



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE O CENÁRIO DO

CÂNCER DE PRÓSTATA NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO

LEITURA ESTRATÉGICA INTEGRADA (LEI): PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E POLÍTICAS PÚBLICAS



INSTITUTO
VENCER
o câncer

SUMÁRIO

Clique nos itens
para navegar 

INSTITUTO VENCER O CÂNCER

NOSSA HISTÓRIA
A MISSÃO
VISÃO
VALORES
MENSAGEM DO DR. FERNANDO MALUF,
FUNDADOR IVOC
TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER E
FEMAMA
MENSAGEM DA BAYER

O PROJETO

METODOLOGIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
POLÍTICAS PÚBLICAS
LINHA DO CUIDADO
ESTRUTURA DO DOCUMENTO DA LEI SOBRE
O CaP

DADOS MUNDIAIS

INCIDÊNCIA E MORTALIDADE

MUNDIAL
AMÉRICA LATINA E CARIBE
COMPARATIVO PAÍSES
RANKING PAÍSES
INCIDÊNCIA - TENDÊNCIA MUNDIAL 2040
INCIDÊNCIA - TENDÊNCIA MUNDIAL
ANÁLISE DA SÉRIE HISTÓRICA AMERICANA
MORTALIDADE - TENDÊNCIA MUNDIAL,
BRASIL, AMÉRICA LATINA E CARIBE

ESTADIAMENTO DO CaP

DEFINIÇÃO DE ESTADIAMENTO
ESTADIAMENTO EUA

SOBREVIDA

FATORES DE RISCO

DEFINIÇÃO POR INSTITUIÇÕES
INTERNACIONAIS
RAÇA/ETNIA EUA

UM OLHAR GLOBAL

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ONU
PREOCUPAÇÕES DA ONU/OMS
DCNTs E O CÂNCER
OBJETIVOS E METAS ONU
CÂNCER
CÂNCER DE PRÓSTATA
CUMPRIMENTO DOS ODS
CONDIÇÃO DO HOMEM

DESTAQUES DOS DADOS GLOBAIS

DESTAQUES - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
DESTAQUES - POSICIONAMENTOS
INTERNACIONAIS (ONU/OMS/OPAS)

MAIS ITENS >>

DADOS NACIONAIS

INCIDÊNCIA E MORTALIDADE

ESTIMATIVA BRASIL
INCIDÊNCIA - BRASIL E REGIÕES
INCIDÊNCIA E MORTALIDADE - ESTADOS
BRASILEIROS
INCIDÊNCIA - BRASIL, ESTADO SP E CAPITAL
MORTALIDADE - BRASIL
MORTALIDADE - BRASIL, ESTADO DE SP E
CAPITAL
MORTALIDADE - CaP E CaTBP - BRASIL E
CAPITAL PAULISTA
MORTALIDADE - FAIXA ETÁRIA
MORTALIDADE PREMATURA - BRASIL,
ESTADO DE SP E CAPITAL

MORBIDADE HOSPITALAR

INTERNAÇÃO POR CaP - BRASIL, ESTADO DE
SP E CAPITAL

ESTADIAMENTO

BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL
BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL - (2015-
2017)
BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL - (2017)
BRASIL x EUA

INFORMAÇÕES DOS REGISTROS

INFORMAÇÕES SOBRE ESTADIAMENTO DO
CaP - REGISTRO HOSPITALAR DO CÂNCER
(RHC)
INFORMAÇÕES NO REGISTRO DE CÂNCER DE
BASE POPULACIONAL (RCBP)

TRATAMENTO

PRIMEIRO TRATAMENTO
AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO
TRATAMENTO

SOBREVIDA

BRASIL E ESTADO SP

FATORES DE RISCO

DEFINIÇÃO POR INSTITUIÇÕES
INTERNACIONAIS E NACIONAIS
IDADE E RAÇA/COR
SOBREPESO/ OBESIDADE

UM OLHAR BRASIL

POLÍTICAS PÚBLICAS
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CaP
- PNCCaP
POSICIONAMENTOS INCA/MS (2013-2015-
2019)
DDT CÂNCER DE PRÓSTATA
DDT CÂNCER DE PRÓSTATA -
RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS
MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO
PROGRAMA - INCA
REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA
LEI DOS 60 DIAS
LEI DOS 30 DIAS
POLÍTICA NACIONAL PREVENÇÃO E
CONTROLE DO CÂNCER NA RAS - DCNTS
RAS - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS
RAS - DEFINIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA
O CÂNCER
AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PELA
CGU
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DO CÂNCER
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA
IDOSA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA
POPULAÇÃO NEGRA

SUMÁRIO

Clique nos itens
para navegar 

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL
A SAÚDE DO HOMEM - PNAISH
DIRETRIZES DA PNAISH
INFORMAÇÕES NO SITE OFICIAL DO MS
SOBRE A PNAISH
FERRAMENTA
FERRAMENTA GUIA DE SAÚDE DO HOMEM
FERRAMENTA GUIA DE SAÚDE DO HOMEM
FERRAMENTA
ARCABOUÇO LEGAL - PNAISH
OBJETIVOS E METAS DA PNAISH
APERFEIÇOAMENTO DA PNAISH
PLANO DE AÇÕES DCNTs NO BRASIL
METAS - PLANO DCNTs
RESULTADOS - PLANO DCNTs
MORTALIDADE CaP X ESTRATÉGIAS CaP

DESTAQUES DOS DADOS NACIONAIS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E
TENDÊNCIAS
POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

DADOS DO ESTADO

ESTADO DE SÃO PAULO

PNAISH - ESTADO DE SP
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES)
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015 E
2016-2019
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023
REDE HEBE CAMARGO DE COMBATE AO
CÂNCER - RHCCC
RHCCC - REGULAÇÃO
CENTRO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE SÃO
PAULO

DESTAQUES DOS DADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E
TENDÊNCIAS
POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS
POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

DADOS DO MUNICÍPIO

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017 E
2018-2021 (SAÚDE DO HOMEM)
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017 E
2018-2021 (ONCOLOGIA)
PROGRAMA DE METAS DO MUNICÍPIO
2017/2020
PROGRAMA DE METAS DO MUNICÍPIO
REVISADO 2019/2020
PNAISH - MUNICÍPIO SP
POLÍTICA MUNICIPAL ATENÇÃO INTEGRADA
DA SAÚDE DO HOMEM - PMAISH
PMAISH - EIXO I
PMAISH - EIXO IV
PMAISH INTEGRADA
SMS – DEFINIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO
PARA O CaP
SMS – RECOMENDAÇÕES PARA O
RASTREAMENTO
PMAISH – ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO
REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA GRANDE
SÃO PAULO

MAIS ITENS >>

SUMÁRIO

Clique nos itens
para navegar 

DESTAQUES DOS DADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E
TENDÊNCIAS
POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

ANEXO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES DAS SOCIEDADES MÉDICAS E AGÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE O RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

CANADÁ - CANADIAN TASK FORCE
CANADÁ - SOCIEDADE CANADENSE DE
UROLOGIA
REINO UNIDO - NATIONAL HEALTH SERVICE
REINO UNIDO - BRITISH ASSOCIATION OF
UROLOGICAL SURGEONS
REINO UNIDO - EUROPEAN ASSOCIATION OF
UROLOGY
EUA - USPSTF E CDC
EUA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE
UROLOGIA
BRASIL- SOCIEDADE BRASILEIRA DE
UROLOGIA
RESUMO DAS ORIENTAÇÕES

2. TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

TRATAMENTO DO CaP POR ESTÁDIO
TRATAMENTO DETALHADO - CaP
METASTÁTICO
TERAPIAS DISPONÍVEIS NO MUNDO
TERAPIAS DISPONÍVEIS NO BRASIL
TERAPIAS DISPONÍVEIS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR
TERAPIAS DISPONÍVEIS NA ATENÇÃO
PÚBLICA

3. CUIDADOS PALIATIVOS - CP

CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL:
AVALIAÇÕES EXTERNAS
CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL
CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGIA -
ATENÇÃO DOMICILIAR
CUIDADOS PALIATIVOS MS

4. CAMPANHAS NOVEMBRO AZUL

NOVEMBRO AZUL 2019 - MINISTÉRIO DA
SAÚDE
NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA
NOVEMBRO AZUL 2019 - ANS
NOVEMBRO AZUL 2019 - SBU
NOVEMBRO AZUL - SECRETARIAS DE SAÚDE
CAMPANHAS DE NOVEMBRO AZUL - UM
OLHAR GERAL

EXPEDIENTE



NOSSA HISTÓRIA

O Instituto Vencer o Câncer (IVOC) é uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), fundada em 2016, que tem como objetivo principal apoiar pacientes e familiares diante do diagnóstico e tratamento do câncer, além de dividir com a população informações sobre prevenção da doença, em busca do maior bem que uma população pode ter: saúde e qualidade de vida.

Em 2014, três grandes oncologistas brasileiros, Fernando Maluf, Antonio Buzaid e Drauzio Varella, aceitaram o desafio de atualizar e informar a população brasileira sobre todo o universo relacionado à doença, visando desmistificar o tema por meio do conhecimento. Os livros “Vencer o Câncer”, “Vencer o Câncer de Mama” e “Vencer o Câncer de Próstata” foram o início dessa trajetória, que agora conta com o reforço dos meios digitais e ações sociais para levar centenas de conteúdos à população que luta contra o câncer.





A MISSÃO

Alertar a população quanto aos fatores de risco, prevenção e diagnóstico precoce, além de informar e apoiar o paciente, familiares e amigos diante do diagnóstico de câncer, empoderando as pessoas envolvidas para que o tratamento seja conduzido considerando a saúde integral até, finalmente, Vencer o Câncer.

VISÃO

Ser referência em informação e educação para pacientes, cuidadores, familiares e amigos afetados pelo câncer.

VALORES

Respeito

Ética

Isenção

Conhecimento

Seriedade na apuração

Credibilidade na informação

Transparência

Humanização



MENSAGEM DO DR. FERNANDO MALUF, FUNDADOR IVOC



FERNANDO MALUF

Considerando dados mundiais, o câncer de próstata é o tumor mais comum no mundo entre homens com mais de 50 anos. De acordo com estatísticas americanas, um em cada seis homens desenvolverá câncer de próstata no decorrer da vida. No entanto, somente um homem em cada 35 morrerá da doença. Ele é responsável por 10% de todas as mortes provocadas por câncer em pacientes do sexo masculino, ficando atrás dos tumores de pulmão e intestino. O câncer de próstata é uma doença grave, mas a maioria dos homens diagnosticados precocemente, não morre por causa dela.

Para investigar os sinais e sintomas de um câncer de próstata e descobrir se a doença está presente ou não, são feitos basicamente dois exames iniciais: o Exame de toque retal e o Exame de PSA. Caso seja encontrada alguma alteração nos exames, é preciso fazer uma biópsia para confirmar o câncer de próstata.

Considerando dados brasileiros, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 65.840 novos casos em 2020, sendo o segundo tipo de câncer mais comum em homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). E os dados também trazem que o câncer de próstata é o segundo com maior taxa de mortalidade, ficando atrás apenas do câncer de pulmão.

O sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, além do crescimento da expectativa de vida, são alguns dos fatores de risco que contribuem para o aumento dos números de novos casos de pacientes com câncer de próstata.

Diante desse cenário, acredito que seria muito importante uma campanha de rastreamento populacional para o câncer de próstata como é recomendado também para o câncer de mama. Na minha visão, deveria sim ter uma campanha de rastreamento nacional para o câncer de próstata entendendo, outra vez, o contexto de um país que tem severas restrições econômicas, com a necessidade de um redirecionamento de um fluxo específico para poder cuidar de milhares de pacientes novos diagnosticados da biópsia que foi suspeitada por um exame de toque retal alterado, um PSA alterado, ou ambos.

Essas pesquisas são importantes porque conseguem mapear as deficiências do nosso sistema, o perfil do homem brasileiro, o perfil dos tratamentos executados. Permite que a gente desenhe políticas públicas cada vez mais adequadas e direcionadas.

Fernando Cotait Maluf - oncologista

Diretor Associado do Centro Oncológico da BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Membro do Comitê Gestor do Centro de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein

Fundador do Instituto Vencer o Câncer (IVOC)

Outubro 2020



TODOS JUNTOS CONTRA O CÂNCER E FEMAMA

O Instituto Vencer o Câncer (IVOC) é uma organização social, que tem como fundadores renomados especialistas em oncologia, Dr. Fernando Maluf e Dr. Antonio Buzaid. O compromisso da organização é levar informação de qualidade e com credibilidade científica a respeito dos diversos tipos de câncer, para toda a sociedade.

Com esse compromisso, e levando em consideração dados mundiais e números registrados pelo INCA sobre câncer de próstata, o IVOC sentiu a necessidade de investigar o atual cenário da doença no Brasil, com relação à linha de cuidado do paciente com câncer de próstata usuário do sistema público de saúde. O projeto teve como recorte informações do município de São Paulo, por meio de dados secundários.

Por meio desse diagnóstico, o IVOC conseguiu ter um panorama do câncer de próstata em nosso país e quer disponibilizar para que demais organizações sociais, possam coletivamente pensar em ações mais profundas sobre o tema.

Nós da FEMAMA e do Movimento Todos Juntos Contra o Câncer apoiamos essa ação e estaremos juntos para que possamos **construir soluções com inteligência coletiva, junto a diversos atores envolvidos no tema. É somar esforços para salvar vidas!**



MENSAGEM DA BAYER



Com o propósito de fazer “Ciência para uma vida melhor”, a Bayer trabalha globalmente para melhorar a saúde das pessoas, ajudando a prevenir e curar doenças e alimentar uma população em constante crescimento. Por meio da divisão Pharmaceuticals, a companhia concentra suas atividades de pesquisa e desenvolvimento em alternativas inovadoras de tratamento para doenças com alta necessidade médica não atendida, buscando prolongar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, o que só é possível com comprometimento, foco e paixão.

Entre as diferentes áreas de atuação dentro da divisão Pharmaceuticals está a unidade de negócios dedicada à Oncologia, que apresenta tratamentos para diferentes tipos de câncer, como o de próstata, fígado, colorretal e de fusão NTRK. No Brasil, a Oncologia é uma das áreas mais importantes da companhia, e por isso investimos intensamente para trazer o que há de mais novo e eficaz para os pacientes brasileiros.

Além de nossos próprios esforços, cooperamos em múltiplas parcerias com profissionais de saúde, centros de pesquisas acadêmicas, empresas do segmento e organizações de biotecnologia que tem a inovação em seu DNA. Nossas relações sólidas com a comunidade científica promovem um importante intercâmbio de ideias e informações, que ampliam nossa visão sobre os tratamentos.

O apoio para a realização dessa leitura aprofundada sobre o câncer de próstata no país está em linha com o nosso propósito, já que os dados são essenciais para a construção de melhores políticas públicas, que poderão dar soluções em escala para problemas de saúde, como o acesso tanto à informação como a serviços e medicamentos inovadores.

Este material contém dados globais, nacionais, do Estado de São Paulo e do Município de São Paulo, e contempla a visão de toda a linha de cuidado de que o paciente oncológico precisa. Acreditamos que a leitura do material, a reflexão e a discussão aberta sobre o tema contribuirão com avanços no sistema de saúde, com impacto positivo na vida de milhões de pacientes e familiares que enfrentam o câncer.

Parabéns aos envolvidos e ótima leitura!

Rodolfo Ferreira
Diretor de Oncologia da Bayer Brasil
Outubro 2020



O PROJETO

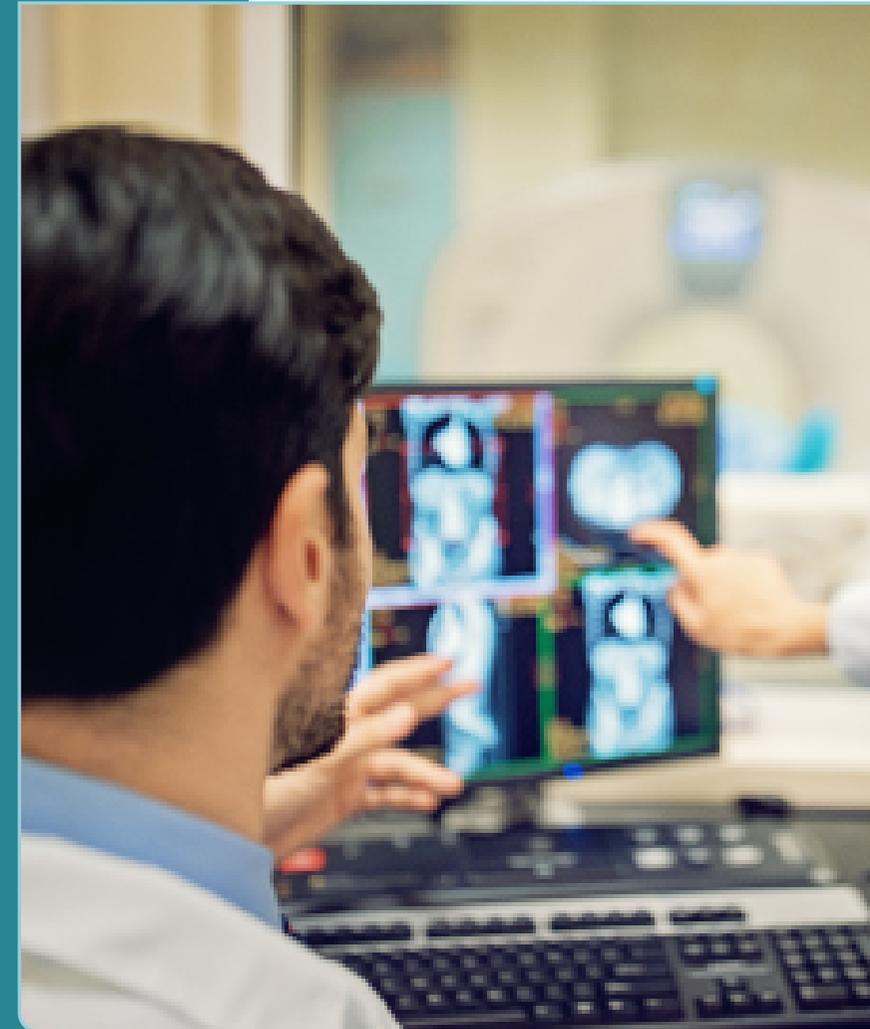
O projeto foi desenvolvido pelo Instituto Vencer o Câncer (IVOC) com o apoio de uma consultoria especializada e contou com o patrocínio da Bayer Pharmaceuticals.

Teve como objetivo investigar o atual cenário do câncer de próstata no Brasil, contextualizando a nível global e nacional, através da coleta e análise de dados secundários com relação a linha de cuidado do paciente com câncer de próstata usuário do sistema público de saúde.

Assim, como fruto desse trabalho, foi produzido este documento, uma Leitura Estratégica Integrada (LEI) sobre o câncer de próstata no âmbito global, brasileiro, do Estado de São Paulo e da Capital Paulista, embasada no levantamento e análise integrada de dados do perfil epidemiológico e das políticas públicas existentes para esse tipo de câncer. A investigação teve início em novembro de 2019 e finalização em fevereiro de 2020 com a produção da LEI.

Pensando no melhor aproveitamento desta leitura e entendimento das informações, sugerimos a utilização do computador. Informamos que devido a quantidade de gráficos e tabelas incluídos para análise, a leitura no celular ou impressão pode perder qualidade e prejudicar a leitura.

A seguir, confira mais informações sobre a metodologia aplicada.



METODOLOGIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Para a caracterização do perfil epidemiológico do CaP foram levantados e analisados indicadores relacionados a sete principais temas – Incidência, Mortalidade, Morbidade Hospitalar, Estadiamento, Tratamento, Sobrevida e Fatores de risco - considerando as esferas Global, Nacional, Estadual e Municipal. Na tabela abaixo, é possível conhecer quais indicadores foram coletados considerando cada esfera geográfica, pois em alguns casos não foi possível encontrar informação disponível ou não foi objeto desse estudo.

Observações importantes: Com relação aos dados brasileiros, é relevante destacar que foram utilizados indicadores secundários do SUS. Com relação aos dados globais, para as informações sobre estadiamento, sobrevida e fatores de risco, foram utilizados os dados dos EUA como referência devido ausência de dados globais integrados.

Perfil Epidemiológico	Global	Nacional	Estadual	Municipal
Incidência	X	X	X	X
Mortalidade	X	X	X	X
Morbidade Hospitalar	<i>não disponível</i>	X	X	X
Estadiamento	X	X	X	X
Tratamento	<i>não considerado nesse estudo</i>	X	X	X
Sobrevida	X	X	X	<i>não disponível</i>
Fatores de Risco	X	X	X	X
Base de Dados	GLOBOCAN/ACS e SEER(EUA)		DADOS OFICIAIS MS/INCA (SIM/SIAH/RHC)	

POLÍTICAS PÚBLICAS

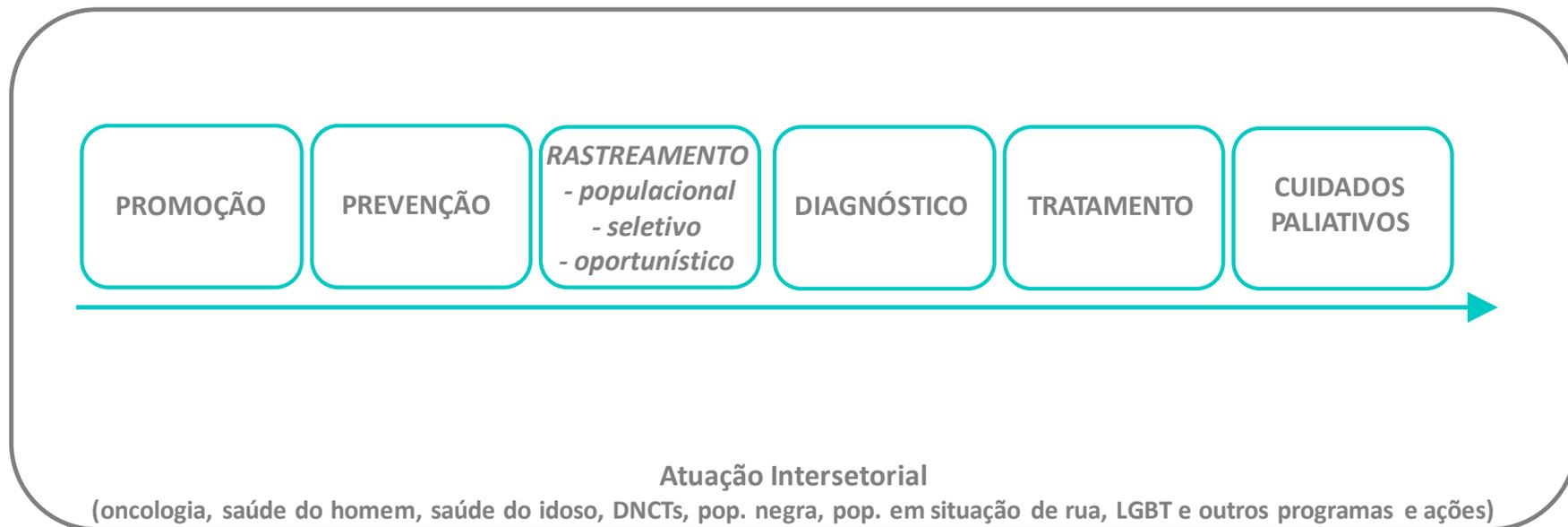
Para o aprofundamento das políticas públicas, foi realizada uma análise das estratégias do Governo Nacional, do Estado de São Paulo e da Capital Paulista. Destaca-se que, além das políticas voltadas diretamente para o CaP, foram levantadas as políticas relacionadas à oncologia em geral, à saúde do homem, às doenças crônicas não transmissíveis, entre outras que possuem relação ao tema.

Também foi realizado um levantamento das orientações e definições apresentadas pelos organismos internacionais que atualmente possuem papel fundamental na melhoria das políticas e serviços públicos de saúde em todo o mundo.

	Global (ONU, OMS e OPAS)	Brasil (Nacional, Estadual e Municipal)
Políticas Públicas	AGENDA 2030-ODS	
	Resolução de prevenção e controle do câncer por meio de uma abordagem integrada (2017)	DCNTs - Plano de Ação Mundial 2013-2020
	Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem – Estar para Todos (2019)	Reunião de Consulta aos especialistas sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de próstata na América Latina e Caribe (2017)
		Saúde do Homem - PNAISH
		Arcabouço legal MS (Leis, Portarias, Decretos)
		Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (2001)
	Consenso do Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata (2002)	Planos Estaduais e Municipais
	Lei dos 60 dias (2012)	Relatórios de Gestão Estadual e Municipal
	Consulta em sites oficiais (MS/INCA/SESSP/SMSP/outros)	Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2011-2022)
		Nota técnica do MS/INCA recomendação de que NÃO se organizem programas de rastreamento para CaP (2013)
		DDT do Adenocarcinoma de Próstata (2016)

LINHA DO CUIDADO

A investigação foi direcionada para a linha de cuidado do câncer de próstata que considera o atendimento contínuo de assistência ao homem, composto por ações de Promoção, Prevenção, Rastreamento, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados paliativos. A linha de cuidado permite ter fluxos de atendimento seguros e garantidos ao usuário. Deve servir de guia para orientar quais são os procedimentos mais efetivos no controle e no tratamento da doença e quais são as áreas responsáveis no processo de assistência.



ESTRUTURA DO DOCUMENTO DA LEI SOBRE O CaP

Para uma melhor compreensão deste documento, observa-se que as informações são apresentadas em cinco blocos:



A seguir, disponibiliza-se a Leitura Estratégica Integrada (LEI) do Perfil Epidemiológico e das Políticas Públicas de forma separada por esferas geográficas e, ressalta-se que, ao final de cada uma, é disponibilizado um resumo com as informações em Destaque encontradas.

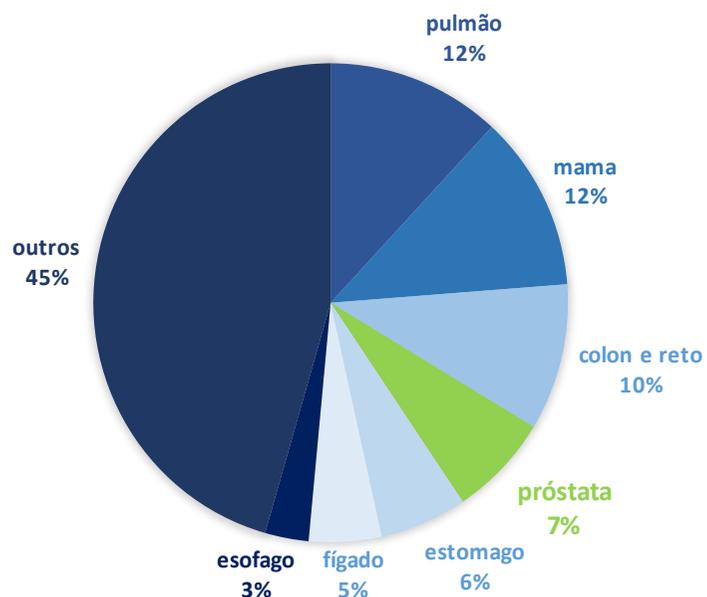
Ao final do documento, disponibiliza-se um ANEXO com informações complementares que podem auxiliar e enriquecer o debate e as reflexões com relação ao cenário do câncer de próstata.



INCIDÊNCIA E MORTALIDADE

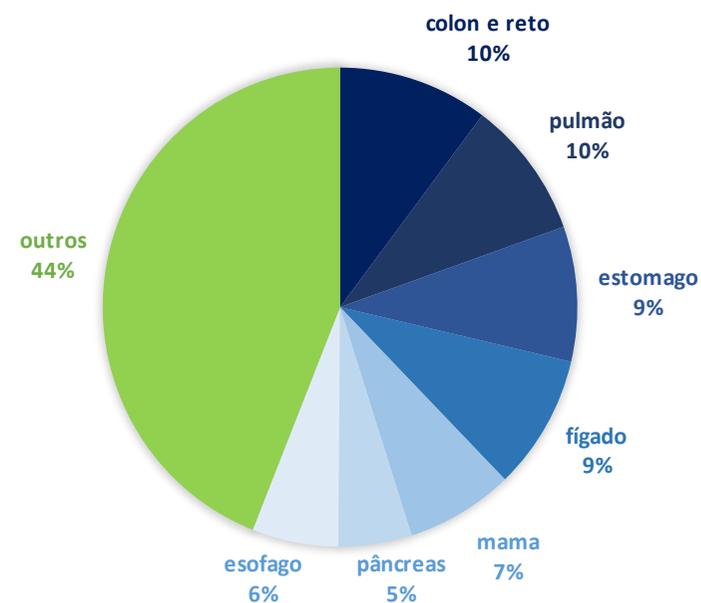
MUNDIAL

Gráfico 1 – Distribuição da estimativa de incidência de novos casos de cânceres no mundo (%), ambos os sexos, 2018.



Fonte: GLOBOCAN/IARC/OMS, 2018

Gráfico 2 – Distribuição das mortes por tipo de cânceres no mundo (%), ambos os sexos, 2018.

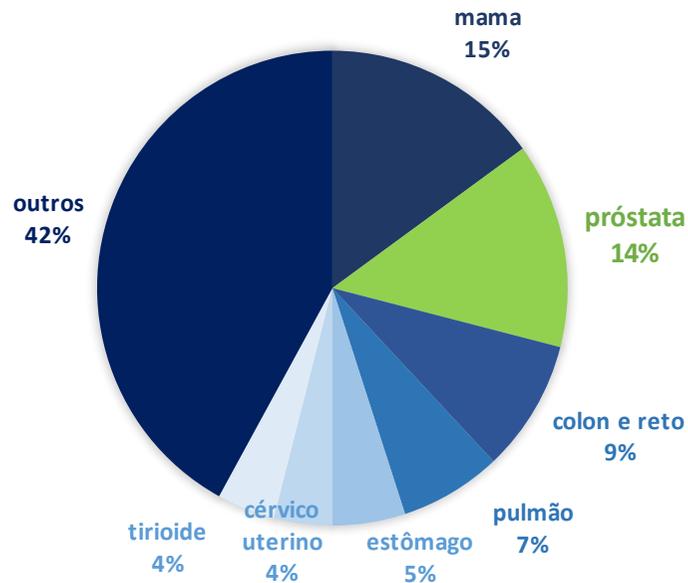


Fonte: GLOBOCAN/IARC/OMS, 2018

- Estima-se 1.276.106 novos casos de CaP no mundo e uma mortalidade de 358.989 óbitos, em 2018.
- Essas estimativas reforçam que, apesar da alta incidência (4º tipo mais incidente do mundo), a mortalidade por CaP não se destaca entre as principais causas de morte por câncer.

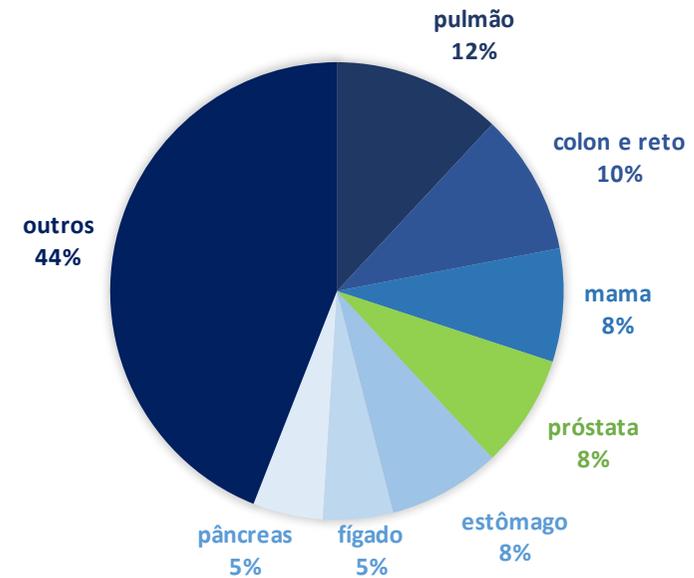
AMÉRICA LATINA E CARIBE

Gráfico 3 – Distribuição da estimativa de **incidência** de novos casos de cânceres em ambos os sexos - América Latina e Caribe, 2018.



Fonte: American Câncer Society (ACS), Atlas do Câncer, 2018
Nota: excluindo o câncer de pele não melanoma

Gráfico 4 – Distribuição da **mortalidade** por tipo de cânceres em ambos os sexos - América Latina e Caribe, 2018.



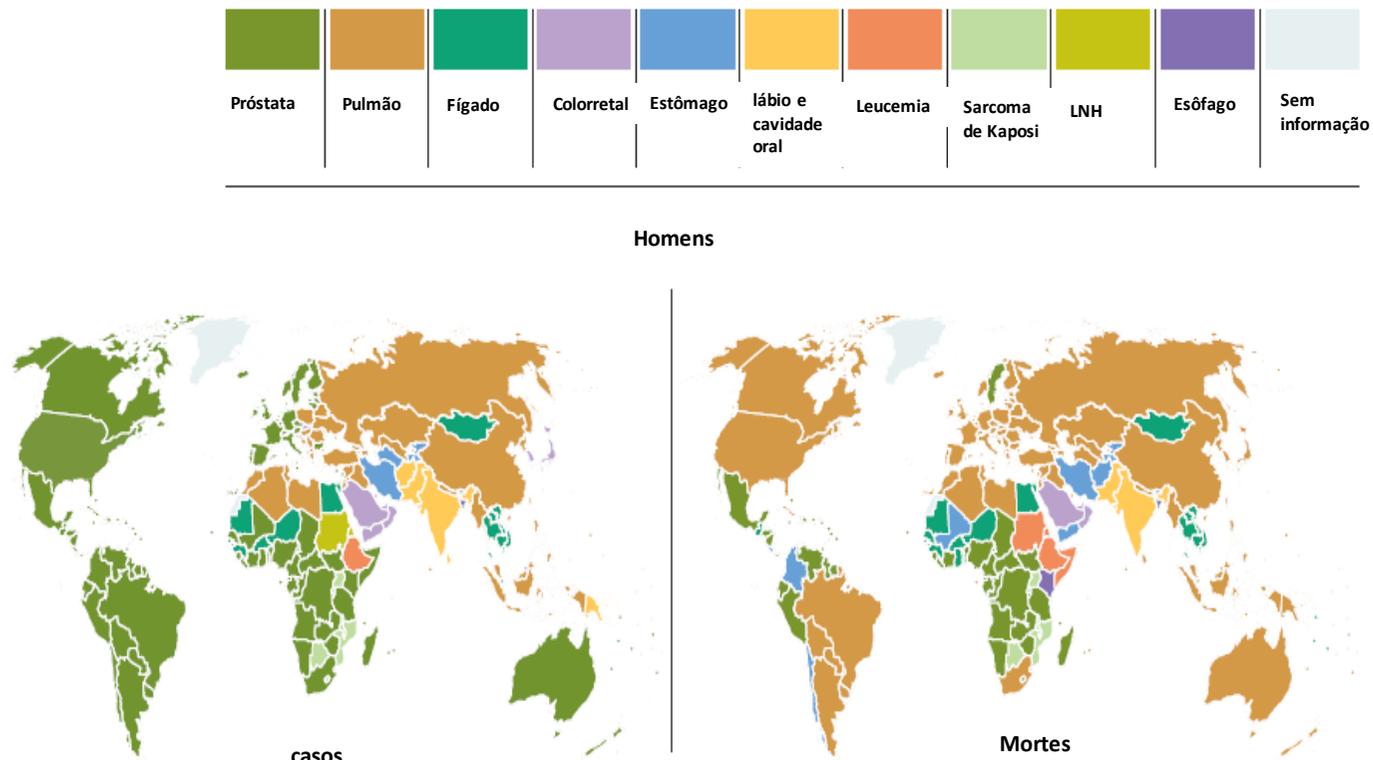
Fonte: American Câncer Society (ACS), Atlas do Câncer, 2018
Nota: excluindo o câncer de pele não melanoma

As estimativas do CaP na América Latina e Caribe indicam que:

- **Incidência** - ocupa o 2º lugar: 14% dos novos casos de cânceres são CaP, ou seja, dos 1,3 milhão de novos casos de câncer, 190.000 são CaP.
- **Mortalidade** - 8% do total de mortes são CaP, ou seja, das 666.000 mortes por câncer, 54.000 são CaP.

COMPARATIVO PAÍSES

Figura 1- Incidência e mortalidade por tipo de câncer, na população masculina, em 185 países, 2018



Fonte: American Cancer Society (ACS), Atlas do Câncer, 2018

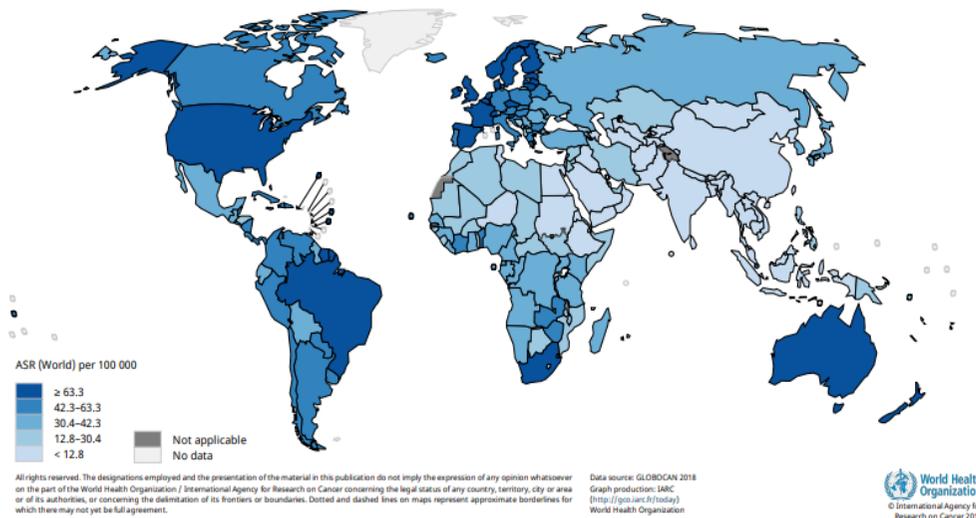
Conforme as informações coletadas pelo Atlas do Câncer em 185 países, observa-se que na população masculina:

- **Incidência** - entre os homens, o câncer de próstata é a neoplasia mais frequente em 106 países do mundo, com destaque para os países das Américas e da África.
- **Mortalidade** - o câncer de pulmão figura como a principal causa de morte em 93 países, sendo que, nos países da África e do Caribe, o câncer de próstata permanece como o tipo de câncer com os maiores indicadores de morte.



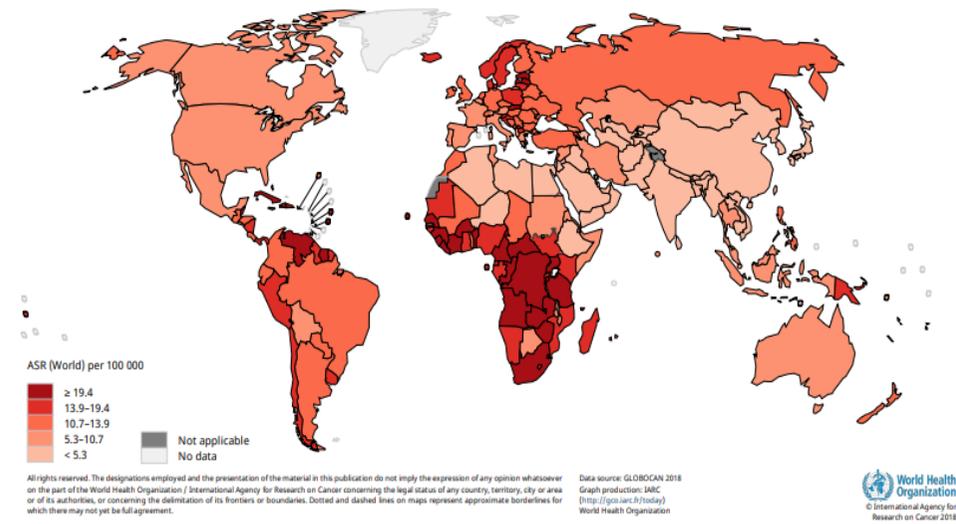
RANKING PAÍSES

Figura 2 - Taxa de incidência do câncer de próstata padronizada por idade no mundo, 2018



Fonte: GLOBOCAN 2018

Figura 3 - Taxa de mortalidade do câncer de próstata padronizada por idade no mundo, 2018

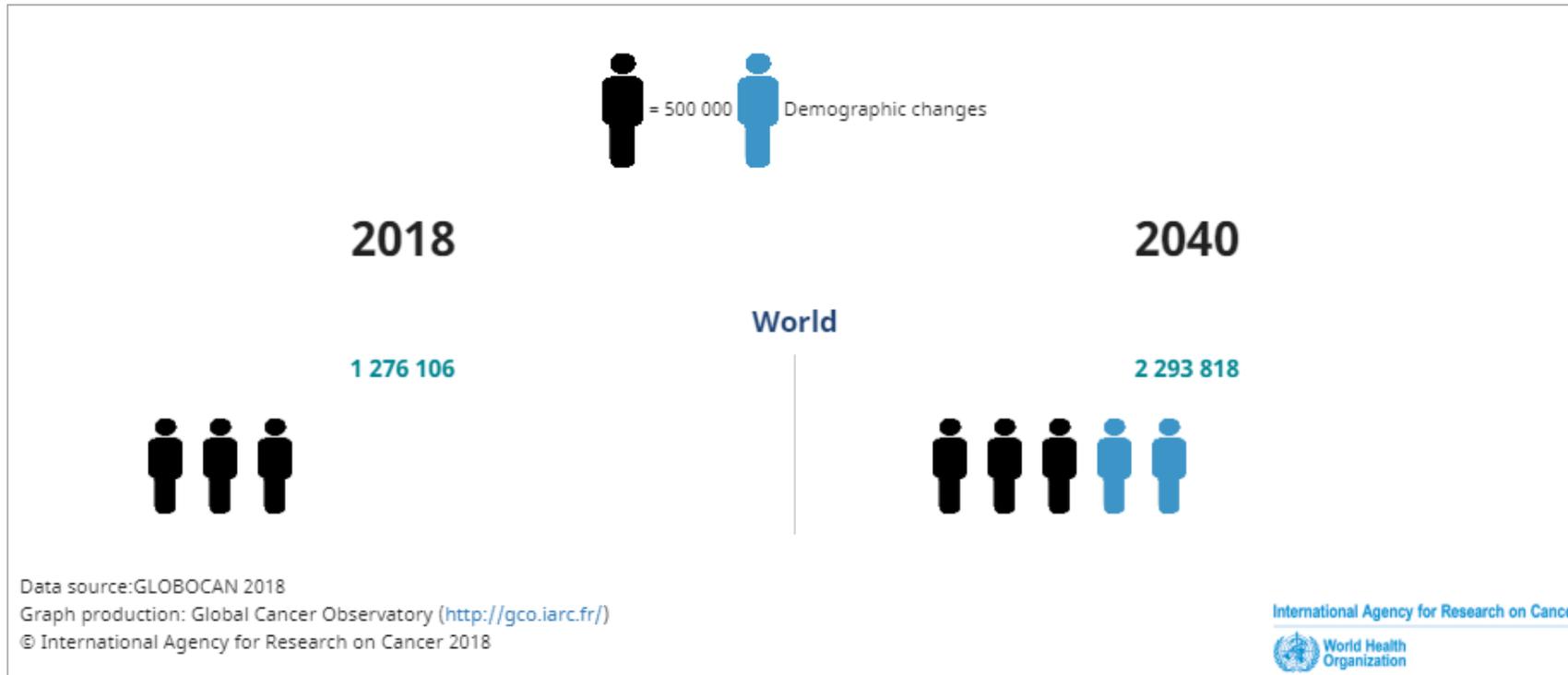


Fonte: GLOBOCAN 2018

- O Brasil é o 3º país em números de casos de CaP estimados para 2018 (85.992), ficando atrás dos EUA (212.783) e China (99.322).
- Do ponto de risco de desenvolver um CaP, o Brasil também tem uma das maiores taxas (maior ou igual a 63,3/100mil).
- No Brasil, a taxa de incidência é categorizada no maior intervalo (maior ou igual a 63,3/100mil) e a de mortalidade num intervalo intermediário (10,7 a 13,9/100mil).
- Em relação à América Latina, o Brasil tem a maior taxa de incidência e taxa intermediária de mortalidade.
- Apesar de alguns países Africanos apresentarem taxas intermediárias de incidências, o risco de morte é alto. Por outro lado, o EUA, apesar de ter alta taxa de incidência, apresenta uma menor taxa de mortalidade.

INCIDÊNCIA - TENDÊNCIA MUNDIAL 2040

Figura 4 - Estimativa mundial dos casos de câncer de próstata de 2018 para 2040

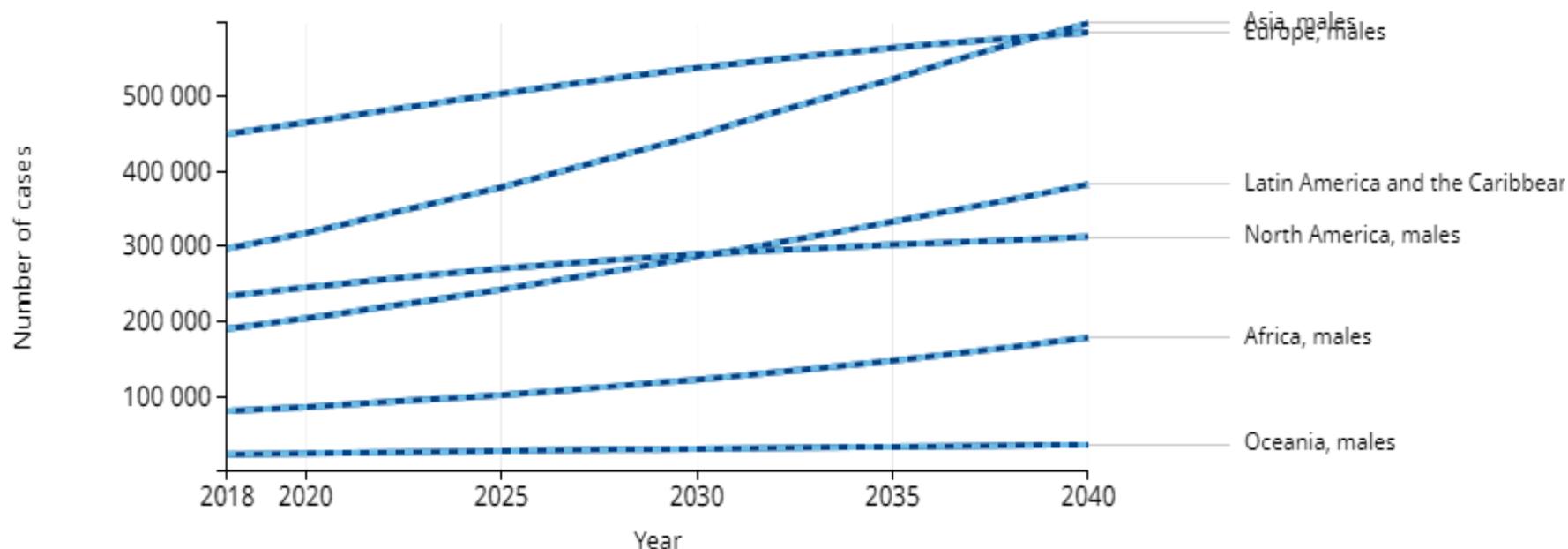


Fonte: GLOBOCAN/IARC/OMS, 2018

- Estima-se um aumento de aproximadamente 80% dos casos no mundo, no período de 22 anos (2018-2040).
- Os casos de CaP passariam de 1.276.106, em 2018, para 2.293.818, em 2040.

INCIDÊNCIA - TENDÊNCIA MUNDIAL

Gráfico 5 – Estimativa de incidência de novos casos de CaP (nº) - Continentes e subcontinentes, 2018 a 2040



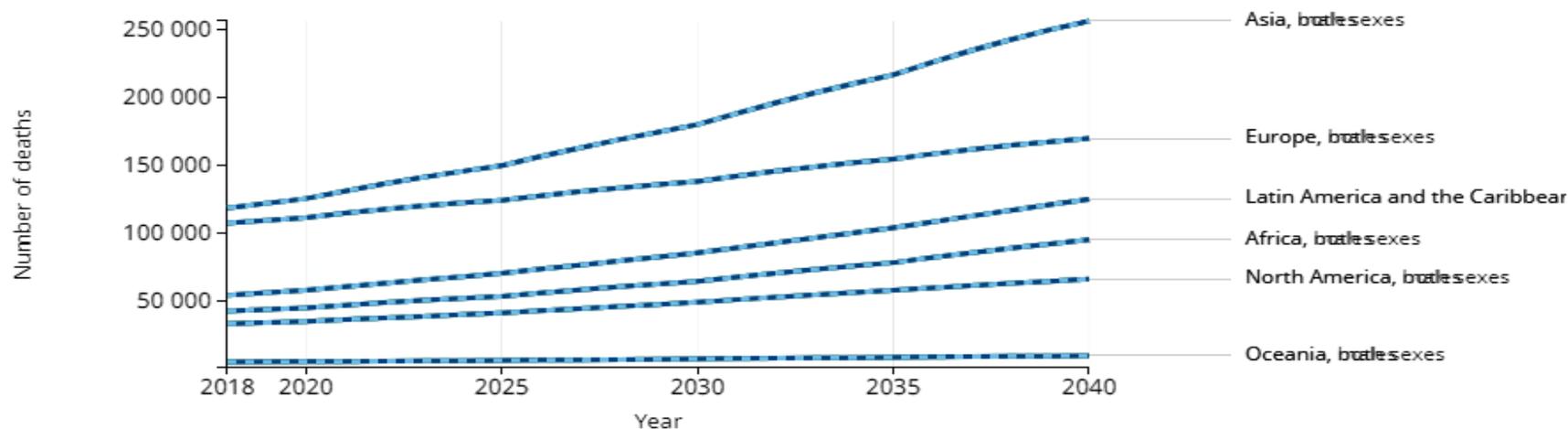
Fonte: GLOBOCAN, 2018

Incidência:

- Aumento significativo na Ásia, África, América Latina e Caribe. Possível relação com a introdução dos exames de diagnóstico nesses países (principalmente o PSA), com o aumento da expectativa de vida e com o envelhecimento da população. Outros estudos salientam que há países dessas regiões que ainda tem dificuldades de realização dos exames de diagnóstico, mas que enfrentam o aumento da incidência devido a um aumento de obesidade, inatividade física e fatores alimentares.
- Há uma projeção razoável de interrupção da trajetória de crescimento da incidência nos países desenvolvidos.
- Nos países europeus, a incidência continua a aumentar, porém menos acentuada quando comparada aos países menos desenvolvidos (podendo ter relação com a estagnação do envelhecimento da população europeia).

