

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA OPERACIONAL E
INTELIGÊNCIA COMPUTACIONAL
CURSO DE MESTRADO EM PESQUISA OPERACIONAL E INTELIGÊNCIA
COMPUTACIONAL

RALPH CALDAS MIRANDA

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS COMO POSSÍVEIS
FATORES PREDITORES DE ACESSO E PROGNÓSTICO DE
PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS DOS GOYTACAZES**

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Novembro de 2019

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA OPERACIONAL E
INTELIGÊNCIA COMPUTACIONAL
CURSO DE MESTRADO EM PESQUISA OPERACIONAL E INTELIGÊNCIA
COMPUTACIONAL

Ralph Caldas Miranda

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS COMO POSSÍVEIS
FATORES PREDITORES DE ACESSO E PROGNÓSTICO DE
PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Engenharia de Produção da
Universidade Candido Mendes –
Campos/RJ, para obtenção do grau de
MESTRE EM PESQUISA OPERACIONAL
E INTELIGÊNCIA COMPUTACIONAL, na
linha de pesquisa “Suporte à Decisão
Aplicada à Saúde”.

Orientador: Prof. Israel Nunes Alecrin, D.Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Novembro de 2019

Catálogo na Fonte

Preparada pela Biblioteca da **UCAM – CAMPOS** 020/2020

Miranda, Ralph Caldas.

Aspectos clínicos e epidemiológicos como possíveis fatores preditores de acesso e prognóstico de pacientes com câncer de próstata no Município de Campos dos Goytacazes. / Ralph Caldas Miranda. – 2019.

51 f. : il.

Orientador: Israel Nunes Alecrin.

Dissertação de Mestrado em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional – Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2019.

Referências: f. 47-50.

1. Câncer. 2. Câncer de próstata. I. Universidade Candido Mendes – Campos. II. Título.

CDU – 616-006.6

Bibliotecária Responsável: Flávia Mastrogirólamo CRB 7^a-6723

RALPH CALDAS MIRANDA

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS COMO POSSÍVEIS
FATORES PREDITORES DE ACESSO E PROGNÓSTICO DE
PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Pesquisa Operacional e
Inteligência Computacional da
Universidade Candido Mendes –
Campos/RJ, para obtenção do grau de
MESTRE EM PESQUISA OPERACIONAL
E INTELIGÊNCIA COMPUTACIONAL, na
linha de pesquisa “Suporte à Decisão
Aplicada à Saúde”.

Avaliada em 13 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Israel Nunes Alecrin, D.Sc. – orientador
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES - CAMPOS

Prof. Eduardo Shimoda, D.Sc. – orientador
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES - CAMPOS

Prof. Márcia Azevedo Caldas, D.Sc.
FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2019

Dedico este trabalho a Deus primeiramente por ter me dado forças para me manter perseverante nos meus objetivos, aos meus pais Ana Lúcia e Ralph que nunca pouparam esforços para que eu realizasse meus sonhos, a minha esposa Juliana que com muito amor me apoiaram e incentivaram e compreenderam a importância do Mestrado na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por minha vida, família e amigos.

Agradeço a todos os professores, especialmente ao orientador Israel Nunes Alecrin. Obrigado, doutor, por exigir de mim muito mais do que eu imaginava ser capaz de fazer. Manifesto aqui minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência.

Agradeço a minha esposa Juliana, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Gostaria de agradecer minha família, especialmente minha mãe Ana Lúcia e ao meu pai Ralph, in memoriam, que fez de tudo para tornar os momentos difíceis mais brandos. Obrigado, Raphaela, irmã querida, por ser tão companheira. Deixo aqui um agradecimento especial à mãe Dircéa e meus tios e tias, que sempre foram o meu maior exemplo de luta e determinação nessa vida.

“De Tudo Ficam Três Coisas:

A certeza de estarmos sempre
começando

A certeza de que é preciso continuar

E a certeza de que podemos ser
Interrompidos antes de terminarmos...”

(Fernando Sabino)

RESUMO

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS COMO POSSÍVEIS FATORES PREDITORES DE ACESSO E PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

O câncer de próstata é o segundo tumor mais frequente no homem. As evidências sugerem que o momento do diagnóstico está diretamente relacionado ao prognóstico. Objetivos: Verificar os aspectos clínicos e epidemiológicos como possíveis fatores envolvidos no acesso ao tratamento e prognóstico de paciente com câncer de próstata em Campos dos Goytacazes. Métodos: o Estudo foi do tipo Documental e Exploratório a partir de dados de prontuários de 70 pacientes do sexo masculino com câncer de próstata atendidos no HEAA entre 2014 e 2019. A variáveis do estudo foram: data da suspeita da doença, data de entrada na base de registro hospitalar; data da realização da biópsia; data da entrega do resultado da biópsia e a data do início do tratamento; assim como as variáveis sociais, econômicas e demográficas como o acesso ao SUS para diagnóstico e tratamento; o bairro, e a distância da moradia ao HEAA, que foi dividida em: perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km). Resultados: A média de idade foi de 72 anos, com maior frequência a cor branca, união estável, escolaridade até quarta série, aposentados e com renda média de 1 a 2 salários mínimos. Houve um predomínio de Gleason 6 e 3+4, PSA 10,0ng/mL. Não houve diferença estatística ao comparar renda com a distância, a idade com a distância ou o PSA com a distância. Não foi verificada associação entre a distância dos pacientes do centro de tratamento e o escore de Gleason. Ao confrontar a associação entre a distância do centro de tratamento e o tipo de tratamento escolhido, não se verificou associação entre as variáveis. Na comparação do tempo total de tratamento, ou seja, entre a data de coleta do PSA e o início do procedimento terapêutico, observou-se um tempo mediano de 197, 224, 212 e 199 dias, respectivamente com as distâncias perto, moderada, longe e muito longe, tais dados não tiveram significância estatística. Ao comparar o tempo de espera para o início da tratamento entre os exames realizados no SUS, com 221 dias de espera, contra 286 dias dos exames realizado na rede particular, não foi verificada diferença estatística. Verificou-se que o tempo mediano entre a realização do PSA e a biópsia foi de 60

dias, já o tempo mediano da biópsia para a entrega do resultado foi de 30 dias, entre o resultado da biópsia e a primeira consulta no HEAA verificou-se um tempo mediano de 45 dias. No paciente que optou-se realizar tratamento clínico (radioterapia isolada ou associada a hormonioterapia), tiveram um tempo mediano de espera entre a primeira consulta no HEAA e o início do tratamento de 22 dias, já os pacientes que seguiram para indicação cirúrgica tiveram o tempo mediano entre a primeira consulta o HEAA e a autorização de internação hospitalar de 86 dias (tempo necessário para realizar os exames pré operatório) e para a realização da cirurgia aguardaram um tempo mediano de mais 40 dias. Conclusão: os resultados sugerem que os aspectos clínicos e epidemiológicos não interferem no acesso ao diagnóstico, estadio, no tratamento e prognóstico de paciente com câncer de próstata.

Palavras-chave: Acessibilidade. Câncer de próstata. Equidade em saúde. Tempo para tratamento.

ABSTRACT

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AS POSSIBLE PREDICTING ACCESS AND PROGNOSTIC FACTORS OF PROSTATE CANCER PATIENTS IN THE GOYTACAZES FIELD COUNTRY

Prostate cancer is the second most common tumor in men. Evidence suggests that the timing of diagnosis is directly related to prognosis. Objectives: To verify the clinical and epidemiological aspects as possible factors involved in access to treatment and prognosis of patients with prostate cancer in Campos dos Goytacazes. Methods: The study was Documentary and Exploratory based on data from medical records of 70 male prostate cancer patients treated at HEAA between 2014 and 2019. The study variables were: date of suspicion of the disease, date of entry into the hospital registration basis; date of biopsy; date of delivery of biopsy result and date of initiation of treatment; as well as social, economic and demographic variables such as access to SUS for diagnosis and treatment; the neighborhood, and the distance, which was divided into: near (1-5Km), moderate (5-8Km), far (8-19Km), far away (19-50Km). In addition to the descriptive analysis, the chi-square test was used for quantitative data and the value of statistical significance was less than or equal to 5%. The research was submitted to the Human Research Ethics Committee of the Campos Medical School and was approved (CAAE: 17054619.6.0000.5244 / Opinion No.:3,455,709). Results: The average age was 72 years, most often white, stable union, education up to fourth grade, retired and with an average income of 1 to 2 minimum wages. There was a predominance of Gleason 6 and 3 + 4, PSA 10.0 ng/mL. There was no statistical difference when comparing income with distance, age with distance or PSA with distance. No association was found between patient distance from treatment center and Gleason score. When comparing the association between the distance from the treatment center and the type of treatment chosen, there was no association between the variables. When comparing the total treatment time, ie, between the date of collection of the PSA and the beginning of the therapeutic procedure, a median time of 197, 224, 212 and 199 days was observed, respectively with the distances near, moderate, far and far away, such data had no statistical significance. When comparing the waiting time for the beginning of treatment between the examinations performed at SUS, with 221 waiting days,

against 286 days of the examinations performed in the private network, no statistical difference was verified. The median time between PSA and biopsy was 60 days, while the median time to deliver the biopsy was 30 days, between the biopsy result and the first HEAA consultation. a median time of 45 days. In the patient who chose to undergo clinical treatment (radiotherapy alone or associated with hormone therapy), they had a median waiting time between the first visit to the HEAA and the start of treatment of 22 days, while patients who followed for surgical indication had the time. The median time between the first visit to the HEAA and the 86-day hospitalization authorization (time required to perform the preoperative examinations) and for the surgery were expected to take a median time of 40 days. Conclusion: the results suggest that the clinical and epidemiological aspects do not interfere with the access to diagnosis, stage, treatment and prognosis of a prostate cancer patient.

