

Informativo DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 8, nº 2, julho/dezembro 2017

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Apresentação

Esta edição do Informativo de Detecção Precoce apresenta um panorama da produção dos procedimentos referentes à detecção precoce e ao tratamento do câncer de próstata realizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram utilizados os dados de estimativas de incidência do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)¹, dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM)², de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)³, de Informações Hospitalares (SIH)⁴ e do Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (iRHC)⁵. As análises foram baseadas nos parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS⁶ e nos parâmetros para estabelecimentos habilitados na atenção especializada em oncologia⁷.

Em edição anterior⁸, o informativo abordou aspectos epidemiológicos do câncer de próstata e as recomendações nacionais e internacionais para sua detecção precoce. Nesta edição, retoma-se o tema, apresentando-se uma análise dos aspectos assistenciais para o seu controle. Espera-se que as informações aqui expostas contribuam para a maior compreensão da magnitude do problema e auxiliem a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com melhor definição das ações de controle desse câncer.

Cenário epidemiológico do câncer de próstata no Brasil

O câncer de próstata é o câncer mais comum no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma, com estimativa de cerca de 61 mil novos casos em 2017, o que representa o risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens¹. Em relação à mortalidade, é o segundo tipo de câncer que mais mata homens no país, sendo registrados em 2014 cerca de 14 mil óbitos pela doença, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 14,91 óbitos por 100 mil homens.

As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas brutas de incidência do país.

Apesar de ter a incidência três vezes inferior à do câncer de próstata, o câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil.

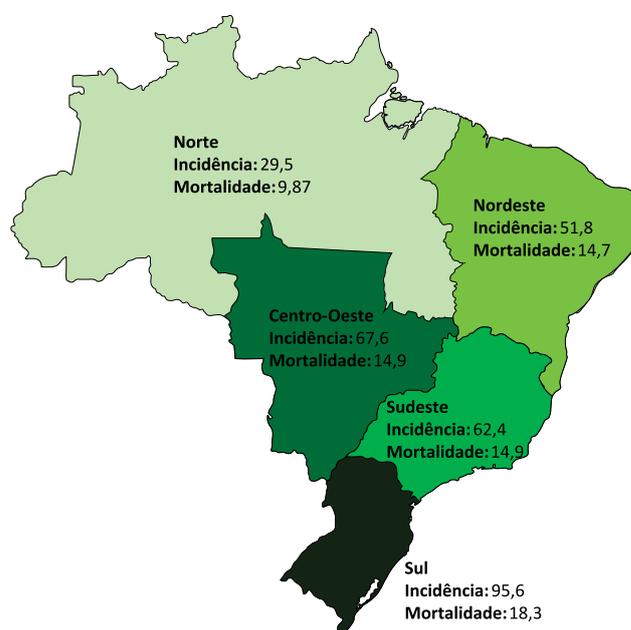


Figura 1. Representação espacial das taxas brutas de incidência estimadas para 2017 e das taxas brutas de mortalidade em 2014, por 100 mil homens, para câncer de próstata, nas Regiões do Brasil
Fonte: INCA¹ e DATASUS/SIM².

Tem sido observado no Brasil um aumento nas taxas de incidência de câncer de próstata ao longo dos anos. Os principais fatores para isso são o aumento da expectativa de vida da população, melhoria na qualidade dos registros, maior disponibilidade de métodos diagnósticos e aumento do **sobrediagnóstico** da doença em razão da disseminação do rastreamento com teste do antígeno prostático específico (PSA) e toque retal¹.

O **sobrediagnóstico** ocorre quando um câncer, que não evoluiria clinicamente e não causaria problemas, é encontrado por meio de exames de rastreamento. Apesar da recomendação **CONTRÁRIA** ao rastreamento do câncer de próstata, no Brasil muitos homens assintomáticos ainda são submetidos aos exames de rotina.

Rede de atenção para o controle do câncer de próstata no Brasil

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer⁹ tem como princípio a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na RAS das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas.

Além da disponibilidade de serviços para realizar o diagnóstico e o tratamento desse câncer, é essencial que a rede esteja organizada de modo a atender às demandas em tempo oportuno. Para tal, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar os sinais e sintomas de alerta, realizar o diagnóstico precoce e tratar os casos confirmados. Na Figura 2, é apresentado um fluxograma com os principais pontos de atenção relacionados ao diagnóstico precoce do câncer de próstata.