MORTALIDADE - TENDÊNCIA MUNDIAL

Gráfico 6 – Estimativa do número de mortes por CaP (nº) - Continentes e subcontinentes, 2018 a 2040



Data source: Globocan 2018
 Graph production: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>)
 © International Agency for Research on Cancer 2018



Fonte: GLOBOCAN, 2018

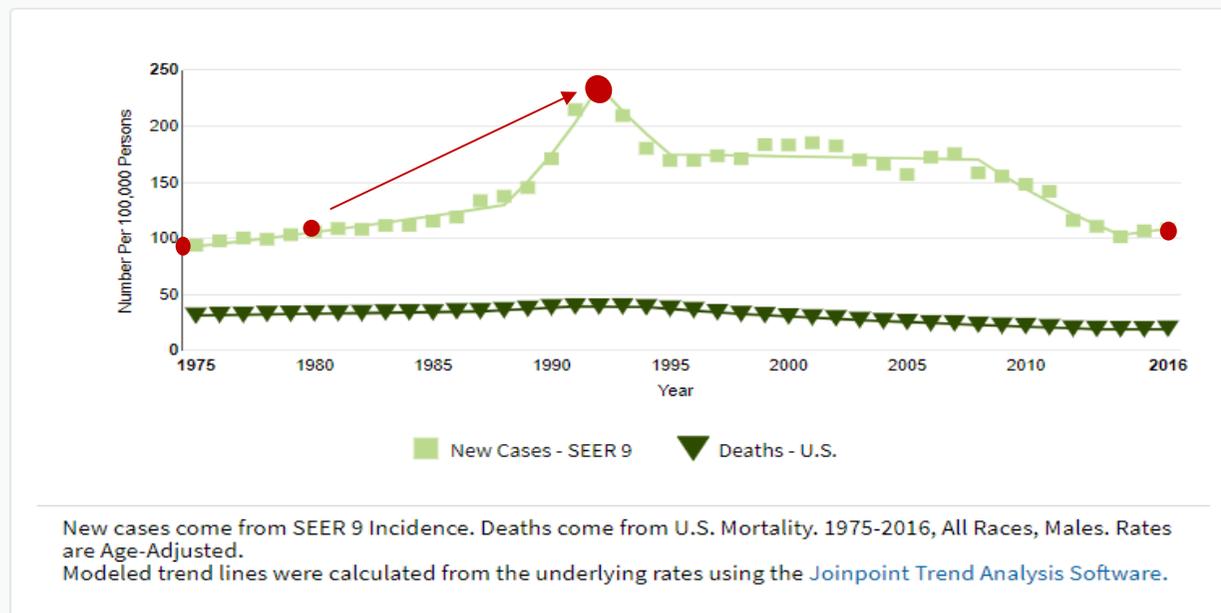
Mortalidade:

- Estima-se, igualmente, a tendência de aumento do número de mortes por CaP, passando de 284.145 óbitos em 2018, para 625.020 em 2040, representando o dobro de mortes em relação a 2018.
- A tendência de aumento do número de mortes é observada em todos os continentes e subcontinentes, sendo que as curvas mais acentuadas são esperadas na Ásia, América Latina e Caribe, África.

ANÁLISE DA SÉRIE HISTÓRICA AMERICANA

Gráfico 7 - Taxa de incidência e mortalidade (100 mil), EUA, período de 1975 a 2016

New Cases, Deaths and 5-Year Relative Survival



Fonte: SEER/NCI/EUA

Incidência:

- Aumento vertiginoso da incidência do CaP, entre 1980 e 1992 (época de grande disseminação do exame de PSA no país) e em seguida tendência de declínio, sendo que em 2016 as taxas se aproximam a de 1975.
- Pesquisadores associam esse declínio e estagnação da incidência no país ao fato de que instituições de grande influência se posicionarem contra a recomendação do rastreamento.

Mortalidade:

- Mesmo com o aumento significativo na incidência, a curva de mortalidade não ultrapassa a taxa de 50/100mil e, posteriormente a 1995, apresenta declínio chegando, em 2016, com menor valor quando comparado a 1975.

MORTALIDADE - TENDÊNCIA MUNDIAL, BRASIL, AMÉRICA LATINA E CARIBE

Quadro 1 – Estudos de tendências das taxas de mortalidade (100 mil homens) por tipo de cânceres - Global, América Latina e Caribe e Brasil, 1990 e 2017

MUNDIAL Homens, todas as idades, portes por 100.000		AMÉRICA LATINA E CARIBE Homens, todas as idades, portes por 100.000		BRASIL Homens, todas as idades, portes por 100.000	
1990	2017	1990	2017	1990	2017
1 Câncer de pulmão	1 Câncer de pulmão	1 Câncer de pulmão	1 Câncer de próstata 1	1 Câncer de estômago	1 Câncer de próstata 1
2 Câncer de estômago	2 Câncer de fígado	2 Câncer de estômago	2 Câncer de pulmão	2 Câncer de pulmão	2 Câncer de pulmão
3 Câncer de fígado	3 Câncer de estômago	3 Câncer de próstata 3	3 Câncer de estômago	3 Câncer de próstata 3	3 Câncer de estômago
4 Câncer colorretal	4 Câncer colorretal	4 Leucemia	4 Câncer colorretal	4 Câncer de esôfago	4 Câncer de colorretal
5 Câncer de próstata 5	5 Câncer de próstata 5	5 Câncer colorretal	5 Câncer de fígado	5 Câncer colorretal	5 Câncer de esôfago
6 Câncer de esôfago	6 Câncer de esôfago	6 Outros cânceres	6 Leucemia	6 Outros cânceres	6 Câncer de fígado
7 Leucemia	7 Câncer de pâncreas	7 Câncer de fígado	7 Câncer de pâncreas	7 Leucemia	7 Câncer de pâncreas
8 Outros cânceres	8 Leucemia	8 Câncer de esôfago	8 Câncer de esôfago	8 Câncer de fígado	8 Outros cânceres
9 Câncer de pâncreas	9 Outros cânceres	9 Linfoma	9 Outros cânceres	9 Câncer de pâncreas	9 Tumor cerebral
10 Câncer de bexiga	10 Câncer de bexiga	10 Câncer de laringe	10 Tumor cerebral	10 Câncer de laringe	10 Leucemia

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME da Universidade de Washington /Global Burden of Disease/GBD, 2018/GBD

Estudos de tendência das taxas de mortalidade apontam que:

- No âmbito mundial, existe a tendência do CaP permanecer como o 5º lugar em número de mortes.
- No Brasil e na América Latina e Caribe, observa-se a tendência do CaP passar da 3ª para assumir a 1ª posição.

ESTADIAMENTO DO CaP

DEFINIÇÃO DE ESTADIAMENTO

Quadro 2 – Descrição do Estadiamento do CaP, na classificação TNM

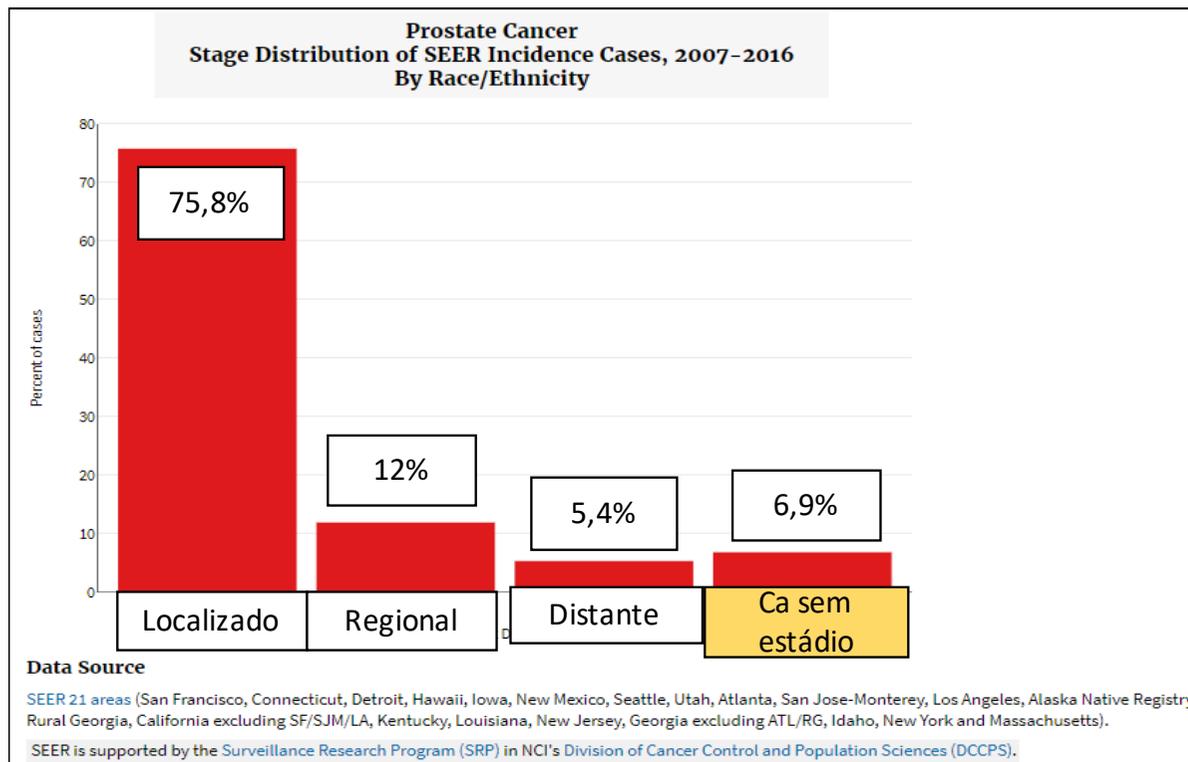
ESTÁDIO	DESCRIÇÃO
Estádio I	Câncer encontrado ao acaso ou devido ao aumento do PSA.
Estádio II	Câncer encontrado devido à presença de um nódulo na próstata, localizado em um só lado (IIA) ou em ambos os lados (IIB), porém confinado à próstata.
Estádio III	Câncer que infiltrou os tecidos ao redor da próstata, como vesícula seminal (IIA), reto (IIIB) e bexiga (IIIC).
Estádio IV	Câncer que se espalhou para os linfonodos (IVA), ossos ou outros órgãos (IVB).

Fonte: Instituto Vencer o Câncer (IVOC)

Destaca-se que o estadiamento na classificação TNM é a mais utilizada atualmente e trabalha com uma divisão de descrição em 4 estádios conforme a tabela acima.

ESTADIAMENTO EUA

Gráfico 8 – Distribuição dos CaP segundo o estadiamento - EUA, 2007 a 2016



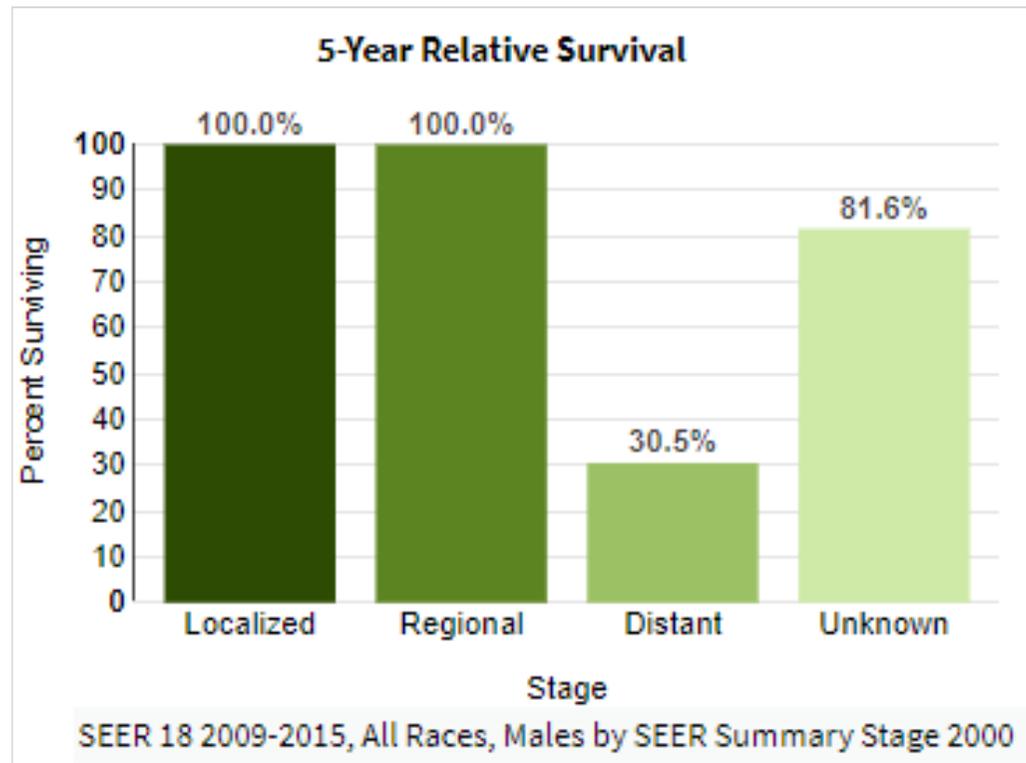
Fonte: SEER/NCI/EUA

Até o momento, não foi encontrada uma base de dados que contenha informações sobre em qual estágio o CaP tem sido diagnosticado pelo mundo. Foi possível encontrar estudos de instituições específicas que trazem alguns números em alguns países.

- EUA: o país alcançou altos percentuais de diagnóstico de CaP em estágios iniciais, que podem estar contribuindo para menor crescimento de taxas de mortalidade comparado a outras regiões (**Gráfico 7**).
- Reino Unido: Conforme o Cancer Research UK, mais da metade dos diagnóstico de CaP (60%) são diagnosticados nos estágios iniciais (I e II)
- América Latina e África: sem informação disponível.

SOBREVIDA

Gráfico 9 – Taxa de sobrevivência relativa de 5 anos por estadiamento do CaP, EUA, período de 2009-2015



Fonte: SEER/NCI/EUA

Segundo o National Cancer Institute (EUA):

Estádio I, II, III (localizado ou que esteja apenas nas estruturas próximas ou nos linfonodos) – taxa de sobrevivência em 5 anos (100%)

Estádio IV (tumor disseminado para outros órgãos) – taxa de sobrevivência em 5 anos (30%).

Cancer Research UK (Inglaterra): 100% dos pacientes diagnosticados no estágio I, II e III sobrevivem à doença por um ano, comparado a 88% dos pacientes no estágio IV. A taxa de sobrevivência de 5 anos diminuiu no estágio III (96%) e para o estágio IV (49%) (dados de 2015 -2017).

Projeto Eurocare (União Europeia): sobre a sobrevivência relativa de cinco anos para cânceres diagnosticados em 2003-2007, o câncer de próstata ficou em quarto lugar na Europa entre os cânceres com melhor prognóstico, com sobrevivência de 83% em cinco anos.

FATORES DE RISCO

DEFINIÇÃO POR INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS

Quadro 3 - Fatores de Risco para o CaP listados por Instituições Internacionais

Fatores de Risco	CDC (EUA)	ACS (EUA)	NCI (EUA)	PCF (EUA)	NHS (Reino Unido)
Idade	X	X	X	X	X
Histórico familiar	X	X	X	X	X
Raça negra	X	X	X	X	X
Geografia		X			
Alterações genéticas		X		X	
Excesso de gordura corporal		(em estudo)		X	X
Exposição a alguns produtos*		(em estudo)			
Sedentarismo				X	
Consumo de álcool					
Tabagismo		(em estudo)			
Alimentação**		(em estudo)		X	X
Desequilíbrio hormonal		X	X		

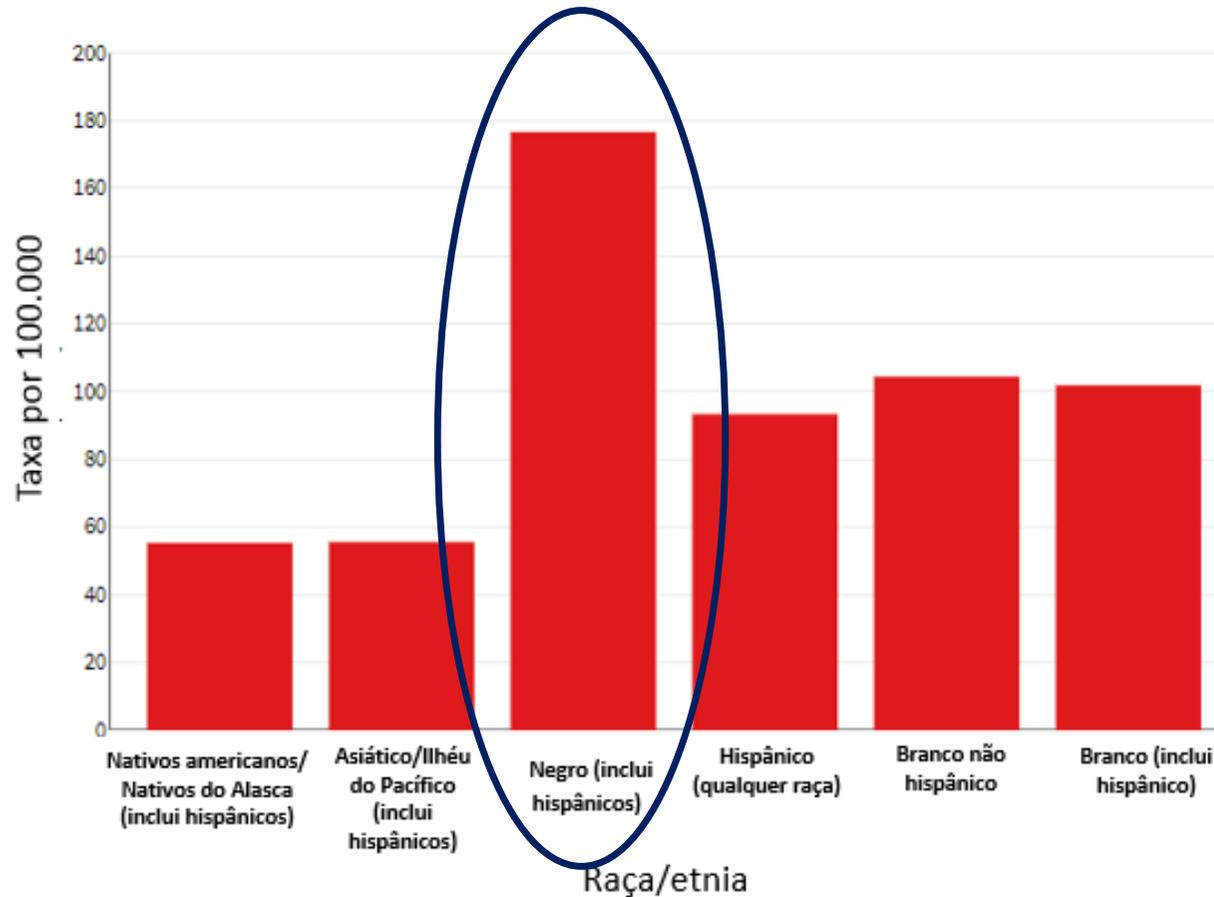
*Ami nas aromáticas, arsênio, produtos de petróleo, motor de escape de veículo, HPA, fuligem e dioxinas

**Pobre em frutas, verduras, legumes e cereais integrais

- Três fatores de risco são apresentados com unanimidade entre as principais instituições: **idade, histórico familiar e raça negra.**
- Os demais fatores de risco ainda apresentam dúvidas e instituições apresentam que é preciso mais informações.

RAÇA/ETNIA EUA

Gráfico 10 - Taxa de incidência de câncer de próstata por raça/etnia, EUA, 2012-2016



Fonte: SEER/NCI/EUA

- Chama atenção que o Instituto Nacional de Câncer americano traz que a maior taxa de incidência está presente nos homens afrodescendentes e o Serviço Nacional de Saúde inglês afirma que o homem negro na Inglaterra tem 2 a 3 vezes mais chance de desenvolver um CaP em comparação à população branca. Além disso, traz que o homem negro também desenvolve o CaP em uma idade mais jovem.

UM OLHAR GLOBAL

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ONU

Visando alcançar um olhar para além dos dados do perfil epidemiológico, nos slides a seguir serão apresentados os posicionamentos, orientações e estratégias dos principais órgãos internacionais utilizados como base de referência por diversos países.

HISTÓRICO DAS ESTRATÉGIAS DA ONU/OMS PARA ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTs) E O CÂNCER DE PRÓSTATA

- **[2008]** 193 Estados Membros da OMS aprovaram um plano de seis anos para tratar as DCNTs, exigindo aumentar a prioridade dada às DCNTs.
- **[2010]** Na 64ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas é aprovada resolução para ser convocada uma reunião de alto nível voltada para o debate sobre a prevenção e tratamento para as DCNTs com a participação dos chefes de estado e governo. Além disso, essa movimentação incentivou os membros da ONU a abordar o tema na Cúpula de revisão de 2010 para os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.
- **[2011]** 1ª Reunião de Alto Nível da ONU sobre DCNTs, resultou em uma declaração política, na qual os países-membros comprometeram-se a trabalhar para deter o crescimento desse grupo de doenças, e a OMS a elaborar um conjunto de metas e indicadores para monitorar o alcance desses objetivos.
- **[2012]** Foi pactuado o quadro de monitoramento global com o Plano de Ação Mundial para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis 2013-2020, contendo 25 indicadores e 9 metas globais voluntárias para a prevenção e o controle das DCNT.
- **[2014]** 2ª Reunião de Alto Nível da ONU sobre DCNTs, nela os países se comprometeram a estabelecer metas nacionais sobre DCNTs em 2015.
- **[2015]** Em Assembléia Geral da ONU foi adotada a Agenda 2030. Um plano de ação com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta.



ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ONU

- **[2017]** A Assembleia Mundial da Saúde aprovou a “Resolução de Prevenção e Controle do Câncer por meio de uma Abordagem Integrada” (Cancer Prevention and Control through an Integrated Approach - WHA70.12), instando os governos e a OMS a acelerarem ações para atingir os objetivos especificados no Plano de Ação Mundial e na Agenda 2030 a fim de reduzir a mortalidade prematura por câncer.
- **[2017]** A OPAS realiza reunião com especialistas para discutir abordagens sobre o rastreamento e detecção precoce do câncer de próstata nas Américas.
- **[2018]** 3ª Reunião de Alto Nível da ONU sobre DCNTs, convocada para examinar o progresso no cumprimento das metas globais voluntárias e foi lançada uma Declaração Política de Prevenção e Controle das DCNTs.
- **[2019]** Na 74ª Assembléia Geral da ONU, doze agências multilaterais lançaram o Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar para Todos para apoiar governos a acelerar o cumprimento das metas de saúde dos ODS durante os próximos 10 anos.

PREOCUPAÇÕES DA ONU/OMS

No Dia Mundial de Combate ao Câncer em 2018, a Organização Mundial da Saúde (ONU/OMS) reforçou sua preocupação com relação ao câncer posicionando-se e compartilhando as seguintes informações:

- Aproximadamente 14 milhões de novos casos são registrados por ano globalmente, calcula-se que essas notificações devam subir 70% nas próximas duas décadas.
- O câncer é a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo que, por ano, 8,8 milhões de pacientes morrem. A maioria dos óbitos ocorre em países de rendas baixa ou média.
- Foram feitos muitos progressos na prevenção, no tratamento e nos cuidados paliativos da doença, mas o acesso a esses avanços é desigual. Em muitos países, o câncer é diagnosticado muito tarde, o tratamento é caro ou inacessível e serviços paliativos não estão disponíveis.
- Um terço dos óbitos pela doença têm relação com comportamentos de risco — altos índices de gordura corporal; baixa ingestão de frutas e de verduras; falta de atividade física; fumo e consumo de álcool.
- O uso do tabaco é inclusive o principal fator de risco para o aparecimento de tumores malignos, causando 22% das mortes por câncer. Infecções por Hepatite B ou C, presença HPV (que pode causar câncer cervical) e fatores genéticos também estão associados aos casos.
- Evitar fatores de risco e implementar estratégias de prevenção podem reduzir os casos de câncer em até 50%.
- O diagnóstico precoce e tratamento adequado aumentam muito as chances de cura dos pacientes.
- O impacto econômico do câncer é significativo e está aumentando. O custo anual total da doença em 2010 foi estimado em aproximadamente US\$ 1,16 trilhão.

Fonte: OMS. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-calcula-oms>>, 2018

DCNTs E O CÂNCER

Figura 5 – Principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)

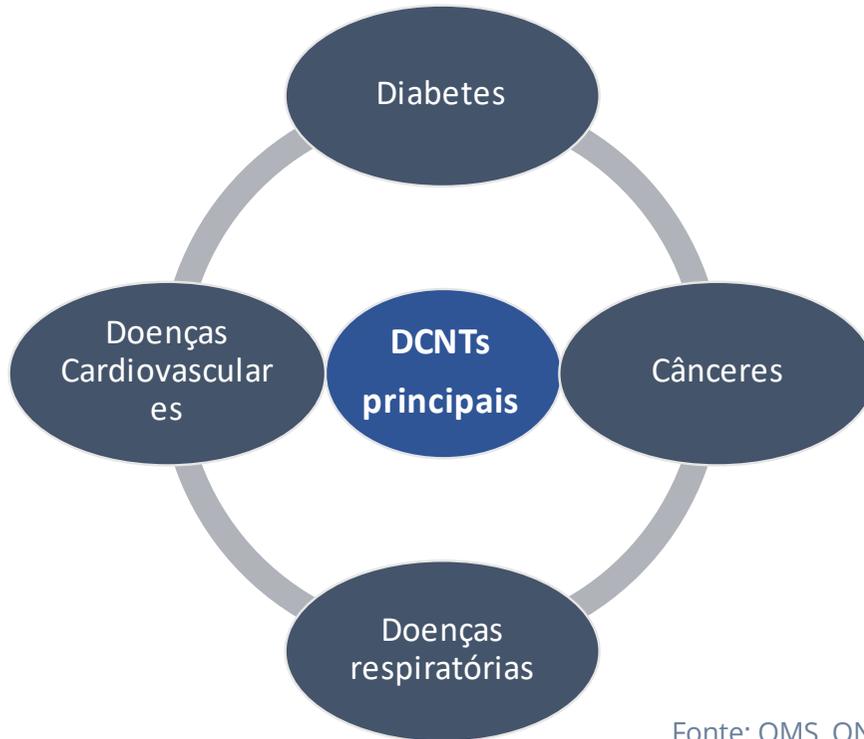


Figura 6- Principais fatores de riscos modificáveis relacionados a DCNTs



DCNTs E O CÂNCER

Quadro 4 - Principais doenças responsáveis por mortes

DCNTs		peçoas/ano
1a	Doenças cardiovasculares	17,9 milhões
2a	Câncer	9 milhões
3a	Doenças respiratórias	3,9 milhões
4a	Diabetes	1,6 milhões

Fonte: OMS, ONU

- Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs): as que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, **cânceres**, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.
- Das mortes causadas por DCNTs: quase metade ocorrem prematuramente, em pessoas com menos de 70 anos de idade e um quarto de todas as mortes são de pessoas abaixo dos 60 anos de idade. **O câncer representa a 2ª principal causa de morte por DCNTs no mundo.**
- As evidências acumuladas apontam que, **para deter o crescimento das DCNTs, são necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle**, assentadas sobre seus principais fatores de risco modificáveis: nutrição inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool.
- DCNTs **afetam primordialmente os indivíduos do sexo masculino.**
- A ONU, desde 2008, realiza iniciativas reconhecendo as DCNTs uma **prioridade de saúde global para o desenvolvimento e exige aumentar a prioridade** dada a essas doenças.



OBJETIVOS E METAS ONU

Os objetivos e metas propostos pela ONU tornam ainda mais importante uma ação política de alto nível para implementação de intervenções e soluções para a prevenção e o controle das DCNTs.



[2012] Plano de Ação Mundial para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis 2013-2020

Meta global voluntária 1:

Redução relativa da mortalidade geral por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou pelas doenças respiratórias crônicas em 25%.



[2015] Agenda 2030 e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)



ODS 3: Saúde e Bem-Estar

Objetivo 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

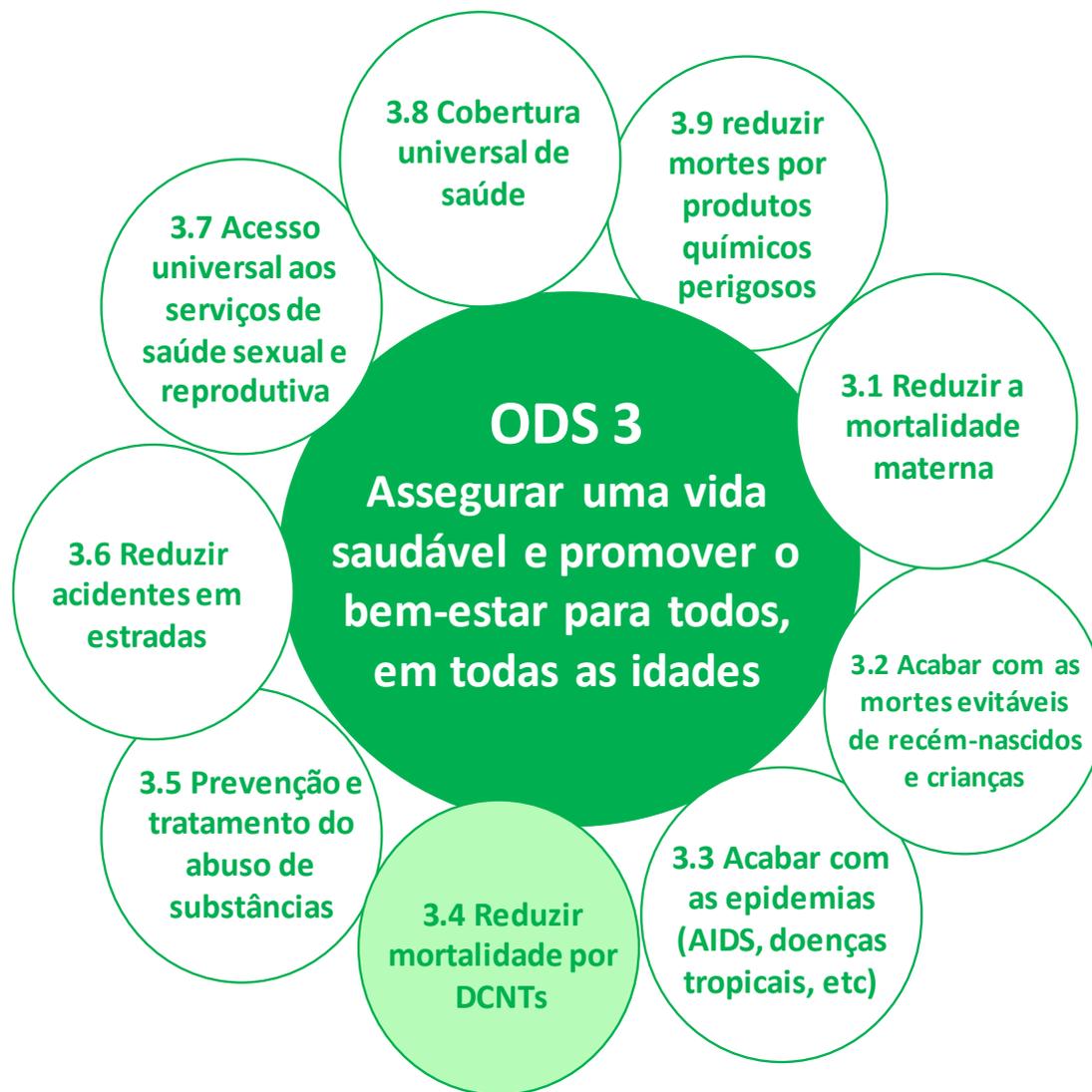
Meta 3.4: Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.





OBJETIVOS E METAS ONU

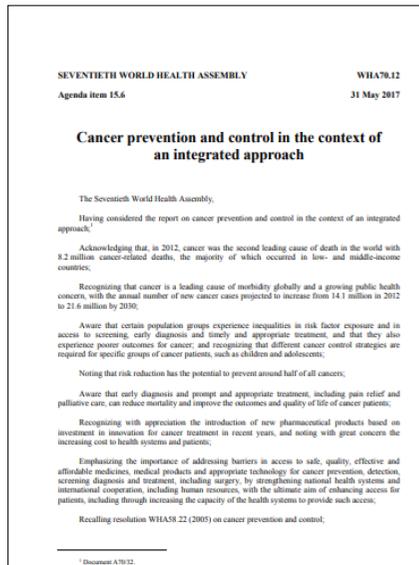
Figura 7 – Metas do ODS 3 sobre Saúde e Bem-Estar



Fonte: Nações Unidas Brasil



CÂNCER



[2017] Resolução de prevenção e controle do câncer por meio de uma abordagem integrada.

Na Assembleia Mundial da Saúde da OMS, líderes de saúde de todo o mundo reafirmaram que o controle do câncer é uma prioridade crítica de saúde e de desenvolvimento. **O Plano de Ação Mundial para DCNTs e as metas do ODS criam uma imperativa necessidade em investir em câncer.**

A resolução fornece aos países orientações para mudanças na promoção da saúde e redução dos fatores de risco, com ênfase particular nas políticas de controle do tabaco e nas vacinas anticâncer, mas também a necessidade de abordar a desigualdade no acesso à detecção precoce, tratamento oportuno e apropriado, incluindo alívio da dor e cuidados paliativos.

Quatro fatores chave no impacto da mortalidade por câncer

A resolução traz como novidade a ênfase na integração dos esforços contra o câncer nos planos nacionais de saúde e a necessidade de ampliar as atividades de acordo com os ODS. São apresentados quatro principais impulsionadores que podem auxiliar na redução da mortalidade pelo câncer:

- Programas de diagnóstico precoce para câncer de mama, colo do útero, colorretal e câncer de boca.
- Desenvolvimento de parcerias, redes de referência e centros de excelência para melhorar a qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento e assistência ao câncer e facilitar a cooperação multidisciplinar.
- Treinamento de profissionais de saúde em todos os níveis de assistência à saúde.
- Fortalecimento dos cuidados paliativos e promoção do acompanhamento e reabilitação dos pacientes com câncer.

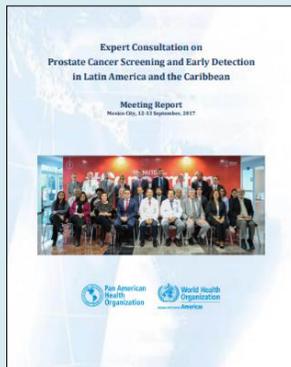
Fonte: UICC



CÂNCER DE PRÓSTATA

[2017] Reunião de Consulta aos especialistas sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de próstata na América Latina e Caribe.

Convocada pela OPAS, pelo Instituto Nacional de Câncer do México e o Instituto Nacional de Saúde Pública do México, foi realizada uma reunião entre especialistas para discutir abordagens sobre o rastreamento e detecção precoce do CaP nas Américas.



O INCA participou como representante do Brasil nas discussões

Especialistas destacam que ainda há um desconhecimento dos fatores de risco do CaP, que complica a definição das populações de alto risco. Instituições apresentam opiniões diferentes com relação aos fatores de risco diferentes (observado, também, no Quadro 3)

Traz que o rastreamento do CaP continua controverso, dados os desafios e riscos associados ao exame PSA em nível populacional, bem como os requisitos do sistema de saúde necessários para estabelecer programas de triagem. Assim, não foi alcançado um consenso sobre a melhor abordagem para o rastreamento

populacional e detecção precoce do CaP e o documento sinaliza que nem mesmo a OMS desenvolveu suas recomendações específicas.

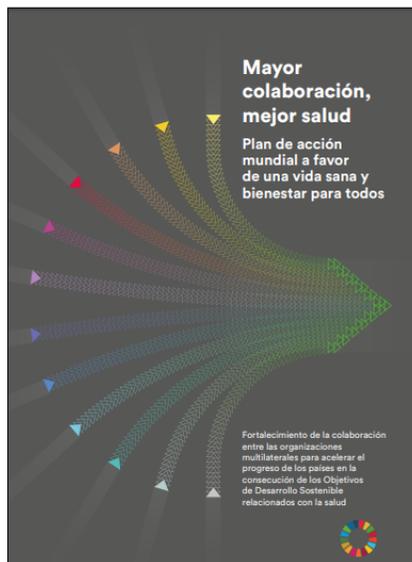
A reunião da OPAS aponta, como estratégias, que cada país deve traçar suas próprias “diretrizes baseadas em evidências e tomar decisões compartilhadas para informar os pacientes sobre os benefícios e malefícios associados à triagem. Deve também priorizar a estruturação de um sistema de atendimento que forneça diagnóstico e tratamento necessários e equitativo”. Exemplificam que países como Canadá e Estados Unidos podem ser um exemplo, pois consideram que promoveram estratégias de rastreamento do CaP centrados no paciente.

CUMPRIMENTO DOS ODS

[2019] Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-Estar para Todos

Lançamento de um plano para apoiar governos a acelerar o cumprimento das metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3) durante os próximos 10 anos.

O Plano parte do reconhecimento que, no ritmo atual, as metas da Agenda 2030 para a saúde, presentes no ODS 3, não serão cumpridas.



O documento é composto por sete temas aceleradores, que representam desafios e recomendações comuns. São eles:

- Atenção Primária;
- Financiamento Sustentável para Saúde;
- Engajamento comunitário e da Sociedade Civil;
- Determinantes da Saúde;
- Programação inovadora em ambientes frágeis e vulneráveis e para respostas a epidemias de doenças;
- Pesquisa e desenvolvimento, inovação e acesso;
- Dados e saúde digital.

CONDIÇÃO DO HOMEM

Em 2019, a OMS e a OPAS chamam atenção quanto à necessidade de haver um olhar específico para a saúde do homem.

- **Pela primeira vez, o relatório anual da OMS (World Health Statistics 2019) trouxe dados desagregados por sexo.**
- Destaca-se a diferença nas causas de morte entre homens e mulheres – algumas biológicas, algumas influenciadas por fatores ambientais e sociais e algumas afetadas pela disponibilidade e aceitação dos serviços de saúde.
- Algumas das diferenças na expectativa de vida entre homens e mulheres são devidas a **diferenças biológicas de sexo que precisam ser tratadas com atenção, como é o caso do câncer de próstata.**
- A saúde dos homens ganha maior destaque à medida que **surgem mais evidências** sobre tendências epidemiológicas diferenciadas entre homens e mulheres, particularmente no que diz respeito à mortalidade prematura de homens por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sua morbidade.
- Em quase todos os países do mundo, os **homens têm maior probabilidade que as mulheres de morrerem antes dos 70 anos** e dados da OMS indicam que aproximadamente 52% das mortes por DCNT acontecem entre homens. Das 40 principais causas de morte, 33 contribuem mais para reduzir a expectativa de vida em homens do que em mulheres.
- A OPAS Brasil publicou um artigo sobre **“A importância de abordar a masculinidade e a saúde dos homens para avançar rumo à saúde universal e à igualdade de gênero”.**
- Estudos tendem a se centrar nos efeitos negativos das desigualdades de gênero e das “masculinidades tóxicas” sobre as mulheres e sua saúde. **Pouca atenção tem sido dada ao nexo entre a natureza de gênero das identidades dos homens e certos aspectos de sua saúde precária.**
- Uma melhor base de conhecimentos poderia ajudar os formuladores de políticas e os profissionais de saúde a abordarem algumas das crenças e comportamentos e trabalharem com os homens para melhorar sua saúde.
- É preciso promover uma compreensão mais diversificada do que significa ser homem e estudar como essas crenças influenciam a saúde.
- Uma maior atenção ao tema das masculinidades e saúde dos homens poderia contribuir para os ODS relacionados às DCNTs.

DESTAQUES DOS DADOS GLOBAIS

DESTAQUES - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

- O Câncer de Próstata, em 2018, apresenta um cenário mundial desafiador na perspectiva de prevenção e controle da doença e conseqüentemente um cenário pouco animador para 2040.
- A análise de 185 países demonstra que:
- **Com relação aos fatores de risco:**
 - » CaP é um dos cânceres mais frequentes no mundo, ocupando o 1º lugar nas Américas, Oceania e em grande parte do continente Africano e é o principal motivo de morte em metade dos países analisados.
 - » Brasil é o 3º em números de casos e detém os maiores coeficientes de incidência (intervalo igual ou acima de 63,3/100 mil), enquanto a mortalidade ocupa lugar intermediário (10,7 a 13,9/100 mil).
 - » EUA apresentam coeficientes de incidência no mesmo intervalo que o Brasil, mas a mortalidade é menor (5,3 a 10,6/100 mil).
 - » Nos países Africanos, em geral, essa relação é diferente: baixo risco para a doença e alto risco de morte por CaP.
- Nestas condições, as estimativas tendenciais 2018-2040, apontam que a incidência do CaP terá aumento significativo na América Latina e Caribe, Ásia e África. Com provável interrupção da trajetória de crescimento nos países desenvolvidos e tendência de aumento lento nos países europeus, quando comparado aos países menos desenvolvidos. A mortalidade segue tendência de aumento em todos os continentes e subcontinentes, sendo as curvas mais acentuadas na Ásia, América Latina e Caribe, África e Europa.
- Estudos de tendências das taxas de mortalidade, 1990-2017, consideram que, em termos mundiais, o CaP permaneça como 5ª motivo de morte por câncer, mas para a América Latina e Caribe e o Brasil, há possibilidade do CaP sair do 3º lugar e passar para a 1ª posição, lugar até então, ocupado pelo câncer pulmão.

DESTAQUES - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

- Há um grande esforço das instituições internacionais em relação à redução dos fatores de risco para as DCNTs. Em especial, para o CaP, três fatores de risco são apresentados como consensuais (idade, histórico familiar e raça negra) e o demais fatores ainda apresentam dúvidas e não há uma conformidade. Observa-se que, tanto o governo americano como o inglês, identificam que o homem negro tem mais chance em desenvolver um CaP e monitoram esse indicador.
- Três estudos dos EUA trazem resultados interessantes e animadores:
 - » Observa-se na série histórica 1976 a 2016: houve aumento significativo do coeficiente de incidência relacionado à disponibilidade do uso do exame PSA, entre 1980 e 1999, com posterior declínio, podendo estar relacionado ao fim do rastreamento (valores de 2016 se aproximam de 1975). Apesar do aumento significativo na incidência, a curva de mortalidade não ultrapassa a taxa de 50/100mil. Posteriormente a 1995, apresenta declínio, chegando, em 2016, com menor valor quando comparado a 1975.
 - » O país alcançou altos percentuais de diagnóstico de CaP em estágios iniciais, 76% no estágio do CaP localizado (2007 a 2016).
 - » 100% na taxa de sobrevivência em 5 anos para tumores localizados, enquanto que para o tumor disseminado essa mesma taxa cai para 30% (2009-2015).

DESTAQUES - POSICIONAMENTOS INTERNACIONAIS (ONU/OMS/OPAS)

- Apesar dos progressos na prevenção, no tratamento e nos cuidados paliativos do câncer, o acesso a esses avanços ainda é desigual. Em muitos países, o câncer é diagnosticado tardiamente, o tratamento é caro ou inacessível e serviços paliativos não estão disponíveis. Além disso, países de baixa e média renda não dispõem de dados necessários para conduzir uma política para o câncer.
- As instituições internacionais constantemente reafirmam a importância do controle do câncer como prioridade crítica para a saúde e o desenvolvimento das nações. O seu insucesso pode impactar no alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável relacionados às DCNTs.
- Considerando que o câncer representa a 2ª principal causa de morte por DCNTs no mundo, que afeta primordialmente os indivíduos do sexo masculino, políticas públicas de saúde voltadas à prevenção do câncer, estimulando a adoção de hábitos de vida saudáveis, pode contribuir para minimizar os fatores de riscos, inclusive aqueles associados ao CaP.
- Necessidade de valorização e urgência em abordar a masculinidade e a saúde dos homens para avançar rumo à saúde universal e à igualdade de gênero. O comportamento do homem ainda se configura como um dos fatores que interfere negativamente na melhoria de sua saúde.
- A Agenda 2030 e as DCNTs, apresentam uma janela de oportunidade para a prevenção do CaP, no âmbito mundial, considerando o crítico cenário atual e os estudos tendenciais de aumento da morbimortalidade.
- A OMS passou a avaliar os dados epidemiológicos de forma diferenciada por sexo, identificando a necessidade de haver um olhar específico para a saúde do homem. Positivamente, órgãos internacionais começam a sinalizar a prioridade em abordar a masculinidade e a gerar uma melhor base de conhecimentos que possa ajudar tomadores de decisão. Pela primeira vez, o relatório anual da OMS (World Health Statistics 2019) trouxe dados desagregados por sexo.
- A ONU e seus diferentes órgãos específicos não oferecem orientações, posicionamentos ou guias informativos específicos para o câncer de próstata. Diferentemente do que acontece para outros tipos de câncer – mama, colo do útero, colorretal, boca – em que é compartilhado documentação que orienta os diversos países.
- Apesar dos dados internacionais mostrarem que os casos de CaP diagnosticados nos estádios I, II e III apresentam uma taxa de 100% de sobrevivência em 5 anos (gráfico 9), ainda há desafios mundiais em relação às orientações para o seu diagnóstico precoce. Mundialmente as orientações com relação ao rastreamento do CaP continua sendo um tema controverso e não há um consenso com relação à definição dos grupos de risco.

INCIDÊNCIA E MORTALIDADE ESTIMATIVA BRASIL

Tabela 1 – Estimativa da incidência (2020) e da mortalidade (2017) por tipos de câncer – Brasil

CÂNCER	INCIDÊNCIA			MORTALIDADE		
	Nº	%	Taxa (100mil)	Nº	%	Taxa (100mil)
1 Próstata	65.840	29,2	62,95	15.391	13,4	15,1
2 Cólon e Reto	20.520	9,1	19,63	9.207	8,0	9,0
3 Traquéia, Brônquios e Pulmão	17.760	7,8	16,99	16.137	14,0	15,7
4 Estômago	13.360	5,9	12,81	9.206	8,0	
5 Cavidade Oral	11.180	4,9	10,69	4.923	4,3	
6 Outros	96.800	42,9		60.193	73,7	
Total	225.460	100		115.057	100	

Fonte: Incidência: INCA/MS. Mortalidade: DATASUS. SIM. MS.
Nota: excluindo o câncer de pele não melanoma

Incidência:

- Estima-se a ocorrência de 65.840 novos casos de CaP em 2020, valores inferiores aos apresentados pela OMS/GLOBOCAN (84.992) para o mesmo ano (Figura 2).
- O CaP é o câncer de maior incidência no país (desconsiderando o câncer de pele não melanoma) e isoladamente representa 29,2% do total dos cânceres.
- A taxa de risco estimado é de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens, valor compatível com os dados da GLOBOCAN (maior ou igual a 63,3/100mil) (Figura2).

Mortalidade:

- Em 2017 ocorreram 15.391 óbitos por CaP, sendo o 2º motivo de morte (13,4%), valor bastante próximo do câncer de traquéia, brônquios e pulmões (14,0%), primeiro colocado entre os óbitos por cânceres.
- Risco de morte por câncer de próstata - apresenta tendência de aumento (12,8 por 100 mil em 2008 para 15,1 por 100 mil em 2017), atingindo no último ano valor muito próximo ao câncer de traquéia, brônquios e pulmões (15,7/100 mil), em função do aumento da taxa de mortalidade por CaP e a estabilização da taxa do câncer de TBeP, motivada pela redução do tabagismo entre os homens. (Gráfico 14)
- Atenção à tendência do CaP assumir o 1º lugar. Essa tendência também foi apresentada no estudo do GBD onde CaP assumiria o 1º lugar (Quadro 1)



INCIDÊNCIA - BRASIL E REGIÕES

Gráfico 11 - Estimativa da taxa incidência de CaP (100 mil) - Brasil e Regiões, 2020.



Fonte: INCA/MS

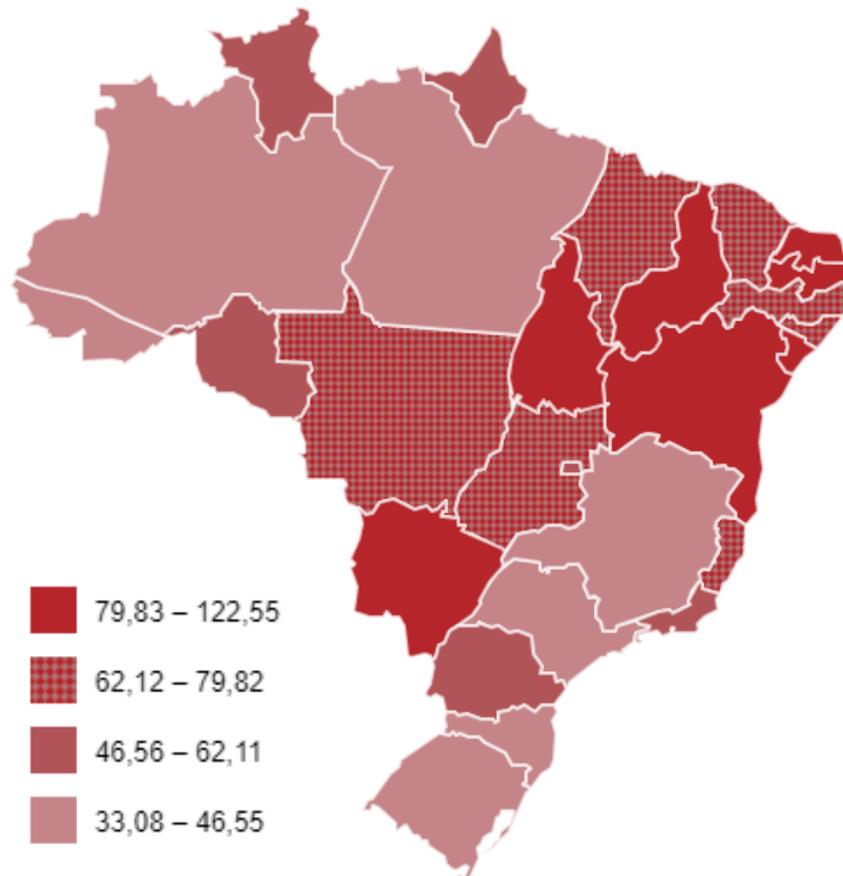
As taxas de incidência estimada no país e nas regiões esconde uma importante diversidade/variações.

Em relação à média brasileira da taxa de incidência por câncer de próstata, tem-se que:

- **Acima da média brasileira:** Nordeste (72,35/100 mil), Centro-Oeste (65,29/100 mil) e Sudeste (63,29/100 mil) apresentam as maiores taxas.
- **Próximo da média brasileira:** Região Sul com valores próximos a taxa brasileira (62,00/100 mil)
- **Inferior à média brasileira:** Região Norte (29,39/100 mil) e Norte. Cabe destacar que na região norte, os valores representam menos da metade da média do país. É preciso atenção ao avaliar tal informação, uma vez que a região pode apresentar diversos desafios que a diferencia das demais regiões brasileiras, como desafios de diagnóstico, de registro de informações, entre outros.