Keywords: Accessibility. Prostate câncer. Equity in health. Time for treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Mapa da divisão e sedes distritais de Campos dos Goytacazes– localização de vilas e áreas em expansão urbana.– IBGE: Censo demográfico 2010.....	25
Figura 2- Distribuição de pacientes atendidos no HEAA por bairros do município de Campos dos Goytacazes-RJ. Na figura pode-se perceber que a grande maioria dos pacientes atendidos no HEAA residem em Farol de São Tomé.....	29
Figura 3- Idade dos pacientes atendidos no HEAA de acordo com a localidade da residência ao centro de tratamento. Não se verificou diferença significativa na idade nos grupos estudados ($p>0,05$). Perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km).....	30
Figura 4- Renda dos pacientes divididos pelas distâncias. Não se verificou diferença significativa entre os grupos avaliados ($p>0,05$). Perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km).	31
Figura 5- Níveis de PSA de acordo com a distância das residências dos pacientes. Não se verificou diferença significativa dos níveis de PSA nos grupos estudados ($p>0,05$). Perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km).....	32
Figura 6- Comparação do tempo total de tratamento em relação à distância da residência ao centro de tratamento. Não se verificou diferença significativa entre os grupos testados ($p>0,05$). Perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km).....	36
Figura 7- Comparação entre tempo total de espera para o início do tratamento entre pacientes atendidos com exames do SUS e do Particular. Não se verificou diferença no tempo de espera entre os exames realizados no SUS ou no particular ($p>0,05$).	37
Figura 8- Representação gráfica da densidade da distribuição do tempo em cada estágio do tratamento. No gráfico verifica-se as densidades de valores (via largura) do campo numérico do tempo de espera em cada estágio. Também se verifica (colchetes) os tempos medianos entre cada estágio. PSA- Antígeno Prostático Específico. BX- Biópsia. RBX- Resultado da Biópsia. 1CON.HEAA: Primeira Consulta no Hospital Escola Álvaro Alvim. CLI- Tratamento Clínico. AIH- Autorização de Internação Hospitalar. CIR- Cirurgia.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– População residente, por gênero e distrito – Ranking por gênero masculino. Campos dos Goytacazes (RJ) – Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010.....	26
Tabela 2- Características sócio demográficas da amostra estudada	28
Tabela 3- Associação entre Distância da residência ao centro de tratamento e Escore de Gleason de pacientes com CaP. Não se verificou associação entre a distância e o escore de Gleason ($p>005$). Perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km).....	34
Tabela 4- Associação entre distância e tipo de tratamento realizado. Não se verificou associação entre a distância e o tipo de tratamento ($p>005$). Perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km). TTO - tratamento. CIR -cirurgia. HORM+RTX - hormonioterapia + radioterapia. RTX - radioterapia.....	35

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

1CON.HEAA Primeira Consulta no Hospital Escola Álvaro Alvim
AIH Autorização de Internação Hospitalar
BX Biópsia
CaP Câncer de próstata
CIR Cirurgia
CLI Tratamento Clínico
HEAA Hospital Escola Álvaro Alvim
HTX Hormonioterapia
PSA Antígeno Prostático Específico
RBX Resultado da Biópsia
RXT Radioterapia
SER Serviço Estadual de Regulação
SUS Sistema Único de Saúde
UNACON Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
PNAISH Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
INCA Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	14
1.2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2	OBJETIVO.....	20
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
3.2	AMOSTRA.....	21
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	21
3.4	COLHETA DE INFORMAÇÕES.....	22
3.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	22
3.6	INSTRUMENTOS DE MEDIDAS	23
3.7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:.....	23
3.8	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:	24
3.9	ÁREA GEOGRÁFICA DE ESTUDO.....	24
3.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA:	26
3.11	ASPECTOS ÉTICOS	27
4	RESULTADOS	28
5	DISCUSSÃO	39
6.	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	ANEXO	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

As funções de gerir e planejar os sistemas públicos de saúde sempre foram importantes em qualquer momento histórico, mas torná-lo mais eficaz é fundamental em tempos de poucos recursos econômicos e de crise financeira que acomete o Estado brasileiro, garantindo assim atenção a necessidades básicas da população, como o acesso adequado aos serviços públicos de saúde.

Neste contexto, é necessário favorecer mudanças, principalmente, no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde, além daquelas reconhecidas pelos serviços e políticas da área, visando cada vez mais a qualidade da assistência à saúde (LEAL *et al.*, 2012).

No Brasil, a saúde do homem vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), formalizada em 27 de agosto de 2009 (LEAL *et al.*, 2012).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o Brasil, estimam-se cerca de 68.220 casos novos de câncer de próstata (CaP) para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país, com 96,85/100 mil na

Região Sul, 69,83/100 mil na Região Sudeste, 66,75/100 mil na Região Centro-Oeste, 56,17/100 mil na Região Nordeste e 29,41/100 mil na Região Norte (INCA, 2017).

O câncer de próstata é uma doença altamente prevalente no mundo. Observou-se em cerca de três milhões de indivíduos na população norte-americana no ano de 2014 (HOWLADER *et al.*, 2017). Ocupa a segunda posição entre as neoplasias malignas que acometem os homens, em todo o mundo, atrás apenas do câncer de pulmão (STEWART; WILD, 2014). Em 2012, as estimativas revelaram aproximadamente 1,1 milhão de casos novos, constituindo 15% dos cânceres no sexo masculino (FERLAY *et al.*, 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014; INCA, 2017).

A taxa de incidência global, em 2012, foi 25 vezes maior em países desenvolvidos, como Austrália, Nova Zelândia, América do Norte e em países da Europa Ocidental e Norte, quando comparada aos países em desenvolvimento (FERLAY *et al.*, 2013). Isso pode ser atribuído, em parte, às estratégias de rastreamento, realização do teste antígeno prostático específico (PSA) e subsequente biópsia, uma vez que possibilita a identificação de pequenos tumores, latentes ou em fases iniciais de crescimento (FERLAY *et al.*, 2013; FORMAN *et al.*, 2014). No entanto, taxas aumentadas são observadas também em certas Regiões menos desenvolvidas, como o Caribe, países da América do Sul e da África (INCA, 2017).

Em relação à mortalidade, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), apontaram 307 mil mortes, para o ano de 2012; e a taxa de mortalidade global, para o mesmo ano, de 7,8/100 mil, representando 6,6% do número total de mortes masculinas (FERLAY *et al.*, 2013, 2015; STEWART; WILD, 2014). Contudo, a relação é inversa; ou seja, maiores taxas de mortalidade foram observadas em países de baixa renda quando comparados aos de alta renda (NAKANDI *et al.*, 2013). A tendência da mortalidade por esse tipo de câncer se apresenta em declínio em quase todas as Regiões do mundo (FERLAY *et al.*, 2013), sendo identificada queda de 3,4%, no período 2010-2014, nos Estados Unidos (FORMAN *et al.*, 2014). Por se tratar de uma neoplasia com bom prognóstico, a probabilidade de sobrevida em cinco anos é encontrada acima de 80%, variando em função de fatores clínicos, genéticos, socioeconômicos e ambientais (HOWLADER *et al.*, 2017; INCA 2017).

Embora a etiologia ainda não esteja completamente elucidada, numerosos fatores epigenéticos e mutações somáticas promovem o desenvolvimento do CaP.

Idade, história familiar da doença, localização geográfica, raça/etnia, bem como os fatores ambientais e de estilo de vida, como hábitos alimentares e obesidade estão descritos como fatores de risco para o CaP.(CARNEIRO *et al.*, 2017; KICINSKI *et al.*, 2011; GOGGINS *et al.*, 2009; MERRIL, RM 2012; HSING, AW 2006).

A idade é um fator de risco importante para o CaP, uma vez que tanto a incidência, como a mortalidade aumentam, significativamente, após os 50 anos. Cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem nos homens a partir dos 65 anos. É, por isto, considerado o câncer da terceira idade (ARAÚJO *et al.*, 2017; PARKIN, 2001; SROUGI *et al.*,2008).

Há uma discussão em curso sobre o papel da gestão dos cuidados de saúde como um fator que contribui para as disparidades sociais na sobrevivência entre pacientes com câncer de próstata (CHU, 2010; KLEIN, 2015).

Estudos recentes mostraram uma associação entre o nível socioeconômico inferior e um estágio mais avançado do CaP no momento diagnóstico CaP (CLEGG *et al.*,2009; LYRATZOPOULOS *et al.*, 2013; KLEIN, 2015).

Assim, grau de orientação do paciente, estágio da doença, políticas públicas de assistência à saúde são considerados como mediadores potenciais de qualidade do tratamento e aderência à terapêutica proposta, seja ela vigilância ativa, prostatectomia ou radioterapia (KLEIN, 2015).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem fundamenta-se nos seguintes objetivos: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado, que resguardem a integralidade e qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo Leal *et al.* (2012) a implantação da PNAISH em cinco municípios do país concluiu que os Planos de Ação Municipal não apresentam descrições precisas para implantação da política. Além de destacar que gestores e profissionais na assistência direta têm pouco ou nenhum conhecimento sobre a política a ser implantada.

Mesmo que a criação da PNAISH seja um grande passo em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população masculina, fato este que gerou um Plano de Ação Nacional com previsão de implementação entre 2009 e

2011, ainda não se tem percebido mudanças efetivas no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse sentido, os gestores da saúde necessitam implementar mudanças, principalmente, no sentido de ampliar os princípios da equidade e integralidade, a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde, além daquelas reconhecidas pelos serviços e políticas da área, visando cada vez mais a qualidade da assistência do homem (ARRETCHE, 2001).

Dessa forma, é necessário romper com o paradigma da invulnerabilidade dos homens e fazer ressoar as necessidades desse grupo, muitas vezes, esquecidas e embutidas não só pelo sistema de saúde, mas pelo próprio machismo do homem (ARRETCHE, 2001).

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

Sendo assim, é provável que existam outros fatores determinantes ou preditores de morbidade e mortalidade de pacientes com essa neoplasia. A escassez de estudos, nas bases de dados da Scielo, PubMed, Medline, Scopus sobre o tema no Brasil, motivou a desenvolver esse estudo para analisar os aspectos clínicos, epidemiológicos e os fatores limitadores do acesso como preditores de prognóstico de paciente com câncer de próstata em Campos dos Goytacazes. Para alcançar esse objetivo foi desenvolvido um estudo do tipo documental e exploratório de dados de 70 prontuários de pacientes com câncer de próstata matriculados no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA). Dentre as principais variáveis de estudo a serem analisadas foram as sociodemográficas, as relacionadas a assistência e acesso aos Serviços Públicos disponíveis no SUS. Tem-se como hipótese de pesquisa que as condições sociodemográficas e de acessibilidade podem ser fatores determinantes ou potencializadores e preditores das taxas de morbidade e mortalidade pelo câncer de próstata. Se confirmado essa hipótese, vislumbra-se sugerir aos gestores municipais de saúde estratégias de ações que venham diminuir a morbimortalidade por câncer de próstata.

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS

A seguridade social consiste no conjunto de ações e políticas sociais que visam promover o estabelecimento de uma sociedade mais igualitária e justa, auxiliando os cidadãos e suas famílias em determinadas situações, como a velhice, o desemprego e a doença (VIANNA,1992).

A segurança social age como um sistema de proteção social, assegurando às pessoas alguns direitos básicos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Aliás, estes são considerados os três pilares fundamentais da seguridade social, de acordo com a Constituição brasileira (VIANNA,1992).

Como princípio, a seguridade social existe para tentar alcançar uma sociedade solidária, igualitária e justa para todos. Além disso, visa erradicar males sociais, como a pobreza e a marginalização, reduzindo as desigualdades sociais (VIANNA,1992).

As ferramentas para alcançar esses objetivos estão nos princípios do SUS, entre eles, a equidade cujo objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2011).

A Integralidade é o princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2011).

A regionalização e a hierarquização são os serviços que devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de

atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região (BRASIL, 2011).

CÂNCER DE PRÓSTATA

O CaP possui a classificação histológica baseado no escore de Gleason, que consiste na avaliação da arquitetura da neoplasia, classificada em 5 padrões. O escore de Gleason é obtido pela soma dos padrões primário (o mais prevalente) e secundário (segundo mais prevalente) do grau de alteração celular. O padrão de Gleason 1 é caracterizado por um nódulo bem delimitado formado por glândulas arredondadas, uniformes e bem formadas, com mínima infiltração do parênquima adjacente. O padrão de Gleason 2 consiste de lesão nodular com mínima infiltração da periferia, com glândulas menos uniformes e mais espaçadas. O padrão 3 do Gleason é o mais comum e caracterizado por glândulas pequenas e bem formadas que infiltram o estroma entre os ácinos e dutos prostáticos. O padrão 4 de Gleason exibe fusão glandular, glândulas mal formadas e em padrão cribriforme. O padrão 5 do Gleason não apresenta diferenciação glandular e é formado por células compondo cordões ou blocos sólidos ou ainda células tumorais isoladas infiltrativas, e também inclui estruturas sólidas, cribriformes ou papilíferas com necrose central do tipo comedo (EPSTEIN, 2005).

