



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JACICLEIDE MARIA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE  
PRÓSTATA NA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM  
ONCOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE**

RECIFE

2020

JACICLEIDE MARIA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE  
PRÓSTATA NA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM  
ONCOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Políticas Públicas.  
**Área de concentração:** Políticas Públicas

**Orientador:** Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha

RECIFE

2020

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

S237a Santos, Jacicleide Maria dos.

Avaliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na unidade de assistência de alta complexidade em oncologia do hospital das clínicas – UFPE / Jacicleide Maria dos Santos. - 2020.

128 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha.

Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Recife, 2020.

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Ciência política. 2. Câncer na próstata. 3. Clínica médica – Exames clínicos. 4. UNACOM. 5. Avaliações sistemáticas – Políticas públicas. I. Rocha, Enivaldo Carvalho da (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-195)

JACICLEIDE MARIA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Políticas Públicas.  
**Área de concentração:** Políticas Públicas

**Aprovada em: 21/08/2020.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profº. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profº. Dr. Fernando Antônio Guerra de Souza

Universidade Federal de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por tudo conquistado.

A toda minha família, pelo apoio e torcida de sempre, por acreditar em mim e me dar esperança e coragem para continuar a caminhada.

Às minhas amigas queridas Enes Cruz, Marcelle Nogueira e Clarice Conceição, que caminharam junto comigo, e por estarem sempre disponíveis para ouvir e ajudar.

Aos meus novos amigos que conquistei durante o curso, pois, tornaram a caminhada agradável e mais feliz.

A todos os professores do Programa de MPPP, que contribuíram muito para o meu crescimento intelectual.

Aos profissionais do Hospital das Clínicas - UFPE, que de alguma forma também contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Agradeço a todas as pessoas que fazem parte da minha vida, que acreditam no meu potencial e no meu trabalho.

## RESUMO

O câncer de próstata é um grave problema de saúde pública, por apresentar elevadas taxas de incidência e mortalidade em todo o mundo, no entanto, a doença tem bom prognóstico quando diagnosticada e tratada precocemente. Com objetivo de avaliar o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em oncologia (UNACON) do Hospital das Clínicas - UFPE. Trata-se de uma avaliação de implementação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na UNACON HC - UFPE. Foi desenvolvida uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, realizada por meio de um estudo de caso, com abordagens qualitativa e quantitativa. Foram analisados 316 cadastros de pacientes diagnosticados com câncer de próstata, atendidos na UNACON, no período de 2010 a 2016. Para a análise dos dados foram utilizadas as técnicas de estatística descritiva, inferência estatística e análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados indicaram que a PNPCC não está sendo implementada, na UNACON, de modo que possa garantir aos pacientes com câncer de próstata, o acesso ao diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno. Concluiu-se ser necessário, no âmbito da UNACON, a implantação de estratégias de monitoramento do tempo gasto para acessar o diagnóstico definitivo e o tratamento do câncer de próstata, a fim de que sejam identificados e sanados os problemas que estejam dificultando a assistência ao paciente com câncer de próstata.

Palavras-chave: Câncer de próstata. Diagnóstico e tratamento do câncer. Unidade de Assistência de Alta Complexidade. Avaliação de implementação.

## **ABSTRACT**

Prostate cancer is a serious public health problem, as it has high rates of incidence and mortality worldwide, however, the disease has a good prognosis when diagnosed and treated early. In order to assess access to the diagnosis and treatment of prostate cancer at the High Complexity Assistance Unit in Oncology (UNACON) of Hospital das Clínicas - UFPE. This is an evaluation of the implementation of the National Cancer Prevention and Control Policy (PNPCC), at UNACON HC - UFPE. An exploratory and descriptive research was carried out, carried out through a case study, with qualitative and quantitative approaches. A total of 316 records of patients diagnosed with prostate cancer, treated at UNACON, were analyzed from 2010 to 2016. For data analysis, descriptive statistics, statistical inference and content analysis by Bardin (2011) were used. The results indicated that the PNPCC is not being implemented at UNACON, so that it can guarantee patients with prostate cancer access to diagnosis and treatment in a timely manner. It was concluded that it is necessary, within UNACON, to implement strategies to monitor the time spent to access the definitive diagnosis and treatment of prostate cancer, in order to identify and solve the problems that are hampering patient care. with prostate cancer.

**Keywords:** Prostate cancer. Cancer diagnosis and treatment. High Complexity Assistance Unit. Implementation evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Distribuição proporcional dos 10 tipos de câncer mais incidentes, estimados para 2020 por sexo (exceto pele não melanoma).....	25
Figura 2 -	Componentes da Rede de Atenção Oncológica.....	35
Figura 3 -	Mapa que representa os principais municípios de origem dos pacientes com câncer de próstata, atendidos na UNACON HC – UFPE (2010 a 2016) .....	77
Quadro 1 -	Cronologia de descobertas importantes sobre o câncer no mundo.....	21
Quadro 2 -	Tempos médios de espera para a realização das diversas etapas necessárias ao diagnóstico de câncer, a partir dos registros dos sistemas de informação e percepção dos pacientes e Associações.....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sumário estatístico do câncer no mundo, 2018 (exceto câncer de pele não melanoma).....	23
Tabela 2 -	Sumário estatístico do câncer no Brasil, 2018 (exceto câncer de pele não melanoma) .....	24
Tabela 3 -	Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de próstata, homens, Brasil, (2013 a 2018) .....	28
Tabela 4 -	Distribuição dos casos de câncer de próstata, segundo o ano do diagnóstico e tempo até o primeiro tratamento, Brasil (2013 a 2019) .....	39
Tabela 5 -	Procedimentos de prostatectomias, por câncer, realizados na UNACON HC - UFPE (2010 a 2016).....	58
Tabela 6 -	Procedimentos de hormonioterapia, realizados em pacientes com câncer de próstata na UNACON HC-UFPE (2010 a 2016) .....	58
Tabela 7 -	Procedimentos de quimioterapia, para tratar adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia, realizados na UNACON HC - UFPE (2010 a 2016) .....	59
Tabela 8 -	Distância percorrida pelos pacientes, do seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (01.01.2010 a 21.05.2013) .....	77
Tabela 9 -	Distância percorrida pelos pacientes, do seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (22.05.2013 a 31.12.2016).....	77
Tabela 10 -	Distância percorrida pelos pacientes, do seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (2010-2016).....	78
Tabela 11 -	Teste t para amostras independentes, considerando variáveis semelhantes, em relação à distância percorrida pelos pacientes de seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (2010 a 2016) .....	78

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Grau de estadiamento do câncer de próstata no Brasil, em 2017 (pacientes atendidos pelo SUS).....	40
Gráfico 2 -	Porcentagem de casos por idade de pacientes .....	60
Gráfico 3 -	Porcentagem de casos por grau de escolaridade dos pacientes.....	61
Gráfico 4 -	Porcentagem de casos por cor dos pacientes.....	62
Gráfico 5 -	Porcentagem de casos por origem de encaminhamento.....	62
Gráfico 6 -	Porcentagem de casos por situação da doença ao final do primeiro tratamento.....	63
Gráfico 7 -	Histograma do número de dias entre o diagnóstico e início do tratamento.....	64
Gráfico 8 -	Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento - sem outliers .....	65
Gráfico 9 -	Porcentagem de casos por idade dos pacientes.....	66
Gráfico 10 -	Porcentagem de casos por cor dos pacientes.....	66
Gráfico 11 -	Porcentagem de casos por grau de escolaridade dos pacientes.....	67
Gráfico 12 -	Porcentagem de casos por origem de encaminhamento dos pacientes.....	68
Gráfico 13 -	Porcentagem de casos por situação da doença ao final do primeiro tratamento.....	68
Gráfico 14 -	Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento.....	69
Gráfico 15 -	Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento - sem outliers.....	70
Gráfico 16 -	Porcentagem de casos por idade dos pacientes.....	71
Gráfico 17 -	Porcentagem de casos por cor dos pacientes .....	72
Gráfico 18 -	Porcentagem de casos por origem de encaminhamento dos pacientes....	72
Gráfico 19 -	Porcentagem de casos por grau de escolaridade dos pacientes.....	73
Gráfico 20 -	Porcentagem de casos por situação da doença ao final do primeiro tratamento.....	73

Gráfico 21	Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento.....	74
Gráfico 22 -	Histograma do número de dias entre diagnóstico e início do tratamento – sem outliers.....	75
Gráfico 23 -	Boxplot para identificar casos extremos entre o diagnóstico e o tratamento.....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IRSIR	Instituto de Radium e supervoltagem Ivo Roesler
IRWAM	Instituto de Radioterapia Waldemir Miranda
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Pernambuco
PNAO	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PNCCP	Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PSA	<i>Prostatic Specific Antigen</i>
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia
SBR	Sociedade Brasileira de Radioterapia
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UICC	<i>International Union Against Cancer</i>
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>BREVE HISTÓRIA DO CÂNCER.....</b>	<b>20</b>
2.1	CÂNCER: um problema de saúde pública .....	22
2.2	CÂNCER DE PRÓSTATA.....	24
<b>2.2.1</b>	<b>Incidência e fatores de risco.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Diagnóstico e tratamento.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Mortalidade.....</b>	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>POLÍTICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL.....</b>	<b>30</b>
3.1	POLÍTICAS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE.....	30
3.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA.....	33
3.3	O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E A IMPLEMENTAÇÃO DA "LEI DOS 60 DIAS".....	36
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>43</b>
4.1	O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A FASE DA AVALIAÇÃO.....	43
4.2	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE.....	44
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
5.1	POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO.....	50
5.2	AMOSTRA.....	50
5.3	TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISE E COLETA DE DADOS.....	51
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	53
5.5	QUESTÕES ÉTICAS.....	54
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
6.1	O HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UFPE.....	55
<b>6.1.1</b>	<b>Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do HC-UFPE.</b>	<b>56</b>
6.2	RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	57
<b>6.2.1</b>	<b>Procedimentos terapêuticos, para tratamento do câncer de próstata,</b>	

	<b>realizados pela UNACON HC-UFPE no período de 2010 a 2016.....</b>	<b>57</b>
6.3	<b>ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL E ACESSO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC - UFPE.....</b>	<b>59</b>
6.3.1	<b>Análise descritiva das variáveis relacionadas ao perfil e acesso ao tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período de 01/01/2010 até 21/05/2013.....</b>	<b>60</b>
6.3.2	<b>Análise descritiva das variáveis relacionadas ao perfil e acesso ao tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período de 22/05/2013 até 31/12/2016.....</b>	<b>65</b>
6.3.3	<b>Análise descritiva das variáveis relacionadas ao perfil e acesso ao tratamento, dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período total (01/01/2010 até 31/12/2016).....</b>	<b>70</b>
6.4	<b>DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM DOS PACIENTES ATÉ A UNACON HC-UFPE.....</b>	<b>76</b>
6.5	<b>RESULTADOS QUALITATIVOS.....</b>	<b>79</b>
6.5.1	<b>Fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na UNACON HC- UFPE.....</b>	<b>79</b>
7	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>85</b>
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>91</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICE A - FATORES QUE DIFICULTAM O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC-UFPE.....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE B - ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DOS FATORES QUE DIFICULTAM O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC-UFPE.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DA UNACON HC-UFPE.....</b>	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE D – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL E ACESSO DOS PACIENTES AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC-UFPE.....</b>	<b>110</b>

<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS DA UNACON HC-UFPE.....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA REALIZADA COM OS CHEFES DOS SETORES DE UROLOGIA E ONCOLOGIA.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE G - TABELAS DE APRESENTAÇÃO DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE H - TABELAS DE APRESENTAÇÃO DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE I - TABELAS DE APRESENTAÇÃO DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.</b>	<b>125</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo avaliar a implementação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), quanto ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata. Situa-se a discussão no contexto da política pública de saúde, em particular das políticas públicas voltadas para a atenção oncológica.

O câncer está entre os principais problemas na área da saúde pública em todo o mundo (BRAY, 2014). Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), foram registradas, no Brasil, mais de 600 mil casos novos da doença, com mais de 200 mil mortes, somente no ano de 2018 (INCA, 2019).

De acordo com o INCA (2018), o câncer é um dos problemas de saúde mais complexos e abrangentes enfrentados atualmente, no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, dada sua magnitude epidemiológica e os impactos sociais e econômicos causados pela doença. Nesse sentido, um estudo realizado pelo Observatório de Oncologia (2018) revelou que os gastos do governo federal com ações de controle e tratamento da doença praticamente dobraram em uma década, passando de R\$ 1,9 bilhão, em 2008, para R\$ 3,8 bilhão em 2018.

A mais recente estimativa do INCA, mostrou que, com a exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata será o tipo de câncer mais frequente entre os homens, no Brasil, com estimativa de 65.840 casos, a cada ano do triênio 2020-2022, o que representa um risco de 62 casos novos da doença para cada 100 mil homens. Assim, o câncer de próstata ocupa a primeira posição em todas as regiões do país, com risco estimado de 72/100 mil na região Nordeste; de 65/100 mil na região Centro-Oeste; de 63/100 mil na região Sudeste; de 62/100 mil na região Sul e de 29/100 mil na região Norte. Apenas no ano de 2018, no Brasil, cerca de 15 mil homens foram a óbito em decorrência da doença (INCA, 2019).

O reconhecimento do câncer como um grave problema de saúde pública, no Brasil, possibilitou a inclusão dessa temática na agenda prioritária das políticas públicas, no campo da saúde, permitindo, assim, a criação e implementação de políticas e programas para o enfrentamento da doença, nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, por meio da estruturação e organização de serviços que garantissem a assistência oncológica à população acometida pela doença (MIGOWSKI et al., 2018).

Em virtude da expressão epidemiológica tomada pelo câncer e de sua magnitude como um problema de saúde, em fins da década de 1990, inicia-se no Brasil, um processo de expansão, em termos de criação e implementação de políticas e programas de saúde para o controle da doença. Assim, no intuito de criar normativas para regulamentar a assistência oncológica, no país, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 1998, as Portarias nº 3.535 e 3.536. A primeira apresentava normas para a criação de centros de atendimento em oncologia, a segunda abrangia as questões referentes aos procedimentos ambulatoriais para o tratamento do câncer (MIGOWSKI et al., 2018).

Nesse sentido, em 2005, o Ministério da saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.439, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que explicitou o conceito de integralidade das ações e serviços de saúde na formação de uma rede de assistência às pessoas acometidas pelo câncer, nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde pública. Assim, a PNAO tinha como um dos seus principais objetivos criar uma rede de atenção oncológica que garantisse ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos aos pacientes com câncer (MIGOWSKI et al., 2018; BRASIL, 2005).

Após a instituição da PNAO várias normativas foram criadas, no âmbito do SUS, para promover o aprimoramento das políticas de atenção à saúde - como a Portaria a portaria que regulamentou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS , o decreto nº 7.508, que versa sobre a organização do SUS e a política de incorporação tecnológica no SUS, em 2011 - todas essas inovações exigiram uma atualização na PNAO, que foi substituída pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) em 2013, por meio da Portaria nº 874/2013 (MIGOWSKI et al., 2018).

Alguns estudos têm demonstrado que, apesar dos avanços nos investimentos em políticas e programas para combater esse grave e crescente problema de saúde, o sistema de saúde pública no Brasil, ainda apresenta muitas deficiências nas estruturas de sua rede de atenção em oncologia, para garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, de forma equânime e integral à população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019; INTERFARMA, 2020).

A exemplo da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que avaliou a implementação da PNAO em várias regiões do país em 2011. O relatório dessa auditoria, cujo objetivo foi avaliar a Rede de Atenção Oncológica, no que tange a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer em tempo oportuno, revelou, dentre outros aspectos, que a Rede de Atenção Oncológica não estava suficientemente estruturada a ponto

de garantir a assistência necessária à população, apresentando carências referentes à disponibilidade de serviços de radioterapia e quimioterapia e insuficiência de alguns tipos de especialista para o atendimento da demanda de pacientes, além de vários outros fatores que dificultam o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Como resposta aos resultados dessa auditoria, o Congresso Nacional sancionou em 2012, a lei nº 12.732/2013, mais conhecida como “Lei dos 60 dias”, por estabelecer que todo paciente com câncer tem o direito de realizar o tratamento em até 60 dias, após a confirmação da doença em laudo histopatológico. Outro avanço no âmbito da atenção oncológica no país se deu no ano seguinte, com a instituição da Portaria GM/MS nº 140/2014. Esta Portaria organiza e define as responsabilidades dos serviços que compõe a rede de atenção de alta complexidade em oncologia, que são os serviços habilitados como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Em 2018, o TCU realizou uma nova auditoria, dessa vez referente a implementação da PNPCC, atualmente em vigor no país. Os resultados da auditoria indicaram que, os pacientes não estão tendo acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer em tempo oportuno, ou seja, dentro do prazo de 60 dias, conforme estabelecido pela lei nº 12.732/2012. Assim, os resultados da referida auditoria indicaram alguns aspectos relacionados ao tempo demasiado de espera para o acesso ao diagnóstico e tratamento, tais como: a demora excessiva para a realização dos exames necessários para o diagnóstico e a carência de profissionais especialistas em oncologia, nas diversas regiões do país, o que implica na demora para a realização da primeira consulta com o médico especialista, a partir da consulta com o médico generalista que verificou os primeiros sintomas do paciente (BRASIL, 2019).

Assim, os resultados dos estudos mencionados acima, vem confirmar que a assistência oncológica não vem sendo prestada de modo a garantir o acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento do câncer, em tempo oportuno. E grandes partes dos aspectos relacionados a este problema encontram-se nas estruturas da rede especializada de alta complexidade, compostas pelos Serviços de saúde habilitados como CACON e UNACON (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019; INTERFARMA, 2020).

A PNPCC estabelece, nas diretrizes relacionadas à prevenção do câncer, no art. 9, inciso IV, que seja garantido ao paciente, o diagnóstico do câncer em tempo oportuno, de modo que não haja barreiras ou quaisquer dificuldades para a realização do tratamento. A

política também determina, nas diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação, no art. 11, inciso V, que haja o monitoramento e avaliação acerca da acessibilidade aos serviços de saúde, com ênfase no tempo de espera para a realização do início do tratamento.

O recorte de investigação e análise com referência para o câncer de próstata, tem relação com o fato de que este é o tipo de câncer mais frequente entre os homens, depois do câncer de pele não melanoma, apresentando altas taxas de incidência e morbimortalidade em todas as regiões do país, caracterizando um grave problema de saúde pública (INCA, 2019). Além disso, a literatura existente, apresenta um reduzido número de estudos acerca dos fatores que dificultam o acesso da população masculina, acometida pelo câncer de próstata, aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, e principalmente na atenção especializada de média e alta complexidade.

Diante dessa problemática, as análises e reflexões desenvolvidas neste estudo, buscou responder a seguinte questão: A implementação da PNPCC, na UNACON HC-UFPE, tem garantido, aos pacientes com câncer de próstata, o acesso ao diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno?

No intuito de trazer respostas a esta questão, o estudo se propõe avaliar a implementação da PNPCC, na UNACON HC-UFPE, quanto ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata.

Destarte, pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos: a) Descrever e analisar o tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e o início do tratamento, em pacientes diagnosticados com câncer de próstata na UNACON/HC-UFPE; b) Caracterizar as ações assistenciais voltadas para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, desenvolvidas no âmbito da UNACOM HC-UFPE; c) Descrever a estrutura física e os recursos materiais e humanos, disponibilizados para a assistência ao paciente com câncer de próstata, atendidos na UNACON/HC-UFPE; d) Caracterizar o perfil dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata na UNACON HC - UFPE; e) Identificar os fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, na UNACON HC-UFPE.

Para a organização das análises e reflexões apresentadas, a dissertação foi dividida em 7 seções, que compõe, o referencial teórico, a metodologia utilizada para a realização da pesquisa, e os resultados encontrados, conforme indicado a seguir. A primeira seção refere-se a esta introdução.

A segunda seção apresenta o surgimento do câncer no mundo e no Brasil, e como se desenvolveu o processo de conhecimento sobre a doença, que a transformou em problema de saúde pública. Com destaque para o câncer de próstata, esta seção traz os dados das estimativas mais recentes relacionadas a magnitude epidemiológica da doença sobre a população masculina.

A terceira seção discorre sobre as intervenções governamentais para o enfrentamento do câncer, por meio das políticas públicas na área da saúde. Apresentando os dispositivos legais e as principais ações voltadas para a organização e estruturação dos serviços assistenciais que compõe a Rede de Atenção à Saúde voltada ao atendimento dos pacientes com câncer de próstata.

A quarta seção traz uma discussão acerca dos estudos e práticas da avaliação na área das políticas públicas, destacando o seu papel no ciclo de formação das políticas públicas no campo da saúde.

A quinta seção consiste na apresentação da metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, como as técnicas e procedimentos de coleta e análise dos dados, critérios de inclusão e exclusão utilizados no estudo e as questões éticas, consideradas a rigor durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa.

A sexta seção apresenta os resultados da pesquisa. De forma sequencial é feita uma análise dos dados quantitativos, destacando a descrição da estrutura física, recursos materiais e humanos da UNACON HC-UFPE, voltados para a assistência ao paciente com câncer de próstata. Também foram apresentadas, a partir de gráficos e tabelas, os dados obtidos por meio do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Logo em seguida, foram apresentadas as análises feitas por meio dos dados qualitativos, obtidos a partir da aplicação de questionário e entrevista, realizados com as chefias dos setores ambulatoriais de Oncologia e Urologia.

A sétima seção apresenta as reflexões realizadas a partir das análises dos resultados dos dados quantitativos e qualitativos. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

## 2 BREVE HISTÓRIA DO CÂNCER

Originada do grego *karkinos*, que significa “caranguejo”, o termo passou a ser utilizado depois que o médico Hipócrates, por volta de 400 a.C., percebeu semelhanças entre um tumor e os vasos sanguíneos no seu entorno e um caranguejo com as patas espalhadas na areia (MUJKERJEE, 2012).

O câncer ou neoplasia maligna, como também é conhecida a doença, pode ser definido como um conjunto de mais de 100 doenças que se desenvolve através do crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, e ao se desenvolverem rapidamente, ganham capacidade de serem muito agressivas e incontroláveis, originando a composição de tumores que podem espalhar-se para as mais diversas regiões do corpo (INCA, 2019).

De acordo com Mukherjee (2012), o câncer pode ser considerado como uma das doenças mais antigas já vistas num espécime humano – se não a mais antiga. Os primórdios dos registros de câncer é um papiro egípcio, datado do século 7 a.C. O documento foi traduzido na década de 1930, contém os ensinamentos do grande médico Imhotep, com relatos de enfermidades que assolavam a população, entre as quais, massas salientes no peito, que se espalhavam. Dentre as histórias, uma assustadora é a de Atossa, rainha da Pérsia, que em 500 a.C. enfaixava a mama doente para escondê-la, e um dia, não suportando mais o desconforto, pediu a um escravo que extirpasse seu seio com uma faca (MUKHERJEE, 2012).

Para Teixeira e Fonseca (2007), apesar do grande avanço no processo de conhecimento sobre a doença, durante muito tempo, as possibilidades de tratamento eficazes permaneciam inexistentes restando as pessoas acometidas pela enfermidade, a internação em asilos para desenganados, que em meio ao sofrimento, aguardavam o momento da morte, e assim a assistência a esses pacientes era uma das poucas ações desenvolvidas contra a doença. Deste modo, a história do câncer é demarcada por um processo contraditório, pois, na medida em que a medicina avançava nos conhecimentos e desenvolvimento de tecnologias modernas para o combate aos efeitos nefastos da doença, crescia também o medo das pessoas em relação à enfermidade. Ao longo dos séculos XIX e XX, houve muitos avanços no conhecimento sobre as causas da doença e no desenvolvimento de tecnologias para realizar o seu diagnóstico e tratamento. No quadro 1 é possível ver de forma cronológica, as principais descobertas na área da oncologia nesse período, de acordo com as informações citada por Mukherjee (

**Quadro 1-** Cronologia de descobertas importantes sobre o câncer no mundo.

ANO	AÇÕES
<b>Século XVIII</b>	-O patologista italiano Giovanni Battista Morgagni caracterizou o câncer como uma unidade específica localizada em uma parte do corpo; - O médico Joseph Claude Anthelme Recamier, observando um tumor secundário no cérebro de uma paciente, inicialmente atingida por um câncer no seio, deu início ao conceito de metástase para o câncer.
<b>1840</b>	- As primeiras cirurgias dos cânceres do reto e histerectomia, com utilização do éter e do clorofórmio, como anestésicos, possibilitaram a realização de cirurgias mais invasivas.
<b>1865</b>	-A doença ganhou um novo patamar, com advento da cirurgia, possibilitado tanto pelo início da utilização de anestésicos, quanto pelas técnicas de assepsia e antissepsia criadas pelo cirurgião Joseph Lister.
<b>1881-1890</b>	- Com o aumento dos conhecimentos de técnicas cirúrgicas e o crescente interesse dos médicos pela oncologia, começaram a surgir os primeiros casos de sucesso em procedimentos cirúrgicos, com a remoção de um tumor no estomago (1881) e a mastectomia (1990)
<b>1902</b>	- Com a descoberta do radio pelo Curie, os cirurgiões podiam emitir descargas de energia até mil vezes mais poderosas contra os tumores.
<b>1932</b>	- O cirurgião Will Meyer de Nova York, que iniciou os procedimentos de mastectomia radical, afirmou que a medicina do câncer tinha alcançado o fim da linha, e que era preciso tomar um novo rumo.
<b>1940-1943</b>	- Os farmacologistas americanos Alfred Gilman e Louis, demonstraram em cobaias animais que o gás mostarda causava a redução de alguns linfomas e posteriormente concluiriam que também proporcionava o desaparecimento de tumores; - Alfred Gilman e Louis juntamente Gustav Linskog desenvolveram e aplicaram a primeira droga para o tratamento do câncer a “mecloretamina”; - Começa a ênfase na prevenção nas causas do câncer. É criado o exame Papanicolau que detecta câncer do colo do útero.
<b>1953-1957</b>	- O inglês Francis Crick e o americano John Watson anunciaram a descoberta da estrutura do DNA, é o início da revolução da biologia molecular que vai influenciar o estudo do câncer. - As primeiras tentativas de tratar o câncer por quimioterapia, enquanto isso a radioterapia já estavam sendo usada; começam a surgir drogas mais avançadas como o interferon, usadas na quimioterapia e no tratamento do câncer.
<b>1964-1969</b>	- Identificado o vírus Epstein-barr, o primeiro associado a um tumor humano.
<b>1970-1972</b>	- Foi descoberto o primeiro oncogene viral, fator que dá início ao tumor pelo cientista alemão Peter Duesberg e pelo japonês Hidesaburo Hanafusa.
<b>1980</b>	- Novos paradigmas de tratamento atacam o câncer em sua forma inicial.
<b>1990</b>	- São feitos os primeiros testes para se ter uma terapia genética contra o câncer (1991) .
<b>1998-1999</b>	- Testes com a droga tamoxifeno que reduz os riscos de desenvolvimento do câncer de mama; - O Brasil cria o projeto Genoma câncer, como objetivo de mapear o material genético de certos tipos de tumores.
<b>2002-2004</b>	- A mamografia digital já detecta com mais precisão pequenas lesões nas mamas (inferiores a 1mm) o que facilitou no diagnóstico precoce do câncer.

Fonte: Autora (2020).

No contexto da ampliação de conhecimentos sobre a doença, mas de poucas possibilidades de tratamento, o câncer progressivamente passou a ser motivo de atenção dos Estados, das instituições de pesquisa e da comunidade médica em geral, cada vez mais confrontados com um mal que parecia tomar o lugar das grandes pragas do passado (TEIXEIRA; FONSECA; 2012).

Segundo Teixeira e Fonseca (2007), as primeiras décadas do século XX no Brasil, foram marcadas pelo aumento do interesse sobre o conhecimento do câncer entre a comunidade médica, e dentro de um contexto de modernização e ampliação das práticas medicinais, observou-se o desenvolvimento de ações mais sistemáticas para o combate à doença. A partir deste momento o interesse da classe médica sobre o problema do câncer se daria por meio dos contatos com os trabalhos científicos internacionais. O processo evolutivo de interesse da comunidade médica pelo câncer, permitiu a elaboração de estudos que demonstravam a ampliação da incidência de casos da doença no país.

Nesse interim, no início da década de 1920, houve mudanças na perspectiva da saúde pública brasileira que foram marcantes e que proporcionou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Este departamento promoveu a ampliação das ações de saúde baseadas em estatísticas demográficas sanitárias e a partir deste momento, as ações de saúde voltaram-se para novas doenças, considerando suas expressões epidemiológicas e as possibilidades de prevenção. Assim, o câncer ganhou características de doença passível de prevenção, passando a ganhar uma maior atenção dentro do contexto da saúde pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

## 2.1 CÂNCER: um problema de saúde pública

Em virtude de sua expressão epidemiológica e magnitude enquanto agravo de saúde, o problema do câncer passou a exigir cada vez mais esforços do poder público e da sociedade em geral, para a promoção de ações de prevenção e restauração da saúde da população. E sob esta perspectiva a doença passa a ser considerada como um problema de saúde pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Na tentativa de definir um conceito para o que seria um problema de saúde pública, Costa et al. (2006), refere que esta expressão pode ser compreendida pela combinação de saberes científicos, habilidades e crenças voltadas para a manutenção e reestabelecimento das

condições de saúde da população, por meio de ações sociais coletivas. Nesse sentido, o autor se refere a um problema de saúde que pode ser determinado pelo impacto dos seus agravos nos níveis individuais (mortes precoces) e coletivos (altas taxas de morbimortalidade, impactos sociais e econômicos para o sistema de saúde, entre outros).

Nesta perspectiva, o câncer é considerado como o principal problema de saúde pública no mundo, segundo a *International Agency Research on Cancer* (IARC). De acordo com a agência, a doença alcançou no ano de 2018, a marca de 18 milhões de casos novos (17 milhões, sem contar com os casos de câncer de pele não melanoma), e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma). O predomínio crescente da enfermidade pode ser explicado por múltiplos fatores, que vão desde o aumento da população ao seu envelhecimento e embora haja uma variação nos tipos de câncer mais frequentes, há forte relação às questões ligadas ao desenvolvimento social e econômico de cada região (IARC, 2019)

Dados de um estudo realizado pelo Observatório de Oncologia (2018) afirmaram que em 516 municípios brasileiros, a neoplasia maligna já é a principal causa de morte, demonstrando que os números do câncer no país também refletem as singularidades regionais. As tabelas 1 e 2 apresentam um resumo das taxas de incidência e mortalidade do câncer no mundo e no Brasil em 2018, de acordo com Globocan (2018).