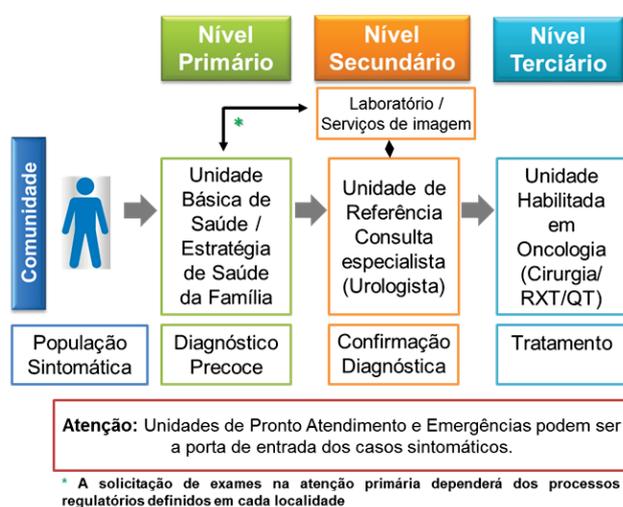


Figura 2. Principais pontos de atenção para o diagnóstico precoce do câncer de próstata

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, apresentar-se-ão as principais ações realizadas, além de recomendações em cada nível de atenção, e um panorama da produção de alguns procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata realizados no Brasil e suas Regiões em 2016.

Atenção primária

Na edição nº 2, de 2014, do *Informativo Detecção Precoce*⁸, abordaram-se as evidências científicas sobre o fato de que o rastreamento do câncer de próstata não deve ser indicado, tendo em vista que os danos associados a essa prática superam os possíveis benefícios.

Sendo assim, a atenção primária tem papel no controle do câncer de próstata no que se refere a:

Incentivo a estilos de vida saudáveis: A alimentação saudável, prática de atividade física, manutenção do peso corporal, cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcólicas são temas que devem ser sempre abordados pelos profissionais de saúde como medidas para evitar o câncer e outras doenças crônicas.

Esclarecimento à população: Considerando as diversas campanhas, nos diferentes tipos de mídia para a realização de exames de rotina, é possível que muitos homens

procurem as unidades espontaneamente para realizar o rastreamento do câncer de próstata. Nesses casos, os profissionais devem auxiliar no processo de tomada de decisão esclarecendo seus riscos e incertezas sobre os benefícios. Além disso, todos os homens devem ser orientados sobre os principais sinais e sintomas de alerta da doença.

Atenção aos sinais de alerta e encaminhamento oportuno: Os profissionais devem estar atentos aos sinais e sintomas da doença para que possam suspeitar e fazer o encaminhamento para prosseguir com a investigação diagnóstica. É importante saber que os principais sinais e sintomas também estão presentes em doenças benignas da próstata, como hiperplasia e prostatite.

Sinais de alerta para o câncer de próstata:

- Dificuldade de urinar
- Demora em iniciar e finalizar o ato urinário
- Presença de sangue na urina
- Diminuição do jato urinário
- Necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite

O Ministério da Saúde publicou, em 2016, os protocolos de encaminhamento da atenção básica para a urologia¹⁰. A publicação está disponível na página do Departamento de Atenção Básica na Internet: PROTOCOLO ATENÇÃO BÁSICA - UROLOGIA

Atenção especializada

Média complexidade (investigação diagnóstica)

Na atenção especializada, são realizados os exames complementares, procedimentos de investigação diagnóstica e tratamento dos casos confirmados do câncer de próstata.

Quanto ao exame de PSA, indicado para avaliação dos casos suspeitos, os sistemas de informação do SUS não permitem identificar a origem da solicitação (atenção básica ou especializada) nem sua indicação clínica (rastreamento ou outras). O volume de exames registrados em 2016 (quase cinco milhões) sugere que estes têm sido solicitados para rastreamento.

A Tabela 1 apresenta o número absoluto e a taxa de exames de PSA realizados por mil homens, por Unidade da Federação (UF) de atendimento. Para o cálculo da taxa, foi considerada toda a população masculina residente em cada UF.

As taxas de realização do exame foram calculadas para permitir melhor comparação entre os Estados e Regiões. Assim, observam-se, no Sul e Sudeste, as maiores taxas do país.

Após a avaliação inicial, os homens com suspeita de câncer de próstata devem ser encaminhados para ambulatórios de média complexidade, onde o médico urologista faz a investigação diagnóstica. A confirmação se dá pela avaliação histopatológica de material coletado em biópsia.

A Tabela 2 apresenta o número de serviços de saúde que registraram no SIA/SUS consultas com urologista, biópsias de próstata e exames anatomopatológicos com códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) referentes à próstata, em 2016.

Todos os Estados possuem estabelecimentos que registram consulta com o urologista, com concentração nos mais populosos.

