

Análise acerca do perfil epidemiológico em relação ao diagnóstico de Câncer de Próstata em cidades do noroeste paulista

Analysis about the epidemiological profile in relation to the diagnosis of Prostate Cancer in cities in northwest of São Paulo

DOI:10.34119/bjhrv6n1-199

Recebimento dos originais: 02/01/2023

Aceitação para publicação: 30/01/2023

Vinícius Vilas Boas de Sene

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Araçatuba - SP

Endereço: Rod. Sen. Teotônio Vilela, 3821, Alvorada, Araçatuba - SP, CEP:16016-500

E-mail: viniciusvbsene12@gmail.com

Ricardo Burato Dias

Especialista em Preceptoría pelo Sistema Único de Saúde SUS do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (SUS-IEP-HSL)

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Araçatuba - SP

Endereço: Rodovia Senador Teotônio Vilela, 3821, Alvorada, Araçatuba – SP, CEP: 16016-500

E-mail: rburatodias@gmail.com

João Pedro Sangali Leite

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Araçatuba - SP

Endereço: Rod. Sen. Teotônio Vilela, 3821, Alvorada, Araçatuba - SP, CEP: 16016-500

E-mail: joaosangali_medt2@unisalesiano.com.br

Vera Franco da Silva Bento

Especialização em Enfermagem do Trabalho

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Araçatuba - SP

Endereço: Rod. Sen. Teotônio Vilela, 3821, Alvorada, Araçatuba - SP, CEP: 16016-500

E-mail: verafranco1@yahoo.com.br

Matheus Peracini Xavier do Nascimento

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Araçatuba - SP

Endereço: Rod. Sen. Teotônio Vilela, 3821, Alvorada, Araçatuba - SP, CEP: 16016-500

E-mail: matheusperacinni@hotmail.com

Lucas Marins Benedeti

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – Araçatuba - SP

Endereço: Rod. Sen. Teotônio Vilela, 3821, Alvorada, Araçatuba - SP, CEP: 16016-500

E-mail: Lucasbenedeti10@gmail.com

RESUMO

O câncer de próstata (CaP) é a segunda neoplasia mais incidente no sexo masculino em território brasileiro, configurando um alto índice de mortalidade nessa população. O objetivo do estudo consiste em elucidar o perfil epidemiológico de Araçatuba – SP, do Departamento Regional de Saúde II (DRS II) e do estado de São Paulo, a fim de compreender os dados da neoplasia da próstata e verificar os fatores que influenciam e retardam o diagnóstico do CaP através da estratificação dos portadores da doença de acordo com variáveis como idade, escolaridade, período entre o diagnóstico e início do tratamento e a ocorrência de recidivas. O estudo é de caráter retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa descritiva dos casos dessa neoplasia. Foram selecionados para o estudo, dados de indivíduos do sexo masculino, com diagnóstico de CaP entre 2006 e 2016. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, com posterior análise em gráficos e tabelas, extraindo aqueles correspondentes ao estado de São Paulo, ao Departamento Regional de Saúde II e a cidade de Araçatuba – SP. Observou-se nos resultados que a maioria dos pacientes receberam diagnóstico após os 60 anos (79,82%), média de 67 anos, e que há uma tendência inversamente proporcional entre a taxa de escolaridade (em anos de estudo) com a idade dos pacientes, da mesma forma que ocorre com o número de casos da doença. Além do mais, observou-se que o tempo médio entre o diagnóstico e tratamento no estado de São Paulo, DRS II e município de Araçatuba foram 139 (69,92%), 165 (79,92%) e 133 (66,48%) dias, respectivamente, e dentre estas localidades, em Araçatuba houve o maior índice de manutenção do seguimento dos pacientes, correspondendo a 85%. Ainda assim, quanto às recidivas, foi observada uma maior taxa no estado de São Paulo, correspondente a 10%, seguido por 7% no DRS II e 9% em Araçatuba. Diante do perfil epidemiológico encontrado, deve-se instituir políticas públicas voltadas a essa população e suas particularidades, principalmente de educação em saúde, visto que grande parte desses pacientes são detentores de menores índices de escolaridade e existem inúmeros tabus permeando o tema abordado.

Palavras-chave: Câncer de Próstata, doença crônica, epidemiologia.

ABSTRACT

Prostate cancer (PCa) is the second most frequent neoplasm in males in Brazilian territory, configuring a high mortality rate in this population. The objective of the study is to elucidate the epidemiological profile of Araçatuba – SP, of the Regional Department of Health II (DRS II) and of the state of São Paulo, for the purpose of understand the data about prostate cancer and verify the factors that influence and delay the diagnosis of PCa through the stratification of patients with the disease according to variables such as age, education, period between diagnosis and initiation of treatment and occurrence of relapses. The study is retrospective and documentary, with a quantitative descriptive approach to cases of this neoplasm. Were selected for the study, data from male individuals, diagnosed with PCa between 2006 and 2016. The data were obtained through the Hospital Information System of SUS, with subsequent analysis in graphs and tables, extracting those corresponding to the state of São Paulo, the Regional Department of Health II and the city of Araçatuba – SP. It was observed in the results that most patients were diagnosed after the age of 60 (79,82%), average age 67, and that there is an inversely proportional trend between the education rate (in years of study) with the age of the patients, in the same way that occurs with the number of disease cases. Furthermore, it was observed that the mean time between diagnosis and treatment in the state of São Paulo, DRS II and the municipality of Araçatuba were 139 (69,92%), 165 (79,92%) e 133 (66,48%) days, respectively, and among these locations, Araçatuba had the highest rate of maintenance of patient follow-up, corresponding to 85%. Even so, about relapses, a higher rate was observed in the state of São Paulo, corresponding to 10%, followed by 7% in DRS II and 9% in

Araçatuba. In view of the epidemiological profile found, should be instituted public policies aimed at this population and their particularities, mainly regarding health education, since most of these patients have lower levels of education and there are numerous taboos surrounding the theme.