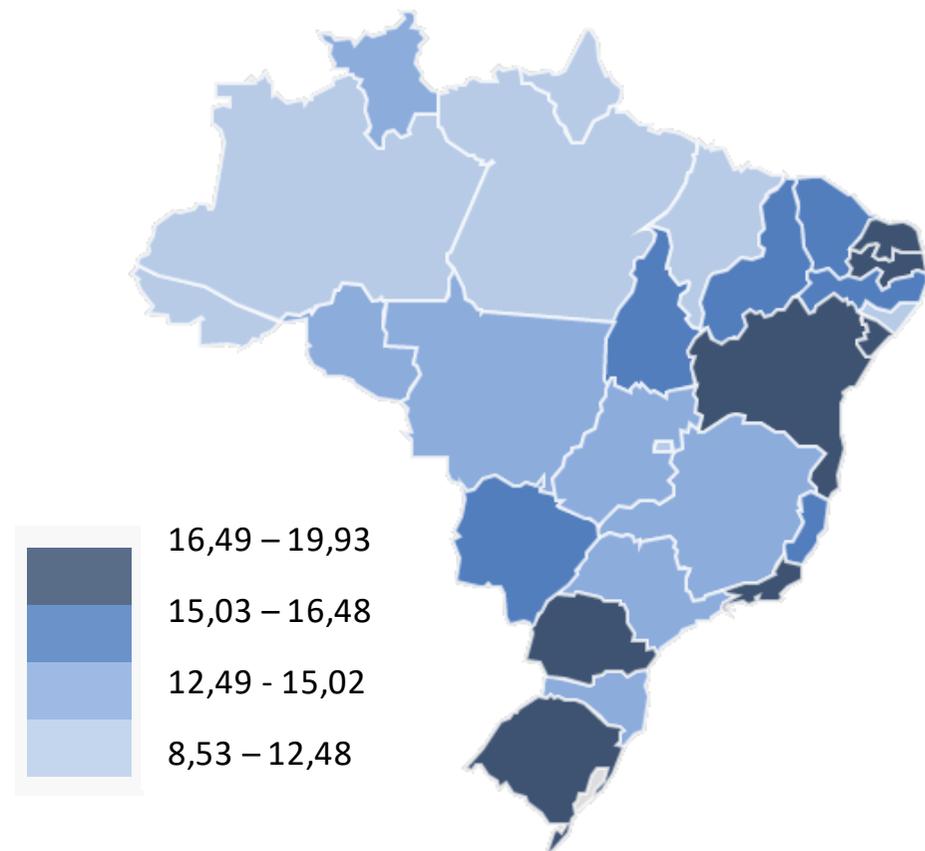
INCIDÊNCIA E MORTALIDADE - ESTADOS BRASILEIROS

Figura 8 - Taxa de incidência ajustadas por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2020



Fonte: Estimativa, INCA/MS

Figura 9 - Taxa de mortalidade bruta por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2017



Fonte: Atlas da Mortalidade, INCA/MS

INCIDÊNCIA E MORTALIDADE - ESTADOS BRASILEIROS

Tabela 2 - Taxa de incidência ajustada por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2020

taxa entre 33,08 – 46,55		taxa entre 46,56 – 62,11		taxa entre 62,12 – 79,82		taxa entre 79,83 – 122,55	
Estado	Taxa	Estado	Taxa	Estado	Taxa	Estado	Taxa
PA	33,08	PR	46,85	PE	62,12	MT	79,62
SC	39,25	RO	47,78	MA	68,71	PB	80,03
AM	42,50	AP	51,67	ES	69,96	BA	85,51
AC	43,12	RR	55,79	AL	71,64	RN	86,42
MG	43,78	RJ	55,87	GO	71,85	MS	93,30
SP	45,69	DF	59,38	CE	74,94	PI	99,76
RS	46,28					TO	114,92
						SE	122,55

Fonte: Estimativa, INCA/MS

- **Incidência:** O Estado de SP apresenta taxa de 45,69/100 mil, ficando na 22ª colocação entre os estados brasileiros. Sergipe apresenta a maior taxa 122,55/100 mil e Pará com a menor taxa 33,08/100mil.
- **Mortalidade:** A taxa do Estado de SP é baixa, 14,19/100 mil (18ª posição entre os 27 estados) e também está abaixo da média nacional (15,0 mortes por 100 mil).

Tabela 3 - Taxa de mortalidade bruta por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2017

taxa entre 8,53 – 12,48		taxa entre 12,49 – 15,02		taxa entre 15,03 – 16,48		taxa entre 16,49 – 19,93	
Estado	Taxa	Estado	Taxa	Estado	Taxa	Estado	Taxa
AP	8,53	SC	12,93	TO	15,22	SE	16,6
AM	8,8	RO	13,53	CE	15,72	PB	16,77
PA	9,32	SP	14,19	MS	15,87	BA	17,16
AL	10,83	MT	14,42	PI	16,09	RN	17,34
AC	10,85	RR	14,65	ES	16,11	PR	17,96
DF	11,73	GO	14,69	PE	16,37	RJ	18,85
MA	12,03	MG	15,02			RS	19,93

Fonte: Atlas da Mortalidade, INCA/MS

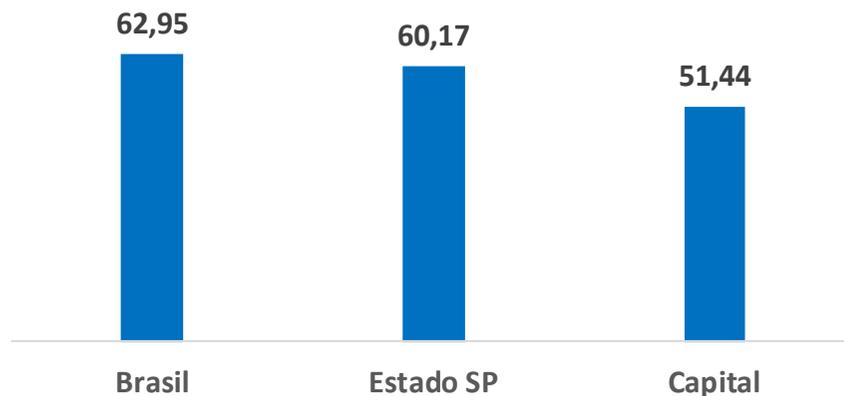
INCIDÊNCIA - BRASIL, ESTADO SP E CAPITAL

Tabela 4 – Estimativa de novos casos de CaP - Brasil, Estado de SP e Capital, 2020

Novos casos CaP	Nº
Brasil	65.840
Estado de SP	13.650
Capital	3.060

Fonte: INCA/MS

Gráfico 12 – Estimativa da taxa de incidência de CaP (100 mil homens) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2020



Fonte: INCA/MS

Estima-se que:

- O Estado de SP registre 20,7% (13.650) do total de novos casos do Brasil.
- O Município de SP registre 22,4% (3.060) do total de novos casos do Estado de SP.

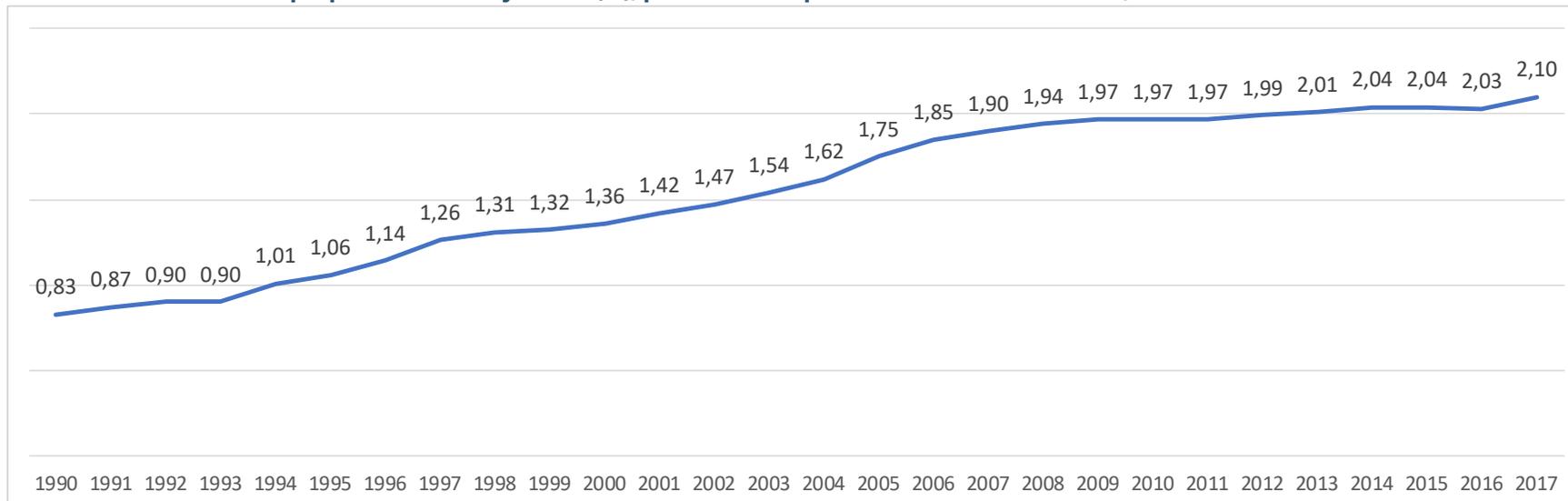
Excluindo o câncer de pele não melanoma, o CaP é o mais incidente no Brasil, Estado de SP e na Capital.

Comparativamente com o Brasil (62,95/100 mil homens), o Estado de SP tem taxa bastante próxima (60,17/100 mil homens), enquanto que a Capital apresenta valor bem abaixo do estado e do país (51,44/100 mil homens).



MORTALIDADE - BRASIL

Gráfico 13 - Mortalidade proporcional não ajustada (%), por câncer de próstata em homens - Brasil, 1999 a 2017

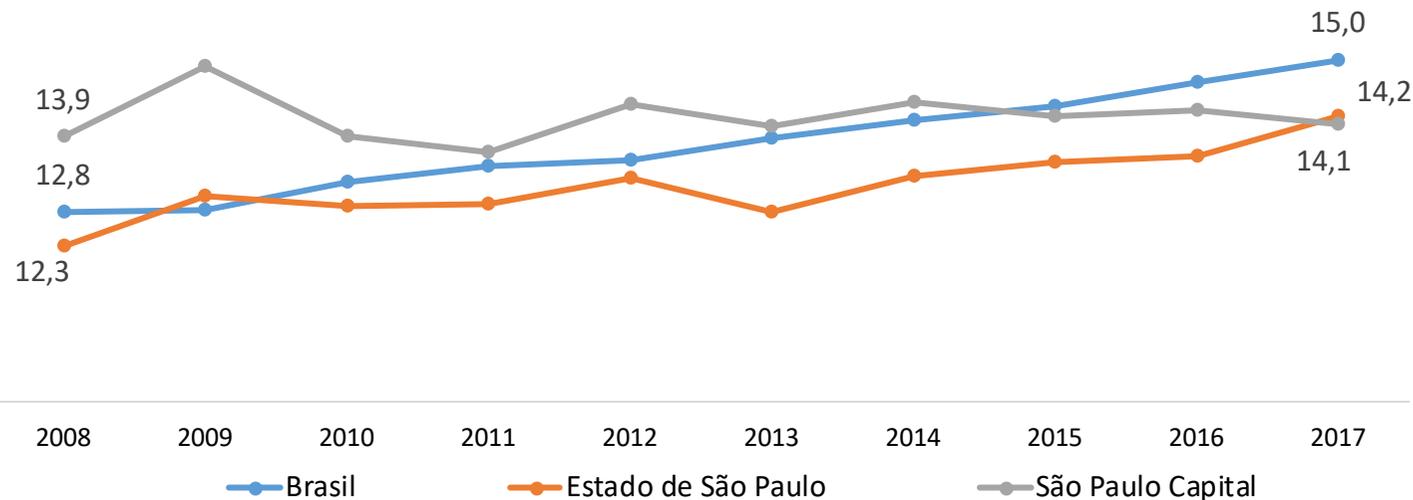


Fonte: DATASUS/SIM/MS

- O peso do câncer de próstata enquanto causa de morte na população masculina passou de 0,83% em 1990 para 2,10% em 2017.
- Mesmo avaliando que a maioria dos homens diagnosticados com o câncer de próstata não morrem por causa da doença, a mortalidade proporcional por CaP vem aumentando no Brasil a cada ano, acompanhando o aumento da incidência.
- Podemos supor que as Políticas Públicas envolvendo o CaP, as DCNTs e a Saúde do Homem, não foram efetivas na redução da mortalidade por CaP.

MORTALIDADE - BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

Gráfico 14 - Taxa de mortalidade por CaP (100 mil) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2008 a 2017



Observa-se, na série histórica de 10 anos, as seguintes tendências quanto às taxas de mortalidade por CaP:

- Clara tendência de aumento no Brasil e no Estado de São Paulo.
- O crescimento observado no Brasil entre 2008 e 2017 foi de 17,2%, passando de 12,8 por 100 para 15,0 por 100 mil.
- Município de SP desenha uma tendência de manutenção dos valores.

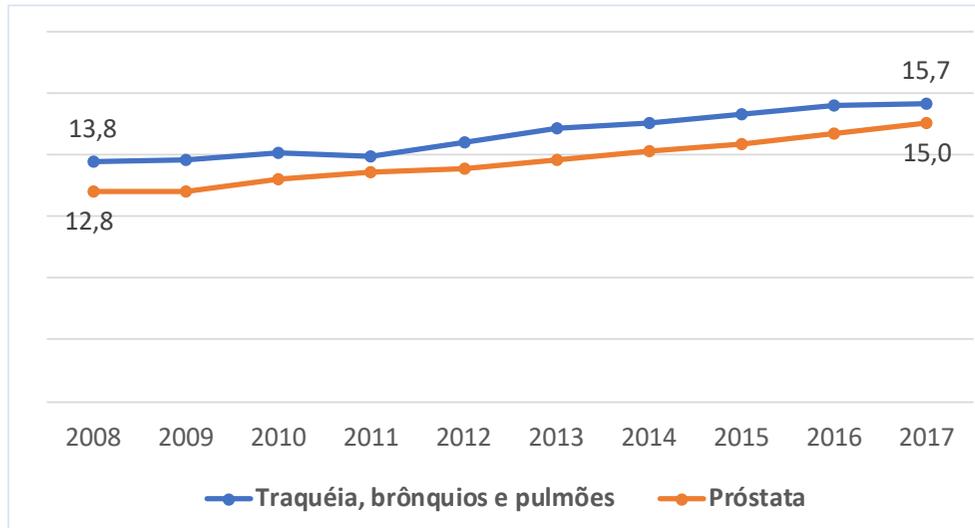
Cabe também considerar, nesta análise brasileira, os seguintes estudos com base de dados internacionais (BGD e GLOBOCAN):

- Aumento da tendência da mortalidade por CaP no Brasil em 2017 comparando a 1999, onde a doença passaria a ocupar o 1º lugar (Quadro 1).
- Projeção até 2040 indica tendência crescente na mortalidade por CaP para a América Latina e o Caribe (Gráfico 6).



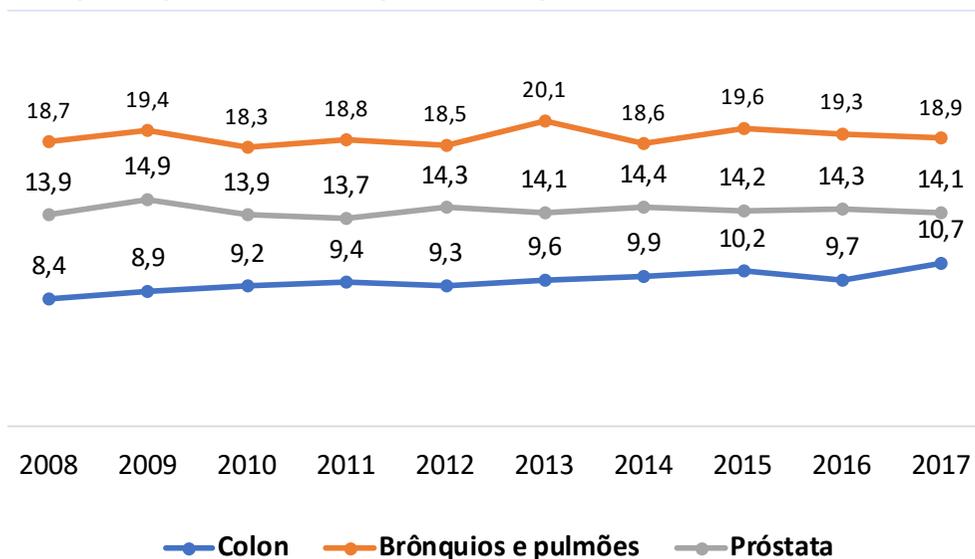
MORTALIDADE - CaP E CaTBP - BRASIL E CAPITAL PAULISTA

Gráfico 15 - Coeficiente de mortalidade (100 mil homens) por câncer de traquéia, brônquios e pulmões e de próstata - Brasil, 2008 a 2017



Fonte: DATASUS/SIM/MS

Gráfico 16 - Coeficiente de mortalidade (100mil homens) por câncer de traquéia, brônquios e pulmões, cólon e próstata - Capital, 2008 a 2017



Fonte: DATASUS/SIM/MS

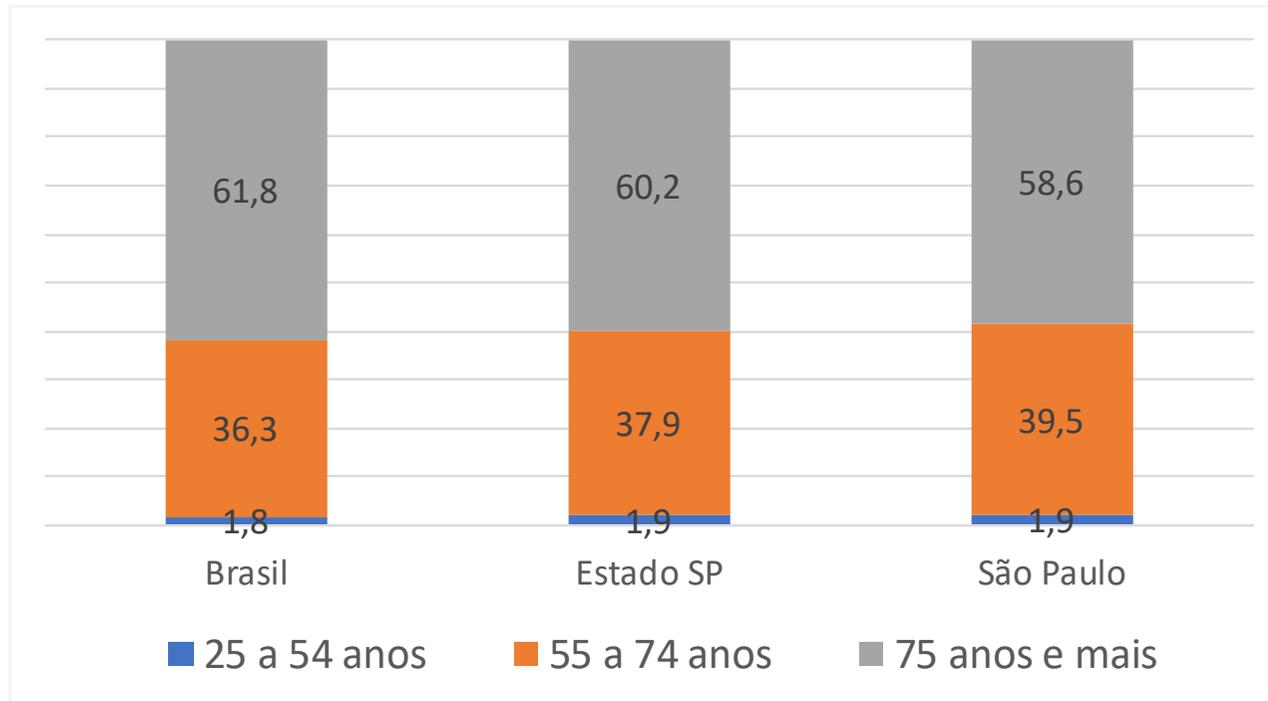
Mortalidade - relação Câncer de Próstata e câncer de traquéia, brônquios e pulmões:

- **Brasil:** as taxas de mortalidade do câncer de traquéia, brônquios e pulmões e do CaP são bastante próximas (respectivamente 15,0 e 15,7/100mil, em 2017), ficando o CaP em 2º lugar.
- **São Paulo capital:** mortalidade por CaP também se mantém em 2º lugar (14,1/100 mil) atrás e mais distante dos indicadores de câncer de traquéia, brônquios e pulmões (18,9/100 mil). No município observa-se a manutenção da diferença deste indicador entre os dois tipos de câncer.



MORTALIDADE - FAIXA ETÁRIA

Gráfico 17 - Distribuição (%) das mortes por CaP segundo faixa etária - Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2017



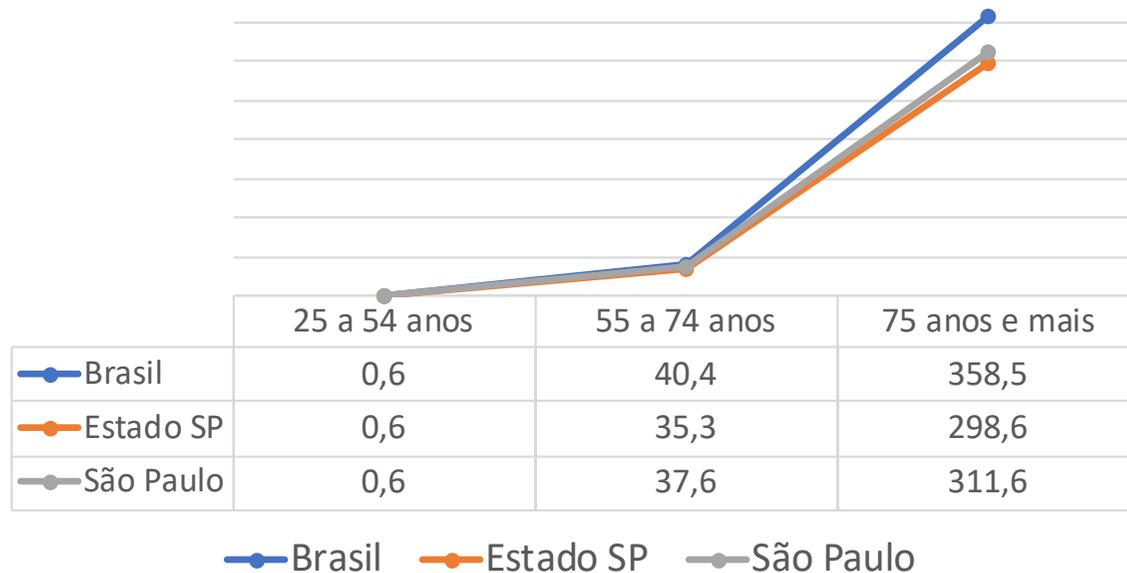
- Distribuição das mortes por CaP, segundo faixa etária: Brasil, Estado de SP e capital, os percentuais são bem semelhantes.
- Cerca de 60% dos óbitos concentram entre idosos de mais de 75 anos e 38% entre adultos e idosos de 55 a 74 anos. Juntas essa faixa responde pela quase totalidade das mortes (98%).

Fonte: DATASUS/SIM/MS



MORTALIDADE - FAIXA ETÁRIA

Gráfico 18 - Coeficiente de mortalidade (100 mil) por CaP, segundo faixa etária - Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2017

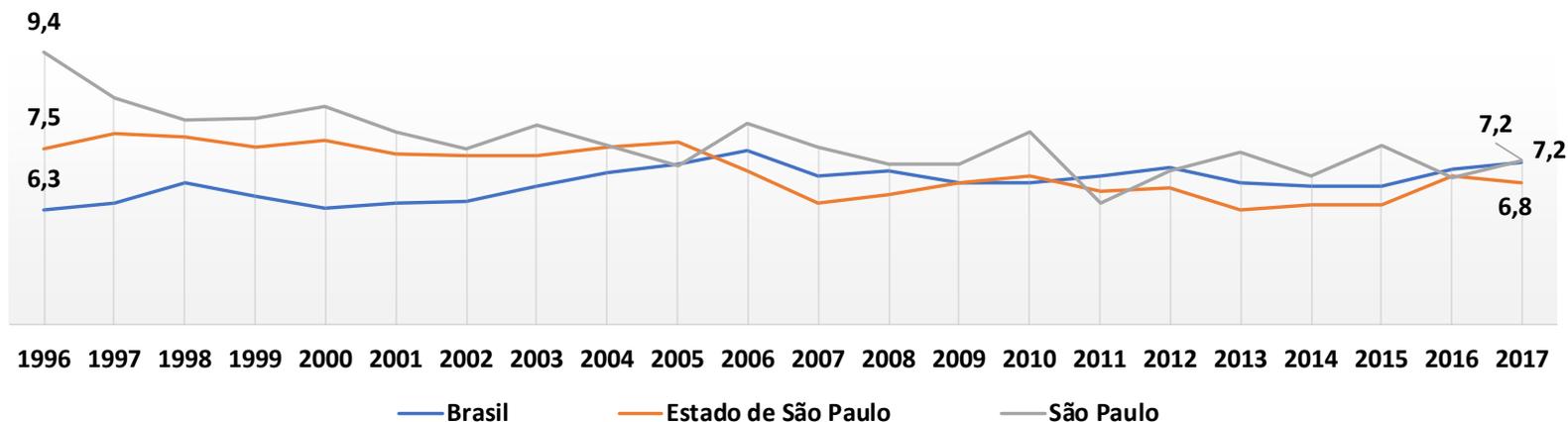


Fonte: DATASUS/SIM/MS

- O risco de morrer por CaP sofre importante incremento com o aumento da idade. O risco de morte entre idosos com 75 anos e mais é 8 vezes maior do que na população de 55 a 74 anos.
- No grupo de 75 anos e mais, o risco no Brasil (358,5 por 100 mil) é superior ao da capital (311,6 por 100 mil) e a do Estado de São Paulo (298,6 por 100 mil).

MORTALIDADE PREMATURA - BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

Gráfico 19 - Coeficiente de mortalidade prematura (100mil) (30 a 69anos) por CaP - Brasil e Estado de SP e Capital, 1996 a 2017



Fonte: DATASUS/SIM/MS

Mortes prematuras, que ocorrem entre 30 e 60 anos, assumem as seguintes tendências na análise da série histórica ampliada:

- **Brasil** – tendência de crescimento (6,3 por 100 mil em 1996 para 7,2/100 mil em 2017).
- **Estado SP** – tendência de queda (7,5/100 mil em 1996 para 6,8/100 mil em 2017), fechando o período com coeficiente menor que o Brasil e o município de SP.
- **Município SP** – tendência de queda (9,4/100 mil em 1996 para 7,2/100mil em 2017) fechando o período com o mesmo indicador do Brasil.

Apesar do grupo de risco ser os idosos, é preciso estar alerta com a mortalidade prematura por câncer de próstata. É um indicador que contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle da doença e seus fatores de risco.

MORBIDADE HOSPITALAR

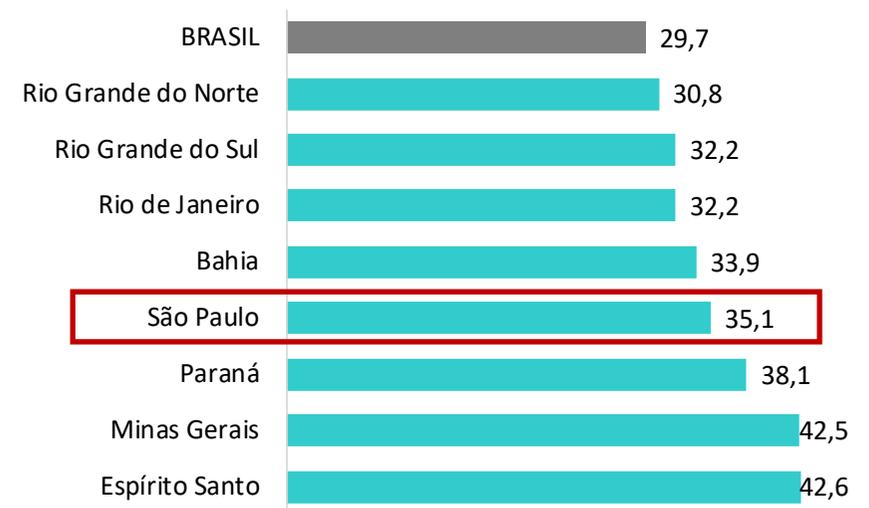
INTERNAÇÃO POR CaP - BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

Tabela 5 - Número de internações por CaP no SUS - estados selecionados, 2018

Internações Hospitalares SUS	nº
São Paulo	7.851
Minas Gerais	4.481
Rio de Janeiro	2.620
Bahia	2570
Paraná	2140
Rio Grande do Sul	1792
Espírito Santo	863
Rio Grande do Norte	536
Brasil	30.622

Fonte: DATASUS/SIM/MS

Gráfico 20 - Taxa da internação por CaP do SUS (100 mil) - Brasil e estados selecionados, 2018



Fonte: DATASUS/SIM/MS

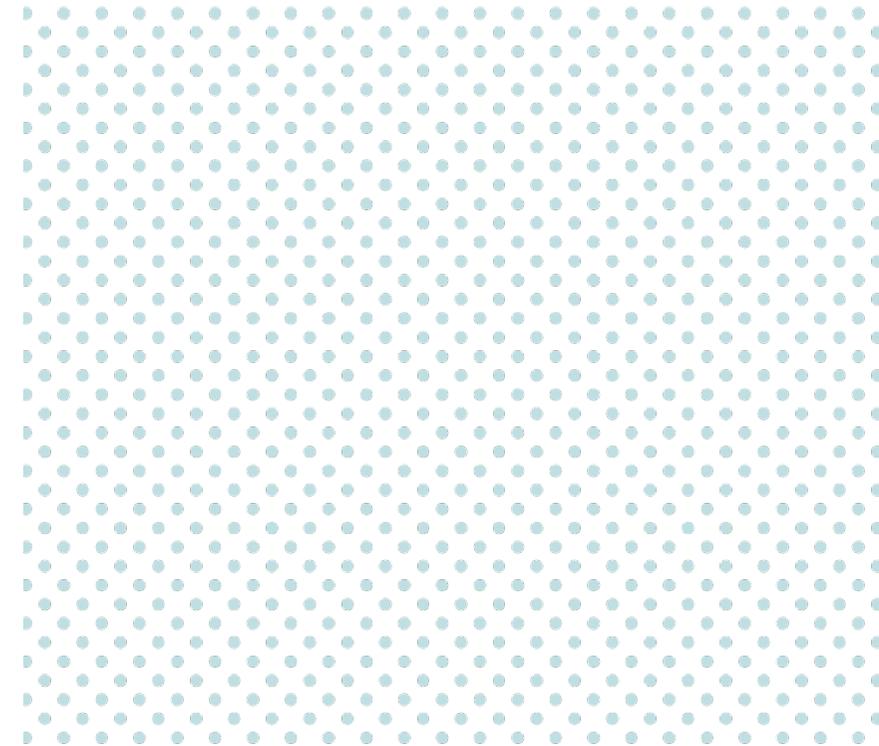
- No Brasil, a taxa de hospitalização por câncer de próstata, em 2018, foi de 29,7 por 100 mil homens e os maiores valores foram observados nos estados do Espírito Santo (42,6/100mil), Minas Gerais 42,5/100 mil), Paraná (38,1/100 mil) e São Paulo 35,1/100 mil).
- O Estado de São Paulo tem a 5ª maior taxa de hospitalização por CaP.

INTERNAÇÃO POR CaP - BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

Tabela 6 – Internações (nº) por CaP no SUS - Brasil, Estado de SP e Capital, 2009 a 2018.

Internações Hospitalares	Brasil	Estado SP	Município SP
2009	19.463	5.437	1.354
2010	21.676	6.101	1.679
2011	23.846	6.654	1.749
2012	25.394	7.179	1.868
2013	26.350	7.019	1.812
2014	27.377	7.342	1.994
2015	29.459	7.914	2.065
2016	29.769	7.421	1.974
2017	31.527	8.210	2.150
2018	30.622	7.851	1.953

Fonte: DATASUS/SIH/MS



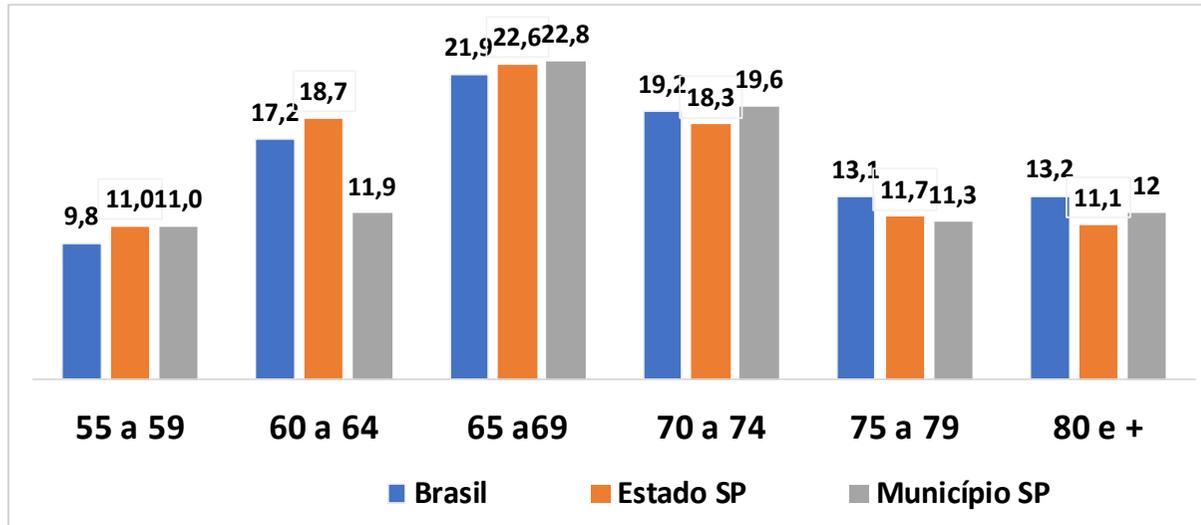
Internações de pessoas com neoplasia maligna de próstata:

- Brasil: registrou nos últimos anos mais de 30 mil internações (2017 e 2018). No período, a média de atendimento no país foi de 26.548/ano, no estado foi de 7.112/ano e na capital 1.860 internações/ano.
- Em relação ao crescimento das internações (2009 a 2018), o Brasil registrou 57%, enquanto que o estado e a cidade de SP obtiveram o mesmo valor, 44%.



INTERNAÇÃO POR CaP - BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

Gráfico 21 – Internações (%) por CaP no SUS, a partir dos 55 anos - Brasil, Estado de SP e Capital, 2018



Fonte: DATASUS/SIH/MS

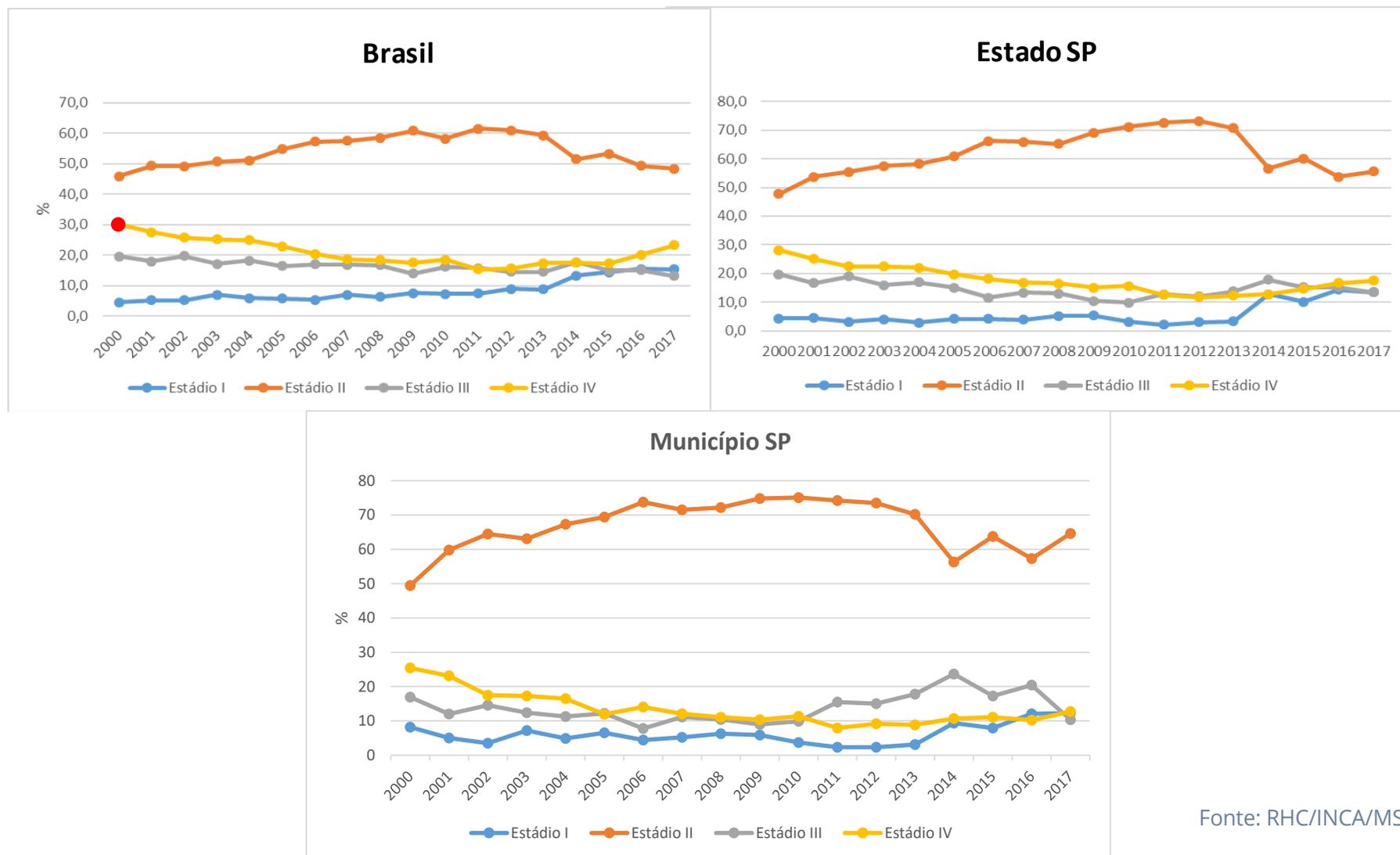
- A faixa de 65 a 69 anos é a que concentra maior percentual de internações em 2018, com percentuais bastante próximos: Brasil 21,9%, Estado SP 22,6% e Capital 22,8%. E diferente do país e estado, a capital apresenta a menor taxa de internação entre 60 a 64 anos (11,9%, Brasil 17,2% e Estado SP 18,7%).
- O Estado e a Capital de São Paulo apresentam uma porcentagem um pouco menor com relação à internação de homens acima dos 75 anos.



ESTADIAMENTO

BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

Gráfico 22 - Distribuição (%) dos diagnósticos de câncer de próstata, segundo estadiamento - Brasil, Estado de SP e Capital, 2000 a 2017



Fonte: RHC/INCA/MS



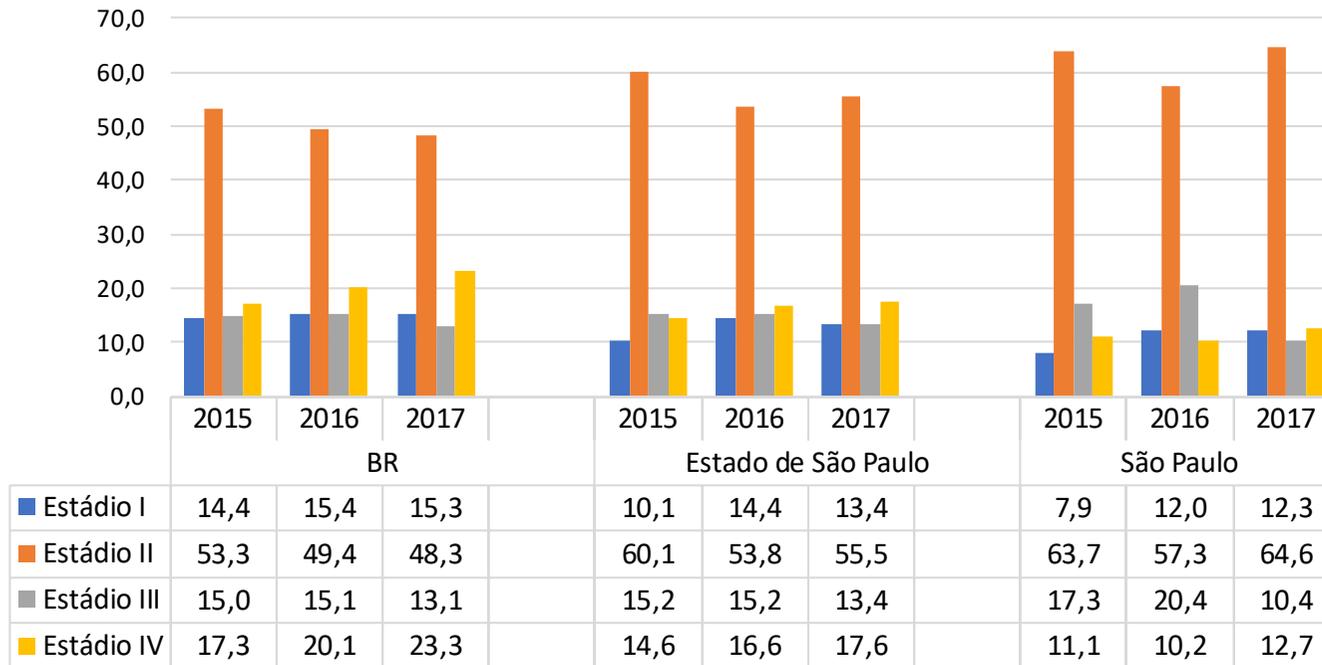
BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL

- **Estádio inicial** – No ano 2000, o Brasil apresentava valores inferiores a 10%. Durante os anos seguintes, há uma tendência leve de melhoria de diagnóstico precoce, sendo que a partir de 2014, os percentuais sobem para valores superiores a 10%. O Estado e o município de SP registram valores semelhantes ao Brasil no ano 2000 e permanecem com dificuldade de aumentar esses percentuais ao longo dos anos. Mas, em 2014, em consequência da implantação da Rede de Combate ao Câncer no Estado Rede Hebe Camargo (slide 93), houve um aumento significativo da proporção de diagnóstico no Estádio I com concomitante diminuição do Estádio II.
- **Estádio IV** – O Brasil e o Estado de SP apresentavam, em 2000, cerca de 30% dos casos de CaP diagnosticados no Estádio IV. Ao longo do tempo, esses valores apresentam uma queda, mas, em 2016 e 2017, voltam a subir. Em 2017, o Brasil ultrapassa os 20% e o Estado de SP fica próximo a 20%. A Capital registrava, em 2000, 25% dos seus casos de CaP diagnosticados no Estádio IV, observa-se tendência de redução ao longo do tempo e discreta tendência de incremento nos últimos anos, atingindo em 2017 valor próximo a 13%.
- **Estadiamento e Mortalidade:** a dificuldade nas reduções da mortalidade por CaP pode estar relacionada à concentração de casos diagnosticados no Estadio IV, onde a taxa de sobrevida em 5 anos é de 30%.



BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL - (2015-2017)

Gráfico 23 – Distribuição do estadiamento do CaP (%) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2015, 2016 e 2017

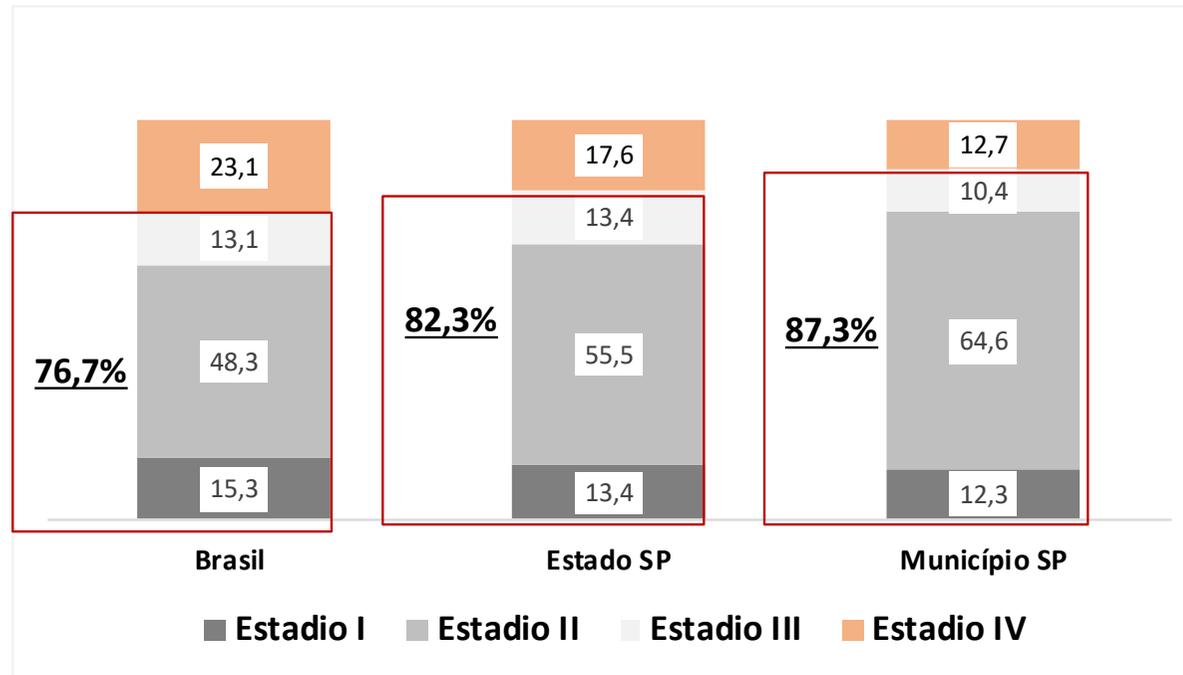


Fonte: RHC/INCA/MS

- Estádio I: Brasil apresenta a maior concentração do diagnóstico no estágio inicial da doença (estádio I), seguido pelo Estado SP, enquanto que a Capital apresenta os menores percentuais no estágio I (respectivamente 8% em 2015, 12% em 2016 e 12% em 2017)
- Estádio II: Brasil, Estado de SP e Capital apresentam maior concentração no Estadio II (respectivamente 48% , 55% e 65%, em 2017).
- Estádio III: Brasil e Estado de SP com valores próximos nos três anos e o município SP apresenta os maiores valores em 2015 e 2016 e, em 2017, sofre importante redução.
- Estádio IV: Brasil, Estado de SP e município SP apresentam um aumento comparando os anos de 2015 e 2017.

BRASIL, ESTADO DE SP E CAPITAL - (2017)

Gráfico 24 – Distribuição do estadiamento do CaP (%) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2017

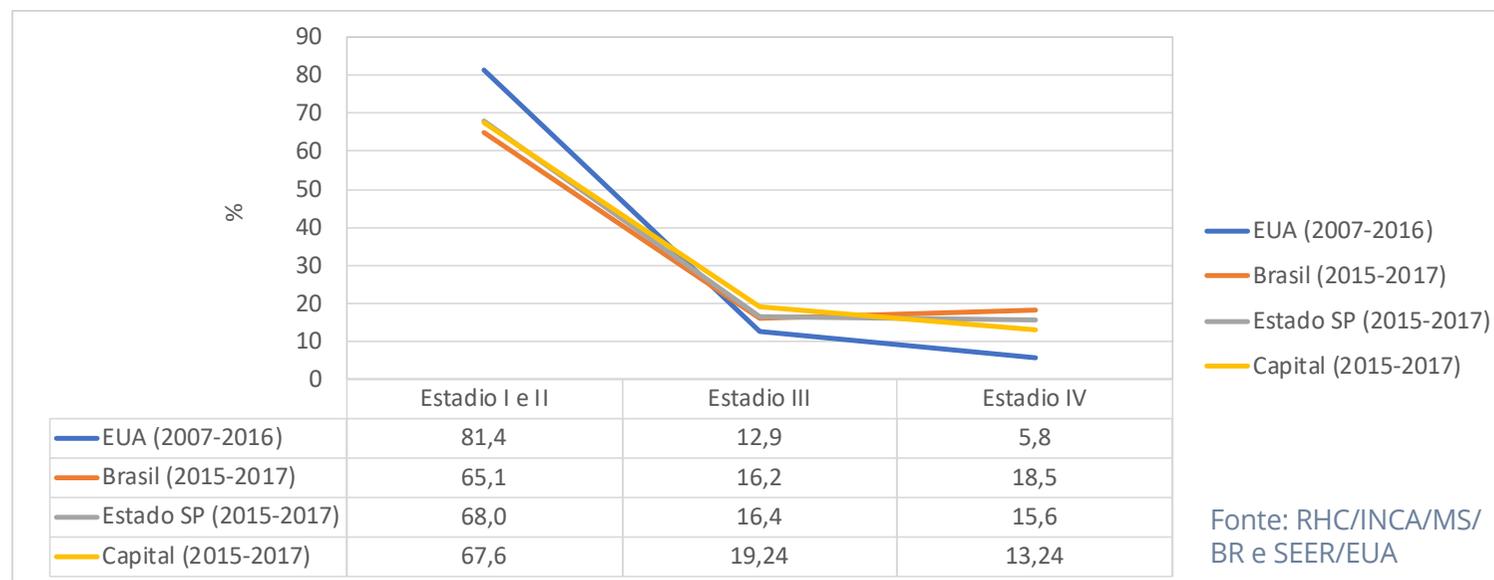


Fonte: RHC/INCA/MS

Em 2017, apesar da alta concentração dos percentuais de casos de CaP diagnosticados nos Estádios I, II e III (Brasil 76,7%, Estado SP 82,3% e Capital 87,3%), existe uma maior concentração do Estádio II, representando CERCA DE 65% DOS casos de CaP diagnosticados.

BRASIL x EUA

Gráfico 25 – Distribuição (%) dos diagnósticos do câncer de próstata segundo o estadiamento - EUA (2007-2016), Brasil, Estado de SP e Capital (2016)

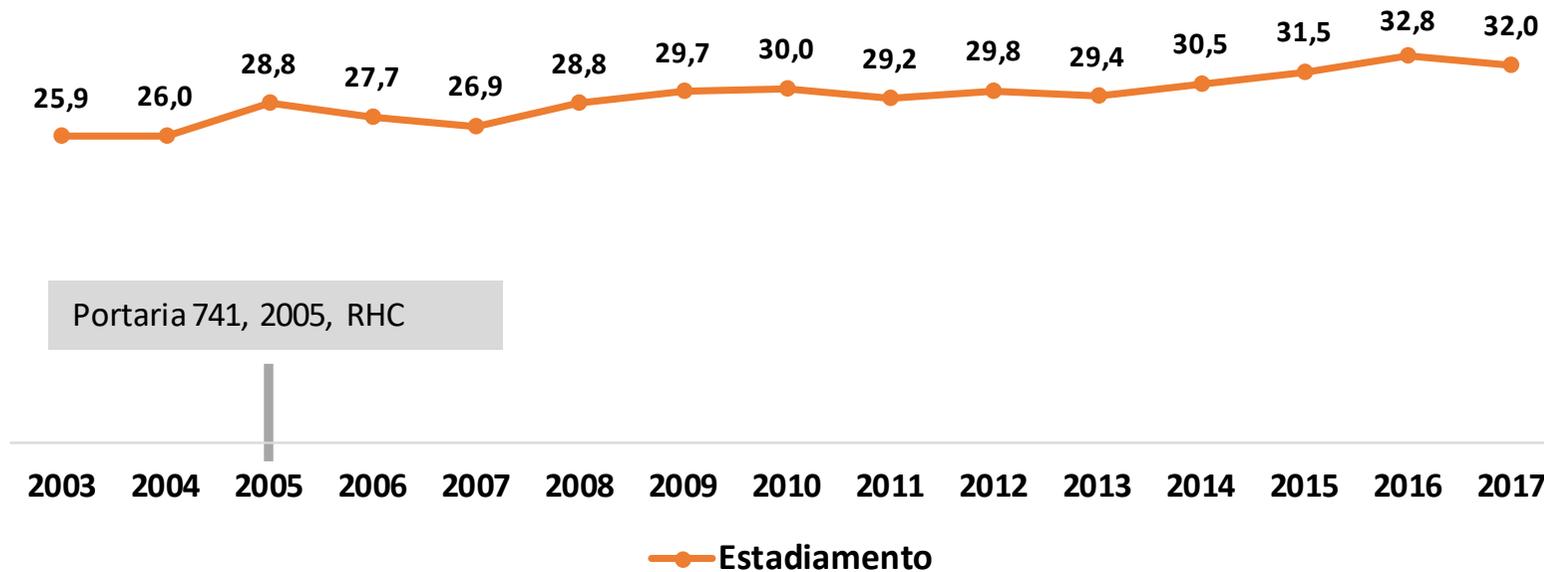


- Entre 2007 e 2016, nos EUA, mais de 80% dos diagnósticos foram realizados nos estádios I ou II da doença. No Brasil, Estado de São Paulo e capital este percentual é inferior (65,1%, 68,0% e 67,6% respectivamente).
- E a proporção de casos diagnosticados nos estádios III e IV da doença é superior ao do perfil americano.
- O crescimento das taxas de mortalidade por CaP no Brasil pode estar relacionado à concentração de casos diagnosticados nos estádios mais avançados da doença, considerando que quanto menor o estadiamento, maior a sobrevida.