2 OBJETIVO

Verificar os aspectos clínicos e epidemiológicos como possíveis fatores envolvidos no acesso ao tratamento e prognóstico de paciente com câncer de próstata em Campos dos Goytacazes.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo do tipo Documental e Exploratório a partir de dados de prontuários de pacientes do sexo masculino com câncer de próstata.

3.2 AMOSTRA

A amostra foi não probabilística de conveniência de 70 prontuários de pacientes com câncer de próstata atendidos na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Álvaro Alvim regulados pelo S.E.R (SERVIÇO ESTADUAL DE REGULAÇÃO) .

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi composta por uma análise retrospectiva de base hospitalar, formada por 70 homens com diagnóstico de câncer de próstata entre janeiro de 2014 a setembro de 2019, na época o HEAA era responsável por cerca de 90% dos atendimentos da município em CaP. Estes pacientes foram

referenciados pela rede básica de assistência no município de Campos dos Goytacazes e atendidas em sua primeira consulta no ambulatório do Hospital Escola Álvaro Alvim, serviço ligado a Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes.

Foram excluídos pacientes cujos prontuários não haviam informações essenciais, referente a intervalos a serem descritos adiante.

3.4 COLHETA DE INFORMAÇÕES

Para a organização do banco de dados foi utilizado o programa Excel. O número do prontuário foi utilizado como fator para não duplicação de dados, uma vez que o usuário, apesar dos vários atendimentos, possui um único número de registro.

Sabendo que o mesmo usuário pode ter recidiva da neoplasia, optou-se pelo registro de dados do primeiro acometimento em que o atendimento tenha sido realizado na instituição onde se deu o levantamento de dados (HEAA).

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As principais variáveis do estudo analisadas referem-se ao tempo entre eventos transcorridos durante o tratamento dos pacientes, a saber: data da suspeita da doença pelo médico assistente; data de entrada na base de registro hospitalar; data da realização da biópsia; data da entrega do resultado da biópsia; e a data do início do tratamento. Além das variáveis de tempo transcorrido, as seguintes variáveis sócio demográficas foram analisadas: idade em que foi realizado o diagnóstico (em anos), cor da pele, bairro de residência, estado civil, profissão, história familiar de câncer de próstata, nível socioeconômico e grau de escolaridade.

Nestes casos selecionados, também foi analisado o estadiamento clínico do tumor de acordo com a classificação de Gleason. O estadiamento clínico relaciona-se com maior ou menor risco de morte do paciente, sendo os grupos de maior risco

considerados Gleason 8-10, considerados consequentemente, estádios clínicos avançados da doença.

A distância da residência ao centro urbano da sede, mais especificamente, ao HEAA, um dos locais de referência do município para o diagnóstico e tratamento do câncer de próstata é outra co-variável analisada. Esta distância foi mensurada pela utilização da ferramenta Google maps (GOOGLE, 2009), onde a distância calculada foi baseada no endereço fornecido pelo paciente ao hospital.

A primeira tentativa foi determinar a distância entre o endereço registrado no prontuário para o hospital de referência utilizando como ferramenta de busca o Google maps. Não sendo encontrado o endereço, optou-se pela distância decorrida entre o bairro constante no registro hospitalar, em relação ao HEAA.

3.6 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

- Mapas
- Questionário

O levantamento de dados foi realizado através dos registros de prontuários médicos de pacientes com diagnóstico de câncer de próstata que tiveram seu primeiro atendimento realizado no HEAA, durante o intervalo de tempo compreendido entre janeiro de 2014 a setembro de 2019.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Homens acima de 45 anos
- Registro no HEAA
- Exames realizados em serviços públicos ou privados
- Pacientes residentes no município de Campos dos Goytacazes

3.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Ausência de informações registradas em prontuários
- Pacientes residentes em outros municípios.
- Pacientes não registrados no HEAA

O estadiamento do tumor no momento do diagnóstico trata-se de uma co-variável importante nos modelos, pois guarda estreita relação com a sobrevida do paciente. Quanto mais avançado o tumor, menor a sobrevivência, assim, aqueles que no momento do diagnóstico se apresentam com Gleason 8-10, possuem sobrevida menor.

3.9 ÁREA GEOGRÁFICA DE ESTUDO

O município de Campos dos Goytacazes, selecionado como área de estudo, ocupa uma área de 4.032 Km², está localizado na Região Norte Fluminense, em uma posição privilegiada em relação a três importantes centros urbanos do país: Rio de Janeiro (274Km), Belo Horizonte (670Km) e Vitória (230 Km).

Com uma população de 463.731 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2010, é a sétima cidade mais populosa do estado e a primeira fora da região metropolitana. O maior município do estado do Rio de Janeiro em área territorial possui uma das maiores economias do Brasil em números absolutos e concentração de renda com desigualdade sociais. Estruturalmente o município é composto por 14 distritos, conforme representado na Figura 1 (IBGE, 2010).

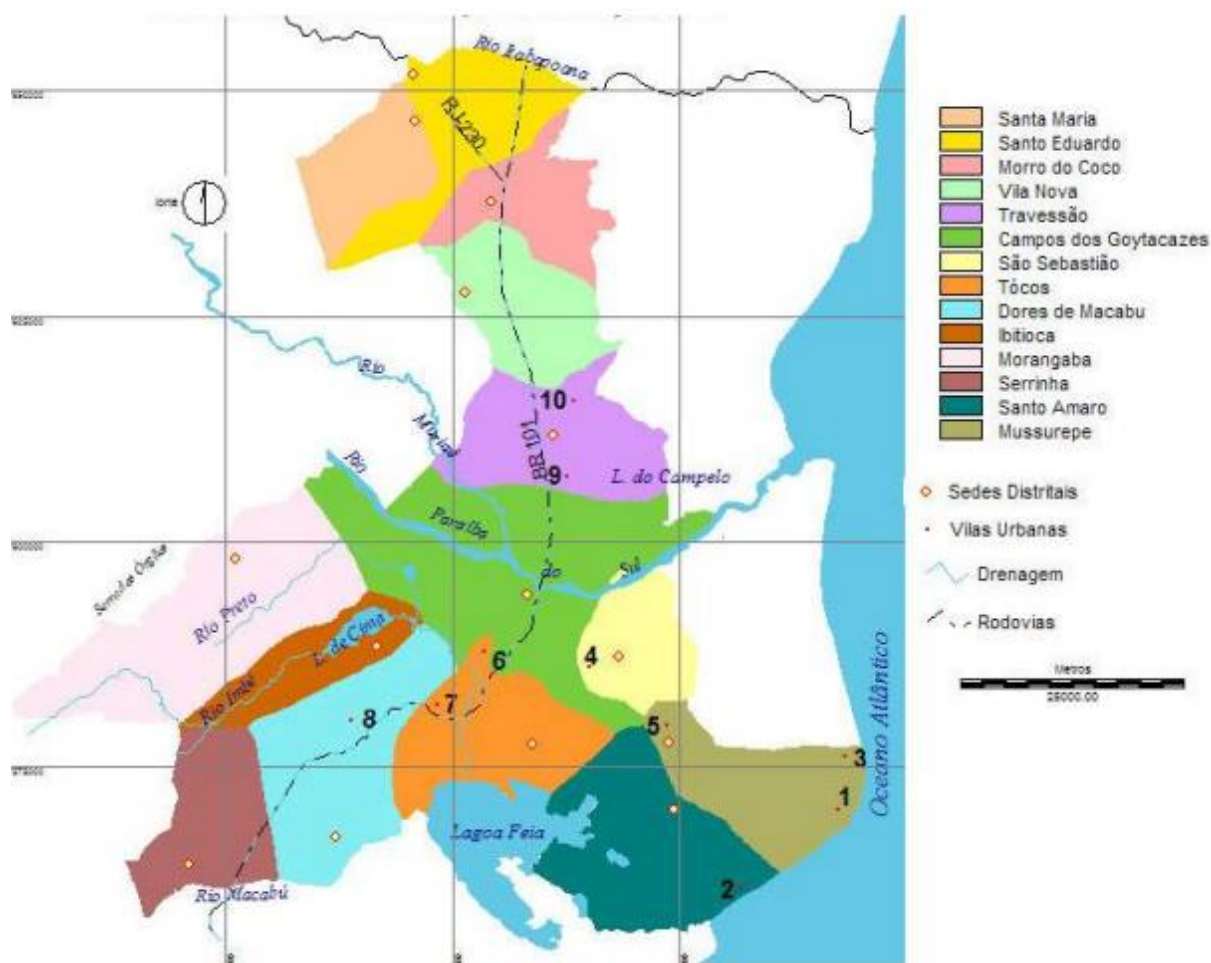


Figura 1– Mapa da divisão e sedes distritais de Campos dos Goytacazes – localização de vilas e áreas em expansão urbana.

Fonte: IBGE: Censo demográfico 2010.

No período de 1991-2000, a população de Campos teve uma média geométrica de crescimento anual de 0,5%, passando de 389 mil em 1991 para 407 mil habitantes em 2000 e 463.731 habitantes em 2010. O município apresenta taxa de urbanização de 90 % com 76% da população vivendo no distrito sede (IBGE, 2010).

Dado o vasto território, somado a importantes diferenças quanto à taxa de urbanização entre os distritos, justifica-se a escolha do município de Campos dos Goytacazes, pois a extensão territorial e as diferenças encontradas entre as localidades simulam a heterogeneidade observada em abrangências territoriais maiores, como estados e Brasil. Tabela 1.

Tabela 1– População residente, por gênero e distrito – Ranking por gênero masculino. Campos dos Goytacazes (RJ) – 2010.

Distrito e Subdistrito	Total			Participação (%)	
	Total	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1 - Campos dos Goytacazes - RJ	360669	171642	189027	47,59	52,41
2 - Travessão	24058	11968	12090	49,75	50,25
3 - São Sebastião de Campos	14577	7273	7304	49,89	50,11
4 - Mussurepe	11937	5964	5973	49,96	50,04
5 - Dores de Macabu	8579	4293	4286	50,04	49,96
6 - Tocos	8164	4063	4101	49,77	50,23
7 - Santo Amaro de Campos	7953	4002	3951	50,32	49,68
8 - Vila Nova de Campos	6297	3240	3057	51,45	48,55
9 - Santo Eduardo	4820	2395	2425	49,69	50,31
10 - Morro do Coco	4683	2324	2359	49,63	50,37
11 - Santa Maria	4009	2007	2002	50,06	49,94
12 - Morangaba	3790	1939	1851	51,16	48,84
13 - Ibitioca	3002	1523	1479	50,73	49,27
14 - Serrinha	1193	626	567	52,47	47,53

Fonte: IBGE – Censo demográfico 2010.

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA:

A análise estatística foi realizada usando o IBM® SPSS® Statistics versão 21. Algumas variáveis foram divididas em quatro grupos baseando-se na distância das residências dos pacientes até o centro de tratamento no HEAA. Para essa alocação foi utilizado o software Inzight versão 3.4.3 que permitiu balancear essa divisão em quatro grupos levando-se em consideração a distância dos Bairros, foram divididos em: perto (1-5Km), moderado (5,1-8Km), longe (8,1-19Km), muito longe (19,1-50Km). Todos os resultados foram expostos em gráfico ou tabelas e foram descritos na forma de boxplot contendo as informações de mediana, percentil superior (75%) percentil inferior (25%) valores máximo e mínimo, ou na forma de barras contendo informações média e desvio padrão. A distribuição dos dados quantitativos foi testada pelo teste Shapiro Wilk. Para os dados que obedeceram distribuição normal ($p > 0,05$) foi utilizada estatística paramétrica para a inferência, utilizando-se o teste ANOVA um fator para comparação múltipla das médias das amostras independentes com teste Post hoc Fisher's Least Significant Difference (LSD) ou ainda foi possível usar o test t de student independente para comparação de duas médias. Para os dados com distribuição não normal ($p < 0,05$) utilizou-se para inferência o teste de Kruskal-Wallis. Para a inferência das associações foi utilizado o teste Chi quadrado

e para a comparação entre as proporções foi utilizado o teste Z. Para todo o estudo foi adotado um índice de significância de 5%.