Keywords: Prostate Cancer, chronic disease, epidemiology.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) refere-se a uma neoplasia maligna que afeta a próstata, uma glândula presente nos homens que se localiza abaixo da bexiga e anterior ao reto. Nos estágios iniciais essa doença pode ser assintomática, motivo pelo qual a detecção precoce dessa patologia mostra-se tão importante. Em fases mais avançadas, pode apresentar-se na forma de sintomas miccionais e até metástases com a disseminação de células tumorais para outros órgãos (JANSSEN, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer atualmente é considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). O câncer é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que configura grandes gastos aos sistemas de saúde, uma vez que sobrecarregam os serviços de atendimento e despendem, na maioria das vezes, um tratamento prolongado e de alto custo devido a seus desfechos futuros que acompanham prejuízos funcionais diversos e progressivos aos acometidos (MALTA *et al.*, 2017).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de próstata como localização primária do tumor é o segundo tipo de neoplasia mais incidente em todas as regiões do país e representa cerca de 29,2% dos tumores que acometem a população masculina brasileira, atrás somente do câncer de pele não melanoma. No que tange à mortalidade por câncer, temos que o CaP ocupa a segunda posição com 13,1%, enquanto o câncer de pulmão ocupou a primeira posição, com 13,8%, no ano de 2019 (INCA, 2020a).

Em um panorama mundial estimou-se, em 2018, a ocorrência de cerca de 18 milhões de novos casos de câncer. Desses, 1,3 milhão referente ao CaP, valor que corresponde a 13,5% das neoplasias do sexo masculino (INCA, 2020b). Pode-se perceber a discrepante variação na magnitude de acometimento nesse tipo de neoplasia existente entre o panorama global (13,5%) para o cenário brasileiro (29,2%) (INCA, 2020e).

No ano de 2005, estimou-se a ocorrência de 46.330 novos casos de CaP, o que representou uma taxa de 51 novos casos a cada 100 mil homens. Em contrapartida, atualmente, tem-se uma estimativa de que, no Brasil, haverá, para cada ano de 2020 a 2022, 65.840 novos

casos de CaP, o que corresponde a cerca de 63 novos casos a cada 100 mil homens. Isso representou um aumento estimado de 12 novos casos de câncer de próstata a cada 100 mil homens (INCA, 2020d).

Sendo assim, pode-se correlacionar esse aumento nas taxas de incidência à evolução da tecnologia diagnóstica, ampliação do acesso à informação, aumento da expectativa de vida e aumento do contato com substâncias cancerígenas, o que demonstra a maior taxa de incidência nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INCA, 2020c).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata giram em torno da idade (75% ocorrem a partir dos 65 anos de idade) (INCA, 2020c), etnia (probabilidade: negros de 10 a 40 vezes maior que brancos, hispânicos e asiáticos), predisposição familiar (principalmente em parentes de primeiro grau de duas a três vezes), fatores genéticos hereditários (síndrome de Lynch e mutações no BRCA1 e BRCA2) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019), tabagismo, excesso de gordura corporal e exposições a aminas aromáticas, arsênio e produtos de petróleo (INCA, 2020b).

A detecção da neoplasia de próstata na Atenção Primária à Saúde (APS) é por meio do rastreamento, realizada através do exame de sangue para antígeno prostático específico (PSA), que consiste em um marcador tumoral sensível para a próstata, mas pouco específico para o CaP (CASTRO *et al.*, 2011) e pelo toque retal, que permite avaliar o tamanho, formato e consistência da próstata, porém muitas vezes é visto de forma preconceituosa por ser interpretado como uma afronta à masculinidade, o que pode influenciar na adesão ao exame enquanto estratégia de prevenção (LIMA *et al.*, 2018).

Visto que se trata de uma patologia de evolução lenta e que, na maioria dos casos, apresenta-se assintomática ou com sintomas miccionais gerais, recomenda-se iniciar o rastreio a partir dos 45 anos para todos os homens e a partir dos 40 anos para aqueles que possuem fatores de risco, como história de câncer de próstata na família e/ou raça negra. Ao ser encontrada quaisquer alterações neoplásicas deve-se realizar a biópsia da próstata para obtenção de informações anatomopatológicas e, assim, discorrer sobre a melhor conduta de tratamento tendo em vista o perfil e o estágio de acometimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2018).

As barreiras que comumente impedem o rastreio eficaz do câncer de próstata e contribuem para um diagnóstico tardio referem-se à falta de informação sobre essa patologia, ao preconceito vigente com o exame do toque retal e à baixa procura do homem pelo sistema de saúde para prevenção (LIMA *et al.*, 2018). Esses fatores prejudicam a efetividade das

estratégias preventivas e aumentam o tempo entre o diagnóstico do CaP e o início de seu tratamento, o que contribui para um pior prognóstico desses pacientes (MOURA *et al.*, 2014).

Sabendo que a doença em estudo compõe o grupo de neoplasias malignas, no âmbito do tratamento no Brasil há uma garantia constitucional, pela Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012, de que o indivíduo acometido por essa patologia deve ser submetido ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) dentro de 60 dias contados a partir do momento do diagnóstico em laudo fornecido por estudo patológico, ou até em prazo menor, caso haja recomendação médica registrada em prontuário único (BRASIL, 2012).