No Amapá e no Piauí, nenhum deles registrou a realização de biópsias, sendo recomendável uma avaliação

Tabela 1. Número de exames PSA registrados no SUS e taxa de exames realizados por mil homens, segundo UF de atendimento. Brasil, 2016

UF/Região de atendimento	Nº de exames	População masculina	Razão Exame/mil homens
NORTE	251.574	8.975.882	28,0
AC	8.981	411.880	21,8
AM	51.710	2.020.370	25,6
AP	5.223	394.366	13,2
PA	94.523	4.197.672	22,5
RO	44.498	910.942	48,8
RR	7.639	263.544	29,0
TO	39.000	777.108	50,2
NORDESTE	824.159	27.885.131	29,6
AL	53.615	1.632.243	32,8
BA	232.410	7.543.808	30,8
CE	82.459	4.388.969	18,8
MA	75.078	3.438.946	21,8
PB	22.574	1.937.644	11,7
PE	175.509	4.557.074	38,5
PI	51.607	1.568.477	32,9
RN	77.073	1.711.338	45,0
SE	53.834	1.106.632	48,6
CENTRO-OESTE	274.435	7.795.775	35,2
DF	53.540	1.409.671	38,0
MT	78.445	1.690.337	46,4
GO	102.065	3.350.997	30,5
MS	40.385	1.344.770	30,0
SUDESTE	2.660.183	42.513.040	62,6
ES	118.564	1.982.619	59,8
MG	602.374	10.438.471	57,7
RJ	406.481	8.056.070	50,5
SP	1.532.764	22.035.880	69,6
SUL	841.616	14.556.274	57,8
PR	278.040	5.553.552	50,1
RS	307.408	5.537.156	55,5
SC	256.168	3.465.566	73,9
BRASIL	4.851.967	101.726.102	47,7

Fonte: DATASUS. SIA/SUS³. Acesso em setembro de 2017. DATASUS. Tabnet. Informações Demográficas e Socioeconômicas. População residente¹¹. Acesso em setembro de 2017.

local para esclarecer os motivos e solucionar possíveis falhas nos serviços ou em seus registros.

Em nove Estados, nenhum laboratório de anatomia patológica registrou exames com CID de doenças da próstata. Possíveis explicações seriam a contratação de laboratórios de outros Estados para a realização do exame, falhas no registro da CID ou do procedimento. No entanto, somente uma avaliação local pode identificar as causas.

O número de procedimentos realizados por cada UF é apresentado na Tabela 3. Foi calculado o déficit ou o excesso de produção considerando o número estimado como necessário para atender a 100% da população residente em cada Estado. Foram utilizados os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 1.631, de 2015⁶, para urologia, destacados abaixo.

Como não há parâmetro estabelecido para o exame anatomopatológico, foi utilizado o mesmo parâmetro da biópsia.

Ressalta-se que, embora não sejam parâmetros específicos para investigação diagnóstica do câncer de próstata,

Tabela 2. Número de serviços de saúde que registraram produção de procedimentos relacionados à investigação do câncer de próstata, segundo UF de atendimento. Brasil, 2016

UF/Região de atendimento	Consulta com urologista Nº	Biópsia Nº	Exame anatomopatológico Nº
NORTE	89	17	1
AC	2	1	0
AM	10	3	1
AP	2	0	0
PA	41	6	0
RO	14	1	0
RR	4	1	0
TO	16	5	0
NORDESTE	448	68	16
AL	22	3	1
BA	137	21	6
CE	63	16	3
MA	33	10	0
PB	57	3	4
PE	79	6	1
PI	15	0	1
RN	31	8	0
SE	11	1	0
CENTRO-OESTE	122	25	8
DF	13	8	1
GO	52	6	1
MS	29	5	5
MT	28	6	1
SUDESTE	984	178	49
ES	53	10	1
MG	278	39	6
RJ	151	25	5
SP	502	104	37
SUL	335	90	19
PR	100	27	5
RS	138	45	8
SC	97	18	6
BRASIL	1.978	378	93

*Foi utilizado o procedimento 020302003-0 (exame anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou biópsia) com CID de doenças da próstata (C61, D07.5, D40.0, D29.1, D40.0, N40, N41, N42, N51.0).

Fonte: DATASUS/SIA³. Acesso em setembro de 2017.

Necessidade anual de biópsias de próstata:
300 por 100 mil habitantes
Necessidade anual de consulta médica em urologia:
3.500 por 100 mil habitantes

sua utilização é útil, pois a rede de serviços é compartilhada para o diagnóstico de outras patologias na urologia.

Os resultados apresentados devem ser analisados com cautela, uma vez que os parâmetros utilizados foram elaborados para subsidiar o planejamento de ações e serviços em saúde, podendo ser ajustados conforme a realidade local. Além disso, estimam a necessidade de procedimentos para atender a toda população (usuários do SUS e de planos

privados de saúde), e os dados de produção apresentados são apenas dos procedimentos realizados no SUS.