INFORMAÇÕES DOS REGISTROS

INFORMAÇÕES SOBRE ESTADIAMENTO DO CaP - REGISTRO HOSPITALAR DO CÂNCER (RHC)

Gráfico 26 – Percentual de casos de CaP (%) em que o estadiamento não foi informado no Registro Hospitalar do Câncer (RHC) – Brasil, 2003 a 2017



Fonte: RHC/INCA/MS/BR

- **Registro Hospitalar do Câncer - RHC:** Na série histórica de 15 anos não há melhoria na qualidade dos registros referentes ao estadiamento, mesmo com a Portaria 741 de 2005. Inclusive com piora nos percentuais de casos atendidos por CaP sem nenhuma informação (26% em 2003 para 32% em 2017).

OBS: o Registro Hospitalar de Câncer é alimentado por todos os hospitais de referência para atendimento oncológico (Portaria Nº 741, de 19 de dezembro de 2005). Há alguns desafios relacionados a esses registros que impactam na qualidade da análise gerada a partir deste banco de dados, como, por exemplo: a) Os hospitais têm até o mês de setembro para encaminhar os arquivos eletrônicos com os dados consolidados no ano anterior para o INCA, o que gera uma defasagem. b) A existência de duplicidade de informações, visto que o paciente atendido por mais de uma hospital terá mais do que um registro. c) Elevado percentual de variáveis não coletadas e registradas (campos sem informação), como especificamente o estadiamento. Avançar no aperfeiçoamento da informação de qualidade contribui para uma leitura mais acurada em relação aos estádios que o CaP é diagnosticado.

INFORMAÇÕES NO REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBP)

Tabela 7 - Casos notificados de CaP (nº), no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), até fevereiro de 2020 – Brasil 2015 a 2017

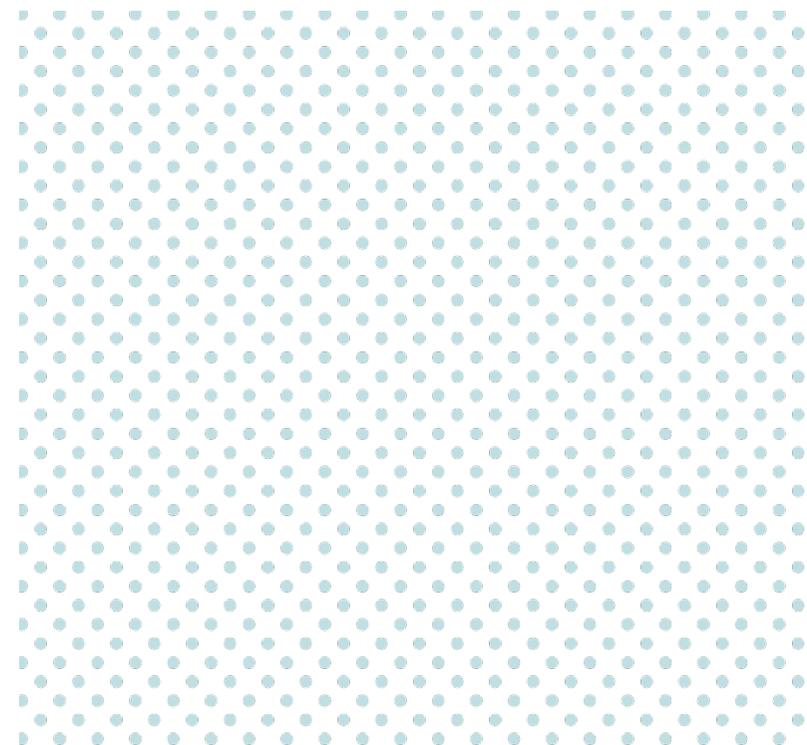
Ano	2015	2016	2017
Casos notificados	61.977	2.478	2.214

Tabela 8 - Casos notificados de CaP (nº), no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), segundo raça e extensão, até fevereiro de 2020 – Brasil 2015

SEXO	2015	
	Nº	%
Total	61.977	
CaP	6.404	10,3
Raça sem informação	3.792	59,2
EXTENSÃO	2015	
	Nº	%
In situ	7	0,1
Localizado	720	11,2
Metástase	142	2,2
Sem informação	2.070	32,3
Vazio	3.465	54,1
Total	6.404	100,0

Fonte: RCBP/INCA/MS

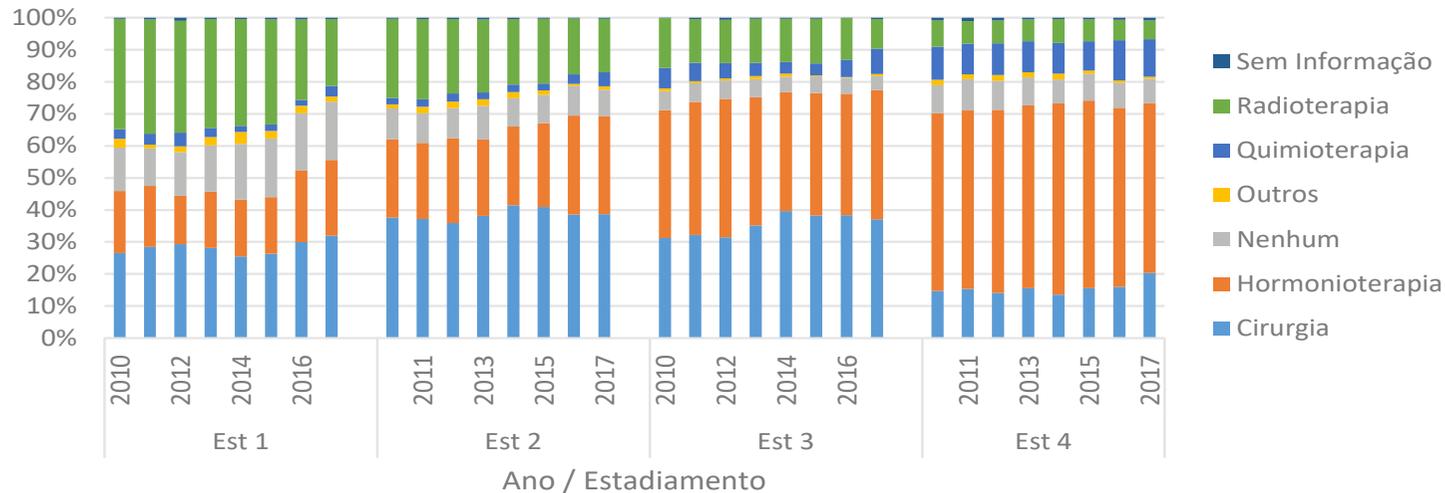
- **Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP:** Observa-se grande defasagem nos números de casos notificados em 2016 e 2017. Além disso, há problemas na qualidade da informação, uma vez que ao avaliar os dados de 2015, uma grande porcentagem está sem informação ou vazio.



TRATAMENTO

PRIMEIRO TRATAMENTO

Gráfico 27 – Distribuição do primeiro tratamento segundo o estadiamento – Brasil, 2010 a 2017



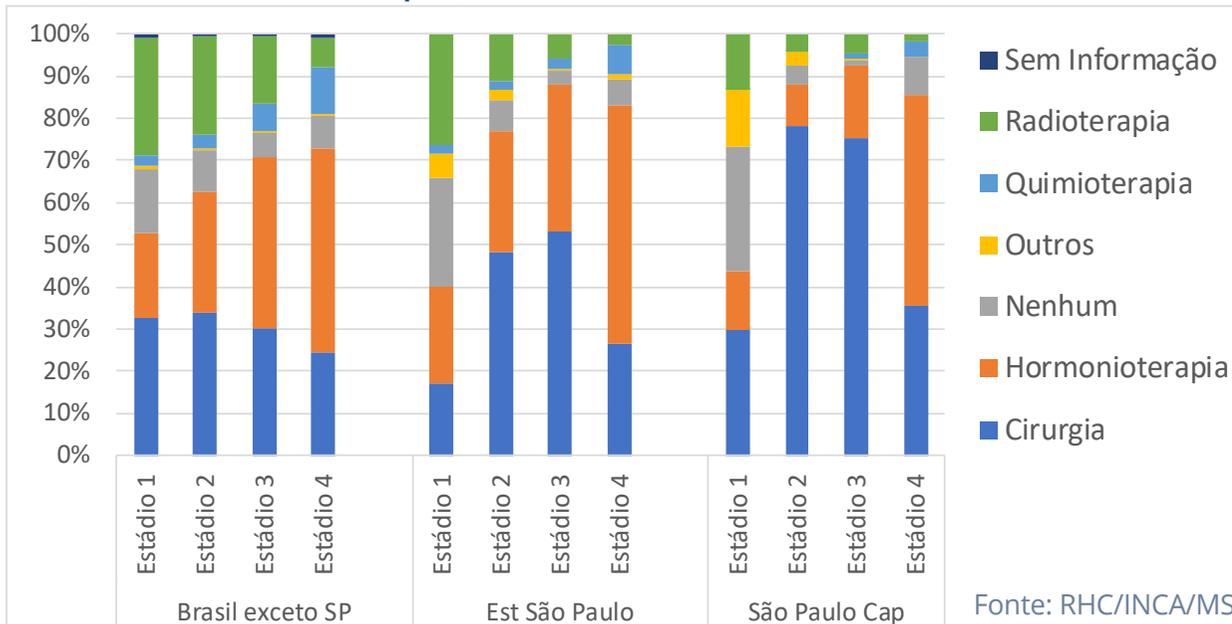
- Nos últimos anos, a distribuição do primeiro tratamento dispensado para o paciente com CaP, de acordo com o estadiamento da doença, apresenta um padrão com pequenas modificações.
- A radioterapia (isolada ou acompanhada de outras terapias) adquire maiores proporções no estadiamento I, reduzindo com o aumento do estadiamento. De forma inversa, a proporção de hormonioterapia (isolada ou em conjunto com outras terapias), aumenta com o aumento do estágio da doença, e passa a representar o principal tratamento nos casos com estadiamento IV.
- A opção “nenhum tratamento”, apesar de estar presente em todos os estágios da doença, adquire maior proporção do estadiamento I.
- A cirurgia é o principal tratamento no estadiamento II, apesar de estar presente em todos os estágios, inclusive no estadiamento I.
- Entre 2010 e 2017 chama a atenção a redução do uso da radioterapia, especialmente nos estágios I e II da doença.

PRIMEIRO TRATAMENTO

Na comparação entre o município e o estado de São Paulo e os conjunto dos demais estados com relação a distribuição do primeiro tratamento chama a atenção:

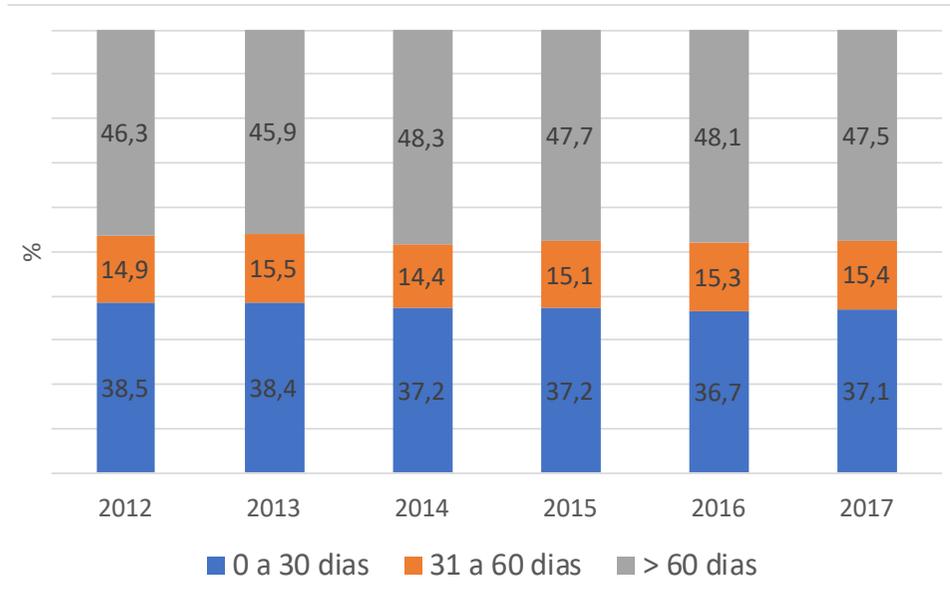
- A cirurgia (isolada ou acompanhada por outras terapias), é o tratamento de escolha nos estágios II e III no Estado de São Paulo e especialmente no município de São Paulo onde a cirurgia representou 70% dos primeiros tratamentos. Quando observamos os demais estados, este fato não se evidencia, especialmente no estadiamento III onde a hormonioterapia aparece em maior proporção.
- No Estádio 1, a proporção de “nenhum” tratamento adquire maior proporção em São Paulo (estado e capital) comparado aos demais estados.
- Observa-se uma grande diversidade de primeiro tratamento no Brasil, o que sugere a inexistência de uma padronização de condutas.

Gráfico 28 – Distribuição do primeiro tratamento segundo o estadiamento – Brasil excluindo São Paulo, Estado de São Paulo e Capital, 2015 a 2017



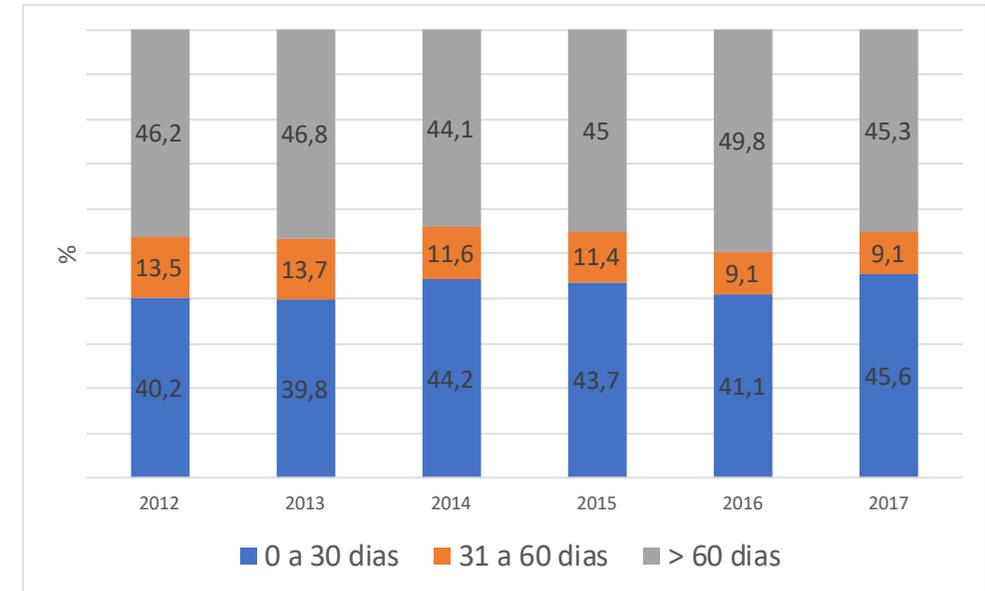
AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO TRATAMENTO

Gráfico 29 – Tempo entre o diagnóstico de CaP e o primeiro tratamento – Brasil, 2012 a 2017.



Fonte: RHC/INCA/MC

Gráfico 30 – Tempo entre o diagnóstico de CaP e o primeiro tratamento – Estado de São Paulo, 2012 a 2017.

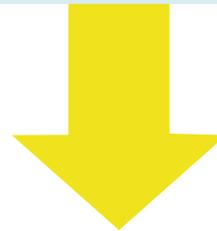


Fonte: RHC/INCA/MC

Obs.: Com relação a essa informação, o RHC disponibiliza os dados apenas do Brasil e dos Estados. Não é possível ter o dado do município de São Paulo.

AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO TRATAMENTO

A análise da série histórica a partir de 2012, ano de promulgação da Lei dos 60 dias, mostra que a referida lei não gerou nenhum impacto na redução do tempo entre o diagnóstico do câncer de próstata e o primeiro tratamento.

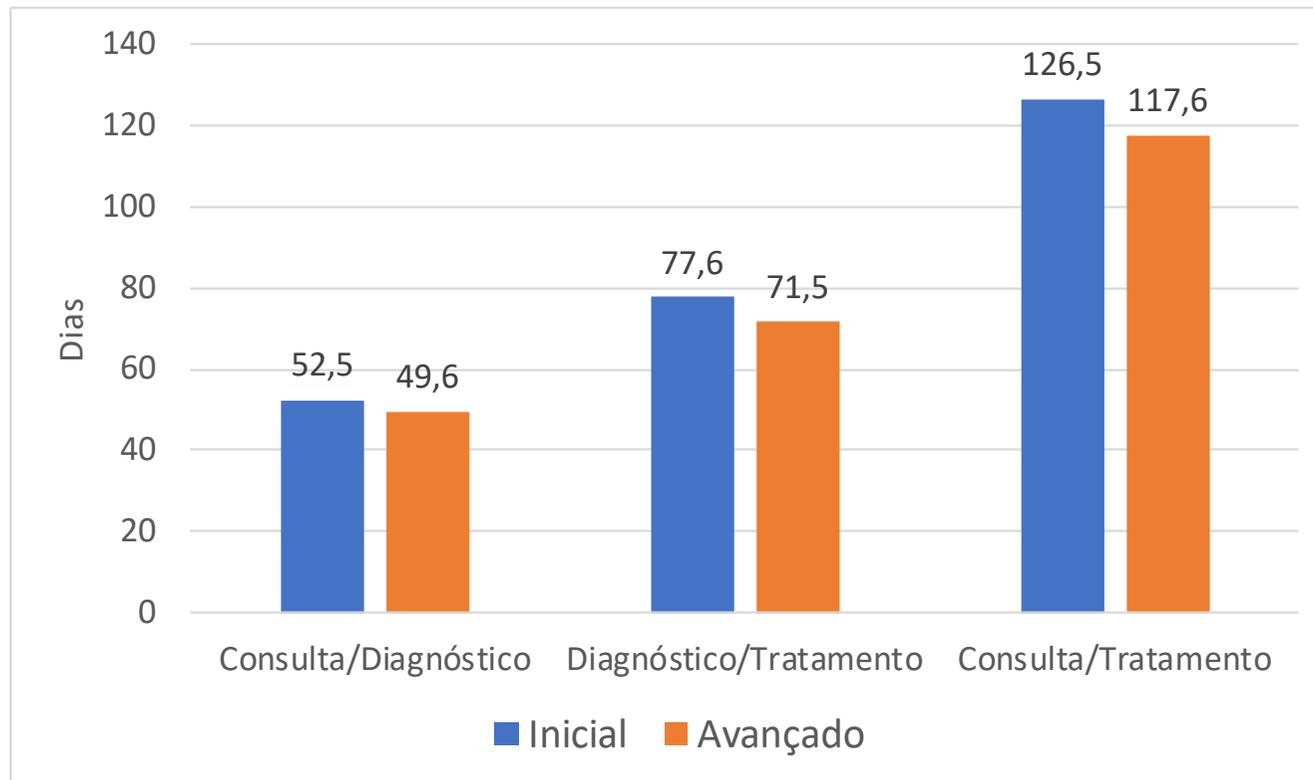


De acordo com a Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, “o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único”.



AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO TRATAMENTO

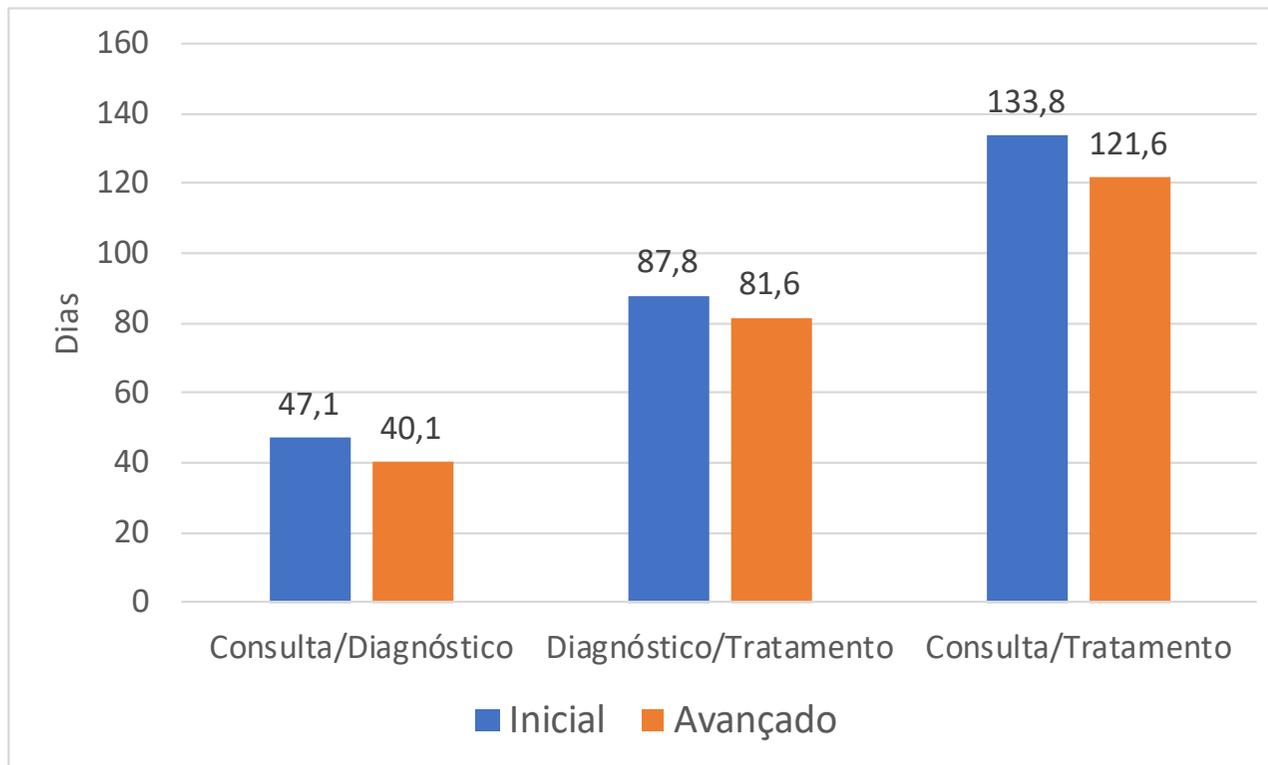
Gráfico 31 – Número médio de dias entre as etapas do tratamento – Brasil, 2016.



Fonte: RHC/INCA/MS

AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO TRATAMENTO

Gráfico 32 – Número médio de dias entre as etapas do tratamento – Estado de São Paulo, 2016.



Fonte: RHC/INCA/MS

- No Estado SP, a média de dias transcorridos entre a consulta e o diagnóstico de CaP, tanto na fase inicial da doença como no estágio mais avançado, é menor do que o número de dias Brasil.
- Por outro lado, o período entre o diagnóstico e o primeiro tratamento apresenta uma média de dias acima da do Brasil.

Obs.: Com relação a essa informação, o RHC disponibiliza os dados apenas do Brasil e dos Estados. Não é possível ter o dado do município de São Paulo.

	Brasil		Estado de São Paulo	
	Fase inicial da doença	Doença avançada	Fase inicial da doença	Doença avançada
Primeira consulta e diagnóstico	52,5	49,6	47,1	40,1
Diagnóstico e primeiro tratamento	77,6	71,5	87,8	81,6
Primeira consulta e primeiro tratamento	126,5	117,6	133,8	121,6

AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO TRATAMENTO

Tabela 9 - Percentual de casos segundo o tempo transcorrido – Brasil, 2016

	Fase Inicial			Fase Avançada		
	Cons/Diag	Diag/Tratam	Cons/Tratam	Cons/Diag	Diag/Tratam	Cons/Tratam
Até 60 dias	70,0	52,4	32,0	74,2	58,0	35,8
> 2 meses	29,9	47,8	67,9	25,8	42,1	64,4
> 3 meses	18,3	34,3	53,5	15,5	30,2	48,6
> 4 meses	11,8	24,4	41,6	10,4	21,2	37,2
> 5 meses	7,5	17,3	32,3	7,8	13,8	28,1
> 6 meses	4,9	11,6	25	5,2	8,9	21,4

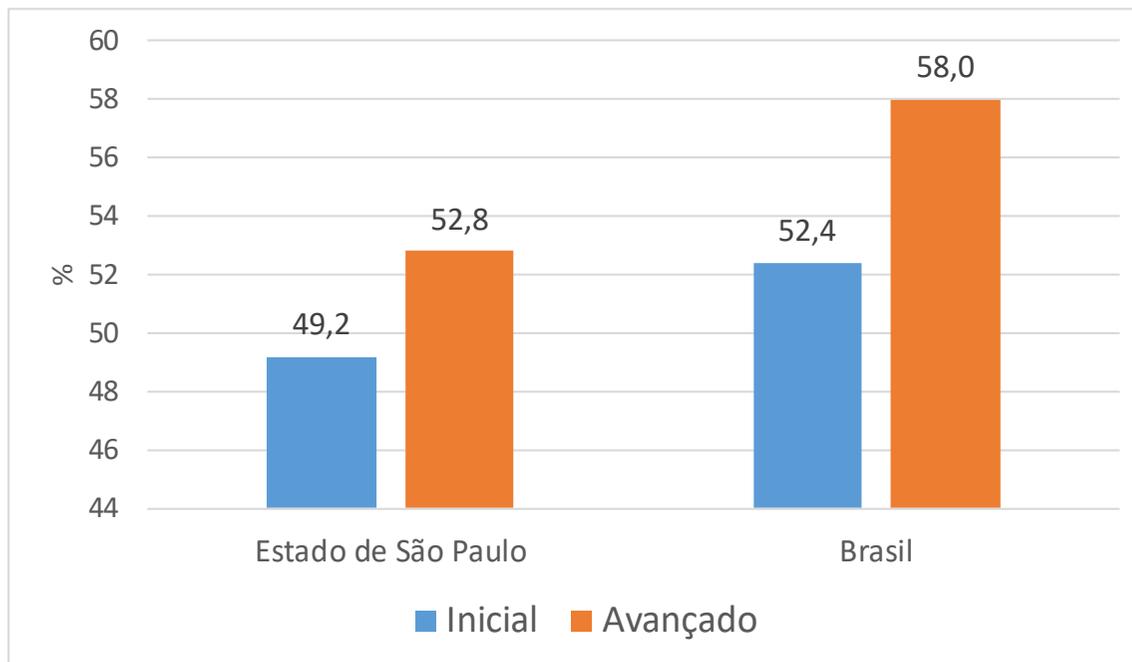
Fonte: RHC/INCA/MS

- Mesmo para os casos de maior gravidade, o início do tratamento não tem sido priorizado. Somente 52,4% dos pacientes com câncer em sua fase inicial e 58,0% com câncer avançado tiveram acesso ao tratamento até 60 dias do diagnóstico.

Obs.: Com relação a essa informação, o RHC disponibiliza os dados apenas do Brasil e dos Estados. Não é possível ter o dado do município de São Paulo.

AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE AS ETAPAS DO TRATAMENTO

Gráfico 33 – Percentual de casos com tratamento iniciado até 60 dias do diagnóstico – Brasil e Estado de São Paulo, 2016.



Fonte: RHC/INCA/MS

- No Estado de São Paulo a proporção de pacientes que iniciaram o tratamento dentro do prazo preconizado apresenta-se ainda menor do que a média nacional: somente 49,2% dos pacientes com CaP em sua fase inicial e 52,9% daqueles com o tumor já avançado tiveram acesso ao tratamento no tempo previsto pela lei

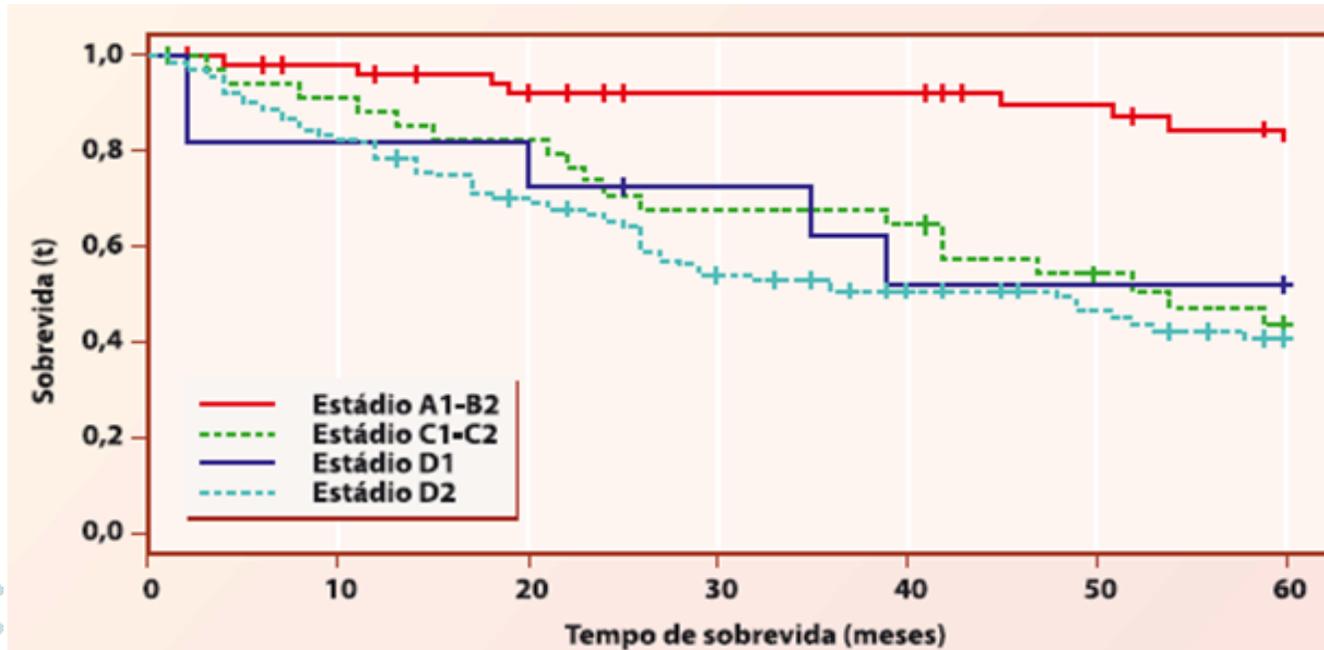
Obs.: Com relação a essa informação, o RHC disponibiliza os dados apenas do Brasil e dos Estados. Não é possível ter o dado do município de São Paulo.



SOBREVIDA

BRASIL E ESTADO SP

Figura 10 - Curva de sobrevida em 5 anos do CaP (%) segundo estadiamento - Rio de Janeiro, 1992-1996.



Fonte: Rebelo M, 2004, INCA

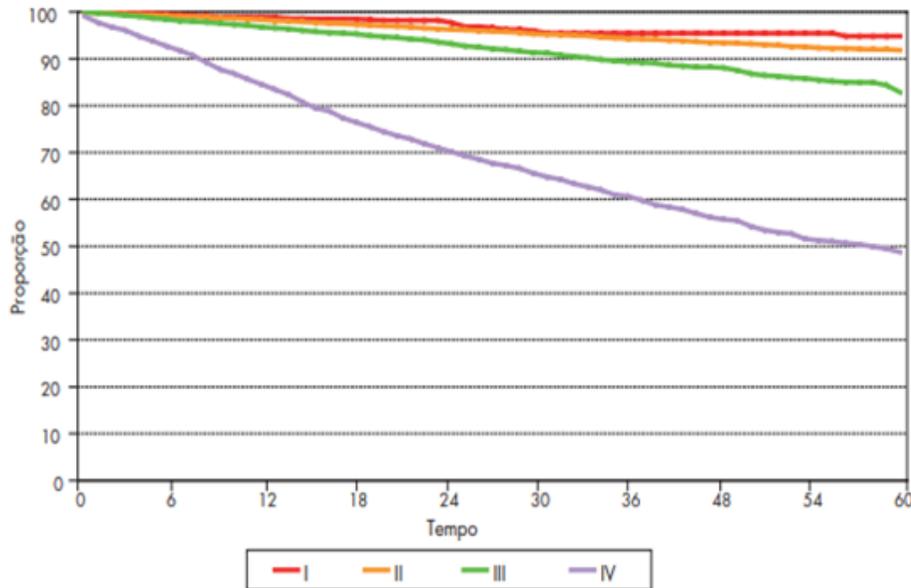
O Brasil carece de estudos que avaliem a sobrevida de pacientes com câncer de próstata de forma mais rotineira e continuada por longo período, como já acontece em alguns países. No entanto, há estudos pontuais que trazem algumas informações.

- **Brasil:** Em estudo realizado com pacientes atendidos no INCA do período de 1992-1996, a taxa de sobrevida geral, em cinco anos, foi de 90% no estágio I e II (estádio A1 a B2); 45% no estágio III (estádio C1 e C2); 50% no estágio IVA (estádio D1); 39% no estágio IVB (estádio D2).



BRASIL E ESTADO SP

Figura 11 – Curva de sobrevida em 5 anos do CaP (%) segundo estadiamento - Estado de SP, 2000-2005



Fonte: FOSP

- **Estado SP:** Verifica-se a maior sobrevida no estágio I da doença. Os estádios II e III mostram sobrevida progressivamente menor em relação ao estágio I e há acentuada diferença para o estágio IV. A sobrevida é maior nos grupos de 50 a 69 anos, e vai diminuindo à medida que a idade aumenta.
 - **Município SP:** Não foram encontrados estudos.
- Os estudos nacionais trazem valores diferentes do estudo americano, que revela a taxa de sobrevida em 5 anos de 100% para os diagnósticos no estágio I, II, III (Gráfico 9).**

FATORES DE RISCO

DEFINIÇÃO POR INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS E NACIONAIS

Quadro 5 - Fatores de risco para o CaP listados por Instituições Internacionais e Nacionais

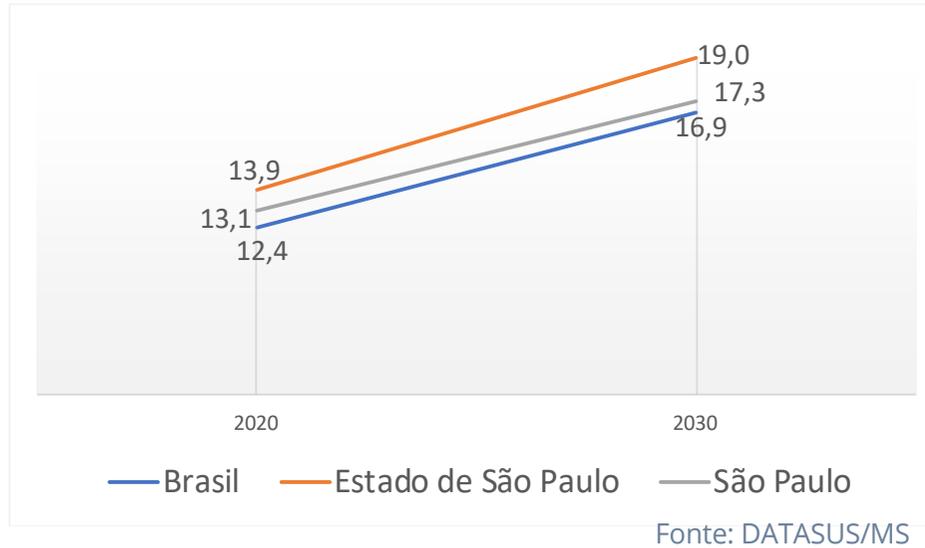
Fatores de Risco	CDC (EUA)	ACS (EUA)	NCI (EUA)	PCF (EUA)	NHS (Reino Unido)	INCA (BRA)	SES SP (BRA)	SMS SP (BRA)	SBU (BRA)
Idade	X	X	X	X	X	X (>50 anos)	X (>50 anos)	X	X
Histórico familiar	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Raça negra	X	X	X	X	X				X
Geografia		X							
Alterações genéticas		X		X		X			
Excesso de gordura corporal		(em estudo)		X	X	X	X	X	X
Exposição a alguns produtos*		(em estudo)				X			
Sedentarismo				X				X	
Consumo de álcool								X	
Tabagismo		(em estudo)				X		X	
Alimentação**		(em estudo)		X	X			X	
Desequilíbrio hormonal		X	X						

*Aminas aromáticas, arsênio, produtos de petróleo, motor de escape de veículo, HPA, fuligem e dioxinas
 **Pobre em frutas, verduras, legumes e cereais integrais

- Entre os fatores de risco listados no Brasil (INCA, SES-SP e SMS-SP) não consta a raça negra, fator extremamente valorizado nos estudos internacionais.
- A SBU – Sociedade Brasileira de Urologia alerta que a raça negra é um dos mais importantes fatores de risco.
- No Brasil, não existe um padrão adotado por todas as instâncias da federação, principalmente com relação aos três fatores de risco apresentado como principais entre as instituições internacionais. **Este fato fragiliza a priorização de ações de enfrentamento do problema.**

IDADE E RAÇA/COR

Gráfico 34 - Proporção de idosos na população - Brasil, Estado SP e Capital, 2020 e 2030

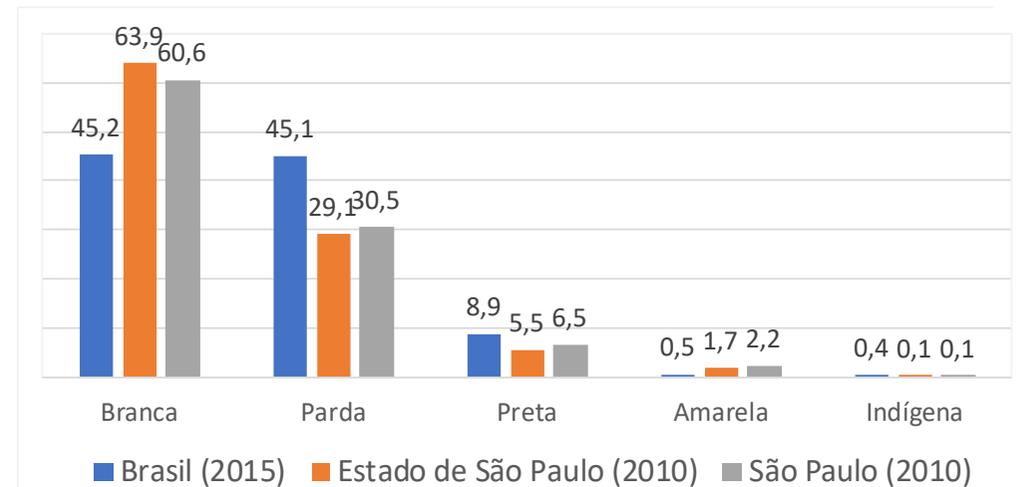


Idosos:

Atualmente, 12,4% da população masculina brasileira, 13,9% do Estado de São Paulo e 13,1% da capital é composta por idosos de 60 anos ou mais.

A população brasileira está envelhecendo. Até 2030, a população de homens idosos deve crescer cerca de 43% e passará a representar 16,9% da população masculina brasileira, 19% do Estado de São Paulo e 17,3% da capital. Prevê-se, desta forma, o aumento considerável da população de risco para CaP.

Gráfico 35 - Distribuição (%) da população, segundo a raça/cor - Brasil e Estado de São Paulo e Capital, 2015 e 2010



Raça/cor:

Apesar da raça/cor não ser considerado um fator de risco no país, estudos internacionais tem enfatizado o maior risco da raça negra. (Gráfico 10)

Mais da metade da população brasileira (53,92%) se autodeclara da raça parda ou preta. No Estado de São Paulo e na capital, apesar de menor proporção, é grande o peso desta raça/cor na população (34,6% e 37,0% respectivamente).

SOBREPESO/ OBESIDADE

Quadro 6 - Tendência dos fatores de risco listados para o CaP – Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2018.

	Brasil	Estado de São Paulo	Município São Paulo
Sobrepeso	Aumento	Dado não disponível	Aumento
Obesidade	Aumento	Dado não disponível	Aumento
Atividade física	Aumento	Dado não disponível	Aumento

Fonte: VIGITEL

Quadro 7 - Prevalência dos fatores de risco entre homem de 18 anos e mais – Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2018

	Brasil	Estado de São Paulo	Município São Paulo
Sobrepeso	57,80%	Dado não disponível	58,00%
Obesidade	18,70%	Dado não disponível	18,00%
Atividade física	45,40%	Dado não disponível	36,00%

Fonte: VIGITEL

- No município de São Paulo, 58% dos homens adultos encontram-se com sobrepeso e 18% são obesos (2018).
- O aumento da prevalência e da obesidade entre adultos de 18 anos e mais é uma realidade em todas as capitais do Brasil. Tendência que remete ao aumento da população de risco para o câncer de próstata.
- Apesar da tendência de aumento da prevalência de ativos fisicamente na população masculina do município de São Paulo, a capital detém o menor indicador entre as capitais brasileiras.
- Não estão disponíveis os dados do Estado de SP, porém, foi possível identificar que, conforme dados de 2009, 52% da população idosa estava com sobrepeso.

Obs.: O VIGITEL compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do MS, monitora a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT (diabetes, obesidade, câncer, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares como hipertensão arterial), em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e DF.

UM OLHAR BRASIL

POLÍTICAS PÚBLICAS

Visando alcançar um olhar nacional além do perfil epidemiológico, serão apresentadas as políticas públicas existentes para o Câncer de Próstata e para a oncologia em geral e as políticas relacionadas direcionadas para o ciclo de vida e para temáticas específicas. Abaixo uma relação dos principais documentos levantados e que serão apresentados nos slides a seguir nesta mesma lógica.

DOCUMENTOS DE INTERESSE ANALISADOS		
2001	Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata - Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001	
2002	Consenso sobre o Programa Nacional Controle CaP	
2013	Nota técnica do INCA/MS sobre o Rastreamento do Câncer de Próstata	
2015	Nota técnica do INCA/MS sobre o Novembro Azul	
2016	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata - Portaria nº 498, de 11 de maio de 2016	Câncer de Próstata
2017	Boletim Informativo INCA - Monitoramento das ações de Controle do Câncer de Próstata	
2019	Instrumento de Apoio à decisão no rastreamento do CaP do INCA	
2019	Cerimônia INCA - Dia Nacional de Combate ao Câncer com foco no CaP	
2019	Campanha 2019 INCA/MS	
2005	Rede de Atenção Oncológica - Portaria nº 741, de 19 de Dezembro de 2005	
2012	Lei dos 60 dias - Lei nº 12.732 de 22 nov de 2012 regulamentada pela Portaria nº 876, de 16 de maio 2013	
2013	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNTs no âmbito do SUS - Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013	
2014	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNTs no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado - Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014	Câncer
2017	Avaliação da CGU da PNPCC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNTs no âmbito do SUS	
2018	Notificação Compulsória do câncer- Lei nº 13.685, de 25 de Junho de 2018	
2019	Lei dos 30 dias - Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019	
2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006	Ciclo de Vida
2009	Política Nacional da Saúde do Homem (PNAISH) - Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009	
2009	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009	Temática
2011	Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNTs no Brasil 2011-2022	

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CaP - PNCCaP

[2001] Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata

Lei nº 10.289 de 20 de setembro de 2001.

- MS passa a assumir os encargos da promoção e coordenação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (Art. 3o).
- O MS promoverá o consenso entre especialistas nas áreas de planejamento em saúde, gestão em saúde, avaliação em saúde, epidemiologia, urologia, oncologia clínica, radioterapia e cuidados paliativos sobre as formas de prevenção, diagnóstico e tratamento do CaP, em todos os seus estágios evolutivos, para subsidiar a implementação do Programa.
- **Objetivo:** reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil por meio de ações contínuas que levem à conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer, promovam a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e propiciem o acesso a um tratamento equitativo e de qualidade em todo território nacional.
- O PNCCaP deverá incluir as seguintes atividades:
 - » campanha institucional nos meios de comunicação, com mensagens sobre o que é o CaP e suas formas de prevenção;
 - » parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, colocando-se à disposição da população masculina, **acima de quarenta anos**, exames para a prevenção ao CaP.
 - » sensibilizar os profissionais de saúde, capacitando-os e reciclando-os quanto a novos avanços nos campos da prevenção e da detecção precoce do câncer de próstata. (Incluído pela Lei nº 13.045, de 2014)
- As unidades integrantes do Sistema Único de Saúde são obrigadas a realizar exames para a detecção precoce do câncer de próstata sempre que, **a critério médico**, tal procedimento for considerado necessário. (Incluído pela Lei nº 13.045, de 2014) (Art 5º).



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CaP - PNCCaP

[2002] MS realiza o Consenso sobre o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata

Objetivo: Promover um consenso entre os especialistas nas diversas áreas relacionadas ao CaP sobre as formas de prevenção, diagnóstico e tratamento desta neoplasia, em todos os seus estágios evolutivos, para subsidiar a implementação do Programa

Participantes: Sociedade Brasileira de Urologia, Sociedade Brasileira de Radioterapia, Escola de Saúde Pública da Universidade John Hopkins, DECIT/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e INCA/MS.

GRUPOS DE TRABALHO

1) Prevenção e detecção precoce

- Não indica o **rastreamento populacional** por ausência de evidência.
- Indica o **rastreamento oportunístico** (sensibilização de homens entre 50 e 70 anos que procuram os serviços de saúde, informando-os sobre as limitações, os benefícios e os riscos da detecção precoce).
- Indica sensibilizar para a adoção de hábitos saudáveis de vida.

2) Diagnóstico e o tratamento

- **Diagnóstico:** Anátomo-patológico deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason. Indicação de exames de Toque prostático e PSA, e Ultra-som transretal (orientar a biópsia e avaliar a extensão local da doença).
- **Tratamento:** Levar em conta idade, estadiamento, grau histológico, tamanho da próstata, comorbidades, expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis. Carcinoma localizado: cirurgia radical, a radioterapia e a observação vigilante;- Localmente Avançado: combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia E Doença Metastática: baseado na supressão androgênica.

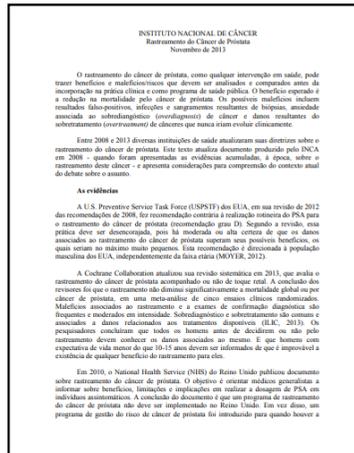
3) Cuidado paliativo

- Recomendações de medidas de controle de sintomas para diferentes situações (Síndrome de compressão medular; Caquexia; Uropatia obstrutiva; Obstrução da saída vesical e retenção urinária; Sangramento vesical por infiltração tumoral; Distúrbios metabólicos / hidroeletrólíticos; Delírio).





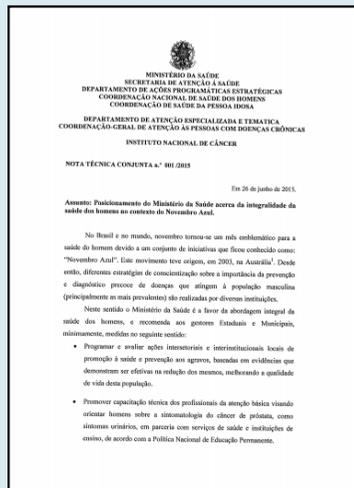
POSICIONAMENTOS INCA/MS (2013-2015-2019)



[2013] Nota técnica do INCA/MS sobre o Rastreamento do CaP

Trazem evidências científicas de que o **rastreamento do CaP produz mais dano do que benefício**.

INCA mantém a recomendação de que **NÃO se organizem programas de rastreamento para o CaP** e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática.



[2015] Nota técnica do INCA/MS sobre o Novembro Azul

Novembro Azul deve ter abordagem integral no cuidado da saúde dos homens e ações o ano todo.

Recomenda os Estados e Municípios a terem: **ações com foco em prevenção, promoção e atenção à saúde do homem; implementarem as políticas de saúde do homem e da pessoa idosa; focar nas informações de sinais e sintomas do CaP (desde capacitação de profissionais de saúde à orientação dos homens).**

Homens precisam ser informados sobre os riscos e benefícios do rastreamento.

Reforça: MS NÃO recomenda programas de rastreamento do CaP e destaca malefícios.



POSICIONAMENTOS INCA/MS (2013-2015-2019)



[2019] Campanha 2019

Portal internet : Câncer de próstata; causa, sintomas, tratamento e prevenção.

Cartilha: Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?



[2019] Instrumento de Apoio à decisão no rastreamento do CaP (INCA)

Havia reclamação de médicos sobre a falta de material para informar seus pacientes sobre benefícios e riscos dos exames para detecção do CaP.

Ferramenta de apoio a fim de **auxiliar médico e paciente na tomada de decisão para realização dos exames.**

Sintetiza em duas páginas os **prós e os contras da realização dos exames.**



[2019] Cerimônia Dia Nacional de Combate ao Câncer foco CaP

Apresentação de estudos relacionados ao cuidado com o excesso de diagnóstico e sobretratamento do CaP.

Diretora-geral/INCA:

- Homens continuam a morrer mais precocemente que as mulheres.
- Trabalho do INCA está alinhado à PNAISH.
- Saúde do Homem não deve se limitar ao CaP.

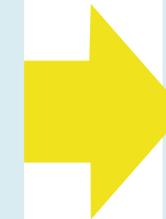
DDT CÂNCER DE PRÓSTATA

[2016] Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata

Aprovada pela Portaria nº 498, de 11 de Maio de 2016. As Diretrizes contêm o conceito geral do adenocarcinoma de próstata, critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. São de caráter nacional e devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Questões ressaltadas pela DDT

- **Incidência do CaP encontra-se em forte elevação** devido ao efeito combinado: envelhecimento da população, melhoria das técnicas diagnósticas e difusão do exame PSA.
- **Mortalidade apresenta um perfil ascendente.** Mas é considerado um câncer de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente.
- Há **três fatores de risco** bem definidos para o câncer de próstata: IDADE, HISTÓRIA FAMILIAR E TIPO INDIVIDUAL NEGRO. Outros fatores também são considerados, mas todos de menor relevância.
- **Programas de controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade.** Porém, os métodos atuais não demonstraram benefício consistente.
- **Identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce e o encaminhamento ágil e adequado** dão à AB um caráter essencial para um melhor prognóstico.
- **Não se recomenda o rastreamento populacional.** A recomendação é de que a **decisão seja individualizada e compartilhada com o homem**, considerando os benefícios e as consequências de um diagnóstico precoce e as opções de tratamento.



É o único documento do Ministério da Saúde que dá ênfase à RAÇA NEGRA como um fator de risco para o desenvolvimento do CaP.

O próprio documento traz que as diretrizes da Associação de Urologia Americana recomenda que pacientes com história familiar de câncer de próstata e da raça negra devem começar a avaliação para rastreamento a partir dos 40 anos.

DDT não pontua faixa etária.