Além disso, é importante ressaltar que no estado de São Paulo há uma rede, denominada Rede “Hebe Camargo” de Combate ao Câncer (RHCCC), instituída pelo Decreto Nº 62.394, de 28 de dezembro de 2016, que institui, no âmbito do estado de São Paulo, a Rede “Hebe Camargo” de Combate ao Câncer, integrante da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, nos termos da Política Nacional de Combate ao Câncer. Esta garante que os indivíduos de todas as regiões do estado diagnosticados com câncer recebam assistência e terapêutica especializadas através de um serviço de saúde unificado, em que é possível desenvolver um sistema estruturado que organize o acesso dos pacientes ao serviço de oncologia e que principalmente reduza o tempo de espera entre o diagnóstico e tratamento (SÃO PAULO, 2016). Importante ainda enfatizar que, somente através da Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013, que foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, este estudo teve como principal objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de câncer de próstata em Araçatuba – SP, do Departamento Regional de Saúde II (DRS II) e do estado de São Paulo a fim de verificar os fatores que influenciam e retardam o diagnóstico do CaP, através do levantamento de dados dos usuários do sistema de saúde e estabelecendo relações com base nas variáveis estudadas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa descritiva dos casos de CaP, gerados por instituições no estado de São Paulo que, sob coordenação da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), mantém o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) implantado e que forma a base de dados estadual desse registro.

2.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários obtidos por meios tecnológicos com o acesso à informação através de sites com domínio e informações públicas do banco de dados da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP). Obteve-se um espaço amostral de 70.292 pacientes selecionados para análise dos aspectos epidemiológicos a partir de fatores como: idade, nível de escolaridade, período entre o diagnóstico e o início do tratamento e a ocorrência de recidivas, no período compreendido entre 2006 e 2016.

O site para a coleta de dados e os filtros realizados encontram-se no Apêndice A (link 1).

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram extraídos de maneira online a partir do banco de dados digital da FOSP, reduzidos a partir dos critérios de seleção já citados e colocados no programa Jamovi® (versão 2.3.17 do ano de 2021) para confecção de gráficos e tabelas, com a finalidade de produzir uma análise dos dados possíveis e excluindo os dados cujas informações não foram disponibilizadas (denominado de ignorado pela própria FOSP), de forma descritiva a partir de média aritmética simples e com informações expressas em percentuais.

O tempo médio diagnóstico-tratamento utilizado foi calculado utilizando a totalidade de casos em cada local analisado (estado de São Paulo, DRS II e Araçatuba) subtraída da quantidade de casos ignorados e, realizada o cálculo de média aritmética simples. Verificou-se um total de 6.181 ignorados no estado de São Paulo, sendo 228 compreendidos no DRS II e 46 na cidade de Araçatuba, que foram excluídos desse cálculo matemático pela ausência de dados disponíveis.

3 RESULTADOS

Dos 70.292 homens, referente ao total de casos de CaP no estado de São Paulo aproximadamente 2,4% fazem parte do DRS II e 0,56% do município de Araçatuba.

Quando analisada a questão do início do diagnóstico verificou-se que foi confirmado majoritariamente nos indivíduos com mais de 60 anos de idade, com idade média de 67 anos. Os valores foram semelhantes para as três localidades averiguadas, sendo que o estado de São Paulo apresentou 79,8% dos diagnósticos ocorrendo após os 60 anos de idade, o DRS II 80,9% e o município de Araçatuba 81,2% (Tabela 1).

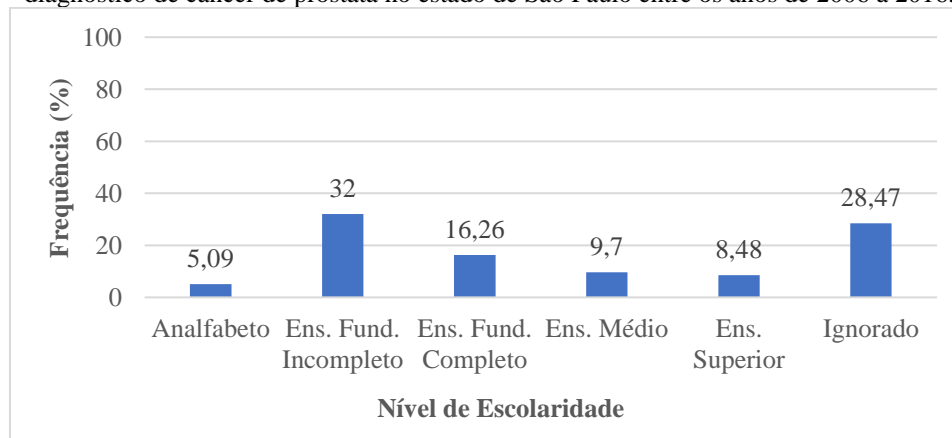
TABELA 1. Distribuição em número absoluto e porcentuais da faixa etária dos homens com diagnóstico de câncer de próstata por localidade entre os anos de 2006 à 2016.

