

## Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para início do tratamento do câncer de próstata

Association of sociodemographic and clinical variables with time to start prostate cancer treatment

Raone Silva Sacramento (<http://orcid.org/0000-0002-7124-8447>)<sup>1</sup>  
Luana de Jesus Simião (<https://orcid.org/0000-0002-1350-7690>)<sup>1</sup>  
Kátia Cirlene Gomes Viana (<https://orcid.org/0000-0003-3721-2480>)<sup>2</sup>  
Maria Angélica Carvalho Andrade (<https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>)<sup>1</sup>  
Maria Helena Costa Amorim (<https://orcid.org/0000-0002-4252-7092>)<sup>1</sup>  
Eliaana Zandonade (<https://orcid.org/0000-0001-5160-3280>)<sup>1</sup>

**Abstract** *Introduction: Disparities in prostate cancer care have been evidenced and associated with sociodemographic and clinical factors, which establish the time for diagnosis and initiation of treatment. Objective: To evaluate the association of sociodemographic and clinical variables with the onset of prostate cancer treatment. Methods: This is a prospective longitudinal cohort study with secondary data with a population of men with prostate cancer attended in the periods 2010-2011 and 2013-2014 at the Santa Rita de Cássia Hospital in Vitória, Espírito Santo, Brazil. Results: The study population consisted of 1,388 men. Of the total, those younger than 70 years (OR = 1.85; CI = 1.49-2.31), nonwhite (OR = 1.30; CI = 1.00-1.70), less than 8 years of schooling (OR = 1.52; CI = 1.06-2.17) and referred by the Unified Health System services (OR = 2.52; CI = 1.84-3.46) were more likely to have a delayed treatment. Similarly, the lower the Gleason score (OR = 1.78; CI = 1.37-2.32) and Prostate-Specific Antigens levels (OR = 2.71; CI = 2.07-3.54), the greater the likelihood of delay for the onset of treatment. Conclusion: Therefore, sociodemographic and clinical characteristics exerted a strong influence on the access to prostate cancer treatment.*

**Keywords** *Health services accessibility, Health equity, Time-to-treatment, Prostatic neoplasms*

**Resumo** *Disparidades na atenção ao câncer de próstata têm sido reveladas e associadas a fatores sociodemográficos e clínicos, os quais determinam os tempos para diagnóstico e início do tratamento. O objetivo deste artigo é avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com os tempos para o início do tratamento do câncer de próstata. Estudo de coorte longitudinal prospectivo utilizando dados secundários, cuja população é de homens com câncer de próstata atendidos nos períodos de 2010-2011 e 2013-2014 no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória, Espírito Santo, Brasil. A população do estudo foi de 1.388 homens, do total, os com idade inferior a 70 anos (OR = 1,85; IC = 1,49-2,31), não brancos (OR = 1,30; IC = 1,00-1,70), com menos de oito anos de estudo (OR = 1,52; IC = 1,06-2,17) e encaminhados pelos serviços do Sistema Único de Saúde (OR = 2,52; IC = 1,84-3,46) apresentaram maior risco de atraso no tratamento. Da mesma forma, quanto menor o escore de Gleason (OR = 1,78; IC = 1,37-2,32) e os níveis de Antígeno Prostático Específico (OR = 2,71; IC = 2,07-3,54) maior a probabilidade de atraso para iniciar o tratamento. Portanto, as características sociodemográficas e clínicas exerceram uma forte influência no acesso ao tratamento do câncer de próstata.*

**Palavras-chave** *Acesso aos serviços de saúde, Equidade em saúde, Tempo para tratamento, Câncer de próstata*

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29043-900 Vitória ES Brasil. raonesacramento@hotmail.com

<sup>2</sup> Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer, Hospital Santa Rita de Cássia. Vitória ES Brasil.