DDT CÂNCER DE PRÓSTATA - RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

[2016] Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata

A seguir, as opções de recomendações terapêuticas apresentadas pela DDT.

CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Com o uso do PSA na busca de câncer de próstata em indivíduos de risco, ocorreu um aumento do diagnóstico de pacientes com doença localizada e de baixo risco, que representam quase a metade dos pacientes diagnosticados com câncer de próstata. As opções terapêuticas variam conforme a agressividade do tumor e as características do paciente:

a) apenas observação;

b) vigilância ativa; e

c) condutas invasivas (Prostatectomia radical, podendo ser por via retropúbica, perineal ou laparoscópica, assistida ou não por robô; E radioterapia, incluindo diversos tipos - externa e interna -, técnicas e formas de aplicação).

CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANÇADO (T3)

- Não têm indicação de observação ou vigilância ativa, estando sempre indicada alguma modalidade terapêutica.
- Geralmente necessitarão de mais de uma modalidade de tratamento, e a associação terapêutica poderá ser empregada de maneira simultânea ou sequencial, conforme a progressão da doença.
- A prostatectomia radical nesses casos pode ser empregada.
- Nos casos de pacientes submetidos a prostatectomia radical com tumor pT3 devido ao acometimento de margem cirúrgica ou invasão extracapsular ou de vesícula seminal, ou no caso de tumores com escore de Gleason alto, PSA pré-operatório alto e PSA mensurável pós-prostatectomia radical, deve-se considerar o emprego de radioterapia adjuvante (RTA) pós-operatória.
- Já o uso de hormonioterapia neoadjuvante (prévia) nos casos que serão submetidos a prostatectomia radical e com tumores localizados ou localmente avançados, ao contrário dos casos submetidos a radioterapia, não apresenta melhora na sobrevida desses pacientes, a despeito de os resultados patológicos serem significativamente melhores (redução de margens acometidas, doença confinada à próstata e menor invasão linfonodal) do que nos casos em que a hormonioterapia não foi administrada.



DDT CÂNCER DE PRÓSTATA - RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

CÂNCER DE PRÓSTATA AVANÇADO (METASTÁTICO OU RECIDIVADO)

- Não têm indicação de observação ou vigilância ativa, estando sempre indicada alguma modalidade terapêutica.
- O tratamento das neoplasias prostáticas avançadas baseia-se na manipulação hormonal (hormonioterapia), com o bloqueio da testosterona a níveis de castração (abaixo de 50 ng/mL ou 1,7 nmol/L de testosterona sérica). Esse bloqueio pode ser obtido cirurgicamente (orquiectomia bilateral) ou com medicamentos hormonioterápicos (agonistas do LHRH, antiandrogênios, estrógenos) e é dito máximo ou completo quando se associa à castração (cirúrgica ou medicamentosa) com um antiandrogênio.
- Porém, a hormonioterapia também pode ser feita separadamente, com o acréscimo de diferentes classes de medicamentos à medida que ocorre a progressão do tumor. Por conta dos significativos eventos adversos e longo tempo de hormonioterapia, tem-se cogitado a possibilidade do bloqueio hormonal intermitente como alternativa ao bloqueio contínuo.
- O melhor momento de se iniciar a terapia hormonal é um dos principais pontos de discussão, e vários ensaios clínicos já avaliaram se há benefício no início precoce da hormonioterapia, ou se esse tratamento deve ser postergado até o paciente começar a apresentar sintomas relacionados à progressão da doença, devido aos efeitos adversos dos hormonioterápicos.



DDT CÂNCER DE PRÓSTATA - RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS

CÂNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA

- Caracterizada por: a) progressão bioquímica em três medidas consecutivas do PSA em paciente com níveis de testosterona de castração (abaixo de 50 ng/mL ou 1,7 nmol/L), com um PSA acima de 2 ng/mL, ou b) progressão radiológica da doença num paciente com níveis de testosterona de castração, progressão essa definida pelo aparecimento de duas ou mais lesões ósseas na cintilografia ou aumento de lesões de tecidos moles usando-se o método Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) de avaliação.
- Esse método assim define os tipos de resposta terapêutica: a) resposta completa – desaparecimento completo das lesões tumorais; b) resposta parcial – 30% ou mais de redução na soma dos maiores diâmetros das lesões tumorais; c) doença estável – sem alteração que classifique resposta ou progressão de doença; progressão de doença – 20% ou mais de aumento na soma dos maiores diâmetros das lesões tumorais.
- Embora não existam evidências suportando essa conduta (estudos são retrospectivos e com resultados contraditórios), doentes com CaP progressivo, a despeito da hormonioterapia, e com testosterona em níveis de castração precisam continuar a hormonioterapia, pois os benefícios observados com a inibição dos receptores androgênicos sinalizam que permitir que os níveis de testosterona voltem a aumentar afeta os resultados do tratamento.
- Quimioterapia.

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA - INCA

[2017] Boletim Informativo de Detecção Precoce do INCA

Em 2017, o INCA publicou um documento de Monitoramento das ações de Controle do Câncer de Próstata. Principais pontos de atenção relacionados ao diagnóstico precoce do câncer de próstata:

Atenção primária

Como o rastreamento não é indicado, a Atenção Primária deve ter papel no controle do CaP no que se refere a:

- Incentivo a estilos de vida saudáveis.
- Esclarecimento à população e atenção aos sinais de alerta.
- Encaminhamento oportuno.

Após a avaliação inicial, os homens com suspeita de CaP devem ser encaminhados para ambulatorios de média complexidade, onde o médico urologista faz a investigação diagnóstica.



Atenção especializada: Média complexidade

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.

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA - INCA

Tabela 10 - Conjunto de procedimentos (exames, consultas), número, taxas e percentuais (déficit/excesso) vinculados a investigação do Ca de Próstata realizados no SUS, segundo UF de atendimento, Brasil, 2016

ITENS DE ANÁLISE	BRASIL	SUDESTE	SP	
População Masculina	101.726.102	42.513.040	22.035.880	
Nº de exames PSA registrados no SUS	4.851.967	2.660.183	1.532.764	
Razão de exames/mil homens	47,7	62,6	69,6	
Nº de serviços de saúde que registraram consulta com urologista	1.978	984	502	
Nº de serviços de saúde que registraram Biopsia	378	178	104	
Nº de serviços de saúde que registraram exame anatomopatológico	93	49	37	
Consulta com urologista	Previstas	7.212.850	3.022.493	1.566.239
	Realizadas	3.152.098	1.823.408	1.275.219
	Déficit/Excesso	-56	-58	-19
Biópsia de próstata	Previstas	618.244	259.071	134.249
	Realizadas	46.642	21.940	14.941
	Déficit/Excesso	-93	-92	-89
Exame anatomopatológico	Previstas	618.244	259.071	134.249
	Realizadas	28.637	21.790	20.227
	Déficit/Excesso	-95	-92	-85

Fonte: DATASUS. SIA/SUS3. Acesso em setembro de 2017. DATASUS. Tabnet. Informações Demográficas e Socioeconômicas. População residente. Notas: (1) 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) e (2) *Diferença percentual em relação ao parâmetro estabelecido para o procedimento pela Portaria nº 1.631, de 2015

Boletim Informativo de Detecção Precoce do INCA (2017), apresenta um panorama da produção dos procedimentos referentes à detecção precoce e ao tratamento do câncer de próstata realizados no SUS.

Considera os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº1.631 para urologia.

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

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 toda população (usuários do SUS e planos privados), e os dados de produção apresentados são apenas dos procedimentos realizados no SUS.



MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA - INCA

- Junto à tabela anterior, o relatório traz que a **Região Sudeste apresentou o maior volume de procedimentos, sendo a maior proporção realizada no Estado de São Paulo.**
- Todos os Estados apresentaram **déficit significativo 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.
- A cidade de São Paulo, mesmo apresentando déficit, apresenta taxas de realização de consulta, biópsia e anatomopatológico relativamente um pouco melhores que o Brasil, tal fato pode auxiliar em resultados um pouco melhores que a média nacional. Conforme visto que a mortalidade por CaP no município de São Paulo apresenta um crescimento um pouco menor que o Brasil (Gráficos 14).

REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

[2005] Rede de Atenção Oncológica

Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005 - define a Rede de Atenção Oncológica.

Determina três graus de assistência:

- Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)
- Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)
- Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia

ANEXO I NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES E CENTROS DE ASSISTÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Art. 5º Estabelece que as unidades de assistência devem implantar o Registro Hospitalar de Câncer, informatizado.



Porém, como já observado (gráfico 26) há desafios relacionados aos registros realizados no RHC que impactam as análises do CaP que poderiam subsidiar o desenvolvimento de melhorias nas Políticas Públicas.

LEI DOS 60 DIAS

[2012] Lei dos 60 dias

Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 regulamentada pela Portaria nº 876, de 16 de maio 2013 e que também passou por posterior alteração pela Portaria 1.220, de 03 de junho de 2014. Estabelece que o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário.

Em boletim do INCA foi apresentado um estudo realizado em 2009/2010 com dados que antecederam a Lei dos 60 dias e que utilizou como fonte os casos de CaP cadastrados no RHC. Os dados de SP foram obtidos pelo sistema da Fundação Oncocentro de SP, que consolida essas informações do Estado. Em razão das diferenças observadas entre os intervalos de tempo dos casos que chegaram aos CACONS/UNACONS com ou sem diagnóstico de CaP, optou-se por analisar de forma separada.

Pacientes com <u>CaP</u> que chegaram ao <u>Cacon/Unacon</u> :	SEM DIAGNÓSTICO	COM DIAGNÓSTICO
UNIDADES DA FEDERAÇÃO (UF)	Mais da metade iniciaram o tratamento em até 60 dias, em todas as UF	No geral, menos de 50% dos tratamentos foram iniciados em até 60 dias
	A variação de casos tratados em até 60 dias foi de 26% (RN) e 97% (MS)	Menos de 20% dos tratamentos foram iniciados em até 60 dias, e cinco estados (RJ, MA, ES, PR e SC)
	Especificamente menos de 50% casos no AP, RN, PE, BA e RJ.	
ESTADO SP	variação entre 50 a 75%	variação entre 1 a 25%

Fonte: Boletim ano 5, n. 2 maio/agosto 2014, INCA

LEI DOS 60 DIAS

Resultados apresentados pelo Boletim INCA:

- Há grande diferença entre o tempo de início do tratamento em pacientes que chegaram com ou sem diagnóstico anterior à entrada nos Cacon/Unacon em quase todas as UF.
- Em geral, a proporção de casos **que iniciam o tratamento em até 60 dias é maior entre os que chegam aos Cacon/Unacon ainda sem diagnóstico.**
- Essa situação levanta o questionamento sobre **possíveis problemas que tanto podem estar no fluxo de referência da regulação ou dentro das próprias unidades de tratamento.** Uma das hipóteses para o intervalo de tempo ser maior entre os pacientes que tiveram a confirmação diagnóstica fora dos Cacon/Unacon, seria um longo tempo de espera até serem encaminhados para uma primeira consulta nessas unidades.

Observações sobre o estudo:

Realizar o tratamento até no máximo 60 dias após o diagnóstico ainda representa um grande desafio no Brasil e no Estado SP (gráficos 29 e 30).

É possível identificar uma ligeira melhoria no Estado SP: em 2017, 45% dos casos iniciaram o tratamento após 60 dias e, há cerca de 8 anos atrás, entre 50 a 75%.



LEI DOS 30 DIAS

[2019] Lei dos 30 dias

Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.

- A Lei 13.896, de 30 de outubro 2019, estabelece que “nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.”
- A lei incluiu um parágrafo na já existente Lei nº 12.732/2012 - Lei dos 60 Dias -, que estabelece prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento pelo SUS. Com a nova lei, o período entre a suspeita de câncer, confirmação do diagnóstico e início do tratamento pelo SUS, não pode ultrapassar 90 dias.
- A partir da sua publicação no Diário Oficial da União, a lei ficaria prevista para entrar em vigor em até 180 dias, ou seja, a partir do dia 28 de abril de 2020. Porém, até esse prazo estipulado, não havia sido publicado regulamentação da lei que define o seu funcionamento na prática. Em questionamento via Lei de Acesso a Informação, o Instituto Oncoguia recebeu um retorno de que a Coordenação-Geral de Atenção Especializada informa que o entendimento das áreas técnica e jurídica do Ministério da Saúde é o de que a Lei dos 30 dias já se encontra regulamentada por uma série de atos normativos expedidos pelo Ministério, como a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC (Portaria de Consolidação nº 2, de 3 de outubro de 2017, Anexo IX).



POLÍTICA NACIONAL PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NA RAS - DCNTS

[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)

Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013

Para essa Política foram considerados: (1) a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública; (2) necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade causadas por câncer, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer; (3) necessidade de reordenamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, em consonância com as ações preconizadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III que se refere ao cuidado integral das DCNT; (4) Considerando a necessidade de qualificar a gestão pública, através da implementação do controle, da regulação e da avaliação das ações e serviços para a prevenção e controle do câncer

Objetivo: a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Princípios e Diretrizes: promoção da saúde; prevenção do câncer; vigilância, ao monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e a tecnologia; educação e a comunicação em saúde.

Princípios gerais: reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE).

RAS - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

[2014] Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado
Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014

ART. 3º SÃO PRINCÍPIOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS:

- I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;
- II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;
- III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;
- IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;
- V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;
- IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;

[...] Continua na próxima página



RAS - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

[...] *Continuação*

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.¹³

DAS LINHAS DE CUIDADO

Art. 23. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude.

Art. 24. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão:

I - expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica; e

II - definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata.

RAS - DEFINIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA O CÂNCER

Quadro 9 - Linha de Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde para o Câncer

NÍVEIS DE ATENÇÃO	AÇÕES EM SAÚDE	AÇÕES E PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS
ATENÇÃO BÁSICA	Promoção	Estímulo a alimentação adequada
		Estímulo a atividade física
	Prevenção	Tratamento do tabagismo
		Tratamento da obesidade
	Rastreamento	Rastreamento do Câncer de Mama
		Rastreamento do Câncer do Colo Uterino
	Diagnóstico precoce	Diagnóstico precoce presuntivo dos cânceres de Pele, Cólon e reto, Cavidade Oral, Próstata e Estômago, por meio de história clínica e exame físico complementados por exames/procedimentos
	Suporte	Manutenção do cuidado integral multiprofissional de outros agravos pré-existentes de saúde, durante o tratamento oncológico no CACON
	Cuidados Paliativos	Consultas individuais e com cuidadores. Visitas domiciliares.
		Procedimentos de baixa complexidade
Dispensação de medicamentos não-excepcionais para o controle da dor.		
MÉDIA COMPLEXIDADE	Diagnóstico histológico	Diagnóstico histológico por meio de procedimento específico.
	Tratamento do câncer	Retirada Cirúrgica da lesão precursora do câncer de colo do útero
	Cuidados Paliativos	Controle de intercorrências
ALTA COMPLEXIDADE	Tratamento	Cirurgia de oncologia/quimioterapia/radioterapia
	Cuidados Paliativos	Radioterapia anti-algica e anti-hemorrágica
		Dispensação de medicamentos excepcionais para o controle da dor.

Fonte: Linhas de Cuidado nas Redes de Atenção a Saúde, Dr. Luis Fernando Pracchia.

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PELA CGU

[2017] Avaliação da 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) pela CGU.

Em 2017, a CGU – Controladoria Geral da União publicou um Relatório de Avaliação referente à atuação do MS como gestor central da Política.



Os resultados dessa auditoria indicam que o MS não possui uma estrutura de governança suficiente para monitorar com objetividade. A sua atuação em questões operacionais prejudica o monitoramento da Política.

Nesse sentido, verificou-se que a **atuação do MS não tem sido suficiente para expandir a oferta de tratamentos oncológicos para regiões onde não há hospitais que prestem esse tipo de atendimento** (vazios assistenciais).

Verificou-se, também, que **as estratégias utilizadas para monitorar a oferta de tratamentos contra o câncer no SUS carecem de aprimoramento.**

Nesse contexto, foram emitidas **recomendações voltadas a aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor estratégico e tático da PNPCC, incluindo mudanças na metodologia de monitoramento das ações** e na adoção de providências diante de situações indesejadas.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DO CÂNCER

[2014] Altera a Lei nº 12.732/2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias.

Lei nº 13.685, de 25 de Junho de 2018

Estabelece que as doenças, agravos e eventos em saúde relacionados às **neoplasias terão notificação e registro compulsórios**, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos regulamentares.

A notificação compulsória de eventos relacionados ao câncer permitirá a identificação de gargalos de assistência, diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, bem como estabelecer dispositivos técnicos para o efetivo cumprimento da "Lei dos 60 dias".

A lei entra em vigor após 180 dias após sua publicação e necessita de regulamentação do Ministério da Saúde. Porém, até o momento, não houve avanços da implementação da lei.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

[2006] Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006

Destaque para o Art.3º: Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de **organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.**

Diretrizes da saúde da pessoa idosa

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde é responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normatizada pela Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006). Nesse contexto, a política tem como principais diretrizes: envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento do controle social; garantia de orçamento; incentivo a estudos; pesquisas.



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

É um instrumento estratégico de qualificação da atenção à pessoa idosa, objetiva contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado.

Propõe auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores. Também é instrumento de cidadania e de relevância para os indivíduos idosos, pois “empoderam” os sujeitos sobre sua saúde e direitos.



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

[2009] Foi instituído no Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009

Objetivo Geral: Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Destaque para os seguintes Objetivos Estratégicos:

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

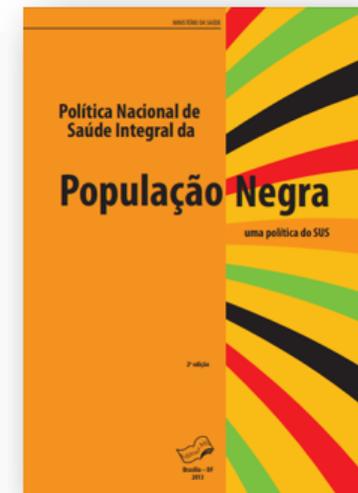
VI -melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra.

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XII -fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Destaque para a Diretriz III: incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

Destaque das Estratégias de Gestão:

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra; Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

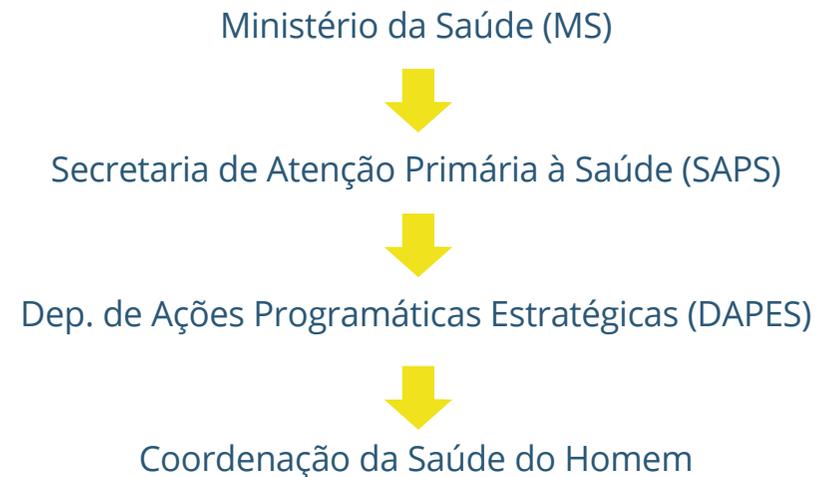
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM - PNAISH

[2009] Aprova a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.

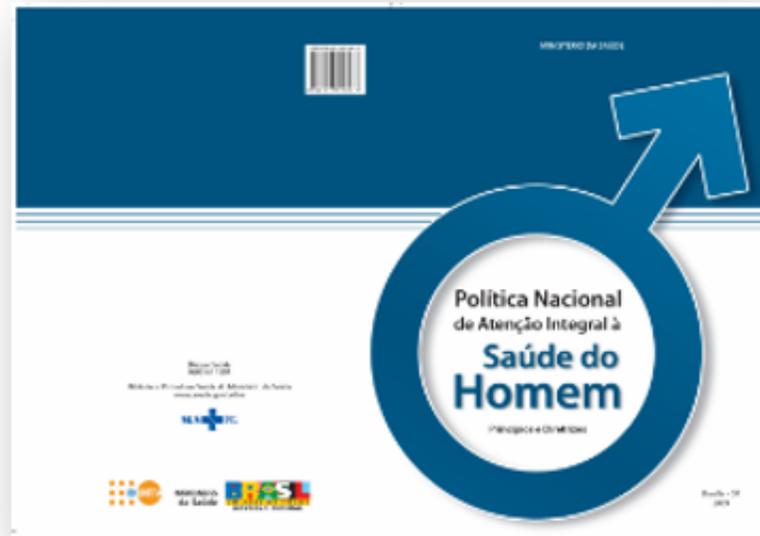
- Em 2008, o MS cria a Área Técnica de Saúde do Homem, que conduziu o processo de debate e elaboração da Política. Em 2009, ela é apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.
- Surgiu de demanda específica de incluir os homens na atenção à saúde, considerando os indicadores que apontavam a necessidade de se olhar para a saúde desse grupo específico.
- Reconhece a necessidade de identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade como uma estratégia de atenção integral à saúde, haja vista que muitos agravos poderiam ser evitados.
- Além dos fatores de morbimortalidade, reconhece determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde. Pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania.

Organograma atual da Saúde do Homem





POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM - PNAISH



PNAISH se estabeleceu mediante um **recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos.**

A Política considera a incidência do CaP alta e que a **patologia merece atenção**. Sinaliza que vem ocorrendo um aumento significativo de internações por câncer prostático e que está trazendo impacto significativos à mortalidade masculina.

Há registros que indicam que a formulação da PNAISH, diferentemente de outras políticas que emergiram de demandas de movimentos sociais, **foi impulsionada, em grande parte, pela Sociedade Brasileira de Urologia.**

DIRETRIZES DA PNAISH

DIRETRIZES

- Entender a Saúde do Homem como um **conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção**. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na ESF, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- **Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social**, de acordo com as competências de cada um, garantindo a execução da política;
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- **Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;**
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como **espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;**
- Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

DIRETRIZES DA PNAISH

OBJETIVO GERAL

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo Brasil, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS.

- Implantar e/ou estimular uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade;
- Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- Formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;
- Promover ações integradas com outras áreas governamentais.

2) Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.

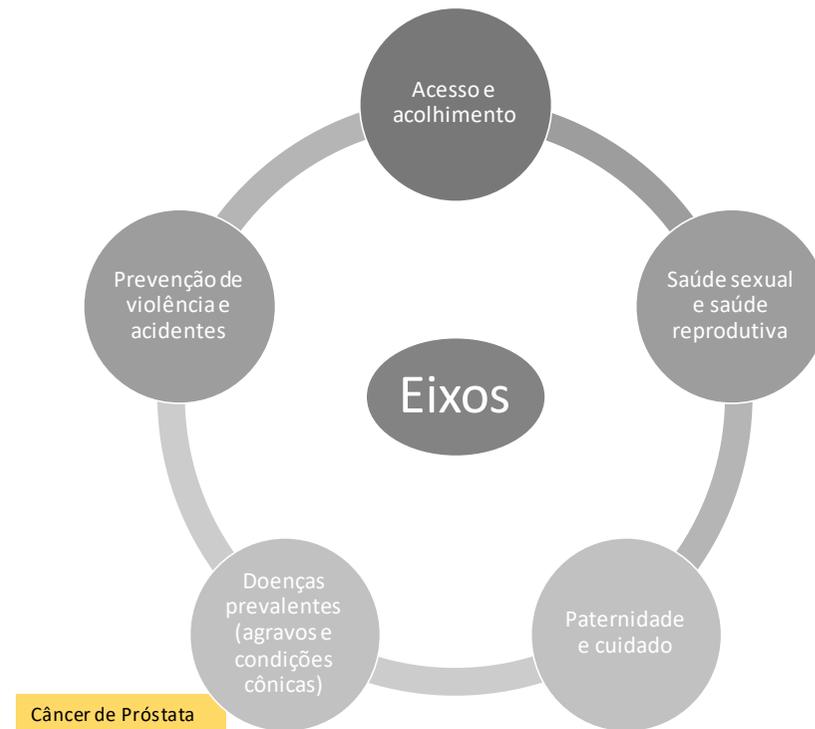
3) Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre prevenção contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina.

INFORMAÇÕES NO SITE OFICIAL DO MS SOBRE A PNAISH

Diretriz: promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios.

Objetivo: facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e a melhoria das condições de saúde.

Eixos Temáticos: para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos

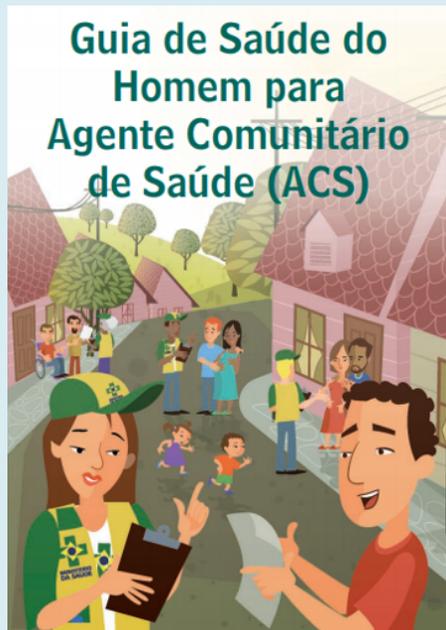


Destaca-se que o conteúdo descrito no site do MS (Diretriz, Objetivo, Eixos) está diferente do conteúdo disponível no documento oficial da Política de 2009, que não traz o eixo temático das doenças prevalentes.

É interessante que o MS complementa com a figura acima separando a política em 5 eixos, incluindo o de Doenças Prevalentes, onde encaixa-se o CaP.



FERRAMENTA GUIA DE SAÚDE DO HOMEM



Em 2016 foi lançado o “Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde”, elaborado pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem/DAPES/SAS/MS, com o objetivo de oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS na temática de Saúde do homem, melhorando e garantindo o acesso e o acolhimento da população masculina no SUS. Seu formato foi pensado para facilitar as visitas domiciliares, auxiliando no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva.

O Guia apresenta para as DCNTs os principais fatores de risco, entre eles: tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade.

A ferramenta traz informações específicas sobre o câncer de próstata sobre epidemiologia e rastreamento.



FERRAMENTA GUIA DE SAÚDE DO HOMEM

O guia informa que o MS e o INCA orientam sobre a não adoção do rastreamento populacional e sim da detecção precoce, **devendo o exame ser realizado em homens que apresentem sintomas relacionados ao sistema urológico e/ou histórico familiar.**

Destaca-se que a Política Nacional de CaP não oferece essa orientação. A orientação é para o rastreamento oportunístico, em que o homem que procura o serviço de saúde por algum outro motivo, é sensibilizado sobre o tema pelo profissional de saúde visando rastrear alguma doença ou fator de risco.

38 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Caso algum homem da sua microárea relate esses sintomas, oriente-o a buscar uma consulta na unidade de saúde. A maior parte das condições de saúde ou das doenças, quando descobertas no início, são tratáveis e podem não gerar maiores complicações. A demora em procurar o serviço de saúde pode gerar agravos que comprometem a saúde e a qualidade de vida dos homens. Utilize também os espaços de educação em saúde e a sala de espera para alertar os homens sobre esses sintomas!

CÂNCER DE PRÓSTATA

Muitas vezes, os cuidados de saúde para os homens se resumem a alertá-los sobre os riscos do câncer de próstata. É importante ampliarmos nossa visão! Nesse Guia, vimos que há muitos fatores que contribuem para a perda de qualidade de vida dos homens e que podem aumentar o índice de mortalidade desta população, sendo que alguns desses ocorrem com muito mais frequência do que o câncer de próstata. Não podemos negligenciar nenhuma patologia, porém é importante seguir as recomendações do Ministério da Saúde.

SAIBA MAIS SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade. No Brasil, é o câncer mais incidente entre homens, excluídos os casos de pele não melanoma.

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer-INCA, esse câncer é o segundo tipo que causa mais mortes no Brasil. Em 2013, foram registrados 13.772 óbitos pela doença.

O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do INCA de não adoção do rastreamento populacional de câncer de próstata e sim da detecção precoce, devendo o exame adequado ser realizado em homens que apresentem sintomas relacionados ao sistema urológico e/ou histórico familiar. Os riscos inerentes aos procedimentos devem ser apresentados pela equipe de saúde e exaustivamente discutidos com o paciente, sobretudo, os riscos dos diagnósticos e tratamentos, incluindo aí a biópsia de próstata.

Você sabia que existe a **Lei Nº 13.045**, de 26 de novembro de 2014, que garante a detecção precoce do câncer de próstata pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

Diferença entre Rastreamento e detecção precoce:

RASTREAMENTO	DETECÇÃO PRECOZE
Aplicação de exames em indivíduos saudáveis, sem sinais ou sintomas da doença, com o objetivo de detectar a doença em fase pré-clínica.	Destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença, pois, quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevivência e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis à relação efetividade/custo.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 39

Existem evidências científicas que comprovam que não há redução significativa na mortalidade por câncer de próstata em homens que realizaram ações de rastreamento anualmente (PSA e toque retal) e os que não realizaram.

Além disso, os resultados falso-positivos e o sobrediagnóstico podem representar uma série de riscos aos indivíduos saudáveis e assintomáticos que realizarem esses exames.

O que são resultados falso positivos e sobrediagnóstico?

RESULTADO FALSO-POSITIVO	SOBREDIAGNÓSTICO
Ocorre quando o exame de rastreamento é positivo, mas o exame de confirmação diagnóstica (histopatológico) é negativo. Os resultados falso-positivos podem causar ansiedade entre os homens e seus familiares e levar à realização de exames invasivos desnecessários, como a biópsia, que pode trazer riscos, como dor, sangramento, infecções e em alguns casos até a morte.	Ocorre quando um câncer que não evoluiria clinicamente e não causaria problemas ao homem é encontrado no rastreamento. Em muitos casos, o PSA pode detectar um câncer de próstata que não chegaria a comprometer a saúde do homem. Excesso de diagnósticos leva a exames de acompanhamento e tratamentos desnecessários.

Dada essa informação, é importante que o ACS esteja atento aos sintomas discutidos na seção anterior para alertar os homens a buscarem o serviço, sempre considerando que pode ser uma entre várias patologias e que cabe ao profissional de saúde investigar.

Atenção!
 Não devemos orientar os homens sem sintomas e/ou sem histórico familiar, independente da idade, a buscarem os serviços de saúde para realizarem exames como PSA e toque retal.

Para maiores informações:
 Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica no 29 (Rastreamento);
 Nota INCA: www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf
 Parecer CFM: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/35_2011.htm

ARCABOUÇO LEGAL - PNAISH

Quadro 8 – Portarias relacionadas diretamente com a PNASIH e seus respectivos sites - MS, 2009 a 2017

Ano	Portaria	site
2009	Portaria nº 1.944 MS/GM, de 27/08/2009 - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
	Portaria nº 1.946 MS/GM, de 27/08/2009 - Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade nos estados e municípios.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1946_27_08_2009.html
	Portaria No- 2.669/GM/MS, de 3/11/2009 - estabelece prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Prioridade nº11: Saúde do Homem; Objetivo: (1) Inserir estratégias e ações voltadas a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais e (2) Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino; Metas 2010 :(1) implantar a PNAISH em 26 estados selecionados e DF e 26 municípios selecionados e (2) ampliar em 10% o número de prostatectomia suprapúbica em relação ao ano anterior e Meta 2011 (1) ampliar em 10% o número de prostatectômica suprapúbica em relação ao ano anterior; Indicador (1) nº de estados e municípios selecionados com estratégias e ações voltadas a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais e (2) nº de cirurgias de prostatectomia suprapúbica por local de residência; Fonte: CIB e SIH; Método de cálculo: (1) nº de estados e municípios selecionados com estratégias e ações voltadas a Saúde do Homem inseridas nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais e (2) nº absoluto de cirurgias prostatectomia suprapúbica por local de residência código SIH/SUS 0409030023.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html

ARCABOUÇO LEGAL - PNAISH

Ano	Portaria	site
2009	Portaria nº 3.209/GM/MS, de 18/12/2009 - Apoiar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. Anexo (26 Estado e o DF e 26 Municípios, incluindo estado de SP e Campinas com valor de R\$75 mil reais).	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2708_17_11_2011.html
2010	Portaria nº 1.008 MS/GM, de 3/05/2010 - Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. Anexo (expandindo para os municípios de São Paulo, Guarulhos e Sorocaba, valor de R\$ 75 mil reais)	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1008_04_05_2010.html
2011	Portaria nº 2.708/GM/MS, de 17/11/2011 - Apoia a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. Anexo (incluindo a cidade de São José dos Campos)	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2708_17_11_2011.html
2013	Portaria nº 2.773, de 19/11/2013 - Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento e/ou aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo (Modelo de Projeto Estadual e do Distrito Federal)	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2773_19_11_2013.html
	Portaria nº 3.279, de 26/12/2013 - Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Municípios, Estados e Distrito Federal para a execução de ações de implantação, implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo (consta nenhum novo município do estado de SP)	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3279_26_12_2013.html
2017	Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/2017 - Estabelece a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde	bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

OBJETIVOS E METAS DA PNAISH

Objetivo:

- (1) Inserir estratégias e ações voltadas a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais
- (2) Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino

Metas 2010:

- (1) implantar a PNAISH em 26 estados selecionados e DF e 26 municípios selecionados
- (2) ampliar em 10% o número de prostatectomia suprapúbica em relação ao ano anterior

Meta 2011:

- (1) ampliar em 10% o número de prostatectomia suprapúbica em relação ao ano anterior

Chama atenção que, de forma geral, a Política traz um objetivo amplo de implementar ações voltadas à saúde do homem e pontua apenas um objetivo específico para uma patologia (CaP) com relação à realização da prostatectomia. Provavelmente foi um tema introduzido pela SBU que esteve envolvida no engajamento da criação da Política.

Observa-se um desafio de monitoramento da implementação da PNAISH, pois não foi encontrado nenhum relatório do MS que traga os resultados da sua implementação até o momento. De qualquer forma, após 10 anos, poucos avanços foram identificados. A saúde do homem ainda é pouco valorizada e com implementação com muitas barreiras, conforme identificado nesse documento nos dados apresentados nas Esferas Estadual e Municipal.

APERFEIÇOAMENTO DA PNAISH

Uma apresentação do ex-Coordenador Nacional de Saúde do Homem, Francisco Norberto, traz reflexões:

Algumas lacunas e necessidades de aperfeiçoamento identificadas:

- O SUS ampliou a atenção primária e implementou outras políticas de saúde, que necessitam transversalizar com a PNAISH.
- A mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de DCNTs e da mortalidade por causas externas.
- **A população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam problemas de saúde pública;**
- O conceito de gênero, deve ser revisto e destacado a partir do masculino e de forma relacional com as construções culturais de masculinidades, em sua diversidade e pluralidade;
- Os dados epidemiológicos devem reportar uma análise relacional de gênero (masculino/feminino), identificando as **vulnerabilidades sociais e culturais da população masculina, e evidenciando como impactam na saúde dos homens.**

Considerando os dados epidemiológicos, ODS e a PNAISH:

- A política deve incluir todas as faixas etárias – desde a infância até o envelhecimento, considerando a integralidade e fazendo o recorte das masculinidades, e não focar apenas em uma faixa etária.
- Os determinantes sociais e de saúde devem reconhecer as vulnerabilidades socioculturais das masculinidades como: trabalho, ambiente, raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiências, entre outros.
- Necessidade de qualificação dos profissionais e gestores de saúde para o atendimento da população masculina, de modo a planejar, organizar, implantar e desenvolver ações e serviços na rede de saúde que atendam esse grupo.
- Necessidade de estimular e incentivar os gestores a desenvolverem ações e estratégias específicas, bem como buscar parcerias para a implantação e implementação da PNAISH, inclusive com a possibilidade de recursos financeiros e metas específicas definidas nos planos municipais, estaduais e nacional de saúde.



APERFEIÇOAMENTO DA PNAISH

Desafios para alcançar as metas ODS

- Revisão da PNAISH.
- Articulação intra e intersetorial.
- Fortalecimento da gestão integrada e valorização da PNAISH no SUS.
- Ampliação de parcerias governamentais e não governamentais.
- Mudança de paradigmas em relação as masculinidades e cuidado à saúde.
- Protagonismo dos gestores e trabalhadores do SUS na inserção dos homens na atenção à saúde.
- Plano de ações e estratégias que repercutam nos instrumentos de planejamento do SUS – PPA e Planejamento Anual.



PLANO DE AÇÕES DCNTs NO BRASIL

[2011] Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022

- Em 2011, o Brasil efetiva o seu Plano, priorizando as ações e os investimentos para doenças circulatórias, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, assim como seus fatores de risco em comum modificáveis: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade.
- O Brasil mostrava-se adiantado, uma vez que apenas um ano depois a ONU oficializa seu posicionamento as DCNTs.
- **OBJETIVO:** Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde destinados a esse grupo.

O Plano visa a reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNTs, por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do SUS, a partir da Atenção Básica e da participação comunitária.



O Plano trás 3 eixos para delineamento de diretrizes e ações e duas estratégias específicas para o câncer:

Eixo I -Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento

Estratégia específica: Consolidar um sistema nacional padronizado e integrado de informações sobre incidência, sobrevida e mortalidade por câncer

Eixo II - Promoção da Saúde
Sem estratégia específica pra oncologia.

Eixo III - Cuidado Integral de DCNTs

Estratégia específica: Ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS.



METAS - PLANO DCNTs

Metas nacionais propostas pelo Plano:

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano (alcançar taxa de 196/100 mil habitantes)

**Foco nas
DCNTs**

- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças. (alcançar o patamar de 1998 = 8,0% para meninos e 5% meninas)
- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes. (alcançar o patamar de 1998 = 3,0% meninos e 2,7% meninas)
- Deter o crescimento da obesidade em adultos. (estabilizar em 48% a taxa de pessoas com excesso de peso e em 15% a de obesos)
- Reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool. (alcançar o aumento médio anual de 3,2% na variação relativa)
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer. (alcançar o aumento médio anual de 3,2% na variação relativa)
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças. (crescimento médio anual de 0,5% na prevalência)
- Reduzir o consumo médio de sal. (queda anual de 6,9% na estimativa do consumo médio anual)
- Reduzir a prevalência de tabagismo. (redução média anual de 3,4% na variação relativa)

**Foco
Fatores de
risco**

- Implantar o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia nos serviços que realizam esse tipo de exame.
- Implantar o Programa de Gestão da Qualidade de Citopatologia nos laboratórios que realizam esse tipo de exame.
- Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país.(aumento médio anual de 0,4% na variação relativa)
- Ampliar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos. (alcançar aumento médio anuncio de 1,6% na variação relativa)
- Garantir tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero

**Foco
câncer de
mama e
colo do
útero**

RESULTADOS - PLANO DCNTs

Figura 12 – Resultado das metas do Plano, segundo valor da linha de base em 2010

Metas do Plano de DCNT - Brasil	Valor da linha de base (2010)	Resultado mais recente	Abrangência geográfica
Redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano*	315,5	307,9 (2016)	Brasil
Redução da prevalência de tabagismo em 30%	14,1% -	10,1% (2017) 14,5% (2013)	Capitais Brasil
Aumento de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos <u>para 70%</u>	73,4% 54%	78,5% (2017) 60% (2013)	Capitais Brasil
Aumento Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade anos nos últimos três anos <u>para 85%</u>	82,2% 78%	82,8% (2017) 79,4% (2013)	Capitais Brasil
Aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%	30,1% -	37,0% (2017) 22,5% (2013)	Capitais Brasil
Contenção do crescimento da obesidade em adultos	15,1% -	18,9% (2017) 20,8% (2013)	Capitais Brasil
Aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%	19,5% -	23,7% (2017)	Capitais Brasil
Redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%	18,1% -	19,1% (2017) 13,7% (2013)	Capitais Brasil

■ Meta alcançada.
 ■ Meta não alcançada.
 ■ Meta estável.

* Taxa de mortalidade padronizada, com base na população brasileira (Censo 2010).

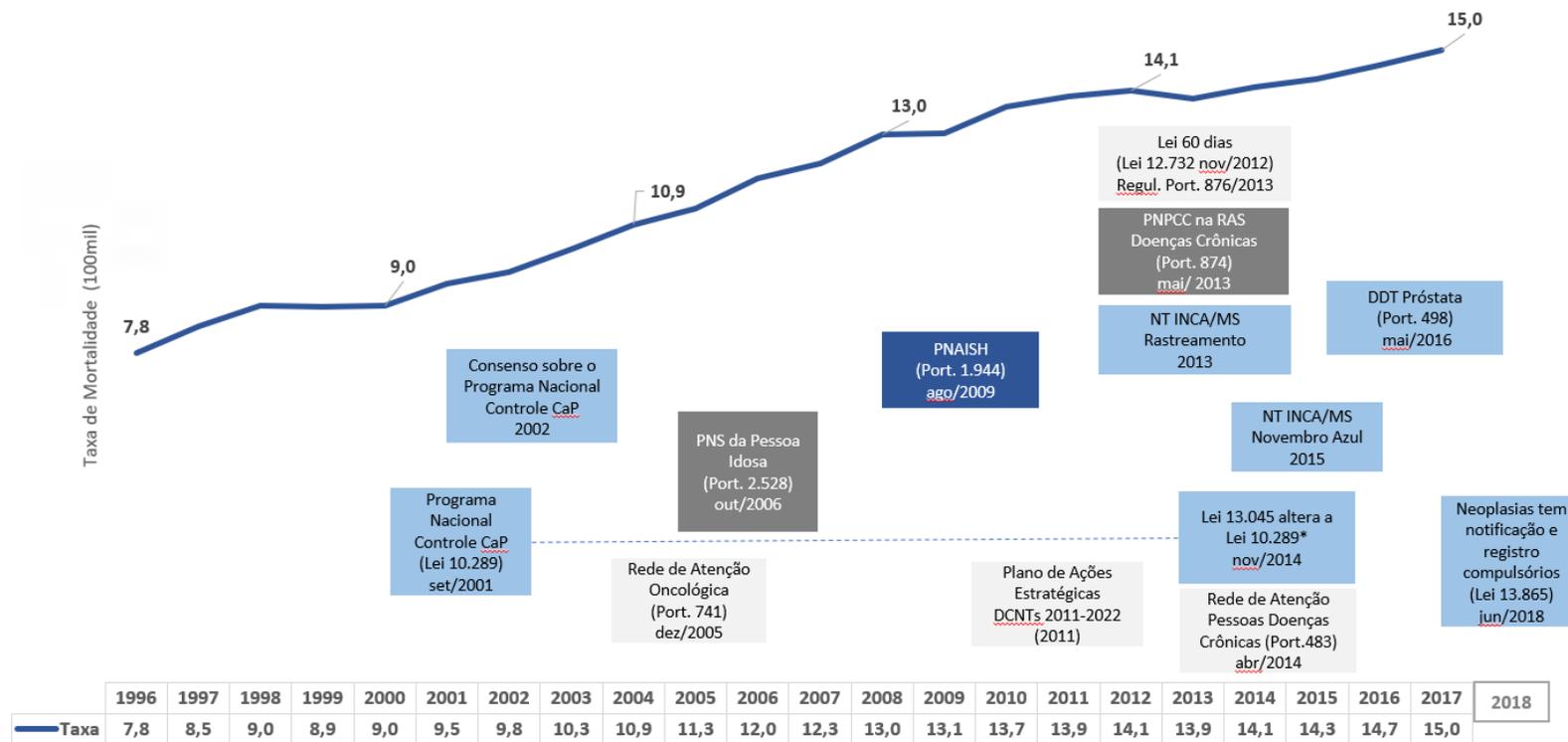


Fonte: MS

- Faltam apenas 2 anos para o término do prazo do Plano de Ação. Não é possível avaliar com precisão o alcance das suas metas.
- O MS divulga em seu site a figura ao lado com resultados mais recentes das metas que estão sendo monitoradas pela área de Vigilância das DCNTs. Não são apresentados os resultados de todas as metas (apenas 8 das 14 metas).
- Observa-se que a meta de “Redução da mortalidade prematura por DCNTs em 2% ao ano” consta como alcançada na figura. Porém, não corresponde ao valor mencionado anteriormente de alcançar a taxa de 196/100 mil habitantes.
- Por fim, há um desafio com relação à contenção do crescimento da obesidade que apresenta meta ainda não alcançada, fator de risco citado para o CaP. (Também identificado nos Quadros 6 e 7).

MORTALIDADE CaP X ESTRATÉGIAS CaP

Taxa de mortalidade por CaP (100 mil) – Brasil, de 1996 a 2017 X Registro das políticas e estratégias relacionados ao Câncer de Próstata.



Nota: * Art. 3o A Lei nº 10.289, de 20 de setembro de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4º: “As unidades integrantes do Sistema Único de Saúde são obrigadas a realizar exames para a detecção precoce do câncer de próstata sempre que, a critério médico, tal procedimento for considerado necessário”.

Ao realizar um olhar geral, apesar de muitos esforços no desenvolvimento de políticas e estratégias, a mortalidade por CaP continua crescendo no decorrer dos anos, sinalizando que existem desafios a serem enfrentados.

DESTAQUES DOS DADOS NACIONAIS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **INCIDÊNCIA:** O INCA estima 65.840 novos casos de CaP. Valor inferior ao estimado pela GLOBOCAN (84.992/2018). O risco estimado de 62,95/100 mil homens desenvolver o CaP é bastante próximo dos dados da GLOBOCAN (maior ou igual a 63,3/100mil). É o câncer de maior incidência, representando 29,2% do total (excluindo o câncer de pele não melanoma) (2020).
- **HOSPITALIZAÇÃO:** A taxa de hospitalização por CaP foi de 29,7 por 100 mil homens. Houve aumento de 57% no número de internações no período de 2009 a 2018. As faixas etárias com maior peso nas internações são: 65 a 69 anos (22%), 70 a 74 anos (19%) e 60 a 64 anos (17%) (2018).
- **ESTADIAMENTO:** A maioria dos casos de CaP, em 2017, foram diagnosticados no Estádio II (48%), seguido pelo estágio IV (23%), situação semelhante ao período de 1999 a 2003. O percentual de CaP diagnosticado no estágio IV é mais de quatro vezes o dos EUA, 5,4% (2007 a 2016). De 2000 a 2012, o Brasil consegue redução nos percentuais do estágio IV, mas eles voltam a subir em 2016 e 2017. Os registros sobre estadiamento deixam de fora mais de 30% dos CaP (2017), situação historicamente presente desde 2003, apesar da Portaria 741/2005 (RHC).
- **TRATAMENTO:** a distribuição do primeiro tratamento dispensado para o paciente com CaP de acordo com o estadiamento da doença apresenta um padrão com pequenas modificações (2010 a 2017). Entretanto ao se comparar o primeiro tratamento no Brasil (exceto SP), no estado de SP e na cidade de SP, é sugestivo que não existe uma padronização de condutas conforme o estadiamento da doença. A análise da série histórica, a partir de 2012, ano de promulgação da Lei dos 60 dias, mostra que a referida lei não originou nenhum impacto na redução do tempo entre o diagnóstico do câncer de próstata e o primeiro tratamento, sendo que quase a metade dos pacientes iniciam seus tratamentos após o 60 dias. No Brasil o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico é superior a 1 mês e meio, entre o tratamento e o primeiro diagnóstico dois meses e meio e entre a primeira consulta e o primeiro tratamento 4 meses.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **SOBREVIDA:** Estudo realizado com pacientes atendidos no INCA (1992 a 1996) apontam que a taxa de sobrevida, em cinco anos, foi de: 90% no estágio I e II (estádio A1 a B2); 45% no estágio III (estádio C1 e C2); 50% no estágio IVA (estádio D1); 39% no estágio IVB (estádio D2). No estudo feito no estado de SP (2000-2005), a sobrevida em cinco anos no estágio I é aproximadamente 95%, no estágio II pouco mais de 90%, estágio III pouco mais de 80% e no estágio IV menos de 50% sobrevivem. Pacientes com CaP diagnosticados nos estádios I e II tem acima de 90% de sobrevida. Este mesmo estudo aponta que a sobrevida é maior nos grupos de 50 a 69 anos, e vai diminuindo à medida que a idade aumenta.
- **MORTALIDADE:** A taxa de mortalidade apresenta tendência de crescimento (12,8/100mil em 2002 e 15,1/100 mil em 2017). Na análise da mortalidade proporcional (1990 -2017), fica evidente o crescimento da participação das mortes por CaP (1990: 0,83% e 2017: 2,10%), não se identificando tendência de reversão ou estabilização. Essa situação pode colocar o CaP como sendo a principal causa de morte entre as neoplasias na população masculina, posição ocupada, até então, pelo câncer de pulmão. Análises de tendências mundial convergem para essa mesma situação. Dentre os óbitos, 62% ocorrem na faixa etária de 75 anos e mais e 36% entre 55 e 74 anos. As mortes prematuras (30 a 60 anos) apresentam tendência de crescimento (6,3 por 100 mil em 1996 para 7,2/100 mil em 2017).
- **DIFERENÇAS REGIONAIS:** Importantes diferenças regionais são observadas nas taxas de incidência para as regiões brasileiras (2018). A Região Sul (96,9/100 mil) e Sudeste (69,83/100 mil) estão acima da média, Centro-Oeste próximo a taxa brasileira e Nordeste e Norte abaixo da referência Brasil, sendo que no Norte o valor é menos da metade da média do país. Nos estados, observa-se essa mesma situação, com taxas de incidência variando de 31,38/100mil no Pará até 94,14/100 mil no Paraná e taxa de mortalidade variando de 8,53/100 mil no Amapá e 19,93/100 mil no Rio Grande do Sul. É preciso atenção ao avaliar tal informação, pois algumas regiões e estados podem apresentar diversos desafios que os diferencia, tais como dificuldades para diagnóstico, tratamento, registro de informações, entre outros.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **FATORES DE RISCO:** no Brasil, o INCA/MS, SES/SP, SMS/SP reconhecem a idade e o histórico familiar, mas somente a SBU segue o mesmo padrão das Instituições Americanas e Reino Unido, incluindo a raça negra, fator extremamente valorizado nos estudos internacionais. O excesso de gordura corporal é reconhecido no Reino Unido e é um consenso entre as Instituições brasileiras, diferentemente dos EUA onde é considerada apenas pelo PCF.
- **FATORES DE RISCO X BRASIL:** No Brasil, os 3 fatores de risco (idade, raça negra e obesidade) estão presentes na população e tendem a aumentar. Os idosos (60 e mais) representam 12,4% população masculina brasileira atual e, até 2030, passará a representar 16,9% . Mais da metade da população tem excesso de peso e a obesidade alcançou a maior prevalência em adultos nos últimos treze anos. (MS/VIGITEL, 2017).

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

RASTREAMENTO:

- Posicionamento contrário no SUS (com reforço da importância da decisão individualizada e compartilhada com o homem) é claro e consta nos documentos mais importantes como Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (2001), no documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Próstata (2002), na Nota técnica do INCA/MS sobre o Rastreamento do Câncer de Próstata (2013), nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata (2016), no Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (2016), na Cartilha para os homens “Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso?” (2017), na Ferramenta de apoio a decisão a ser utilizada durante a consulta médica INCA/MS (2019).
- O monitoramento das ações de Controle do Câncer Prostático, realizado pelo INCA em 2017 conclui que o volume de exames registrados em 2016 (quase cinco milhões) sugere que estes têm sido solicitados para rastreamento.