Faixa Etária (anos)	Estado de SP	DRS II	Araçatuba
00 – 09	8 (0,012%)	—	—
10 – 19	5 (0,007%)	—	—
20 – 29	3 (0,004%)	1 (0,06%)	1 (0,25%)
30 – 39	37 (0,052%)	—	—
40 - 49	1670 (2,376%)	29 (1,72%)	4 (1,01%)
50 – 59	12464 (17,732%)	290 (17,24%)	69 (17,47%)
60 – 69	28197 (40,114%)	609 (36,21%)	137 (34,69%)
70 +	27908 (39,703%)	753 (44,77%)	184 (46,58%)
TOTAL	70292 (100%)	1682 (100%)	395 (100%)

Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

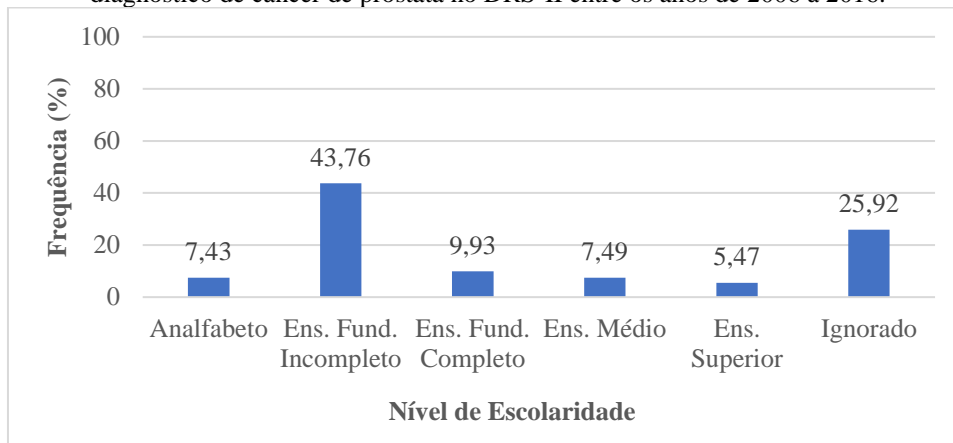
Em relação à escolaridade, verificou-se que cerca de 37% desses homens não chegaram a concluir o ensino fundamental no estado de São Paulo (Figura 1). No DRS II esse valor já foi de 51% (Figura 2) e em Araçatuba, 30% (Figura 3). Concomitante a isso, percebe-se uma tendência de redução nos casos de câncer de próstata conforme o progresso nos anos de estudo, evidenciado nos gráficos.

FIGURA 1. Distribuição em porcentagem dos casos com base no nível de escolaridade dos homens com diagnóstico de câncer de próstata no estado de São Paulo entre os anos de 2006 à 2016.



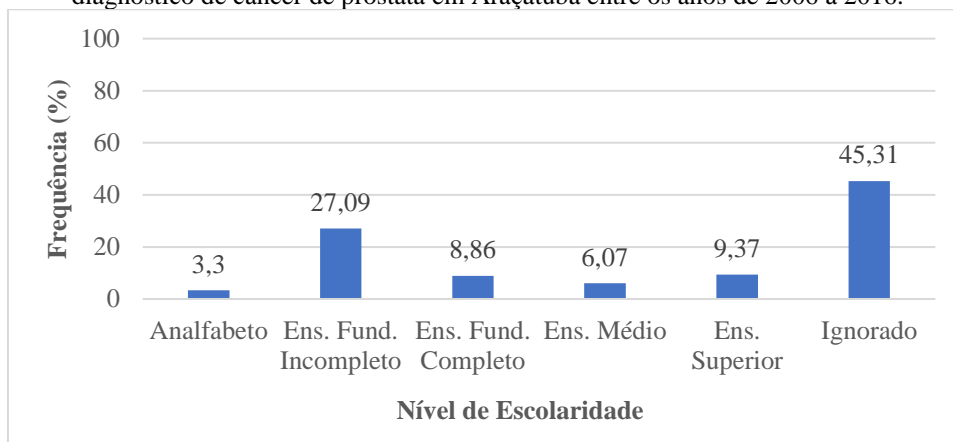
Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

FIGURA 2. Distribuição em porcentagem dos casos com base no nível de escolaridade dos homens com diagnóstico de câncer de próstata no DRS-II entre os anos de 2006 à 2016.



Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

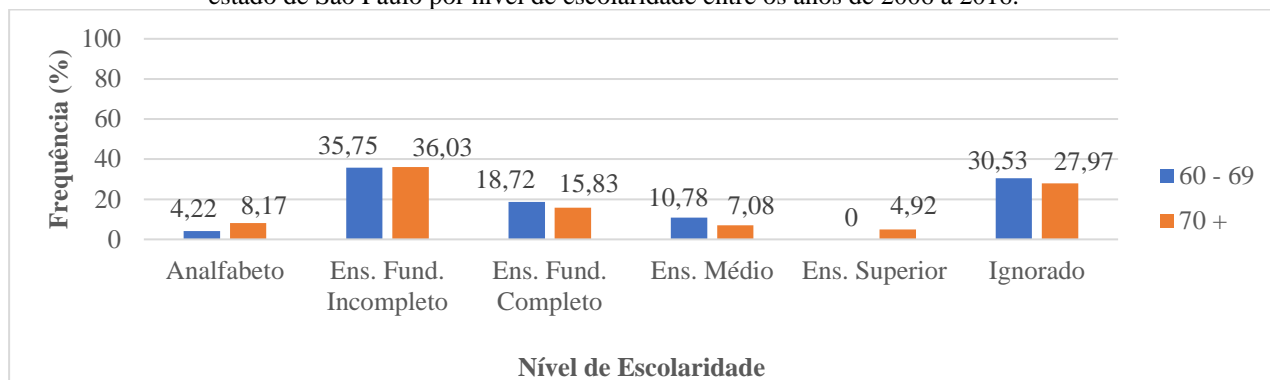
FIGURA 3. Distribuição em porcentagem dos casos com base no nível de escolaridade dos homens com diagnóstico de câncer de próstata em Araçatuba entre os anos de 2006 à 2016.



Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

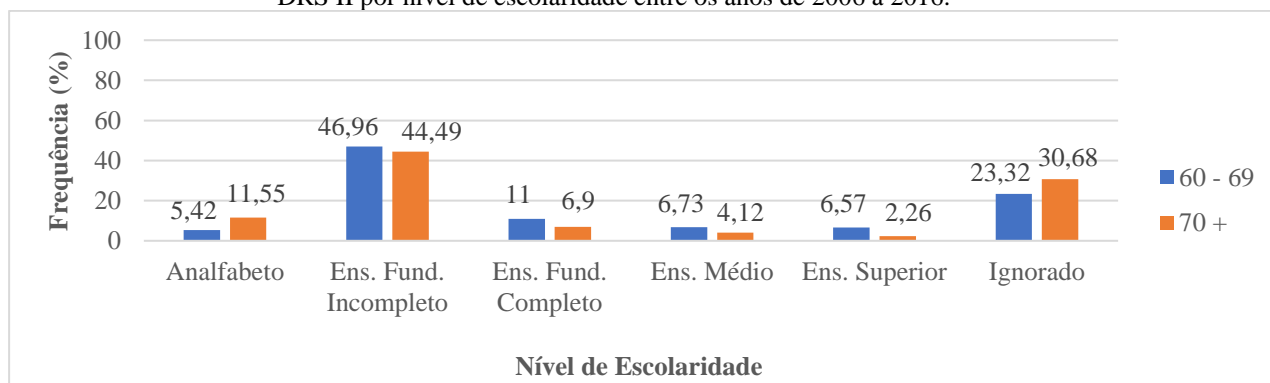
Em uma análise dos fatores escolaridade e faixa etária mais acometida, observou-se que a taxa de escolaridade é inversamente proporcional naqueles com idade acima de 60 anos, ou seja, quanto mais velho o paciente, menor é a sua formação escolar. Isto pode ser inferido ao observar-se que a soma dos analfabetos com os que se classificaram com ensino fundamental incompleto e completo, nos pacientes com faixa etária de 60 a 69 anos, resultou em cerca de 58% no estado de São Paulo, 63% no DRS II e 40% em Araçatuba, contrastando com a soma entre os formados no ensino médio e superior, que foi de 10% no estado de São Paulo, 13% no DRS II e 15% em Araçatuba (Figura 4, 5 e 6).

FIGURA 4. Distribuição em porcentagem da faixa etária dos homens com diagnóstico de câncer de próstata no estado de São Paulo por nível de escolaridade entre os anos de 2006 à 2016.



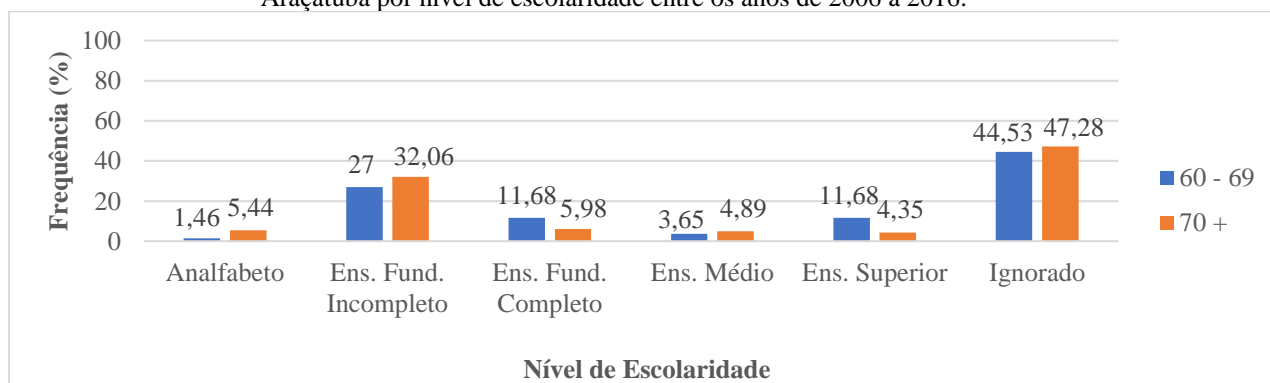
Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

FIGURA 5. Distribuição em porcentagem da faixa etária dos homens com diagnóstico de câncer de próstata no DRS II por nível de escolaridade entre os anos de 2006 à 2016.



Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

FIGURA 6. Distribuição em porcentagem da faixa etária dos homens com diagnóstico de câncer de próstata em Araçatuba por nível de escolaridade entre os anos de 2006 à 2016.

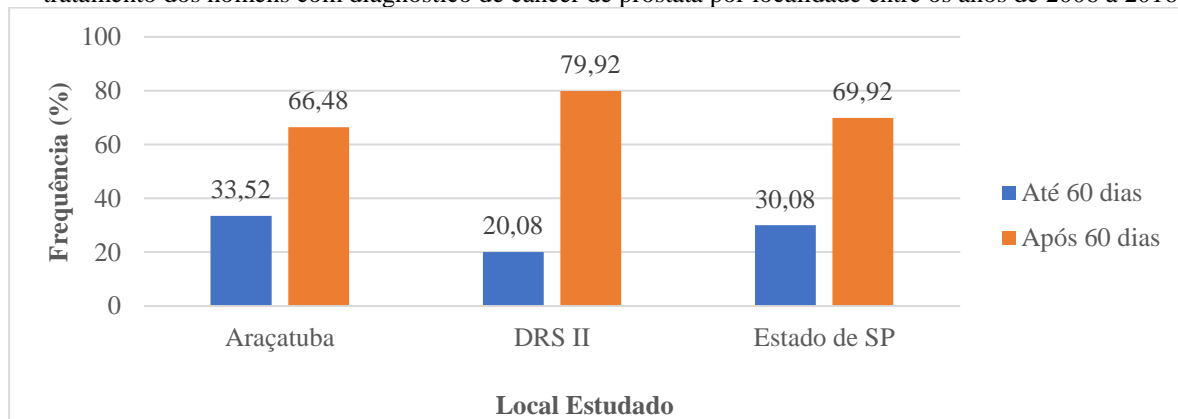


Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

No que tange ao tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento notou-se que, no estado de São Paulo, cerca de 70% dos pacientes não se enquadraram na “lei dos 60 dias”, ou seja, teve seu tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento maior que os 60 dias preconizado por lei (Figura 7). Isso corresponde a um tempo médio diagnóstico-tratamento de 139 dias.