## Introdução

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer que mais acomete a população masculina e a quinta causa de morte de homens ao redor do mundo<sup>1</sup>. No Brasil, a estimativa para o biênio 2016/2017 é de 61.200 casos novos, representando um risco estimado de 61,82 casos a cada 100 mil homens<sup>2</sup>. Sua taxa de mortalidade apresenta um caráter ascendente similar ao da sua incidência, embora sua magnitude seja menor<sup>2</sup>.

Apesar das taxas de sobrevida após o diagnóstico do câncer de próstata terem melhorado nas últimas duas décadas, as análises de sobrevida referentes ao status socioeconômico sugerem desigualdades, indicando pior prognóstico para os indivíduos de menor renda<sup>3</sup>. Assim como, os homens negros apresentam maior risco de serem acometidos e morrerem por este tipo de câncer, o que pode estar relacionado a dificuldades no acesso aos serviços de saúde e diferenças na abordagem terapêutica<sup>4,5</sup>.

Estudo revelou que homens diagnosticados em sistemas de saúde que servem principalmente populações de baixa condição socioeconômica tendem a ter, significativamente, maior risco e estágio da doença quando comparados com aqueles atendidos em outros serviços (mesmo tendo idades comparáveis), sendo um fenômeno que não parece possível explicar unicamente por distribuições raciais<sup>6</sup>. Logo, o acesso desigual aos serviços de saúde desempenha claramente um papel determinante no atraso para o diagnóstico e tratamento<sup>7</sup>.

Em 2012, o governo brasileiro publicou a Lei 12.732 que instituiu o prazo de 60 dias para o início do tratamento após o diagnóstico para todos os tipos de neoplasias no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de minimizar e eliminar as diferenças no acesso ao tratamento do câncer<sup>8</sup>. Para tanto, pressupõe-se a realização de uma abordagem universal e integral, conforme os preceitos doutrinários do SUS.

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

## Métodos

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

Foram excluídos os homens que iniciaram o tratamento em outra instituição hospitalar, em vigilância ativa, com tratamento pago por planos de saúde ou particular, assim como os casos com não completude de registro das variáveis relativas ao tempo. A exclusão desses indivíduos justificase pelo estudo ter sido realizado em um Hospital de referência, e pelo estudo ter tido o interesse de avaliar a população em todas as etapas do tratamento custeado pelo SUS. Os casos diagnosticados no ano de 2012 não foram incluídos na pesquisa com o intuito de evitar possível efeito da adequação do serviço em cumprimento a Lei 12.732. Logo, como 2012 foi o ano de implantação optou-se por não incluí-lo.

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

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 20.0. A análise estatística utilizou cálculos de frequência, medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão). Foram aplicados testes do qui-quadrado de associação entre os tempos entre o diagnóstico e o início do tratamento e entre a primeira consulta e o início do tratamento com as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo. O nível de significância adotado foi de 0,05. Foram calculados os *Odds ratios* (razão de chances) brutos e ajustados pelo mo-

delo de regressão logística para todas as variáveis que apresentaram  $p$ -valor  $< 0,10$ .

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo e aprovado.

## Resultados

No período do estudo foram atendidos no HSRC-AFECC 1.940 homens com diagnóstico de câncer de próstata. Desse total, foram excluídos 304 (15,6%) por terem iniciado o tratamento fora do HSRC-AFECC, 190 (9,8%) por estarem em vigilância ativa e/ou não terem gerado valor de receita, 34 (1,7%) por terem tido o tratamento

custeado por plano de saúde ou particular, e 14 (0,7%) sem informação. A população do estudo foi de 1388 homens.

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

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

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

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

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

Em relação aos efeitos da Lei 12.732, verifica-se que não houve diferença no tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, contudo, ocorreu uma piora no intervalo entre a data da primeira consulta e o início do tratamento ( $p = 0,020$ ).

Os indivíduos que são encaminhados ao hospital sem confirmação diagnóstica apresentaram um tempo menor para o início do tratamento, tanto a partir do diagnóstico ( $p = 0,001$ ) como da primeira consulta no HSRC-AFECC ( $p = 0,001$ ). O mesmo ocorreu com aqueles cuja origem do encaminhamento é de serviços não SUS, apresentando em sua maioria o intervalo de tempo de até 60 dias para iniciar o tratamento, contados a partir da primeira consulta na instituição ( $p = 0,001$ ).