A Região Sudeste apresentou o maior volume de procedimentos, sendo a maior proporção realizada no Estado de São Paulo. Todos os Estados apresentaram déficit de biópsias e exames anatomopatológicos, indicando um problema na rede de investigação diagnóstica do país. Destaca-se também o número inferior de exames anatomopatológicos em relação às biópsias. As diferenças podem ocorrer por erros nos registros (como o não preenchimento ou preenchimento incorreto do campo referente à CID) e pela ausência de informação de alguns laboratórios.

A consulta com o urologista também faz parte do processo de investigação diagnóstica do câncer de próstata. Em todos os Estados, o número de consultas foi inferior ao considerado necessário. Deve-se levar em conta que os procedimentos foram contabilizados pelo local de atendimento, e o cálculo dos parâmetros utilizou a população residente.

Alta complexidade (tratamento)

O protocolo terapêutico de cada caso de câncer é definido de acordo com o seu estadiamento, o qual também indica a avaliação prognóstica dos casos.

De acordo com a informação disponível nos Registros Hospitalares de Câncer consolidada no iRHC⁵, um terço dos casos de câncer de próstata registrados não possui informação sobre o estadiamento. Entre os registros com informação, observa-se que 45,8% dos casos no país chegam às unidades de tratamento com câncer de próstata localizado (estádios I e II). Na Figura 3, pode-se observar que a falta de informação prejudica a análise por Região; mas, apesar dessa limitação, é possível perceber que, com exceção da Região Norte, todas as demais Regiões apresentam maior proporção de casos no estágio II, chegando a cerca de 53% na Região Sudeste. Também é importante destacar o percentual de casos avançados, em estágio IV, que chega a 13,7% na Região Norte.

Tabela 3. Número de procedimentos realizados, estimativa de necessidades e percentual de déficit ou excesso de procedimentos realizados no SUS, segundo UF de atendimento

UF/ Região de atendimento	Consulta com urologista			Biópsia de próstata			Exame anatomopatológico		
	Realizadas	Necessárias	Déficit/ excesso*	Realizadas	Necessárias	Déficit/ excesso*	Realizados	Necessários	Déficit/ excesso*
	Nº	Nº	%	Nº	Nº	%	Nº	Nº	%
NORTE	146.584	619.772	-76,3	1.313	53.123	-97,5	194	53.123	-99,6
AC	7.144	28.584	-75,0	73	2.450	-97,0	0	2.450	-100,0
AM	17.845	140.058	-87,3	351	12.005	-97,1	194	12.005	-98,4
AP	9.477	27.380	-65,4	0	2.347	-100,0	0	2.347	-100,0
PA	71.223	289.545	-75,4	422	24.818	-98,3	0	24.818	-100,0
RO	19.484	62.555	-68,9	257	5.362	-95,2	0	5.362	-100,0
RR	8.307	17.998	-53,8	57	1.543	-96,3	0	1.543	-100,0
TO	13.104	53.652	-75,6	153	4.599	-96,7	0	4.599	-100,0
NORDESTE	526.910	1.992.058	-73,5	5.969	170.748	-96,5	3.531	170.748	-97,9
AL	14.017	117.548	-88,1	165	10.076	-98,4	8	10.076	-99,9
BA	157.925	534.680	-70,5	2.134	45.830	-95,3	722	45.830	-98,4
CE	78.632	313.755	-74,9	772	26.893	-97,1	91	26.893	-99,7
MA	59.053	243.391	-75,7	1.060	20.862	-94,9	0	20.862	-100,0
PB	32.841	139.980	-76,5	165	11.998	-98,6	532	11.998	-95,6
PE	122.456	329.377	-62,8	1.109	28.232	-96,1	561	28.232	-98,0
PI	27.374	112.399	-75,6	0	9.634	-100,0	1.617	9.634	-83,2
RN	25.694	121.625	-78,9	563	10.425	-94,6	0	10.425	-100,0
SE	8.918	79.302	-88,8	1	6.797	-100,0	0	6.797	-100,0
CENTRO- -OESTE	220.838	548.135	-59,7	2.736	46.983	-94,2	877	46.983	-98,1
DF	43.587	104.203	-58,2	1.216	8.932	-86,4	13	8.932	-99,9
MT	30.420	115.694	-73,7	958	9.917	-90,3	24	9.917	-99,8
GO	80.249	234.355	-65,8	391	20.088	-98,1	48	20.088	-99,8
MS	66.582	93.884	-29,1	171	8.047	-97,9	792	8.047	-90,2
SUDESTE	1.823.408	3.022.493	-39,7	21.940	259.071	-91,5	21.790	259.071	-91,6
ES	65.971	139.079	-52,6	1.911	11.921	-84,0	6	11.921	-99,9
MG	319.929	734.915	-56,5	3.487	62.993	-94,5	1.044	62.993	-98,3
RJ	162.289	582.260	-72,1	1.601	49.908	-96,8	513	49.908	-99,0
SP	1.275.219	1.566.239	-18,6	14.941	134.249	-88,9	20.227	134.249	-84,9
SUL	434.358	1.030.392	-57,8	14.684	88.319	-83,4	2.245	88.319	-97,5
PR	171.264	393.495	-56,5	2.209	33.728	-93,5	206	33.728	-99,4
RS	176.227	395.028	-55,4	11.851	33.860	-65,0	1.057	33.860	-96,9
SC	86.867	241.869	-64,1	624	20.732	-97,0	982	20.732	-95,3
BRASIL	3.152.098	7.212.850	-56,3	46.642	618.244	-92,5	28.637	618.244	-95,4