**Tabela 1** – Sumário estatístico do câncer no mundo, 2018 (exceto câncer de pele não melanoma)

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>População</b>	3.850.719.284	3782.009.828
<b>Número de novos casos de câncer</b>	9.456.418	8.622.539
<b>Risco de desenvolver câncer antes dos 75 anos (%)</b>	22,40%	18,30%
<b>Número de mortes por câncer</b>	5.385.640	4.169.387
<b>Risco de morrer antes dos 75 anos (%)</b>	12,70%	8,70%
<b>Os 5 tipos de câncer mais frequentes (%)</b>	Pulmão	Mama
	Próstata	Cólon e reto
	Cólon e reto	Pulmão
	Estômago	Colo do útero
	Fígado	Tireóide

Fonte: Autora (2020).

Como é possível observar na tabela 1, à exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer que mais vem atingindo a população masculina e feminina, no mundo, apresentando altas taxas de incidência são, em homens, os cânceres de pulmão, próstata, colón

e reto, estômago e fígado. Nas mulheres, os tipos mais comuns são os cânceres de mama, cólon e reto, pulmão, colo do útero e tireoide.

Já, de acordo com os dados apresentados na tabela 2, vale destacar que, à exceção do câncer de pele não melanoma, os cânceres de próstata e mama foram os mais frequentes em homens e mulheres respectivamente, sendo o maior número de óbitos na população masculina (129.134 mortes).

**Tabela 2** – Sumário estatístico do câncer no Brasil, 2018 (exceto câncer de pele não melanoma)

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>População</b>	103.599.314	107.268.645
<b>Número de novos casos de câncer</b>	278.607	280.764
<b>Risco de desenvolver câncer antes dos 75 anos (%)</b>	47,70%	35,50%
<b>Número de mortes por câncer</b>	129.134	114.454
<b>Risco de morrer antes dos 75 anos (%)</b>	30,70%	19,70%
<b>Os 5 tipos de câncer mais frequentes (%)</b>	Próstata	Mama
	Cólon e reto	Cólon e reto
	Pulmão	Tireóide
	Estômago	Colo do útero
	Bexiga	Pulmão

Fonte: Autora (2020).

Diante disso, é possível observar que o aumento no número de casos da doença no país tem refletido o cenário mundial. A estimativa mais recente, apresentada pelo INCA, para o triênio 2020-2022, aponta a ocorrência de 625 mil casos novos da doença a cada ano. Desta forma, excetuando-se o número de casos de câncer de pele não melanoma (com cerca de 177 mil), a previsão gira em torno de 450 mil casos novos (INCA, 2019).

## 2.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

### 2.2.1 Incidência e fatores de risco

A próstata é uma glândula que apenas o homem possui. Estando localizada na parte baixa do abdômen é um órgão de pequeno porte, que tem a forma de uma maçã e está situada logo abaixo da bexiga e à frente do reto. Ela é responsável pela produção de parte do sêmen, líquido que é liberado durante o ato sexual (INCA, 2020).

O câncer de próstata é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente na população masculina, e por isso é bastante temido. A figura 1 apresenta um resumo das taxas de incidência dos principais tipos de câncer, por sexo, para o ano de 2020, no Brasil.

**Figura 1** – Distribuição proporcional dos 10 tipos de câncer mais incidentes no Brasil, estimados para 2020, por sexo (exceto o câncer de pele não melanoma)

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%	Homens	Mulheres	Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e reto	20.520	9,1%			Cólon e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.590	7,4%
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%
Cavidade oral	11.180	5,0%			Glândula tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema nervoso central	5.220	2,3%

Fonte: INCA (2020).

A partir dos dados apresentados na figura 1, é importante ressaltar que, à exceção do câncer de pele não melanoma, o tipo de câncer mais frequente no país, de acordo com o gênero, será, em homens, o câncer de próstata (29,2%), seguidos de colón e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%) e em mulheres, o câncer de mama (29,7%) será o mais incidente, seguido por colón e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%). O câncer de pele não melanoma contabilizará 27% de todos os casos de câncer em homens e 29% em mulheres (INCA, 2020).

No Brasil, entre os anos de 2020-2022 estima-se 65.840 casos novos da doença. Esse total representa um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2020). Para o Instituto Oncoguia (2015), o aumento das taxas de incidência pode ser justificado, em parte, pelo aprimoramento dos métodos de diagnósticos, pelo avanço na qualidade dos sistemas de informação do país, bem como, pelo aumento da expectativa de vida. As políticas e ações de controle do câncer de próstata no Brasil ganham maior expressão em meados dos anos 90, quando houve a disseminação das campanhas de sensibilização da população para o rastreamento da doença, por meio do exame de PSA e toque retal. A partir deste momento observou-se um aumento considerável nas taxas de incidência da doença (FILHO; DAMIÃO, 2010).

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata segundo o *American Cancer Society* (2019), o avanço da idade é considerado um dos fatores para o aumento de casos, principalmente em homens acima de 65 anos. Outros motivos seriam: a raça, visto que a doença se desenvolve com mais frequência em homens com descendência africana; determinante genético ou hereditário, que é preponderante para o surgimento desse tipo de neoplasia, pois ter um pai ou irmão que teve a doença, praticamente dobra as chances de um indivíduo desenvolvê-la também, ao longo de sua vida; obesidade, tabagismo, exposição a agentes cancerígenos, infecções sexualmente transmissíveis e vasectomia, também caracterizam-se como fatores que podem causar a doença maligna da próstata.

Existe um forte debate sobre os benefícios do rastreamento do câncer de próstata. Atualmente, o MS não recomenda programas nacionais de rastreamento para este tipo de câncer (HEIDENREICH et al., 2012). A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda a ida anual ao urologista, para homens acima de 50 anos de idade e para aqueles que possuem fatores de risco como, antecedente familiar de câncer de próstata, cor de pele negra ou obesidade mórbida, a recomendação se dá a partir dos 45 anos de idade. Para a SBU a detecção precoce (diagnosticar na fase inicial) e o rastreamento (chamar a população que ainda não tenham os sintomas para a realização e exames específicos) são estratégias essenciais no controle da doença (SBU, 2018).

Os principais objetivos da detecção precoce são a redução dos casos de mortalidade pela doença e o ganho de sobrevida, em anos, o que está associado à manutenção da qualidade de vida dos pacientes acometidos pelo câncer, além do fato de que poderia reduzir os altos custos decorrentes do tratamento da doença em estádios avançados ou da doença metastática (ONCOGUIA, 2019).

Entretanto, estudos têm mostrado que um grande obstáculo à detecção precoce deste tipo de câncer ainda é a insuficiência de informações e de conscientização da população masculina. A exemplo da pesquisa realizada pelo Instituto Oncoguia em 2015, a qual demonstrou que apenas 33% dos pacientes com câncer de próstata tinham começado a fazer acompanhamento com urologista aos 50 anos, enquanto 28% nunca tinham ido ao especialista antes de terem o diagnóstico confirmado (ONCOGUIA, 2015).

Um outro estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em parceria com a empresa *BAYER*, com 2.400 homens acima de 45 anos, em oito cidades do país, revelou que 49% dos entrevistados nunca tinham realizado exame de toque

retal, e dentre os motivos mais explicitados para não terem feito o exame aparecem a falta de solicitação do médico (26%), e o fato de o paciente não gostar do exame ou considerá-lo “pouco másculo” (24%), demonstrando que ainda há obstáculos relacionados ao preconceito e a pouca informação em relação ao exame clínico de toque retal (SBGG; BAYER, 2018).

### 2.2.2 Diagnóstico e tratamento

A neoplasia de próstata é considerada um tipo de câncer de bom prognóstico, se diagnosticado precocemente. O diagnóstico da doença pode ser realizado por meio de exame clínico com o toque retal juntamente a averiguação dos resultados do exame de sangue com a dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA). Outros exames também podem auxiliar na detecção, como a ultrassonografia pélvica, por exemplo. No entanto, para a obtenção do diagnóstico conclusivo é necessário a realização do exame de biópsia, procedimento realizado para análise de tecidos e órgãos (DORNAS et al., 2008).

O tratamento da neoplasia de próstata depende de fatores como: o estágio da doença, a idade, e o estado geral do indivíduo. O estadiamento é uma classificação dos tumores, criado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), como base para dimensão do tumor na avaliação da extensão dos linfonodos e na presença ou não da disseminação da doença para outros órgãos do corpo, podendo variar de I a IV graus crescentes, conforme a gravidade da doença. A condução do estadiamento é necessária para ajudar na indicação da conduta terapêutica mais adequada (INCA, 2019).

Conforme recomenda as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma da Próstata (DDTAP), o tratamento da doença pode variar em função do grau de risco avaliado para o tumor, considerando os critérios de agressividade na escala Gleason, estadiamento e níveis do Antígeno Prostático Específico (PSA). Assim, de acordo com as informações contidas na DDTAP, as principais modalidades terapêuticas utilizadas nos casos da neoplasia maligna da próstata são:

(...) **Observação vigilante:** Nessa modalidade o paciente permanece em acompanhamento com o urologista. O período de observação exige a realização de exames anuais como PSA e toque retal a cada seis meses e biópsia prostática anualmente, para que o médico possa avaliar uma possível evolução da doença no paciente. Essa abordagem poderá ser indicada quando a doença não está provocando sintomas e o tumor for pequeno e estiver localizado apenas dentro da próstata.

- **Cirurgia:** O principal tipo de cirurgia para o câncer da próstata é a prostatectomia radical, nesse procedimento é retirada toda a próstata e alguns dos tecidos a sua volta.
- **Hormonioterapia:** Essa modalidade terapêutica tem como objetivo principal a diminuição dos níveis de hormônio masculino no corpo, podendo ser associada a radioterapia.
- **Quimioterapia:** Essa modalidade de tratamento é administrada por meio intravenoso com medicamentos para destruir as células cancerígenas. Geralmente utilizada quando o câncer já se disseminou para outros órgãos (metástase).
- **Radioterapia:** O tratamento por radiação tem como objetivo a destruição ou inibição das células cancerígenas, podendo ser indicado como primeiro tratamento em alguns casos ou associado a hormonioterapia em algumas situações (BRASIL, 2016, s/n).

De acordo com o INCA (2020), para doença localizada (tumor situado apenas na próstata) geralmente utiliza-se as modalidades terapêuticas de cirurgia, radioterapia e observação vigilante (em situações específicas), quando a doença se espalhou para regiões próximas da próstata, pode ser oferecido o tratamento com radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal e para doença mais avançada, com metástases o tipo de tratamento mais utilizado é a terapia hormonal.

Há casos em que o câncer de próstata não precisa necessariamente começar a ser tratado de imediato, por ser uma doença muito heterogênea, existem casos em que o tumor irá demorar anos para crescer e que por isso será necessário apenas a vigilância ativa. Isto significa que estes pacientes não são tratados no início, e sim apenas observados e acompanhados pelo especialista, durante anos (BRASIL, 2016).

### 2.2.3 Mortalidade

De acordo com o INCA (2018), o câncer de próstata é a segunda principal causa de morte, por câncer, no sexo masculino, no Brasil, atrás apenas do câncer de pulmão. A doença levou a óbito 15.391 homens, apenas no ano de 2017, isto equivale a um risco de 15 óbitos para cada 100 mil homens.

**Tabela 3** - Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de próstata, homens, Brasil (2013 a 2018)

Ano	Total de óbitos	Total de Óbitos por câncer	%
2013	686668	13772	2,01
2014	693922	14161	2,04
2015	709117	14484	2,04
2016	736842	14926	2,03
2017	734469	15391	2,01
2018	733616	15576	2,12

Fonte: Autora (2020).

Conforme pode-se observar nos dados apresentados na tabela 3, o número de mortes causados pela doença é expressivo ao longo dos anos. Para o INCA (2017), a redução dos índices de mortalidade está atrelada a capacidade de os serviços de saúde realizar a detecção precoce para iniciar o tratamento em tempo oportuno.

A literatura médica afirma que para os vários tipos de câncer, quando o tumor se encontra em graus de estadiamento mais avançados (estágios III e IV) a probabilidade de sobrevida pode cair bastante. A taxa de sobrevida em 5 anos refere-se a porcentagem de pacientes que vivem 5 anos após a confirmação da doença. Essa taxa não prevê o tempo de vida de cada pessoa, contudo, permite o entendimento quanto a probabilidade de sucesso do tratamento conforme cada caso (ONCOGUIA, 2014).

Segundo dados reportados pela *American Cancer Society* (2020), a taxa de sobrevida, em 05 anos, para pacientes com câncer de próstata é de quase 100% para os pacientes diagnosticados e tratados com tumores em estágios mais iniciais, entretanto, essa taxa cai para 30% nos casos em que a doença se apresenta em estágios mais avançados no momento do diagnóstico e tratamento.

### **3 POLÍTICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL**

#### **3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DE ALTA COMPLEXIDADE NO BRASIL**

Após a criação do SUS, a expansão da atenção oncológica no Brasil ocorreu de forma incremental, através da definição de políticas e programas que possibilitaram a implantação e ampliação de uma rede de assistência oncológica, na perspectiva de oferecer atendimento em todos os níveis de complexidade do SUS. Neste sentido, Migowski et al. (2018) afirma que o processo de expansão da assistência oncológica no âmbito do SUS proporcionou avanços importantes para a garantia dos princípios da universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

Desta forma, nos primeiros anos de implantação do SUS as disposições normativas, voltadas a atenção oncológica, não garantiam o princípio da integralidade, pois se apresentavam de forma fragmentada em distintos programas nacionais, abrangendo as ações de detecção precoce e prevenção enquanto o acesso aos tratamentos do câncer era centralizado nos serviços hospitalares especializados (MIGOWSKI et al., 2018).

Assim, em fins da década de 90 a atenção à saúde voltada para a doença oncológica começa a ser regulamentada por meio das portarias GM/MS nº 3.535 e nº 3.536, ambas apresentavam os parâmetros para a estruturação do acesso a assistência oncológica no país (MIGOWSKI et al., 2018).

Em 2005, por meio da portaria GM/MS nº 2.439/2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), cujo principal objetivo é a garantia da integralidade da assistência oncológica nos diversos níveis de complexidade do SUS.

Com o objetivo de atualizar as diretrizes e os princípios da PNAO, o Ministério da Saúde lançou a portaria GM/MS nº 874/2013 que instituiu a Política Nacional de Controle e Prevenção do Câncer (PNPCC). Esta política tem como principais objetivos a redução dos índices de morbimortalidade causados pelo câncer, por meio da articulação dos distintos níveis de atenção à saúde, envolvendo as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A nova política de atenção oncológica trouxe uma reafirmação das orientações a respeito dos papéis dos entes federados, quanto a organização das estratégias de controle do

câncer. O MS introduziu a assistência oncológica na Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, trazendo a oncologia para dentro de uma rede temática, pois antes os Serviços de saúde que prestavam atendimento aos pacientes com câncer, só poderiam ser habilitados isoladamente e a partir deste momento estes Serviços passaram a ter responsabilidades dentro de um determinado território, atuando de forma articulada e ordenada com os demais componentes da rede (PERES, 2015).

Neste mesmo ano, entra em vigor no Brasil a lei nº 12.732/2012, mais conhecida como “Lei dos 60 dias”, esta lei determina o direito do paciente com neoplasia maligna de realizar o tratamento em até 60 dias, após a confirmação da doença por meio do laudo histopatológico (BRASIL, 2012).

Outro avanço no âmbito da atenção oncológica no país, se deu no ano seguinte com a instituição da Portaria GM/MS nº 140/2014. Esta Portaria organiza e define as responsabilidades dos serviços que compõe a rede de atenção de alta complexidade em oncologia e os classifica como Centros de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta complexidade em Oncologia (UNACON). Tais serviços são responsáveis por oferecer os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica, para as pessoas acometidas pelo câncer (BRASIL, 2014). A referida portaria define as questões relativas à estrutura, aptidões e qualidades destes Serviços, conforme descrição apresentada no quadro 1.

**Quadro 1** – Tipo de habilitação, definição e aptidão conforme as competências dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência em oncologia.

<b>TIPO DE HABILITAÇÃO</b>	<b>DEFINIÇÃO E APTIDÃO</b>
<p><b>Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)</b></p>	<p>Serviço de saúde que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes do Brasil. Podem prestar atendimento no serviço de cirurgia oncológica; oncologia clínica; radioterapia; hematologia e oncologia pediátrica. Deverá obrigatoriamente prestar serviço de cirurgia oncológica e oncologia clínica. Deve atender no mínimo as especialidades de cancerologia cirúrgica, cirurgia geral/coloproctologia, ginecologia/mastologia e urologia, deve permanecer sob regulação do respectivo gestor do SUS, além de estar articulado e integrado à rede de saúde local e regional, disponibilizando consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)</b></p>	<p>Serviço de saúde que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados e capacitados à prestação de assistência especializada de alta complexidade, para diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Esses centros devem prestar obrigatoriamente, assistência nos seguintes serviços: cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e hematologia. Podendo contar ainda com serviço de oncologia pediátrica, deverá permanecer sob regulação do respectivo gestor do SUS. Devem estar articulados e integrados à rede de saúde local e regional e disponibilizar de forma complementar e por decisão do respectivo gestor consultas e exames de média complexidade para o diagnóstico diferencial do câncer.</p>
---	---

Fonte: Autora (2020)

### 3.2 POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL

O controle do câncer de próstata no Brasil ganhou expressão na agenda das políticas públicas de saúde a partir do reconhecimento da doença como um grave e crescente problema de saúde, dada a sua magnitude no quadro de morbimortalidade na população masculina (GOMES et al., 2008).

Diante desse reconhecimento, em setembro de 2001, foi sancionada a lei nº 10.289 que instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (PNCCP). O programa tem como principais diretrizes a instituição de campanhas de conscientização e mobilização sobre o câncer de próstata; o estabelecimento de parcerias das secretarias de saúde estaduais e municipais para o desenvolvimento de atividades de prevenção da doença; o estabelecimento de parcerias com universidades e organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de debates sobre a doença e as formas de prevenção (BRASIL, 2001).

Em 2014, a lei nº 13.045 conferiu alterações na lei nº 10.289, incluindo como ações e estratégias do PNCCP, a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para os avanços no campo da detecção precoce, instituindo também que é obrigação das unidades de saúde que compõem o SUS, a realização de exames de detecção precoce do câncer de próstata (BRASIL, 2014).

Caminhando na direção da implementação do PNCCP, o MS realizou em junho de 2002, no Rio de Janeiro, a oficina de trabalho para definir documento de consenso sobre o PNCCP. A oficina contou com a participação de integrantes da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBR), da Escola Nacional de Saúde

Pública/FIOCRUZ, INCA e vários profissionais da área da saúde. A oficina teve como principal objetivo promover o consenso entre os especialistas, nas diversas áreas relacionadas ao câncer de próstata, sobre as formas de prevenção, diagnóstico e tratamento deste tipo de neoplasia (INCA, 2002).

O documento de consenso, instituído a partir da referida oficina, estabeleceu as diretrizes técnicas para o controle do câncer de próstata no Brasil, recomendando a criação de ações, de caráter educativo voltadas à população masculina, sensibilizando sobre os sintomas iniciais da doença, estimulando, dessa forma, a busca por um serviço de saúde tão logo os sintomas sejam notados. Quanto aos profissionais de saúde, o documento afirma a necessidade de capacitar esses profissionais, no tocante aos sinais de alerta para suspeição do câncer de próstata e procedimentos de encaminhamento, no intuito de garantir o diagnóstico precoce dos possíveis casos da doença (INCA, 2002).

Nesse sentido, o INCA (2014), reforça que para que haja o controle do câncer de próstata, faz-se necessário a implementação de estratégias e ações que possam garantir a capacitação dos profissionais de saúde, a fim de que estes conheçam os sintomas de alerta da doença, bem como, a organização da assistência para que a população masculina possa ter acesso à atenção primária e conseqüentemente possam ser encaminhados para a obtenção dos exames de investigação da doença, o mais breve possível. Para tanto é imprescindível que haja o esclarecimento à população, quanto aos sinais de alerta da doença e sobre a importância de procurar um serviço de saúde na presença de algum deles, além de garantir a agilidade na confirmação diagnóstica e no tratamento dos casos, a partir da chegada dos casos suspeitos nos Serviços de alta complexidade do SUS.

### 3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

A Constituição Federal de 1988, determinou, no Art. 196, Seção II, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e para isso, definiu a criação do SUS, a ser viabilizado por meio de uma complexa rede de ações e serviços, com caráter regionalizado e hierarquizado. A lei nº 8.880 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, define dentre outros, a integralidade da assistência como um dos princípios e diretrizes norteadores do sistema (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Com base nesse princípio, o MS instituiu a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). Sendo assim, as RAS constituem-se em arranjos organizacionais das ações e serviços de saúde que, interligadas por meios de aparatos técnicos, logísticos e de gestão, operam com a finalidade de ofertar à população procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, na perspectiva da integralidade do cuidado. Assim, as RAS têm como principal objetivo, promover de forma sistematizada, ações e serviços de saúde que garantam a atenção em caráter continuado, integral e de qualidade (CIT, 2010).

Com o objetivo de organizar ações e serviços de saúde, direcionados para o cuidado integral à população acometida pelo câncer, no âmbito SUS, o MS por meio da PNPCC, incluiu a doença na RAS às pessoas com doenças crônicas. Assim, no que diz respeito a organização dos serviços de saúde, voltados para a atenção oncológica, a Portaria GM/SM nº 874/2013, define as competências dos componentes da assistência oncológica, nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), conforme suas estruturas e responsabilidades (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o Ministério da saúde estabelece que, cabe à atenção primária a realização de ações de promoção e prevenção de possíveis fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, bem como encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita da doença para a confirmação do diagnóstico. Este nível de atenção compreende as Unidades Básicas de Saúde (USB) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). À atenção secundária (média complexidade), compreende a oferta dos serviços especializados ambulatoriais e de apoio diagnóstico (laboratórios e serviços de imagem) para que seja garantida a realização dos atendimentos especializados (consulta com urologista). De modo que seja assegurado o encaminhamento dos pacientes, com suspeita e ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e CACON (BRASIL, 2013).

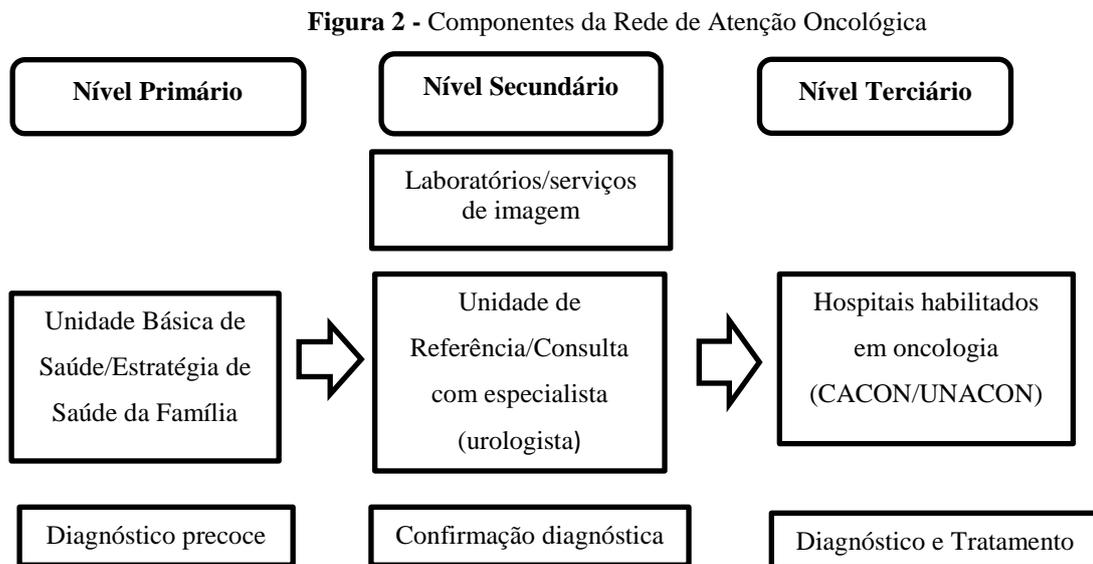
Quanto aos serviços componentes da atenção terciária (alta complexidade), cabe, dentre outras atribuições, realizar o diagnóstico definitivo do câncer de próstata e os tratamentos especializados, que requerem procedimentos de alta complexidade e densidade tecnológica. Este nível de atenção abrange os serviços de referência oncológica, que são os hospitais habilitados como CACON e UNACON, e os hospitais gerais com cirurgia oncológica (BRASIL, 2013).

Ainda de acordo com a Portaria GM/SM nº 874/2013 deve-se haver entre os componentes da atenção à saúde, através da definição de fluxos de atendimento, no intuito de

se ter um controle sobre o acesso, garantindo o princípio da equidade e proporcionando a otimização dos recursos disponíveis, conforme a complexidade e a densidade tecnológica necessárias para garantia da assistência integral aos pacientes com câncer (BRASIL, 2013).

Para Mendes (2010), as RAS podem ser organizadas de diferentes formas, combinando a concentração de serviços e a dispersão de outros. Assim, os serviços que apresentam menor densidade tecnológica, como os componentes da atenção primária, por exemplo, devem ser dispersos, já os serviços que abrangem maior densidade tecnológica, como os hospitais, tendem a ser mais concentrados. Desta forma, os arranjos organizacionais das RAS compreendem que os componentes da atenção à saúde são igualmente importantes, pois promovem um contínuo da atenção nos níveis primário, secundário e terciário, implicando numa atenção integral por meio de intervenções de promoção, prevenção, reabilitação e palição.

A figura 2 apresenta os componentes da Rede de Atenção Oncológica, conforme aptidão e nível de atenção.



Fonte: Autora (2020).

Conforme demonstrado na figura 2, vale destacar que os serviços que compõem a atenção primária devem ser a porta de entrada dos pacientes, e este nível de atenção deve assegurar as ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer de próstata, a partir deste momento, quando houver suspeita da doença, as UBS devem encaminhar os pacientes para um serviço de referência especializado, e ao ser confirmada a doença, o paciente deve ser encaminhado para uma UNACON ou CACON.

Mendes (2011) ressalta que os componentes da atenção secundária e terciária são pontos fundamentais na conformação das RAS, onde são oferecidos determinados serviços especializados. Estes serviços são particularmente diferenciados por suas respectivas densidades tecnológicas, e por esse motivo, são distribuídos de maneira mais concentrada espacialmente.

Na estruturação da rede de serviços de atenção oncológica, os CACON e UNACON são importantes estruturas na composição dos Serviços de referência de alta complexidade em oncologia, no âmbito do SUS, onde são ofertados os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica (BRASIL, 2014).

Desta forma, na perspectiva de configuração da Rede de Atenção Oncológica, o INCA (2017) ressalta que mais do que a disponibilidade de serviços para ofertar o diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata é fundamental que a rede esteja organizada de maneira que possa concretizar o atendimento das demandas em tempo hábil.

### 3.3 O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER NA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E A IMPLEMENTAÇÃO DA “LEI DOS 60 DIAS”

Apesar dos avanços na criação e implementação de políticas e programas para o controle do câncer no Brasil, vários estudos, realizados em caráter nacional, tem demonstrado que, no âmbito do sistema público de saúde, a ineficiência das ações e as deficiências apresentadas nas estruturas dos serviços que compõe a rede de assistência oncológica, impõem muitas barreiras para que o paciente com câncer tenha acesso ao diagnóstico e tratamento da doença de forma equânime, integral e em tempo oportuno (BRASIL, 2011; BRASIL, 2019; INTERFARMA, 2019).

Diante deste contexto é válido ressaltar que a trajetória de implementação das políticas públicas de controle do câncer no Brasil, foram marcadas pela inexistência de recursos e formas de financiamento adequados à área da saúde, além da diversidade nos níveis de organização do SUS, nas distintas regiões do país e das precárias condições de vida de grande parte da população brasileira (TEIXEIRA et al., 2012). Neste sentido, Funcia (2019) ressalta que o subfinanciamento das políticas de saúde no Brasil, enquanto um processo caracterizado pela aplicação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros, dificulta, quando não impossibilita, a realização das ações de saúde de forma integral e equitativa. Em conformidade com o referido autor, Ocké-Reis (2018), destaca que o subfinanciamento do

SUS promove a redução de recursos financeiros que poderiam ser alocados para ampliar programas de caráter preventivos e melhorar a qualidade dos serviços especializados, fundamentais para o fortalecimento do SUS.

Assim, considerando o impacto epidemiológico do câncer e a necessidade de conhecer os limites impostos a efetivação da política de atenção oncológica, o Tribunal de Contas da União (TCU), realizou em 2010, uma auditoria para avaliar a implementação da PNAO, em várias regiões do país. Assim, a auditoria teve o objetivo de averiguar se a estrutura da rede de atenção oncológica estava possibilitando, aos pacientes, o acesso tempestivo e equitativo, ao diagnóstico e tratamento do câncer. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que as deficiências encontradas na Rede de Atenção em Oncologia não estava suficientemente estruturada a ponto de garantir o acesso dos pacientes, ao diagnóstico e tratamento do câncer, em tempo oportuno, sendo assim, os achados constataram ainda, que havia um déficit na prestação dos serviços de radioterapia e quimioterapia, além da insuficiência de serviços especializados para a realização de procedimentos de exames de diagnóstico, como Biópsias, Tomografias computadorizadas e Ressonância Magnética (BRASIL, 2011).

Diante dessa situação, o Congresso Nacional sancionou a lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Mais conhecida como “Lei dos 60 dias”, este dispositivo legal constitui-se como um importante instrumento para aumentar as chances de cura e sobrevida de pacientes acometidos pelo câncer, ao determinar no art. 2º que o paciente com câncer tem direito a realizar o primeiro tratamento no prazo de até 60 dias, contados a partir do resultado da biópsia (BRASIL, 2012). Apesar do avanço significativo, até bem pouco tempo a referida lei não levava em consideração o tempo que o paciente gastava para ter acesso ao diagnóstico, cuja demora também tem um impacto relevante na escolha do tratamento e prognóstico dos pacientes, desta forma, em 30 de outubro de 2019, a lei nº 12.732/2012 foi alterada pela lei nº 13.896/2019. Nas alterações constam algumas diretrizes relacionadas aos prazos para a definição do diagnóstico do câncer, estabelecendo que, nos casos em que a doença for a principal hipótese diagnóstica, todos os exames necessários para a conclusão do diagnóstico devem ser realizados em até 30 dias, mediante solicitação fundamentada do médico assistente (BRASIL, 2019).