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Faculdade de Medicina de Campos para as considerações éticas e foi aprovado (CAAE: 17054619.6.0000.5244 / Nº PARECER: 3.455.709).

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 70 pacientes, atendidos no Hospital Escola Álvaro Alvim, com média de idade de 72 anos ($\pm 8,5$), variando entre 54 e 91 anos. A maioria era auto declarado da cor branca, casado ou com companheira, sabiam ler e escrever, a maioria aposentados e com renda média de 1 a 2 salários mínimos (tabela 2).

Tabela 2- Características Sócio demográficas da amostra estudada.

		Média	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão	n	(%)
IDADE (anos)		72	91	54	8,5		
RENDIA (R\$)		1652,80	6000,00	500,00	930,06		
COR	branco					32	45,7%
	negro					20	28,6%
	parda					18	25,7%
ESCOLARIDADE	Analfabeto					9	12,9%
	1-4 Série					37	52,9%
	5-8 Série					16	22,9%
	1-3 Ano					6	8,6%
	Superior					2	2,9%
ESTADO CIVIL	Solteiro					8	11,4%
	Casado					48	68,6%
	Divorciado					6	8,6%
	Viúvo					8	11,4%

Fonte: próprio autor.

Ao se estudar a distribuição dos pacientes atendidos no HEAA nos bairros de Campos dos Goytacazes-RJ, verificou-se que grande parte desses pacientes

residem em locais bem distantes do centro de tratamento. Como exemplo disso destaca-se que boa parte dos pacientes residiam em Farol de São Tomé, Ururaí e Morro do Coco (Figura 2).

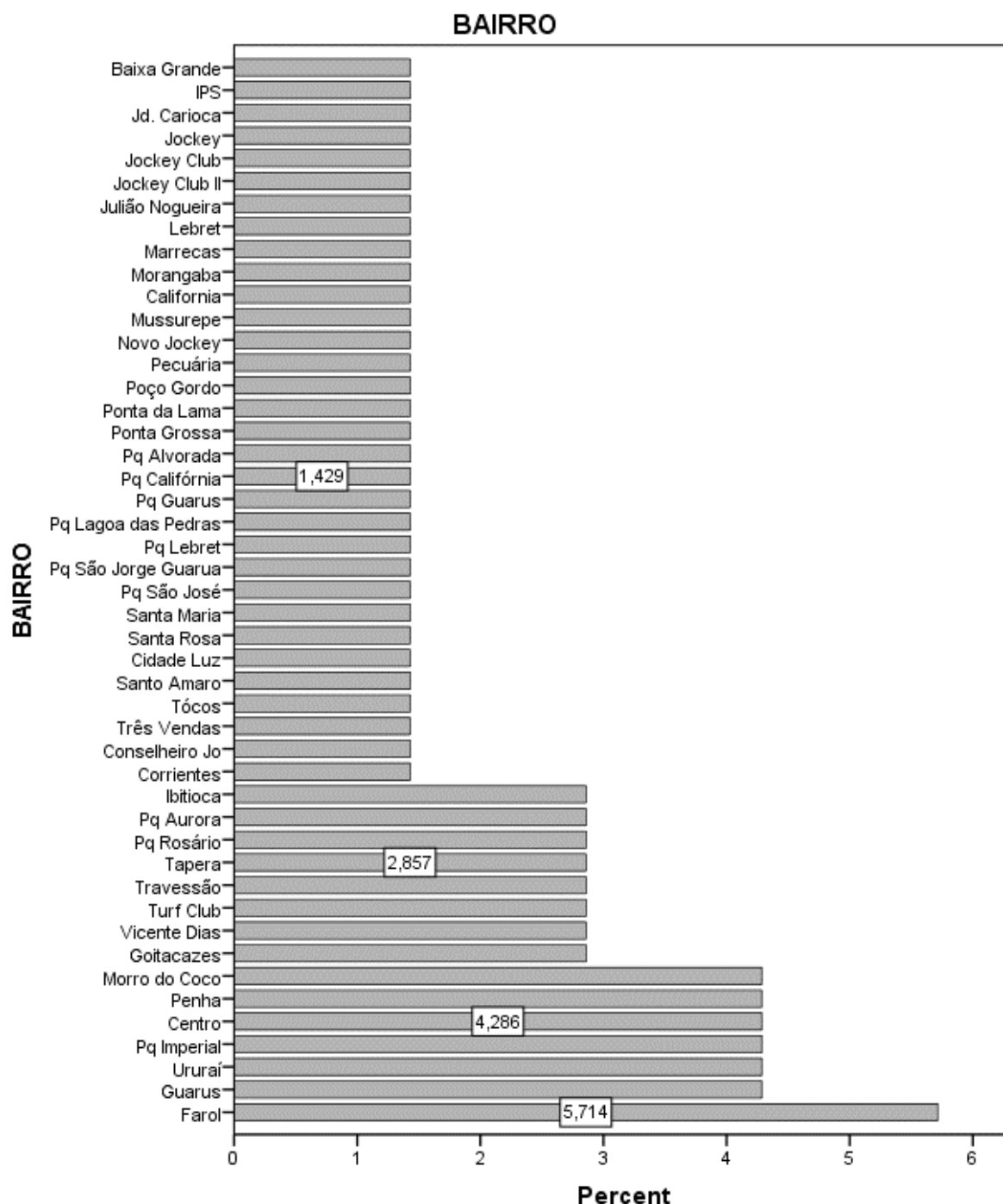


Figura 2- Distribuição de pacientes atendidos no HEAA por bairros do município de Campos dos Goytacazes-RJ. Na figura pode-se perceber que boa parte dos pacientes atendidos no HEAA residem em Farol de São Tomé.

Fonte: próprio autor.

Ao se avaliar a idade dos pacientes separados nos grupos de distância do centro de tratamento, verificou-se que os pacientes que residem próximos ao centro tem média de idade $72,47 \pm 10,15$ anos; enquanto aqueles que moram a uma distância moderada têm idade média de $74,78 \pm 8,82$ anos, já aqueles que moram longe do centro têm idade média de $69,00 \pm 5,79$ anos e por fim os pacientes que se encontram residindo muito longe do centro de tratamento apresentam média de idade de $71,27 \pm 8,07$ anos; não se verificou diferença significativa entre os grupos ($p=0,28$). (Figura 3)

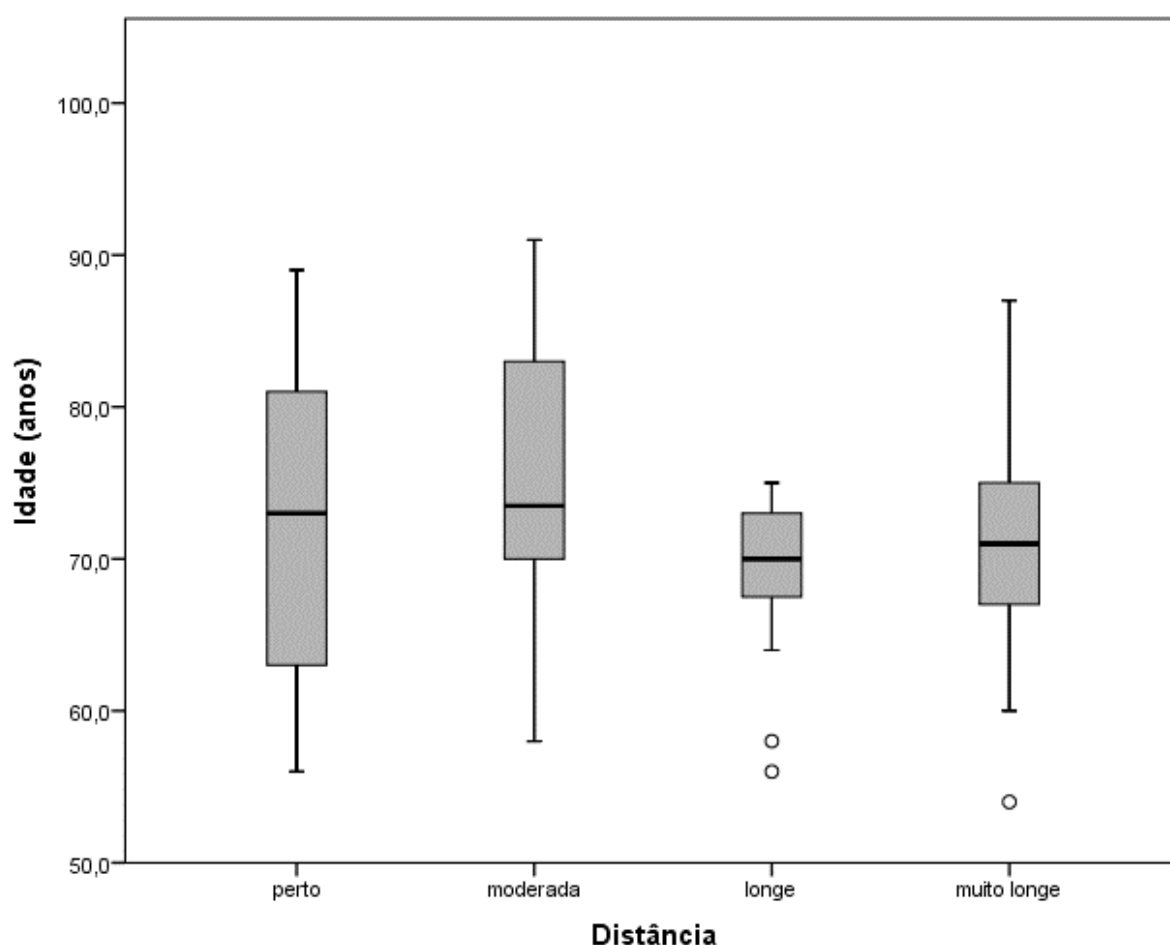


Figura 3- Idade dos pacientes atendidos no HEAA de acordo com a localidade da residência ao centro de tratamento. Não se verificou diferença significativa na idade nos grupos estudados ($p>0,05$). Perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km).
Fonte: próprio autor.