FATORES DE RISCO:

- Os mesmo documentos citados no rastreamento reconhecem o histórico familiar e a idade, mas com indefinição quanto a faixa etária e detalhamento do histórico familiar.
- Em relação à raça negra, este fator é mencionado somente nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata (2016), apesar da valorização deste fator de risco por outras instituições como a SBU e em países como os EUA e o Reino Unido.
- Não foi possível identificar o por que do fator de risco raça negra não estar instituído dentro das orientações aos gestores e profissionais da saúde. Outro ponto de importância é a falta de consenso quanto a faixa etária para os homens que apresentam maior risco (histórico familiar e raça negra) iniciar suas avaliações.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER:

- O sistema de informação implantado permanece com sérias dificuldades de registro que comprometem a atualidade dos dados, a abrangência e a qualidade. Com isso, há um impacto direto na capacidade de se produzir boas análises que são subsídios necessários e importantes para se conhecer os avanços, as dificuldades, as oportunidades e os gargalos e, assim, orientar as melhores ações e estratégias para seu enfrentamento, criando possibilidades reais de alterar o atual cenário.

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS:

- No Brasil, em 2016, sobraram exames de biópsia de próstata e exames anatomopatológicos. Das 618.244 biópsias disponibilizadas, foram realizadas somente 46.642 e, dos 618.244, exames de anatomopatológicos, somente 28.637 foram utilizados. Sobram também mais das metades das consultas de urologia (7.212.850 disponíveis e 3.152.098 utilizadas).
- O monitoramento das ações de Controle do Câncer Prostático, realizado pelo INCA em 2017, coloca que “Como o rastreamento não é indicado, a Atenção Primária deve ter papel no controle do CaP no que se refere a: incentivo a estilos de vida saudáveis; esclarecimento à população e atenção aos sinais de alerta e encaminhamento oportuno”.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO:

- LEI DOS 60 DIAS – levantamentos (2009-2010) que antecederam a Lei, demonstraram que, no geral, menos de 50% dos tratamentos de pacientes que chegaram ao CACON/UNACON com diagnóstico foram iniciados em até 60 dias. A situação é distinta para o conjunto dos estados brasileiros, casos tratados em até 60 dias foi de 26% (RN) e 97% (MS).
- DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA - trazem opções e recomendações terapêuticas para os casos de câncer de próstata localizado, avançado, metastático ou recidivado e resistente a hormonioterapia, bem como mecanismos de regulação, controle e avaliação, que devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

BRASIL E O MUNDO:

- O país tem conseguido acompanhar os direcionamentos políticos mundiais, tem se posicionado como parceiro e internalizado rapidamente a urgência em criar viabilização para que sejam operacionalizadas as questões importantes como Saúde do Homem, Plano DCNT 2011-2022, Agenda 2030, dentre outros.

SAÚDE DO HOMEM:

- PNAISH prioriza na sua implantação a população de 20 a 59 anos, isso cria urgência para que essa política se integre às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde, sob pena de ser uma agenda incompleta para questões importantes envolvendo a saúde do homem em seu ciclo de vida, como por exemplo o câncer de próstata.
- Houve demora no processo de implantação da PNAISH pelo MS, que, até 2011, priorizou a implantação dessa política nos estados e DF e em 26 municípios selecionados e somente em 2013 formalizou o repasse financeiro para o fortalecimento da implementação.
- O ex-coordenador de Saúde do Homem do MS identifica algumas lacunas na PNAISH e enfatiza necessidades de aperfeiçoamento e necessidade de revisão da Política.
- INCA e MS vem direcionando seus esforços em relação a orientação sobre o NÃO rastreamento do CaP e destacando a necessidade de um olhar mais abrangente para a saúde do homem como um todo.
- A política de saúde do homem foi a última implantada completando as políticas específicas para atender o ciclo de vida e tem na sua execução desafios, cabendo destacar o contexto atual do homem em suas diversas expressões de masculinidade e o conhecido comportamento de maior resistência em aceitar e acessar os serviços de saúde.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER:

- Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (2013), recebe em 2018, auditoria realizada pela CGU – Controladoria Geral da União, apontando dificuldade do MS em monitorar objetivamente. Enfatiza que a atuação do MS não tem sido suficiente para expandir a oferta de tratamentos oncológicos para regiões onde não há hospitais que prestem esse tipo de atendimento (vazios assistenciais), que as estratégias utilizadas para monitorar a oferta de tratamentos contra o câncer no SUS carecem de aprimoramento, foram emitidas recomendações voltadas a aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor estratégico e tático da PNPCC, incluindo mudanças na metodologia de monitoramento das ações e na adoção de providências diante de situações indesejadas.

POLÍTICAS E PROGRAMAS:

- Ao se analisar o conjunto das Políticas Nacionais constituídas e dos Programas implantados para a prevenção e controle do câncer e do câncer de próstata, ao longo dos anos, identifica-se a limitada capacidade das ações produzidas atingir os objetivos de redução da mortalidade e incidência e na promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE PRÓSTATA:

- Conforme observado nos dados de perfil epidemiológico do CaP, apesar do Programa existir há mais de 18 anos, observa-se que poucos avanços foram alcançados. Reforça essa condição os dados de morbimortalidade e a tendência de crescimento do CaP projetada para os próximos anos.

DCNTs:

- O foco das iniciativas do país tem sido em monitorar os fatores de risco das principais doenças crônicas e é positivo que o Brasil possua um Sistema de Vigilância para isso.
- É preciso destacar que para o CaP, ainda não há consenso com relação aos fatores de risco que devem ser monitorados para esse tipo de câncer. – além do fator idade e histórico familiar.
- Apesar das políticas específicas para o CaP mostrarem o impacto da doença na mortalidade masculina, o Plano DCNT 2011-2022 não tem tratado o tema do CaP dentro de seu escopo de atuação, diferentemente do que ocorre com outras neoplasias.

DADOS DO ESTADO

ESTADO DE SÃO PAULO

Além dos dados do Perfil Epidemiológico e das Políticas Públicas Nacionais já apresentados nesse documento na Esfera Brasil, avaliou-se, no âmbito Estadual:

- As responsabilidades institucionais do Estado de São Paulo em relação a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).
- Planos Estaduais de Saúde (PES), os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e pareceres do Conselho Estadual da Saúde (CES) relacionados ao CaP.
- Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer (RHCCC).



PNAISH - ESTADO DE SP

Responsabilidades institucionais do Estado em relação a PNAISH:

- **Fomentar a implementação e acompanhar em seu território a implantação da PNAISH;**
- **Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando a implantação e implementação da PNAISH valorizando e respeitando as diversidades locais e regionais;**
- **Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a PNAISH, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;**
- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação dos trabalhadores do SUS voltadas para a PNAISH;
- **Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;**
- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na PNAISH;
- Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Estadual de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à PNAISH;
- Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.

PNAISH - ESTADO DE SP

Processo de implantação da PNAISH no Estado SP

2009

Estado de SP se insere no processo de implantação da PNAISH.

Tendo como incumbência:

- Inserir em seu Plano de Saúde as estratégias e ações voltada à Saúde do Homem.
- Ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino, sendo a cidade de Campinas a 1º do estado.

2010

A capital é incorporada ao processo, juntamente com Guarulhos e Sorocaba.

2011 - 2015

- A cidade de SJ dos Campos é inserida em 2011.
- SES prioriza no PES (2012-2015) o incentivo e o assessoramento na implementação da PNAISH, com foco em capacitar profissionais de saúde na detecção precoce de doenças e agravos. Mas, em 2014, o CES faz ressalvas nos relatórios e apontam dificuldades em avançar nas políticas de populações vulneráveis específicas considerando incipientes incluindo a **Saúde do Homem**.

2016 - 2019

SES prioriza no PES (2016-2019) aprimorar a atenção a Saúde do Homem, promovendo a implementação e monitoramento. Em 2017 280 municípios avaliados (41 com + 200 mil hab. e 239 com - 200 mil hab.).

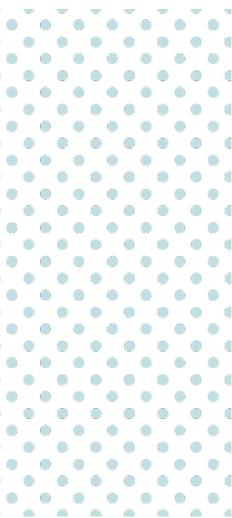
O Estado de SP tem dificuldades na implantação da Saúde do Homem em seus municípios. Em 2017, avalia 280 municípios, sendo 41 com mais de 200 mil hab. e 239 com menos de 200 mil hab., isso representa menos da metade (43%) do total de municípios.



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES)

É relevante ressaltar que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo possui uma Área Técnica da Saúde do Homem que tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do estado de São Paulo, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

- Não foi encontrado um Plano específico para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, mas os Planos Estaduais de Saúde contemplam a sua implementação.
- Sobre os Planos Estaduais de Saúde: são publicados a cada quatro e devem ser entendidos como um instrumento de referência para a atuação da Secretaria de Estado de Saúde no âmbito estadual, na medida em que, a partir do diagnóstico em saúde, destaca os problemas e prioridades de intervenção para a melhoria da situação de saúde da população do Estado de São Paulo.
- Buscando avaliar o tema da saúde do homem e do câncer de próstata, considera-se importante conhecer:
 - Plano Estadual de Saúde de 2012-2015
 - Plano Estadual de Saúde de 2016-2019
 - Versão preliminar do Plano Estadual de Saúde de 2020-2023.



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015 E 2016-2019

PES	2012-2015	2016-2019
Prioridades	<p>Oncologia: Reorganizar a rede de atenção de Oncologia, com a meta de organizá-la em 100% das RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo.</p> <p>Saúde do Homem: Incentivar e assessorar a implementação da PNAISH, com foco em capacitar profissionais de saúde na detecção precoce de doenças e agravos.</p> <p>DCNTs: Apoiar e induzir os municípios em iniciativas de ações de promoção a saúde voltadas as DCNTs.</p>	<p>Oncologia: Implementar a regulação em 3 redes assistenciais prioritárias (Oncologia, Materno-infantil Cegonha e U/E)</p> <p>Saúde do Homem: aprimorar a atenção a Saúde do Homem, promovendo a implementação e monitoramento com duas metas. (1) Avaliar a implantação da PNAISH em 100% dos municípios acima de 200 mil hab., de acordo com os eixos prioritários e (2) apoiar tecnicamente a implantação em 100% dos municípios com menos de 200 mil hab., que aderiram à PNAISH.</p>
Resultados	<p>Relatório de Gestão não disponível.</p> <p>Ressalvas do Conselho Estadual de Saúde (2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oncologia: “Verificamos que a Rede de Oncologia,, teve 29 serviços visitados e foi desencadeado o processo de implantação de Regulação do Acesso. A finalização da implantação ocorrerá até o final do primeiro quadrimestre de 2014. Esse desenho final da regulação da rede é importante em razão das demandas”. • Saúde do Homem: dificuldades em avançar nas políticas de populações vulneráveis específicas considerando incipientes aquelas relativas à: Saúde do Homem; Pessoa com Deficiência; e Saúde da Mulher. 	<p>Relatório Anual de Gestão 2018 (algumas Metas e os Objetivos estão identificados com os ODS Agenda 2030):</p> <p>Oncologia: finalizada a implantação da regulação nas regiões programadas (RRAS 12 e RRAS 13). 2018 – implantada DRS 8,10, 15 e 16 e vinculado parte dos Hospitais Universitários à rede.</p> <p>Saúde do Homem: 2017 - 280 municípios avaliados (41 com + 200 mil hab. e 239 com - 200 mil hab.). 2018 - alterada para avaliar a implantação em 3 municípios dos DRS XI, XIII,IV e XV. A área técnica de SH foi transferida para a Coordenadoria de Regiões de Saúde, atualizando o quadro de articuladores da SH junto as DRS.</p>



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012-2015 E 2016-2019

PES	2012-2015	2016-2019
Prioridades	<p>Idoso: <u>organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa</u>, com foco em oficinas intersetoriais de envelhecimento ativo de âmbito estadual e nas regiões prioritárias; caderneta do idoso; cidades amigas do idoso; organizar e qualificar a rede de atenção e elaborar a Linha do Cuidado do Idoso.</p> <p>População Negra: organizar a rede de atenção à saúde da população negra com foco no monitoramento da <u>implementação da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da População Negra, da implementação do quesito raça/cor nos serviços de saúde de todo o Estado tendo como meta cobertura de 95% nas AIHs e SIAB</u>. Promover estudos acerca da realidade epidemiológica do estado de São Paulo com vistas ao estabelecimento de políticas</p>	<p>Idoso: aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção básica, elaborar a Linha de Cuidado do Idoso e com apoio do BID elaborara e implantar as Linhas de Cuidado relacionadas à Hipertensão e Diabetes. Atribuir o selo inicial “Hospital Amigo do Idoso” a 15 hospitais e 100 municípios. Elaborar a Linha de Cuidado do Idoso e implantar em 5 regiões.</p> <p>População Negra: aprimorar Política Nacional de Atenção Integral de Saúde da População Negra. <u>Monitorar e analisar o quesito raça/cor de cinco sistemas de informação do SUS (SIH, SIM, SINAN, SIA/APAC e Sistema de Cadastro de Transplante do Estado</u>. Publicar análise de dados estatísticos levantados junto aos diversos sistemas de informação em saúde com objetivo de garantir a visibilidade das necessidades de saúde dos diferentes grupos étnico raciais da população e Desenvolver um sistema de indicadores para monitoramento e avaliação da Política de Atenção à Saúde da População Negra.</p>
Resultados	<p>Relatório de Gestão não disponível.</p>	<p>Relatório Anual de Gestão 2018 (algumas Metas e os Objetivos estão identificados com os ODS Agenda 2030):</p> <p>Idoso: Implantar a Linha de Cuidado do Idoso prioritariamente nas 5 regiões de saúde definidas no Projeto Saúde em Ação</p> <p>População Negra - A análise dos dados estatísticos, o registro do quesito Raça/Cor no SAI SUS/SP” foi publicizado no Boletim Eletrônico – GAIS de nº 66, no site da Secretaria. O Instituto de Saúde através da FAPESP, desenvolveu o projeto “Avaliação da Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, identificados indicadores sócio demográficos e populacionais segundo sexo, idade e raça/cor, indicadores de taxa de mortalidade, indicadores de enfrentamento ao racismo e indicadores de gestão da implementação para a PNSIPN que deverão ser incluídos pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do MS .</p>

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023

2020-2023

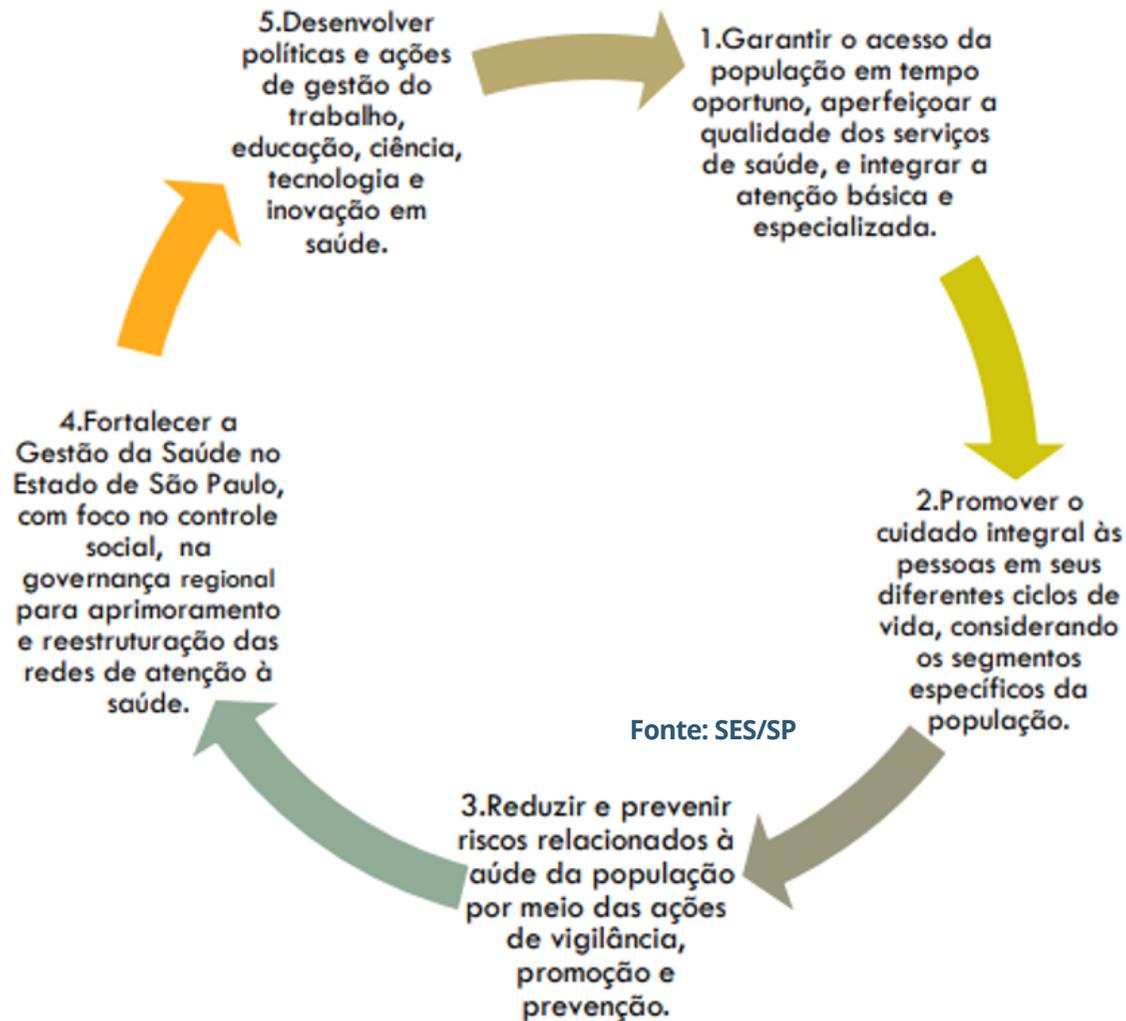
Em versão preliminar a SES apresenta as diretrizes para 2020-2023:

1. Garantir o acesso da população, aperfeiçoar a qualidade dos serviços e integrar a atenção básica e especialidades.
2. Promover o cuidado integral as pessoas em seus diferentes ciclos de vida.
3. Reduzir e prevenir riscos relacionados a saúde da população, por meio de ações de vigilância, promoção e prevenção.
4. Fortalecer a Gestão de Saúde.
5. Desenvolver políticas e ações de gestão do trabalho, educação, ciência e tecnologia, e inovação em saúde.



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023

Figura 13 – Diretrizes PES 2020-2023



SES disponibiliza uma versão preliminar em um formato completamente diferente das versões anteriores, conforme a figura de Diretrizes ao lado.

Fonte: SES/SP



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 - 2023

Figura 14 – Objetivo 5 da Diretriz nº 2 da PES 2020/2023

Objetivo 5: Proteger e promover a saúde da população, com foco nas doenças e condições crônicas, acidentes e violências e na promoção do envelhecimento saudável.	
Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da Meta
D2.5.1- Reduzir a mortalidade prematura por DCNT pelos principais grupos de DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes).	Número de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos pelos principais grupos de DCNT/ população na faixa etária de 30 a 69 anos X 100.000

Fonte: SES/SP

Nesta versão preliminar, apresenta apenas um objetivo geral direcionado à redução da mortalidade por DCNTs.

Não há nenhum objetivo ou meta específicos sobre a saúde do homem. E, com relação à oncologia, foca apenas em câncer de mama e colo do útero.



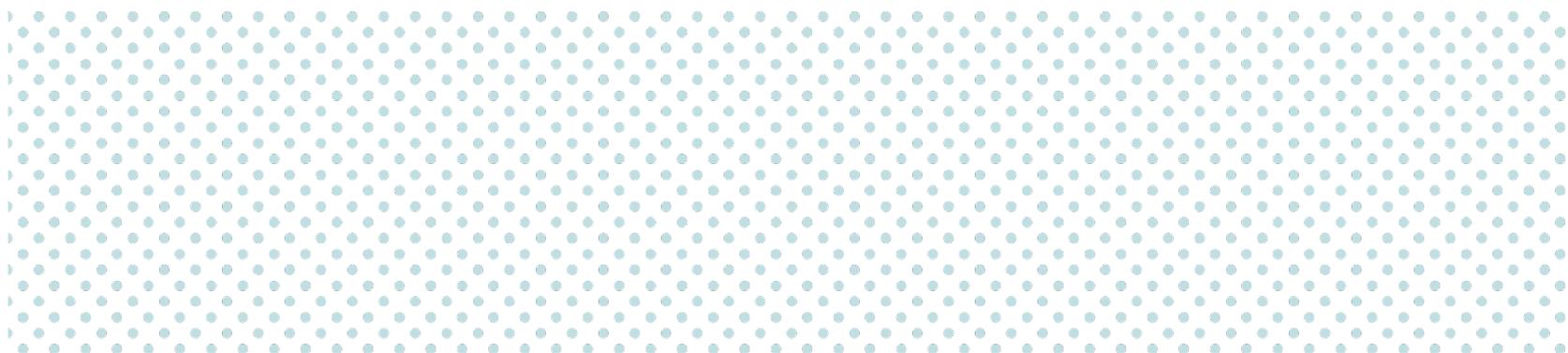
REDE HEBE CAMARGO DE COMBATE AO CÂNCER - RHCCC

Histórico e finalidade: Criada em 2013, a Rede "Hebe Camargo" de Combate ao Câncer - RHCCC é o conjunto de unidades de diagnóstico e/ou especializadas no tratamento de câncer, situadas no Estado SP, habilitadas pelo MS, que prestam assistência integral, de qualidade e resolutiva ao paciente com câncer, atuando de forma integrada à rede de saúde e às diretrizes do SUS.

Legislação:

- Em 28 de dezembro de 2016, foi publicado o decreto de nº 62.394 instituiu no âmbito do Estado de São Paulo, a Rede "Hebe Camargo" de Combate ao Câncer, integrante da **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, nos termos da Política Nacional de Combate ao Câncer.
- Em 22 de junho de 2017, foi publicada a resolução SS 41 que institui o Comitê de Referência em Oncologia do Estado de São Paulo, integrante da RHCCC e dá providências correlatas.
- Em 22 de junho de 2017, foi publicada a resolução SS 42 que aprova o regulamento da Rede "Hebe Camargo" de Combate ao Câncer instituída pelo decreto de nº 62.394 e dá providências correlatas.

MISSÃO: Aprimorar o modelo de atenção às pessoas com câncer, integrar os serviços de diagnóstico e tratamento em oncologia do Estado de São Paulo, organizar o acesso e reduzir o tempo entre diagnóstico e tratamento.





REDE HEBE CAMARGO DE COMBATE AO CÂNCER - RHCCC

Figura 15 – Objetivos da RHCCC



Fonte: Secretaria de Saúde SP

É importante identificar que a RHCCC é uma parte da Rede de Oncologia do Estado de São Paulo, bem mais ampla.

Não foi encontrada nenhuma referência específica da RHCCC com relação ao câncer de próstata. Porém, para outros tipos de câncer, a Rede possui orientações específicas (por exemplo, colorretal, mama e colo de útero).

RHCCC - REGULAÇÃO

- Conforme pontuado pela Central de Notícias da SES, a RHCCC conta com 76 unidades em todo o Estado. Essas unidades estão sob a gestão estadual e municipal. O serviço se tornou referência de associação e regionalização de atendimento à patologia. Atualmente, são responsáveis por realizar mais de 5 milhões de atendimentos por ano, entre diagnósticos, internações, quimioterapias, radioterapias e cirurgias.
- O grande desafio da Rede Hebe Camargo é oferecer um atendimento mais ágil e próximo ao cidadão, evitando o deslocamento dos pacientes em um momento de grande fragilidade que é o do tratamento de um câncer. Isso passou a ser possível, pois além dos investimentos em serviços modernos e qualificados, foi criada uma central única de regulação de vagas.
- A Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), passou a regular os casos oncológicos a partir de 2014. O sistema busca garantir assistência às necessidades imediatas do paciente por meio da equidade do acesso ao SUS. (Decreto nº 56.061 de 2 de agosto de 2010)
- O atendimento primário é feito em uma unidade de saúde da cidade. Caso os exames apresentem indício de câncer, os pacientes são encaminhados a uma instituição especializada por meio da CROSS.
- Somente em 2017, 95% dos agendamentos realizados pela central única de regulação de vagas ocorreram na própria região do solicitante.

CENTRO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

- São Paulo possui um Centro de Referência da Saúde do Homem. Foi o primeiro Estado a criar um centro de saúde com atendimento voltado especialmente para o público masculino.
- Em funcionamento desde 2008, o Centro de Referência da Saúde do Homem é um serviço público voltado para o atendimento especializado de pacientes do sexo masculino. O local funciona nas dependências do Hospital de Transplantes do Estado, na Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 2651 – Jardim Paulista.
- O Centro é referência em tratamento de tumores da próstata, rins e bexiga. Além disso, é referência nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento médico especializado de cálculos renais, hiperplasia prostática benigna, disfunção erétil, doença de peyronie e incontinência urinária.
- Trata-se de um hospital de referência, que recebe pacientes triados previamente e encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros serviços da atenção básica do SUS.
- Conforme o site do Portal de Notícias do Estado SP, atualmente, o hospital considerado o maior centro de saúde especializado na América Latina e referência nacional no tratamento de litíase (cálculo renal) e do aumento benigno da próstata.
- Em média, são realizadas mais de 3 mil consultas e 300 cirurgias por mês.

Fonte: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/conheca-o-centro-de-saude-do-homem-referencia-na-america-latina/>
<http://www.portaldenoticias.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-do-homem-nao-ira-fechar/>

DESTAQUES DOS DADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **INCIDÊNCIA:** Estima-se 14.890 novos casos de CaP no Estado de São Paulo, 22% do total de novos casos do Brasil. Excluindo o câncer de pele não melanoma, é o câncer de maior incidência no Estado, representando 21,4% do total de neoplasias (2018).
- **RISCO:** O risco estimado de 66,12 por 100 mil homens desenvolver o CaP no Estado é muito próximo da média nacional (66,56/100 mil).
- **HOSPITALIZAÇÃO:** A taxa de hospitalização por CaP foi de 35,1 por 100 homens, superior à média nacional (29,7/100 mil) e figurando como a quarta maior taxa de hospitalização por CaP entre os estados brasileiros. Nos últimos 10 anos (2009 a 2018), houve um crescimento de 44,4% no número de hospitalização por CaP no SUS, com a média de 7.113 internações por ano. Semelhante ao perfil nacional, no Estado de São Paulo, 93,6% das internações ocorre entre adultos e idosos de 55 anos e mais, sendo que a concentração é maior entre 60 a 74 anos de idade (59,7%) (2018).
- **ESTADIAMENTO:** A maioria dos casos de CaP, em 2017, foram diagnosticados no Estádio II (55,5%), seguido pelo estágio IV (17,6%). O percentual de diagnósticos no estágio I no Estado (13,4%) é menor do que a média nacional (15,3%). Por outro lado, os diagnósticos em estádios mais avançados (estádios II e IV) é menor no Estado (31,0%) comparado com o Brasil (36,2%). Em 2014, existe um aumento significativo da proporção de diagnóstico no Estádio I (de 3,2% para 12,8%), com concomitante diminuição do Estádio II (de 70,7% para 56,7%), em decorrência da implantação da Rede Hebe Camargo (2013).
- **TRATAMENTO:** A cirurgia (isolada ou acompanhada por outras terapias), é o primeiro tratamento de escolha nos estágios II e III no Estado de São Paulo. Quando se observa os demais estados, este fato não se evidencia, especialmente no estadiamento III onde a hormonioterapia aparece em maior proporção. No Estádio I, a proporção de “nenhum tratamento” adquire maior proporção no Estado comparado aos demais estados. A radioterapia adquire maior proporção no estágio I da doença e no estágio IV a hormonioterapia responde por cerca de 50% dos tratamentos.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **PRIMEIRO TRATAMENTO:** Semelhante ao observado a nível nacional, a “Lei dos 60 dias” não provocou nenhum impacto na redução do tempo entre o diagnóstico do câncer de próstata e o primeiro tratamento. Em 2017, 45,3% dos pacientes iniciam seus tratamentos após o 60 dias. No Estado, em média o paciente espera de 40 a 47 dias para obter o diagnóstico depois da primeira consulta. Para iniciar o tratamento, depois do diagnóstico, espera entre 82 a 88 dias, perfazendo um total de 122 a 134 dias (mais de 4 meses) entre a primeira consulta e o início do tratamento.
- **SOBREVIDA:** Estudo de sobrevida em cinco anos feito no estado de SP (2000-2005), mostrou que no Estádio I a sobrevida é de 95%; no Estádio II é pouco mais de 90%, no Estádio III pouco mais de 80% e no Estádio IV menos de 50% sobrevivem. Pacientes com CaP diagnosticados nos Estádios I e II tem acima de 90% de sobrevida. Este mesmo estudo aponta que a sobrevida é maior nos grupos de 50 a 69 anos, e vai diminuindo à medida que a idade aumenta.
- **MORTALIDADE:** Semelhante ao perfil nacional, a taxa de mortalidade no Estado apresenta tendência de crescimento (12,3/100mil em 2002 e 14,2,1/100 mil em 2017), mantendo-se abaixo da média nacional. O Estado de São Paulo encontra-se no 20º lugar considerando os 27 estados brasileiros (2017). Entre as neoplasias, o CaP apresenta a segunda maior taxa de mortalidade no Estado, sendo superado somente pelo câncer de traquéia, brônquios e pulmões e, diferente no perfil nacional, vem mantendo relativa diferença de valores, sem tendência de assumir a primeira posição.(em 2017, CaP: 14,1/100 mil e CaTBP: 18,9/100 mil).
- **MORTALIDADE PREMATURA:** Diferente da tendência nacional, a taxa de mortalidade prematura (30 a 60 anos) apresenta tendência de declínio no Estado (de 7,5 por 100 mil em 1996 para 6,8/100 mil em 2017).
- **FATORES DE RISCO:**
 - » Idade: atualmente 13,9% da população masculina do Estado é composta por idosos de 60 anos e mais. Até 2030 a população de homens idosos deve crescer cerca de 43% e passará a representar 19% da população masculina do Estado.
 - » Raça: No Estado de São Paulo, apesar de em menor proporção comparado ao Brasil, é grande o peso da raça negra na população (34,6%).
 - » Sobrepeso: conforme dados de 2009, 52% da população idosa tinha sobrepeso.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

SAÚDE DO HOMEM:

- A implantação da PNAISH nos municípios se dá por um lento processo. Apenas 5 municípios do estado participaram da implantação do projeto piloto definido pelo MS, no triênio 2009-2011.
- Apesar do Estado, no PES 2012-2015, dar prioridade ao incentivo e assessoria para a implementação da PNAISH, sua estratégia foi a capacitação dos profissionais de saúde na detecção precoce de doenças e agravos.
- Em 2014, o CES aponta dificuldades em avançar nas políticas de populações vulneráveis específicas, considerando incipientes (incluindo a Saúde do Homem).
- Em 2017, o Estado consegue avaliar somente 280 municípios, em relação ao processo de implantação e operacionalização (menos da metade) e a área técnica da SH foi transferida para a Coordenadoria de Regiões de Saúde, atualizando o quadro de articuladores da SH junto as DRS, podendo ser uma estratégia para acelerar o processo de implantação. Há possibilidade do estado ter no conjunto dos seus 645 município, aqueles que ainda não avançaram na operacionalização da Política, após 19 anos de sua publicação.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

ONCOLOGIA:

- Importante estratégia de reorganização da rede de atenção oncológica é priorizada pelo Estado no período de 2011 a 2019. Dentro desse processo foi criada, em 2013, a Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer e instituída como integrante da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em 2016. Em 2014, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), passa a regular os oncológicos. Dados apontam que em 2017, 95% dos agendamento realizados pela central única de regulação de vagas, ocorreram na própria região do solicitante.
- Houve avanços significativos na atenção oncológica no Estado com a reorganização da Rede, o que pode explicar em parte a melhoria na alteração que ocorre nos dados de estadiamento do CaP. No Gráfico 22 percebe-se que houve um fato no Estado de SP, entre os anos de 2013 e 2014, que provocou o aumento do percentual de diagnóstico no estágio I (de 3,2% para 12,8%), acompanhado da redução do diagnóstico no estágio II (de 70,7% para 56,7%). Apesar de observarmos o mesmo fenômeno nos dados do Brasil, tal fato não aparece de forma tão evidente quando observado os dados do Brasil, excluindo o Estado de São Paulo. Pode-se aferir que houve algum fenômeno específico no Estado SP.
- Em 2008, o Estado de São Paulo foi o primeiro a criar um Centro de Referência da Saúde do Homem, referência em tratamento de tumores da próstata, rins e bexiga.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

CÂNCER DE PROSTATA:

- A avaliação de Monitoramento das ações do Programa Câncer de Próstata de 2016 (INCA), traz que o estado de SP tem a melhor utilização das consultas com urologista (80% entre o programado e o realizado), mas para a biopsia de próstata e o exame anatomopatológico, a utilização é inferior a 20%. (Tabela 7)
- Muito provavelmente o CaP não está integrado aos diversos programas: Oncologia, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, dentre outros.

DCNTs: As ações são voltadas apenas ao acompanhamento parcial (65%) dos municípios com projetos de Promoção à Saúde aprovados pelo MS.

POPULAÇÃO NEGRA: o estado priorizou dentro da Política de Atenção Integral a População Negra, de 2012 a 2019, o seu aprimoramento, tendo como foco monitorar e analisar o quesito raça/cor de cinco sistemas de informação do SUS (SIH, SIM, SINAN, SIA/APAC e Sistema de Cadastro de Transplante do Estado), bem como a publicação dar análise de dados estatísticos levantados junto aos diversos sistemas de informação em saúde com objetivo de garantir a visibilidade das necessidades de saúde dos diferentes grupos étnico raciais da população e o desenvolvimento de um sistema de indicadores para monitoramento e avaliação dessa importante política.

SAÚDE DO IDOSO: destaque para a organização e qualificação da rede de atenção e na elaboração e implantação da Linha do Cuidado do Idoso (HAS e DM) em 5 regiões, para o período de 2012 a 2019. Evidenciando a possível ausência de integração com a PNAISH.

PLANO DE SAÚDE ESTADUAL: disponibilizado em versão preliminar PARA 2020-2023, com novo formato, sendo possível identificar objetivo geral direcionado à redução da mortalidade por DCNTs. Não há nenhum objetivo ou meta específicos sobre a saúde do homem. E, com relação à oncologia, foca apenas em câncer de mama e colo do útero.

ODS – Agenda 2030 x RAG: É interessante que o Relatório Anual de Gestão de 2018 identifica as metas que tem relação com os ODS 3 da saúde e suas metas.

DADOS DO MUNICÍPIO

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Além dos dados do Perfil Epidemiológico e das Políticas Públicas Nacionais já apresentados nesse documento na Esfera Brasil, avaliou-se, no âmbito Municipal:

- Planos Municipais de Saúde (PMS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG).
- Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017-2020.
- Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e estabelecimento da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (PMAISH).
- Destaques da Coordenação de Oncologia do Município (Dr. Luis Fernando Pracchia): 1) Linha de cuidado da RAS/Câncer e 2) Orientações sobre o rastreamento do CaP.
- Rede de Atenção Oncológica Grande São Paulo.



DADOS DO MUNICÍPIO

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde a cada quatro anos, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde – SUS.

Buscando avaliar o tema da saúde do homem e do câncer de próstata, considera-se importante conhecer:

- Plano Municipal de Saúde de 2014-2017
- Plano Municipal de Saúde de 2018-2021

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017 E 2018-2021 (SAÚDE DO HOMEM)

SAÚDE DO HOMEM	2014-2017	2018-2021
<p>Prioridades</p>	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar o acesso da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde. Meta: Organizar a linha de cuidado dos principais agravos urológicos não oncológicos. Fomentar, a nível regional, discussões sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH. Meta: Fortalecer a integração de ações e serviços dos diferentes atores da saúde e instâncias de SMS atuantes na Saúde do Homem 	<p>Formular a política municipal de atenção integral à saúde do homem. PROGRAMA DE METAS 2.5* (2017-2020)</p> <p>2.5 LINHA DE AÇÃO: Elaborar e implantar, junto às 6 Coordenadorias Regionais de Saúde, os Planos Regionais de Atenção Integral à Saúde do Homem. Indicador: Nº de Coordenadorias Regionais de Saúde com Plano de Atenção Integral à Saúde do Homem implantado.</p> <p>Metas: (1) Implantar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (Lei 16.540/2016).</p> <p>(2) Realizar grupos de discussão nas US com ou sem equipes de SF para sensibilização e treinamentos para os profissionais da Unidade: Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem.</p> <p>(3) Realizar Fórum Anual do Programa Saúde do Homem para apresentação dos Planejamentos regionais pelas CRS.</p>
<p>Resultados</p>	<p>2017 - Elaboradas 2 Notas Técnicas para subsidiar as linhas de cuidado. As discussões foram interrompidas e a nova meta passou a ser: implantar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de São Paulo - PMAISH (LEI MUNICIPAL EM 2017 APROVA A PMAISH E É ESTABELECIDO O PROGRAMA DE METAS 2017-2020)</p>	<p>2018 - Elaborada e implementada uma planilha para acompanhamento das ações em todas as US c/s ESF;</p> <p>As CRS distribuíram os Guias de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde e Guia do pré-natal do Homem (MS) para subsidiar os grupos de discussão e o trabalho dos profissionais da US;</p> <p>Foram realizadas sensibilizações e reuniões para as ações da PMAISH por todas as CRS. A proposta inicial para 2018. de realização de treinamentos externos para os profissionais de saúde por todas as CRS. foi alterada para grupos de discussão entre os profissionais nas Unidades de Saúde.</p> <p>Fórum Anual da PMAISH programado para novembro foi adiado atendendo as necessidades prioritárias da CAS.</p>

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017 E 2018-2021 (ONCOLOGIA)

Oncologia	2014-2017	2018-2021
Prioridades	<p>Implantar as ações da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no município de São Paulo, conforme a Portaria nº 874 de 16/05/2013, visando requalificar o acesso da população aos recursos de tratamento do câncer</p> <p>Elaborar Norma Técnica, visando a implantação das Linhas de Cuidado para os cinco tipos de câncer mais frequentes no MSP (mama, próstata, colorretal, colo do útero e pulmão).</p>	<p>Ampliar o número de vagas em Oncologia regulada via SIGA em 10% (1.150 novas vagas no quadriênio, ou 287 novas vagas ao ano de 2018 a 2021). Metas: (1) Pautar na Comissão Intergestores Bipartite a liberação dos recursos já solicitados ao Ministério da Saúde, conforme deliberação CIB – 8, de 17/02/2017.</p> <p>(2) Disponibilizar vagas em Oncologia (até outubro de 2018, foram disponibilizadas 6.866 vagas).</p>
Resultados	<p>O Plano de Ação da RAS ONCO do Município de SP e as Linhas de Cuidado para os cânceres de mama, próstata, colorretal, colo do útero e pulmão, foram aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo (CIB) em 17-11-2016 (Deliberação CIB no 71/2016, DOE – 03/12/16 -seção 1 -p.46).</p> <p>A implantação das Linhas de Cuidado para os cinco tipos de câncer mais frequentes no MSP será efetuada através dos Planos Regionais de Educação Permanente para o Enfrentamento das DCNT (Nova Meta Gestão Dória - “Viver mais e melhor”)</p>	<p>2019 - Encaminhado ao Ministério da Saúde, via CIB-SP, 4º Ofício solicitando a liberação de recursos federais em Outubro de 2018. (até 22/01/2019 os recursos federais não foram liberados).</p> <p>Desta feita, via pactuação com a SES-SP, foram ofertadas 2.360 vagas via sistema Estadual CROSS, além de 8.356 vagas via SIGA, de SMS, totalizando 10.716 vagas em Oncologia disponibilizadas em 2018.</p>

PROGRAMA DE METAS DO MUNICÍPIO 2017/2020

O Programa de Metas é um instrumento de planejamento e orçamento exigido pela Lei Orgânica do Município. Nele estão contidas as prioridades da gestão para os quatro anos de mandato, traduzidas em metas, projetos, ações estratégicas e indicadores para cada setor da Administração Pública.

O PMM 2017/2020 apresenta 5 Eixos Temáticos, sendo que um deles está relacionado às DCNTs.

1. Desenvolvimento Econômico e Gestão
2. Desenvolvimento Social
3. Desenvolvimento Humano
4. Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente
5. Desenvolvimento Institucional

Dentro do Eixo Desenvolvimento Social encontra-se o **“Programa Viver Mais e Melhor”** que possui linhas de ação e metas direcionadas à prevenção de DCNTs.

Figura 16 – Linhas de Ação do Programa viver Mais e Melhor

LINHAS DE AÇÃO

- Fortalecer as ações de rastreamento e implantar o monitoramento da abordagem mínima e básica do Programa do combate do Tabagismo nas unidades de saúde, garantindo-as em 100% das unidades.
- Aumentar para 95% o número de Unidade Básicas de Saúde (UBS) que oferecem Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para o combate da inatividade física.
- Ampliar o desenvolvimento de ações individuais e coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável.
- Implantar na Atenção Básica o rastreamento dos fatores de risco para DCNT (dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes tipo II, uso de álcool, obesidade).
- Elaborar e implantar, junto às Coordenadorias de Saúde, os Planos Regionais de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Fortalecer a capacidade de resposta da Atenção Básica no enfrentamento das DCNT por meio de ações de Educação Permanente junto as Coordenadorias de Saúde, com objetivo de elaborar os “Planos Regionais de Educação Permanente para o Enfrentamento das DCNT”.
- Diminuir a mortalidade por insuficiência cardíaca descompensada nas unidades de emergência em 40%.
- Diminuir a mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE) para 10% nas unidades de emergência.
- Diminuir a mortalidade por infarto agudo do miocárdio para 8% nas unidades de emergência.
- Implantar 6 Centros Especializados de Reabilitação - CER.
- Revitalizar 25 Serviços de Reabilitação já existentes, garantindo melhorias na acessibilidade e segurança do paciente, de forma a habitá-los e/ou mantê-los como Centros Especializados de Reabilitação - CER.
- Ampliar em 15% o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPM nos serviços de reabilitação.

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo

PROGRAMA DE METAS DO MUNICÍPIO 2017/2020

Figura 17 – Metas Associadas do Programa viver Mais e Melhor

META(S) ASSOCIADA(S)
<ul style="list-style-type: none">■ Reduzir em 5% a taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas, contribuindo para o aumento da expectativa de vida saudável.■ Transformar São Paulo em uma Cidade Amiga do Idoso, obtendo o selo pleno do Programa São Paulo Amigo do Idoso.■ Aumentar a cobertura da atenção primária à saúde para 70% na cidade de São Paulo.■ Melhorar as condições de acessibilidade em 200 equipamentos públicos existentes.

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo

PROGRAMA DE METAS DO MUNICÍPIO REVISADO 2019/2020

A Prefeitura Municipal de São Paulo apresentou uma revisão programática dos compromissos para o biênio 2019-2020, tendo como base a avaliação criteriosa das ações realizadas considerando o Programa de Metas 2017-2020, bem como dos principais problemas enfrentados pela cidade.

Uma das metas do Programa Viver Mais e Melhor foi modificada após essa revisão:

Meta anterior

- Reduzir em 5% (7 óbitos prematuros em 100.000 residentes) a taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas, contribuindo para o aumento da expectativa de vida saudável.



O documento afirma que a meta anterior “teve seu escopo alterado, com manutenção do seu vínculo temático e possibilidade de mensuração mais precisa e objetiva. A ampliação substancial da rede de pronto atendimento colabora diretamente para a redução da mortalidade precoce, abrangendo um universo maior do que as doenças crônicas”.

META NOVA:

Construir e equipar 12 UPAs.

No Biênio 2017/2018, foram entregues 2 UPAs.

- A nova meta tem como base que o governo municipal possui o posicionamento de que o pronto atendimento fortalecido será capaz de reduzir a mortalidade precoce por DCNTs.
- É importante enfatizar que existe uma complexidade de iniciativas para o enfrentamento da mortalidade por DCNTs, não apenas ações direcionadas ao atendimento à urgência e emergência.

PNAISH - MUNICÍPIO SP

PNAISH - Processo de implantação no município SP

2010 a 2013

Capital se insere no processo de implantação da PNAISH, em 2010, através das Portaria GM/MS nº 1.008/2010, 2.773/2013 e 3.279/2013.

Objetivo: Desenvolver projeto piloto em Unidades de Saúde (UBS ou ESF), integrando a PNAISH às demais políticas e ações em andamento no Município de São Paulo.

Meta: Piloto implantado em 40% das Unidades de Saúde.

2014 a 2015

Processo de implantação da PNAISH com ações previstas no PMS. Foco em facilitar o acesso dos homens através da **Linha de Cuidado para principais agravos urológicos não oncológicos** e que resultou em 2 notas técnicas e algumas discussões no nível regional sobre a política.

2016

Lei Municipal nº 16.540 (31/08/16), instituiu a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (PMAISH), em alinhamento com a PNAISH.

2017

Nova meta com a instituição da PMAISH, que passou a ser: implantar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem nas 6 CRS.

Saúde do Homem ganha força na implantação por ter sido inserida no Programa de Metas de São Paulo 2017-2020 - "Programa Viver Mais e Melhor" como uma das estratégias para prevenção de DCNTs.

2018-2019

Sensibilização para as ações do PMAISH e elaboração de planilha para acompanhamento das ações em todas as US c/s ESF.

As CRS distribuíram os Guias de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde e Guia do pré-natal do Homem (MS) para subsidiar os grupos de discussão e o trabalho dos profissionais da US;

Foram realizadas sensibilizações e reuniões para as ações da PMAISH por todas as CRS.

PMAISH implantadas e em operacionalização nas 6CRS (2018)



POLÍTICA MUNICIPAL ATENÇÃO INTEGRADA DA SAÚDE DO HOMEM - PMAISH

- Lei Municipal nº 16.540 (31/08/16), institui a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (PMAISH), sendo a **diretriz principal a promoção, prevenção e cuidados integrais à saúde dos homens, na faixa etária entre 20 a 59, segundo os 5 eixos de Atenção Integral à Saúde do Homem.**
- **A Área Técnica da Saúde do Homem está vinculada a Coordenação da Atenção Básica,** dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo
- A PMAISH/SP segue a diretriz conforme cinco eixos, que devem trabalhar na Atenção Integral, na “Abordagem Integral”.

Eixos de Atenção Integral à Saúde do Homem

Eixo I – Acesso e acolhimento

Eixo II – Saúde sexual e saúde reprodutiva

Eixo III – Paternidade/Cuidados

Eixo IV – Agravos e doenças prevalentes

Eixo V – Acidentes e violência/álcool/drogas/Saúde mental



PMAISH - EIXO I

EIXO I - ACESSO E ACOLHIMENTO:

- 1. Promover o acesso e acolhimento sob diversas formas de abordar a população masculina para as ações integrais à saúde do homem:** recepção, sala de acolhimento, sala de espera, vacinas; horários alternativos, busca ativa nos espaços “masculinos”, parcerias interinstitucionais, campanhas, consulta de acompanhamento dos filhos, qualquer consulta agendada.
2. Realizar discussões e atividades em cada um dos 5 eixos entre gerências e profissionais nas US.
Realizar atividades e atendimento de atenção integral em “espaços masculinos” e locais de trabalho predominantemente “masculino”. Abordagem integral: busca ativa, consultas e grupos.
3. Estabelecer formas de atendimento e fluxos para agendamento e para o acompanhamento, visando a abordagem integral do parceiro homem nas consultas de pré-natal da mulher.
4. Estabelecer fluxos e conteúdo para o pré-natal do homem e suas formas de abordagem integral em consultas, grupos, atividades externas.
- 5. Agendar consultas e estabelecer fluxos para abordagem integral do homem, realizar atividades de grupo na Unidade de Saúde, nos espaços masculinos, comunidade, escolas, trabalho, universidades.**
6. ACS, equipes Saúde da Família e outros profissionais de saúde: divulgar, orientar e agendar homens parceiros de gestantes para o pré-natal do parceiro. Busca ativa, orientações e atendimentos.
- 7. ACS e equipes Saúde da Família: buscar fatores de risco, primeiros sinais e sintomas, divulgar, orientar e agendar homens para atendimento integral à saúde.** Realizar busca ativa, orientações e atendimentos.

PMAISH - EIXO I

Figura 18 – Complementação do foco do Eixo I - Eixo de Acesso e Acolhimento

I. Acesso e Acolhimento

A Atenção Integral à Saúde do Homem: ações em rede, trabalho planejado, matriciado e colaborativo entre todos.

“Ser homem” (culturalmente, historicamente):

- Competividade, ser corajoso, destemido, poderoso, “violento”, pouco afetivo/não chora/menos afetivo...
- Doença como sinal de fragilidade; resistência a tratamentos e orientações para mudanças de comportamentos/hábitos.
- Julga-se invulnerável (cuidar menos de si e se expor mais às condições, situações de risco/comportamento de risco, agressividade).
- Reconhecer as próprias necessidades, não se cuidar.
- Ser provedor (não criar dificuldades no trabalho); “perda de horas de trabalho/compromisso/cobrança do empregador”
- Dificuldade de acesso aos serviços; marcação consulta, demandas que não são resolvidas em uma consulta.
- Serviços com estratégias que privilegiam crianças, adolescente, mulher e idoso.
- Organização de serviço; acesso e acolhimento para promoção do autocuidado inclusivo ao homem.

Incentivar o homem a procurar a assistência à saúde e estabelecer um vínculo

Evitar o futuro acesso pela atenção especializada

Profissionais de saúde:

Buscar, incluir os homens nas ações dos serviços de saúde em tempo oportuno.

Mapear todas as possibilidades de acesso aos serviços.

Desobstruir e **MANTER DESOBSTRUÍDO** entraves de acesso aos serviços.

Cuidar para que a Linha do Cuidado funcione: organização e garantia dos fluxos entre os diversos serviços assegurando o acesso aos usuários.

Fluxos de cuidado integral à saúde ininterruptos.