No DRS II, os participantes que tiveram um tempo diagnóstico-tratamento fora do prazo preconizado correspondem a cerca 80% dos casos de CaP e a um tempo médio diagnóstico-tratamento de 165 dias e, em Araçatuba, essa porcentagem é de cerca 66% com tempo médio diagnóstico-tratamento de cerca de 133 dias (Figura 7).

FIGURA 7. Distribuição em porcentagem do tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento dos homens com diagnóstico de câncer de próstata por localidade entre os anos de 2006 à 2016.

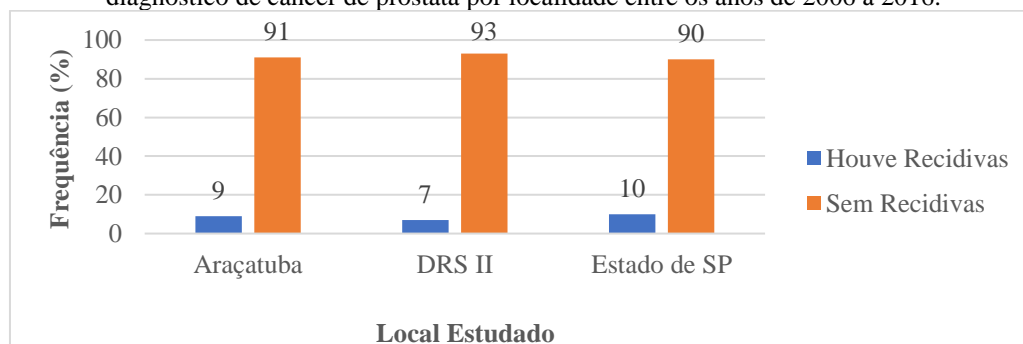


Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

Apesar da notável demora no início do tratamento a partir da consulta, verificou-se que no estado de São Paulo houve manutenção do seguimento em uma taxa de 73% dos casos, enquanto no DRS II teve-se 77% de manutenção e em Araçatuba, com índice superior aos primeiros de 85% de manutenção de seguimento, tais dados não estão apresentados.

Já em relação à ocorrência de recidivas, novamente os dados percentuais voltam a se aproximar e verifica-se que a taxa de recidiva no estado de São Paulo é de 10%, no DRS II é de 7% e em Araçatuba, 9% (Figura 8).

FIGURA 8. Distribuição em porcentagem sobre a ocorrência de recidivas após tratamento nos homens com diagnóstico de câncer de próstata por localidade entre os anos de 2006 à 2016.



Fonte: Autoria própria, adaptação – FOSP 2006 a 2016

4 DISCUSSÃO

Devido aos altos índices de incidência e mortalidade, o CaP é, principalmente no Brasil, uma patologia que acarreta incontáveis prejuízos à população acometida tanto na esfera física, social e psicológica (INCA, 2020a). No entanto, essa problemática não se restringe ao âmbito individual, possuindo, também, um ônus muito significativo para a gestão do sistema de saúde nacional. As demandas financeiras e administrativas necessárias tornam o manejo da prevenção do CaP um dos principais alvos de políticas públicas (MALTA *et al.*, 2017). Assim, fica nítida a relevância de se compreender as características epidemiológicas dessa neoplasia para que, dessa forma, seja possível desenvolver políticas de saúde mais eficientes que reduzam as complicações dessa doença à população e, conseqüentemente, o dispêndio financeiro estatal a essa.

No que tange à idade média do diagnóstico dessa neoplasia, este estudo obteve o valor de 67 anos, resultado similar ao obtido por uma revisão de literatura realizada no Brasil (2021) que encontrou uma média de 69 anos (SILVA *et al.*, 2021). Esse valor reflete o preconceito estrutural em torno do exame do toque retal e a falta de procura do homem pelo sistema de saúde, o que culmina no atraso do diagnóstico e progressão silenciosa da doença elevando a gravidade dessa e a necessidade de efetuar um escalonamento do tratamento a um modelo mais agressivo (LIMA *et al.*, 2018).

Simultaneamente, a principal faixa etária de acometimento dessa patologia foi identificada em indivíduos acima dos 50 anos, corroborando com os dados encontrados pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), que corresponde ao intervalo de idade mais incidente do CaP, o que leva a pensar a respeito da importância de se rastrear essa doença a fim de realizar uma prevenção primária e secundária realmente eficaz, assim sendo fortemente recomendado o rastreamento pela SBU (SBU, 2018). Já a Sociedade Brasileira de Medicina de Família - SBMF (2016), se posiciona contra as campanhas de rastreamento a nível populacional, como a difundida através do “Novembro Azul”, por exemplo, gerando controvérsias sobre o assunto (MODESTO *et al.*, 2018). Sendo assim, levanta-se a relevância de discutir sobre a prevenção quaternária, que consiste em ações que questionem os benefícios e malefícios das intervenções médicas, a fim de evitar aquelas desnecessárias e com potenciais riscos, garantindo a atenção qualificada e personalizada do cuidado (NORMAN; TESSER, 2009).