Comparando-se a renda mensal desses pacientes, de acordo com a distância de sua residência, verificou-se que os pacientes que residem próximos ao centro de tratamento possuem renda média de $R\$2014,31 \pm 1246,20$, os pacientes que residem em distâncias moderadas do centro de tratamento têm renda média de

R\$1812,22±989,05, já aqueles que residem longe do centro possuem renda média de R\$1341,60±444,71, e por fim aqueles pacientes que residem muito longe do centro têm renda média em torno de 1371,11±618,87. Não se verificou diferença significativa da renda entre os grupos estudados ($p=0,07$). (Figura 4)

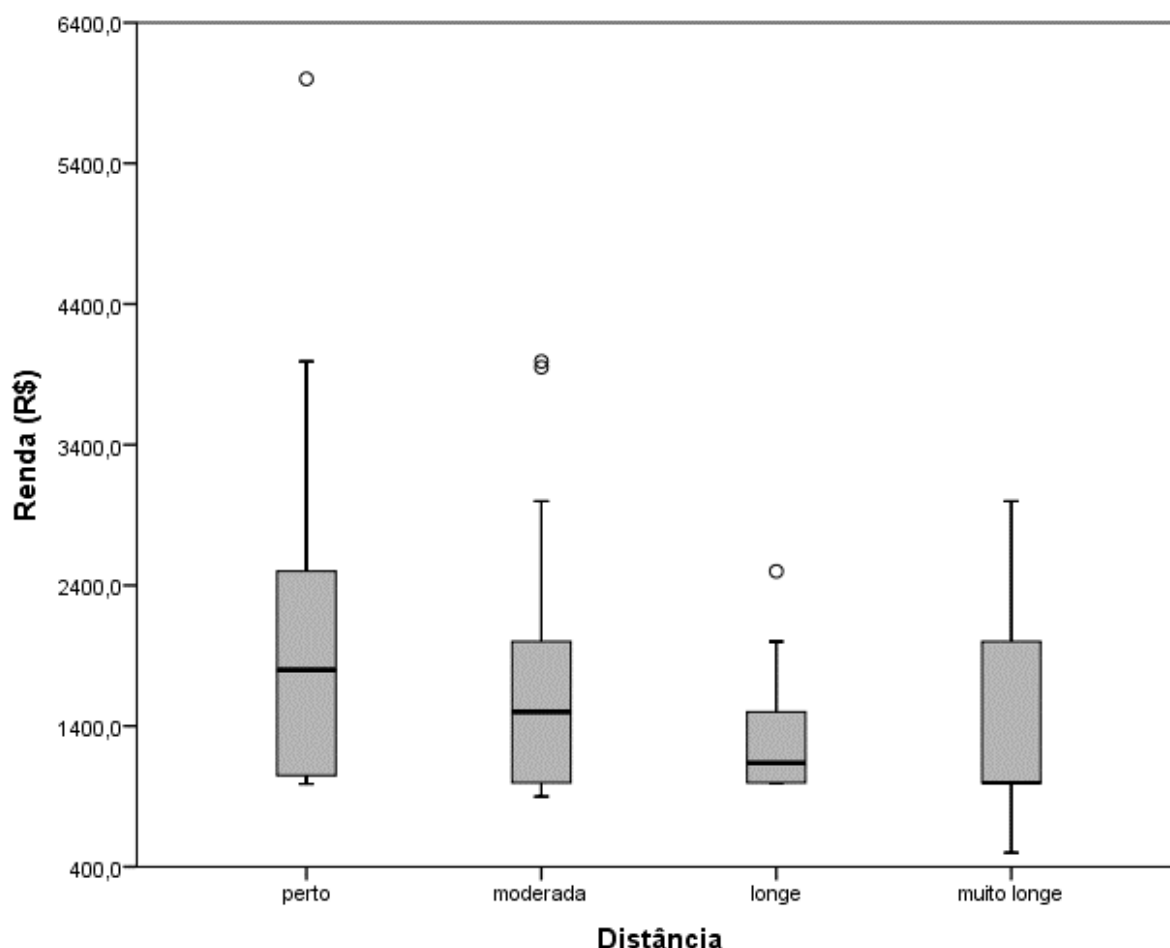


Figura 4- Renda dos pacientes divididos pelas distâncias. Não se verificou diferença significativa entre os grupos avaliados ($p>0,05$).

Perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km).

Fonte: próprio autor.

Ao se checar os níveis de PSA dos pacientes de acordo com localidade de sua residência verificou-se que os pacientes que residem próximos ao centro de tratamento tiveram o PSA com mediana de 10,60 com percentil 25% de 7,14 e percentil de 75% de 17,42, já os pacientes que moram em distâncias moderadas do centro têm PSA com mediana de 10,43 com percentil 25% de 5,70 e percentil de 75% de 24,09, os paciente que residem longe do centro de tratamento apresentaram

o PSA com mediana de 9,25 com percentil 25% de 5,32 e percentil de 75% de 16,88 e por fim os paciente que residem muito longe do centro apresentaram PSA com mediana de 7,19 com percentil 25% de 5,42 e percentil de 75% de 15,37. Não se verificou diferença significativa nos níveis de PSA nos grupos estudados ($p=0,79$). (Figura 5).

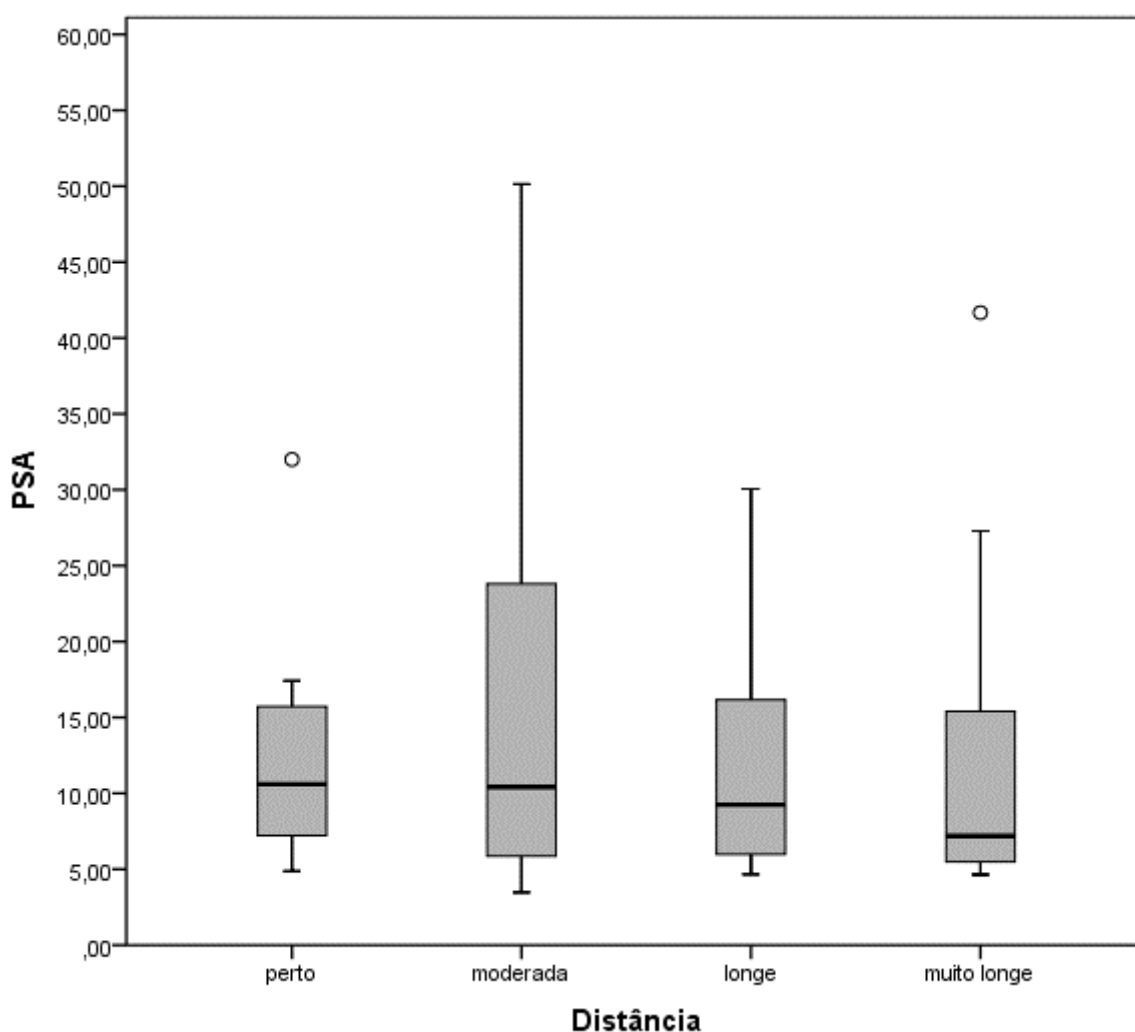


Figura 5- Níveis de PSA (ng/dL) de acordo com a distância das residências dos pacientes. Não se verificou diferença significativa dos níveis de PSA nos grupos estudados ($p>0,05$).

Perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km).

Fonte: próprio autor.

Não se verificou associação entre a distância dos pacientes do centro de tratamento e o escore de Gleason ($\chi^2=19,84$, $p=0,07$). Verificou-se que no geral, 31,4% dos pacientes têm Gleason=6; 25,7% dos pacientes têm Gleason 3+4; 18,6%

dos pacientes têm Gleason 4+3; 17,1% dos pacientes têm Gleason 8 e 7,1% dos pacientes têm Gleason 9. (Tabela 3)

Tabela 3- Associação entre Distância da residência ao centro de tratamento e Escore de Gleason de pacientes com CaP. Não se verificou associação entre a distância e o escore de Gleason ($p>0,05$). Perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km). N (total).

		GLEASON					Total	
		6	3+4	4+3	8	9		
Distância	perto	N	3	7	6	1	2	19
		% Distância	15,8%	36,8%	31,6%	5,3%	10,5%	100,0%
		% GLEASON	13,6%	38,9%	46,2%	8,3%	40,0%	27,1%
		% Total	4,3%	10,0%	8,6%	1,4%	2,9%	27,1%
	moderada	N	4	3	3	5	3	18
		% Distância	22,2%	16,7%	16,7%	27,8%	16,7%	100,0%
		% GLEASON	18,2%	16,7%	23,1%	41,7%	60,0%	25,7%
		% Total	5,7%	4,3%	4,3%	7,1%	4,3%	25,7%
	longe	N	8	3	0	4	0	15
		% Distância	53,3%	20,0%	0,0%	26,7%	0,0%	100,0%
		% GLEASON	36,4%	16,7%	0,0%	33,3%	0,0%	21,4%
		% Total	11,4%	4,3%	0,0%	5,7%	0,0%	21,4%
	muito longe	N	7	5	4	2	0	18
		% Distância	38,9%	27,8%	22,2%	11,1%	0,0%	100,0%
		% GLEASON	31,8%	27,8%	30,8%	16,7%	0,0%	25,7%
		% Total	10,0%	7,1%	5,7%	2,9%	0,0%	25,7%
Total	N	22	18	13	12	5	70	
	% Distância	31,4%	25,7%	18,6%	17,1%	7,1%	100,0%	
	% GLEASON	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	31,4%	25,7%	18,6%	17,1%	7,1%	100,0%	

Fonte: próprio autor.

Ao se avaliar associação entre a distância dos pacientes do centro de tratamento e o tipo de tratamento escolhido, não se verificou associação entre as variáveis ($\chi^2=5,21$, $p=0,54$). Verificou-se que no geral 25,7% realizaram cirurgia, 57,1% realizaram Hormônio terapia mais radioterapia e 17,2% realizaram Radioterapia. (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre distância e tipo de tratamento realizado. Não se verificou associação entre a distância e o tipo de tratamento ($p>005$).

Perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km). TTO - tratamento. CIR - cirurgia. HORM+RTX - hormonioterapia + radioterapia. RTX - radioterapia.