UBS (AB) como porta de entrada, ordenadora, coordenadora do cuidado à saúde em rede de atenção na área de abrangência.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

PMAISH - EIXO IV

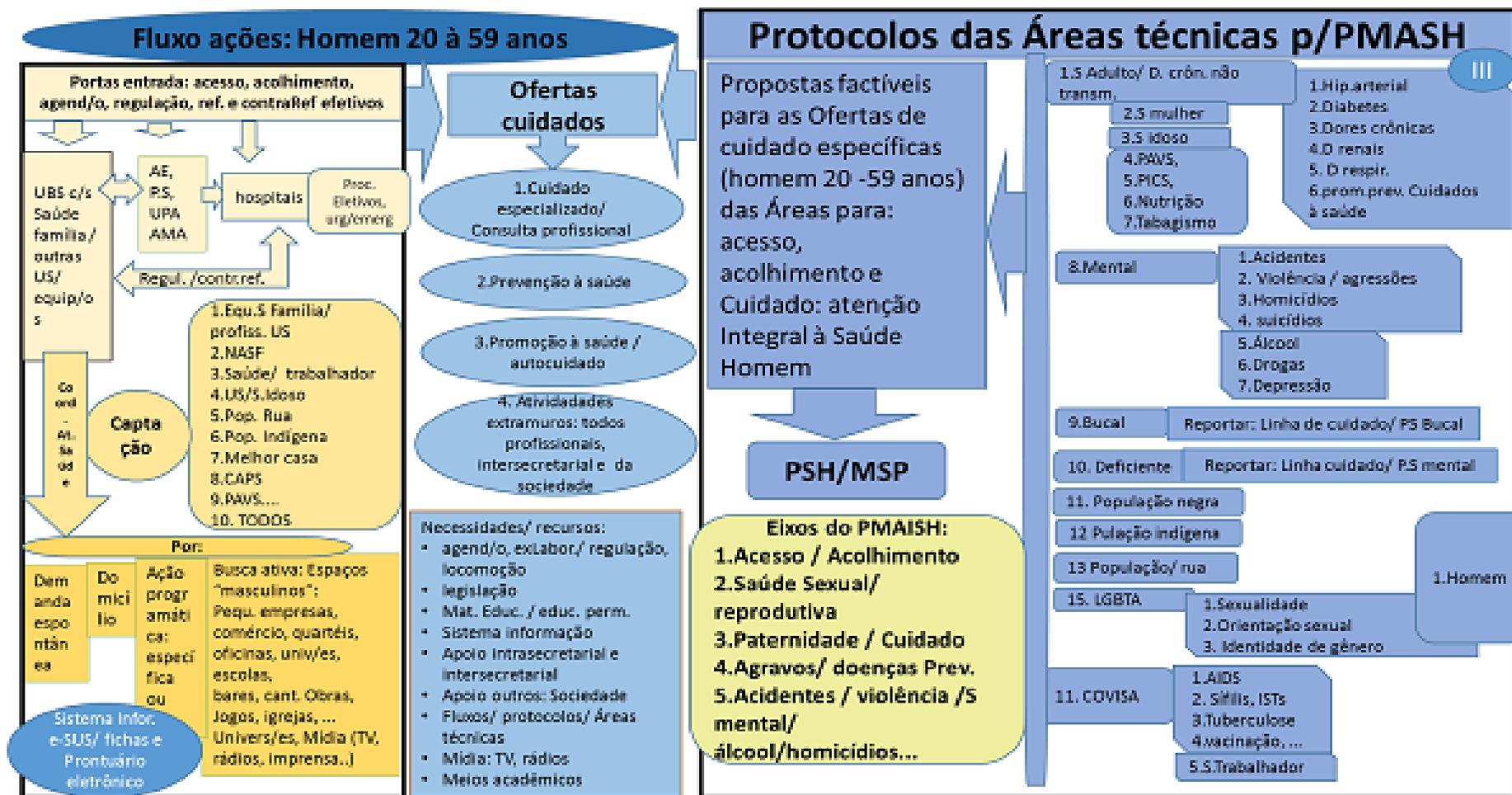
EIXO IV - AGRAVOS E DOENÇAS PREVALENTES

1. Realizar discussões, grupos de estudo entre gerência e profissionais sobre formas de abordagem integral à saúde do Homem para os Agravos e Doenças.
2. Realizar busca ativa e ou atendimento (US, domicílio, trabalho, estabelecimentos de ensino, espaços masculinos, etc..) de **fatores de risco modificáveis** (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo de álcool e drogas).
3. Realizar busca ativa e ou atendimento (US, domicílio, trabalho, estabelecimentos de ensino, espaços masculinos, etc..) dos **primeiros sinais e sintomas** promovendo a abordagem integral para promoção e prevenção à saúde.
4. Realizar busca ativa e ou atendimento (US, domicílio, trabalho, estabelecimentos de ensino, espaços masculinos, etc) para **acompanhamento e cuidados integrais ao doente**.
5. Realizar exames preventivos (verificação de PA, teste rápido de diabetes, antropometria, testes para sífilis, teste para HIV, anemia falciforme, lipidograma, etc).
6. Realizar articulação intrasecretarial, intersecretarial e com entidades afins para as ações integrais à saúde do homem.
7. Realizar a atenção integral que incorporem as questões, vulnerabilidades, especificidades da masculinidade das diferentes etnias e povos: anemia falciforme, hipertensão arterial na **população negra**, outros.

PMAISH INTEGRADA

As ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde da PMAISH ocorrem de forma integrada com as demais Áreas Técnicas da SMS.

Figura 19 – PMAISH e integração das Áreas Técnicas da SMS



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



SMS – DEFINIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA O CaP

O Coordenador da Oncologia da SMS apresentou, em 2019, a Linha de Cuidado para o CaP para o município conforme o quadro abaixo:

Quadro 10 – Linha de Cuidado para o câncer de próstata

NÍVEIS DE ATENÇÃO	AÇÕES EM SAÚDE	AÇÕES E PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS
ATENÇÃO BÁSICA	Promoção	Estímulo para Alimentação Adequada
		Estímulo para Atividade Física
	Prevenção	Tratamento da Obesidade
		Diagnóstico Precoce
MÉDIA COMPLEXIDADE	Diagnóstico Histológico do câncer	Diagnóstico histológico por meio de PSA, USG Próstata, Biópsia de próstata.
ALTA COMPLEXIDADE	Tratamento	Observação/Cirurgia/Hormonioterapia/Radioterapi.

Fonte: Rastreamento do Câncer de Próstata no SUS, Dr. Luis Fernando Pracchia.

SMS – RECOMENDAÇÕES PARA O RASTREAMENTO

O Coordenador da Oncologia da SMS também apresentou, em 2019, as recomendações com relação ao rastreamento do CaP na Atenção, considerando, nesse caso: (1) os fatores de risco para o CaP, (2) os conceitos e orientações da OMS sobre o rastreamento; (3) as fontes utilizadas de recomendações do Ministério da Saúde sobre o rastreamento do CaP seguidos pela SMS.

Quadro 11 – Fatores de Risco para o Câncer de Próstata conforme a SMS

(1) FATORES DE RISCO		
NÃO MODIFICÁVEIS	idade	65% dos casos em homens acima de 65 anos
	hereditário-racial	1 parente de 1º grau com CaP: risco aumentado de 2x
		2 parentes de 1º grau com CaP: risco aumentado 9x
		homens de raça negra tem incidência maior
MODIFICÁVEIS	Sedentarismo	
	Alimentação	
	Obesidade	

Fonte: Rastreamento do Câncer de Próstata no SUS, Dr. Luis Fernando Pracchia.

Quadro 12 – Conceito de rastreamento pela OMS, 2003

(2) RASTREAMENTO PELA OMS: exames de indivíduos assintomáticos com a finalidade de identificar presuntivamente a doença não reconhecida. Pode ser oferecido em três forma diferentes (OMS, 2003). A finalidade de qualquer programa de rastreamento populacional organizado, é a redução da morbimortalidade.	
Rastreamento populacional organizado	Dispensado por meio de planejamento ativo, a pessoas convidadas, tendo como frequência a faixa etária pré-definida.
Rastreamento seletivo (individual)	Modo seletivo para um subgrupo já identificado, com maior risco de ter a doença.
Rastreamento oportunístico	Oferecido de modo oportuno, ao indivíduo que, por outras razões, procurar os serviços de saúde.

Fonte: Rastreamento do Câncer de Próstata no SUS, Dr. Luis Fernando Pracchia.

SMS – RECOMENDAÇÕES PARA O RASTREAMENTO

O Coordenador da Oncologia da SMS também apresenta, em 2019, as recomendações com relação ao rastreamento do CaP na Atenção, considerando, nesse caso: (1) os fatores de risco para o CaP, (2) os conceitos e orientações da OMS sobre o rastreamento; (3) as fontes utilizadas de recomendações do Ministério da Saúde sobre o rastreamento do CaP seguidos pela SMS.

Quadro 13 – Recomendações sobre o rastreamento do CaP seguido pela SMS de São Paulo

(3) RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (Fontes de apoio)
<p>Fonte: Cadernos de Atenção Primária, n.29 - Rastreamento/MS, 2010</p> <p>*O nível de evidência é insuficiente para tecer recomendações a favor ou contra a adoção do rastreamento populacional para o CaP em homens assintomáticos com idade inferior a 75 anos. Não há evidências que essa prática seja eficaz, ou as evidências são pobres e conflitantes e a relação custo-benefício não pode ser determinada</p> <p>*Recomenda-se a não adoção do rastreamento de CaP em homens assintomáticos com idade superior a 75 anos, uma vez que existe nível adequado de evidência mostrando que essa estratégia é ineficaz e que os danos superam os benefícios.</p> <p>* Homens que demandem espontaneamente a realização do exame de rastreamento, devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática e posteriormente definirem em conjunto com a equipe de saúde pela realização ou não do rastreamento.</p>
<p>Fonte: Nota técnica do INCA sobre o rastreamento do câncer de próstata de 2013</p> <p>Por existirem evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, o Instituto Nacional de Câncer mantém a recomendação de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer de próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática.</p>

Fonte: Rastreamento do Câncer de Próstata no SUS, Dr. Luis Fernando Pracchia.

PMAISH – ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

- Em 2017, a SMS lançou um documento de **ESTRATÉGIAS GERAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PMAISH NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**.
- Tem como finalidade apoiar a Rede Municipal de Saúde na implantação da PMAISH, tal como consta no Programa de Metas 2017-2020 da Prefeitura de São Paulo (Eixo - Desenvolvimento Social, Projeto - Viver Mais e Melhor, Linha de Ação 2.5 – Implantar, nas 6 Coordenadorias Regionais de Saúde, a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem).
- É um produto de minucioso processo de análises e discussões na SMS-SP, busca espelhar os desafios a serem enfrentados para a consolidação da atenção em saúde com qualidade para os homens do Município de São Paulo, dando cumprimento à Lei Municipal nº 16.540, de 31 de agosto de 2016.

PMAISH – ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Na implantação da PMAISH alguns alinhamentos são necessários:

- 1) Ações de organização das Redes de Atenção à Saúde nas Coordenadorias Regionais de Saúde, a partir da análise da situação de saúde do território e das necessidades de saúde dos homens, com a identificação dos problemas prioritários que requeiram a implementação de soluções;
- 2) Estabelecimento de ações de Educação Permanente para além do conceito biomédico de doença, ampliando o conteúdo programático para as questões de gênero, masculinidades, populações vulneráveis (negros, indígenas, migrantes, população LGBT, população em situação de rua, população privada de liberdade, idosos, iletrados), entre outras possibilidades;
- 3) Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que representam um importante avanço no sentido da promoção da saúde masculina, propiciando ambientes livres de constrangimento, acolhedores e estruturados para proporcionar melhores condições de trabalho e melhores relações de comunicação: Melhoria contínua dos processos de trabalho, com consequente melhoria da qualidade dos serviços; Estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção vigente, fragmentado e de baixa resolutividade, prescritivo, médico-centrado, focado na queixa-conduta e na dimensão biomédica do processo saúde-doença cuidado; ao invés, apostar na forte articulação entre os profissionais, de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe; Projetos terapêuticos centrado na pessoa; O estabelecimento de comparação entre as atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde (umas com práticas mais consolidadas, outras com práticas incipientes), o que possibilita estabelecer as prioridades de intervenção e a expansão da PMAISH no território; O fortalecimento da integração das equipes da AB com os outros pontos da rede de atenção.
- 4) À implementação de metodologia para monitoramento da implantação da PMAISH e avaliação contínua.

Finalmente, devem ser consideradas as interfaces com as políticas que são transversais à Saúde do Homem, com destaque para a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador.

REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA GRANDE SÃO PAULO

Tabela 11 - Rede de Atenção Oncológica na Grande São Paulo, INCA, atualizado em 2019

Prestadores	Cacon	Unacon	Hospital Geral com cirurgia oncológica
•Centro de Referência da Saúde da Mulher (Unacon)		x	
•Conjunto Hospitalar do Mandaqui (Hospital geral com cirurgia Oncológica)			x
•Hospital do Câncer A. C Camargo/Fundação Antônio Prudente (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica)	x		
•Hospital Central da Santa Casa de São Paulo/Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Unacon com serviços de Hematologia e de Oncologia Pediátrica)		x	
•Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP/Fundação Faculdade de Medicina (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica)	x		
•Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha (Hospital geral com cirurgia Oncológica)			x
•Hospital Heliópolis (Unacon)		x	
•Hospital Infantil Darcy Vargas (Unacon exclusiva de Oncologia Pediátrica)		x	
•Hospital Ipiranga/Unidade de Gestão Assistencial II (Unacon)		x	
•Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa/Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica)	x		
•Hospital Santa Marcelina/Casa de Saúde Santa Marcelina (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica)	x		
•Hospital São Paulo Unidade I/Escola Paulista de Medicina/Unifesp (Cacon)	x		
•Hospital de Transplante do Estado de São Paulo Euryclides de Jesus Zerbini/Hospital Brigadeiro (Unacon com serviço de Hematologia)		x	
•Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC (Unacon com serviço de Radioterapia)		x	
•Instituto de Oncologia Pediátrica/Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer - GRAAC (Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica com Serviço de Radioterapia)		x	
•Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho (Cacon)	x		
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo/SES (Cacon)	x		
	7	8	2

17
prestadores integram a RAO

Fonte: INCA, 2019

DESTAQUES DOS DADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **INCIDÊNCIA:** O município de São Paulo também apresenta o CaP como o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma, com uma estimativa de 4.230 novos casos, representando 28% do total de novos casos do Estado de São Paulo. (2018)
- **RISCO:** Corresponde a um risco estimado de 61,71 por 100 mil, valor acima da média do estado (59,77 por 100 mil) e abaixo da média do Brasil (66,82 por 100 mil).
- **HOSPITALIZAÇÃO:** Nos últimos 10 anos (2009 a 2018), houve um crescimento de 44,4% no número de hospitalização por CaP no SUS, com a média de 1.860 internações por ano. Semelhante ao perfil nacional e estadual, no Município de São Paulo, 93,7% das internações ocorrem entre adultos e idosos de 55 anos e mais, sendo que a concentração é maior entre 60 a 74 anos de idade (59,4%) (2018).
- **ESTADIAMENTO:** os dados da Capital seguem resultados muito parecidos com os encontrados no Estado e no Brasil. A grande maioria dos casos são diagnosticados no Estádio II e a soma dos pacientes diagnosticados no Estádio III e IV continua a chamar atenção.
 - » Em 2017, a maioria dos casos de CaP foram diagnosticados no Estádio II (64,6%), seguido pelo estágio IV (12,7%). O percentual de diagnósticos no estágio I no Município (12,3%) é menor do que a média nacional (15,3%) e estadual (13,4%). Por outro lado, os diagnósticos em estádios mais avançados (estádios III e IV) é menor no Município (23,1%) comparado com o Brasil (36,2%) e com o Estado (31,0%).
- **TRATAMENTO:** Semelhante ao Estado, a cirurgia (isolada ou acompanhada por outras terapias), é o tratamento de escolha nos estágios II e III no município, representando mais de 70% entre os primeiros tratamentos. Quando observamos outros estados, este fato não se evidencia, especialmente no estágio III, onde a hormonioterapia aparece em maior proporção. No Estádio I, a proporção de “nenhum tratamento” adquire maior proporção e no estágio IV a hormonioterapia responde por cerca de 50% dos tratamentos.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - CENÁRIO ATUAL E TENDÊNCIAS

- **MORTALIDADE:** Diferente do perfil nacional e estadual, a taxa de mortalidade do CaP, na Capital, desenha uma tendência de estabilização (13,9/100 mil em 2008 e 14,1/100 mil em 2017), chegando em 2017 abaixo da média nacional (15,0 por 100 mil) e muito próximo da média estadual (14,2/100 mil). Entre as neoplasias, o CaP apresenta a segunda maior taxa de mortalidade no Município, sendo superado somente pelo câncer de traquéia, brônquios e pulmões e, diferente no perfil nacional, vem mantendo relativa diferença de valores, sem tendência de assumir a primeira posição (em 2017 CaP: 14,1/100 mil e CaTBP: 18,9/100 mil).
- **MORTALIDADE PREMATURA:** Diferente da tendência nacional, a taxa de mortalidade prematura (30-60 anos) apresenta tendência de declínio na capital (de 9,4 por 100 mil, em 1996 para 7,2/100 mil 2017).
- **FATORES DE RISCO:**
 - » Idade: até 2030 a população de homens idosos deve crescer cerca de 43% e passará a representar 17,3% da população masculina do município.
 - » Raça: na Capital, apesar de em menor proporção comparado ao Brasil, é grande o peso da raça negra na população (37,0%).
 - » Sobrepeso e Obesidade: no município de São Paulo, 58% dos homens adultos encontram-se com sobrepeso e 18% são obesos (2018).
 - » Atividade Física: apesar da tendência de aumento da prevalência de ativos fisicamente na população masculina do município de São Paulo, a capital detém o menor indicador entre as capitais brasileiras.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

SAÚDE DO HOMEM:

- Em 2016, foi instituída a **Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (PMAISH)**, Lei Municipal nº 16.540 (31/08/16), sendo a diretriz principal a promoção, prevenção e cuidados integrais à saúde dos homens, na faixa etária entre 20 a 59, segundo os 5 eixos de Atenção Integral à Saúde do Homem., em alinhamento com a PNAISH.
- O município descreve um percurso mais ágil na implantação da Saúde do Homem, prevendo em 2021 (PES 2018-2021), ter a PMAISH implantada nas 6 Coordenadorias Regionais de Saúde, com seus respectivos Planos Regionais de Atenção Integral à Saúde do Homem operacionalizados, com equipes das US sensibilizadas e treinadas e com 1 Fórum Anual do Programa da Saúde do Homem para apresentação dos planejamentos regionais pelas CRS, situação quase completada em 2018 (apenas o Fórum Anual, previsto para novembro de 2018, havia sido reprogramado).
- É uma política integrada às demais ações técnicas da SMS, para a faixa etária 20 a 59 anos. As ações de promoção, prevenção e cuidados em saúde da PMAISH, ocorrem de forma integrada com as demais Áreas Técnicas da SMS, orientadas formalmente pelo Fluxograma e apoiados pelos protocolos das áreas técnica com propostas factíveis para as ofertas de cuidado específicas das áreas (populações população negra, indígena de rua, LGBT, DCNT, Mental, deficiente, DST/AIDS, saúde do trabalhador, dentre outras) (conforme site SMS SP). Este avanço identificado na execução da Política no município, em parte, pode ter sido beneficiada pela sua participação no projeto piloto inicial, definido pelo MS (triênio 2009-2011), o qual exigia que o município cumprisse um roteiro de implantação da PNAISH (diagnóstico da condição do homem e plano de ação), considerando sua realidade e orientado para a integração com demais ações em curso nos municípios.

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

- **GUIA DA SAÚDE DO HOMEM:** O guia de Saúde do Homem para o ACS, material disponibilizado pelo MS com subsídio no apoio ao trabalho de campo do ACS, foi adotado pela SMS na implantação da PMAISH. Cabe destacar algumas informações de relevância:
 - » *“O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do INCA de não adoção do rastreamento populacional do câncer de próstata e, sim, da detecção precoce, devendo o exame adequado ser realizado em homens que apresentem sintomas relacionados ao sistema urológico e/ou histórico familiar”.*
 - » *“Os riscos inerentes aos procedimentos devem ser apresentados pela equipe de saúde e exaustivamente discutidos com o paciente, sobretudo, os riscos dos diagnósticos e tratamentos, incluindo a biópsia de próstata.”*
 - » *“Atenção! Não devemos orientar os homens sem sintomas e/ou sem histórico familiar, independente da idade, a buscarem os serviços de saúde para realizarem exames como PSA e toque retal.”*
 - » *“Você sabia que existe a Lei Nº 13.045, de 26 de novembro de 2014, que garante a detecção precoce do câncer de próstata pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?”*

POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

ONCOLOGIA E CÂNCER DE PRÓSTATA:

- Entre 2014-2017, com a implantação da PNPC (Portaria GM/MS nº 874/2013), é desencadeado o processo de requalificar o acesso da população aos recursos de tratamento do câncer e de elaboração de Normas técnicas para a implantação das Linhas de Cuidado, priorizando os 5 tipos de cânceres mais frequentes (mama, **próstata**, colorretal, colo do útero e pulmão).
- Em 2018 a 2021, o esforço está na ampliação do número de vagas em Oncologia regulada via SIGA em 10% (1.150 novas vagas no quadriênio, ou 287 novas vagas ao ano de 2018 a 2021), por meio da liberação de recursos do MS, diante das dificuldades, o aumento de 10.716 novas vagas em 2018, foi possível via pactuação com a SES-SP (2.360 vagas sistema estadual CROSS e 8.356 pelo SIGA).
- Ao todo são 17 unidades que compõem a Rede de Atenção Oncológica na grande SP (7 CACONs, 8 UNACONs e 2 Hospitais Gerais com cirurgia oncológica).
- O Coordenador da Oncologia da SMS, em 2019, apresenta as recomendações em relação ao rastreamento do CaP considerando fatores de risco e inserindo “o homem de raça negra com incidência maior”.

SAÚDE DO HOMEM E DCNTs:

- A Saúde do Homem e as DCNTs compunham o Programa de Metas 2017-2020 do Município de São Paulo, como estratégia para a redução em 5% (7 óbitos prematuros em 100.000 residentes) a taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas, contribuindo para o aumento da expectativa de vida saudável. Entretanto, na revisão do Programa, foram retiradas e substituídos pela construção de UPAS. Isso pode, em parte, reduzir os esforços para uma implantação onde a questão do homem é vista como prioritária para o Município como um todo.

Considerando a tendência de estabilização da mortalidade por CaP na Capital, a implantação da Saúde do Homem de forma integrada com as demais ações da SMS e os avanços na Atenção Oncológica, é possível que São Paulo esteja frente a uma janela de oportunidade, em termos de maior efetividade na prevenção e controle do CaP.

ANEXO INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A seguir, disponibiliza-se documentos e informações complementares que possam auxiliar o debate e reflexões com relação ao cenários do câncer de próstata.

- 1. Resumo das recomendações das sociedades médicas e agências internacionais sobre o rastreamento para o câncer de próstata**
- 2. Tratamento para o câncer de próstata**
- 3. Cuidados Paliativos**
- 4. Campanhas Novembro Azul**



1. RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES DAS SOCIEDADES MÉDICAS E AGÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE O RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

AVALIAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES SOBRE RASTREAMENTO

Observa-se que há uma diferença nas recomendações dos governos, de forma geral, e as sociedades médicas de diferentes partes do mundo.

Dessa forma, para esse estudo, realizou-se o levantamento dessas recomendações de 4 países, levantando as informações do governo local e da sociedade médica local, para um comparativo com o Brasil. Foram levantadas as seguintes orientações:

- CANADÁ: Governo Canadense e Sociedade Canadense de Urologia
- REINO UNIDO: Governo do Reino Unido, Associação Britânica de Cirurgiões Urológicos e Associação Europeia de Urologia
- ESTADOS UNIDOS: Governo Americano e Associação Americana de Urologia
- BRASIL: Sociedade Brasileira de Urologia (as orientações do governo Brasileiro foram levantadas nos slides anteriores - 53, 54 e 55)

CANADÁ - CANADIAN TASK FORCE

O Canadian Task Force em Cuidados de Saúde Preventivos (CTFPHC) é um órgão da Agência de Saúde Pública do Canadá que desenvolve as diretrizes clínicas que apoiam os serviços de atenção básica na realização dos cuidados de saúde preventivos.

RECOMENDAÇÕES DO GOVERNO CANADENSE

- **Para homens com menos de 55 anos, recomenda-se não fazer o rastreamento do câncer de próstata com PSA. (Forte recomendação; evidência de baixa qualidade)**

O CTFPHC baseou essa recomendação considerando a baixa incidência e mortalidade por CaP, e pela falta de evidências de benefício do rastreamento nessa faixa etária, bem como na evidência de danos. A forte recomendação implica que o CTFPHC está confiante de que os danos do rastreio e os exames/tratamentos subsequentes superam os benefícios.

- **Para homens de 55 a 69 anos, recomenda-se não rastrear o CaP com PSA. (Recomendação fraca; evidência de qualidade moderada)**

O CTFPHC atribuiu um valor relativamente baixo considerando um pequeno e incerto potencial da redução do risco de mortalidade por CaP e um valor relativamente maior no risco de danos associados ao diagnóstico e tratamento devido a um falso positivo e sobrediagnósticos. overdiagnoses.

A fraca recomendação, contra o rastreamento, implica que os danos do rastreamento e dos exames/tratamentos subsequentes, provavelmente superam os benefícios, mas existe incerteza.

- **Para homens com 70 anos ou mais, recomenda-se não rastrear o câncer de próstata com PSA (Forte recomendação; evidência de baixa qualidade)**

O CTFPHC baseou essa recomendação considerando uma menor expectativa de vida e a falta de evidências dos benefícios do rastreamento nessa faixa etária, bem como na evidência de danos. A forte recomendação implica que o CTFPHC está confiante de que os danos de rastreio e os exames/tratamentos subsequentes superam os benefícios.

CANADÁ - CANADIAN TASK FORCE

ESTUDO CANADENSE

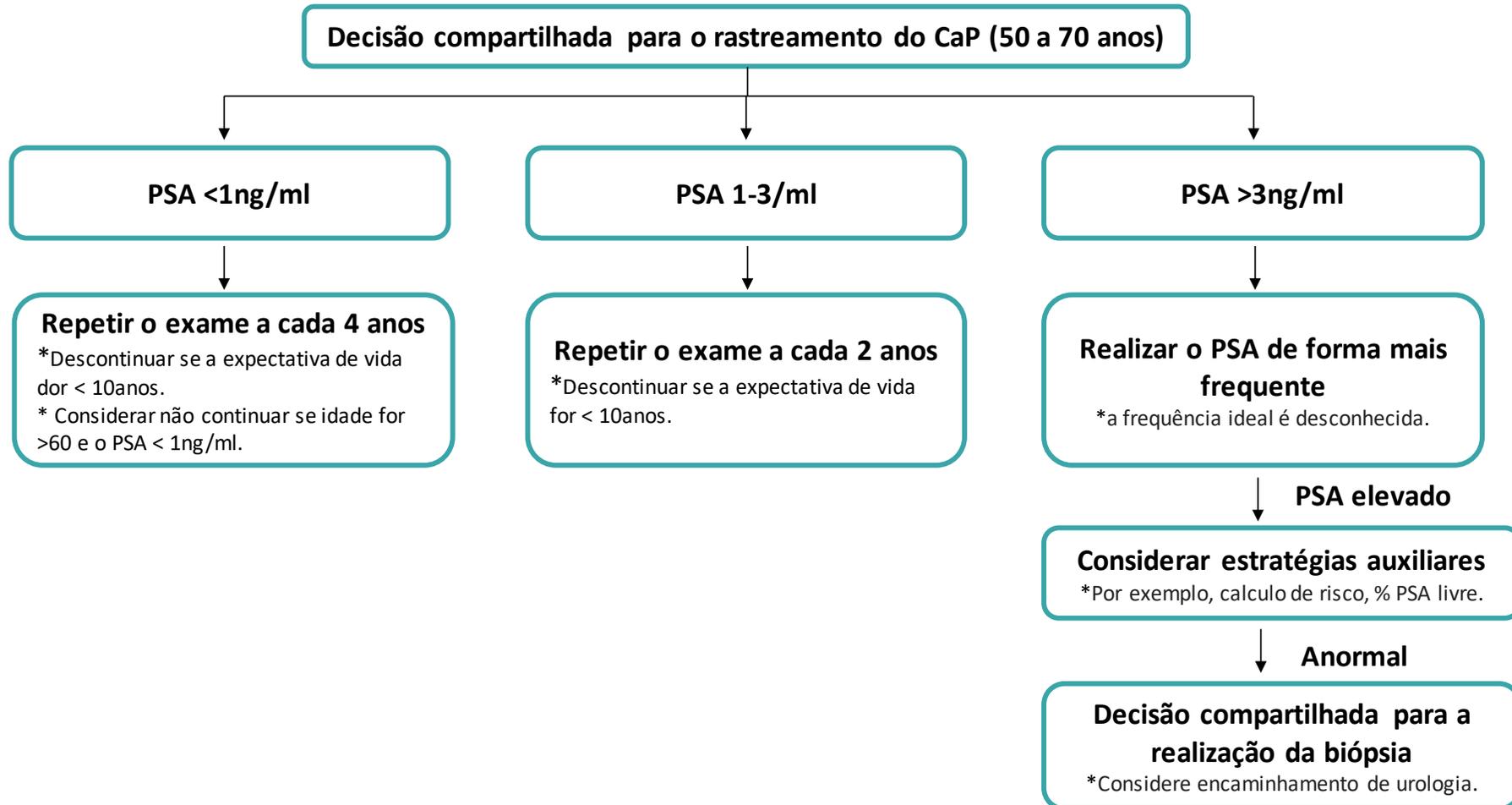
Realizaram o rastreamento em 1.000 homens entre 55 a 69 anos, rastreados por um período de 13 anos e com um limiar de PSA de 3ng/ml. Resultados:

- 720 homens terão resultado negativo para PSA
- 178 homens com PSA positivo nos quais os testes de acompanhamento não identificam CaP, sendo que 4 desses apresentaram complicações da biópsia.
- 102 homens serão diagnosticados com CaP, sendo que 33 deles não ficarão doentes ou não morrerão; 5 irão morrer de CaP apesar do rastreamento e 1 homem irá escapar da morte por ter realizado o rastreamento.

Fonte: Canadian Task Force - <https://canadiantaskforce.ca/prostate-cancer-guideline-presentation/> e <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/prostate-cancer/>

CANADÁ - SOCIEDADE CANADENSE DE UROLOGIA

Figura 20 – Percurso para o rastreamento do CaP segundo a Sociedade Canadense de Urologia



Fonte: Canadian Urological Association - <https://www.cua.org/themes/web/assets/files/4888.pdf>



CANADÁ - SOCIEDADE CANADENSE DE UROLOGIA

MELHORES PRÁTICAS PARA O RASTREAMENTO

- Para os homens que optam por fazer a triagem de PSA, inicia-se o teste de PSA aos 50 anos na maioria dos casos. Inicia-se o teste de PSA aos 45 anos de idade em homens com risco aumentado de câncer de próstata (ou seja, histórico familiar, homens negros).
- Homens com fatores de risco podem se beneficiar da triagem PSA em idade precoce. Para homens com mutações conhecidas da linha germinativa associadas ao desenvolvimento do CaP, uma estratégia de teste individualizada após consulta com um geneticista clínico é o mais apropriado.

Para homens que decidem realizar o rastreamento com PSA

Intervalos entre os exames deve ser individualizado baseado nos níveis de PSA anteriores

- Para homens com PSA < 1ng/ml, repetir o PSA a cada 4 anos.
- Para homens com PSA 1-3ng/ml, repetir o PSA a cada 2 anos.
- Para homens com PSA >3ng/ml, considerar realização mais frequente de PSA ou estratégias auxiliares.

A idade para interromper o rastreamento deve ser baseado no nível atual de PSA e na expectativa de vida

- Para homens com 60 anos com PSA <1ng/ml, considerar descontinuar o rastreamento.
- Para todos os outros homens, descontinuar o rastreamento aos 70 anos.
- Para homens com expectativa de vida de <10 anos, descontinuar o rastreamento.

- Quando os níveis basais de PSA aumentam acima de 1 ng/ml, o risco a médio prazo de desenvolver CaP aumenta substancialmente. 2-4 Recomenda-se que os médicos levem em consideração o estado geral da saúde do paciente e riscos concorrentes de mortalidade para avaliar se realiza ou não os testes de PSA

CANADÁ - SOCIEDADE CANADENSE DE UROLOGIA

RASTREAMENTO POR PSA

- Oferecer rastreio de PSA para homens com expectativa de vida >10 anos. A decisão de prosseguir ou não a triagem do PSA deve ser com base na tomada de decisões compartilhada após a discussão dos possíveis benefícios e malefícios associados ao rastreamento.
- Com base nas evidências atuais, o rastreamento populacional organizado do PSA parece resultar em uma redução na mortalidade por CaP; no entanto, a Sociedade Canadense reconhece que esse rastreamento pode não ser a melhor opção para todos os homens, e os profissionais de saúde devem discutir os riscos e benefícios do rastreamento com seus pacientes

DECISÃO DE REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA

- Homens submetidos ao rastreamento devem estar envolvidos na tomada de decisão em relação à biópsia da próstata. A decisão de realizar uma biópsia deve ser com base na discussão das melhores evidências para estimar o risco para CaP agressivo (opinião de especialistas).
- O PSA deve ser repetido e confirmado antes de prosseguir com a biópsia. A decisão deve levar em consideração vários fatores, incluindo o nível de PSA, resultados de testes complementares ou cálculos de risco, comorbidades concorrentes e preferências dos pacientes.

ESTRATÉGIAS AUXILIARES PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CaP

- Ressonância magnética multiparamétrica da próstata seguida por biópsia guiada
- PSAV – Velocidade do Antígeno Prostático Específico
- PSAD - Densidade do Antígeno Prostático Específico
- Porcentagem de PSA Livre
- Biomarcadores
- Calculadora de risco

REINO UNIDO - NATIONAL HEALTH SERVICE

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) é o sistema público de saúde do Reino Unido.

O Reino Unido não recomenda o rastreamento por PSA.

- Informa que não existe um programa de rastreamento de câncer de próstata no Reino Unido e isso ocorre porque não foi provado que os benefícios superariam os riscos.
- Ao invés de um programa nacional de rastreamento, afirmam que existe um programa de escolha com informação chamado Gerenciamento de Risco de Câncer de Próstata, para homens saudáveis com 50 anos ou mais que perguntam ao seu médico sobre os testes de PSA. O objetivo é fornecer aos homens boas informações sobre os prós e contras de um teste PSA.
- Nesse programa, se um homem mais 50 anos ou mais decidir realizar os exames de PSA, após falar com seu médico, é possível realizar o exame do sistema de saúde. Se o resultado apresentar um PSA elevado, serão realizados mais exames.

REINO UNIDO – BRITISH ASSOCIATION OF UROLOGICAL SURGEONS

A BAUS não apresenta informações em seu site sobre as suas recomendações com relação ao rastreamento do CaP.

Por outro lado, apresentam um posicionamento com relação ao NHS.

Afirmam que a BAUS está extremamente preocupada com os dados das instituições que mostram que um número significativo de homens que solicitam o exame PSA, tem a sua realização recusada pelo seu médico.

REINO UNIDO – EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY

Recomendações fortes:

- Não submeta os homens ao exame de PSA sem aconselhamento sobre os potenciais riscos e benefícios.
- Ofereça uma estratégia individualizada e adaptada ao risco para detecção precoce a um homem com um bom status de desempenho e expectativa de vida de pelo menos de dez a quinze anos.
- Ofereça testes iniciais de PSA em homens bem informados e com alto risco de ter PCa:
 - » Homem > 50 anos de idade
 - » Homem > 45 anos e com histórico de CaP na família
 - » Homem afrodescentente >45 ano de idade
- Interromper estratégia com base na expectativa de vida e nas condições de saúde. Homens com uma expectativa de vida de menos de 15 anos, não irá se beneficiar.

Recomendação fraca:

Oferecer uma estratégia adaptada ao risco (com base no nível inicial do PSA), com intervalos de acompanhamento de dois anos para aqueles inicialmente em risco:

- Homem com nível de PSA >1ng/mL aos 40 anos de idade
- Homem com nível de PSA >2ng/mL aos 60 anos de idade

Adie o seguimento por oito anos nas pessoas que não correm risco.

Fonte: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-ESUR-ESTRO-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-large-text-V2.pdf>



EUA – USPSTF E CDC

O U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF e o Center for Disease Control and Prevention – CDC do governo americano, possuem a seguinte recomendação:

Homens de 55 a 69 anos

- A decisão de realizar um rastreamento periódico do CaP com base no PSA deve ser individual.
- Homens devem ter a oportunidade de discutir os possíveis benefícios e malefícios do rastreio com seu médico e incorporar seus valores e preferências na decisão.
- O rastreamento oferece um pequeno benefício potencial de reduzir a chance de morte por câncer de próstata em alguns homens. No entanto, muitos homens vivenciam possíveis danos ao realizar o rastreamento, incluindo resultados falso-positivos que exigem a realização de exames adicionais e, possivelmente, realização da biópsia da próstata; sobrediagnóstico e tratamento excessivo; e complicações do tratamento, como incontinência e disfunção erétil.
- Ao determinar se o rastreamento é apropriado, os pacientes e os médicos devem considerar o equilíbrio de benefícios e malefícios com base no histórico familiar, raça/etnia, condições médicas comórbidas, valores do paciente sobre os benefícios e malefícios do rastreamento e resultados do tratamento, e outras questões de saúde.
- Os médicos não devem rastrear homens que não expressem uma preferência pelo rastreamento.

Homens + 70 anos

- Contra o rastreamento por PSA

EUA – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE UROLOGIA

Homens abaixo de 40 anos - Não recomenda.

Nesse grupo etário, existe uma baixa prevalência de CaP clinicamente detectável, nenhuma evidência demonstrando benefício do rastreamento e provavelmente os mesmos danos ao rastreamento que em outros grupos etários.

Homens > 40 e < 55 anos e com risco médio - Não recomenda o rastreamento de rotina. As decisões sobre o rastreamento devem ser individualizadas. Rastreamento para homens negros e com parentes com câncer de próstata, mama, ovário e pâncreas.

Aqueles em maior risco podem incluir homens de raça afro-americana; e aqueles com histórico familiar de adenocarcinomas metastáticos ou letais (por exemplo, próstata, câncer de mama masculino e feminino, ovário, pancreático) abrangendo várias gerações, afetando vários parentes de primeiro grau e que se desenvolveram em idades mais jovens.

Homens > 55 e < 70 anos - Decisão conjunta com o paciente

Reconhece que a decisão de se submeter à triagem de PSA envolve a ponderação dos benefícios da redução da taxa de CaP metastático e prevenção da morte por CaP contra os possíveis danos conhecidos associados ao rastreamento e tratamento.

- O maior benefício do rastreamento parece ser em homens com idades entre 55 e 69 anos.
- Várias abordagens subsequentes ao PSA (como biomarcadores urinários e séricos, imagens, calculadoras de risco) estão disponíveis para identificar homens com maior probabilidade de abrigar um CaP/ou com fenótipo agressivo. O uso de tais ferramentas pode ser considerado em homens com um nível de PSA suspeito para informar as decisões de biópsia da próstata.

Homens > 70 – Depende 1) expectativa de vida 10-15 anos – não se recomenda e 2) excelente saúde - pode se beneficiar do rastreamento.

Para reduzir os danos do rastreamento, um intervalo de triagem de rotina de dois anos ou mais pode ser preferido em relação à triagem anual nos homens que participaram da tomada de decisão compartilhada e decidiram fazer a triagem. Em comparação à triagem anual, espera-se que os intervalos de triagem de dois anos preservem a maioria dos benefícios e reduzam o diagnóstico em excesso e os falsos positivos. Além disso, os intervalos podem ser individualizados por um nível de PSA da linha de base.

BRASIL- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

A Sociedade Brasileira de Urologia publicou em Setembro de 2018 uma [nota oficial](#) com seu posicionamento sobre o CaP. Ressalta-se abaixo os principais pontos:

- O rastreamento universal de toda população masculina (sem considerar idade, raça e história familiar) **apresenta controvérsias, pois pode diagnosticar, entre outros, câncer de próstata de baixa agressividade**, que não necessita de tratamento, cujos pacientes são submetidos a biópsias, que têm potencial de complicações (infecção local), e, eventualmente, tratamentos radicais com potencial impacto na qualidade de vida.
- **Individualizar a abordagem é fundamental neste sentido**. A identificação de pacientes com risco de desenvolver a doença de forma mais agressiva, por meio de parâmetros clínicos ou laboratoriais, pode ajudar a individualizar a indicação e frequência do rastreamento. Entre diversos fatores, **a idade, a raça e a história familiar apresentam-se como os mais importantes**. Análise recente de dois estudos avaliando tardiamente os resultados quanto à mortalidade câncer-específica mostra vantagem a favor desses programas com diminuição da taxa de mortalidade de 25% a 31% (estudo ERSPC) e de 27% a 32% (estudo PLCO) em comparação aos pacientes que não foram randomizados.
- **As consequências da equivocada resolução da U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, EUA, 2011), contrária ao rastreamento sistemático, começam a aparecer**. Trabalho apresentado no “2015 Genitourinary Cancers Symposium” provocou ainda mais discussão sobre o tema e reforçou o papel do rastreamento. Foram avaliados retrospectivamente 87.562 novos casos diagnosticados entre 2003 e 2013 em 150 instituições nos EUA. **Demonstrou-se que após a recomendação da U.S. Preventive Services Task Force houve aumento de 3% ao ano no diagnóstico de tumores de risco intermediário e de alto risco**. Outra publicação recente mostrou redução no número de diagnósticos de tumores agressivos, o que cria preocupação de que o diagnóstico tardio em casos de câncer de próstata de alto risco possa acarretar maior impacto para a saúde pública e resultados oncológicos no futuro.
- **A Sociedade Brasileira de Urologia mantém sua recomendação de que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada. Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. O rastreamento deverá ser realizado após ampla discussão de riscos e potenciais benefícios, em decisão compartilhada com o paciente. Após os 75 anos, poderá ser realizado apenas para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.**

RESUMO DAS ORIENTAÇÕES

Quadro 14 – Resumo das recomendações sobre o rastreamento do CaP segundo os governos e sociedades médicas do Canadá, EUA, Reino Unido e Brasil.

Instituição	Recomendação
Governo canadense (CTFPHC)	<ul style="list-style-type: none"> Não recomenda o rastreamento em nenhuma idade
Sociedade Canadense de Urologia	<p>Decisão compartilhada para o rastreamento do CaP</p> <ul style="list-style-type: none"> Homens 50 – 70 anos com PSA <1ng/ml → Repetir o exame a cada 4 anos (Descontinuar se a expectativa de vida for < 10anos; Considerar não continuar se idade for >60 e o PSA < 1ng/ml.) Homens 50 – 70 anos com PSA 1-3/ml → Repetir o exame a cada 2 anos (Descontinuar se a expectativa de vida for < 10anos.) Homens 50 – 70 anos com PSA >3ng/ml → Realizar o PSA de forma mais frequente, porém a frequência ideal é desconhecida. Se PSA elevado, considerar estratégias auxiliares. E, se anormal, decisão compartilhada para a realização da biópsia. Homens com risco de CaP aumentando, devem seguir essa lógica a partir dos 45 anos de idade (ou seja, histórico familiar, homens negros).
Governo Reino Unido (NHS)	<ul style="list-style-type: none"> Não recomenda o rastreamento. <p>Informam haver o Programa de Gerenciamento de Risco de CAP para homens saudáveis com 50 anos ou mais que perguntam ao seu médico sobre os testes de PSA. O objetivo é fornecer informações sobre os prós e contras de um teste PSA.</p>
Sociedade Europeia de Urologia	<ul style="list-style-type: none"> Não submeter homens ao PSA sem aconselhamento sobre os riscos e benefícios. Deve ser individualizada e adaptada ao risco para detecção precoce a um homem com bom status de desempenho e expectativa de vida de 10 a 15 anos. Se for decidido realizar, indica-se o exame de PSA: → Homens > 50 anos de idade / → Homens > 45 anos com histórico de CaP na família ou afrodescendente
Governo Americano	<ul style="list-style-type: none"> Homens de 55 a 69 anos → A decisão deve ser individualizada e deve-se discutir os possíveis benefícios e malefícios, considerando os fatores de risco de histórico familiar, raça/etnia, condições médicas comórbidas, valores do paciente sobre os benefícios e malefícios do rastreamento e resultados do tratamento, e outras questões de saúde. Os médicos não devem rastrear homens que não expressem uma preferência pelo rastreamento. Homens > 70 anos → Contra o rastreamento por PSA.
Associação Americana de Urologia	<ul style="list-style-type: none"> Homens < 40 anos - Não recomenda Homens 40-55 anos e com risco médio - Não recomenda o rastreamento de rotina. Abordagem individualizada, indicado o screening para negros e homens com parentes com CA (próstata, mama, ovário e pâncreas). Homens 55-70 - Decisão conjunta com o paciente (indicam essa faixa etária como maior beneficiada pelo rastreio). E indicam abordagens subsequentes ao PSA (como biomarcadores urinários e séricos, imagens, calculadoras de risco) Homens > 70 → se expectativa de vida 10-15 anos – não se recomenda / → se excelente saúde - pode se beneficiar do rastreamento.
Governo Brasileiro (MS e INCA)	<p>o Brasil não adota o rastreamento populacional, mas adota o rastreamento oportunístico. (lei 10.289/2001 - PNCC e Portaria 498/2016 - DDT CaP). Existe orientação para a realização do rastreamento oportunístico (50 a 70 anos) para homens que demandam os serviços, a partir de decisão compartilhada (Consenso da PNCCaP, 2002).</p>
Sociedade Brasileira de Urologia	<p>O rastreamento deverá ser realizado após ampla discussão de riscos e benefícios, em decisão compartilhada com o paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> homens > 50 anos, devem procurar profissional especializado para avaliação individualizada. Aqueles da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. Após os 75 anos, poderá ser realizado apenas para aqueles com expectativa de vida acima de 10 anos.

2. TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

TRATAMENTO DO CaP POR ESTÁDIO

Conforme os estudos até o momento, de forma geral segue-se a seguinte indicação do Quadro 14 e 15 para o tratamento do CaP conforme o Estadio:

Quadro 15 - Indicação de tratamento para o CaP

Estadio	Tratamento
Câncer de Próstata Localizado (estadio I e II)	Observação vigilante
	Cirurgia (Prostatectomia radical) * Via aberta/ Via robótica/Via laparoscópica
	Radioterapia * Externa -EBRT (com ou sem hormonioterapia)/Braquiterapia
	Hormonioterapia (Terapia de deprivação androgênica - ADT) * Castração cirurgica (Orquiectomia)/Castração química (Farmacológica)
Câncer de Próstata Localmente Avançado (estadio III e IVA)	Cirurgia (Prostatectomia radical) * Via aberta/ Via robótica/Via laparoscópica
	Radioterapia (se paciente já tiver realizado a cirurgia) * Externa - EBRT (com ou sem hormonioterapia)
	Hormonioterapia (Terapia de deprivação androgênica - ADT) * Castração cirurgica (Orquiectomia)/Castração química (Farmacológica)
Câncer de próstata metastático (estadio IVB)	Hormonioterapia (Terapia de deprivação androgênica - ADT) * Castração cirurgica (Orquiectomia)/Castração química (Farmacológica)
	Quimioterapia
	Imunoterapia
	Agentes direcionados para tratar as metástases ósseas
	Medicina Nuclear

Fonte: IVOC



TRATAMENTO DETALHADO - CaP METASTÁTICO

Quadro 16 - Indicação de tratamento para o CaP metastático

Tratamento câncer de próstata metastático
Se paciente ainda não foi submetido à Terapia de <u>deprivação androgênica</u> ADT ou forma “hormônio-sensível” (CPHSm)
ADT
ADT + Abiraterona (novos agentes antihormonais) + Prednisona/Metilprednisolona
ADT + <u>Enzalutamida</u> (novos agentes antihormonais)
ADT + <u>Apalutamida</u> (novos agentes antihormonais)
ADT + <u>Docetaxel</u> (quimioterapia)
Se paciente já foi submetido à <u>deprivação androgênica</u> (ADT) e é “castração-resistente” (CPRCm)
ADT contínuo, não suspender
Se ausência de metástases:
ADT + <u>Enzalutamida</u> (novos agentes antihormonais)
ADT + <u>Apalutamida</u> (novos agentes antihormonais)
ADT + <u>Darolutamida</u> (novos agentes antihormonais)
Se presença de metástases:
ADT + Docetaxel ou Cabazitaxel (quimioterapia)
ADT + Rádio233, se apresentar metástases ósseas sem metástases viscerais.
ADT + Abiraterona (novos agentes antihormonais) + Prednisona/Metilprednisolona ou ADT + Enzalutamida
ADT + Rádio233, se apresentar metástases ósseas sem metástases viscerais.
ADT + <u>Pembrolizumab</u> (imunoterápico) se apresentar MSI-H (instabilidade de microssatélite de alto grau) ou <u>dMMR</u> (deficiência de proteínas de reparo do DNA)

Fonte: IVOC

TERAPIAS DISPONÍVEIS NO MUNDO

Ao realizar um levantamento das terapias disponíveis para tratamento, observa-se uma diferença o que é disponibilizado no mundo e no Brasil. Nota-se, também, uma diferença na disponibilidade dessas terapias na saúde suplementar e no sistema público de saúde.

Terapias disponíveis para o tratamento do câncer de próstata no mundo

- ADT: Orquiectomia
- ADT: Goserrelina, Leuprolida, Degarelix
- Bloqueadores androgênicos periféricos: Bicalutamida, Flutamida
- Novos agentes antihormonais:
 - » Abiraterona
 - » Enzalutamida
 - » Apalutamida
 - » Darolutamida
- Quimioterápicos:
 - » Docetaxel
 - » Cabazitaxel
 - » Carbo e Cisplatina
 - » Mitoxantrone
- Radiofármacos:
 - » Rádio-223
 - » LuPSMA
 - » Samário
- Imunoterápicos:
 - » Sipuleucel-T
 - » Pembrolizumabe
- Terapia Alvo (Inibidores de PARP):
 - » Olaparibe

TERAPIAS DISPONÍVEIS NO BRASIL

Terapias aprovadas pela ANVISA para o tratamento do câncer de próstata no BRASIL

- ADT: Orquiectomia
- ADT: Goserrelina, Leuprolida, Degarelix
- Bloqueadores androgênicos periféricos: Bicalutamida, Flutamida
- Novos agentes antihormonais:
 - » Abiraterona
 - » Enzalutamida
 - » Apalutamida
 - » Darolutamida
- Quimioterápicos:
 - » Docetaxel
 - » Cabazitaxel
 - » Carbo e Cisplatina
 - » Mitoxantrone
- Radiofármacos:
 - » Rádio-223
 - » **LuPSMA**
 - » Samário
- **Imunoterápicos:**
 - » **Sipuleucel-T**
 - » **Pembrolizumabe**
- **Terapia Alvo (Inibidores de PARP):**
 - » **Olaparibe**

TERAPIAS DISPONÍVEIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Terapias disponíveis para o tratamento do câncer de próstata NA SAÚDE SUPLEMENTAR

- ADT: Orquiectomia
- ADT: Goserrelina, Leuprolida, Degarelix
- Bloqueadores androgênicos periféricos: Bicalutamida, Flutamida
- Novos agentes antihormonais:
 - » Abiraterona
 - » Enzalutamida
 - » **Apalutamida**
 - » **Darolutamida**
- Quimioterápicos:
 - » Docetaxel
 - » Cabazitaxel
 - » Carbo e Cisplatina
 - » Mitoxantrone
- Radiofármacos:
 - » Rádio-223
 - » **LuPSMA**
 - » Samário
- **Imunoterápicos:**
 - » **Sipuleucel-T**
 - » **Pembrolizumabe**
- **Terapia Alvo (Inibidores de PARP):**
 - » **Olaparibe**

TERAPIAS DISPONÍVEIS NA ATENÇÃO PÚBLICA

Terapias disponíveis para o tratamento do câncer de próstata NA ATENÇÃO PÚBLICA

- ADT: Orquiectomia
- ADT: Goserrelina, Leuprolida, **Degarelix**
- Bloqueadores androgênicos periféricos: Bicalutamida, Flutamida
- Novos agentes antihormonais:
 - » Abiraterona
 - » **Enzalutamida**
 - » **Apalutamida**
 - » **Darolutamida**
- Quimioterápicos:
 - » Docetaxel
 - » **Cabazitaxel**
 - » Carbo e Cisplatina
 - » Mitoxantrone
- Radiofármacos:
 - » **Rádio-223**
 - » **LuPSMA**
 - » Samário
- Imunoterápicos:
 - » **Sipuleucel-T**
 - » **Pembrolizumabe**
- ~~Terapia Alvo (Inibidores de PARP):~~
 - » **Olaparibe**

3. CUIDADOS PALIATIVOS – CP

- **Conceito (OMS, 2002 reafirmada em 2017):** abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais.
- Não centra na questão de ser ou não curável (fato irrelevante). Mas sim na indicação para pessoas (adultas ou crianças), que têm uma doença que ameace a vida. A abordagem de CP foca no sofrimento, independe do prognóstico.
- Não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo o campo de atuação. Não se fala, também, em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.
- Um estudo demonstrou que o CP é capaz de melhorar, significativamente, a qualidade de vida, melhorar controle dos sintomas e reduzir custos (Revista Jama Estudo de 2017). Ou seja, técnicas de CP agregam valor ao sistema de saúde, pois aumentam a qualidade da assistência com a redução de custos.
- Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com estas competências. E também pode ser aplicado por equipes especializadas, que podem atuar nos mais diferentes cenários, como o hospital, o ambulatório ou o domicílio.
- A OMS estima que **apenas 14% das pessoas que precisem de cuidados paliativos os recebam e que, pelo menos, 80% dos pacientes com câncer terminal necessitem de cuidados paliativos, sendo eles especialmente importantes nas localidades em que grande proporção de pacientes é diagnosticada com câncer em estádios avançados e com pouca chance de cura.**
- Por todos estes motivos que a 67ª Assembleia Mundial da OMS aprovou por unanimidade uma recomendação que desenvolver **cuidados paliativos é uma urgência para todos os estados membros**. Mas apesar de tudo isto, infelizmente, a oferta de cuidado paliativo de qualidade ainda é uma realidade para muito poucos em nosso país.