*Diferença percentual em relação ao parâmetro estabelecido para o procedimento pela Portaria nº 1.631, de 2015.

Fonte: DATASUS/SIA³. Acesso em setembro de 2017 e DATASUS. Tabnet. Informações Demográficas e Socioeconômicas. População residente¹¹. Acesso em setembro de 2017.

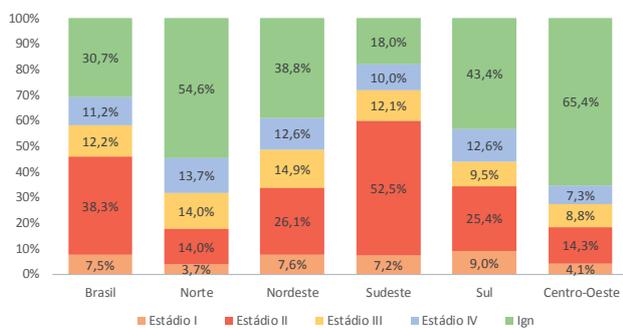


Figura 3. Estadiamento dos casos de câncer de próstata. Brasil e Regiões, 2010 a 2014

Fonte: iRHC – Registros Hospitalares de Câncer/INCA⁵. Acesso em setembro de 2017.

O tratamento do câncer de próstata consiste principalmente na cirurgia e radioterapia, nos casos de doença localizada. Nos casos de doença localmente avançada e metastática, a hormonioterapia também pode ser indicada.

No SUS, os pacientes com câncer de próstata devem ser tratados nos estabelecimentos habilitados como Centros ou Unidades de alta complexidade na atenção Oncológica (Cacon e Unacon) ou em hospitais gerais com cirurgia oncológica.

Conforme estabelecido pela Portaria nº 140, de 2016⁷, as unidades habilitadas como Unacon devem realizar o diagnóstico diferencial e tratamento dos cânceres mais prevalentes e, portanto, do câncer de próstata. Essas unidades obrigatoriamente possuem recursos físicos e humanos para realização de cirurgia e quimioterapia, sendo facultativo o serviço de radioterapia, desde que esteja formalmente referenciado. Já aos Cacon, é obrigatório oferecer todas as modalidades de tratamento para todos os tipos de câncer. Os hospitais gerais com cirurgia oncológica devem estar referenciados à Unacon ou à Cacon e terem estrutura para realizar tratamento cirúrgico dos cânceres mais prevalentes.

No ano de 2016, havia, no país, 290 serviços habilitados em oncologia no SUS. Entre os tipos de habilitações em oncologia, apenas as Unacon exclusivas de hematologia e de pediatria oncológica não teriam obrigatoriedade de ofertar assistência terapêutica aos casos de câncer de próstata. Assim, dos 275 estabelecimentos habilitados em oncologia aptos a tratar esse tipo de câncer, todos deveriam realizar cirurgia oncológica, 268 deveriam realizar quimioterapia e 160 radioterapia, incluídos aqui oito serviços isolados de radioterapia autorizados pelo Ministério da Saúde (Tabela 4).

Para identificar quais estabelecimentos realizaram assistência terapêutica aos casos de câncer de próstata em 2016, foram coletadas informações no SIA/SUS sobre a produção de procedimentos quimioterápicos correspondentes (hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado - 1ª e 2ª linhas, quimioterapia do adenocarcinoma de próstata resistente à hormonioterapia, hormonioterapia prévia e adjuvante à radioterapia externa do adenocarcinoma de próstata) e os campos informados de radioterapia (procedimentos de cobaltoterapia e radioterapia com acelerador linear) utilizando como filtro os códigos da CID para câncer de próstata (C61 - neoplasia maligna de próstata e D07.5 - carcinoma *in situ* de próstata). As informações sobre o tratamento cirúrgico foram obtidas do SIH, selecionando os procedimentos afins (prostatectomia

suprapúbica, prostatectomia radical, ressecção endoscópica de próstata, prostatectomia em oncologia e prostatectomia radical em oncologia), acrescentando o filtro da CID para câncer e carcinoma *in situ* de próstata, C61 e D07.5, respectivamente.