		TTO			Total	
		CIR	HORM+RTX	RTX		
Distância	perto	N	5	12	2	19
		% Distância	26,3%	63,2%	10,5%	100,0%
		% TTO	27,8%	30,0%	16,7%	27,1%
		% Total	7,1%	17,1%	2,9%	27,1%
	moderada	N	2	11	5	18
		% Distância	11,1%	61,1%	27,8%	100,0%
		% TTO	11,1%	27,5%	41,7%	25,7%
		% Total	2,9%	15,7%	7,1%	25,7%
	longe	N	4	9	2	15
		% Distância	26,7%	60,0%	13,3%	100,0%
		% TTO	22,2%	22,5%	16,7%	21,4%
		% Total	5,7%	12,9%	2,9%	21,4%
	muito longe	N	7	8	3	18
		% Distância	38,9%	44,4%	16,7%	100,0%
		% TTO	38,9%	20,0%	25,0%	25,7%
		% Total	10,0%	11,4%	4,3%	25,7%
Total	N	18	40	12	70	
	% Distância	25,7%	57,1%	17,1%	100,0%	
	% TTO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	25,7%	57,1%	17,1%	100,0%	

Fonte: próprio autor.

Ao se comparar o tempo total de tratamento (do dia da coleta do PSA até o dia do procedimento terapêutico) entre as diversas distâncias verificou-se que quem morava perto do centro teve um tempo mediano de tratamento de 197 dias com percentil 25% de 142 e percentil 75% de 397; já quem morava a uma distância moderada teve um tempo mediano de tratamento de 224 dias com percentil 25% de 145 e percentil 75% de 290; já quem morava a uma distância longe do centro teve um tempo mediano de tratamento de 212 dias com percentil 25% de 158 e percentil 75% de 271 e por fim quem morava muito longe do centro de tratamento teve um tempo mediano de tratamento de 199 dias com percentil 25% de 123 e um percentil

75% de 295 dias. Não se verificou diferença significativa entre os grupos testados ($p=0,53$). (Figura 6).

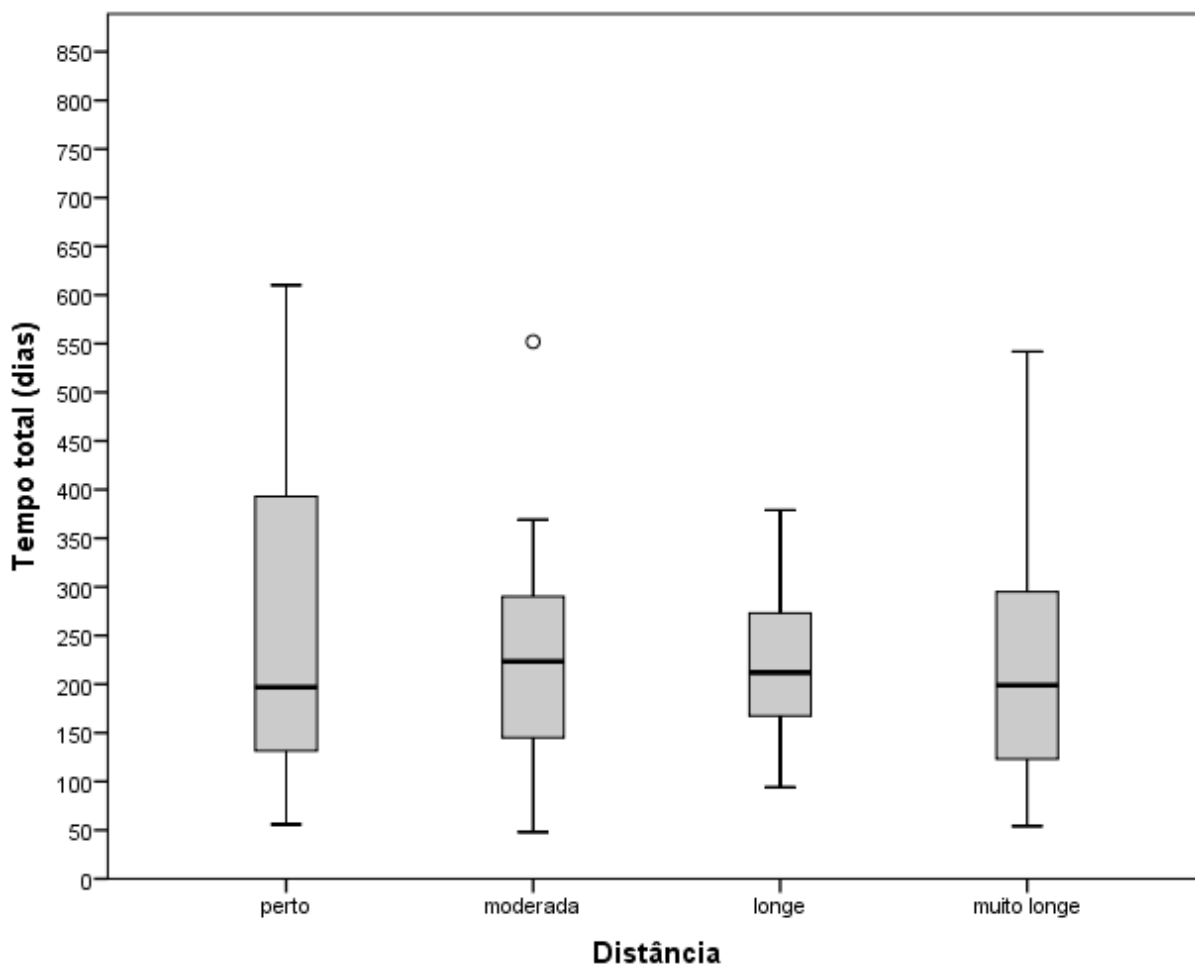


Figura 6- Comparação do tempo total de tratamento em relação à distância da residência ao centro de tratamento. Não se verificou diferença significativa entre os grupos testados ($p>0,05$).

Perto (1-5Km), moderado (5-8Km), longe (8-19Km), muito longe (19-50Km).

Fonte: próprio autor.

Ao se comparar o tempo de espera para o início do tratamento entre pacientes tratados com exames realizados pelo SUS e os que realizaram os exames pelo particular, verificou-se que os pacientes que realizaram os exames pelo SUS tiveram um tempo médio de espera pelo tratamento de 221 ± 119 dias em contra partida os pacientes que fizeram os exames pelo particular tiveram um tempo de espera médio de 286 ± 117 dias. Não se verificou diferença no tempo de espera entre os grupos tratados por exames SUS ou pelo particular ($p=0,1$). (Figura 7).

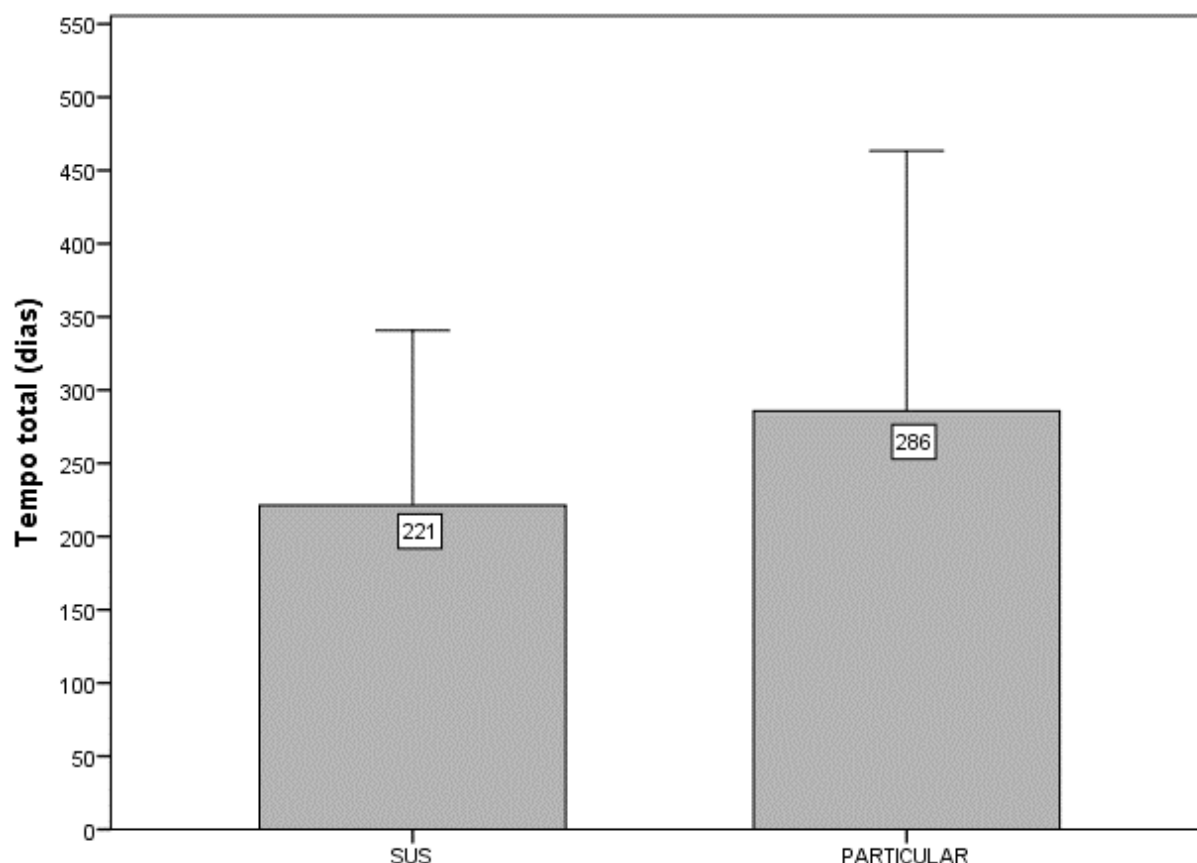


Figura 7- Comparação entre tempo total de espera para o início do tratamento entre pacientes atendidos com exames do SUS e do Particular. Não se verificou diferença no tempo de espera entre os exames realizados no SUS ou no particular ($p>0,05$).

Fonte: próprio autor.

Por fim verificaram-se as densidades das distribuições do tempo gasto entre cada estágio do tratamento (figura 8). Verificou-se que o tempo mediano entre a realização do PSA e a biópsia foi de 60 dias, já o tempo mediano da biópsia para a entrega do resultado foi de 30 dias, entre o resultado da Biópsia e a primeira consulta no HEAA verificou-se um tempo mediano de 45 dias, Os pacientes que optou-se realizar tratamento clínico (radioterapia isolada ou associada a hormonioterapia), tiveram um tempo mediano de espera entre a primeira consulta no HEAA e o início do tratamento de 22 dias, já os pacientes que seguiram para indicação cirúrgica tiveram o tempo mediano entre a primeira consulta o HEAA e a Autorização de internação hospitalar de 86 dias (tempo necessário para realizar os exames pré operatório) e para a realização da cirurgia aguardaram um tempo mediano de mais 40 dias. (Figura 8).