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

com doença localizada tendem a esperar maior tempo para o início do tratamento.

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

Enquanto a Tabela 4 expressa os *Odds* brutos e ajustados das variáveis sociodemográficas e clínicas, associadas ao tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento no HSRC-AFECC. É possível identificar que o OR ajustado confere maior risco de atraso para o tratamento em homens com até 54 anos (OR = 2,59; IC = 1,13-5,96), não brancos (OR = 1,45; IC = 1,01-2,11), com até 8 anos de estudo (OR = 2,04; IC = 1,20-3,48), proveniente do SUS (OR = 2,26; IC = 1,49-3,44), com PSA abaixo de 10 ng/dL (OR = 2,38; IC = 1,60-3,54), e naqueles com PSA entre 10 a 19 ng/dL (OR = 2,18; IC = 1,43-3,33). Contudo, chegar ao hospital com diagnóstico e sem

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

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

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

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

tratamento representou um fator protetor (OR = 0,03; IC = 0,01-0,09).

## Discussão

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

Observou-se que os homens acima de 71 anos, em sua maioria, iniciaram o tratamento em até 60 dias a partir da primeira consulta na instituição, enquanto os com idade inferior a 70 anos

superaram esse prazo. Estudo realizado no Canadá<sup>9</sup> identificou que os indivíduos com mais de 70 anos apresentaram maior atraso no encaminhamento para o urologista. No entanto, aqueles abaixo de 70 anos demoraram mais para receber a primeira fração de radioterapia. Pesquisa desenvolvida em Baltimore, Estados Unidos<sup>10</sup>, revelou que a média de idade dos homens que tiveram um atraso inferior a seis meses para cirurgia foi de 59 anos, enquanto, a idade média dos que retardaram mais de seis meses para a cirurgia foi de 61 anos. No Reino Unido<sup>11</sup>, longos intervalos de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia foram associados com o aumento da idade, os indivíduos acima de 65 anos apresentavam em média

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

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

97 dias de espera para a cirurgia. Os resultados encontrados nessa pesquisa parecem indicar que a instituição de saúde vem reduzindo obstáculos ao acesso e utilização das ações de saúde, priorizando atender às necessidades individuais da pessoa idosa.

A Raça/Cor tem sido tratada como variável que condiciona o acesso aos serviços de saúde. No presente trabalho, mais da metade (55%) dos

não brancos demoraram mais de 60 dias para iniciar o tratamento a partir da primeira consulta, apontando para as inter-relações entre as desigualdades socioeconômicas e raciais que geram essas diferenças no acesso à saúde. Nos Estados Unidos<sup>12</sup>, pesquisa também identificou que os homens negros apresentaram maior probabilidade de demora em iniciar o tratamento quando comparados com os homens brancos. Outro es-

tudo americano<sup>13</sup> revelou que os afro-americanos possuíam os maiores intervalos entre o diagnóstico e o tratamento em todos os grupos de risco, ficando essa diferença mais acentuada no grupo de alto risco. No Brasil<sup>14</sup>, pesquisa apontou que a cor da pele influenciou o tipo de tratamento, na qual negros eram menos propensos ao procedimento cirúrgico. As disparidades raciais na atenção ao câncer de próstata têm sido documentadas em todas as etapas de gestão da neoplasia, desde a apresentação, diagnóstico, tratamento, sobrevivência até a morte, com os homens negros com a maior carga em todo o processo de atenção<sup>15</sup>. Tais disparidades são complexas e envolvem determinantes de natureza biológica, socioeconômica e socio-cultural<sup>15-17</sup>. Apesar do recente debate sobre preconceito e discriminação, como em outras sociedades marcadas por uma história de colonização e escravidão, existe preconceito étnico e racial no Brasil, assim como desigualdades desfavoráveis a pretos, pardos e indígenas<sup>18</sup>.