Na Tabela 4, são apresentados os dados referentes ao número de serviços habilitados por UF e a quantidade dos que registraram produção de cirurgia, quimioterapia e radioterapia em câncer de próstata nos sistemas de informações do SUS.

Observou-se que, dos 275 estabelecimentos habilitados, 250 (91%) informaram tratamento cirúrgico para o câncer de próstata. Apenas na Região Norte todos eles informaram algum tratamento cirúrgico. Nas demais regiões, não houve informação de cirurgia em alguns Estados, como por exemplo, Pernambuco, onde quatro, dos nove estabelecimentos habilitados, não apresentaram informação.

Na quimioterapia, 254 (95%) serviços habilitados em oncologia informaram a realização de procedimentos quimioterápicos ou de hormonioterapia para o câncer de próstata. Na Região Sudeste, nove estabelecimentos não informaram nenhum procedimento; na Região Sul, foram três; e nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, um estabelecimento em cada Região deixou de informar a produção de quimioterapia. Assim como na cirurgia, na Região Norte, todos informaram produção de quimioterapia (Tabela 4).

Dos 160 estabelecimentos de saúde habilitados com Serviço de Radioterapia, 96% (n=153) registraram a realização de tratamento para o câncer de próstata. Nas Regiões Nordeste e Sul, todos apresentaram informação e, na Região Sudeste, cinco deixaram de informar a realização de tratamento com radioterapia para o câncer de próstata, dos quais três são de Minas Gerais (Tabela 4).

A falta de informação desses procedimentos em estabelecimentos que foram habilitados para a assistência oncológica pode indicar ausência da oferta ou falha no registro. Em ambas as situações, são necessários o acompanhamento e a avaliação do desempenho desses serviços, uma vez que o câncer de próstata é o câncer mais incidente entre os homens e tais estabelecimentos, para serem habilitados, considerando os critérios da Portaria nº 140, de 2014⁷, deveriam ter estrutura física e recursos humanos para tratar a população masculina com câncer de próstata de sua Região de abrangência.

Ainda segundo dados informados no SIA/SUS, foram registrados, no ano de 2016, 2.580.426 campos de radioterapia e 588.246 procedimentos de quimioterapia e hormonioterapia para o câncer de próstata. A hormonioterapia correspondeu a 95% dos procedimentos quimioterápicos informados.

No SIH, foram registradas 10.091 cirurgias para tratamento do câncer de próstata; das quais, 91% (n=9.139) foram em estabelecimentos habilitados em oncologia e o restante (n=952) em 169 não habilitados, distribuídos em todas as Regiões do país. Entre os habilitados, 21,6% (54) informaram menos de cinco cirurgias de câncer de próstata em 2016 e, nos serviços não habilitados, esse percentual chegou a 75% (127). Esses dados demonstram uma pulverização dos atendimentos, podendo interferir na qualidade do tratamento ofertado. Considerando a ausência de informação de cirurgia em aproximadamente 10% dos estabelecimentos habilitados, é necessária uma avaliação locorregional para verificar o fluxo e o encaminhamento dos pacientes com câncer de próstata na RAS, uma vez que não haveria necessidade de serem submetidos à cirurgia em serviços não habilitados.

Tabela 4. Distribuição dos estabelecimentos habilitados em oncologia e com informação de produção para o tratamento do câncer de próstata, segundo UF e Região de atendimento

UF/Região de atendimento	Estabelecimentos com habilitação em Oncologia#					
	CIRURGIA		QUIMIOTERAPIA ¹		RADIOTERAPIA ²	
	Habilitadas	Atendimento próstata	Habilitadas	Atendimento próstata	Habilitadas e isoladas	Atendimento próstata
NORTE	10	10	10	10	7	6
AC	1	1	1	1	1	1
AM	1	1	1	1	1	1
AP	1	1	1	1	0	0
PA	2	2	2	2	2	2
RO	2	2	2	2	2	2
RR	1	1	1	1	0	0
TO	2	2	2	2	1	0
NORDESTE	50	42	50	49	28	28
AL	4	3	4	4	3	3
BA	12	12	12	11	7	7
CE	8	7	8	8	4	4
MA	3	3	3	3	2	2
PB	4	3	4	4	2	2
PE	9	5	9	9	5	5
PI	2	1	2	2	1	1
RN	6	6	6	6	2	2
SE	2	2	2	2	2	2
CENTRO-OESTE	20	17	20	19	11	10
DF	3	2	3	3	2	2
GO	5	4	5	5	3	3
MS	7	7	7	6	4	3
MT	5	4	5	5	2	2
SUDESTE	134	123	127	118	79	74
ES	7	7	7	5	2	2
MG	33	32	33	32	25	22
RJ	24	22	22	21	14	13
SP ³	70	62	65	60	38	37
SUL	61	58	61	58	35	35
PR	21	21	21	21	12	12
RS	27	24	27	26	16	16
SC	13	13	13	11	7	7
BRASIL	275	250	268	254	160	153

excluídas as exclusivas de hemato e pediatria.