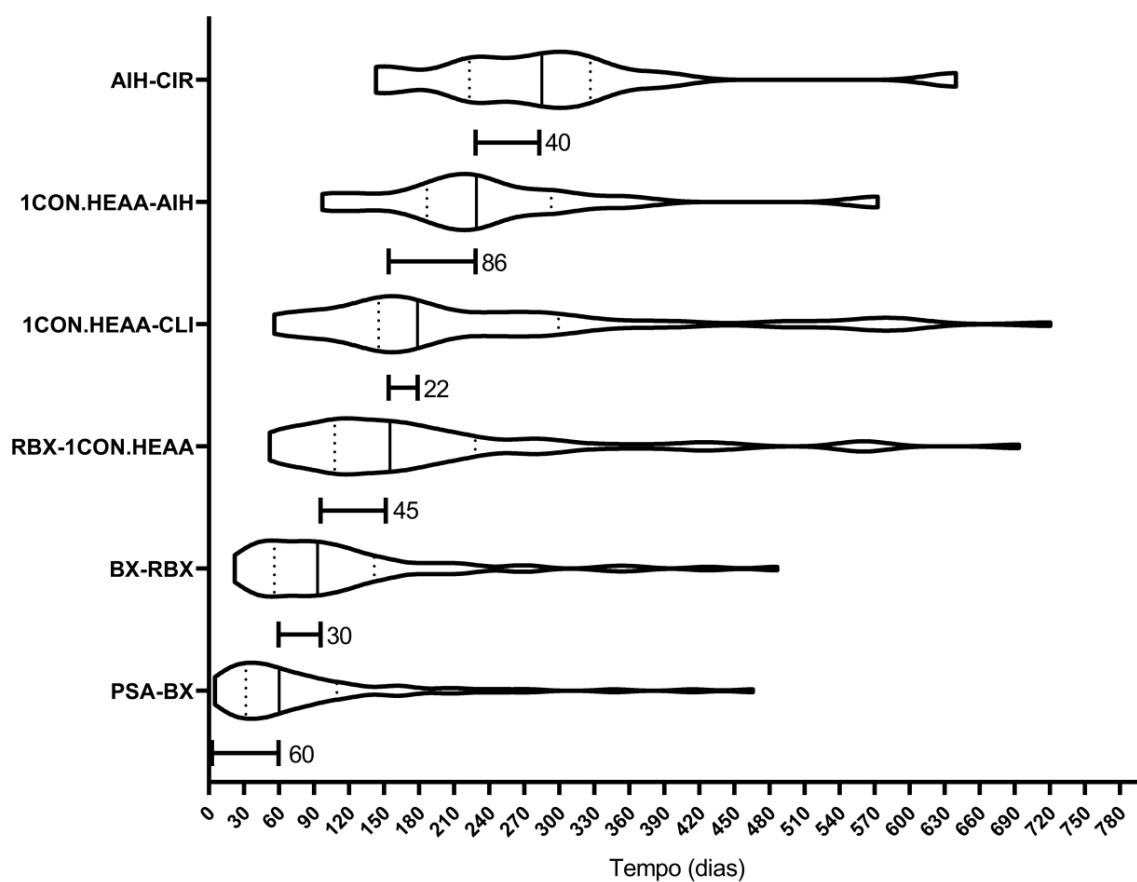


Figura 8- Representação gráfica da densidade da distribuição do tempo em cada estágio do tratamento. No gráfico verifica-se as densidades de valores (via largura) do campo numérico do tempo de espera em cada estágio. Também se verifica (colchetes) os tempos medianos entre cada estágio. PSA- Antígeno Prostático Específico. BX- Biópsia. RBX- Resultado da Biópsia. 1CON.HEAA: Primeira Consulta no Hospital Escola Álvaro Alvim. CLI- Tratamento Clínico. AIH- Autorização de Internação Hospitalar. CIR- Cirurgia.

Fonte: próprio autor.

5 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido ações de assistência ao paciente oncológico e implementando as unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, porém o diagnóstico e tratamento não tem melhorado o prognóstico dos pacientes com câncer de próstata.

Uma vez implementadas essas ações era esperado que ocorresse melhora no prognóstico desses pacientes; e, se o mesmo não está ocorrendo faz-se necessário identificar os possíveis fatores envolvidos neste processo.

No âmbito do CaP foi criado PNAISH, e sua representação dos níveis de complexidade de atendimento é dividido em primário, secundário e terciário. Atenção primária com o rastreio com PSA, exame digital da próstata e solicitação da biópsia na unidade básica de saúde. O nível secundário é responsável pela realização da biópsia e a atenção de complexidade maior. O nível terciário (UNACON), seria em unidade hospitalar para a realização do tratamento, no caso, cirurgia, radioterapia ou radioterapia com hormonioterapia.

Com a centralização dos serviços, esperava-se que superasse qualquer desvantagem de viagens mais longas para alguns pacientes, mas pouco se sabia sobre os efeitos do paciente viajar para o hospital na adesão ao tratamento (JONES, 2008).

Recentemente foi expressa a preocupação de que a centralização dos serviços em grandes hospitais da cidade pode levar a problemas no acesso para populações mais distantes, por exemplo a população rural (JONES, 2008).

Em particular, os pacientes que residem mais afastados dos centros de tratamento, principalmente quando a terapêutica é a palição, o que envolve muitos deslocamentos, pode impedir o paciente de aderir regularmente o tratamento caso o custo envolvido for elevado (JONES, 2008).

Estas barreiras geográficas e financeiras ao acesso aos cuidados refletem uma compreensão da acessibilidade dos serviços de saúde como dependente a proximidade do paciente com esses serviços (HORRILL, 2018).

Vários fatores influenciam o acesso: comorbidades, estado civil, expectativa de vida, grau de dependência, estadiamento tumoral, tipo do hospital visitado e especialista consultado, tipo de tratamento (radioterapia, quimioterapia ou cirurgia) (JONES, 2008).

Relativamente poucos estudos examinaram o efeito de acessibilidade no tratamento.

A aferição do tempo de espera é um bom indicador da qualidade terapêutica do câncer e poderia revelar desigualdades no acesso ao tratamento do câncer (POURCEL, 2013).

O rastreamento do câncer é importante para garantir que estes sejam detectados em seu estágio inicial, permitindo tratamentos mais eficazes e menos invasivos, melhor qualidade de vida e sobrevivência melhorada. No entanto, apesar de importante, a triagem oncológica é indicada apenas para câncer cervical, mamário e colorretal. O diagnóstico oportuno do câncer também é um importante contribuinte para o câncer, resultados: menor tempo para diagnóstico está associado à melhora do câncer, e o estágio do câncer no diagnóstico tem um significativo impacto na sobrevivência. Poucos estudos focados em obstáculos ao acesso ao diagnóstico oportuno e ao tratamento do câncer, representando uma lacuna importante na literatura (NEAL, 2015).

A introdução de programas de triagem ofereceu a oportunidade de detectar câncer precocemente, resultando em aumento das opções de tratamento e melhores taxas de sobrevivência geral (BAADE, 2011].

Jones *et al.* (2008) mostraram que aqueles que moram a maior distância do hospital favoreceram a cirurgia sobre outras opções por causa das implicações de viagem. A cirurgia exige uma hospitalização enquanto quimioterapia e radioterapia requerem múltiplas visitas ao centro de tratamento.

Neste trabalho foi demonstrado pacientes que viviam mais longe estão mais propensos a realizar radioterapia.

A área de abrangência em Campos dos Goytacazes é similar a encontrada em outros estudos, com áreas urbanas, rurais, densidade demográfica e sócio-econômicas heterogêneas.

A centralização de serviços traz benefícios claros e, de fato, pode ser a única opção para radioterapia. No entanto, a política de localização de determinados serviços num pequeno número de instituições com a intenção de garantir alta qualidade uniforme é realizada com base no pressuposto de que o serviço centralizado será igualmente acessível a todos os residentes da sua área populacional (JONES, 2008). Para atender a essas necessidades ocultas exige capacidade extra, e as descobertas deste trabalho levantam a possibilidade que a maior concentração de serviços de câncer em um pequeno número de centros especializados poderia introduzir mais desigualdades na adesão do tratamento, a menos que medidas sejam tomadas para garantir que o esforço de viagem não constitua uma barreira aos cuidados apropriados (JONES, 2008).

No artigo em discussão cerca de 75% dos pacientes realizaram radioterapia isolada ou associada a hormonioterapia, enquanto aproximadamente 25% optaram por tratamento cirúrgico, desses 38,9% pertenciam ao grupo de pacientes que reside a distância muito longe, esse resultado não possui significância estatística e condiz com resultados da literatura de que pacientes que moram a distância maior preferem realizar cirurgia, forma terapêutica que requer menor número de deslocamentos para o tratamento, de acordo com Jones *et al.* (2008).

As taxas mais altas de câncer avançado no diagnóstico foram relatados naqueles residentes em áreas mais remotas, de baixa acessibilidade, o que por sua vez pode explicar a maior taxa de mortalidade frequentemente observada em áreas mais rurais, apesar de sua taxa de incidência global mais baixa (CLEGG, 2009).

Como as populações rurais e urbanas diferem na estrutura etária, composição étnica e estado de saúde, todos também determinantes da triagem para câncer de próstata, triagem as necessidades podem variar para homens rurais e urbanos. No entanto, mesmo após o ajuste por idade e etnia, os homens nas práticas rurais eram menos propensos a serem rastreados em comparação com os homens nas práticas urbanas (OBERTOVÁ, 2016).

Os índices mais baixos de triagem para populações rurais também foram relatados para outros tipos de câncer, incluindo colorretal, mama e câncer do colo do útero, indicando que as medidas preventivas são geralmente menos utilizadas nas áreas rurais (OBERTOVIĆ, 2016).

Etnia, condição socioeconômica, acesso, disponibilidade de serviços de saúde e conscientização são fatores que influenciam as disparidades na triagem nos meios rurais e urbanos (OBERTOVIĆ, 2016).

Vários estudos demonstraram ligações entre status socioeconômicos e incidência de neoplasias como mama, colorretal e pulmão, para homens e mulheres. Por exemplo, um estudo norte americano longitudinal demonstrou que homens e mulheres com menor escolaridade apresentam maior incidência de câncer de pulmão em comparação à aqueles com maior escolaridade. Similarmente, aqueles com renda familiar inferior a US \$ 12.500 haviam registrado incidência de câncer de pulmão 1,7 vezes maior que a incidência em pessoas com renda superior a US \$ 50, 000. Para populações australianas, o estudo transversal de Baade *et al.* concluiu que as mulheres residentes em áreas menos desenvolvidas socioeconomicamente eram mais propensas a apresentar câncer de mama do que as mulheres que vivem em áreas socioeconomicamente mais desenvolvidas (após o ajuste por fatores individuais idade, ocupação, estado civil e situação indígena) (CLEGG, 2009).

No presente trabalho 52,86% da amostra estudou até a quarta série, fato que representa a realidade mundial, como mostra no estudo acima.

Os resultados encontrados no presente trabalho foram semelhantes entre os grupos com distância e renda familiar, porém ao comparar o grupo que reside próximo ao HEAA, a renda média foi de R\$ 2.014,00 (de R\$ 2.299,00 a R\$ 1.756,00), enquanto os munícipes que moram muito longe, com renda média de R\$ 1.371,00 (de R\$ 1.516,00 a R\$ 1.226), não apresentando significância estatística, o que difere da realidade encontrada em outros trabalhos, estes por sua vez abrange áreas territoriais maiores, enquanto este trabalho se limita ao município de Campos dos Goytacazes.

Talcott *et al.* (2007) ao comparar homens brancos com negros e afirmam que os negros são mais propensos a serem diagnosticados com câncer de próstata avançado (alto risco, localmente avançado ou doença metastática) e com maior probabilidade de morrer desta doença. Os homens negros têm uma incidência 1,5

vezes maior de doença de Gleason 8-10 e uma incidência duas vezes maior de doença localmente avançada ou metastática.

O CaP de alto risco, localmente avançado e a doença metastática são de pior prognóstico em comparação com a doença de baixo risco. Assim, resolver obstáculos para diagnóstico precoce do câncer de próstata pode ser uma importante maneira de diminuir as disparidades raciais no câncer de próstata (TALCOTT, 2007).