Além disso, entidades nacionais e internacionais, como *US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*, apresentam evidências de que o rastreamento e o diagnóstico precoce do CaP devem ser realizados de acordo com as individualidades de cada paciente, levando em consideração principalmente a idade, etnia e fatores de risco, como o histórico

familiar da neoplasia. Dessa forma, reforça-se a importância de capacitar e dar autonomia à população masculina, juntamente com a comunidade médica, através da informação e discussão sobre a doença, principalmente através das campanhas já existentes, mas que estejam niveladas com as evidências atuais e as políticas acerca dessa patologia sejam individualizadas e que visem o cuidado integral à saúde (GROSSMAN *et al.*, 2018).

Tratando-se de tempo decorrido entre o diagnóstico e o início de tratamento, verificou-se que as três localidades observadas excederam o prazo máximo preconizado pela Lei dos 60 dias (BRASIL, 2012). O estado de São Paulo excedeu em 79 dias, o DRS II em 105 dias e Araçatuba em 73 dias. Parte disso pode ser explicado pelo fato de que tal lei entrou em vigor no ano de 2013, não tendo, portanto, essa obrigatoriedade de se fazer cumprir tal lei durante o período de 2006 a 2013, ou seja, por mais de 6 anos desse estudo, no qual foram analisados os casos de 2006 a 2016. Além disso, tem-se uma falta de conhecimento a respeito do fluxo de encaminhamento referente ao tratamento de neoplasias - Rede “Hebe Camargo”, o que atrasa ainda mais o início do tratamento (BRASIL, 2016). Outro fator que corrobora com esse prazo de tempo excedido é o fato de o sexo masculino portar uma característica de não buscar auxílio e tratamento médico devido a diversas crenças, preconceitos e falta de informação (LIMA *et al.*, 2018). Assim, há um impacto direto no índice de mortalidade da doença.

No que tange ao seguimento com manutenção do tratamento obteve-se valores semelhantes para o estado de São Paulo e o DRS II. Araçatuba destoa com uma de taxa de manutenção de tratamento maior. Esse aumento pode ser consequência da implantação do programa Rede “Hebe Camargo”, mesmo que recente, a respeito de seu fluxo de encaminhamento já citado. O próprio DRS II também apresenta melhor resultado em comparação ao estado de São Paulo. Isso também, ajuda a entender a baixa ocorrência de recidivas, tendo em vista o fornecimento de um tratamento e acompanhamento adequado em uma rede de cuidado especializado.

No que concerne aos fatores de escolaridade e a distribuição de casos da doença, verificou-se que há uma relação inversamente proporcional entre estes, uma vez que houve uma diminuição de casos conforme aumentou-se os anos de estudo dos indivíduos participantes. Isso pode ser explicado pela diferença na taxa de escolaridade observada neste estudo, em que o maior percentual de doentes se concentra nos detentores de menores índices de ensino. Portanto, medidas de educação em saúde a nível populacional acerca do CaP acarretará um impacto positivo direto para que o sistema de saúde esteja mais próximo destes indivíduos-alvo.

Ainda nessa linha de raciocínio, ao avaliar o perfil de recidivas, houve uma distribuição semelhante entre as áreas analisadas, sendo que o DRS II apresentou o menor percentual. O

seguimento dos pacientes e sua aproximação com a rede de atenção em saúde é um fator imprescindível que garante um acompanhamento eficaz ao longo do tratamento oncológico e sua adequada manutenção ao longo dos anos. Ao analisar conjuntamente os fatores seguimento e manutenção de tratamento com a ocorrência de recidivas confirma-se o bom funcionamento do sistema de saúde no noroeste paulista, principalmente em Araçatuba, quando se trata do manejo dessa neoplasia. Tal fato pode ser explicado pelo fato de uma parcela dos pacientes com doença em estágio inicial submetidos ao tratamento locorregional poderá apresentar recidiva da doença e necessitar de tratamento sistêmico. Há outra parte dos pacientes que poderá apresentar doença metastática ao diagnóstico e também poderá necessitar de tratamento sistêmico (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Ademais, estudos como este, que visam retratar mais especificamente as características epidemiológicas intrínsecas daqueles acometidos pela neoplasia da próstata, permitem traçar o perfil destes indivíduos, comparando essas características entre as três localidades analisadas e entre muitas outras regiões do país futuramente. Dessa forma, é possível identificar pontos fortes e fragilidades do sistema de saúde para que se desenvolvam políticas públicas direcionadas ao assunto retratado.

O desenvolvimento dessas políticas deve ser direcionado por novas medidas de acesso à informação, pelo fato de haver um grande percentual de doentes composto por indivíduos com os menores índices de escolaridade e principalmente pelo preconceito ainda existente tanto à entrada do homem ao sistema de saúde, quanto pelos tabus acerca de afecções urológicas. Essas atitudes de promoção em saúde geram impacto direto na população e devem abordar questões desde fatores de risco, a importância de difundir informações sobre o diagnóstico da doença e como são ofertadas as possibilidades de tratamento para o indivíduo afetado.

Sendo assim, o SUS deve estar capacitado para receber a população masculina e estar em constante preocupação em promover melhorias funcionais e estruturais de suas redes de atenção e fluxos de atendimento ao câncer de próstata, uma vez que deve garantir que seus princípios de universalidade, equidade e integralidade estejam dentro de todos os níveis de atenção à saúde.