O INCA ressalta que apesar de ser uma prática presente em vários países, a estratégia de definir tempos máximos de espera, a complexidade da atenção oncológica faz com que esses prazos sejam bastante diversos, considerando também, que é a partir dessas definições

que se pode estabelecer etapas e prioridades para implantação e estruturação de serviços de atenção especializada, sempre com base nas especificações do contexto local (INCA, 2018).

Em alguns países há metas definidas para reduzir essas dificuldades. No Reino Unido, por exemplo, a meta para o ano de 2020 é que o paciente receba o diagnóstico definitivo em até 28 dias, após a primeira suspeita do câncer (NHS, 2016). Desta forma, considerando que o tempo é um fator determinante para se obter a efetividade do tratamento oncológico, o TCU realizou, em 2018, uma nova auditoria para avaliar a implementação da PNPC, em todas as regiões do Brasil, no que se refere ao acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento do câncer (CEPAS, 2017).

O relatório da referida auditoria demonstrou que houve tempo demasiado de espera, em todos os procedimentos realizados na etapa do diagnóstico, como a demora excessiva entre o pedido e a realização dos exames necessários para o diagnóstico e a insuficiência de médicos especialistas nos serviços que compõe a rede de assistência especializada em oncologia, o que implica na demora para a realização da primeira consulta com o médico especialista, a partir da consulta com o médico generalista que verificou os primeiros sintomas do paciente, conforme pode ser observado no quadro 2.

**Quadro 2** - Tempos médios de espera para a realização das diversas etapas necessárias ao diagnóstico de câncer, a partir dos registros dos sistemas de informação e percepção dos pacientes e Associações

Tempo entre o atendimento do médico generalista e a primeira consulta com o especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SISREG (outubro/2018): 33 dias</li> <li>• Pacientes: 37 dias*</li> <li>• Associações de apoio: 52 dias</li> </ul>
Tempo entre o pedido e a realização dos exames de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SISREG (outubro/2018): 50 dias</li> <li>• Pacientes: 23* dias</li> <li>• Associações de apoio: 52 dias</li> </ul>
Tempo para liberação de exames necessários para o diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes: 20 dias*</li> <li>• Associações de apoio: 50 dias</li> </ul>
Demora para a confirmação do diagnóstico com médico especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise de prontuários: 36 dias</li> </ul>
*Como parte dos pacientes realizou exames fora da rede pública, devido à demora no SUS, o tempo médio adotado é menor do que o obtido por outras fontes.	

Fonte: Autora (2020).

Em 2020, o INCA publicou um relatório com dados referentes ao intervalo de tempo gasto entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer no SUS, relativos aos anos de 2013 a 2019, os dados foram referenciados a partir do Painel - oncologia (2020), que é a mais nova ferramenta de gestão, disponibilizada aos gestores do SUS, para facilitar a identificação dos

possíveis entraves que estejam postergando o início do tratamento e comprometendo o prognóstico da doença (ATTY et al., 2020). Dentre os dados divulgados, o relatório aponta que para os cânceres de maior incidência no país, o intervalo de tempo gasto entre o diagnóstico e o início do tratamento, foi superior a 60 dias, a exemplo do câncer de próstata, como pode ser observado na tabela 4.

**Tabela 4** – Distribuição dos casos de câncer de próstata, segundo o ano do diagnóstico e tempo até o primeiro tratamento, Brasil (2013 a 2019)

<b>Câncer de próstata, segundo ano de diagnóstico e tempo até o primeiro tratamento</b>					
Ano	0 a 30 dias	31 a 60 dias	mais de 60 dias	Sem informação de tratamento	Total
<b>2013</b>	3760 (16,6%)	3053 (13,4%)	15891 (70%)	0,0 (0%)	22704 (100%)
<b>2014</b>	3611 (15,3%)	3168 (13,5%)	16773 (72,2%)	0,0 (0%)	23552 (100%)
<b>2015</b>	3992 (15,0%)	3262 (14%)	16505 (71%)	0,0 (0%)	23262 (100%)
<b>2016</b>	3432 (15,6%)	3145 (14,3%)	15473 (70,2%)	0,0 (0%)	22050 (100%)
<b>2017</b>	3625 (16,9%)	3099 (14,4%)	14762 (68,7%)	0,0 (0%)	21486 (100%)
<b>2018</b>	7905 (25,4%)	3346 (10,8)	15155 (48,7%)	4685 (15,1)	31091 (100%)
<b>2019</b>	7938 (30,1%)	2508 (9,5)	6017 (22,8%)	9940 (37,6%)	26403 (100%)

Fonte: Autora (2020).

De acordo com os dados apresentados na tabela 4, entre os anos de 2013 e 2017, há um alto percentual de pacientes que tiveram acesso ao tratamento em mais de 60 dias. Entre os anos de 2018 e 2019, observa-se uma queda neste percentual, que se explica pelo fato de que nos registros de boa parte dos pacientes não continha as referidas informações. Como as informações foram extraídas dos bancos de dados do RHC, em todos os estados do país, o relatório do Painel-oncologia explicou que nem todos os bancos de dados estavam completos até a publicação do relatório.

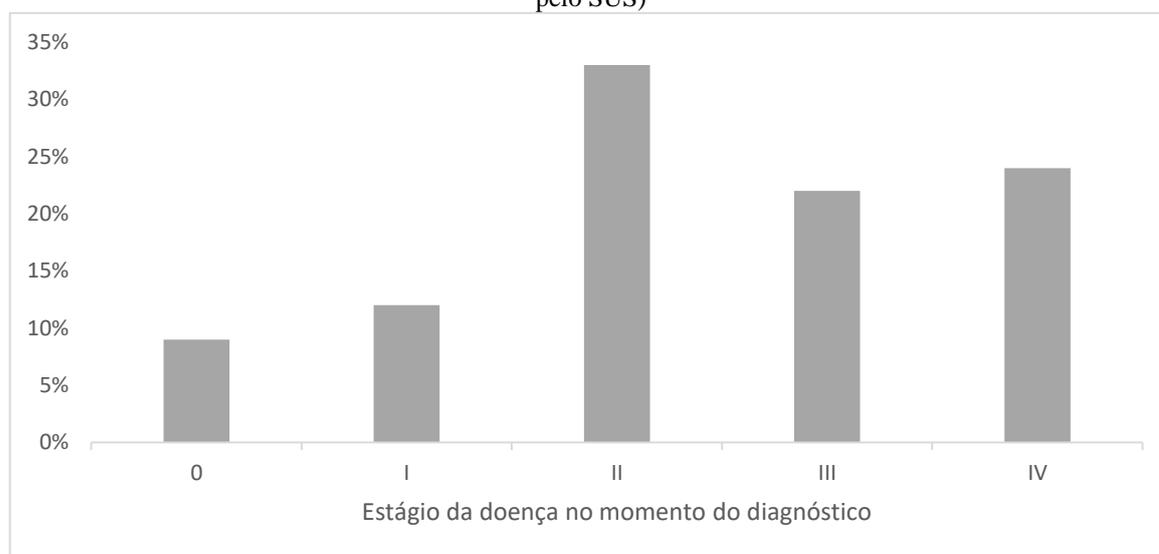
Longos tempos de espera, entre diagnóstico e tratamento, podem afetar tanto as chances de cura quanto a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com a doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos tipos de câncer apresentam chances de cura quando detectados de forma precoce e tratados de maneira correta (OPAS, 2018).

Em entrevista à Revista Radis, em 2018, Lilian Arruda Barros, coordenadora adjunta do departamento de oncologia e investigadora do Centro de Pesquisa Clínica do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), à época, ressaltou que a chance de cura do câncer está diretamente relacionada ao diagnóstico precoce, afirmando que a cura para a doença é condicionada pelo estágio em que ela é diagnosticada (Rede câncer, 2018). Segundo Médice

(2018,) nos estágios III e IV os custos do tratamento costumam ser entre 60% e 80% maiores que nos estágios I e II, sem contar que as possibilidades de cura são muito menores quando a doença é descoberta em estágios mais avançados.

Uma pesquisa realizada pelo TCU (2018), também revelou que um alto percentual de pacientes, foram diagnosticados com a doença em estágios mais avançados (III e IV), conforme é possível observar no gráfico 1.

**Gráfico 1** – Grau de estadiamento dos pacientes com câncer de próstata, no Brasil, em 2017 (pacientes atendidos pelo SUS)



Fonte: Autora (2020)

As informações apresentadas no gráfico 1, demonstram que 9% dos casos estavam em estágio inicial da doença, 12% encontravam-se no primeiro estágio, 33% em estágio II, 27% em estágio III e 24% apresentavam a doença em estágio IV.

Uma pesquisa realizada pelo Observatório Oncologia (2016), com dados de pacientes de planos de saúde privado, revelaram que entre os anos de 2008 e 2010 o tratamento da neoplasia maligna em estágios avançados, seria quase oito vezes mais caro do que se esses pacientes tivessem sido tratados em estágios iniciais da doença. O estudo afirmou ainda, que no SUS, o custo médio com medicamentos é o que causa maior impacto dos gastos na área e o tratamento do câncer em estágios mais avançados demandam mais medicamentos e procedimentos.

Recentemente publicado, INTERFARMA (2019), estudou sobre a jornada dos pacientes com câncer no Brasil e revelou as dificuldades enfrentadas pelos pacientes para o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, se encontram na etapa anterior ao

tratamento, ou seja, antes de o paciente chegar aos centros de referência especializados. A pesquisa constatou também, que há insuficiência de equipamentos para realização de exames fundamentais para o diagnóstico do câncer, o que impacta diretamente no tempo para o diagnóstico, pois o paciente com câncer concorre na fila dos exames com outros indivíduos que também demandam dos mesmos procedimentos. Os resultados do estudo indicaram ainda, insuficiência de profissionais especializados para a realização dos atendimentos clínicos e procedimentos em oncologia.

É válido destacar que, sem a realização de exames importantes para o diagnóstico definitivo do câncer, a exemplo da biópsia, torna ainda mais difícil o acesso dos pacientes aos centros de referência, uma vez que, sem o diagnóstico definitivo da doença o paciente não consegue ser encaminhado ao oncologista (INTERFARMA, 2019).

No que tange às dificuldades referentes a insuficiência de profissionais de saúde especializados na área de oncologia, um estudo sobre a demografia médica no Brasil, realizado em 2018, afirmou que há uma intensa desigualdade na distribuição dos oncologistas clínicos no país, as regiões Sul e Sudeste concentram a grande maioria desses profissionais, enquanto as regiões Norte e Nordeste permanecem com uma grande defasagem (SCHEFFER et al., 2018).

Para a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (2018), embora a maior parte da população brasileira esteja fixada no eixo Sul/Sudeste do país, o número de profissionais oncologistas nas áreas Norte, Nordeste e Centro-oeste, está muito aquém do necessário para atender às demandas da população. A falta de oncologistas implica a necessidade de deslocamento dos pacientes, por vezes, de grandes distâncias para que consigam receber o tratamento e acompanhamento adequados (INTERFARMA, 2020).

Para Huang et al. (2009), a proximidade do serviço de saúde interfere diretamente no acesso ao diagnóstico precoce da doença, por isso, o percurso realizado pelo paciente deve ser levado em consideração, já que esses pacientes necessitam por repetidas vezes comparecer aos serviços de saúde para a realização de consultas e procedimentos ambulatoriais e internação. Desta forma, a localização dos serviços e da população usuária, os meios de transporte utilizados, o tempo e os custos para o deslocamento são importantes fatores que devem ser considerados na avaliação do acesso aos serviços de saúde.

O atraso no diagnóstico e tratamento do câncer também pode acarretar algumas consequências para a gestão pública, como o aumento dos gastos, devido à exigência de procedimentos de alto custo, complexos e prolongados, para pacientes que poderiam ter tido o

diagnóstico em fases iniciais da doença, sem falar a elevação dos custos com os benefícios da previdência social, decorrentes do longo tempo de afastamento desses pacientes do trabalho (BRASIL, 2019).

Um estudo publicado em 2018 demonstrou que os investimentos do governo federal, em ações de controle e tratamento do câncer dobraram em uma década, ao passar de R\$ 1,9 bilhões, em 2008, para R\$ 3,8 bilhões em 2018. O estudo revelou também que, em termos comparativos, relacionados ao mesmo período, os gastos com ações para o controle da doença cresceram em 34% e com tratamento 50%. Assim, a partir da apresentação desses dados, a pesquisa demonstrou que no Brasil, a cada R\$ 1,00 real investido no tratamento do câncer, somente R\$ 0,05 centavos foram destinados aos aspectos voltados à prevenção e controle da doença (CEPAS, 2018).

Desta forma, diante dos obstáculos vivenciados cotidianamente pela população acometida pelo câncer, o MS (2019) ressalta, que o diagnóstico e o tratamento do câncer devem ser realizados o mais breve possível, para que não haja tantas dificuldades até o início do tratamento, pois, quanto maior o atraso, mais avançado será o estágio da doença e maiores se tornam os impactos sociais e econômicos causados por ela.

## 4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

### 4.1 O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A FASE DA AVALIAÇÃO

Antes de iniciar uma reflexão sobre a fase da avaliação no ciclo de formação das políticas públicas, faz-se mister definir em que consiste a política pública. E para isso, será adotado o conceito elaborado por Celina Souza. A referida autora considera a política pública enquanto ações do governo que, ao serem implementadas, são submetidas sistematicamente a processos de acompanhamento e avaliação (SOUZA, 2006).

Para a referida autora, a política pública, enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica, tem sua origem nos EUA, quebrando a tradição europeia de vanguarda nos estudos e pesquisas nessa área, que estavam mais concentradas na análise sobre o Estado e suas instituições, do que nas ações governamentais. Assim, na Europa, o campo do conhecimento denominado de política pública, tem como base as fundamentações explicativas sobre o papel desempenhado pelo Estado e pelos governos, enquanto produtores de políticas públicas (SOUZA, 2006).

A preocupação com a explicação do processo político e sua representação em diferentes fases, neste processo, surgiu concomitantemente ao desenvolvimento do próprio campo de análise da política, entre os séculos XIX e XX, num contexto de busca de racionalização do Estado e da política pública. Neste contexto, o modelo de ciência estava balizado na identificação e estudo das leis da natureza, referenciado pela pesquisa nas áreas da biologia, química e física. A partir desta base inicia-se a discussão em torno dos métodos para o estudo das políticas sociais, com o intuito de apresentar leis que, também nesta área, pudessem definir comportamentos sociais, apontar problemas e políticas (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Estudiosos da área da ciência política reconhecem que um dos primeiros autores que subsidiou a afirmação teórica deste campo de análise, com o enfoque nas etapas, foi Harold Lasswell, um cientista social que nos anos de 1930/1940 apresentou uma abordagem que propunha a unificação de várias áreas do conhecimento, como sociologia, psicologia, ciência política e outras, para o estudo dos problemas políticos e a política (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Muitos estudos sobre o processo de formulação e análise das políticas públicas apresentam recorrentemente, a ideia de ciclo de etapas subsequentes, e este ciclo pode constar de mais ou menos estágios. Para Jannuzzi (2011), essa divisão em etapas tem como objetivos dar evidências, ao longo do processo, destaques diferenciados no planejamento, na operacionalização ou na avaliação dos programas. Para Saraiva e Ferrarezi (2006), a necessidade dessa distinção refere-se ao fato de que “cada uma das etapas mencionadas é campo para tipos diferentes de negociação” (p. 32).

Na perspectiva do ciclo, Saraiva e Ferrarezi (2006) distinguem as etapas do processo de formulação das políticas públicas, a em sete momentos conforme as seguintes definições:

(...) **1) A Formação da agenda** que consiste na inclusão de um determinado problema na lista de prioridades, do poder público; **2) O segundo momento é a elaboração**, que diz respeito a identificação e delimitação de um problema atual ou potencial na comunidade; **3) A formulação** inclui a seleção e especificação da alternativa considerada mais conveniente, seguida de declaração que explicita a decisão adotada; **4) A implementação** é constituída pelo planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para executar uma política. Trata-se de preparação para pôr em prática a política; **5) A execução** é o conjunto de ações destinado a atingir os objetivos estabelecidos pela política. É pôr em prática efetiva a política, é a sua realização; **6) O acompanhamento** é o processo sistemático de supervisão da execução de uma atividade (e de seus diversos componentes); **7) A avaliação** consiste na mensuração e análise da *posteriori* dos efeitos produzidos na sociedade pelas políticas públicas, especialmente no que diz respeito às realizações obtidas e as consequências previstas e não previstas (p. 33-34).

Nesta dissertação o enfoque será dado ao último estágio do ciclo das políticas públicas: a avaliação. Neste sentido, é mister trazer uma reflexão mais aprofundada sobre a evolução do processo de conhecimento nesta área da política pública.

## 4.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE

A história moderna da avaliação enquanto ações sistemáticas de intervenção social, inicia-se a partir do século XVIII, na Grã-Bretanha e na França, por meio das novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de base ao pensamento científico moderno, ocasionando a multiplicação e o refinamento da metodologia na pesquisa social, bem como a ocorrência de transformações sociais, políticas econômicas e culturais. Assim, a prática da avaliação se afirmou como um processo de intervenção política do Estado, tendo-se expandido nos últimos tempos, passando por diversas transformações, através da influência

das distintas áreas do saber como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica, a epidemiologia e o direito (CRUZ, 2015).

No Brasil, em fins da década de 80, uma série de fatores contribuíram para um novo direcionamento do papel do estado frente as respostas dadas aos problemas sociais e econômicos. Essa nova conjuntura foi marcada pela crise fiscal impulsionou o recuo dos gastos governamentais, o surgimento de novos atores sociais nos cenários político, econômico e social, aumentou a pressão por maior eficiência nos gastos públicos e o longo processo de crise econômica acirrou a desigualdade social. Nesse contexto, ocorre um expressivo interesse pelo uso da avaliação, por parte dos governos, em busca de redefinição e alinhamento de suas ações, sob critérios que garantissem a eficiência e eficácia no desempenho da gestão pública (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Durante muito tempo, a preocupação dos setores da administração pública esteve voltada muito mais para os processos de formulação de programas do que para sua implementação e avaliação. Assim, a prática da avaliação dos Serviços e programas de saúde surge da necessidade imediata de contingenciamento de gastos e implantação de instrumentos de monitoramento, visando o controle dos custos, reflexo de um contexto de crise do crescimento e desenvolvimento econômico (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997).

Para Dubois et al. (2011), ao longo do tempo, os métodos avaliativos, aplicados aos programas e serviços de saúde, passaram por um processo de evolução, de modo que esse aprimoramento trouxe importante contribuição para a tomada de decisão pelos gestores para implementação de novas propostas. Cohen e Franco (2004), complementam o pensamento do autor ao afirmarem que a avaliação faz parte do processo de planejamento de qualquer política pública proporcionando uma retroalimentação que permite a escolha entre projetos distintos, de acordo com sua eficácia e eficiência, e, ao defrontar-se com os resultados possibilita retificar as ações e/ou reorientá-las em direção ao fim almejado.

Nesse sentido é possível afirmar que há um intenso debate, por parte de vários autores, sobre a pertinência da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (CONTADRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2006; FREESE et al., 2005; TANAKA; MELO, 2004). Existe um consenso quanto à ideia de que as decisões devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, no sentido de construir o conhecimento em função do saber fornecido pela avaliação, para isso o processo avaliativo deve passar a fazer parte da rotina. Esta ideia se traduz na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde e assim, criar um a verdadeira cultura de avaliação, permitindo que as

decisões sejam tomadas com base em evidências comprovadas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Contandriopoulos (2006), reforça a necessidade da incorporação das práticas de avaliação à rotina das organizações de saúde, de forma que seja possível haver o acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão dos programas quando afirma que,

(...) apesar de todos os esforços mobilizados no sentido de institucionalizar a avaliação, apesar do aumento considerável no número de avaliações feitas a cada ano, a crise do sistema de saúde está aumentando. A necessidade de melhorar os processos de tomadas de decisões está maior do que nunca. A esta altura pé imprescindível avaliar a avaliação como sistema institucionalizado de apoio a tomadas de decisões na área da saúde (p.36).

Para Felisberto (2006) institucionalizar a avaliação significa “inserir políticas de avaliação de políticas e programas”, o que corresponde a necessidade de regular, regulamentar, melhorar os programas e garantir a qualidade dos processos e dos produtos. Contandriopoulos et al. (1997), enfatiza a necessidade de compreender que não se pode desvencilhar uma política ou programa dos diferentes atores envolvidos, pelo fato de que, dependendo do momento e do contexto, esses atores podem contribuir de forma peculiar.

Na tentativa de uma definição, há muitas perspectivas conceituais sobre a avaliação. Neste estudo será adotado o conceito elaborado por Garcia (2001), que define:

(...) avaliação é uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial, ou padrão comparativo previamente definido. Pode ser considerada, também, como a operação de constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado, nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial por critérios de aceitabilidade pretendidos (p.31).

Já para Costa e Castanhar (2003),

(...) a avaliação constitui-se como um instrumento essencial quando se almeja buscar melhores resultados, bem como uma adequada utilização dos recursos disponíveis, pois além de oferecer informações importantes para o planejamento das políticas e programas sociais, facilitando, assim a compreensão àqueles que atuam diretamente na gestão e/ou formulação dessas políticas (p. 971).

Para esses autores o objetivo das práticas de avaliação é orientar aqueles que tomam as decisões, no sentido de dar continuidade, realizar correções ou até mesmo suspender uma determinada política ou programa.

Em busca de um conceito para definir a relevância das práticas de avaliação, Carvalho e Barreira (2001) afirmam que esta pode garantir a oportunidade de uma reflexão crítica acerca das ações, possibilitando conquistas de resultados e metas esperadas, assim a avaliação tem um papel determinante na desconstrução e reconstrução de uma política ou programa conforme suas intencionalidades.

Para fins de análise de políticas e programas sociais, Costa e Castanhar (2003) referem três tipos metodológicos de avaliação, que podem ser utilizados, conforme os seus propósitos, seriam elas a avaliação de metas, a avaliação de impacto e avaliação de processo. Neste estudo será abordada a avaliação de processo ou avaliação de implementação, como também é chamada por alguns autores.

De acordo com Draibe (2001), essa metodologia de avaliação tem como propósito observar o formato e os aspectos organizacionais desenvolvidos pelos programas, com objetivo de identificar os possíveis fatores que, no decorrer da implementação dificultam ou até mesmo impedem os resultados esperados em um determinado programa. Nesse sentido, por meio da avaliação de processo é possível identificar se a execução de uma política vem ocorrendo conforme os normativos existentes e o desenho estabelecido, observando a existência de eventuais forças e fraquezas que possam interferir na implementação das políticas públicas (BRASIL, 2018).

As pesquisas sobre o processo de implementação da PNPCC, citadas neste estudo, têm demonstrado que a jornada do paciente oncológico pelos serviços de saúde, que compõe a atenção oncológica, nos três níveis da assistência, tem sido marcada por diversas barreiras e entraves, no que diz respeito ao acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata. Neste contexto, as unidades de referência de alta complexidade figuram como importantes componentes dentro da estrutura do SUS, considerando que a demanda por serviços de diagnóstico e tratamento, dos diversos tipos de câncer, vem se acentuando no Brasil, em virtude do aumento expressivo do número de casos.

Assim, avaliar o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata em um serviço de referência de alta complexidade em oncologia, considerando sua estrutura, os processos de trabalho e os resultados, possibilitará uma visibilidade ao trabalho desenvolvido por este serviço, bem como, poderá trazer contribuições para a identificação de fatores que impedem o seu bom funcionamento e o alcance de suas metas.

Para fins de entendimento, o acesso pode ser definido como a entrada ou o alcance aos serviços de saúde, desse modo, consiste na capacidade de um sistema de atenção à saúde

atender às necessidades de saúde de uma população, e nesse sentido, há dois tipos de acesso, o que está relacionado à oferta de serviços e o que se refere às distâncias e tempo de locomoção, custos de transporte, dentre outros (MENDES, 2011).

Neste sentido, Costa e Castanhar (2003), afirmam que, para fins de avaliação de políticas públicas, a escolha pela utilização dos indicadores de acesso é significativamente relevante, considerando que, a simples existência de serviços não garante o acesso de maneira universal, pois, na dinamicidade do contexto, é comum a presença de fatores que impõem dificuldades para a utilização dos serviços disponíveis, a exemplo da distância geográfica e os custos privados relacionados a utilização dos serviços públicos, como transporte e medicamentos, por exemplo.

Ao identificar as possíveis barreiras que dificultam ou impedem o acesso dos pacientes com câncer de próstata, ao diagnóstico e tratamento, em tempo oportuno, este estudo poderá ainda oferecer subsídios aos profissionais de saúde na compreensão da realidade vivenciada; aos gestores, na criação e planejamento de estratégias e ações de trabalho, e à população, ao proporcionar conhecimentos que possam valorizar e contribuir para a melhoria e ampliação dos serviços prestados na UNACON, aperfeiçoando-a de acordo com as necessidades de saúde da população, pois, este é um serviço indispensável à sociedade e que precisa ser melhorado constantemente, para que seja garantido o cuidado integral às pessoas acometidas pelo câncer de próstata. Desta forma, é importante reiterar que, o desenvolvimento de estratégias e ações de enfrentamento às dificuldades para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, requer uma ampla compreensão dos aspectos que estão diretamente relacionados ao problema.

Assim, considerando que a avaliação é uma ferramenta de extrema importância no processo de planejamento e gestão dos serviços de saúde, ao lançar-se como um instrumento que permitirá um olhar crítico sobre o que se está sendo realizado, comparando com o que deveria estar sendo colocado em prática e permitindo a busca por resultados favoráveis, espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar processos de mudança, delineando soluções e caminhos que possibilitem auxílio na resolução de aspectos estruturais que possam estar comprometendo a oferta dos serviços prestados à população (CHAVES; TANAKA, 2012; CABRAL, 2013).

## 5 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi baseada numa perspectiva de interpretação dinâmica e totalizante da realidade, considerando que os fatos sociais não podem ser compreendidos de maneira apartada de suas relações e influências políticas, econômicas e culturais. Nesse sentido, o estudo trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida por meio de um estudo de caso, com abordagens metodológicas quantitativa e qualitativa.

A combinação de metodologias visa à superação de possíveis limitações no processo de apropriação e produção do conhecimento (FREITAS; JABBOUR, 2011).

A pesquisa exploratória tem o intuito de proporcionar ao pesquisador uma visão ampliada, com sucessivas aproximações dos fatores que envolvem o problema em questão, permitindo, assim, o esclarecimento dos fatos, por meio de procedimentos mais sistematizados (GIL, 2008).

Segundo Gil (2008), a técnica metodológica de estudo de caso pode ser caracterizada como um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento de maneira ampla e detalhada. Dessa forma o estudo de caso permite a investigação do objeto de estudo, dentro do seu contexto de realidade quando as fronteiras entre o fenômeno e o objeto de estudo não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência. Para Yim (2001), “enquanto uma estratégia de pesquisa, o estudo de caso é um método de pesquisa que compreende de maneira ampla, distintas abordagens de coleta e análise de dados” (p.33).

Conforme Silva e Meneses (2000), a pesquisa descritiva consiste na descrição das características de determinada população ou fenômeno ou na proposição de relações entre variáveis. Nesse mesmo sentido, Mattar (1999) afirma a inter-relação com o problema de pesquisa, ao ressaltar que essa metodologia deve ocorrer quando o objetivo do estudo for descrever as características de grupos, estimar a proporção de elementos que tenham características ou comportamentos determinados, dentro de uma população específica, descobrir ou averiguar a existência de relação entre variáveis.

Para Michel (2005), a pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza a quantificação nas modalidades de coleta de dados bem como no seu tratamento, por meio de procedimentos estatísticos, como percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros. Geralmente são utilizadas quando há necessidade de

garantir os resultados com mais precisão, evitando distorções de análise na interpretação e permitindo uma margem de segurança quanto as inferências.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão de um fenômeno específico em profundidade, diferentemente de estatísticas regras ou outras generalizações, esse tipo de estudo trabalha com descrições, comparações e interpretações. Para Minayo (1999), na abordagem qualitativa não se tem a pretensão de encontrar a verdade com o que é certo ou errado, ou seja, deve-se ter como preocupação o entendimento da lógica que permeia a prática que se dá na realidade. Conforme Godoy (1995), na perspectiva qualitativa, um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Logo, Creswell (2007) afirma que a combinação de dados quantitativos e qualitativos pode oferecer um olhar ampliado do pesquisador sobre o problema de Pesquisa.

## 5.1 POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO

A população-alvo do estudo foi composta por profissionais envolvidos na gerência dos ambulatórios de oncologia e urologia da UNACON HC-UFPE. Esse critério foi adotado por ser o segmento que melhor expressa as variáveis de interesse do estudo proposto. Dessa forma, participaram da pesquisa, apenas os informantes-chaves que consentiram os itens exposto no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e mediante a assinatura deste.

Também foi utilizado dados do integrador RHC, para análise das informações referentes ao perfil e acesso ao tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata e atendidos na UNACON HC-UFPE, no período de 2010 a 2016.

## 5.2 AMOSTRA

Para caracterizar o perfil dos pacientes e analisar o tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e o início do tratamento, em pacientes diagnosticados com câncer de próstata na UNACON HC-UFPE, foi utilizado o banco de dados do RHC. Foram utilizados apenas os cadastros dos pacientes, atendidos na UNACON e que foram diagnosticados no período de 2010 a 2016. Nesse período, o RHC registrou um total de 966 pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna da próstata.

O RHC realiza e classifica os cadastros em duas categorias distintas. Uma com os casos de neoplasia maligna, cujo planejamento a realização do tratamento foi realizado no próprio hospital, e que são alvo prioritários da análise do RHC (denominados casos analíticos) e outra dos casos que chegam a ser tratados no hospital ou aqueles pacientes sem possibilidades terapêuticas (denominados casos não analíticos). No cadastro dos casos analíticos é realizado o preenchimento completo da ficha de registro da neoplasia, já no cadastro dos casos não analíticos, contém apenas as informações referentes a identificação do paciente e do tumor.

Considerando a necessidade do acesso a informações mais completas, sobre as informações dos pacientes que tiveram diagnóstico de câncer de próstata, optamos por utilizar apenas os cadastros registrados como casos analíticos, que no período de abrangência da pesquisa (2010 a 2016), teve um total de 665 cadastros.