Ao explorar possíveis causas subjacentes de a disparidade racial no câncer de próstata, pesquisadores descobriram que homens negros em um estudo de coorte da Carolina do Norte tinham uma boa consciência do risco aumentado de câncer de próstata e a importância do tratamento. Os pesquisadores concluíram que os obstáculos ao acesso e cuidados de saúde ao invés da falta de conscientização foram as causas prováveis das disparidades raciais (TALCOTT, 2007).

Um obstáculo ao acesso pode ser o custo da viagem. Para o diagnóstico definitivo do CaP é necessário o deslocamento até o urologista para a realização da biópsia da próstata. Talcott *et al.* disse que distâncias mais longas representam uma barreira para a biópsia e está associada a um diagnóstico tardio.

Carpenter *et al.* (2009) levantaram a hipótese de que a longa distância pode afetar desproporcionalmente pacientes negros em comparação com pacientes brancos.

No presente estudo a cor não representou risco aumentado de diagnóstico de CaP, pode ser por conta da miscigenação em nosso território.

Usando dados do Physician Workforce Study na Carolina do Norte, foi observado que pacientes que viviam a uma distância maior dos centros urológicos eram mais propensos a serem diagnosticados com câncer de próstata de alto risco (HUANG, 2009).

Daqueles que vivem a uma distância maior que 30 km do urologista mais próximo quase metade dos pacientes brancos e 79% dos negros foram diagnosticados com doença de alto risco (HUANG, 2009).

Por outro lado, a taxa de câncer de alto risco para pacientes que moravam a aproximadamente 15 quilômetros de um urologista era de 38% para brancos e 47% para homens negros. Sugerindo que distâncias maiores são um obstáculo aos cuidados em saúde e afeta mais os pacientes negros do que os brancos pacientes negros mais do que pacientes brancos (HUANG, 2009).

A distância de viagem é uma barreira ao diagnóstico precoce de câncer de mama. Em um estudo usando o Kentucky Cancer o Registro Huang e cols. Descobriram que distâncias maiores da residência do paciente até a mamografia mais próxima centro foi significativamente associado a mais câncer de mama avançado no diagnóstico, mesmo após o ajuste para várias características demográficas e do paciente. Um estudo de melanoma mostrou similaridade.

O diagnóstico definitivo de câncer de próstata requer viagem a um urologista para biópsia, foi avaliado se uma distância maior estava associada a diagnóstico tardio, manifestando-se como doença de maior risco (HUANG, 2009).

Segundo os dados do presente estudo 38,9% dos pacientes que residiam no grupo da distância denominada muito longe tinham o Gleason 6, em contrapartida com o grupo de reside perto num total de 15,8%, esse resultado não apresentou significância estatística e não corresponde aos achados da literatura.

Com relação ao estadio de risco mais elevado, Gleason 8 e 9, a maioria pertence ao grupo que mora a distância de moderada a longe, representando cerca de 54% no Gleason 8, enquanto no Gleason 9, a maioria residia a uma distância classificada como perto ou moderada.

Medir o tempo de espera é um bom indicador da qualidade do tratamento do câncer e poderia revelar desigualdades no acesso ao tratamento do câncer.

Pourcel *et al.* (2013) teve os seguintes resultados para o câncer de próstata, a cirurgia representando 48,7% dos casos, com duração média de pouco menos de três meses; - o tratamento não cirúrgico (terapia hormonal, ultra-som focalizado, radioterapia por feixe externo, braquiterapia) em 27,7% dos casos, próximo a dois meses e meio em média; - o terceiro com duração média de quase um mês e meio, com base em vigilância ativa (23,7%).

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 (BRASIL, 2012).

Autores destacam que para homens de intermediário e alto risco o prazo de três meses constitui-se como aceitável para a escolha do tratamento, não devendo as listas de espera desses pacientes ultrapassarem esse período. 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 (VAN DEN BERGH, 2013).

Ao se comparar os dados obtidos pelo presente artigo o tempo médio entre a coleta do PSA e o início do tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico, foi em média de 200 dias, não havendo diferença significativa entre os exames realizados pelo SUS ou caráter particular, mostrando que há um hiato a ser combatido na atenção primária e secundária, uma vez que a partir do momento que o paciente chega no nível terciário de atenção à saúde, os pacientes elegíveis para tratamento clínico iniciam suas atividades em cerca de apenas 22 dias e os que optam pelo tratamento cirúrgico levam em média 86 dias para realizar os exames pré operatório, apontando uma lacuna na atenção terciária. Porém a partir do momento que a autorização para a internação hospitalar foi expedida, em média de 40 dias o tratamento foi realizado.

6 CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa sugerem que os aspectos clínicos e epidemiológicos não interferem no acesso ao diagnóstico, no estadio, no tratamento e no prognóstico de paciente com câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. M. *et al.* Adenocarcinoma prostático: análise clínica e epidemiológica. **Rev Soc Bras Clin Med**, Ipatinga.v.15, n. 3, p. 178–182, 2017.

ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In*: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (orgs.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: IEE: PUC-SP, 2001. p. 43-56.

BAADE, P.; TURRELL, G.; AITKEN, J. F. Geographic remoteness, area-level socioeconomic disadvantage and advanced breast cancer: a cross-sectional multilevel study. **J Epidemiol Community Health**, Spring Hill, v. 65, n. 11, p. 1037–43, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

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**, 23 nov. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019

CARNEIRO, F. *et al.* Associação das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais com estadiamento do câncer de próstata no norte de Minas Gerais, Brasil: estudo transversal analítico. **Diagn Tratamento**, Montes Claros, v. 22, n. 4, p. 147–153, 2017.

CARPENTER, W. R. *et al.* Racial differences in trust and regular source of patient care and the implications for prostate cancer screening use. **Cancer**, Chapel Hill, v. 115, p. 5048-5059, 2009.

CHU, D. I.; FREEDLAND, S. J. Prostate cancer. Socioeconomic status and disparities in treatment patterns. **Nat. Rev, Urol**, Durham, v. 7, p. 480-481, set. 2010.

CLEGG, L. X. *et al.* Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. **Cancer Causes Control**, Washington, DC, v. 20, n. 4, p. 417-435, maio 2009.

EPSTEIN, J. *et al.* The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus p on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. **Am J Surg Pathol**, [United States], v. 29, n. 9, p. 1228-42, set. 2005.

FERLAY, J. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwid: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN2012. **Int J Cancer**, Lyon, v. 136, n. 5, p. E359-E386, 2015.

FORMAN, D. *et al.* (ed.) **Cancer Incidence in five continentes**. Lyon: IARC, 2014. v. 10.

GOGGINS, W. B.; WONG, G. Cancer among Asian Indians/Pakistanis living in the United States: low incidence and generally above average survival. **Cancer Causes Control**, Shatin, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2009.

GOOGLE EARTH-MAPAS. Disponível em: <http://mapas.google.com>. Acesso em: 01 ago. 2019.

HORRILL, T. *et al* Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: a comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. **Nurs. Inq.** Winnipeg, v. 25, n. 3, p. e12237, 2018.

HORRILL, T. *et al.* Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review. **Social Science & Medicine**, Winnipeg, v. 238, p. 112495, 2019.

HSING, A. W.; CHOKKALINGAM, A. P. Prostate cancer epidemiology. **Front Biosci.** Bethesda, v. 11, p. 1388-1413, 2006.

HUANG, B. *et al.* Does distance matter. Distance to mammography facilities and stage at diagnosis of breast cancer in Kentucky. **J Rural Health**, [United States], v. 25, n. 366, 2009.

IBGE. Fundação IBGE. Censo demográfico do ano 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 ago. 2019.

JONES A. P. *et al.* Travel time to hospital and tratamento for breast, colon, rectum, lung, ovary and prostate cancer. **European Journal of Cancer**, Norfolk, v. 44, n. 7, 992-99, maio 2008.

KICIŃSKI, M.; VANGRONSVELD, J.; NAWROT, T. S. An epidemiological reappraisal of the familial aggregation of prostate cancer: a meta-analysis. **PLoS One**, Diepenbeek, v. 6, n. 10, p. 127-130, 2011.

KIM, J. H.; DHANASEKARAN, S. M.; MEHRA, R. Integrative analysis of genomic aberrations associated with prostate cancer progression. **Cancer Res**, Ann Arbor, v. 67, n. 17, p. 8229-8239, 2007.

KLEIN, J.; KNESEBECK, V. D. Socioeconomic inequalities in prostate cancer survival: A review of the evidence and explanatory factors. **Social Science and Medicine**, Hamburg, v. 142, p. 9–18, out, 2015.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibeles. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, out. 2012.

LYRATZOPOULOS, G. *et al.* Socio-demographic inequalities in stage of cancer diagnosis: evidence from patients with female breast, lung, colon, rectal, prostate renal, bladder, melanoma, ovarian and endometrial cancer. **Ann. Oncol**, Cambridge, v. 24, n. 3, p. 843-850, mar. 2013.

MERRILL, R. M.; SLOAN, A. Risk-adjusted incidence rates for prostate cancer in the United States. **Prostate**, Bethesda, v.72, n. 2, p. 181-185, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

NADER, L. Ethnography as theory. **HAU: Journal of Ethnographic Theory**, Berkeley, v. 1, n. 1, p. 211-219, 2011.

NEAL, R. D.; THARMANATHAN, P.; FRANCE, B.; DIN, N.U.; COTTON, S.; HAMILTON, W.; HENDRY, A. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. **Br. J. Canc.**, Bangor, v. 112, p. 92–107, mar. 2015. Suppl. 1.

PARKIN, D. M.; BRAY, F. I.; DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **Eur J Cancer**, United Kingdom, v. 37, n. 8, p. 64-66, 2001.

POURCEL G. *et al.* Waiting times for cancer care in four most frequent cancers in several French regions in 2011 and 2012. **Bull Cancer**, Paris. v. 100, n. 12, p. 1237-50, dez. 2013.

SROUGI, M.; PIOVESAN, A. C.; RIBEIRO, L. A.; COLOMBO, J. R.; NESRALLAH, A. Doenças da prostata. **Rev Med**, São Paulo. v. 87, n. 3, p. 166-177, set. 2008.

TALCOTT, J. A. *et al.* Hidden barriers between knowledge and behavior: the North Carolina prostate cancer screening and treatment experience. **Cancer**, Massachusetts, v. 109, n. 8, p. 1599-1606, 2007.

VANDENBERGH, R. C. *et al.* Timing of curative treatment for prostate cancer: a systematic review. **Eur Urol**, Amsterdam, v. 64, n. 2, p. 204-215, 2013.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000100006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412901992000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2019.

ANEXO 1

|

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Nome: _____ Prontuário: _____

Idade : _____ Profissão : _____ Estado civil: _____

Cor: _____ Bairro: _____ Escolaridade: _____

História familiar de CA de Próstata () SIM () NÃO

Realiza rastreamento anual: () SIM () NÃO () SUS ou () Particular

Data da primeira consulta urológica: _____ () SUS ou () Particular

Resultado do PSA: _____ Exame () SUS ou () Particular

Data da realização da biópsia: _____ () SUS ou () Particular

Data da entrega do resultado da biópsia: _____

Escore de Gleason () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Data da primeira consulta no HEAA: _____

Tratamento: () cirurgia () radioterapia () hormonioterapia () vigilância ativa

Data da AIH: _____

Data da realização da cirurgia: _____

Data de início da hormonioterapia: _____

Data de início da radioterapia : _____

Renda familiar mensal: _____

Telefone para contato : _____

Óbito: _____