidade dos documentos: Todos os dados provenientes desta pesquisa, e relativos a cada paciente, serão utilizados de forma anônima, não sendo citados nomes e outros dados de identificação. As normas de sigilo profissional e de proteção de dados serão obedecidas na íntegra, mesmo no caso de publicação em revistas científicas. Ao assinar esse termo o senhor concorda que recebeu todas as informações necessárias e que foi esclarecido sobre a pesquisa, sobre a confidencialidade das informações e em participar da pesquisa. Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do paciente: _____

Número do prontuário _____

Assinatura do paciente ou do seu representante legal

Data ____/____/____

APENDICE B

ENTREVISTA

1 – Identificação:

Idade: _____ Município _____ Cor/raça: ()branco ()negro ()pardo ()amarelo
 Est. Civil: ()solteiro ()casado ()viúvo ()separado/divorciado
 Filhos: ()0 () de 1 a 2 () 3 a 4 () mais que 5 Fez Vasectomia: () sim () não
 Escolaridade: () não tem () até a 4ª série () 1º grau/primário () 2º grau/colegial () faculdade/mais
 () trabalha () auxílio-doença () aposentado () desempregado – Profissão _____
 Costuma usar a internet? () sim () não
 Fumou ou fuma? () sim () não Quantos anos: _____
 Tem ou teve parentes com câncer? () sim () não Quem: _____ Tipo: _____

2 – Prevenção do câncer de próstata: costuma fazer? () sim () não

() SUS/PAS/AME () Particular ou convênio. Porque decidiu fazer a prevenção?

Quem fez a prevenção? () urologista () clinico geral () outro _____
 Fez o exame de toque? () sim () não Realizou o PSA (exame de sangue) ? () sim () não
 Fez quantas biópsias () 1 () 2 () 3 () mais que 3
 Conhece a campanha Novembro Azul? () sim () não

3 – Alteração no corpo/organismo:

Percebeu alguma alteração no corpo até fazer a biópsia? () sim () não Qual?

() dificuldade de urinar () demora em começar e terminar de urinar
 () sangue na urina () diminuição do jato de urina
 () necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou a noite
 () outras _____

Qual médico pediu a Biópsia? () particular () SUS () outro _____

O que ele disse após o resultado? _____

Qual foi sua reação? _____

4 – A Descoberta da doença:

O médico encaminhou para algum serviço antes do Hospital Amaral Carvalho? () sim () não

Qual? _____ Fez algum tratamento antes de vir para o HAC?

Após o exame de biópsia quanto tempo demorou para ser encaminhado/consultado no HAC?

() menos de 1 mês () de 1 a 2 meses () de 3 a 5 meses () mais de 5 meses

Encontrou dificuldades para ser encaminhado? () sim () não Quais? _____

Qual o meio de transporte utilizado para chegar até o local de tratamento?

() público/município () carro próprio () outro _____

Como foi lidar com a comprovação do diagnóstico e o tratamento? Recebeu apoio de quem?

O que mudaria em toda essa trajetória da descoberta da doença? Por quê?

O que mais gostaria de relatar para essa pesquisa? Qual a mensagem que deixa para outros homens?