Para o cálculo da amostra do estudo foi utilizada a amostra sistemática, que permitiu a organização do banco de dados por ordem cronológica, assim, considerando a data de realização dos atendimentos dos pacientes, foi sorteado um número entre 1, 2 e 3, (sendo selecionado o nº 3) e com  $K=3$ . A partir deste momento, foi selecionada a mostra, que chegou a um total de 316 cadastros.

Para caracterizar as ações assistenciais, voltadas ao atendimento dos casos de câncer de próstata e descrever a estrutura física e os recursos materiais e humanos, disponibilizados na UNACON HC-UFPE, foram realizados questionário e entrevista com os chefes dos Ambulatórios de Urologia e Oncologia da UNACON HC-UFPE.

### 5.3 TÉCNICAS, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISE E COLETA DE DADOS.

Inicialmente foram utilizadas informações sobre a estrutura física da UNACON do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde (CNES) com a finalidade de complementar as informações do questionário aplicado, sobre o número de leitos e recursos humanos da UNACON (Apêndice C).

A aplicação do questionário foi realizada com o chefe do ambulatório de oncologia e quimioterapia, que ao aceitar participar da pesquisa foi informado sobre os objetivos do estudo e convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as questões foram baseadas na Portaria nº 140/2014 do MS.

A partir da entrevista com o chefe do ambulatório de urologia foi possível obter informações acerca das ações assistenciais voltadas ao atendimento dos pacientes com câncer de próstata, observando os aspectos relativos as dificuldades e entraves para o acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento da doença. A entrevista foi transcrita na íntegra, lida e organizada pela pesquisadora.

No intuito de buscar as “unidades de significação” no contexto das respostas do entrevistado, foi utilizada a proposta de análise de conteúdo referenciada por Bardin (2011). Para esta autora, analisar o conteúdo dentro dos seus significados, permite a descoberta dos núcleos dos sentidos. Nesse sentido, a comunicação, a frequência e a aparição podem significar algo para o objetivo analítico, ou seja, não se trata apenas de um instrumento, mais um conjunto de técnicas de análises das comunicações, também figura como um instrumento com grandes variáveis de formatos além de ser adaptável ao seu tempo de aplicação.

De acordo com Bardin (2011), o processo de análise de conteúdo pode ser subdividido em etapas que seriam basicamente: a pré-análise, a exploração dos dados e o tratamento dos dados. A primeira etapa refere-se à organização do material coletado. A segunda etapa caracteriza-se pelo aprofundamento do estudo desses dados. Já a terceira etapa da análise, consiste na sua interpretação. É quando os dados brutos ganham sentido e significados. Na última etapa extrai-se os resultados do estudo, sendo possível visualizar suas conclusões e recomendações.

A entrevista foi marcada com antecedência e realizada conforme planejamento. Sendo realizada *in lócus*, em sala reservada, na própria UNACON. O entrevistado permitiu a gravação em áudio e assinou o TCLE. A entrevista foi concebida em janeiro de 2020.

Para a análise dos dados quantitativos foram utilizadas as técnicas de estatística descritiva e inferência estatística. A estatística descritiva consiste na organização, sumarização e descrição de um conjunto de dados, de modo que sejam apresentados através de metodologias simples (SHIGUTI; SHIGUTI, 2006).

Para Feijoo (2010), a inferência estatística é um processo de raciocínio indutivo onde busca-se tirar conclusões partindo do particular para o geral. Caracteriza-se como um tipo de raciocínio contrário ao tipo de raciocínio matemático, por ser essencialmente dedutivo. Pode ser utilizado quando se pretende utilizar uma população selecionando apenas alguns elementos dessa população, ou seja, a amostra.

Em relação à produção da UNACON HC-UFPE, para a realização de procedimentos de cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia, os dados foram obtidos por meio do setor de

faturamento e estatística da referida unidade de saúde, e os indicadores apresentados por meio de tabelas.

Os dados sobre as variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes, como: cor, grau de escolaridade, origem do encaminhamento, município de origem e os dados sobre as variáveis relacionadas ao tratamento, como: tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento e o estágio da doença após o término do tratamento, foram obtidos por meio do banco de dados do RHC, que disponibilizou todos os cadastros dos pacientes com câncer de próstata, atendidos na UNACON, no período de 01/01/2010 a 21/05/2013 e 22/05/2013 a 31/12/2016. A análise foi realizada por meio do programa Excel, versão 2018, e os indicadores foram apresentados a partir de gráficos e tabelas.

Optou-se por estudar estes períodos, por tratar-se de intervalos de tempo anterior e posterior a implementação da lei nº 12.732/2012 (lei dos 60 dias). E no intuito de realizar uma análise comparativa dos dados.

Para os cálculos das distâncias entre a residência do paciente e a UNACON HC - UFPE, foi necessário pegar todos os municípios de origem dos pacientes. E em seguida, no site do Google Maps, foi possível calcular a distância entre o município de residência do paciente e a UNACON HC - UFPE. Para o desenvolvimento do mapa geográfico foi utilizado o Software ArcGis 10.5, um programa de geoprocessamento. Utilizamos também o teste t para verificar se houve diferença na média de quilômetros entre a cidade de origem do paciente e Recife (município onde está localizada a UNACON HC -UFPE) na comparação dos grupos dos dois períodos analisados.

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa os cadastros de pacientes que tiveram diagnóstico de câncer de próstata e que realizaram todo o tratamento e acompanhamento ambulatorial na UNACON do HC-UFPE, no período de 2010 a 2016. Esses casos são considerados pelo RHC como casos analíticos. Optou-se por escolher apenas esses casos pelo fato de que eles possuem um registro mais completo de informações no banco de dados do integrador RHC. Foram excluídos os cadastros de pacientes que se configuram como casos não analíticos pelo RHC, devido ao fato de que esses pacientes não têm as informações completas no banco de dados mencionado.

## 5.5 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo seguiu todos os elementos da normativa do Conselho Nacional de saúde expressos na Resolução nº 466/2012, quanto a cuidados éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitada carta de anuência a Serviço Médico de estatística para coleta de dados nos prontuários, às chefias do RHC para utilização dos dados secundários e dos serviços de oncologia e quimioterapia e Urologia do HC-UFPE para a realização de entrevista com os profissionais. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética do HC-UFPE com parecer substanciado de nº 3.746.491.

## 6 RESULTADOS

Com a finalidade de elencar os principais achados sobre a estrutura física e organizacional da UNACON HC-UFPE, foram apresentadas inicialmente, a descrição sobre o local de pesquisa, com destaque aos setores ambulatoriais de oncologia e urologia, onde são desenvolvidas as ações assistenciais voltadas aos pacientes com câncer de próstata.

### 6.1 O HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UFPE

O Hospital das Clínicas – HC-UFPE é um órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco. Está subordinado à reitoria da UFPE, para efeito de supervisão e controle administrativo. Por ser um hospital escola há financiamento do Ministério da Educação- MEC e do Ministério da Saúde - MS.

Tem como missão “Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o objetivo de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, à promoção e à preservação da vida”. Tem como visão “Ser referência nacional e internacional como hospital público universitário fortalecendo o Sistema Único de Saúde”. Como valores, a instituição tem os ideais de “Legalidade, Transparência Humanidade, Conhecimento, Entusiasmo, Comprometimento, Profissionalismo, Impessoalidade, Moralidade e Cortesia” (EBSERH, 2019).

A partir de 2013, o HC-UFPE passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), passando a ser uma empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, cuja criação foi autorizada pela lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e cujo Estatuto Social foi aprovado pelo Decreto nº. 7.661, de 28 de dezembro de 2011.

O HC possui 1.237 servidores regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), 990 empregados públicos da EBSERH em regime de CLT, 63 voluntários, 479 terceirizados, além de 314 residentes da área médica, de enfermagem, de nutrição e da residência multiprofissional.

O Hospital das Clínicas da UFPE compõe a rede de referência estadual de saúde, prestando atendimentos de média e alta complexidade. Oferece assistência de caráter ambulatorial em diversas especialidades na área da saúde além da medicina, como Serviço Social, enfermagem, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, entre outras.

Quanto a produção hospitalar, o HC realiza mensalmente uma média de 16.419 mil consultas ambulatoriais, 1.531 internações, 4.577 exames por imagem, 39.950 exames ambulatoriais, 922 cirurgias.

Em relação à sua capacidade física, o HC-UFPE, conta com uma área física de 62 mil metros<sup>2</sup>. Com um total de 418 leitos para internamentos, conta ainda com estruturas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 10 leitos, há também 10 salas no Centro Cirúrgico, 4 salas no Centro Cirúrgico Ambulatorial -CCA, 4 salas no Centro obstétrico e 15 hemodialisadores no Centro Dialítico.

### **6.1.1 A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do HC-UFPE**

O HC-UFPE faz parte da estrutura da Rede de Atenção Oncológica no estado de Pernambuco. Prestando assistência na atenção de média e alta complexidade. Possui habilitação, junto ao Ministério da saúde, em UNACOM (cód.1706), o que permite tratar os cânceres mais prevalentes no país (quadro 1). No Estado de PE a UNACON HC-UFPE é um dos 12 serviços de saúde que compõe a rede de atenção oncológica no estado, sendo referência para a macrorregião metropolitana I, que abrange 72 municípios juntamente a outros 5 serviços.

A Portaria nº 140 de 2014 estabelece uma unidade de alta complexidade a cada 500 mil habitantes ou 900 casos novos de câncer por ano, além de contar com os serviços obrigatórios para continuar com habilitação em serviço de oncologia (quadro 1) (BRASIL, 2014). A UNACON recebe pacientes de todos os municípios do estado e até de outros estados do país. Esses pacientes chegam com agendamento prévio, por meio do sistema de regulação estadual, ou realizam o agendamento pessoalmente (demanda espontânea), por meio de encaminhamento médico de outras unidades de saúde ou até mesmo de outras especialidades médicas dentro do próprio HC-UFPE.

Desde o ano de 2015 a UNACON conta com uma enfermaria de oncologia onde estão disponíveis um total de 24 leitos. A enfermaria possui uma estrutura modernizada com copa, posto de enfermagem, sala de evolução para a equipe multidisciplinar, banheiros e rede wireless. A unidade não possui serviço de urgência 24 h. O atendimento das urgências funciona apenas em horário comercial, em outros horários e durante o final de semana ou feriados os pacientes são orientados a buscar uma unidade de saúde, que atenda emergências, mais próxima de sua residência.

Quanto ao quadro de profissionais, a UNACON conta com cinco (05) cancerologistas cirúrgicos, quatorze (14) oncologistas clínicos. O ambulatório de Urologia conta com nove (09) urologistas, desses, quatro (04) são professores com carga horária dividida entre as atividades de ensino, pesquisa e assistência.

O HC é uma UNACON sem serviço de radioterapia. Formalmente, a referência para o encaminhamento da radioterapia é o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. Na prática os pacientes são encaminhados ao Instituto de Radioterapia Ivo Roesler - IRSIR, e em alguns casos para o Instituto de Radioterapia Waldemir Miranda - IRWAM ou serviços de radioterapia privados que prestam serviços ao SUS.

Dos 13 medicamentos utilizados atualmente no tratamento do câncer de próstata apenas 05 são disponibilizados aos pacientes (Bicalutamida, goserrelina, docetaxel, mitoxatrona ciclofosfamida), ainda assim, os mesmos, sofrem com problemas de falta destes medicamentos na UNACON HC - UFPE.

Quanto ao registro de informações sobre o câncer, a UNACON HC-UFPE utiliza o SISCAN e o Integrador RHC, ambos atualizados até 2017, no momento da pesquisa.

## 6.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS

### **6.2.1 Procedimentos terapêuticos, para tratamento do câncer de próstata, realizados pela UNACON HC-UFPE no período de 2010 a 2016.**

Conforme a portaria GM/MS nº 144/2014, as unidades de saúde habilitadas como UNACON, que tenham como responsabilidade uma população de 500.000 (quinhentos mil) habitantes ou 900 casos de câncer por ano, sem considerar o câncer de pele não melanoma, deverá seguir parâmetros mínimos para a produção de procedimentos terapêuticos como a cirurgia, a radioterapia e quimioterapia, por exemplo. Assim, as tabelas 5, 6 e 7 apresentam o quantitativo de procedimentos terapêuticos, voltados ao tratamento do câncer de próstata, realizados na UNACON HC-UFPE nos períodos de 2010 a 2016.

**Tabela 5** – Procedimentos de prostatectomias, por câncer, realizados na UNACON HC-UFPE (2010 a 2016)

<b>ANO</b>	<b>TOTAL DE PROSTATECTOMIAS</b>
<b>2010</b>	21
<b>2011</b>	24
<b>2012</b>	27
<b>2013</b>	43
<b>2014</b>	37
<b>2015</b>	37
<b>2016</b>	39

Fonte: Autora (2020).

Como pode ser observado na tabela 5, no período analisado, houve um relativo aumento na produção desse tipo de procedimento. Com destaque, a partir do ano de 2013, que foi o ano em que o HC-UFPE passou a ser gerenciado pela EBSEH, e nesse período houve um acréscimo no número de profissionais médicos e cirurgiões especialistas em urologia.

Ainda de acordo com os dados da tabela 5, considerando os parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 144/2014 e a quantidade média de cirurgias realizadas pela UNACON, no período de 2010-2013, observou-se que 4,4% das cirurgias oncológicas realizadas, foram para o tratamento do câncer de próstata, já no período entre 2014 e 2016 (período de vigência da lei nº 12.732/2012), o total de prostatectomias realizadas, representou 5,6% das cirurgias oncológicas.

**Tabela 6** - Procedimentos de hormonioterapia realizados em pacientes com câncer de próstata na UNACON HC-UFPE (2010 a 2016)

<b>ANO</b>	<b>HORMONIOTERAPIA DE 1ª LINHA</b>	<b>HORMONIOTERAPIA DE 2ª LINHA</b>
<b>2010</b>	3.945	831
<b>2011</b>	3.332	783
<b>2012</b>	2.997	693
<b>2013</b>	2.788	486
<b>2014</b>	3.254	184
<b>2015</b>	2.772	171
<b>2016</b>	2.774	183

Fonte: Autora (2020).

A tabela 6 apresenta o número de procedimentos de hormonioterapia de 1ª e 2ª linha realizada pela UNACON no período analisado no estudo. É possível observar que o número

de procedimentos de hormonioterapia de 2ª linha, que compõe muitos medicamentos não disponibilizados pelo SUS, é bem inferior ao número de hormonioterapia de 1ª linha.

**Tabela 7** - Procedimentos de quimioterapia, para tratar adenocarcinoma de próstata resistente a hormonioterapia, realizados na UNACON HC-UFPE (2010 a 2016)

<b>Ano</b>	<b>Nº de procedimentos</b>
2010	394
2011	371
2012	357
2013	369
2014	293
2015	303
2016	158

Fonte: Autora (2020).

A tabela 7 apresenta o número de procedimentos de quimioterapia realizada na UNACON no período analisado no estudo. Conforme os parâmetros de produção, para os procedimentos de quimioterapia, a unidade de saúde deve realizar anualmente um total de 5.300 procedimentos. Assim, considerando a média de quimioterapias nos períodos de 2010-2013 e 2014-2016, foi possível inferir que, no primeiro período 7,0% dos procedimentos de quimioterapia, realizados pela UNACON, foram destinados ao tratamento do câncer de próstata e no segundo período, esse total foi de 4,7%.

Não foi possível obter os números da produção hospitalar referente aos procedimentos de diagnóstico, como exames de Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e Biópsia da Próstata.

### 6.3 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL E ACESSO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC – UFPE.

Para realizar a descrição analítica acerca do perfil dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata, foram observadas as seguintes variáveis: idade, cor, grau de escolaridade, a origem do encaminhamento dos pacientes para a UNACON HC - UFPE (se foram encaminhados pela Rede de Saúde Suplementar ou pelo SUS) e a distância percorrida pelo paciente do seu município de residência até a UNACON HC - UFPE. Em relação ao acesso ao tratamento realizado pelos pacientes, as variáveis observadas foram: a situação da doença ao

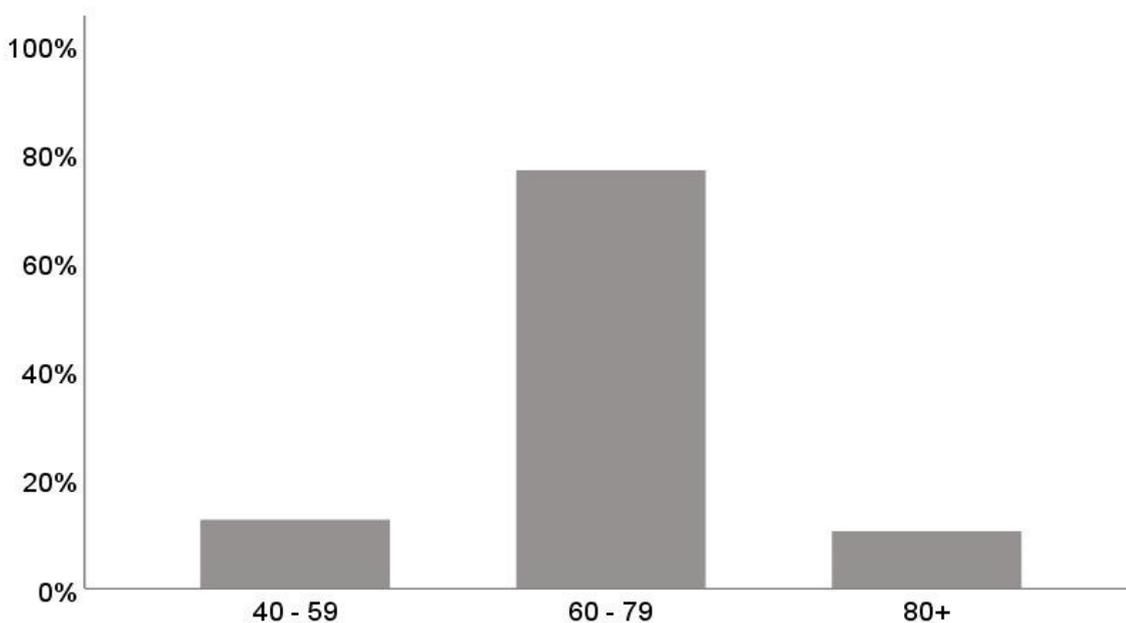
final do primeiro tratamento e o tempo decorrido entre a definição do diagnóstico e a realização do primeiro tratamento.

No intuito de realizar uma análise de caráter comparativo, considerando a implementação da lei nº 12.732/2012, a partir de maio de 2013, as variáveis observadas no estudo foram analisadas em dois períodos distintos. O primeiro período inicia-se em 01/01/2010 até 21/05/2013 (período anterior a implementação da “Lei dos 60 dias”), o segundo período tem início em 22/05/2013 e vai até 031/12/2016 (período de implementação da lei nº 12.732/2012).

### 6.3.1 Análise descritiva das variáveis relacionadas ao perfil e acesso ao tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período de 01/01/2010 até 21/05/2013.

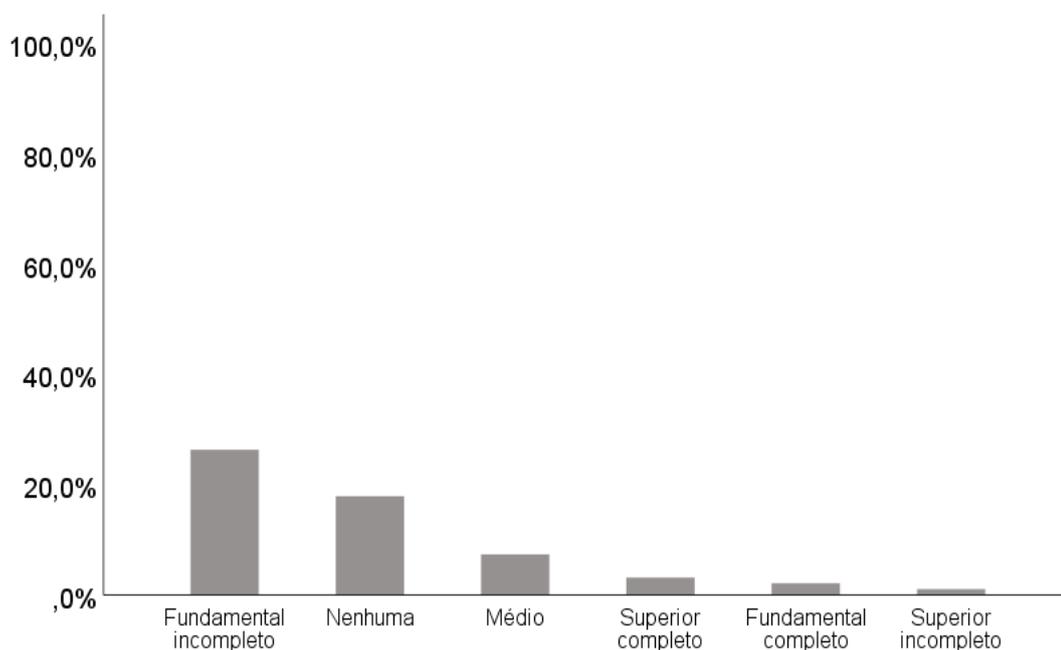
#### a) Variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes

Gráfico 2 – Porcentagem de casos por idade dos pacientes



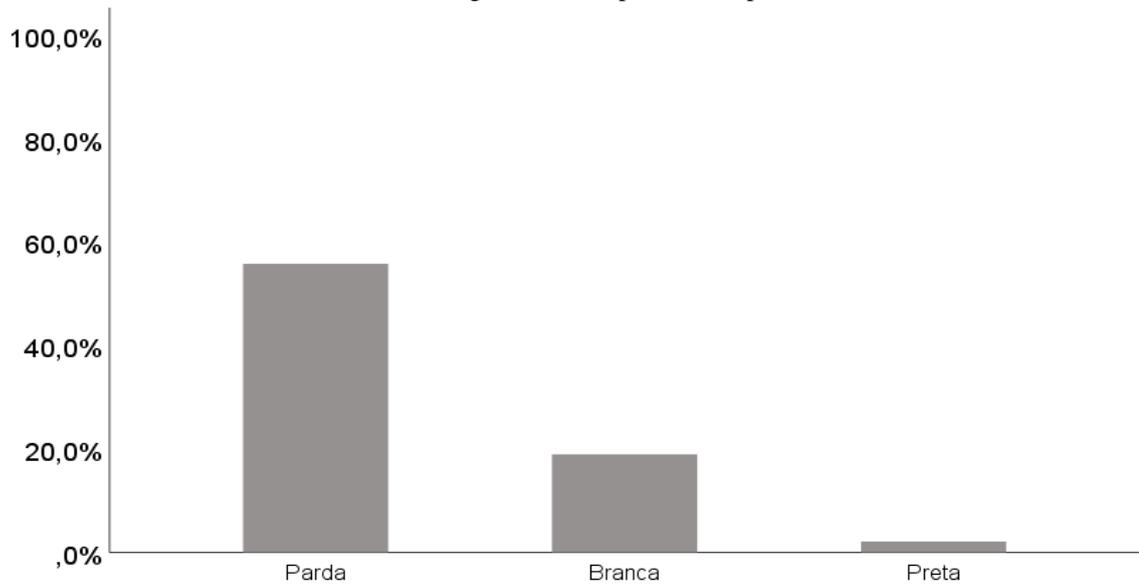
Fonte: Autora (2020).

Em relação à idade dos pacientes, o gráfico 2 refere que, mais de 75% dos pacientes estão na faixa etária entre 60 e 79 anos (76,8%), 12,6% dos pacientes estão na faixa de 40 a 59 anos, enquanto um pouco mais de 10% possuem 80 anos ou mais (10,5%).

**Gráfico 3** – Porcentagem de casos por grau de escolaridade dos pacientes

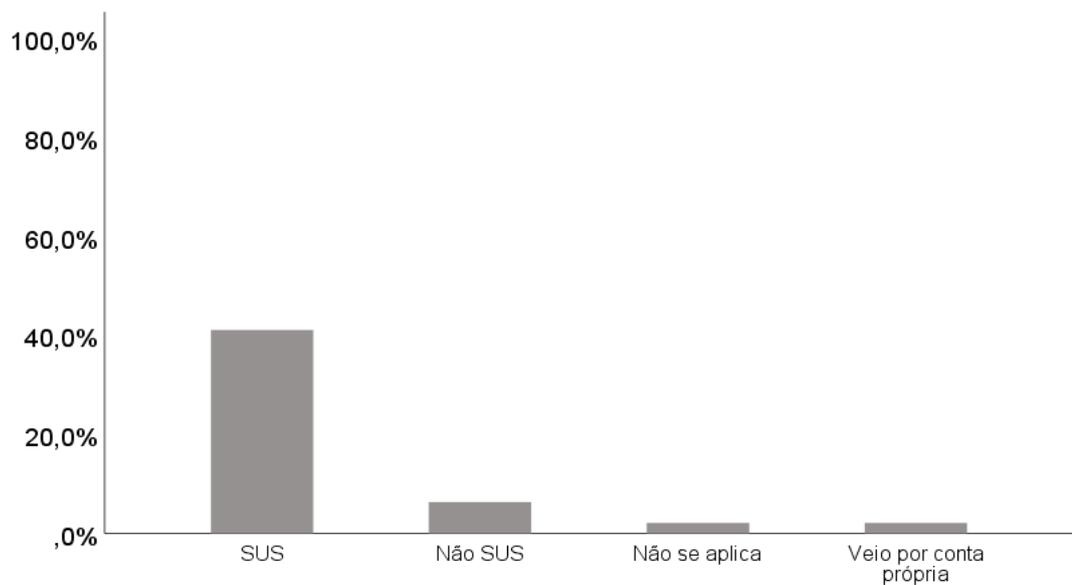
Fonte: Autora (2020).

Quanto ao grau de escolaridade, o gráfico 3 demonstra que 26,3% dos pacientes não concluíram o ensino fundamental; 2,1% completaram o ensino fundamental; 7,4% dos pacientes concluíram o ensino médio; 3,2% dos pacientes tem ensino superior completo, enquanto 1,1% não chegou a concluir e 17,9% dos pacientes não foram alfabetizados. Em 42,1% dos cadastros não apresentam nenhuma informação nos registros do banco de dados.

**Gráfico 4-** Porcentagem de casos por cor dos pacientes

Fonte: Autora (2020).

Como é possível observar no gráfico 4, 55,8% dos pacientes se declaram como pardos; logo em seguida estão os pacientes identificados como brancos (18,9%). A soma dos pacientes que se declaram como pretos não chega a 5% do total. De cada 100 pacientes, a informação sobre a cor está ausente na ficha de quase 24.

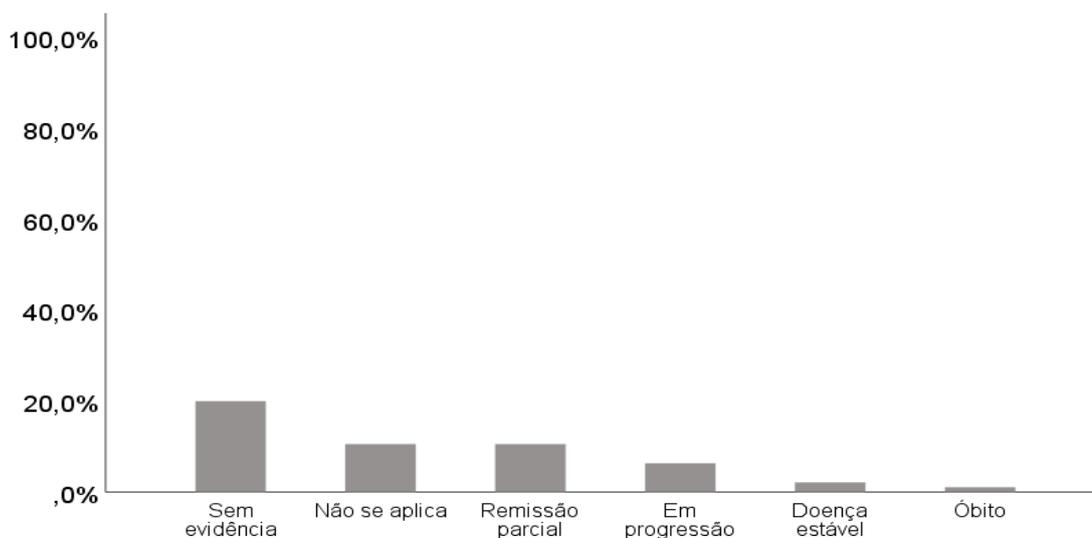
**Gráfico 5 -** Porcentagem de casos por origem de encaminhamento dos pacientes

Fonte: Autora (2020).

Em relação à origem do encaminhamento dos pacientes, 41,1% foram encaminhados pelo SUS. Apenas 6,3% foram encaminhados pela saúde suplementar. Entretanto, a informação não está disponível para quase metade dos casos (41,1%). 2,1% dos pacientes tiveram acesso a UNACON HC - UFPE por meio de demanda espontânea.