Com relação às dificuldades ou desigualdades de acesso a procedimentos diagnósticos e tratamento no Brasil, é importante ainda destacar que as pessoas que identificam sua raça ou cor da pele como parda ou preta tendem a pertencer a grupos de renda mais baixa e menor escolaridade<sup>19</sup>. A escolaridade exerceu influência tanto no tempo entre o diagnóstico e o tratamento, como no período entre a primeira consulta no HSRC-AFECC e o início do tratamento. Em ambos os tempos, os homens com até oito anos de estudo, geralmente, iniciavam o tratamento em um intervalo de tempo superior a 60 dias, em contrapartida, os mais escolarizados recebiam o primeiro tratamento em um intervalo menor. Nos dois estudos norte-americanos citados acima<sup>12,13</sup>, ambos constataram que os homens negros eram mais jovens, apresentavam menor renda, assim como menor nível de escolaridade quando comparados com os brancos. Contudo, um estudo espanhol<sup>20</sup> não encontrou associação entre o tempo decorrido do diagnóstico ao primeiro tratamento com o nível de escolaridade. Apesar das desigualdades por nível educacional no uso de serviços de saúde estarem diminuindo de forma consistente, no Brasil<sup>19</sup>, ainda consiste em um enorme desafio. Entretanto, essas desigualdades também podem ser atribuídas a diferenças de comportamento no momento de buscar cuidados de saúde. As pessoas dos grupos de menor escolaridade talvez adiem a decisão de buscar cuidado de saúde em função das experiências negativas para obter atendimento na rede básica, ou preconceitos e medos relacionados ao toque retal problemati-

zado pela masculinidade hegemônica<sup>21</sup>, ou ainda devido a outros fatores, como a impossibilidade de faltar ao trabalho.

Em relação à Lei 12.732, percebe-se que a mesma ainda não exerceu nenhum impacto sobre o tempo entre o diagnóstico e o tratamento na instituição hospitalar, repercutindo apenas sobre o intervalo entre a primeira consulta e o tratamento, de forma negativa. Nos anos subsequentes à Lei, aproximadamente, 60% dos homens com câncer de próstata passaram a receber a terapêutica em um período superior a 60 dias contados da primeira consulta no hospital. Pesquisas referentes ao tempo de espera para o tratamento de homens com câncer de próstata no país são incipientes, inexistindo no período posterior a publicação da Lei. Nesse contexto, um importante aspecto a ser considerado diz respeito às recomendações para a prevenção e o tratamento do câncer de próstata, que apresentam tanto uma diversidade quanto certa polêmica entre os diferentes posicionamentos<sup>21</sup>, incluindo a indicação de conduta expectante como abordagem terapêutica, especialmente para indivíduos mais velhos ou os que têm outros problemas importantes de saúde.

Observou-se que chegar ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento pressupõe maior probabilidade de iniciar o tratamento no prazo de 60 dias, contados tanto a partir da primeira consulta na instituição como da data do diagnóstico. Este fato também pode ser identificado em um estudo que analisou o tempo entre o diagnóstico e o tratamento de mulheres idosas com câncer de mama, ao relatar que as mulheres que receberam o diagnóstico e todo o tratamento no serviço avaliado obtiveram melhores tempos<sup>22</sup>. Não obstante, pesquisa prévia realizada no HSRC-AFECC<sup>23</sup> identificou que os homens que chegaram com diagnóstico e sem tratamento tiveram menor probabilidade de apresentar-se em estágio tardio, enquanto os que vieram sem diagnóstico e sem tratamento tenderam a apresentar estágios mais avançados. Neste caso, deve-se considerar, em especial, a fragilidade na organização da rede regionalizada de serviços, com mecanismos ainda pouco eficazes de regulação e de referência e contrarreferência, decorrentes de obstáculos estruturais, procedimentais e políticos, como: desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e a alta rotatividade de gestores.