¹ excluídos hospitais gerais, cirurgia, complexos hospitalares (cirurgia e radioterapia), exclusivas de hematologia e pediatria.

² incluídos oito serviços autorizados como isoladas de radioterapia (PE-2, PR-1, RJ-3, SC-1 e SP-1).

³ São Paulo possui um estabelecimento habilitado como Unacon exclusiva de pediatria com informação de radioterapia para câncer de próstata e teve um estabelecimento desabilitado em novembro de 2016.

Fonte: Portaria nº 458, de 4 de fevereiro de 2017¹² (excluídos os serviços habilitados em dezembro de 2017) e DATASUS/SIA³. Acesso em setembro de 2017.

Na Tabela 5, é apresentada a média de produção informada de quimioterapia e hormonioterapia, cirurgia e radioterapia por estabelecimento habilitado em oncologia. Foram informadas, em média, 37 cirurgias por estabelecimento no país; entretanto, oito Estados apresentaram média inferior a 25 cirurgias por unidade habilitada no ano de 2016. No Estado do Piauí, todas as cirurgias foram informadas por um único serviço, apesar de ter outro estabelecimento habilitado no Estado.

Na quimioterapia e na hormonioterapia, a média de procedimentos por estabelecimento foi maior na Região Nordeste, com aproximadamente 3.200 procedimentos por estabelecimento, acima da média nacional. Em relação ao tratamento radioterápico, a média de campos informados por

estabelecimentos foi maior nas Regiões Nordeste e Sudeste. Nos Estados do Ceará e Espírito Santo, a média foi superior a 34 mil campos por estabelecimento (Tabela 5).

Considerações finais

Excetuando-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o tumor mais frequente entre os homens no Brasil e o segundo que mais mata a população masculina. Em 2015, foram registrados quase cinco milhões de exames de PSA no país, o que sugere que o exame venha sendo solicitado para rastreamento do câncer de próstata mesmo não sendo uma recomendação do Ministério da Saúde.

Tabela 5. Produção informada de procedimentos e média por estabelecimento, por Região e UF. Brasil, 2016

Região/UF	Cirurgias		Quimioterapia		Radioterapia	
	Total de cirurgias	Média por estabelecimento	Total de procedimentos	Média por estabelecimento	Total de campos	Média por estabelecimento
NORTE	202	20	17.186	1.719	39.210	6.535
AC	12	12	1.265	1.265	4.181	4.181
AM	32	32	2.394	2.394	283	283
AP	6	6	571	571	-	-
PA	74	37	4.805	2.403	15.002	7.501
RO	56	28	3.571	1.786	19.744	9.872
RR	9	9	58	58	-	-
TO	13	7	4.522	2.261	-	-
NORDESTE	1.427	34	156.478	3.193	585.276	20.903
AL	30	10	7.616	1.904	25.693	8.564
BA	329	27	41.683	3.789	168.807	24.115
CE	205	29	29.447	3.681	139.831	34.958
MA	106	35	11.351	3.784	43.172	21.586
PB	105	35	10.875	2.719	46.968	23.484
PE	290	58	30.588	3.399	88.009	17.602
PI	193	193	7.039	3.520	26.809	26.809
RN	124	21	14.064	2.344	41.661	20.831
SE	45	23	3.815	1.908	4.326	2.163
CENTRO-OESTE	623	37	36.490	1.921	118.410	11.841
DF	123	62	2.677	892	2.356	1.178
GO	291	73	17.036	3.407	61.880	20.627
MS	108	15	7.459	1.243	19.974	6.658
MT	101	25	9.318	1.864	34.200	17.100
SUDESTE	5.434	44	272.063	2.306	1.375.448	18.587
ES	243	35	14.920	2.984	69.284	34.642
MG	1.363	43	78.279	2.446	460.887	20.949
RJ	833	38	41.979	1.999	201.157	15.474
SP ³	2.995	48	136.885	2.281	644.120	17.409
SUL	1.453	25	106.029	1.828	462.082	13.202
PR	539	26	28.970	1.380	182.362	15.197
RS	640	27	53.944	2.075	194.203	12.138
SC	274	21	23.115	2.101	85.517	12.217
BRASIL	9.139	37	588.246	2.316	2.580.426	16.866

Fonte: DATASUS/SIA³. Acesso em setembro de 2017. DATASUS/SIH⁴. Acesso em setembro de 2017.