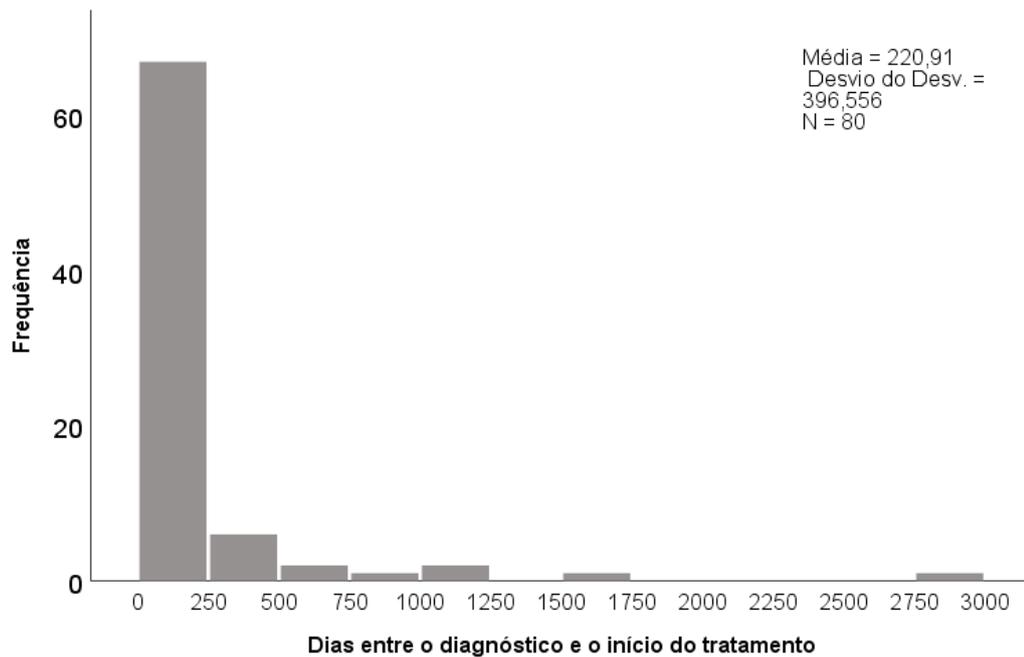
b) Variáveis relacionadas ao tratamento

**Gráfico 6** – Porcentagem de casos por situação da doença ao final do primeiro tratamento



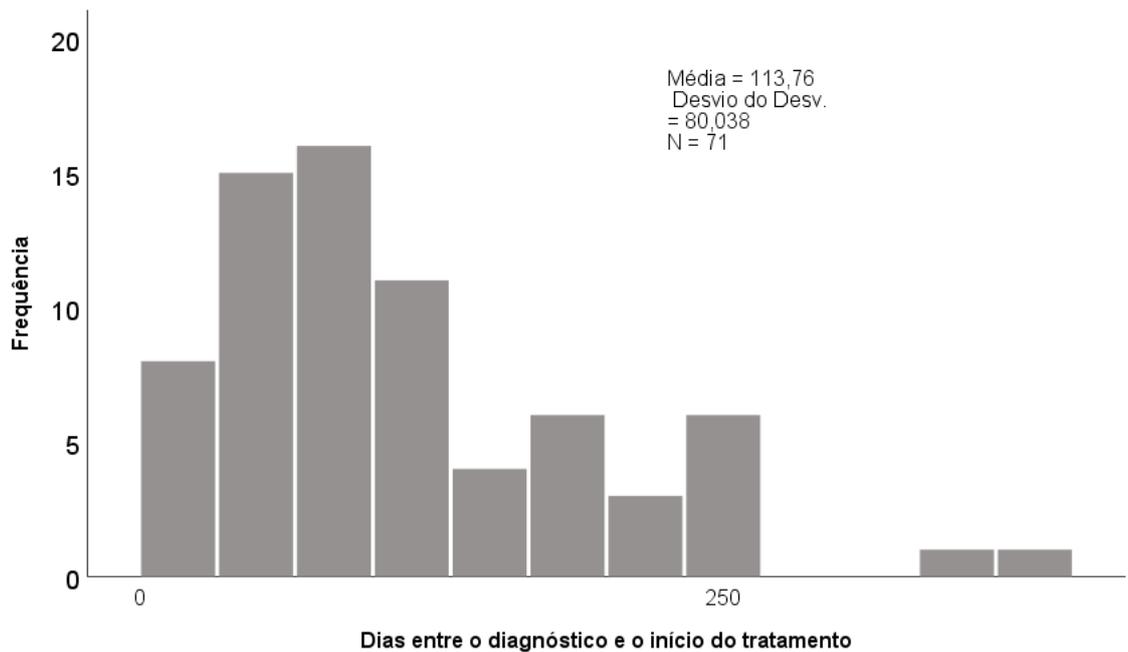
Fonte: Autora (2020).

Em relação à situação da doença ao final do tratamento, o gráfico 6, para 20% dos pacientes não há evidências da doença; em 10,5% dos casos não se aplica esse indicativo; em 10,5% dos pacientes a doença se apresentava em situação de remissão parcial; para 6,3% dos casos a doença estava em progressão; 1% chegou a óbito e outros 2,1% apresentam-se em situação de estabilidade da doença. Não há informações para 49,5% dos pacientes.

**Gráfico 7** – Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento

Fonte: Autora (2020).

No que diz respeito ao tempo gasto entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento, o gráfico 7 indica que a média do tempo foi de 220,91 dias. Entretanto, o desvio padrão alto mostrou uma alta variabilidade, com casos que chegaram a mais de 2.500 dias de espera. Os dados mostraram também que boa parte dos pacientes que foram diagnosticados antes de 22/05/2013 iniciam o tratamento em menos de 250 dias.

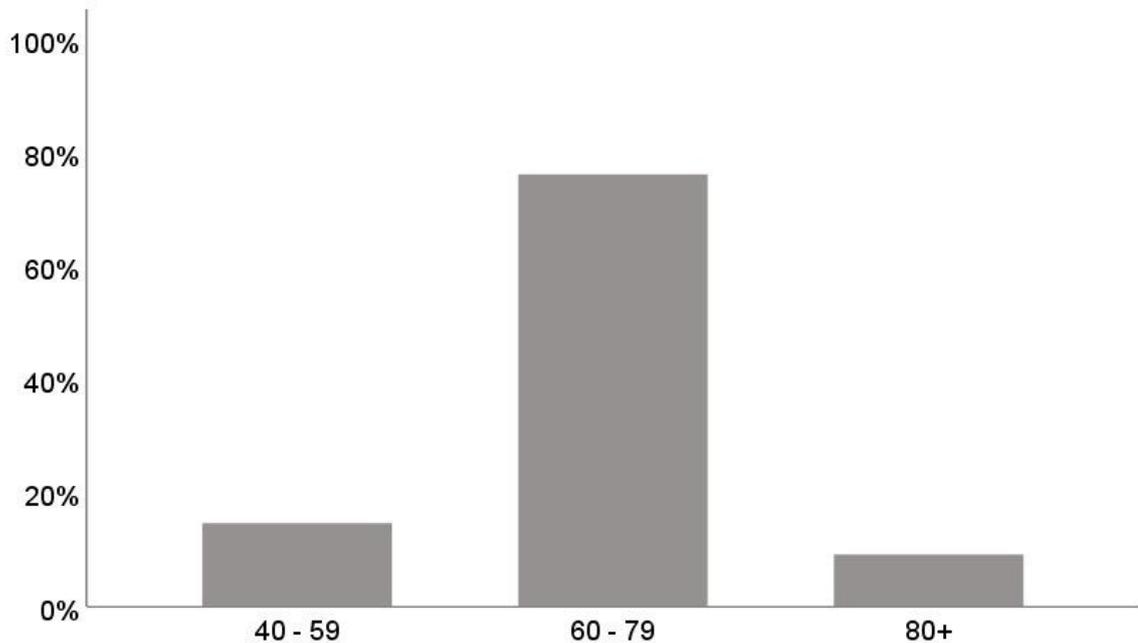
**Gráfico 8** – Histograma do número de dias entre o diagnóstico e início do tratamento – Sem outliers

Fonte: Autora (2020).

Os dados apresentados no gráfico 8, demonstram que, sem a presença dos outliers, o tempo médio de espera entre o diagnóstico e o tratamento foi de 113,76 dias.

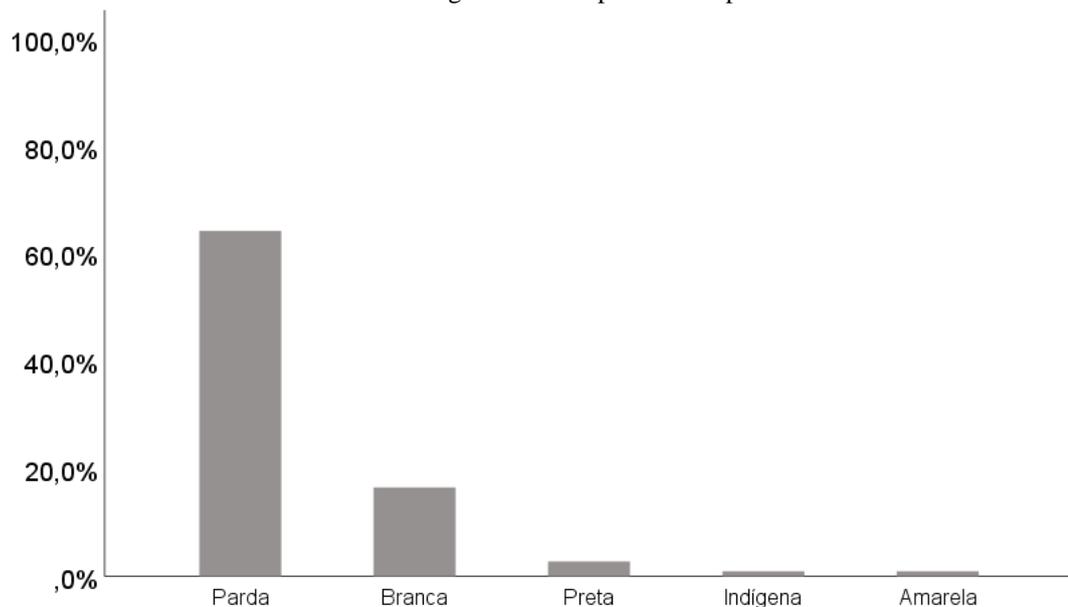
### **6.3.2 Análise descritiva das variáveis relacionadas ao perfil e acesso ao tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período de 22/05/2013 até 31/12/2016**

- a) Variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes

**Gráfico 9 - Porcentagem de casos por idade dos pacientes**

Fonte: Autora (2020).

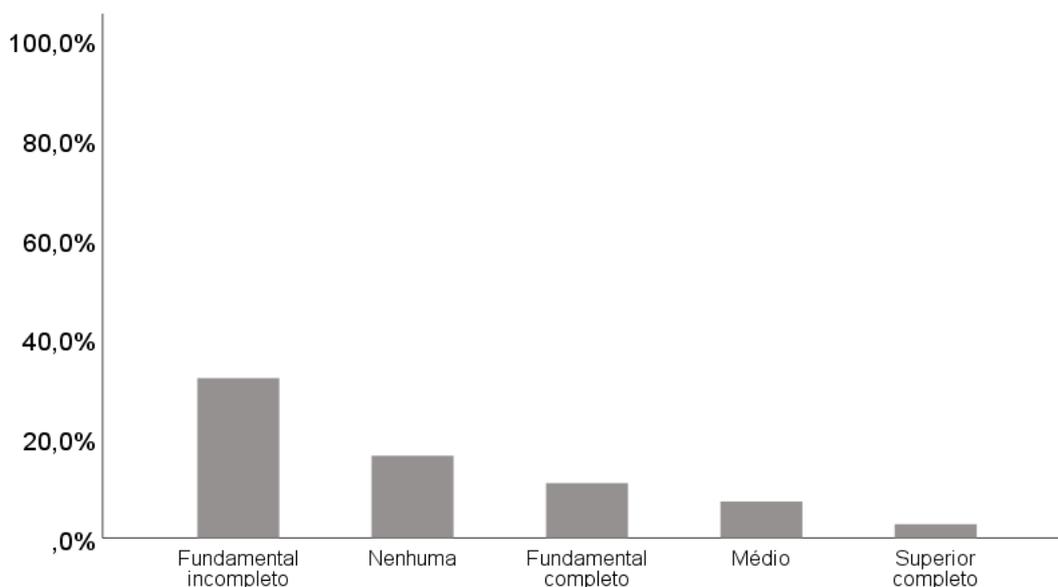
Em relação à idade dos pacientes, os dados apresentados no gráfico 9 demonstra que mais de 75% estão entre 60 e 79 anos (75,1%); 15,6% dos pacientes estão na faixa entre 40 a 59 anos, enquanto um pouco menos de 10% possuem 80 anos ou mais (9,2%).

**Gráfico 10 – Porcentagem de casos por cor dos pacientes**

Fonte: Autora (2020).

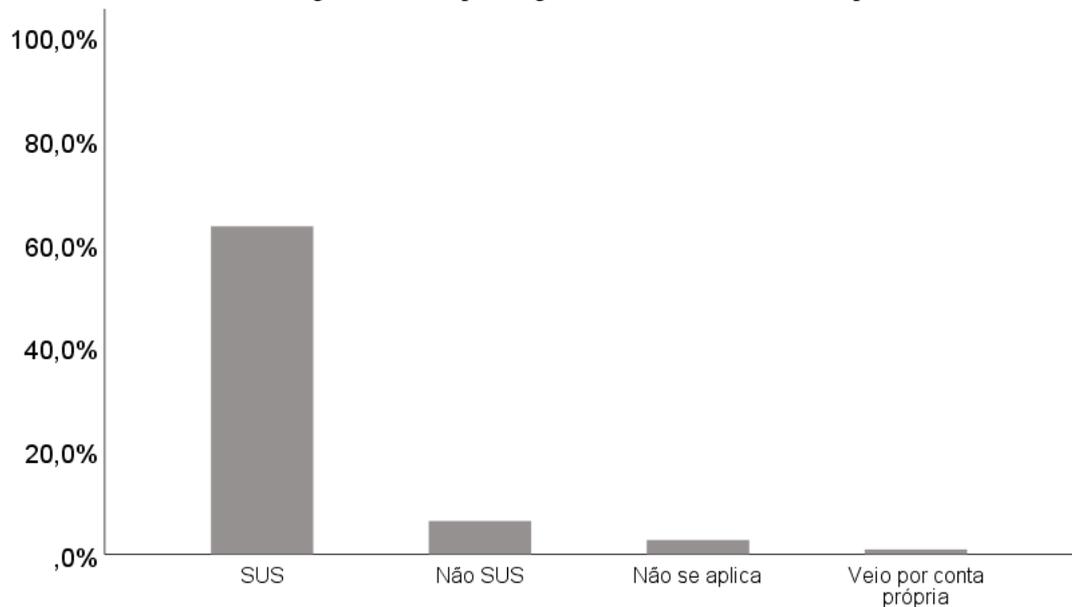
Como é possível observar no gráfico 10, 64,2% dos pacientes se declararam como pardos. Logo em seguida estão os pacientes identificados como brancos, 16,5%. A soma dos pacientes que se declararam como pretos não chega a 5% do total. Menos de 1% se declararam indígena ou amarelo. Destaca-se que, de cada 100 pacientes, a informação sobre a cor estava ausente em quase 15.

**Gráfico 11** – Porcentagem de casos por grau de escolaridade dos pacientes



Fonte: Autora (2020).

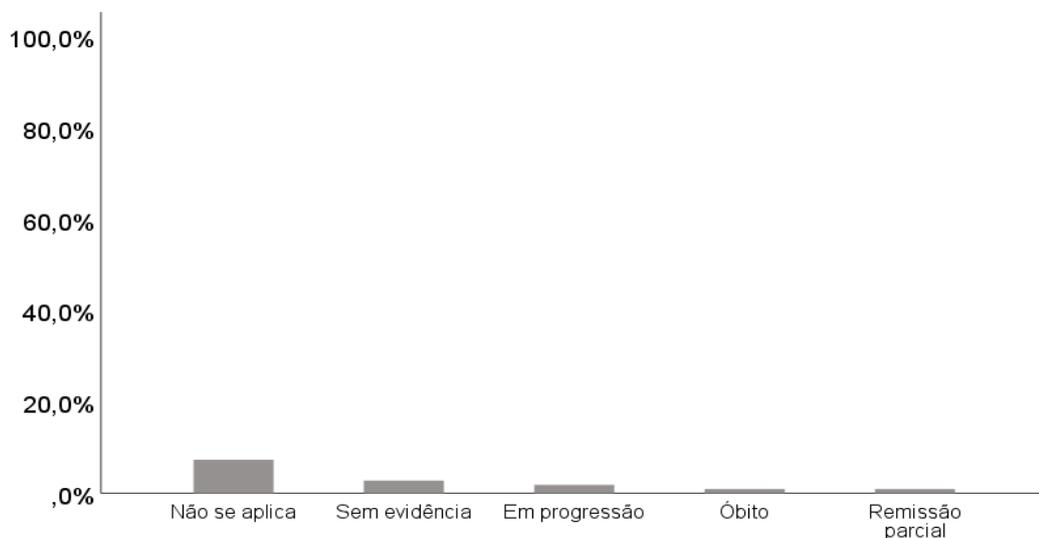
No que se refere ao grau de escolaridade, o gráfico 11 revela que 32,1% dos pacientes não concluíram o ensino fundamental; 11% completaram o ensino fundamental. Apenas 7,3% dos pacientes concluíram o ensino médio; 2,8% dos pacientes tem ensino superior completo. Enquanto 16,5% não apresentam nenhum grau de escolaridade. Em quase 30,3% dos pacientes não apresentam esta informação nos registros do banco de dados.

**Gráfico 12** - Porcentagem de casos por origem de encaminhamento dos pacientes

Fonte: Autora (2020).

Em relação a origem do encaminhamento do paciente, o gráfico 12 refere que, 63,3% foram encaminhados pelo SUS. Apenas 6,4% foram encaminhados pela saúde suplementar. 0,9% dos pacientes tiveram acesso a UNACON HC - UFPE por meio de demanda espontânea e para 26,6% dos casos, não continha a informação nos registros do banco de dados.

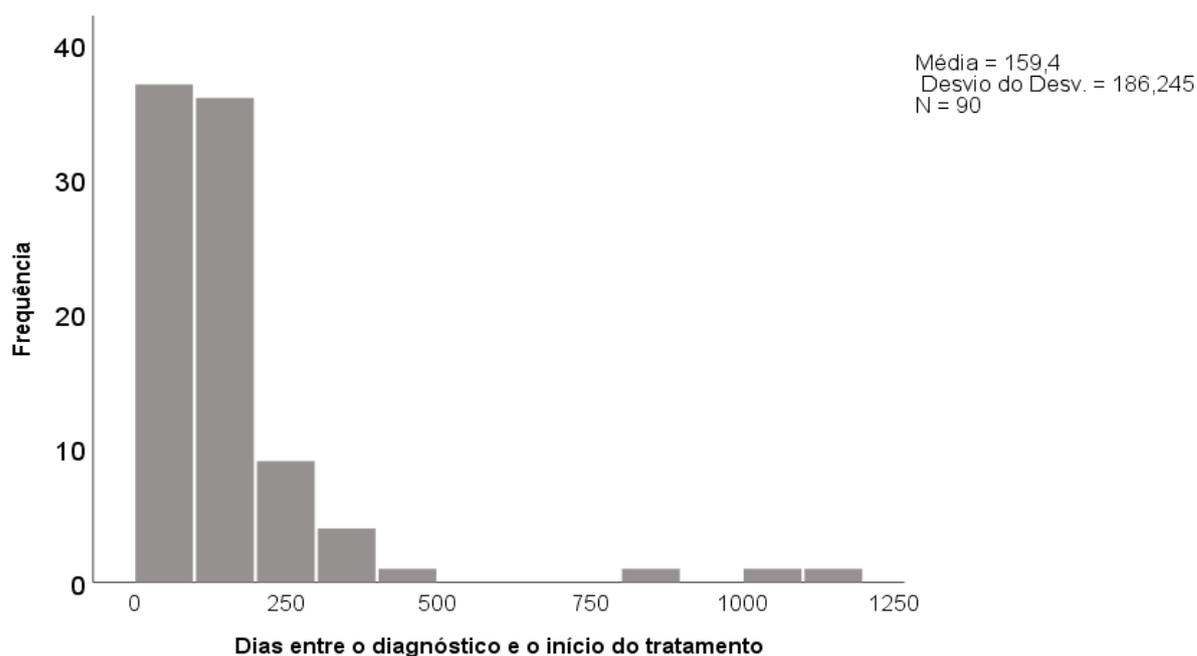
#### b) Variáveis relacionadas ao tratamento

**Gráfico 13** – Porcentagem de casos por situação da doença ao final do primeiro tratamento

Fonte: Autora (2020).

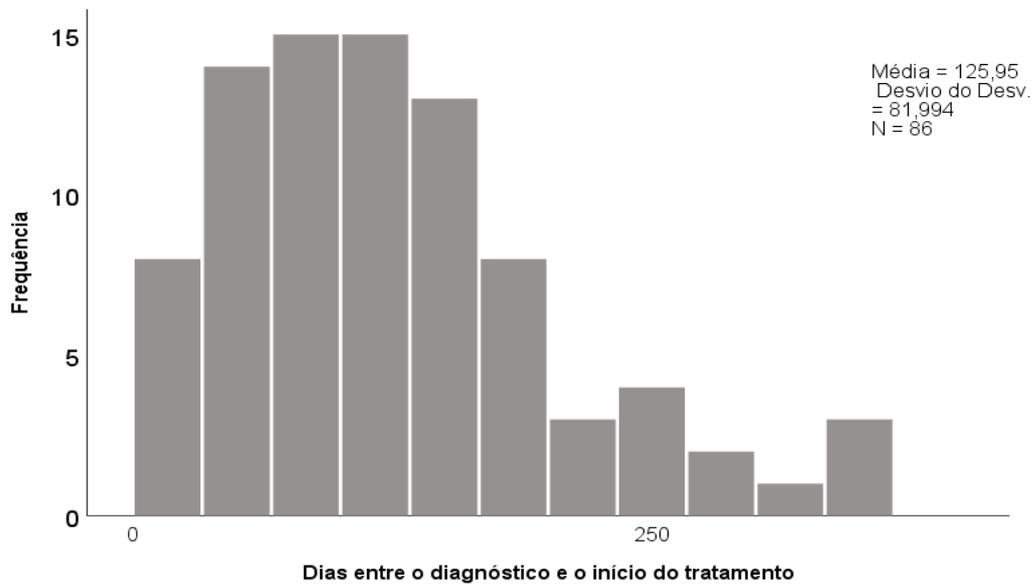
Os dados apresentados no gráfico 13, referem que para 2,8% dos pacientes não havia evidências da doença ao final do tratamento; em 0,9% dos pacientes a doença estava em situação de remissão parcial; em 1,8% dos casos, a doença se apresentava em situação de progressão e 0,9% dos pacientes foram a óbito; em 7,3% dos casos, a informação não se aplicava. Vale destacar que, em 86,2% dos pacientes, ou seja, para a maioria dos cadastros analisados, não continha esta informação no registro do banco de dados.

**Gráfico 14** - Histograma do número de dias entre o diagnóstico e início do tratamento



Fonte: Autora (2020).

No tocante ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, os dados apresentados no gráfico 14 apontaram que, a média do número de dias, no período analisado, foi de 159,4. Por meio dos dados, foi possível observar também, que boa parte dos pacientes, que foram diagnosticados após 22/05/2013, iniciaram o tratamento em menos de 250 dias.

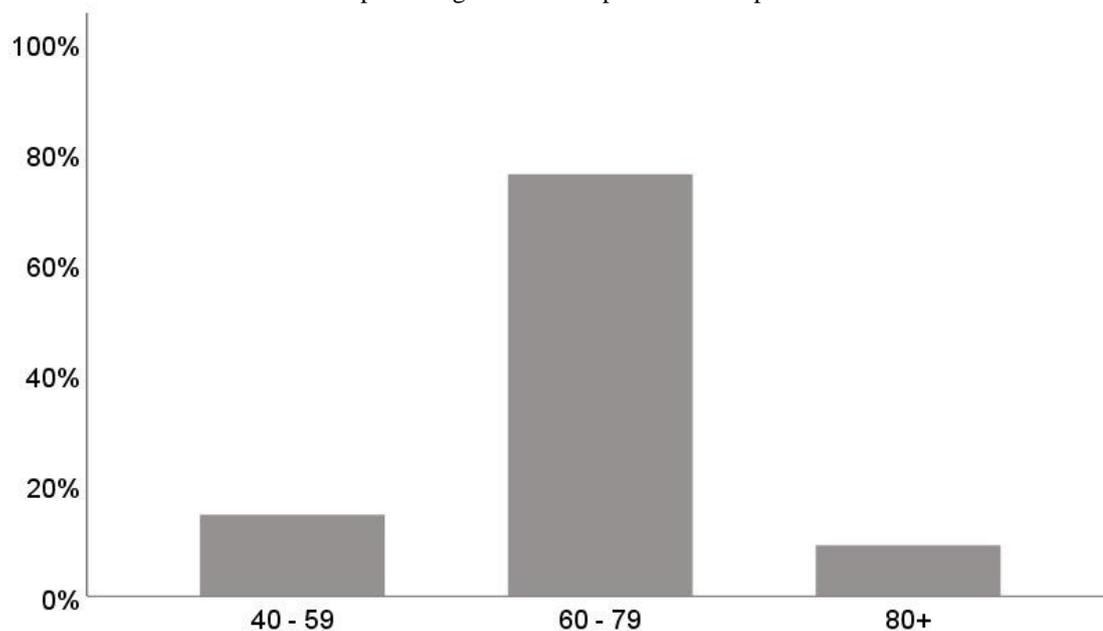
**Gráfico 15** – Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento – sem outliers

Fonte: Autora (2020).

Após a identificação e remoção dos casos de outliers, por meio do Boxplot, o tempo médio gasto entre o diagnóstico e o tratamento foi de 125,92 dias.

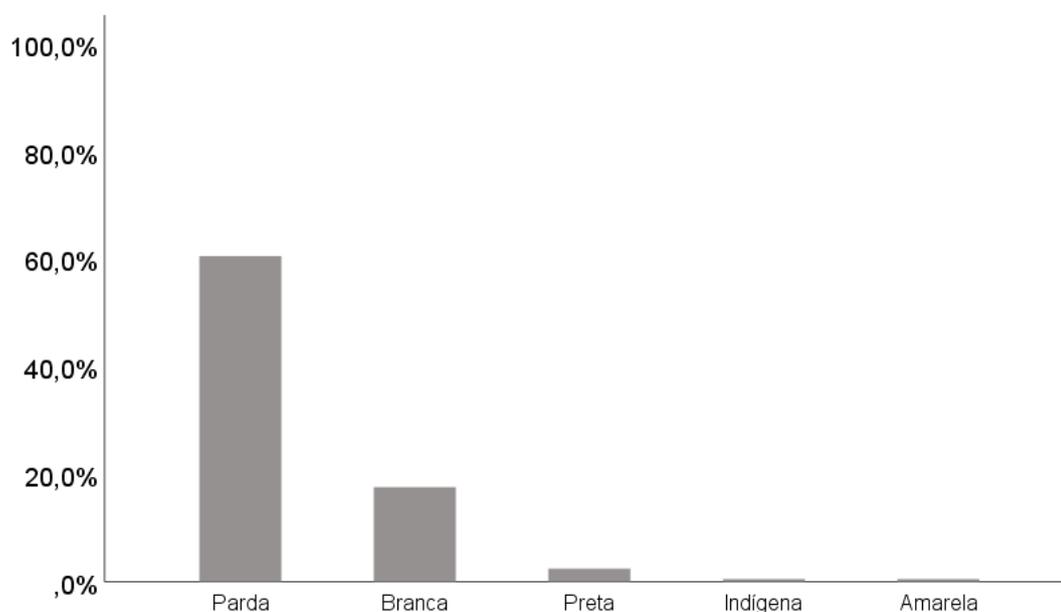
### 6.3.3 Análise descritiva das variáveis relacionadas ao perfil e acesso ao tratamento, dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata no período total (01/01/2010 até 31/12/2016)

a) Variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes

**Gráfico 16 - porcentagem de casos por idade dos pacientes**

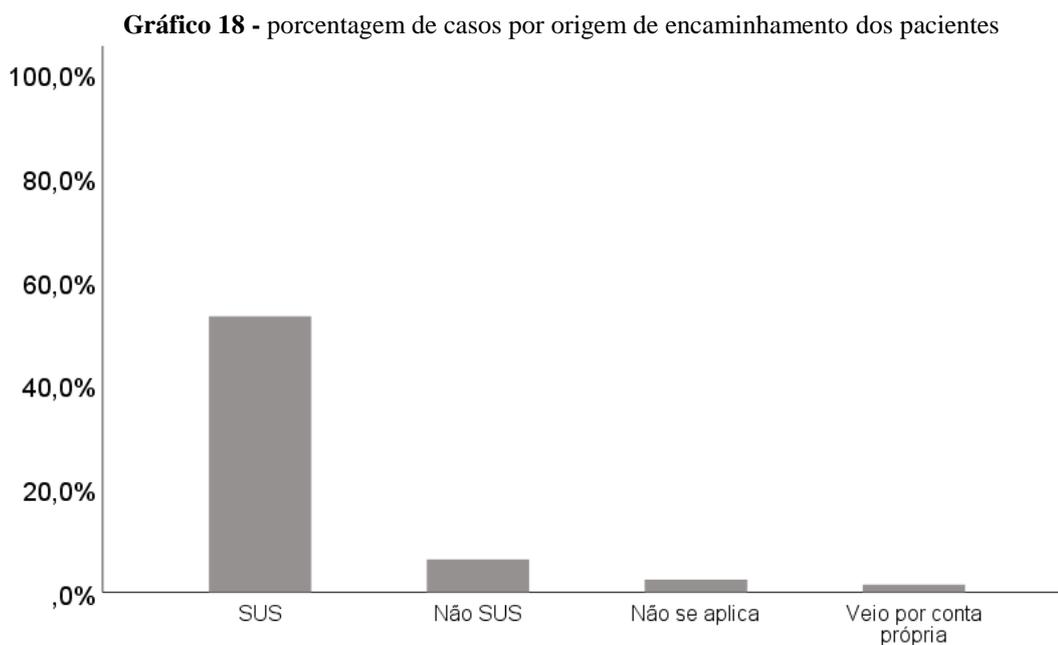
Fonte: Autora (2020).

Em relação à idade dos pacientes, o gráfico 16 refere que mais de 75% estão entre 60 e 79 anos (76,1%); 14,1% dos pacientes estão na faixa entre 40 a 59 anos, enquanto menos de 10% possuem 80 anos ou mais (9,8%).