Referente à origem do encaminhamento, os homens encaminhados pelos estabelecimentos

do SUS apresentaram maiores intervalos de tempo entre o diagnóstico e o tratamento como da consulta ao tratamento, em comparação com os indivíduos encaminhados pelos estabelecimentos privados de saúde. Estudo norte-americano<sup>15</sup> destacou que uma adequada cobertura do plano de saúde pode ser um importante determinante na detecção do tumor do câncer de próstata em estágio curável, viabilizando um tratamento oportuno e reduzindo disparidade. Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos<sup>24</sup> encontrou associação entre ter plano de saúde público com tratamento conservador, assim como, idade avançada, negros, solteiros, PSA acima de 20 ng/dl, baixo escore de Gleason (2-4), e comorbidades. Pesquisa realizada no Estado de São Paulo<sup>14</sup> descreveu o perfil dos homens com câncer de próstata do SUS como sendo negros, idosos, com PSA elevado, maior chance de metástase e menor probabilidade de receber tratamento definitivo, como a cirurgia. Os achados da pesquisa brasileira demonstram similaridades com a pesquisa americana supracitada, apesar de ambas terem sido realizadas em contextos de sistema de saúde diferentes, sendo um universal e o outro não.

Embora a utilização de serviços varie amplamente entre pessoas que possuem seguros de saúde e as que não os possuem, tem se verificado que a diferença entre esses dois grupos está diminuindo<sup>19</sup>. Entretanto, segundo estes autores, à medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, gerando resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde<sup>19,21</sup>. A diferença no atendimento entre os indivíduos SUS e NÃO SUS nos remete à questão da dupla porta, a qual se refere às instituições que atendem pacientes SUS e pacientes privados, como é o caso do HSRC-AFECC que é um hospital filantrópico. Isto ressalta possíveis atalhos que os indivíduos com plano de saúde ou particular adotam para cortar a fila de espera para atendimento no hospital pago pelo SUS. Nos estabelecimentos de saúde em que se verifica a dupla porta é notória a tendência em priorizar o atendimento privado em detrimento do paciente custeado pelo sistema público<sup>25-27</sup>. Críticas apontam para o fato da “dupla porta” gerar uma dupla fila de espera e de percurso no interior da instituição, portanto, segregando e/ou excluindo não apenas do lado de fora, mas também do lado de dentro do hospital<sup>26</sup>.

Em relação às variáveis clínicas, em ambos os tempos foi encontrado associação entre estágio avançado, alto escore de Gleason e PSA elevado

(acima de 20 ng/dL) com menores tempos para início do tratamento. No Canadá<sup>9</sup>, pesquisa revelou que do diagnóstico ao início da radioterapia, os homens de intermediário e alto risco tiveram tempo de espera menor quando comparados com os de baixo risco. Assim como, na Espanha<sup>20</sup>, homens com PSA elevado e alto escore de Gleason obtiveram um intervalo entre o diagnóstico e o tratamento menor.

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

Foi possível verificar os determinantes que condicionam a abordagem terapêutica dos homens com câncer de próstata atendido no HSRC-AFECC, revelando iniquidades no acesso, pois são os homens de baixo nível socioeconômico (não brancos, menos escolarizados e usuários dos serviços do SUS) que mais demoram em iniciar o tratamento. As associações encontradas entre os tempos com as variáveis sociodemográficas revelam diferenças que podem ser consideradas como injustas, pois prejudicam os que mais carecem de atenção, não havendo fundamentação ou recomendação para tal abordagem. Este achado suprime o princípio da equidade que deveria fundamentar as ações dos serviços de saúde, o qual almeja a igualdade no acesso dos diferentes grupos populacionais no SUS, por meio da redução das diferenças sistemáticas que são desnecessárias e evitáveis<sup>28</sup>.