5 CONCLUSÃO

Constatou-se nesta pesquisa que a maioria dos pacientes acometidos pelo câncer de próstata se encontram na senectude e possuem uma taxa de anos de escolaridade inversamente proporcional a idade. Além disso, foi evidenciado índice elevado de indivíduos com o tempo entre o diagnóstico do CaP e o início do tratamento maior que o recomendado e presença de

recidivas semelhante entre as localidades. Por fim, nota-se que são necessários mais estudos epidemiológicos sobre o tema, que deve-se instituir políticas públicas voltadas a essa população e suas particularidades, principalmente de educação em saúde, visto que grande parte desses pacientes são detentores de menores índices de escolaridade e existem inúmeros tabus permeando o tema abordado.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2019**. Atlanta: American Cancer Society, 2019a.

BRASIL. Decreto nº62,394, de 28 de dezembro de 2016. Institui a Rede “Hebe Camargo” de combate ao câncer e dá providência correlatas. **Diário Oficial do Poder Executivo**: seção 1, São Paulo, SP, ano 2016, publicação original, p. 126 (244) - 3, 28 de dezembro de 2016.

BRASIL. Lei nº12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2012, publicação original, p. 1, 22 de novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **BRASIL – Estimativa de novos casos**. Rio de Janeiro: INCA, 2020a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020b. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 23 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de Câncer: Câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2020c. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estatísticas de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2020d. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Síntese de resultados e comentários**. Rio de Janeiro: INCA, 2020e. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>>. Acesso em: 24 de set. de 2021.

BRASIL. Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 2013, p. 129, 17 de maio de 2013.

CÂNCER de Próstata. Janssen, 2021. Disponível em: <<https://www.janssen.com/brasil/minha-saude/cancer-de-prostata>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

CÂNCER de Próstata. Sociedade Brasileira de Urologia, 2021. Disponível em: <<https://sbu-sp.org.br/publico/cancer-de-prostata-3/>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

CASTRO, H. A. S. D.; IARED, W.; SHIGUEOKA, D. C.; MOURÃO, J. E. *et al.* Contribuição da densidade do PSA para predizer o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2, 6 e 10, 0 ng/ml. **Radiologia Brasileira**, 44, p. 205-209, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rb/a/Pr4FtS39b3rkrDWLsbHyrvF/?lang=pt#>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13, p. 1337-1342, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400031>>. Acesso em: 24 set. 2021.

GROSSMAN, D. C.; CURRY, S.J.; OWENS, D. K.; *et al.* Screening for prostate cancer: US preventive services task force recommendation statement. **JAMA**. 2018; 319:1901–13. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29801017/>>. Acesso em: 07 de nov de 2022.

LIMA, A. P. D.; LINI, E. V.; GIACOMAZZI, R. B.; DELLANI, M. P. *et al.* Prevalence and factors associated with the performance of prostate cancer screening in the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 21, p. 53-59, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/xfN3YJz9LmcgVVtxPhWbpqd/?lang=en>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C. D. *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de saúde pública**, 51, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=en>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

MODESTO, A. A. D.; LIMA, R. L. B.; D'ANGELIS, A. C.; AUGUSTO, D. K. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(64):251-62. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22n64/251-262/pt>>. Acesso em: 07 de nov de 2022.

MONTEIRO, F. S. M.; SOARES, A.; OLIVEIRA, F. N. G. *et al.* Treatment of advanced prostate cancer: Where are we in 2019? **Brazilian Journal of Oncology**, 2019; 15:e-20190001. Disponível em: <<https://www.brazilianjournalofoncology.com.br/details/60/en-US>>. Acesso em: 08 de nov de 2022.

MOURA, E. C. D.; SANTOS, W. D.; NEVES, A. C. M. D.; GOMES, R. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, p. 429-438, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/SvzSh9fTZwFRGwTfKm4KXPF/?lang=pt>>. Acesso em: 24 de set. 2021.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n9/2012-2020/pt>>. Acesso em: 07 de nov de 2022.

ROBBINS, S. L.; KUMAR, V. (ed.); ABBAS, A.K. (ed.); FAUSTO, N. (ed.). **Patologia: Bases Patológicas das doenças**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

SILVA, H. V.; SILVA, G. P.; PIOVEZA, A. R.; ARRUDA, C. N. S.; *et al.* Câncer de Próstata: Retrato de uma realidade dos pacientes, a importância e o preconceito com o toque retal.

Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.4, p. 14551-14561, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-015>. Acesso em: 01 nov 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Comunicado aos(às) apoiadores(as) da campanha Novembro Azul. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). Nota Oficial 2018 - Rastreamento do Câncer de Próstata. 2018. Disponível em: <<https://portaldaurologia.org.br/publico/noticias/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>>. Acesso em: 01 nov 2022.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os dados podem ser encontrados no site da Fundação Oncocentro de São Paulo (link 1). Pode ser realizado o download de arquivos no formato ".dbf" (sendo necessário programa compatível para acessar os dados) segundo o ano de diagnóstico do tumor, com dados referentes ao período de janeiro/2000 a setembro/2021 e acessar inclusive o dicionário de dados, para melhor entendimento das variáveis. Tais informações são de domínio público e realizamos o download do arquivo de dados: Banco Geral [Banco RHC completo (até 09/2021)], onde filtramos, através de planilha excel, as informações baseadas na descrição da topografia, casos de próstata, com base no ano de diagnóstico, sendo realizado no período de 2006 a 2016, no DRS II, obtendo 1.682 indivíduos. A partir desta informação selecionamos o filtro pela cidade de Araçatuba para comparar e operar os dados.

Link 1:

<<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/fosp/diretoria-adjunta-de-informacao-e-epidemiologia/rhc-registro-hospitalar-de-cancer/banco-de-dados-do-rhc/>> Acesso em: 12 de Outubro de 2021