**Gráfico 17 - Porcentagem de casos por cor dos pacientes**

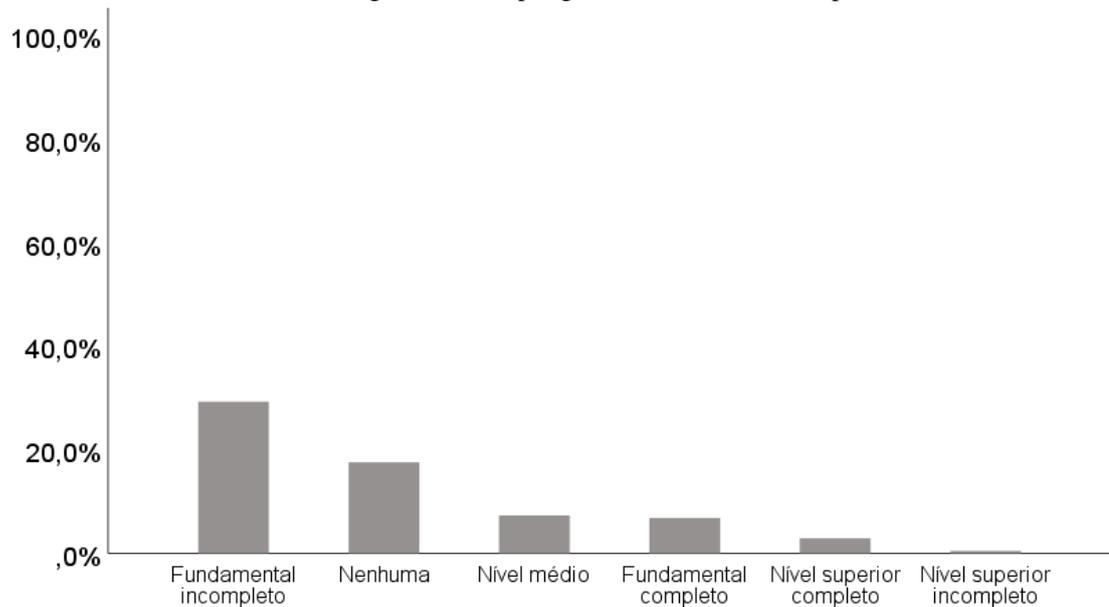
Fonte: Autora (2020).

Como podemos observar no gráfico 17, mais de 60,5% dos pacientes se declararam como pardos. Logo em seguida estão os pacientes identificados como brancos. A soma dos pacientes que se declararam como preto, indígena e amarelo não chega a 5% do total. De cada 100 pacientes, a informação sobre a cor estava ausente em relação a quase 20, representando um total de 18,5%.



Fonte: Autora (2020).

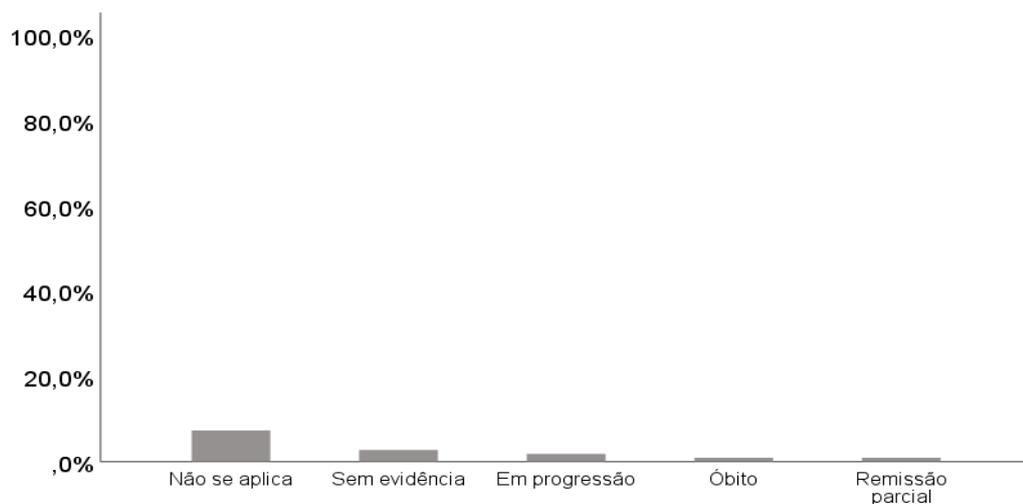
Em relação à origem do encaminhamento dos pacientes, o gráfico 18 demonstra que mais da metade foram encaminhados pelo SUS. Apenas 6,3% foram encaminhados pela rede de saúde suplementar; 1,5% dos pacientes tiveram acesso a UNACON HC-UFPE por vias de demanda espontânea. Em quase 36,3% dos casos a informação não estava disponível nos registros do banco de dados.

**Gráfico 19-** Porcentagem de casos por grau de escolaridade dos pacientes

Fonte: Autora (2020).

Em relação ao grau de escolaridade, o gráfico 19 revela que 29,3% dos pacientes não concluíram o ensino fundamental; 6,8% completaram o ensino fundamental; Apenas 7,3% dos pacientes possuem o ensino médio; 2,9% dos pacientes tem ensino superior completo e 0,5% não chegou a concluir. 17,6% dos pacientes não apresentam nenhum nível de escolaridade. Para quase 40% dos pacientes não continha a informação nos registros do banco de dados.

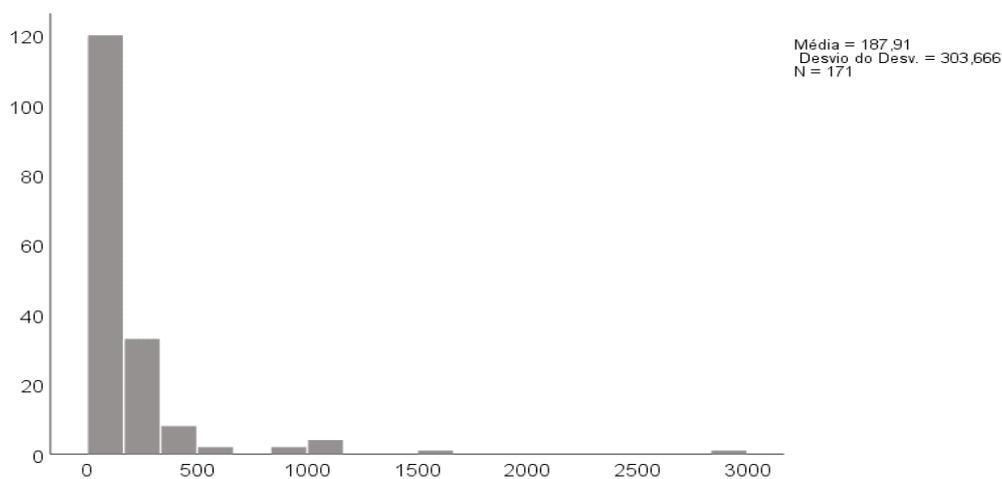
#### b) Variáveis relacionadas ao tratamento

**Gráfico 20 -** porcentagem de casos por situação da doença ao final do primeiro tratamento

Fonte: Autora (2020).

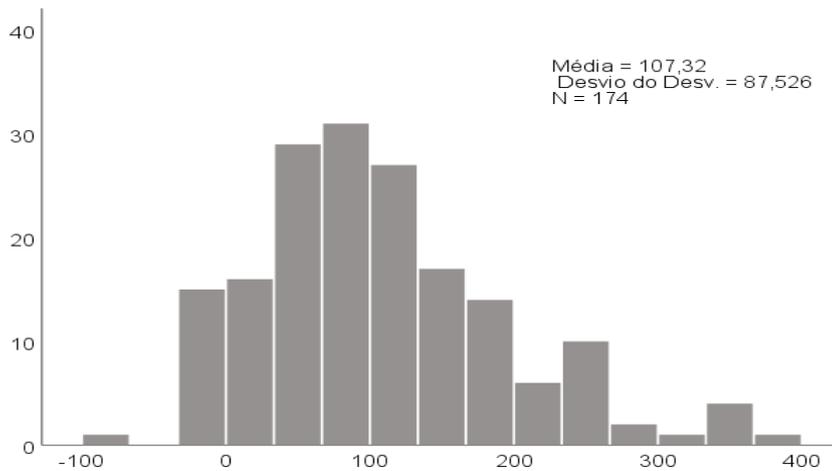
Em relação à situação da doença ao final do tratamento, o gráfico 20 informa que para 2,8% dos pacientes não havia evidências da doença; em 7,3% não se aplica a informação; 0,9% dos pacientes apresentaram remissão parcial; 1,8% dos casos estavam com a doença em progressão; 1% foi a óbito e outro 1% aparece com uma situação de estabilidade da doença. Destaca-se que não havia informações para 86,2% dos pacientes, nos registros do banco de dados.

**Gráfico 21** - Histograma do número de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento



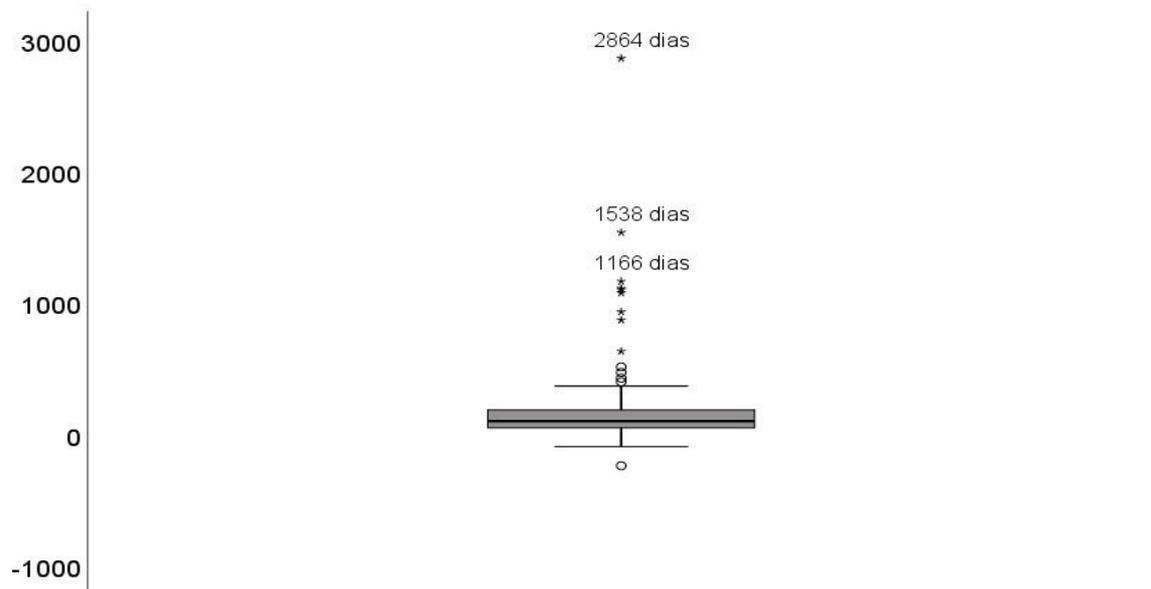
Fonte: Autora (2020).

No tocante ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, o gráfico 21 indicou que a média de dias foi de 187,91. Entretanto, o desvio padrão alto mostrou uma alta variabilidade, com casos que chegaram a mais de 2.500 dias de espera. Os dados mostram também, que boa parte dos pacientes iniciaram o tratamento em menos de 500 dias.

**Gráfico 22** - Histograma do número de dias entre diagnóstico e início do tratamento – sem outliers

Fonte: Autora (2020).

Como é possível observar no gráfico 22, após a identificação e remoção dos casos de outliers, por meio do Boxplot, o tempo médio gasto entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 107,32 dias.

**Gráfico 23**- Boxplot para identificar casos extremos entre o diagnóstico e o tratamento

Fonte: Autora (2020).

Por meio do Boxplot, no gráfico 23, é possível identificar os casos nos quais a quantidade de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento representa um outlier. Ou seja,

um caso desviante. Desse modo, os casos considerados como extremos foram removidos e a análise também foi realizada com essas observações.

#### 6.4 DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM DOS PACIENTES ATÉ A UNACON HC-UFPE

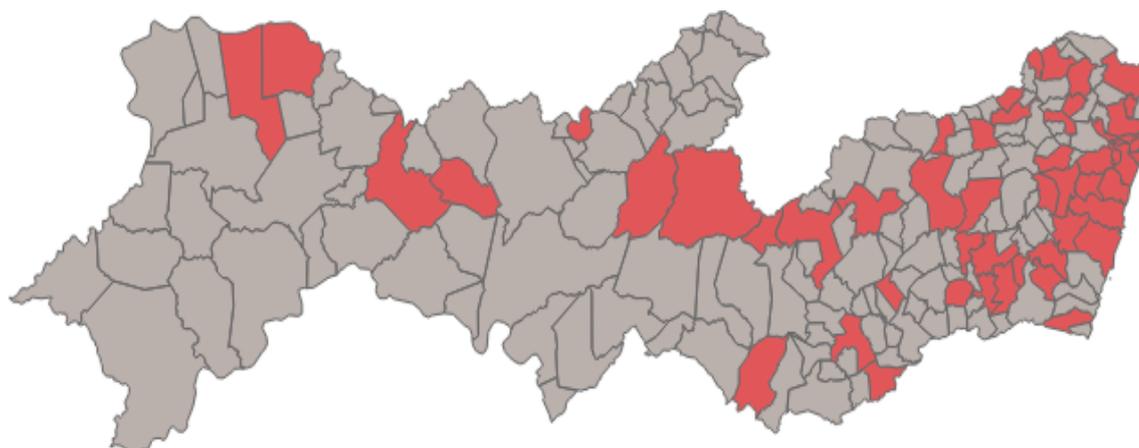
Vários estudos trazem reflexões sobre a problemática de pacientes que necessitam percorrer grandes distâncias para acessar tratamentos de saúde. A exemplo da pesquisa realizada por Baad et al. (2011) indicou que as pessoas com doença oncológica, que residiam a mais de 100Km do serviço de radioterapia, são mais propensas a morrer do que as que vivem em uma distância máxima de 50Km. O estudo de Jong et al. (2004) demonstrou diferenças estatísticas significativas sobre o risco relativo de morte dos pacientes, independentemente do tipo de câncer. Assim, é possível afirmar que a distribuição desorganizada dos pacientes nos centros de referência aumenta consideravelmente as barreiras geográficas.

No estado de PE a maioria dos serviços de referência oncológica está concentrada na capital, Recife, e por isso, uma grande parcela de pacientes precisam, muitas vezes, percorrer grandes distâncias para ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

De acordo com o INCA (2018), o tratamento do câncer depende da organização de estruturas hospitalares de alta complexidade, com maior densidade tecnológica, e nesse sentido, Migowski (2018) ressalta que os serviços de maior densidade tecnológica, por suas características, geralmente estão mais concentrados, gerando um grande desafio à regulação do acesso e a contratualização para a garantia da integralidade da atenção oncológica.

A figura 3 indica a procedência dos pacientes que realizaram acompanhamento ambulatorial e tratamento para o câncer de próstata na UNACON HC - UFPE, no período de 2010 a 2016.

**Figura 3** – Mapa que representa os principais municípios de origem dos pacientes com câncer de próstata atendidos na UNACON HC - UFPE (2010 a 2016)



Fonte: Autora (2020).

Como pode ser observado na figura 3, a UNACON HC-UFPE recebeu pacientes de todas as macrorregiões do estado, com maior frequência de pacientes oriundos da macrorregião I, onde está localizada.

**Tabela 8** – Distância percorrida pelos pacientes, do seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (01/01/2010 a 21/05/2013)

Distância até Recife	N	Mínimo	Máximo	Média
	94	0	645	56,00

Fonte: Autora (2020).

Os dados apresentados na tabela 8, referem que, no período mencionado, os pacientes com câncer de próstata tiveram que percorrer uma distância média de 56 km para ter acesso ao diagnóstico e/ou tratamento oncológico na UNACON HC-UFPE.

**Tabela 9** – Distância percorrida pelos pacientes, do seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (22/05/2013 a 31/12/2016)

Distância até Recife	N	Mínimo	Máximo	Média
	108	0	620	83,98

Fonte: Autora (2020).

De acordo com os dados apresentados na tabela 9, os pacientes com câncer de próstata tiveram que percorrer uma distância média de 83,98 km, para ter acesso ao diagnóstico e/ou tratamento oncológico na UNACON.

**Tabela 10** -Distância percorrida pelos pacientes, do seu município de origem até a UNACON HC - UFPE (2010 a 2016)

Distância até Recife	N	Mínimo	Máximo	Média
	202	0	645	70,97

Fonte: Autora (2020).

Conforme os dados apresentados na tabela 10, os pacientes que realizaram acompanhamento / tratamento do câncer de próstata na UNACON HC-UFPE, no período de 2010 a 2016, tiveram que percorrer em média 70,97 Km para ter acesso ao diagnóstico e/ou tratamento oncológico

**Tabela 11** - Teste t para amostras independentes, considerando variáveis semelhantes, em relação à distância percorrida pelos pacientes do seu município de origem até a UNACON HC – UFPE (2010 a 2016)

	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
								Inferior	Superior
-									
Distância até Recife	6,014	0,015	-1,55	195	0,122	-27,274	17,546	- 61,878	7,330

Fonte: Autora (2020).

Conforme dados apresentados na tabela 11, o Teste de Levene apontou que as variâncias são diferentes entre os grupos ( $p$ -valor  $< 0,05$ ). A utilização do teste t para verificar se existe diferença na média de quilômetros entre a cidade do paciente e Recife, demonstrou que o  $p$ -valor é maior que 0,05, indicando que não existe diferença estatística significativa entre os grupos.

## 6.5 RESULTADOS QUALITATIVOS

### 6.5.1 Fatores relacionados ao acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na UNACON HC- UFPE

Em Pernambuco, a estimativa para a doença maligna da próstata é de 2.630 novos casos, para cada ano do triênio 2020-2022 (INCA, 2019). Diante desse contexto, garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença, em tempo oportuno, a essa demanda cada vez mais crescente, torna-se um desafio para os profissionais de saúde e gestores, pela sua complexidade e abrangência. Dessa forma, o atendimento a essa demanda exige serviços bem estruturados e profissionais qualificados, em todos os níveis da atenção à saúde.

Segundo Gonçalves et al. (2010), na busca por cuidados os pacientes podem enfrentar barreiras geográficas, socioculturais e econômicas ou entraves ligados a própria falta de estrutura dos serviços de saúde, o que afeta principalmente, aqueles pacientes que já têm apresentado os sinais e sintomas de alteração na próstata. Para entender os motivos que levam à demora para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na UNACON HC-UFPE, foi realizada entrevista com o chefe do setor de Urologia.

A PNPCC, estabelece, nas diretrizes relacionadas à prevenção do câncer, no art. 9, inciso IV, que seja garantido o diagnóstico do câncer em tempo oportuno, de modo que não haja barreiras ou quaisquer dificuldades para a realização do tratamento. A política também determina, nas diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação, no art. 11, inciso V, que haja o monitoramento e avaliação acerca da acessibilidade aos serviços de saúde, com ênfase no tempo de espera para a realização do início do tratamento.

Conforme explicitado nas seções anteriores deste trabalho (seção 2), é na atenção básica que se inicia a jornada do paciente com suspeição do câncer, sendo assim, os casos de pacientes com suspeita de câncer de próstata devem ser encaminhados prioritariamente aos serviços de saúde especializados de média complexidade (ambulatórios e serviços de diagnóstico) para que a partir desse momento, em caso de confirmação da doença, esse paciente seja referenciado à uma UNACON ou CACON, onde daria início a realização do tratamento.

No entanto, pesquisas recentes têm demonstrado que, em todo o país, grande parcela da população masculina, com suspeita da doença, tem encontrado muitos obstáculos para ter acesso aos serviços especializados, tanto no que diz respeito à primeira consulta com o

especialista (urologista) quanto para realizar os exames que definem o diagnóstico da doença (BRASIL, 2019; INTERFARMA, 2020).

O encaminhamento ao especialista depende, na maioria das vezes, dos resultados dos exames de diagnóstico, que podem indicar o desenvolvimento da doença ou não. De acordo com a fala do entrevistado essa seria a primeira dificuldade encontrada pelos pacientes, o acesso aos serviços especializados (média e alta complexidade), para que haja a confirmação da doença, que é feita por meio da realização da biópsia da próstata. No trecho da entrevista, abaixo, o entrevistado deixa explícito o problema, ao afirmar:

*“(...) o primeiro problema que eu identifico é a dificuldade que o paciente tem de conseguir chegar até o especialista com o seu exame de PSA ou biópsia, então já há essa dificuldade natural do sistema público em permitir que o paciente chegue até aqui, essa é a primeira dificuldade”.*

A Portaria nº 140 de 2014 determina que os hospitais habilitados em oncologia devem realizar a investigação do diagnóstico de câncer. No entanto, não isenta a rede básica e de média complexidade de possuir estes ou ter referências que possam agilizá-lo (BRASIL, 2014).

Neste sentido, é possível identificar claramente os aspectos relativos a esta questão, no âmbito da UNACON HC-UFPE, na fala do entrevistado, abaixo, ao mencionar o processo de investigação diagnóstica como uma das principais barreiras para o acesso ao diagnóstico definitivo e tratamento do câncer de próstata, em tempo oportuno:

*“(...) chegando no especialista, a partir do momento que a gente suspeita aí vem a segunda dificuldade que é a realização da biópsia, especificamente no HC nós estamos realizando biópsia, certo, que é feito junto ao nosso colega aqui que faz junto com os residentes, nós temos realizado uma quantidade pequena para a grande demanda que nos procura, porque tem que tirar um fragmento tudinho...Então essa é outra dificuldade, porque são poucos os lugares aqui no estado que fazem biópsia de próstata no sistema público, né, nós estamos falando do sistema público de saúde, então a gente recebe pacientes que são oriundos daqui mesmo né, encaminhados dos diversos serviços do hospital, ou das outras clínicas, a grande maioria vem daqui mesmo e aí também tem a demanda de fora, porque realmente são poucos os hospitais que fazem isso entendeu, então a segunda dificuldade é a realização da biópsia”.*

O conteúdo acima explicita uma realidade em que, a ausência de serviços de diagnóstico na atenção especializada, de média complexidade, dificulta ainda mais a realização do diagnóstico precoce, considerando que muitos pacientes chegam na UNACON HC-UFPE ainda sem diagnóstico definido, e toda essa demanda acaba ficando a cargo apenas

das unidades de referência de alta complexidade, que conseqüentemente, não consegue atendê-la em tempo hábil. Nesse interim, cabe ressaltar que, o ambulatório especializado em urologia não atende apenas a patologia do câncer de próstata, mas, todas as outras enfermidades que sejam de sua competência.

O HC-UFPE é um Serviço de saúde de referência em várias especialidades e tratamentos, para muitos tipos de doenças, nesse sentido foi questionou-se, durante a entrevista, sobre a existência de protocolos ou pactuações com a gestão do HC-UFPE, no tocante à organização dos fluxos de atendimento e assistência aos pacientes que chegam ao Serviço de Urologia com suspeita e ou confirmação do câncer de próstata.

E como pode-se observar, na resposta do entrevistado, logo abaixo, há um protocolo de atendimento interno no ambulatório de Urologia, no entanto, com relação aos fluxos dos atendimentos desses pacientes, nos demais setores do HC-UFPE (setores que realizam procedimentos de diagnóstico), não existem pactuações para que haja garantia da integralidade da assistência e prioridade no atendimento, como podemos inferir sobre a fala do entrevistado no depoimento a seguir:

*“(...) existe protocolo de atendimento para o atendimento dos casos suspeitos e ou confirmados de câncer de próstata (no entanto). Não existe pactuação com a direção ou com outros serviços de diagnóstico do hospital para garantia de prioridade desses pacientes realizarem esses exames, pacientes com suspeita de câncer de próstata. Inclusive isso foi uma luta para se fazer essa biópsia aqui no serviço, inclusive foi uma luta nossa, aqui do serviço para se fazer essa biópsia aqui pela Urologia, porque antes eram feitas no Serviço de Radiologia e era um número muito pequeno, aí um profissional aqui do serviço foi treinado, tudinho e aí começou a fazer por conta própria e treinou outros colegas nossos, e a partir do momento que ele começou a fazer a gente começou a aumentar as nossas demandas de biópsia aqui, em torno de 5 biópsias por semana, antes era de responsabilidade da radiologia e era uma quantidade muito menor.”*

Vale destacar, no conteúdo da fala acima, que há também insuficiência de profissionais capacitados para a realização de procedimentos de diagnóstico na referida UNACON HC-UFPE, e este aspecto reflete a baixa produção de exames, como a Biópsia da Próstata, por exemplo.

De acordo com o INCA (2017), o protocolo terapêutico para cada caso de câncer é definido conforme o seu estadiamento, que também pode indicar o prognóstico dos casos. Com relação aos exames para a definição do estadiamento da doença, a fala do entrevistado, a seguir, ressaltou as dificuldades vivenciadas na UNACON, ao referir que existem filas de espera para realização de procedimentos fundamentais na definição da extensão da doença:

*“(...)temos dificuldade com a realização de Tomografia e ressonância, a Ressonância Magnética de próstata ela é utilizada em muitos casos. Casos suspeitos de câncer de próstata, a gente tem muita dificuldade de limitação de fazer esses exames, porque o próprio serviço de radiologia determinou que a gente só pode fazer 20 ressonâncias por mês, urologia e nefrologia que é muito pouco para as nossas necessidades.”*

A falta de materiais para a realização dos procedimentos de diagnóstico também reflete um problema vivenciado na UNACON HC-UFPE, como é possível observar no depoimento a seguir:

*“(...) dentro da realização da Biópsia aí vem outro problema. Pra fazer Biópsia a gente precisa de material, precisa de ultrassom, precisa de agulha e alguns materiais básicos pra fazer, então muitas vezes falta material para a realização da biópsia. Quando falta material às vezes a gente passa um mês, dois meses sem fazer Biópsia, por exemplo no ano passado tivemos dois meses sem fazer biópsia, só que a demanda continua aumentando, então os pacientes continuam chegando e a gente continua indicando porque o paciente precisa fazer, aí começamos a criar listas de espera para a Biópsia também.”*

De acordo com uma pesquisa realizada pelo INCA (2017), sobre o estadiamento do câncer de próstata em pacientes atendidos pelo SUS, em 2017, em todas as regiões do Brasil, havia um déficit de informações referentes ao estágio da doença no momento do diagnóstico, entretanto, nos registros que continha a informação, observou-se que 45% dos casos chegaram aos serviços de referência, com a doença em estágios I e II. Os dados do estudo também apontaram que uma boa parte dos pacientes (13,7%) chegaram aos serviços, com a doença em estágios muito avançados (estágios III e IV). O banco de dados do RHC da UNACON HC-UFPE também apresentou essa dificuldade, pois, a maior parte dos cadastros dos pacientes, não apresentava a informação referente ao estadiamento da doença no momento do diagnóstico.

Os tipos de tratamento indicados para a neoplasia da próstata, podem variar conforme o estágio da doença, abrangendo: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e a vigilância ativa. Com a exceção da radioterapia, todas essas modalidades terapêuticas são disponibilizadas pela UNACON HC-UFPE.

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico, a fala do chefe do Serviço de Urologia, indicou que, o Serviço não apresenta muitas dificuldades, a equipe consegue dar conta da demanda em tempo razoavelmente rápido e sem ocasionar filas de espera, como pode-se observar no trecho da fala, abaixo:

*“(...) a partir do momento que tem o diagnóstico de câncer vamos para o tratamento, o tratamento também é dividido, a maioria que chega pra nós aqui vai pra cirurgia, então a gente faz a cirurgia aqui que é a prostatectomia, então nossa lista hoje de prostatectomia não é grande, a lista de espera não é grande, então*

*neste outro cenário de realização de cirurgia agente não tem muita dificuldade, como a gente tem um serviço grande aqui e gente que opera, (cirurgiões) a gente consegue operar 2 ou 3 casos por semana, isso pra doença localizada.”*

Sobre a modalidade de tratamento com hormonioterapia e quimioterapia, a UNACON HC-UFPE apresenta problemas referentes a falta ou insuficiência de medicamentos, o que pode causar a interrupção do tratamento ainda na metade do ciclo em execução, ou até mesmo no início. Além disso, o entrevistado também ressaltou que, em se tratando de medicamentos (hormonioterapia e quimioterapia) de 2º e 3ª linha, que são medicamentos mais sofisticados e que podem garantir melhores respostas contra a doença, não são disponibilizadas em sua totalidade, pelo SUS, por isso, muitas vezes os pacientes têm que fazer a solicitação dos medicamentos por vias judiciais, para consegui-los. A fala do entrevistado a seguir, identifica tais problemáticas vivenciadas na UNACON:

*“(…) se você vai pra um outro cenário que é um paciente com câncer de próstata avançado, aí vem os pacientes que não tem mais indicação de cirurgia, e estes vão precisar fazer hormônio ou quimio (quimioterapia) mas principalmente hormônio (hormonioterapia), temos um ambulatório específico aqui, que o hospital dá a medicação, aí temos problema, porque pelo mesmo motivo das agulhas, falta verba para comprar a medicação, então os pacientes que deveriam tomar a medicação a cada três meses, às vezes quando chega no dia de tomar a medicação, não tem a medicação, então às vezes demora pra repor o estoque e o paciente demora a fazer o tratamento, isso aí é para a hormonioterapia tá...se a gente for para um cenário de quimioterapia ou digamos uma hormonioterapia melhor para o paciente, aí não tem, vem um outro problema, porque o serviço público não fornece essas medicações, ou seja, o hormônio de segunda ou terceira linha, que são mais caros, não estão no rol de pagamento do SUS, então o paciente só consegue através de judicialização, então o paciente vai judicializar, daí às vezes consegue às vezes não.”*

Com relação à equipe de profissionais para o atendimento da demanda no Serviço de Urologia, o entrevistado relatou que o número de profissionais médicos (Urologistas) era insuficiente para o atendimento da demanda que chega ao Serviço, como demonstrado no trecho da fala que segue:

*“(…) com relação aos recursos humanos, o número de profissionais para atender a demanda que chega é insuficiente, a gente só consegue fazer aqui muitos dos nossos serviços assistenciais, porque a gente tem uma residência médica, nós temos 06 médicos aqui residentes que são os que pegam pesado aqui, eles estão todos os dias o dia todo, então os outros colegas tem uma carga horária e funções diferentes tem gente que tem vínculo da EBSEERH com carga horária diferente e que não estão aqui todos os dias, então a gente só consegue realizar um grande número de atendimentos, cirurgias aqui por que a gente tem um grande número de residentes, se a gente não tivesse esses residentes, talvez a gente não conseguiria fazer nem metade do que a gente faz aqui hoje, entendeu, porque é impossível, humanamente impossível, a gente só tem 9 profissionais aqui na urologia, sendo que dos 9 profissionais urologistas 4 são professores que em tese são pra dar aula né, mas a gente também realiza as atividades assistenciais, fazemos cirurgias, ambulatório visitas.”*

Sobre o acompanhamento de pacientes na modalidade de vigilância ativa, que se refere ao acompanhamento anual daqueles pacientes que apresentaram sinais da doença em estágios muito iniciais, o entrevistado afirmou que há pacientes nessa modalidade de acompanhamento, no entanto, estes enfrentam as mesmas dificuldades, relacionadas a realização de exames periódicos, necessários para o monitoramento do possível avanço da doença, como exames de imagem e Biópsia, conforme indica a fala seguinte:

*“(...) existem pacientes em vigilância ativa, muitos, mas eles também correm nas mesmas dificuldades dos outros né, dificuldades em relação a marcação de consulta e dificuldade de conseguir os exames que a gente pede, anualmente... Não existe programa de busca ativa, porque não temos condições de fazer isso... A demanda de atendimento já é muito alta e mal conseguimos dar conta disso”.*

No tocante às ações e estratégias de monitoramento do tempo que os pacientes com câncer de próstata levam para ter acesso ao diagnóstico e o tratamento, a partir do momento que ele chega à UNACON HC-UFPE, o entrevistado referiu que, não há um mecanismo de monitoramento institucional. Por fim, o entrevistado referiu que, por todas as dificuldades que havia explanado, a UNACON HC-UFPE não conseguia garantir ao paciente, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno, conforme estabelece a lei nº 12.732/2012, destacando novamente, o exame de Biópsia como principal entrave para o acesso ao diagnóstico definitivo do câncer de próstata, como é possível observar no trecho da fala seguinte:

*“(...) então o paciente enfrenta muitas dificuldades de conseguir tanto o tratamento quanto o diagnóstico, e quando se trata do diagnóstico é ainda pior porque 60 dias é o tempo mínimo que ele conseguiria a Biópsia, do meu ponto de vista hoje, esse seria o tempo mínimo para ele ter acesso a biópsia e acrescente aí mais, talvez, mais um mês para conseguir apresentar para o médico e só a partir daí ele ter acesso ao tratamento.”*

## 7 DISCUSSÃO

As análises desenvolvidas a partir dos dados do Sistema de informação RHC e da aplicação de questionário e entrevista, com as chefias dos serviços de urologia e oncologia, indicaram que a PNPCC não está sendo implementada, na UNACON HC – UFPE, de modo que possa garantir, aos pacientes, o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, em tempo oportuno. O que refere um descumprimento da determinação legal, estabelecida pela lei nº 12.732/2012. Nesse sentido, os resultados do estudo apontaram ainda, a existência de fatores que dificultam o acesso dos pacientes com câncer de próstata, ao diagnóstico e tratamento da doença, de maneira oportuna.