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

Disparidades nos modos de atendimentos em um serviço que se propõe ser universal, integral e equânime não devem jamais prevalecer, pelo

contrário, é necessário eliminá-las do processo de trabalho. Para isso, a avaliação das práticas de trabalho e organização do serviço de saúde, constitui ferramenta chave para o planejamento e promoção de adequações nos modos de atendimento. Assim, viabilizar condições mínimas de acesso à população deveria ser premissa básica de todos os serviços, uma vez que é por meio dele que se interage com o sistema de saúde. Com o crescimento populacional é essencial buscar fórmulas que permitam satisfazer as necessidades quantitativamente crescentes e, ao mesmo tempo, de maneira mais equitativa, eficiente e efetiva<sup>29</sup>.

O acesso não enfoca somente características relacionadas a questões geográficas ou de disponibilidade de um serviço em um determinado momento e/ou lugar<sup>30,31</sup>, representa a forma como as pessoas entram em contato com o sistema de saúde<sup>32</sup>. Assegurar esse direito à população requer pensar em todos os aspectos que podem afetar a institucionalização desta categoria analítica, como os fatores socioeconômico, culturais, demográficos e relacionais<sup>32-34</sup>. Assim, ter o acesso como instrumento de avaliação das ações em saúde presume uma visão maior dos proces-

so operacionalizados pela rede SUS de atenção, como também a organização dos métodos de trabalho, dentro de uma perspectiva ética e de direito a cidadania<sup>29</sup>.

As limitações do estudo estão relacionadas a possível viés de informação e seleção, pois foi utilizada fonte de dados de base secundária, estando sujeita a variações nos registros e não preenchimento de todas as informações. Outra limitação é o possível viés de amostragem, uma vez que um número maior de casos em estádios tardios podem ter sido referenciados ao HSRC-AFECC com maior frequência, já que é uma instituição referência em oncologia<sup>23</sup>.

Portanto, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma revisão profunda das relações público-privadas e das desigualdades persistentes, a fim de assegurar acesso universal e equânime em todos os níveis de cuidado. Cabe aos gestores e profissionais analisarem os fluxos de atenção e de atendimento para promoverem adequações na organização e estrutura do processo de trabalho, para assim desenvolver uma prática humanizada, acolhedora e isenta de desigualdades.

## Colaboradores

RS Sacramento, LJ Simião, KCG Viana, MAC Andrade, MHC Amorim e E Zandonade participaram nas diferentes partes do artigo.

## Referências

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136(5):E359-E386.
2. Brasil. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Klein J, von dem Knesebeck O. Socioeconomic inequalities in prostate cancer survival: A review of the evidence and explanatory factors. *Soc Sci Med* 2015; 142:9-18.
4. Barocas DA, Penson DF. Racial variation in the pattern and quality of care for prostate cancer in the USA: mind the gap. *BJU Int* 2010; 106(3):322-328.
5. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. The Impact of Eliminating Socioeconomic and Racial Disparities on Premature Cancer Deaths. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(4):212-236.
6. Cooperberg MR. Re-Examining Racial Disparities in Prostate Cancer Outcomes. *J Clin Oncol* 2013; 31(24):2979-2980.