Neste informativo, estimou-se déficit de 92,5%, na produção de biópsias de próstata, a partir dos parâmetros para urologia da Portaria nº 1.631, de 2015, do Ministério da Saúde⁶, demonstrando um entrave para investigação dos casos suspeitos desse câncer. Em relação à consulta com o urologista, apesar de não ser exclusivo para o atendimento aos casos suspeitos de câncer, o déficit observado (mais de 50%) também deve impactar no acesso ao diagnóstico da doença.

A análise não considerou a parcela da população que utiliza a saúde suplementar, superestimando os déficits encontrados. No entanto, sabe-se que a cobertura de planos privados de saúde no país é de cerca de 25%, com variações entre as Regiões, o que não explicaria as diferenças apresentadas.

No cenário encontrado, com déficit importante de biópsias e consultas com o urologista, a discussão sobre a recomendação contrária ao rastreamento é ainda mais importante. É fundamental que os profissionais conheçam as recomendações e possam orientar adequadamente os usuários que solicitam a realização dos exames de rastreamento. Entre os potenciais riscos de rastreamento estão os resultados falso-positivos, que demandam a realização da biópsia desnecessariamente. Esses usuários competem na fila de

espera tanto para consulta com o urologista como para realização da biópsia com aqueles pacientes com suspeição clínica, que podem ter seu diagnóstico atrasado se o acesso a esses serviços não for regulado com critérios adequados.

Na atenção especializada, observou-se que, aproximadamente, 10% dos serviços habilitados não informaram a realização de cirurgia para o câncer de próstata e 5% não informaram procedimentos quimioterápicos no ano de 2016. É importante verificar se há subnotificação ou se realmente tais estabelecimentos não estão oferecendo essas modalidades terapêuticas nos casos de câncer de próstata. Em ambas as hipóteses, é necessária uma avaliação local/regional, uma vez que é a partir da informação registrada que o gestor pode avaliar e planejar suas ações. Ressalta-se ainda que, entre os critérios definidos na Portaria nº 140, de 2014⁷, os estabelecimentos de saúde, para serem habilitados, deveriam obrigatoriamente possuir serviço de oncologia clínica e de cirurgia; neste último, ter minimamente cirurgiões especializados em urologia. Assim, os dados apresentados neste informativo necessitam ser avaliados pelos gestores locais quanto à observância dos critérios de habilitação ao se organizar a RAS para atendimento às pessoas com câncer de próstata.

Dicas e informes

Foi publicada a cartilha “Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?”¹³, direcionada à população. A cartilha aborda aspectos gerais do câncer de próstata, possibilidades e limites para detecção precoce e fatores que podem aumentar o risco da doença.

Referências

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: MS, [2018]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 8 jan. 2018.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS)**. Brasília, DF: MS, [2018]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>>. Acesso em: 8 jan. 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações hospitalares (SIH)**. Brasília, DF: MS, [2018]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>>. Acesso em: 8 jan. 2018.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ GOMES DE ALENCAR. **Integrador dos registros hospitalares do câncer (iRHC)**. Rio de Janeiro: Inca, [2018]. Disponível em: <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>>. Acesso em: 8 jan. 2018.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2014.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Informativo detecção precoce: monitoramento das ações de controle do câncer de próstata. **Boletim Informativo Detecção Precoce**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Precoce_2_agosto_2014.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2013.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: urologia**. 2. ed. rev. Brasília, DF; Porto Alegre: Ministério da Saúde; UFRGS, 2016.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações demográficas e socioeconômicas: população residente**. Brasília, DF: MS, [2018]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942&VOBJ=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 8 jan. 2018.
12. BRASIL. Portaria nº 458, de 24 de fevereiro de 2017. Mantem as habilitações da saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido pela Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2017.
13. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?** Rio de Janeiro: Inca, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

Expediente:

Informativo semestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Rua Marquês de Pombal, 125
CEP 20230-092 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3207-5512/5639
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição
Coordenação de Ensino
Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica
Setor de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
CEP 20230-092 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3207-5500

Coordenação: Arn Migowski. Elaboração: Caroline Madalena Ribeiro, Maria Asuncion Sole Pla, Maria Beatriz Kneipp Dias. Colaboradores: Denise Rangel, Itamar Bento Claro, Jeane Tomazelli, Marcos Felix, Mônica de Assis, Renata Maciel. Edição e Produção Editorial: Christine Dieguez. Revisão: Maria Helena Rossi Oliveira. Projeto Gráfico e Diagramação: Cecília Pachá.