Desta forma, os resultados da pesquisa revelaram que, quanto ao perfil dos pacientes atendidos na UNACON, nos períodos analisados no estudo, não houve grande diferença dos percentuais nas seguintes variáveis observadas: idade, cor, grau de escolaridade e origem do encaminhamento dos pacientes. Sendo assim, foi considerada a média dos casos observados no período total do estudo (2010-2016), cujos resultados demonstraram que, em relação à idade dos pacientes, cerca de 76,1% estavam na faixa etária entre 60-79 anos, 14,1% tinham entre 40-59 anos e 9,8% apresentavam idade acima de 80 anos. Estes dados indicam que a grande maioria dos pacientes estavam na faixa etária considerada de maior risco para o desenvolvimento da doença, pois, de acordo com o INCA (2020), as taxas de incidência e mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos.

Em relação à cor, 60,5% dos pacientes se autodeclararam pardos; 17,6% brancos; 2,4% pretos e 0,5% amarelos e indígenas. Os dados indicaram que a maioria dos pacientes se identificaram como pardos. De acordo com o Instituto Oncoguia (2019), a cor é considerada um fator de risco para o câncer de próstata, pois, os homens negros são 60% mais propensos a desenvolver esse tipo de câncer, apresentando 2,4 vezes mais chances de morrer por causa da doença. E além de apresentar o maior risco, os homens negros, tendem a desenvolver tumores mais agressivos (IVC, 2020).

Quanto ao grau de escolaridade, 29,3% dos pacientes tinham o ensino fundamental incompleto; 6,8% concluíram o ensino fundamental; 7,3% tinham o ensino médio completo; 0,5 tinham o ensino superior incompleto; 2,9% superior completo e 17,6% não eram alfabetizados. Dessa forma, os dados apontaram que, boa parte dos pacientes apresentaram baixo grau de escolaridade. Sobre este aspecto, alguns estudos referem haver uma relação entre o nível de escolaridade e o acesso aos serviços de saúde, a exemplo da pesquisa

realizada por Amorim et al., (2011), sobre os fatores associados a realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata, a qual indicou que, grande parte dos homens que nunca haviam realizado nenhum tipo de exame preventivo para o câncer de próstata, também apresentavam baixo grau de escolaridade.

No que diz respeito a origem do encaminhamento para a UNACON, mais da metade dos pacientes foram encaminhados pelo SUS, 53,2%. Apenas 6,3% foram encaminhados pela saúde suplementar enquanto 1,5% dos pacientes acessaram a UNACON por meio de demanda espontânea. Vale destacar que a informação não estava disponível para 36,3% dos casos.

Quanto às variáveis relacionadas ao acesso ao tratamento do câncer de próstata, no que se refere a situação da doença ao final do primeiro tratamento, também se optou por considerar a média dos casos observados no período total do estudo (2010-2016). Assim, os resultados apontaram que, 2,8% dos pacientes não tinham evidências sobre a situação da doença; 0,9% estavam com a doença em estado de remissão parcial; para 1,8% dos casos, a doença estava em progressão; 1,0% dos pacientes foram a óbito e em 7,3% dos casos não se aplicava este indicativo. Vale destacar que a maioria dos cadastros (86,2%), não possuíam a informação, indicando assim, uma falha no momento do registro dos prontuários dos pacientes, que ocorre durante a realização das consultas de acompanhamento. Esses dados também podem indicar as dificuldades referentes a realização dos exames necessários para a determinação da situação da doença, após o fim do tratamento.

Em relação ao tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento oncológico, a análise dos dados de registros dos pacientes, no período de (01/01/2010 a 21/05/2013), demonstrou que a média do tempo de espera pelo tratamento foi de 113,76 dias. No segundo período (22/05/2013 a 31/12/2016) a média de tempo de espera foi de 125,95 dias e no período total (2010 a 2016) a média apresentada foi de 107,32 dias. Os dados indicam que não houve diferença relevante no tempo de espera, entre os dois períodos analisados. Entretanto, foi possível observar que, mesmo após a implementação da “lei dos 60 dias” (a partir de 22/05/2013), a UNACON HC-UFPE não vem garantindo, aos pacientes com câncer de próstata, o acesso ao primeiro tratamento, em tempo oportuno, ou seja, no prazo máximo de 60 dias, conforme determina a lei nº 12.732/2012 (BRASIL, 2012).

Em conformidade com os resultados da análise dos dados quantitativos, as informações obtidas por meio da entrevista e do questionário, realizados com as chefias dos ambulatórios de urologia e oncologia, indicaram que, fatores como: a alta demanda de pacientes que chegam à UNACON, sem diagnóstico definido; a insuficiência de

procedimentos para a realização dos exames de confirmação de diagnóstico (biópsia) e definição do estadiamento da neoplasia da próstata (ressonância, ultrassonografia, tomografia); a insuficiência de profissionais especializados/capacitados para efetuar os procedimentos de diagnóstico e as longas distâncias que os pacientes tem que percorrer para chegar até a UNACON, figuram como verdadeiras barreiras no caminho traçado pelos pacientes até o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença, no âmbito do referido serviço de saúde.

Uma pesquisa do INCA (2017), apresentando dados obtidos por meio dos sistemas de informações do SUS, abrangendo todas as regiões do Brasil, constatou que, em 2016, havia um déficit de 92,5% na produção de biópsias de próstata no país, o que demonstra uma grande fragilidade no sistema público de saúde, para a realização da investigação do diagnóstico do câncer. Essa realidade também pode ser observada no contexto da UNACON HC-UFPE, que vem seguindo o panorama nacional, em relação a baixa produção de exames de biópsia da próstata. Conforme demonstraram os dados analisados, muitos pacientes chegam a UNACON HC-UFPE, sem o diagnóstico conclusivo da doença e o reduzido número de exames realizados na unidade, não consegue suprir as necessidades da demanda que busca atendimento, o que acaba formando as filas de espera para a realização desse procedimento, fundamental ao diagnóstico definitivo da doença.

Além da insuficiência na realização dos exames de biópsia, os dados também indicaram que, a UNACON também apresenta deficiências em sua estrutura, no tocante a oferta de exames complementares ao diagnóstico, que são procedimentos importantes para a definição do estadiamento da doença. Nesse aspecto é válido destacar que, no período analisado na pesquisa, a UNACON HC-UFPE não realizava o exame de ressonância magnética, nesse caso os pacientes eram encaminhados para outros serviços de saúde no SUS ou conveniados.

Os achados da pesquisa identificaram também que, nos períodos analisados, os pacientes precisaram percorrer grandes distâncias para chegar até a UNACON HC-UFPE. No período entre (01/01/2010 a 21/05/2013) a distância média percorrida pelos pacientes, foi de 56 km, no segundo período (22/05/2013 e 31/12/2016), a distância média percorrida foi de 83 km. Esses dados sugerem que, muitos pacientes, com suspeita ou confirmação de câncer de próstata, tiveram que enfrentar longas distâncias para ter acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata.

De acordo com as Portarias nº 140/2014 e nº 874/2013, o tratamento oncológico deve ser priorizado em serviços mais próximos a residência dos pacientes, os deslocamentos mais extensos devem ser realizados apenas quando o serviço não é disponibilizado na macrorregião do paciente (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013). Vale ressaltar a importância de reconhecer o problema específico das longas distâncias percorridas pelos pacientes, dado a complexidade do tratamento oncológico, os pacientes precisam recorrer aos serviços de saúde várias vezes por semana ou mensalmente, durante muitos anos (AMBROGGI et al., 2015).

Deste modo, as unidades de assistência oncológica tornam-se responsáveis pelos pacientes a partir do momento que esses procuram o serviço. Essa prerrogativa exige dos profissionais de saúde o conhecimento sobre a rede referenciada em oncologia, a fim de que a população acometida pela doença possa ser bem orientada e encaminhada para os serviços de saúde disponíveis em suas respectivas regiões de residência.

Segundo o INCA, em Pernambuco, todas as macrorregiões de saúde possuem unidades de assistência habilitadas em oncologia (INCA, 2019). No entanto, com a falta de conhecimento sobre a rede e o fluxo de encaminhamento desordenado, muitos pacientes acabam saindo do interior para realizar tratamento na capital, mesmo quando poderiam fazer em hospitais mais próximos de suas residências.

Para Cunha (2010), as falhas no sistema de regulação assistencial é uma das dificuldades que impedem o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, de forma equânime e ordenada. O autor refere que a regulação compreende as dimensões de controle, avaliação e auditoria do SUS, proporcionando a otimização dos recursos assistenciais disponíveis, ao mesmo tempo que possibilita a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população. Dessa forma, a regulação age sobre todo o processo de encaminhamento e seguimento do paciente dentro do sistema de saúde, desde o acesso aos procedimentos de diagnóstico até o desfecho, priorizando os critérios de necessidade e não da “capacidade de deslocamento do próprio paciente”.

Além disso, esses deslocamentos extensos podem causar a superlotação das unidades de saúde da capital e tornar o tratamento ainda mais oneroso aos cofres públicos, ao considerarmos que esses pacientes terão a necessidade de outros recursos, como o transporte, que nesses casos é feito por meio do programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD e as casas de apoio, que são instalações montadas na capital e financiadas pelos municípios do interior para abrigar aqueles pacientes que precisam permanecer por dias consecutivos, devido a exigência dos tratamentos.

Nesse sentido, considerando que as grandes distâncias percorridas pelos pacientes até os serviços de saúde, se tornam barreiras geográficas que impedem ou dificultam o acesso a assistência (TRAVASSOS E CASTRO, 2012), observamos a necessidade de uma maior articulação da rede de serviços que compõe a atenção de alta complexidade, a fim de que os pacientes não precisem se afastar das unidades de saúde que atuam no seu território de residência.

Quanto às variáveis relacionadas ao acesso ao tratamento do câncer de próstata, os resultados indicaram que a unidade de referência, lócus desta pesquisa, consegue atender a demanda por tratamento cirúrgico, sem muitos problemas, no entanto, no que se refere aos tratamentos com hormonioterapia e quimioterapia, a UNACON enfrenta problemas relativos à falta ou insuficiência de medicamentos, que muitas vezes, não permite que os pacientes iniciem ou continuem o tratamento indicado pelo médico.

Ainda com relação ao tratamento com hormonioterapia, os resultados dos dados qualitativos e quantitativos indicam que a não cobertura pelo SUS de medicamentos mais sofisticados, considerados como terapias de 2ª e 3ª linha, também contribuem para dificultar o acesso dos pacientes aos tratamentos, uma vez que não estando na lista dos fármacos ofertados pelo SUS, o paciente e seus familiares são praticamente obrigados a partir para a apelação judicial, demandando assim, ainda mais tempo de espera para iniciar o tratamento.

Quanto à modalidade de tratamento com radioterapia, como a UNACON não comporta os equipamentos em sua estrutura, quando há necessidade de realização desse tipo de tratamento, os pacientes são encaminhados para outros serviços de saúde conveniados à UNACON. No fluxo do encaminhamento os próprios pacientes ficam responsáveis por realizar o agendamento das sessões de radioterapia nos respectivos serviços indicados pela unidade. No entanto, os pacientes também encontram alguns entraves para realização do procedimento, pois, a insuficiência de equipamentos no Estado, e a concentração dos serviços na capital, praticamente obriga os pacientes a se deslocarem por grandes distâncias para ter acesso ao tratamento.

Em 2012, a SBRT afirmou que, anualmente, cerca de 90 mil pessoas deixam de realizar radioterapia por falta de instalações de equipamentos na rede pública de saúde. Nesse mesmo ano, em entrevista à revista Rede Câncer em 2012, o radioterapeuta Robson Ferrigno, presidente da SBRT à época, ressaltou que a modalidade terapêutica radioterápica oferece uma importante possibilidade de cura para muitos tipos de câncer, incluindo alguns de

grande incidência na população brasileira, como próstata, pulmão, mama e colo do útero (INCA, 2012).

Nesse sentido, Salgado (2012) ressalta que o atraso para a realização do tratamento radioterápico pode afetar a eficácia do tratamento. Além de torná-los mais onerosos, devido as grandes distâncias que os pacientes precisam percorrer para acessar as unidades de tratamento, já que estes estão concentrados em poucos centros oncológicos ou em localizações estratégicas, além do fato de que o número de profissionais radioterapêuticos no país, é insuficiente para suprimento das necessidades desse tipo de tratamento.

A SBRT revelou que, em 2016, o Brasil possuía apenas 60% da capacidade estrutural necessária para tratar os pacientes com necessidade de radioterapia, considerando os tipos de câncer mais incidentes na população, foram estimadas, nesse período, cerca de 5 mil mortes pela falta de acesso à radioterapia (SBRT, 2018).

Os pacientes que permanecem na modalidade de tratamento de vigilância ativa, enfrentam as mesmas dificuldades dos pacientes que necessitam de diagnóstico, considerando que estes precisam realizar os exames periodicamente, para acompanhar uma possível evolução da doença e iniciar o tratamento.

A partir dos resultados do estudo, foi possível concluir que a unidade de saúde analisada apresenta diversos aspectos em sua estrutura e organização, que prejudicam a qualidade da assistência oncológica, bem como dificultam o acesso dos pacientes com câncer de próstata, ao diagnóstico definitivo e ao tratamento da doença de maneira célere.

Diante do exposto, os resultados da pesquisa indicaram que a UNACON HC-UFPE precisa passar mais confiança para os pacientes, reavaliando sua estrutura física e organizacional, na constante perspectiva de identificar e corrigir as falhas observadas, para que os usuários tenham uma assistência integral e de qualidade.

Para tanto, se faz necessário a criação de estratégias e ações que permitam o monitoramento do tempo gasto pelo paciente para acessar os exames de diagnóstico e os tratamentos disponibilizados, a fim de que os profissionais e gestores conheçam os possíveis entraves, e assim possam realizar um planejamento e organização dos fluxos de atendimento e das ações assistenciais, na perspectiva de garantir o atendimento das demandas por diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, em tempo oportuno.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de metodologia quantitativa e qualitativa identificou fragilidades na estrutura da oferta dos serviços de diagnósticos e terapêuticos para o câncer de próstata, na unidade de referência oncológica do HC-UFPE.

Diante das elevadas taxas de morbidade e mortalidade, o câncer de próstata vem configurando-se ao longo do tempo como um grave problema de saúde pública, o qual exige cada vez mais, um aparato de políticas públicas que possibilitem à população o acesso à informação sobre a doença, bem como a serviços de saúde bem estruturados que sejam capazes de garantir o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de forma integral e em tempo oportuno.

Nesse sentido, este estudo objetivou trazer contribuições para a melhoria da qualidade da assistência recebida pelos pacientes com câncer de próstata na UNACON HC-UFPE. A partir da descrição da estrutura física e caracterização das ações assistenciais desenvolvidas na unidade, indicando os fatores que estão relacionados ao atraso no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

Os resultados da pesquisa revelaram que há muitos entraves que dificultam o acesso dos pacientes com câncer de próstata ao diagnóstico e tratamento, em tempo hábil. E estes entraves se instituem em todos os níveis da atenção à saúde, seja na etapa anterior ao tratamento ou mesmo quando o paciente chega aos serviços de assistência de alta complexidade, cuja estrutura e organização, por vezes, dificulta o acesso dos pacientes aos médicos especialistas e aos exames, tornando lento o acesso dos pacientes aos procedimentos de confirmação do diagnóstico e aos tratamentos. Por isso, é fundamental que os serviços criem e organizem estratégias de monitoramento do tempo gasto pelo paciente no caminho trilhado até o diagnóstico definitivo e o tratamento do câncer de próstata, dentro das suas estruturas assistenciais.

Diante dos resultados apresentados foi possível concluir que, avaliar o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, pode ajudar os profissionais e gestores a compreender melhor as principais dificuldades apresentadas na UNACON HC-UFPE, bem como, facilitar a identificação de gargalos e obstáculos enfrentados pelos pacientes. Nesse entendimento, sugere-se que a unidade de saúde defina regras para o estabelecimento de indicadores de desempenho e metas das ações e serviços produzidos, para que o diagnóstico e

o tratamento do câncer de próstata sejam o mais célere possível. Considerando que, quanto mais cedo for descoberta e tratada a doença, maiores serão as chances de cura e melhor o prognóstico dos pacientes.

O câncer de próstata é e continuará sendo um dos maiores desafios a ser enfrentado no âmbito das políticas públicas de saúde, por se tratar de uma das neoplasias mais incidentes e que mais mata a população masculina no mundo e no Brasil. Sendo assim, para garantir um bom funcionamento das unidades assistenciais de alta complexidade, é importante que haja um planejamento adequado, para o estabelecimento de fluxos de atendimento verdadeiramente organizados, considerando as reais necessidades da população que vem, de forma crescente, demandando esses serviços.

Diante deste contexto, urge a necessidade de novos estudos para aprofundar o conhecimento acerca dos gargalos presentes nos serviços de referência oncológica, a fim de orientar o planejamento para a melhoria dos investimentos em saúde, em busca da eficiência e da qualidade da assistência prestada. E na perspectiva de contribuir para a ampliação do conhecimento, na área abrangente das políticas públicas de saúde, este trabalho visa a ampliação do debate acerca das múltiplas questões que envolvem a temática da atenção oncológica nas UNACON, com o intuito de promover a qualificação da assistência prestada e consequentemente a qualidade de vida da população acometida pelo câncer.

Assim, no âmbito da atenção oncológica prestada aos pacientes com câncer de próstata na UNACON HC-UFPE, pretende-se contribuir para: fortalecer a implementação PNPCC, evidenciando os aspectos relacionados ao atraso no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata; oferecer elementos teóricos que possam instituir, ampliar e qualificar as estratégias de monitoramento para a efetivação da assistência, em tempo oportuno, de modo que, seja possível garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes atendidos na unidade.

A partir dos resultados desta pesquisa, pretende-se elaborar um relatório com os principais achados do estudo e apresentá-lo aos profissionais, chefes e gestores envolvidos diretamente com a assistência prestada aos pacientes com câncer de próstata, na UNACON HC-UFPE, no intuito de promover o debate e a criação de estratégias de enfrentamento aos gargalos que dificultam ou impedem o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, em tempo oportuno.

Por fim, espera-se que este estudo tenha contribuído para a ampliação da literatura existente sobre o tema, servindo como fonte de conhecimento aos gestores, profissionais de

saúde, pesquisadores e a sociedade em geral, promovendo reflexões acerca das temáticas abordadas, além de estimular futuras pesquisas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Living as a prostate cancer survivor**. 01 de ago, 2019. Disponível em: <[http:// www. Cancer.org/cancer/prostate-cancer/after-treatment/follow-up.html](http://www.Cancer.org/cancer/prostate-cancer/after-treatment/follow-up.html)>. Acesso em: 22 Feb. 2020.

\_\_\_\_\_. **Non-small cell lung cancer survival rates**. 2017. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/non-smal-cell-lung-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>>. Acesso em: 20 de abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Survival rates for prostate cancer**. 2014. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>>. Acesso em: 02 de abr. 2020.

AMBROGGI, M. et al. Distance as a barrier to Cancer Diagnostic and Treatment: Review of the Literature. **The Oncologist, Dayton**, v. 20, p. 1378-1385, 2015.

AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; ALVES, C. G. P. Fatores Associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde pública**, v. 27, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2011, p. 347-356.

ATTY, T. M.; JARDIM, B. C. A.; MIGOWSKI, A.; TOMAZELLI, J.G. PAINEL-oncologia: uma ferramenta de gestão. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 66, n.2, p. e- 04827, 30 de abr. 2020.

BAAD, P. D. et al. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. **Medicinal journal of Australia**, Sydney, v.195, n. 6,p. 350-354, 2011.

BARREIRA. M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de programas e políticas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001,

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à saúde no âmbito do Sistema de Saúde (SUS). 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Seção 1, p.1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.289 de 20 de setembro de 2001**. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2439, de 8 de dezembro de 2005**. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 dez. 2005. Sessão 1, p. 80-81.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 42.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, poder executivo, Brasília, DF, 17 de maio 2013<sup>a</sup>. Seção 1, P.129-132.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Nº 13.045 de 25 de novembro de 2014.** Diário oficial da República Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília, DF, 26 de nov. de 2014.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Alexandre de Moraes (Org.) 16 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da república, 2014.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** Relator Ministro José Jorge. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria Operacional.** Relator Ministro Augusto Nardes. Acórdão Nº 1944/2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia- SAI-SUS- Sistemas de informações ambulatoriais.** 21. Ed. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Câncer de próstata: Consenso.** Rio de Janeiro, INCA: 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_prostata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_prostata.pdf). Acesso em: 13 de abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata.** Relatório de recomendação. Brasília, outubro, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata.** Relatório de recomendação. Out. 2015.

BRAY, F. et al. Planning and developing populations – based cancer registration in low and middle – income settings. Lion, France: **International Agency for Research on cancer**, n.43, 2014. Disponível em: [www.rho.org/files/IARC\\_planning\\_developing\\_cancer\\_registries\\_2014.pdf](http://www.rho.org/files/IARC_planning_developing_cancer_registries_2014.pdf). Acesso em: 20 Set. 2019.

CABRAL, I.C. **Avaliação da rede de frio local do distrito sanitário II de João Pessoa-PB.**2003. Dissertação (mestrado em enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

CEPAS, T. 60 dias para o câncer e o direito do paciente. 2017. **Observatório de oncologia.** Disponível em: <<http://www.observatoriodeoncologia.com.br/estudos>. Acesso em 10 de ago. 2019.

CEPAS, T. Gastos Federais em Oncologia. 2018. **Observatório de oncologia (Org.)**. Disponível em: <<http://www.observatoriodeoncologia.com.br/estudos/>>. Acesso em 10 de mar. 2019.

CIT - GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Documento de Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/imagens/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-me--Diretrizes-para-organiza---o-das-Redes-de-Aten---o-sa--de-do-SUS.pdf>>. Acesso em: 21 de maio de 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULLOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. P. 41-60.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais.** Petrópolis. Vozes. 2004.

COSTA, F, L.; CASTANHAR, J. C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos.** *Revista de administração pública*, v. 37, nº 5, 2003.

CUNHA, C. B. **Regular para garantir acesso: Uma complexa rede de regulação da assistência contribui para o acesso democrático no Sistema Único de Saúde.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Revista Rede Câncer*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 36-38, 2010.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. **Revista da escola de enfermagem** da USP. 2012, v. 46, n. 5, p. 1274-1278.

CRUZ, M.M. Avaliações de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. Ed. Porto Alegre: Artimed, 2007.

DORNAS, M. C. Câncer de próstata. **Revista HUPE.** V. 7, nº 1, 2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9286/7192>. Acesso em 22 de abr. 2020.

DUBOIS, C. A. et al. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A.; et al. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011. P. 19-40.

FREITAS, W.R.S.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando Estudos de casos Como Estratégia de Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas e Sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n. 2, p.7-22, jul. 2011.

FEIJOO, A. M. L. C. Provas estatísticas. In: **A pesquisa e a estatística na psicologia e na educação**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2010, p. 43-69.

FUNCIA, F. R. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS**: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência e saúde coletiva*, v. 24, n. 12, Rio de Janeiro, 25 nov. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R.; REBELLO, E. F. S.; ARAÚJO, F. C.; NASCIMENTO, E. F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Ciência e saúde coletiva**. Vol. 13, Rio de Janeiro, fev. 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.57-63, abr. 1995.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n 23, p. 7-70, jan./jun. 2001.

GONÇALVES, A. A.; SIMONETTI, V.M.M.; NOVAES, M.L.O. Rede de atenção oncológica: curso e percurso da implantação. In: **REDE DE OPERAÇÕES GLOBAIS: oportunidades e desafios**, 13, 2010, São Paulo. Anais. V. 1, p.1-12. Disponível em: <[http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2010/artigos/E2010\\_Too182\\_PCN27859.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2010/artigos/E2010_Too182_PCN27859.pdf)>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

HEIDENREICH, A., et al. Diretrizes sobre câncer da próstata. **Eur Urol**, v.53, n.1, 2018, p.68-80.

HUANG, B.; DIGNAN, M.; JOHNSON, O. Does distance matter? Distance to mammography facilities and stage at diagnosis of breast câncer. In: **Kentucky J Rural health**. 2009, p. 366-371. Disponível em: <<http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19780916/>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

IARC - INTERNATIONAL AGENCY RESEARCH ON CANCER. **Number of new cases in 2018, both sexes, all ages**. The global Cancer Observatory, march, 2019. Disponível em: <<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/39-all-cancers-fact-sheet.pdf>>. Access em: 20 set. 2019.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer**: Abordagens básicas para o controle do câncer. Mario Jorge Sobreira da Silva (Org.), 4 ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2018.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2018**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018>. Acesso em 13 agosto, 2019.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2020**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em : <https://www.inca.gov.br/estimativa>. Acesso em 10 de abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Tipos de câncer**. Câncer de próstata. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 21 de mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **Informativo**. Detecção precoce. Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. Boletim. Ano 8. N. 2, jul/dez, 2017.

\_\_\_\_\_. **Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata**: detecção precoce. Boletim. Ano 5. Nº 2, mai/ago, 2014.

\_\_\_\_\_. **Onde tratar pelo SUS**. Pernambuco. 01 de jul. de 2019. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus/pernambuco>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Detecção precoce do câncer**. Disponível em : <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/deteccao-precoce/101/6/>. Acesso em 25 de abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2018**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018>>. Acesso em 27 agosto, 2019c.

\_\_\_\_\_. Impedindo a queda. **Rede Câncer**. Rio de Janeiro, 2018. N. 40, p. 39-41, Mar. 2018. Trimestral.

\_\_\_\_\_. **Estadiamento**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estadiamento>>. Acesso em: 22 de abr. 2020.

\_\_\_\_\_. **Estimativas de câncer no Brasil**. Disponível em<<http://www.oncoguia.org.br/conteúdo/estimativas-no-brasil/1705/1>>. Acesso em 06 de jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **Conhecendo a realidade dos pacientes com câncer de próstata**. 2005. Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br/conteudo/projeto-sobre-cancer-de-prostata/10222/1093/>>. Acesso em: 05 de jan. 2020.

\_\_\_\_\_. **Tipos de câncer – câncer de próstata**. Disponível em: <<https://vencerocancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata-tipos-de-cancer/fatores-de-risco-9/>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. **Mitos e verdades sobre o câncer de próstata.** Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/mitos-e-verdades-sobre-o-cancer-de-prostata/4451/28/>. Acesso em: 05 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. **Taxa de sobrevida para câncer de próstata.** Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/taxa-de-sobrevida-para-cancer-de-prostata/5857/289/>. Acesso em: 08 de abr. 2020.

INTERFARMA (Org). **Câncer no Brasil: Jornada do paciente no Sistema de Saúde e seus impactos sociais e financeiros.** 2019. Disponível em: <http://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/cancer-no-brasil-n-a-jornada-do-paciente-no-sistema-de-saude-e-seus-impactos-sociais-e-financeiros-interfarma.pdf>.> Acesso em: mai. 2020.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma política Nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate.** *Ciência & saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 555-563, set. 2006.

JANNUZZI, P. M. **Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas.** In: *Planejamento e políticas públicas*. N. 36. Jan./jul. 2011.

JONG, K.E. et al. Remoteness of residence and survival from cancer in New South Wales. *Medical Journal of Australia*, Sydney, v. 180, p. 618-622, 2004.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 2005.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia e planejamento.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. V. 1.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2. Ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** *Ciência e Saúde coletiva*. V. 15, n. 5, Rio de Janeiro, ago. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 1999.

MIGOWSKI, A.; ATTY, A. T. M.; TOMAZELLI, J. G.; DIAS, M. B. K.; JARDIM, B. C. A atenção oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Revista brasileira de cancerologia**, 2018, n. 64, p. 247-250.

MUKHERJEE, S. **O imperador de todos os males: uma biografia do câncer.** São Paulo: Companhia das Letras; 2012. 634 p.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA (Org). **Câncer como a primeira causa de mortes nos municípios brasileiros.** Observatório de oncologia. Disponível em:

<<https://observatoriodeoncologia.com.br/cancer-como-a-primeira-caoa-de-morte-nos-municipios-brasileiros-em-2015>>. Acesso em: 22 de jan. 2020.

\_\_\_\_\_. **Quanto custa tratar um paciente com câncer em 2016**. 2018. Disponível em: <<http://observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar-um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016>>. Acesso em: 05 de jan. 2020.