7. Barocas DA, Grubb R, Black A, Penson DF, Fowke JH, Andriole G, Crawford D. Association Between Race and Follow-Up Diagnostic Care After a Positive Prostate Cancer Screening Test in the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial. *Cancer* 2013; 119(12):2223-2229.
8. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União* 2012; 23 nov.
9. Stevens C, Bondy SJ, Loblaw A. Wait times in prostate cancer diagnosis and radiation treatment. *Can Urol Assoc J* 2010;4(4):243-248.
10. O'Brien D, Loeb S, Carvalhal GF, McGuire BB, Kan D, Hofer MD, Casey JT, Helfand BT, Catalona WJ. Delay of surgery in men with low risk prostate cancer. *J Urol* 2011; 186(6):2143-2147.
11. Redaniel MT, Martin RM, Gillatt D, Wade J, Jeffreys M. Time from diagnosis to surgery and prostate cancer survival: a retrospective cohort study. *BMC Cancer* 2013; 13:559-564.
12. Kinlock BL, Thorpe Junior RJ, Howard DL, Bowie JV, Ross LE, Fakunle DO, LaVeist TA. Racial Disparity in Time Between First Diagnosis and Initial Treatment of Prostate Cancer. *Cancer Control* 2016; 23(1):47-51.
13. Stokes WA, Hendrix LH, Royce TJ, Allen IM, Godley PA, Wang AZ, Chen RC. Racial differences in time from prostate cancer diagnosis to treatment initiation: a population-based study. *Cancer* 2013; 119(13):2486-2493.
14. Nardi AC, Reis RB, Zequi SC, Nardozza Junior A. Comparison of the epidemiologic features and patterns of initial care for prostate cancer between public and private institutions: a survey by the Brazilian Society of Urology. *Int Braz J Urol* 2012; 38(2):150-161.
15. Chornokur G, Dalton K, Borysova M, Kumar N. Disparities at presentation, diagnosis, treatment and survival in african american men, affected by prostate cancer. *Prostate* 2011; 71(9):985-997.
16. Xu J, Janise J, Ruterbusch J, Ager J, Schwartz KL. Racial differences in treatment decision-making for men with clinically localized prostate cancer: a population-based study. *J Racial and Ethnic Health Disparities* 2016; 3(1):35-45.
17. Schmid M, Meyer CP, Reznor G, Choueiri TK, Hanske J, Sammon JD, Abdollah F, Chun FK, Kibel AS, Tucker-Seeley RD, Kantoff PW, Lipsitz SR, Menon M, Nguyen PL, Trinh QD. Racial differences in the surgical care of medicare beneficiaries with localized prostate cancer. *JAMA Oncol* 2016 2(1):8593.
18. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 377(9781):61-74.
19. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9781):11-31.
20. Bonfill X, Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Sánchez MJ, Suárez-Varela MM, de la Cruz J, Emparanza JI, Ferrer M, Pijoán JI, Ramos-Goñi JM, Palou J, Schmidt S, Abreira V, Zamora J. Clinical intervals and diagnostic characteristics in a cohort of prostate cancer patients in Spain: a multicentre observational study. *BMC Urol* 2015; 15:60-69.
21. Gomes R, Rebelo LEFS, Araújo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):235-246.
22. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(12):3805-3816.
23. Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MAC, Miotto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis socio-demográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cad. Saude Colet* 2014; 22(1):93-100.
24. Schymura MJ, Kahn AR, German RR, Hsieh M, Cress RD, Finch JL, Fulton JP, Shen T, Stuckart E. Factors associated with initial treatment and survival for clinically localized prostate cancer: results from the CDCNPCR Patterns of Care Study (PoC1). *BMC Cancer* 2010; 10:152.
25. Teixeira MF, Patrício RG. O fenômeno da "fila dupla" ou "segunda porta" no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Rev. Direito Sanitário* 2011; 11(3):50-62.
26. Cohn A, Elias PE, Ianni AMZ. "Subsídio Cruzado" ou "Dupla Porta": o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo. Série Didática nº 6. 2002. [acessado 2016 Out 9]. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/didati6-hc.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati6-hc.pdf)
27. Van den Bergh RC, Albertsen PC, Bangma CH, Freedland SJ, Graefen M, Vickers A, van der Poel HG. Timing of curative treatment for prostate cancer: a systematic review. *Eur Urol* 2013; 64(2):204-215.
28. Organização Pan-americana de Saúde (OPS). *Monitorio de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud: guía metodológica*. Washington: OPS, OMS; 2000.
29. Franco SC, Campos GWS. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. *Rev Saude Publica* 1998; 32(4):352-360.
30. Cunha ABO, Vieira-da-silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):725-737.
31. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):100-110.
32. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2004.
33. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2935-2944.
34. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saude Publica* 1987; 21(5):439-446.

Artigo apresentado em 25/08/2017

Aprovado em 31/01/2018

Versão final apresentada em 02/02/2018