PERES, A. C. Sob o Signo do Câncer. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, nº 155, p. 16-21, ago. 2015.

RAMOS, M, P; SCHABBACH, L.M. O estado da arte da avaliação de políticas Públicas: Conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

SILVA, E. L. MENEZES, E. M. **Metodologia de Pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC/PPGEP, 2000, 118 p.

SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (org.). **Políticas públicas** Coletânea – Volume 1. Brasília, ENAP, 2006.

SALGADO, N. A radioterapia no tratamento oncológico: prática clínica e sensibilidade cultural. **Interações**, São Paulo. N.22, p.39-57,2012.

SHIGUTI, W. A., SHIGUTI, V. S. C. **Apostila de estatística**. Brasília, 2006.

SBU - SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Rastreamento do câncer de próstata. Nota oficial 2018**. Set. de 2018. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/medicos/destaque-sbu/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>. Acesso em: 23/03/2020.

\_\_\_\_\_. **Nota Oficial 2018 – Rastreamento do câncer de Próstata**. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/medicos/destaque-sbu/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>. Acesso em: 14 de ago. de 2019.

SOUSA. C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº16, jul/dez 2006, p 20-45.

SBR- SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA. **Notícias. Sociedades médicas discutem crise da radioterapia no Brasil**. 16 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/noticias/item/1385-sociedades-medicas-discutem-crise-da-radioterapia-no-brasil>. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

SCHEFFER, M et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo, FMUSP, CFM, Cremesp, 2018 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. **Políticas públicas de controle de câncer no Brasil**: elementos de uma trajetória. Cad. Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, 2012, p. 375-377.

**APÊNDICE A - FATORES QUE DIFICULTAM O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC-UFPE**

<b>DIFICULDADES PARA O ACESSO AO DIAGNÓSTICO</b>	<b>DIFICULDADES PARA O ACESSO AO TRATAMENTO</b>
<p><b>1 – Demora para realizar biópsia e obter o resultado do exame:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiência de equipamentos para realização do exame de biópsia;</li> <li>- Insuficiência de profissionais capacitados para realização do exame de biópsia;</li> <li>- Falta de insumos e materiais para realização do exame de biópsia;</li> <li>- Insuficiência de profissionais para realizar a análise do material de biópsia e liberar o laudo (resultado).</li> </ul> <p><b>2- Dificuldade para marcar consulta com especialista Urologista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta demanda de pacientes;</li> <li>- Insuficiência de profissionais (médicos) especialistas (urologistas) para absorver a demanda.</li> </ul> <p><b>3 - Demora para realizar e obter os resultados dos exames de imagem, complementares para definição do estadiamento (Ressonância magnética, tomografia, ultrassonografia)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiência de equipamentos para realização dos exames;</li> <li>- Falta de insumos e materiais para realização dos exames</li> </ul> <p><b>4 – Longas distâncias percorridas pelos pacientes até a UNACON</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades para agendar as consultas e os procedimentos ambulatoriais (exigência do agendamento presencial);</li> <li>-Dificuldades para comparecer as consultas e procedimentos agendados devido a dependência de transporte.</li> </ul>	<p><b>1- Demora para definição do diagnóstico e estadiamento da doença.</b></p> <p><b>2- Demora para iniciar o tratamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta medicamentos para início e continuidade do tratamento (hormonioterapia e quimioterapia)</li> <li>- Não cobertura pelo SUS de medicamentos mais modernos e sofisticados como as opções de medicamentos de segunda e terceira linhas;</li> <li>- Falta de estrutura para realização de tratamento radioterápico na UNACON (Pacientes são encaminhados para outros serviços de saúde)</li> </ul> <p><b>3 - Longas distâncias percorridas pelos pacientes até a UNACON e outros serviços de referência (para a radioterapia).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentração dos serviços de alta complexidade, na capital.</li> <li>- Falhas na regulação do acesso aos serviços de saúde disponíveis na região de residência dos pacientes;</li> <li>- Dificuldades para comparecer às sessões do tratamento devido a dependência de outros subsídios, como transporte (TFD), auxílio alimentação.</li> </ul>

**APÊNDICE B – ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DOS FATORES QUE DIFICULTAM O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA UNACON HC-UFPE.**

**Estratégias e ações para o enfrentamento dos fatores que dificultam o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na UNACON HC-UFPE**

- Priorizar as práticas de avaliação enquanto estratégia de transformação, no âmbito dos processos de trabalho instituídos na UNACON, criando as condições para que o julgamento avaliativo seja realizado de forma verdadeiramente crítica e abrangente, de modo que seja possível promover a implantação de estratégias que favoreçam a capacitação dos atores envolvidos, proporcionando a estes um conhecimento reflexivo acerca dos processos de trabalho no qual então inserido, permitindo uma conscientização desses atores sobre as consequências de suas decisões e de suas práticas cotidianas.
- Criar protocolos de regulação do acesso, explicitando os fluxos assistenciais, os critérios para instituir as classificações de riscos, priorizando as situações que exigem maior urgência de atendimento e a indicação das referências e contra referências na rede de atenção oncológica.
- Criar estratégias para gerenciar as filas de espera por procedimentos de diagnóstico.
- Criar estratégias para agilizar os encaminhamentos necessários e o agendamento de consultas de acompanhamento.
- Criar estratégias para ampliação do acesso aos procedimentos necessários ao diagnóstico definitivo do câncer de próstata.
- Criar estratégias e ações de monitoramento sobre a produção dos serviços de diagnóstico, por meio da avaliação continuada dos indicadores que representem a realidade das experiências cotidianas, no intuito de auxiliar o monitoramento da qualidade e da quantidade dos serviços prestados na UNACON.
- Fomentar processos de coleta, estruturação, análise e divulgação dos indicadores que compreendam todas as etapas do itinerário realizado pelos pacientes dentro da UNACON, desde o acesso ao diagnóstico até o término do tratamento.

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DA UNACON HC-UFPE**

(Elaborado pela autora, baseado na portaria 140/2014, (Brasil,2014))

**Dados da UNACON**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CNES:** \_\_\_\_\_

**Tipo de habilitação:** \_\_\_\_\_

**1- ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL**

a) Ambulatório para assistência em clínica médica do adulto e demais especialidades clínicas exigidas para modalidade de habilitação que se pretende ( ) sim ( ) não

B) Ambulatório para assistência em clínica médica do adulto e demais especialidades cirúrgicas exigidas para modalidade de habilitação que se pretende ( ) sim ( ) não

c) Pronto atendimento 24 horas para os casos de urgência oncológica matriculados no hospital ( ) sim ( ) não

d) A UNACON possui serviço de oncologia clínica ( ) sim ( ) não

e) Enfermaria para serviço de oncologia ( ) sim ( ) não

f) Enfermarias com assistência de internação

( ) Clínica médica quantidade: \_\_\_\_\_

( ) clínica cirúrgica quantidade: \_\_\_\_\_

g) A UNACON possui serviço de cirurgia oncológica ( ) sim ( ) não

h) Centro cirúrgico? ( ) sim ( ) não

i) Unidade de Terapia Intensiva adulta? ( ) sim ( ) não

j) Leitos cirúrgicos para oncologia? ( ) sim ( ) não

- k) Leitos clínicos para oncologia ? ( ) sim ( ) não
- l) A UNACON oferece cuidados paliativos ( ) sim ( ) não
- m) O plano de cuidados paliativos é registrado em prontuários ( ) sim ( ) não
- n) Se não há cuidados paliativos na UNACON a referência desse serviço está devidamente formalizada para qual unidade?
- o) Possui serviço de radioterapia ( ) sim ( ) não
- p) Possui equipe multiprofissional e multidisciplinar que contemple atividades técnico assistenciais realizadas em:
- Regime ambulatorial ( ) sim ( ) não
- Regime de internação ( ) sim ( ) não
- Regime de rotina ( ) sim ( ) não
- Regime de urgência ( ) sim ( ) não

## 2 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO

- a) A UNACON oferece consultas e exames para o diagnóstico diferencial e definitivo do câncer e para o estadiamento clínico ou cirúrgico da doença  
( ) sim ( ) não
- b) Serviço de diagnóstico por imagem que realize no mínimo os seguintes exames
- 1- Radiologia convencional ( ) sim ( ) não
  - 2- Mamografia ( ) sim ( ) não
  - 3- Ultrassonografia com doppler colorido ( ) sim ( ) não
  - 4- Tomografia computadorizada: ( ) sim ( ) não
  - 5- Cintilografia óssea: ( ) sim ( ) não
  - 6- Ressonância magnética: ( ) sim ( ) não
  - 7- Tomografia por emissão de pósitrons (PET Scan) : ( ) sim ( ) não

São permitidos a UNACON referenciar os serviços 4,5,6 e 7 se não forem oferecidos na estrutura da UNACON. Caso não ofereça um desses serviços, eles estão formalmente referenciados? ( ) sim ( ) não

Unidade de referência para os exames caso a UNACON não disponibilize

4- \_\_\_\_\_

5- \_\_\_\_\_

6- \_\_\_\_\_

7- \_\_\_\_\_

c) Sobre os equipamentos de diagnóstico por imagem:

1- Todos os equipamentos estão funcionando? ( ) sim ( ) não

2- Qual os principais problemas no serviço de diagnóstico da UNACON ? (pode marcar mais de uma opção)

( ) equipamento quebrado

( ) falta de material

( ) ausência do técnico responsável pelo equipamento

( ) Não existe problema

( \_\_\_\_\_ ) outros \_\_\_\_\_ motivos:

---

O que acontece caso o paciente necessite de um exame e o equipamento não esteja funcionando?

( ) o paciente é encaminhado para outro serviço para fazer o exame

( ) deve aguardar o concerto ou chegada do material que está faltando

( ) outros \_\_\_\_\_

d) Laboratório de anatomia patológica ( deve participar de programa de monitoramento de qualidade e possuir certificado atualizado) o qual realize no mínimo:

1- Biopsia de congelação ( ) sim ( ) não

2- Histologia ( ) sim ( ) não

3- Citologia ( ) sim ( ) não

5- Exame por técnica de biologia molecular ( ) sim ( ) não

Caso a UNACON não ofereça os serviços 2, 3, 4 e 5 as pacientes são encaminhadas para \_\_\_\_\_, desde que a referência esteja devidamente formalizada

A UNACON determina o diagnóstico definitivo e a extensão da neoplasia e assegura a continuidade do atendimento, de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas

( ) sim ( ) não

## **SERVIÇO DE CIRURGIA DE CÂNCER**

Obrigatoriedades mínimas para o serviço de câncer de próstata

- Cancerologia cirúrgica: ( ) sim ( ) não

- Urologista: ( ) sim ( ) não

- a) Possui recursos humanos e equipamentos com capacidade de realizar procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de tumores de próstata? ( ) sim ( ) não

## **SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA**

### **Quimioterapia**

- a) **Há salas para :**

Procedimentos médicos e farmacêuticos e de enfermagem: ( ) sim ( ) não

Armazenagem, controle e preparo de quimioterápicos e soluções : ( ) sim ( ) não

Quimioterapia com curta duração

Quimioterapia com longa duração

Molde

Capela de fluxo laminar

Central de quimioterapia

B) O hospital apresenta rotina de funcionamento escrita , atualizada pelo menos há 4 anos e assinada pelo responsável técnico do serviço, contemplando no mínimo

- os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem: ( ) sim ( ) não

- Armazenamento, controle e preparo de quimioterápicos e soluções: ( ) sim ( ) não

- Acondicionamento eliminação de resíduos de quimioterapia ( ) sim ( ) não

- Manutenção de equipamentos: ( ) sim ( ) não

C) São registradas em um único prontuário as informações sobre a quimioterapia, incluindo

- planejamento quimioterápico global ( ) sim ( ) não
- esquema quimioterápico ( ) sim ( ) não
- posologia ( ) sim ( ) não
- Doses prescritas e aplicadas em cada sessão ( ) sim ( ) não
- Monitoramento da toxicidade mediata e imediata ( ) sim ( ) não
- Intercorrências e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida: ( ) sim ( ) não

D) Garante a presença de pelo menos um médico oncologista clínico durante todo período de aplicação da quimioterapia: ( ) sim ( ) não

E) Disponibilidade dos medicamentos quimioterápicos disponibilizados no SUS e utilizados no tratamento do câncer de próstata:

<b>Medicamento</b>	<b>disponível</b>	<b>indisponível</b>	<b>Disponível, mas não suficiente</b>	<b>Não utilizado</b>
Apalutamida				
Enzalutamida				
Bicalutamida				
Gosserrelina				
Leuprolide				
Triptorrelina				
Docetaxel				
Cabazitaxel				
Mitoxantrona				
Ciclofosfamida				
Radium				
Samário e estrôncio				
Abiraterona				

OBS: existem problemas com a falta de medicamento na UNACON? ( ) sim ( ) não

Qual medicamento não é suficiente para o número de pacientes com câncer de próstata?

---

N ° total de quimioterapia para o tratamento do câncer realizadas na UNACON em no período de 2010 a 2016?

Nº total de quimioterapias realizadas em homens com câncer de próstata no período de 2010 a 2016? \_\_\_\_\_

### **REGISTROS OBRIGATÓRIOS**

- a) Alvará de funcionamento: ( ) sim ( ) não atualizado: ( ) sim ( ) não
- b) Possui PGRSS: ( ) sim ( ) não atualizado : ( ) sim ( ) não
- c) O estabelecimento está cadastrado no CNES: ( ) sim ( ) não atualizado: ( ) sim ( ) não
- d) Os prontuários estão devidamente ordenados no serviço de arquivo médico? ( ) sim ( ) não
- e) Possui um prontuário único para todos os tipos de atendimento e a ele referente? ( ) sim ( ) não

- O prontuário possui as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas por todos os profissionais de saúde envolvidos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento? ( ) sim ( ) não

### **PARÂMETROS DE PRODUÇÃO**

a) A habilitação como UNACON está de acordo com a portaria nº 140 de 2014, para cada 500 mil habitantes ou de acordo com a população adstrita ( ) sim ( ) não

b) A produção esperada por uma UNACON para uma população de 500mil habitantes ou 900 CNC/ano está de acordo com a portaria nº 140 de 2014?

- 650 procedimentos de cirurgia de câncer ( ) sim ( ) não

- 5300 procedimentos de quimioterapia ( ) sim ( ) não

-43.000 campos de radioterapia, por equipamento ( cobaltoterapia, acelerador linear de fótons, e acelerador linear de fótons e eletrosns) ? ( ) sim ( ) não

### **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE CÂNCER**

Utiliza o RHC ( ) sim ( ) não

Atualizado ( ) sim ( ) não

Utiliza o SISCAN ( ) sim ( ) não

Atualizado ( ) sim ( ) não

**RECURSOS HUMANOS DA UNACON**

- A) Técnico farmacêutico ( ) sim ( ) não
- B) Farmacêutico ( ) sim ( ) não
- C) Médico habilitado em cancerologia cirúrgica ( ) sim ( ) não
- D) Médico habilitado em cancerologia clínica ( ) sim ( ) não
- E) Médico especialista em anestesiologia ( ) sim ( ) não
- F) Intensivista ( ) sim ( ) não
- G) Médico clínico durante todo processo de aplicação da quimioterapia e responsável técnico farmacêutico ( ) sim ( ) não

**APÊNDICE D – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL E ACESSO DOS  
PACIENTES AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA  
NA UNACON HC-UFPE.**

<b>Variáveis relacionadas ao perfil e acesso dos pacientes ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata</b>	
<b>Variáveis analisadas</b>	<b>Perfil dos pacientes</b>
	Idade
	Cor
	Grau de escolaridade
	<b>Distância (km)</b>
	Origem de residência dos pacientes
	<b>Acesso ao diagnóstico e tratamento</b>
	Tempo de espera entre o diagnóstico e o primeiro tratamento
	Situação da doença ao final do primeiro tratamento.
	<b>Estrutura física e organizacional da UNACON HC-UFPE (conforme Portaria nº 140 de 2014).</b>
	Serviços de diagnóstico (exames fundamentais ao diagnóstico definitivo do câncer de próstata)
	Serviços de cirurgia de câncer
	Serviços de oncologia clínica
	Quimioterapia /Radioterapia
	Registros obrigatórios
	Parâmetros de produção
	Sistema de informação de câncer
Apoio multidisciplinar	

Fonte: Autora (2019).

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS  
PROFISSIONAIS DA UNACON HC-UFPE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Fatores Relacionados ao atraso no diagnóstico e Tratamento do câncer de próstata na Unidade de Alta Complexidade em oncologia do Hospital das Clínicas-UFPE, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Jacicleide Maria dos Santos, com endereço Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail para contato: jacimar20@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

O câncer de próstata é a neoplasia de maior incidência entre os homens, seguida de altas taxas de mortalidade. No Brasil o aumento da incidência pode ser justificado, em parte, pelo aprimoramento dos métodos de diagnósticos, avanço na qualidade dos sistemas de informação do país e o aumento da expectativa de vida. A longa espera para a realização do diagnóstico e do tratamento do câncer podem acarretar consequências graves para os pacientes como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida, sem falar que a demora em iniciar o tratamento pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes durante esse período. Assim o presente estudo tem como objetivo identificar os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata em uma Unidade de

Referência Oncológica do Estado de PE. A pesquisa, de caráter exploratório e descritivo, se desenvolverá através de abordagens quantitativa e qualitativa, com a aplicação de entrevistas semiestruturadas junto aos gestores dos serviços de oncologia e Urologia do Hospital das Clínicas – UFPE.

Por tratar-se de pesquisa com aplicação de entrevista o risco oferecido será causado por possível constrangimento aos sujeitos (burocratas e Gestores) entrevistados, devido ao conteúdo pessoal das perguntas. Tal constrangimento será minimizado com o zelo na formulação das questões e na forma de aplicação do questionário e testes, os quais primarão pelo respeito ao ser humano em sua individualidade, além de serem realizados em sala reservada com a presença apenas do entrevistado e pesquisador.

O desenvolvimento dessa pesquisa pode ser reconhecido como uma relevante contribuição para a colaborar com a produção de conhecimentos na área da saúde pública, ampliando de forma sistemática o entendimento sobre os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do Câncer de próstata no Hospital das Clínicas -UFPE.

Sua participação é muito importante para a pesquisa, para entender como funciona o fluxo de atendimento aos pacientes com câncer de próstata, bem como as ações prestadas pela instituição voltadas para atenção a esses pacientes. No intuito de identificar os possíveis fatores que estão relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes acometidos pelo câncer de próstata. Os dados coletados por meio da entrevista poderão contribuir para o planejamento da atenção oncológica no Hospital das clínicas-UFPE.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e dados de banco de dados), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal), sob a responsabilidade da pesquisadora Jacicleide Maria dos Santos, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte. Também, cópias de todos os resultados dos exames complementares realizados nesta pesquisa poderão ser solicitadas ao pesquisador.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver

necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas – UFPE, no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cephcufpe@gmail.com).**

---

(assinatura do pesquisador)

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_(colocar o nome completo da pesquisa)\_\_\_\_\_, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA REALIZADA COM OS CHEFES DOS SETORES DE UROLOGIA E ONCOLOGIA.**

- 1- Qual a capacidade de atendimento do serviço?
- 2- Quais as principais dificuldades enfrentadas pela instituição para dar respostas a demanda atendida (no caso dos pacientes com suspeita e/ ou confirmação de câncer de próstata)
- 3- Quais as metas anuais pactuadas internamente (com os outros serviços dentro da unidade) e externamente (com a rede de atenção ao paciente com câncer de próstata)?
- 4- Quanto aos recursos humanos (quantidade de profissionais na equipe)? Em seu entendimento, o número de profissionais é satisfatório para o atendimento da demanda em tempo oportuno?
- 5- Quanto a estrutura dos recursos de diagnóstico e terapêutico (medicamentos): é satisfatório para o atendimento da demanda acolhida?

**APÊNDICE G - TABELAS DE APRESENTAÇÃO DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS**  
**(Referente ao período total de 2010 a 2016)**

**Tabela 12 – Porcentagem dos casos por cor dos pacientes**

<b>Cor</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Branca	36	17,6
Preta	5	2,4
Amarela	1	0,5
Parda	124	60,5
Indígena	1	0,5
Sem informação	38	18,5
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 13- porcentagem dos casos por origem de encaminhamento dos pacientes**

<b>Encaminhamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
SUS	109	53,2
Não SUS	13	6,3
Veio por conta própria	3	1,5
Não se aplica	5	2,4
Sem informação	75	36,6
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 14 – Porcentagem dos casos por grau de escolaridade dos pacientes**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Nenhuma	36	17,6
Fundamental incompleto	60	29,3
Fundamental completo	14	6,8
Médio	15	7,3
Superior incompleto	1	,5
Superior completo	6	2,9
Sem informação	73	35,6
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 15 – Porcentagem de casos por idade dos pacientes**

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
40-59	16	14,7
60-79	83	76,1
80+	10	9,2
Total	109	100,0

**Tabela 16 – Porcentagem de casos por situação da doença ao final do tratamento**

<b>Estágio final tratamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sem evidência	22	10,7
Remissão parcial	11	5,4
Doença estável	2	1,0
Em progressão	8	3,9
Óbito	2	1,0
Não se aplica	18	8,8
Sem informação	142	69,3
Total	205	100,0

**APÊNDICE H - TABELAS DE APRESENTAÇÃO DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS**  
**(Referentes ao período de 01/01/2010 a 21/05/2013)**

**Tabela 17 – Porcentagem dos casos por cor dos pacientes**

<b>Raça/cor</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Branca	18	18,9
Preta	2	2,1
Parda	53	55,8
Sem informação	22	23,2
Total	95	100,0

**Tabela 18 - Porcentagem dos casos por origem de encaminhamento dos pacientes**

<b>Origem encaminhamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
SUS	39	41,1
Não SUS	6	6,3
Veio por conta própria	2	2,1
Não se aplica	2	2,1
Sem informação	46	48,4
Total	95	100,0

**Tabela 19 - Porcentagem dos casos por grau de escolaridade dos pacientes**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Nenhuma	17	17,9
Fundamental incompleto	25	26,3
Fundamental completo	2	2,1
Médio	7	7,4
Superior incompleto	1	1,1
Superior completo	3	3,2
Sem informação	40	42,1
Total	95	100,0

**Tabela 20 - Porcentagem dos casos por idade dos pacientes**

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
40 – 59	12	12,6
60 - 79	73	76,8
80 +	10	10,5

Total	95	100,0
-------	----	-------

**Tabela 21 - Porcentagem dos casos por situação da doença ao final do tratamento**

<b>Estágio final tratamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sem evidência	19	20,0
Remissão parcial	10	10,5
Doença estável	2	2,1
Em progressão	6	6,3
Óbito	1	1,1
Não se aplica	10	10,5
Sem informação	47	49,5
Total	95	100,0

**APÊNDICE I - TABELAS DE APRESENTAÇÃO DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS**  
**(Referentes ao período de 22/05/2013 A 30/12/2016)**

**Tabela 22 – Porcentagem dos casos por cor dos pacientes**

<b>Cor</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Branca	18	16,5
Preta	3	2,8
Amarela	1	,9
Parda	70	64,2
Indígena	1	,9
Sem informação	16	14,7
Total	109	100,0

**Tabela 23 – Porcentagem dos casos por origem de encaminhamento dos pacientes**

<b>Origem encaminhamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
SUS	69	63,3
Não SUS	7	6,4
Veio por conta própria	1	,9
Não se aplica	3	2,8
Sem informação	29	26,6
Total	109	100,0

**Tabela 24 - Porcentagem dos casos por grau de escolaridade dos pacientes**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Nenhuma	18	16,5
Fundamental incompleto	35	32,1
Fundamental completo	12	11,0
Médio	8	7,3
Superior completo	3	2,8
Sem informação	33	30,3
Total	109	100,0

**Tabela 25 – Porcentagem dos casos por idade dos pacientes**

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
40-59	16	14,7
60-79	83	76,1
80+	10	9,2
Total	109	100,0

**Tabela 26**

– Porcentagem de casos por situação da doença ao final do tratamento

<b>Estágio final do tratamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sem evidência	3	2,8
Remissão parcial	1	,9
Em progressão	2	1,8
Óbito	1	,9
Não se aplica	8	7,3
Sem informação	94	86,2
Total	109	100,0

## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA  
DE SERVIÇOS HOSPITALARES

**EBSERH**

### CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Jacicleide Maria dos Santos, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na Unidade de Assistência de Alta Complexidade do Hospital das Clínicas-UFPE**, que está sob a orientação do Prof. Enivaldo Carvalho da Rocha, cujo objetivo é **identificar os fatores relacionados ao retardo no diagnóstico e o início do tratamento do câncer de próstata em uma Unidade de Assistência de alta complexidade do Estado de PE**, nesta Instituição, no setor de Oncologia, bem como cederemos o acesso aos dados de base de dados do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer - RHC, questionários e entrevistas, para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que "o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa" declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife em 30/10, 19

Lutz Alberto Mattos  
Oncologista  
CRM 12470

## ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA  
DE SERVIÇOS HOSPITALARES

**EBSERH**

### CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Jacicleide Maria dos Santos, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na Unidade de Assistência de Alta Complexidade do Hospital das Clínicas-UFPE**, que está sob a orientação do Prof. Enivaldo Carvalho da Rocha, cujo objetivo é **identificar os fatores relacionados ao retardo no diagnóstico e o início do tratamento do câncer de próstata em uma Unidade de Assistência de alta complexidade do Estado de PE**, nesta Instituição, no setor de Urologia, bem como cederemos o acesso aos dados de base de dados de questionários e entrevistas, para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que "o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa" declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 08/11/2019  
Fátima de Jesus V. M.

Fabiana de Oliveira Vianna  
Coordenadora do Serviço de Urologia  
HC-UFPE  
CDD-11487

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na Unidade de Alta Complexidade em oncologia do Hospital das Clínicas-UFPE

**Pesquisador:** Jaci santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25496119.3.0000.8807

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.746.491

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado pela Assistente Social Jacicleide Maria dos Santos, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da UFPE. Tem orientação do Dr. Enivaldo Rocha de Carvalho, estatístico e professor da UFPE.

O estudo será desenvolvido na Unidade de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital das clínicas-UFPE, com desenho misto-sequencial, com uma abordagem qualitativa e quantitativa.

A população-alvo na etapa qualitativa será composta pelos profissionais envolvidos na gestão da Unidade de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital das clínicas-UFPE (UNACON-HC-UFPE) e mais especificamente do serviço de Urologia.

Na etapa quantitativa, serão utilizados prontuários de pacientes atendidos na UNACON, com diagnóstico de câncer de próstata no período de 2010 – 2016, com avaliação de informações referentes ao acesso dos pacientes a atenção de alta complexidade, como o percurso terapêutico, além de dados demográficos e clínicos.

Os pesquisadores esperam responder ao questionamento principal: Quais os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na UNACON/HC-UFPE?, tendo como tempo de referência 60 dias, definidos pela Lei Federal 12.732/2012 como tempo limite para o início do tratamento oncológico, a partir da assinatura do laudo patológico.

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-901

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-3743

**E-mail:** cep@ufpe@gmail.com

UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE



Continuação do Protocolo: 3.766.481

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar os fatores relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata em uma Unidade de Oncológica do Estado de PE.

**Objetivo Secundário:**

- Analisar as ações assistenciais voltadas para o câncer de próstata, desenvolvidas no âmbito da UNACOM HC-UFPE;
- Descrever a estrutura física e os recursos materiais e humanos, disponibilizados para a assistência ao paciente com câncer de próstata na UNACOM/HC-UFPE;
- Analisar o tempo decorrido para a definição do diagnóstico e o início do tratamento, em homens diagnosticados com câncer de próstata na UNACOM/HCUFPE;
- Elaborar artigo científico explicitando os resultados encontrados na pesquisa a ser desenvolvida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores declaram riscos de quebra de sigilo e referem que as entrevistas qualitativas serão realizadas em local privado.

Como benefícios, mencionam que o estudo contribuirá para oferecer subsídios aos profissionais que atuam na rede de atenção oncológica no planejamento das ações voltadas a saúde do homem. Espera-se também colaborar com a produção de conhecimentos na área da saúde pública, ampliando de forma sistemática o entendimento sobre as ações voltadas para atenção à saúde do homem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta de pesquisa está clara, bem definida e estruturada. Os resultados contribuirão para entendimento dos fatores que atrasam o tratamento do paciente com câncer de próstata em seu percurso terapêutico.

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

Apresenta os documentos exigidos pela Resolução CNS 466/12.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Projeto cumpre requisitos da Resolução 466/12, não havendo impedimento ético para sua

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermaria)  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-3743 **E-mail:** oephcupe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 3.766.481

realização.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**PROJETO APROVADO APÓS A ANÁLISE DE PENDÊNCIAS PELOS RELATORES**

O Protocolo foi avaliado e está APROVADO. Para iniciar a coleta de dados. Solicitamos o comparecimento ao NAP para solicitar a Carta de Encaminhamento, caso a pesquisa seja realizada no âmbito do Hospital das Clínicas. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP HC/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil. Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP HC/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1464856.pdf	03/12/2019 10:10:03		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_Maiores18_modificado.doc	03/12/2019 10:08:54	Jaci santos	Aceito

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermaria)  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81) 3126-3743 **E-mail:** cep@ufpe@gmail.com

UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 3.746.491

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	03/12/2019 10:06:17	Jaci santos	Aceito
Outros	resposta_as_pendencias.pdf	03/12/2019 10:05:00	Jaci santos	Aceito
Outros	telapag_5_instituicao participante.docx	12/11/2019 09:10:44	Jaci santos	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	12/11/2019 09:08:28	Jaci santos	Aceito
Outros	Fornulário_EBSEERH.doc	12/11/2019 09:07:06	Jaci santos	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_e_confidencialidade.pdf	12/11/2019 09:04:33	Jaci santos	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	12/11/2019 09:03:13	Jaci santos	Aceito
Outros	SAME_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	12/11/2019 09:01:53	Jaci santos	Aceito
Outros	Curriculo_orientador.pdf	12/11/2019 09:00:46	Jaci santos	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisadora.pdf	12/11/2019 08:59:16	Jaci santos	Aceito
Outros	termo_anuencia_oncologia.pdf	12/11/2019 08:56:35	Jaci santos	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_urologia.pdf	12/11/2019 08:56:12	Jaci santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	12/11/2019 08:54:28	Jaci santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/11/2019 08:50:29	Jaci santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Dezembro de 2019

Assinado por:  
José Angelo Rizzo  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (01) 2126-3743 E-mail: caphculpe@gmail.com