Fonte: Análise Situacional e Recomendações. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Outubro de 2018. Disponível em: < https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf >.

CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: AVALIAÇÕES EXTERNAS

- **(2014) OMS** - Brasil recebeu a classificação 3A (mesmo nível de desenvolvimento de Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Ira). São países onde a provisão de cuidados paliativos é oferecida de maneira isolada, com desenvolvimento irregular no escopo e não bem apoiado; com fontes de financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços de cuidados paliativos comparado ao tamanho da população. As equipes de CP no Brasil podem ter excelência, porém o sistema de saúde brasileiro está muito atrasado na integração e apoio a estas equipes Atlas Global de Cuidados Paliativos (OMS, 2014).
- **(2017) Comissão do Lancet** (acesso a opioides e cuidados paliativos) – levantamento evidenciou que 90% dos opioides prescritos no mundo são consumidos por 10% da população mundial, justamente a população que vive nos países de maior PIB, os demais 90% da população mundial consome apenas 10% dos opioides prescritos. Os EUA sofrem de um excesso maciço no consumo de opioides (551mg/capita de equivalente de morfina), o Brasil sofre de escassez (9mg/capita). A quantidade de opioides prescrita no país é insuficiente para promover o adequado alívio da dor que os pacientes com doenças graves que vivem no país têm.
- **(2015)The Economist** – avaliou a qualidade da morte em 80 países. Para isto, avaliou disponibilidade de acesso a opioides, existência de políticas públicas específicas de cuidados paliativos e acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde. O Brasil ficou no 42º lugar, uma classificação pior do que Chile (27º), Costa Rica (29º), Panamá (31º), Argentina (32º), Uruguai (39º), África do Sul (34º), Uganda (35º), Mongólia (28º) ou Malásia (38º).

A conclusão comum de todos estes estudos é a evidência de que no Brasil é frequente que pessoas com doenças graves frequentemente vivam com dor não controlada e sem receberem um adequado cuidado paliativo.

Fonte: Análise Situacional e Recomendações. Academia Nacional de Cuidados Paliativos Outubro de 2018. Disponível em:< https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf>.

CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

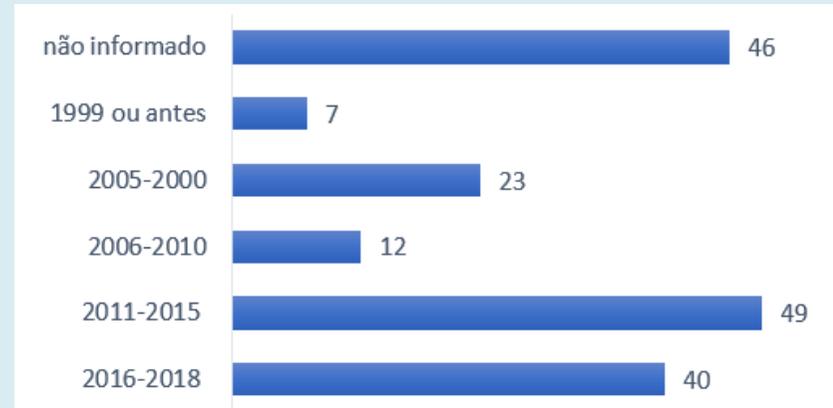
Levantamento sobre os serviços de Cuidado Paliativo disponíveis no país realizado pela ANCP, em 2018

Tabela 12 - Mapeamento dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018

Regiões	nº	5%
Centro-oeste	8	5
Norte	5	3
Nordeste	36	20
Sudeste	103	58
Sul	25	14
Total	177	100

Desigualdades na oferta dos serviços de CP, com mais de 50% dos serviços concentrados na região sudeste.

Gráfico 36 – Início das atividades dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018



- 50% dos serviços de Cuidado Paliativo do país iniciaram suas atividades na década de 2010, mostrando que grande parte da força de trabalho de Cuidado Paliativo ainda é recente em nosso país.
- Entre 2016 e 2018 foram ofertados 40 serviços de CP

Tabela 13 – Características dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018

Características do CP	nº	%
Funcionam em hospital	131	74
Funcionam em <u>hospice</u>	8	5
Atende pacientes do SUS	117	66
Atende pediatria	38	21

- 74% da oferta de cuidado paliativo no país está centrada em hospitais.
- 66% atendem pacientes do SUS

Fonte: Academia Nacional de Cuidados Paliativos



CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGIA - ATENÇÃO DOMICILIAR

Um estudo de “Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil” realizado por profissionais do INCA em 2018 trazem informações importantes:

- A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) reafirma que os cuidados paliativos fazem parte do cuidado integral ao paciente oncológico e assegura que todo hospital habilitado em oncologia tem a obrigação de garantir esses cuidados, que poderão se dar na própria estrutura hospitalar ou poderão ser referenciados à rede de atenção à saúde. E inclui a atenção domiciliar como um ponto de atenção importante na prestação dos cuidados paliativos, desde que formalizada a referência entre os hospitais habilitados e as equipes.
- A partir da competência de abril de 2012, a modalidade de atendimento Atenção Domiciliar (AD) foi incluída na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) do SUS, permitindo monitorar as ações realizadas por esse tipo de atendimento, dada a estruturação do banco de dados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (SAD – Serviço de Atenção Domiciliar), que passou a consolidar a produção realizada por essa modalidade de cuidado, a partir de novembro de 2012.
- O acesso às informações dos cuidados prestados na atenção domiciliar abre uma nova possibilidade de análise da rede de atenção à saúde, que merece ser explorada, dada a importância dessa modalidade de cuidado. Haja vista o percentual de casos em estádios avançados (estádio III e IV) entre os cinco tipos de tumores mais frequentes (mama, colo do útero, cólon e reto, pulmão e próstata) presentes nos Registros Hospitalares de Câncer no período de 2007 a 2011, que, possivelmente, necessitarão de cuidados paliativos no País

Fonte: Atty, A.T.M. e Tomazelli, J.C. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 225-236, JAN-MAR 2018

CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGIA - ATENÇÃO DOMICILIAR

Tabela 14 - Taxa de pacientes com câncer em cuidados paliativos na atenção domiciliar por 100.000 habitantes, por ano, Unidade de residência da Federação, Brasil e Regiões, 2013-2015

Regiões	Total de pacientes			Taxa por 100 mil/hab.		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Norte	55	174	255	0,32	1,01	1,46
Nordeste	756	1664	1878	1,35	2,96	3,32
Centro oeste	240	458	656	1,6	3,01	4,25
Sudeste	2099	3804	4787	2,49	4,47	5,58
Sul	598	788	1075	2,08	2,72	3,68
Brasil	3748	6888	8651	1,86	3,4	4,23

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

De 2013 a 2014 destaca-se:

- A quantidade de pacientes oncológicos informados em cuidados paliativos na atenção domiciliar no Brasil, variando de 3.748, em 2013, a 8.651, em 2015, o equivalente a um aumento de 131%. O aumento é verificado em todas as regiões brasileiras.
- Houve aumento na taxa de pacientes em cuidados paliativos por 100.000 habitantes, com destaque para a região Norte, com um aumento acima de 300%, enquanto a região Sul registrou o menor aumento.

CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGIA - ATENÇÃO DOMICILIAR

Outros achados interessantes:

- Em todo o período, predomínio do sexo masculino em cuidados paliativos na atenção domiciliar, com aumento ao longo dos anos, chegando a representar 55% dos casos em 2015.
- Das principais neoplasias que demandaram cuidado paliativo no atendimento domiciliar em homens, a de próstata foi a mais recorrente, seguida pela neoplasia dos pulmões, em 2013 e 2015, e cólon e reto, em 2014.
- Na distribuição das cinco neoplasias mais frequentes em homens em cuidados paliativos no atendimento domiciliar por faixa etária observa-se que o tumor mais frequente muda de acordo com a faixa etária, entre os homens, percebe-se aumento da ocorrência dos casos de câncer de próstata com o envelhecimento, chegando a ser o mais prevalente a partir dos 60.
- As neoplasias mais frequentes em pacientes em cuidados paliativos na atenção domiciliar vão ao encontro das que mais acometem homens e mulheres no País: câncer de próstata e mama, respectivamente, excluído o câncer de pele não melanoma.

Fonte: Atty, A.T.M. e Tomazelli, J.C. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 225-236, JAN-MAR 2018



CUIDADOS PALIATIVOS MS

RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018

- Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).(dentre as várias considerações destaque para a: Considerando em 2014 a Recomendação da 67ª Assembleia da Organização Mundial de Saúde, uma exortação aos seus estados membros para que desenvolvam, fortaleçam e implementem políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências para apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis.
- Art. 1º **Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos**, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).
- Parágrafo único. **Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS.**
- Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
- Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.
- Art. 3º **A organização dos cuidados paliativos deverá ter como objetivos:**
 - I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
 - II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
 - III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;

CUIDADOS PALIATIVOS MS

IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;

V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;

VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;

VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e

VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados.

- Art. 4º **Serão princípios norteadores** para a organização dos cuidados paliativos:

I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;

III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;

IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;

V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;

VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;

CUIDADOS PALIATIVOS MS

VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;

VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;

IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;

X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;

XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;

XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e

XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

- **Art. 5º Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente:**

I - Atenção Básica: ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;

II - Atenção Domiciliar: as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal locus de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

III - Atenção Ambulatorial: deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;



CUIDADOS PALIATIVOS MS

IV - Urgência e Emergência: os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e

V - Atenção Hospitalar: voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

- Art. 6º Os especialistas em cuidados paliativos atuantes na RAS poderão ser referência e potenciais matriciadores dos demais serviços da rede, podendo isso ser feito in loco ou por tecnologias de comunicação à distância.
- Art. 7º O acesso aos medicamentos para tratamentos dos sintomas relacionados aos cuidados paliativos, notadamente opióides, deverá seguir as normas sanitárias vigentes e observar as pactuações entre as instâncias de gestão do SUS.
- Art. 8º O financiamento para a organização dos cuidados paliativos deverá ser objeto de pactuação tripartite, observado o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS.
- Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4. CAMPANHAS NOVEMBRO AZUL

Observa-se a existência de diversas campanhas de conscientização por diferentes instituições durante o Novembro Azul.

Nos próximos slides é possível encontrar os exemplos de campanhas de comunicação realizadas durante o ano de 2019 por instituições como: Ministério da Saúde, INCA, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Brasileira de Urologia, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

NOVEMBRO AZUL 2019 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Na sua página na internet, o MS compartilha informações (abaixo) sobre o Novembro azul.

- **Novembro é o mês de conscientização sobre os cuidados integrais com a saúde do homem.** Saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas (diabetes, hipertensão) entre outros pontos devem ser sempre observados pela população masculina. Todos os anos, nesse período, 21 países, incluindo o Brasil, **preparam campanhas sobre prevenção e diagnóstico do câncer de próstata, além de levar informações sobre a prevenção e promoção aos cuidados integrais com o cuidado da saúde masculina.**
- Apesar de o Novembro Azul estar fortemente vinculado à prevenção do câncer de próstata, o **Ministério da Saúde trabalha com uma visão bem mais ampliada e abrangente.** A pasta aproveita a época para chamar atenção sobre os cuidados com a saúde masculina em todos os sentidos.
- No Brasil é tradição que prédios e monumentos históricos recebam iluminação azul nesta época do ano. O objetivo é chamar atenção para o movimento global, trazendo informações e conscientização sobre o que deve ser feito em prol da saúde do homem.



NOVEMBRO AZUL 2019 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em **documento orientador para gestores e profissionais de saúde sobre o novembro azul em 2019**, o MS afirma que:

“A Coordenação de Saúde do Homem - COSAH/DAPES/SAPS/MS propõe a **não realização de campanha, mas a discussão da temática nos espaços que possam ser acionados.**

O cuidado com a saúde dos homens **deve acontecer o ano todo, e não ser concentrado e mobilizado em um mês** apenas. Assim, essa deveria ser a mensagem principal de todas as comunicações que se venham a fazer, ou respostas a questionamentos.

A proposta trazida pela COSAH é a **de não construir na forma de campanha ou arranjo publicitário uma mobilização para ações, mutirões ou rastreamentos ao longo do mês de novembro, mas destacar o papel dos homens para o autocuidado cotidiano, o acesso aos serviços de saúde, com vinculação à APS.**

[...]

Sob esta perspectiva, seguem abaixo algumas **recomendações técnicas** quanto à ações que podem ser desenvolvidas nos municípios e nas unidades de saúde com potencial estruturante para facilitar e ampliar o acesso e o acolhimento com qualidade da população masculina às ações e aos serviços via APS, ao longo dos meses do ano.

- Aderir ao Programa “Saúde na Hora” (voltado à ampliação do horário do acesso aos serviços de APS);
- Promover ações nos serviços que aderiram ao “Saúde na Hora”, uma vez que o Programa se constitui como uma excelente oportunidade para promover o acesso da população masculina às Unidades de Saúde;
- Adequar a ambiência dos serviços de saúde para que a população masculina se sinta acolhida e pertencente ao ambiente;
- Estimular o pré-natal do parceiro em todos os serviços da localidade como estratégia de captação do homem para ações de sua saúde;
- Estimular os profissionais de saúde e a população em geral a fazerem os cursos ofertados gratuitamente pelo MS;
- Realizar busca ativa e/ou ações de saúde em espaços de socialização masculina.”



NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA

O INCA afirma que, junto ao Ministério da Saúde, estão aproveitando as celebrações em torno do Novembro Azul para divulgar ações importantes para que o homem cuide da sua saúde, inclusive em relação ao câncer de próstata.

Compartilha que divulga novos materiais informativos, como o lançamento da página **Câncer de próstata; causa, sintomas, tratamento e prevenção** em seu portal na Internet e a cartilha **Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?. Destaques na cartilha:**

- Fatores de risco – idade, historia familiar e CA e sobrepeso/obesidade.
- É Possível prevenir o CA de Próstata. Adotar práticas saudáveis diminui o risco de várias doenças inclusive o CA (alimentação, peso, atividade física, tabagismo e álcool).
- Homens sem sintomas precisam fazer exames para o câncer de próstata? Alguns especialistas são contra outras a favor de se fazer o exame de rotina em homens sem sintomas, pois pode trazer tanto benefícios como riscos a saúde
- O MS assim como a OMS não recomenda que se realize o rastreamento do câncer de próstata.
- Procure conhecer os riscos e benefícios que envolvem a realização desses exames de rotina e converse com o profissional de saúde para decidir se deseja ou não realiza-los.

Em notícia publicada pelo site do INCA, no **Dia Nacional de Combate ao Câncer (27/11)** de 2019, a saúde do homem é o tema central, visando ampliar o conhecimento da população brasileira sobre o câncer, principalmente sobre prevenção. Na **cerimônia realizada no INCA** haverá divulgação de informações baseadas nas melhores evidências científicas sobre a saúde masculina e câncer, como um painel sobre os tipos da doença mais frequentes no homem brasileiro (próstata, colorretal e pulmão) e apresentação dos primeiros resultados do Centro de Diagnóstico de Câncer de Próstata, inaugurado há dois anos.



NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA

Dia Nacional de Combate ao Câncer (27/11)

O INCA decidiu aproveitar as celebrações sobre o tema para trabalhar o tema da Saúde do Homem e deu grande destaque ao Câncer de Próstata. O objetivo foi apresentar a atual situação dos tipos de câncer mais frequentes no homem brasileiro (próstata, CCR e pulmão), a experiência do INCA com seu Centro de Diagnóstico do CaP, informações sobre iniciativas de controle do câncer e do tabagismo.

1) Destaques - Apresentação Ana Cristina Pinho (Diretora-geral do INCA)

- **No Brasil, os homens continuam a morrer mais precocemente que as mulheres**
- Tema trabalhado durante o ano 2019 no INCA: **“cuidar de si também é coisa de homem”**.
- Todo o trabalho do INCA relacionado à saúde do homem está alinhado à **PNAISH**.
- Saúde do Homem **não deve se limitar ao câncer de próstata** e deve estar na agenda **todos os meses do ano**.
- **Há uma grande margem para redução dos fatores de risco que levam a esses e a outros tipos da doença**.
- Algumas frases colocadas pela diretora, que ainda são apontadas como crenças que dificultam o homem cuidar de sua saúde: *homem tem medo de fazer exames; não pode demonstrar fraqueza; tem medo de ficar doente e não ter como sustentar a casa e a família.; não tem tempo para cuidar de si porque tem que trabalhar; é a mulher que tem que cuidar da saúde dos filhos e do marido...*

2) Destaques - Apresentação Arn Migowski (chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA)

- **Os tipos de câncer mais frequentes no sexo masculino:**
 - » Câncer de próstata lidera o ranking brasileiro na distribuição proporcional de tipos de câncer, com 31,7% dos casos novos, com pulmão ocupando o segundo lugar com distantes 8,7%.
 - » Mas no ranking de mortalidade por câncer em homens em 2017, pulmão lidera com 14% das mortes, contra 13,4% de próstata.

NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA

- **Taxa de mortalidade:** 15,25 óbitos para cada 100.000 homens em 2017, diante de uma estimativa de taxa de incidência de 66,12 em 2019. Esses números confirmam que o câncer de próstata é o mais frequente no Brasil, mas não tem mortalidade alta, quando comparado com outros tipos de câncer.
- **Taxa de incidência:** câncer de próstata no Brasil é alta, semelhante ao de países desenvolvidos. Isso se deve a múltiplos fatores, segundo Migowski, como o aumento da expectativa de vida (trata-se de uma doença que afeta mais os idosos), do sobrepeso e da obesidade, além da ampla oferta de exames para a população sem sinais e sintomas, prática que aumenta a detecção de tumores.
- Atual consenso é que o **homem que busca o rastreamento deverá ser informado sobre os riscos e benefícios e ter uma decisão compartilhada com os médicos.**
- Ao ser detectado o CaP deve-se decidir o que será feito. Além da cirurgia e da radioterapia, que tiveram significativas evoluções para a redução de danos, existem outras condutas com indicações precisas, como o **watchful waiting (observação/espera vigilantes)**, nos casos com menor expectativa de vida e a **vigilância ativa**, para casos selecionados com bons prognósticos.
- Mas tem-se, sim, um grande desafio de quando não realizar o tratamento.
- A recomendação mundial e no Brasil, é que a opção de realizar ou não os exames de rastreamento se dê em comum acordo entre o paciente e seu médico.
- Para auxiliar nessa tomada de decisão, o INCA criou uma **ferramenta de apoio**, que será distribuída para médicos e usuários. Com linguagem e diagramação acessíveis ao leigo, o folheto **Apoio à decisão no rastreamento do câncer de próstata** sintetiza em duas páginas os prós e os contras da realização dos exames para detecção precoce do câncer de próstata. Renata Maciel dos Santos, da Divisão de Detecção Precoce do INCA, desenvolveu a ferramenta como parte de sua tese de doutorado. O ponto de partida foi a reclamação de médicos sobre a falta de material para informar seus pacientes sobre benefícios e riscos dos exames para detecção do câncer de próstata.



NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA

- Individualmente, os homens precisam fazer a sua parte com hábitos de vida saudáveis (não fumar, evitar bebidas alcoólicas, ter uma dieta equilibrada e controlar o peso) e, em sentido mais amplo, políticas públicas que garantam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento de qualidade devem ser incentivadas.

Apresentou dados do artigo publicado **“Exame retal digital e seus fatores associados na detecção precoce do câncer de próstata: um estudo transversal de base populacional”**

- O **exame retal digital (ERD)** é uma das estratégias mais comuns para o câncer de próstata detecção. No entanto, o uso para fins de triagem tem um benefício controverso e danos potenciais podem ocorrer devido resultados falso-positivos, sobre diagnóstico e tratamento excessivo. O objetivo deste estudo é **calcular a prevalência e identificar fatores associados ao recebimento de DRE em homens brasileiros**.
- Seleccionamos **homens com mais de 40** anos em uma pesquisa nacional de base populacional (**13.625 indivíduos**), excluindo aqueles com diagnóstico de câncer de próstata. As informações foram extraídas do banco de dados mais recente de Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013). A análise estatística foi realizada para calcular a taxa de incidência com intervalos de confiança de 95% e valores, através de análise multivariada com regressão de Poisson e variação robusta.
- **Homens com plano de saúde privado (63,3%; IC = 60,5-66,0) apresentaram maior prevalência de ERD** do que os da **rede pública de saúde (41,6%; IC = 39,8-43,4)**. Os resultados mostram uma associação positiva entre ERD e homens com seguro de saúde privado, com idades entre 60 e 69 anos, morando com um cônjuge, nunca fumantes e morando em áreas urbanas. Entre os usuários de serviços públicos de saúde, essa associação positiva foi observada entre homens de 70 a 79 anos, vivendo com o cônjuge, com autopercepção de saúde ruim / muito ruim, abstêmios, ex-fumantes, com graduação, apresentando quatro ou mais comorbidades e residindo em áreas urbanas.
- **Conclusões:** O rastreamento do câncer de próstata com ERD é bastante frequente no Brasil, principalmente entre homens com planos de saúde privados e melhor acesso a serviços de saúde, estilo de vida mais saudável e com idades mais avançadas, características que aumentam o risco de sobre diagnóstico e tratamento excessivo.
- **Ressaltou ao final que: “É preciso ter cuidado com o excesso de diagnóstico e sobretratamento de lesões que não teriam evolução clínica.**



NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA

3) Destaques – Apresentação Dr. Frans Campos (Urologista do INCA e coordenador do CDCP, Centro de Diagnóstico do Câncer de Próstata)

- Considera que a mortalidade por CaP no Brasil é absurda. Na análise de 30 anos da mortalidade do CaP (1987 a 2017) é uma curva ascendente mesmo se considerarmos a taxa bruta ou corrigida. É preciso que o homem viva um pouco mais. O conceito de idoso mudou muito, hoje um homem de 60 anos é ativo, trabalha e está incluso na sociedade.
- Há pouco tempo atrás, cerca de 25% dos casos dos CaP eram diagnosticados quando a doença era metastática, e isso pulou em 2010 para 40%. Ou seja, mudou de forma drástica e perigosa, sem possibilidade de cura
- No Rio de Janeiro observou-se o maior problema estava na realização de biópsia disponível na atenção secundária. Realizavam-se quase 300 biópsias dos 3 mil casos de câncer prostático esperados.
- Com isso, fez a proposta de um projeto piloto implantado no RJ em uma das unidades do INCA. Denominado CDCP.
- O INCA e o Ministério da Saúde (MS) decidiram criar, em 2017, o CDCP - Centro de Diagnóstico do Câncer de Próstata.
- Justificativa: dificuldade para realização da biópsia era o principal gargalo no acesso ao tratamento da doença no Estado do Rio de Janeiro. Um contingente muito grande de pacientes com suspeita da doença, identificada pela elevação do PSA ou pelo exame clínico (toque retal) na rede de atenção primária (postos de saúde, UPAs etc) não conseguia fechar o diagnóstico de câncer, o que só é possível por meio de biópsia.
- Em 2 anos de funcionamento, foram encaminhados 4.002 pacientes para investigação diagnóstica no CDCP. A equipe especializada do Centro descartou a necessidade de biópsia em parte dos pacientes e realizou o exame em 2.301 homens, dos quais 1.201 foram diagnosticados com câncer de próstata.
- O CDCP INCA é a única unidade do SUS em que a biópsia de próstata é realizada sob sedação anestesiológica, o que é muito importante, uma vez que a experiência demonstra que muitos pacientes adiam ou evitam o procedimento devido à dor.

NOVEMBRO AZUL 2019 - INCA

- O Centro conta com equipe multidisciplinar de uro-oncologistas, radiologistas intervencionistas, anestesistas e enfermeiros e estrutura informatizada que permite o rápido diagnóstico e encaminhamento dos pacientes para tratamento, conforme o resultado do exame.
- Resultados do exame da biopsia sai em 45 dias e o Centro tem capacidade instalada atual para realizar 3.600 exames biopsia/ano.

Alguns dados do CDCP apresentados:

- 4002 agendamentos, mas com 23% de não comparecimento (931 pacientes).
- 3071 comparecimento com nova avaliação do profissional do CDCP, 770 não realizaram (25%) e foram devolvidos com a contra referencia e os 2.301 (75%) tiveram indicação da biopsia. Isso indica que $\frac{3}{4}$ dos encaminhamentos da Atenção Básica estão corretos.
- Em relação ao perfil desses homens, 63% são da raça branca, 97% recebem até 2 salários mínimos.
- Das biopsias realizadas, não houveram complicações graves.
- Dessas 2.301 biopsia realizadas, 2.144 com laudos, sendo 943 (44%) negativo e 1.201 (56%) positivo.
- Na escala de Damico (uso para concentrar a leitura sobre a gravidade da doença) 52% doenças de alto risco, 31% de risco intermediário e 17% de baixo risco.
- Considera que o CDCP – pode e deve ser replicado no Brasil. Biopsia sem dor, zerando a fila.

Seria relevante realizar estudos parecidos porém direcionados à população masculina mais vulnerável ou estudos que possam ajudar o Brasil a entender melhor os grupos considerados de risco. Por exemplo, em outros países, é considerado que o CaP tem maior incidência na população negra.



NOVEMBRO AZUL 2019 - ANS

CAMPANHA 2019

Atenta a esse cenário e à necessidade de melhorias na atenção aos beneficiários de planos de saúde no país, a ANS reforça aos beneficiários de planos de saúde **os procedimentos que constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde relacionados à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de próstata**. O Rol estabelece a cobertura mínima obrigatória a que beneficiários de planos de saúde têm direito.

A ANS estimula as operadoras de planos de saúde a desenvolverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (Programas Promoprev). Atualmente, há 1.362 Programas cadastrados na ANS. Especificamente para a área de atenção Saúde do Homem, há atualmente 29 programas cadastrados, sendo que **25 deles possuem ações e medidas voltadas para a linha de cuidado do câncer de próstata**.

CAMPANHA 2018

É interessante que, em 2018, a ANS apresentou os fatores de risco e incluiu a **raça negra como a que sofre maior incidência**.

2019

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS NO ROL DA ANS

<p>PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS E DE DIAGNÓSTICO PRECOZE</p> <p>CONSULTAS MÉDICAS, EXAME DE TOQUE RETAL, ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)</p>	<p>EXAMES DIAGNÓSTICOS</p> <p>BIÓPSIAS, EXAMES DE IMAGEM COMO ULTRASSONOGRAFIAS - POR EXEMPLO: ABDOME INFERIOR MASCULINO E ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE, ESCROTO, PÊNIS OU CRÂNIO), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</p>
<p>TRATAMENTOS</p> <p>CIRURGIAS, RADIOTERAPIAS E QUIMIOTERAPIAS</p>	<p>PROCEDIMENTOS REPARADORES E DE REABILITAÇÃO</p> <p>INCONTINÊNCIA URINÁRIA - TRATAMENTO CIRÚRGICO SLING OU ESFÍNCTER ARTIFICIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO); IMPLANTE DE PRÓTESE SEMI-RÍGIDA (EXCLUI PRÓTESES INFLÁVEIS); NEOFALOPLASTIA</p>

2018

FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA:

- Histórico familiar de câncer de próstata: pai, irmão e tio
- Raça: homens negros sofrem maior incidência
- Alimentação rica em gordura animal e pobre em alimentos naturais
- Sedentarismo e obesidade
- Disfunção hormonal

Novembro Azul
Mês de combate ao câncer de próstata



NOVEMBRO AZUL 2019 - SBU

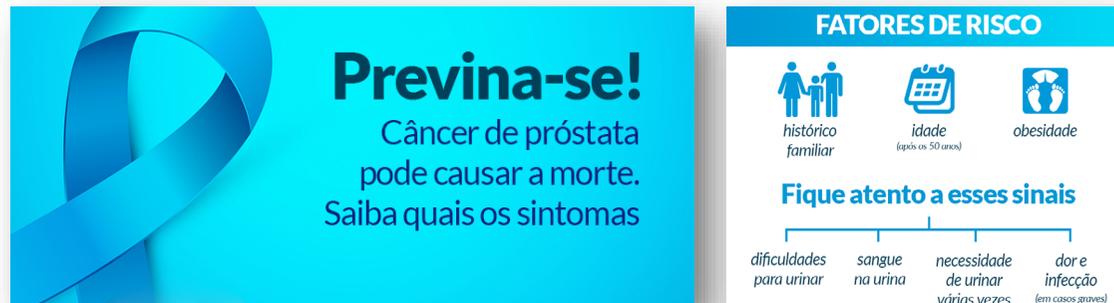
- Na Campanha de 2019, a SBU apresentou o tema “Seja herói da sua saúde”, tendo como padrinhos o chef e apresentador do programa MasterChef Henrique Fogaça e o ex-jogador de futebol Zico. Mostram que ambos não têm medo nem preconceito com os exames da próstata – que englobam uma avaliação do risco pelo urologista, seguida pelo toque retal e a dosagem de PSA – e aceitaram de imediato o convite da Sociedade.
- Coordenador do Novembro Azul da SBU: “o mês de novembro é uma oportunidade de conversar com os homens sobre a importância de cuidar da saúde. Queremos alertar não só para a saúde da próstata, como também incentivar o homem a olhar mais para a sua saúde, fazer exames que podem prevenir uma série de outras doenças. As mulheres culturalmente têm esse cuidado, mas os homens só vão ao médico quando não se sentem bem. Ter a consciência de que é preciso também fazer um check-up é fundamental”.
- A SBU recomenda que os homens a partir da puberdade devem procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada. O início da avaliação do risco de câncer da próstata começa aos 50 anos e, naqueles da raça negra, obesos mórbidos ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos. **Os exames deverão ser realizados após uma análise dos fatores de risco pelo urologista e ampla discussão de riscos e potenciais benefícios, em decisão compartilhada com o paciente. Após os 75 anos, poderá ser realizado apenas para aqueles com expectativa de vida acima de dez anos.**
- Trazem que é importante esclarecer que, além do câncer, a próstata pode apresentar outros problemas como seu crescimento benigno, que atinge cerca de 50% dos homens acima de 50 anos, por isso a relevância de procurar o médico.
- A SBU compartilha para download uma série de materiais de comunicação (folder, cartaz, boton, camiseta, etc).



NOVEMBRO AZUL – SECRETARIAS DE SAÚDE

A Secretaria Estadual de Saúde de SP trouxe o alerta para os sinais e sintomas do CaP.

- Observa-se que na Campanha de 2017 a SES falava sobre detecção precoce e sobre a importância de realizar os exames de diagnóstico, diferentemente da campanha de 2019.



NOVEMBRO AZUL 2019 – SMS SP

- Não foi encontrado nenhum material de comunicação, mas o site da SMS traz muitas informações para o cidadão e compartilha a Programação de atividades no Novembro Azul em cada uma das unidades da SMS.
- Informa que durante o mês de sensibilização, as unidades de saúde promoverão várias atividades, como rodas de conversa, palestras e orientações sobre saúde do homem e a importância da prevenção do câncer de próstata. Nessa programação há grupos temáticos sobre alimentação saudável, tabagismo, importância do exame de próstata, oficinas e orientações educativas em sala de espera.
- Diferente de outras instituições, a SMS além de informar os fatores de risco, informa sobre a importância de realizar os exames de prevenção (sem mencionar idade)



CAMPANHAS DE NOVEMBRO AZUL – UM OLHAR GERAL

- Observa-se que, diferente do Outubro Rosa, não há um alinhamento de mensagens e orientações nas campanhas de Novembro Azul sobre o Câncer de Próstata.
- Muitas instituições direcionam suas campanhas para conscientizar o homem sobre a importância do autocuidado cotidiano, sem entrar em questões específicas sobre patologias.
- Não há um alinhamento com relação a importância de se informar sobre os **fatores de risco e sinais e sintomas** relacionados ao câncer de próstata.
- Destaca-se que o MS não indica uma campanha com mobilização para ações, mutirões ou rastreamentos durante o mês de novembro. Faz a orientação para que os determinados órgãos envolvidos proponham discussões temáticas sobre o cuidado da saúde dos homens **durante todo o ano e não apenas em um único mês**.
- O INCA oferece materiais informativos sobre o CaP, porém muito centralizado nas questões relacionadas ao rastreamento.

LISTA GRÁFICOS, FIGURAS, QUADROS E TABELAS

BIBLIOGRAFIA

GRÁFICOS	
Gráfico 1	Distribuição da estimativa de incidência de novos casos de cânceres no mundo (%), ambos os sexos, 2018
Gráfico 2	Distribuição das mortes por tipo cânceres no mundo (%), ambos os sexos, 2018
Gráfico 3	Distribuição da estimativa de incidência de novos casos de cânceres em ambos os sexos - América Latina e Caribe, 2018
Gráfico 4	Distribuição da mortalidade por tipo de cânceres em ambos os sexos - América Latina e Caribe, 2018
Gráfico 5	Estimativa de incidência de novos casos de CaP (nº) - Continentes e subcontinentes, 2018 a 2040
Gráfico 6	Estimativa do número de mortes por CaP (nº) - Continentes e subcontinentes, 2018 a 2040
Gráfico 7	Taxa de incidência e mortalidade (100 mil), EUA, período de 1975 a 2016
Gráfico 8	Distribuição dos CaP segundo o estadiamento - EUA, 2007 a 2016
Gráfico 9	Taxa de sobrevivência relativa de 5 anos por estadiamento do CaP, EUA, período de 2009-2015
Gráfico 10	Taxa de incidência de câncer de próstata por raça/etnia, EUA, 2012-2016
Gráfico 11	Estimativa da taxa incidência de CaP (100 mil) - Brasil e Regiões, 2018
Gráfico 12	Estimativa da taxa de incidência de novos casos de CaP (100 mil homens) - Brasil, Estado SP e Capital, 2018-2019
Gráfico 13	Mortalidade proporcional não ajustada (%), por câncer de próstata em homens - Brasil, 1999 a 2017
Gráfico 14	Taxa de mortalidade por CaP (100 mil) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2008 a 2017
Gráfico 15	Coeficiente de mortalidade (100 mil homens) por câncer de traquéia, brônquios e pulmões e de próstata - Brasil, 2008 a 2017
Gráfico 16	Coeficiente de mortalidade (100mil homens) por câncer de traquéia, brônquios e pulmões, cólon e próstata - Capital, 2008 a 2017
Gráfico 17	Distribuição (%) das mortes por CaP segundo faixa etária - Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2017



Gráfico 18	Coeficiente de mortalidade (100 mil) por CaP, segundo faixa etária – Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2017
Gráfico 19	Coeficiente de mortalidade prematura (100mil) (30 a 69anos) por CaP - Brasil e Estado de SP e Capital, 1996 a 2017
Gráfico 20	Taxa da internação por CaP do SUS (100 mil) - Brasil e estados selecionados, 2018
Gráfico 21	Internações (nº) por CaP no SUS, a partir dos 55 anos - Brasil, Estado de SP e Capital, 2009 a 2018.
Gráfico 22	Distribuição (%) dos diagnósticos de câncer de próstata, segundo estadiamento clínico - Brasil, Estado de SP e Capital, 2000 a 2017
Gráfico 23	Distribuição do estadiamento do CaP (%) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2015, 2016 e 2017
Gráfico 24	Distribuição do estadiamento do CaP (%) - Brasil, Estado de SP e Capital, 2017
Gráfico 25	Distribuição (%) dos diagnósticos do câncer de próstata segundo o estadiamento - EUA (2007-2016), Brasil, Estado de SP e Capital (2016)
Gráfico 26	Percentual de casos de CaP (%) em que o estadiamento não foi informado – Brasil, 2003 a 2017
Gráfico 27	Distribuição do primeiro tratamento segundo o estadiamento – Brasil, 2010 a 2017
Gráfico 28	Distribuição do primeiro tratamento segundo o estadiamento – Brasil excluindo São Paulo, Estado de São Paulo e Capital, 2015 a 2017
Gráfico 29	Tempo entre o diagnóstico de CaP e o primeiro tratamento – Brasil, 2012 a 2017
Gráfico 30	Tempo entre o diagnóstico de CaP e o primeiro tratamento – Estado de São Paulo, 2012 a 2017
Gráfico 31	Número médio de dias entre as etapas do tratamento – Brasil, 2016
Gráfico 32	Número médio de dias entre as etapas do tratamento – Estado de São Paulo, 2016
Gráfico 33	Percentual de casos com tratamento iniciado até 60 dias do diagnóstico – Brasil e Estado de São Paulo, 2016.
Gráfico 34	Proporção de idosos na população – Brasil, Estado SP e Capital, 2020 e 2030
Gráfico 35	Distribuição (%) da população, segundo a raça/cor - Brasil e Estado de São Paulo e Capital, 2015 e 2010
Gráfico 36	Início das atividades dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018

FIGURAS	
Figura 1	Incidência e mortalidade por tipo de câncer, na população masculina, em 185 países, 2018
Figura 2	Taxa de incidência do câncer de próstata padronizada por idade no mundo, 2018
Figura 3	Taxa de mortalidade do câncer de próstata padronizada por idade no mundo, 2018
Figura 4	Estimativa mundial dos casos de câncer de próstata de 2018 para 2040
Figura 5	Principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)
Figura 6	Principais fatores de riscos modificáveis relacionados a DCNTs
Figura 7	Metas do ODS 3 sobre Saúde e Bem-Estar
Figura 8	Taxa de incidência ajustadas por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2018
Figura 9	Taxa de mortalidade bruta por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2017
Figura 10	Curva de sobrevida em 5 anos do CaP (%) segundo estadiamento - Rio de Janeiro, 1992-1996.
Figura 11	Curva de sobrevida em 5 anos do CaP (%) segundo estadiamento - Estado de SP, 2000-2005
Figura 12	Resultado das metas do Plano, segundo valor da linha de base em 2010
Figura 13	Diretrizes PES 2020-2023
Figura 14	Objetivo 5 da Diretriz nº 2 da PES 2020/2023
Figura 15	Objetivos da RHCCC
Figura 16	Linhas de Ação do Programa viver Mais e Melhor
Figura 17	Metas Associadas do Programa viver Mais e Melhor
Figura 18	Complementação do foco do Eixo I - Eixo de Acesso e Acolhimento
Figura 19	PMAISH e integração das Áreas Técnicas da SMS
Figura 20	Percurso para o rastreamento do CaP segundo a Sociedade Canadense de Urologia

QUADROS	
Quadro 1	Estudos de tendências das taxas de mortalidade (100 mil homens) por tipo de cânceres - Global, América Latina e Caribe e Brasil, 1990 e 2017
Quadro 2	Descrição do Estadiamento do CaP, na classificação TNM
Quadro 3	Fatores de Risco para o Cap listados por Instituições Internacionais
Quadro 4	Principais doenças responsáveis por mortes
Quadro 5	Fatores de risco para o CaP listados por Instituições Internacionais e Nacionais
Quadro 6	Tendência dos fatores de risco listados para o CaP – Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2018.
Quadro 7	Prevalência dos fatores de risco entre homem de 18 anos e mais – Brasil, Estado de São Paulo e Capital, 2018
Quadro 8	Portarias relacionadas diretamente com a PNASIH e seus respectivos sites, MS, 2009 a 2017
Quadro 9	Linha de Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde para o Câncer
Quadro 10	Linha de Cuidado para o câncer de próstata
Quadro 11	Fatores de Risco para o Câncer de Próstata conforme a SMS
Quadro 12	Conceito de rastreamento pela OMS, 2003
Quadro 13	Recomendações sobre o rastreamento do CaP seguido pela SMS de São Paulo
Quadro 14	Resumo das recomendações sobre o rastreamento do CaP segundo os governos e sociedades médicas do Canadá, EUA, Reino Unido e Brasil.
Quadro 15	Indicação de tratamento para o CaP
Quadro 16	Indicação de tratamento para o CaP metastático



TABELAS	
Tabela 1	Estimativa da incidência e da mortalidade por tipos de câncer – Brasil, 2018
Tabela 2	Taxa de incidência ajustada por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2018
Tabela 3	Taxa de mortalidade bruta por CaP (100/mil) - Unidades da Federação, 2017
Tabela 4	Estimativa de novos casos de CaP - Brasil, Estado SP e Capital, 2018 e 2019
Tabela 5	Número de internações por CaP no SUS - estados selecionados, 2018
Tabela 6	Internações (nº) por CaP no SUS - Brasil, Estado de SP e capital, 2009 a 2018.
Tabela 7	Casos notificados de CaP (nº), no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), até fevereiro de 2020 – Brasil 2015 a 2017
Tabela 8	Casos notificados de CaP (nº), no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), segundo raça e extensão, até fevereiro de 2020 – Brasil 2015
Tabela 9	Percentual de casos segundo o tempo transcorrido – Brasil, 2016
Tabela 10	Conjunto de procedimentos (exames, consultas), número, taxas e percentuais (déficit/excesso) vinculados a investigação do Ca de Próstata realizados no SUS, segundo UF de atendimento, Brasil, 2016
Tabela 11	Rede de Atenção Oncológica na Grande São Paulo, INCA, atualizado em 2019
Tabela 12	Mapeamento dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018
Tabela 13	Características dos serviços de Cuidado Paliativo no Brasil- ANCP 2018
Tabela 14	Taxa de pacientes com câncer em cuidados paliativos na atenção domiciliar por 100.000 habitantes, por ano, Unidade de residência da Federação, Brasil e Regiões, 2013-2015

BIBLIOGRAFIA

American Cancer Society. Terceira Edição. **Cancer Atlas**. 2019. Disponível em https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf

American Cancer Society. Website. **Sessão Survival Rates for Prostate Cancer**. 2019. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>. Acesso em janeiro 2020.

American Cancer Society. Website. **Sessão Prostate Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention com o artigo Prostate Cancer Risk Factors**. 2020. Disponível em <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Acesso em janeiro 2020.

American Urology Association. Website. **Clinical Guideline. Sessão Early Detection of Prostate Cancer**. 2018. Disponível em <https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-early-detection-guideline>

Brasil. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde - TABNET**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso janeiro 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Sistema de Informações de Mortalidade - SIM**. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/>. Acesso em janeiro 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>. Acesso em janeiro 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Website Integrador RHC. **Registro Hospitalar do Câncer - RHC**. Disponível em <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>. Acesso em janeiro 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Website. Sessão Situação do Câncer no Brasil. **Artigo Sobrevida, estadiamento**. Disponível em http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_sobrevida.pdf. Acesso em janeiro 2020.



Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. Boletim ano 5, n. 2 maio/agosto 2014.** Disponível em http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/531/boletim_informativo_inca_-_cancer_de_prostata_2_.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. Boletim ano 8, nº 2, julho/dezembro 2017.** Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-numero2-2017.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nota Técnica Rastreamento do Câncer de Próstata.** 2013. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rastreamento-prostata-2013.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nota Técnica de Posicionamento do Ministério da Saúde acerca de integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul.** Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/nota-tecnica-saude-do-homem-ms.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ferramenta de apoio à decisão no rastreamento do câncer de próstata.** 2019. Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/apoio_decisao_cancer_prostata_2019_0.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata - Documento de Consenso.** 2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 20202020.** Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Website. **Sessão Estatísticas de câncer.** Website do 2020. Disponível em <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em janeiro 2020.



Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Website **Atlas On-line de Mortalidade. Atlas de Mortalidade por Câncer**. 2014. Disponível em <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em janeiro 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cartilha Câncer de próstata: vamos falar sobre isso?**. 2019. Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cancer_prostata_2017.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis – VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico VIGITEL BRASIL 2010**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/23/VIGITEL-2010.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis – VIGITEL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico VIGITEL BRASIL 2016**. Disponível em http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis – VIGITEL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico VIGITEL BRASIL 2018**. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. **Documento Orientador para gestores e Profissionais de Saúde no Novembro Azul 2019**. 2019. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-gestores-e-profissionais-de-sa%C3%BAde-Novembro-Azul-2019-1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022**. 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes**. 2009. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>



Brasil. Ministério da Saúde. Website. Sessão Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>

Brasil. Ministério da Saúde. Website. **Sessão Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/sobre>

Brasil. Ministério da Saúde. Website. **Saúde de A a Z. Sessão Saúde do Homem: promoção e prevenção à saúde integral do homem**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-do-homem>. Acesso em janeiro 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Website. **Saúde de A a Z. Sessão Câncer de próstata: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-prostata>

Brasil. Ministério da Saúde. **LEI No 10.289, DE 20 DE SETEMBRO DE 2001. Instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10289.htm

Brasil. Ministério da Saúde. **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

Brasil. Ministério da Saúde. **LEI Nº 13.045, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2014**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13045.htm#art2

Brasil. Ministério da Saúde. **LEI Nº 13.685, DE 25 DE JUNHO DE 2018**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13685.htm#art2

Brasil. Ministério da Saúde. **LEI Nº 13.896, DE 30 DE OUTUBRO DE 2019**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 741, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005**. Disponível em <http://bvsms.saude>.

gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.944 MS/GM, DE 27 DE AGOSTO DE 2009.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.946 MS/GM, DE 27 DE AGOSTO DE 2009.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1946_27_08_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA NO- 2.669/GM/MS, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2009.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.209/GM/MS, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2009.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2708_17_11_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.008 MS/GM, DE 3 DE MAIO DE 2010.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1008_04_05_2010.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.708/GM/MS, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2708_17_11_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013.** 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). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 876, DE 16 DE MAIO DE 2013.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.773, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2773_19_11_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.279, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2013.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3279_26_12_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.220, DE 3 DE JUNHO DE 2014.** Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1220_03_06_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 498, DE 11 DE MAIO DE 2016.** Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/13/MINUTA-de-Portaria-SAS-DDT-Prostata-03-05-2016.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 de SETEMBRO DE 2017.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Brasil. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União – CGU. Secretaria Federal de Controle Interno. **Relatório de Avaliação - Secretaria de Atenção à Saúde, Exercício 2017.** Disponível em [file:///C:/Users/Luiza/Downloads/997585_201801209%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luiza/Downloads/997585_201801209%20(1).pdf)

British Association of Urological Surgeons. Website. **Sessão Raised PSA.** Disponível em https://www.baus.org.uk/patients/conditions/10/raised_psa

Canadian Task Force on Preventive Health Care. **Prostate Cancer—Guideline Presentation. 2014.** Disponível em <https://canadiantaskforce.ca/prostate-cancer-guideline-presentation/>

Canadian Task Force on Preventive Health Care. **Summary of recommendations for clinicians and policy-makers**. 2014. Disponível em <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/prostate-cancer/>

Canadian Urological Association. **Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis**. 2017. Disponível em https://www.cua.org/sites/default/files/Flipbooks/Guidelines/G45_en/mobile/index.html

Cancer Research UK. Website. **Sessão Prostate Cancer Incidence Statistics**. 2017. Disponível em <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/prostate-cancer/incidence#heading-Three>. Acesso em janeiro 2020.

Cancer Research UK. Website. **Sessão Prostate Cancer Survival Statistics**. 2019. Disponível em <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/prostate-cancer/survival#heading-Three>. Acesso em janeiro 2020.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Website. **Artigo Who is at Risk for Prostate Cancer?**. 2020. Disponível em https://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/risk_factors.htm. Acesso em janeiro 2020.

European Association of Urology. **EAU - ESTRO - ESUR - SIOG Guidelines on Prostate Cancer**. 2018. Disponível em <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-ESUR-ESTRO-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-large-text-V2.pdf>

European Commission Science Hub. Website. **Sessão Epidemiology of Prostate Cancer in Europe**. 2015. Disponível em <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/epidemiology-prostate-cancer-europe>. Acesso em janeiro 2020.

Globocan. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Cancer Today**. 2018. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/home>

Globocan. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Cancer Over time incidence**. 2012. Disponível em <https://ci5.iarc.fr/CI5plus/Default.aspx>

Globocan. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Cancer Over time mortality**. 2018. Disponível em

<https://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>

Globocan. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Cancer Tomorrow**. 2018. Disponível em <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>

Globocan. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Prostate Cancer Fact Sheet**. 2018. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/27-Prostate-fact-sheet.pdf>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). University of Washington. **GDB - Global Burden of Disease Compare**. 2017. Disponível em <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Instituto Vencer o Câncer. Website. **Sessão Câncer de Próstata – Diagnóstico**. Disponível em <https://vencercancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata-tipos-de-cancer/diagnostico-10/?catsel=tipos-de-cancer>. Acesso em janeiro 2020.

Johns Hopkins Hospital. Website. Sessão **Prostate Cancer Prognosis**. Disponível em <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/prostate-cancer/prostate-cancer-prognosis>. Acesso em janeiro 2020.

Nações Unidas Brasil. Website. **Artigo Casos de câncer devem aumentar 70% até 2038, calcula OMS**. 2018. Disponível em <https://nacoesunidas.org/casos-de-cancer-devem-aumentar-70-ate-2038-calcula-oms/>. Acesso em janeiro 2020.

Nações Unidas Brasil. Website. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em janeiro 2020.

National Health Service. Website. **Sessão Health A to Z Prostate cancer**. Disponível em <https://www.nhs.uk/>

[conditions/prostate-cancer/psa-testing/](#)

NCD Alliance. Prioridades de Advocacy: **Reunião de Alto Nível da ONU sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2018. Disponível em http://actbr.org.br/uploads/arquivos/PTBR_Priorities_enough_site.pdf

NCI Press Release. National Cancer Institute (NCI). Website. Artigo **NIH and Prostate Cancer Foundation Launch Large Study on Aggressive Prostate Cancer in African-American Men**. 2018. Disponível em <https://www.cancer.gov/news-events/press-releases/2018/respond-prostate-black-men>. Acesso em janeiro 2020.

Organização Mundial da Saúde. **Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All**. 2019. Disponível em <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>

Organização Mundial da Saúde. **Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**. 2017. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275676/A70_R12-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde. Website. **Sessão Global Health Observatory (GHO) data. Artigo World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs**. 2019. Disponível em https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/. Acesso em janeiro 2020.

Organização Mundial da Saúde. **Website. Sessão Newsroom Facts Sheets. Noncommunicable diseases – Key facts. Website** 2018. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em janeiro 2020.

Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Documento Oficial No. 345. Plano Estratégico da Organização Pan-americana de Saúde em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade 2014-2019**. 2014. Disponível em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/paho-strategic-plan-por-2014-2019.pdf>

Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Expert Consultation on Prostate Cancer Screening and Early Detection in Latin America and the Caribbean - Meeting Report**. 2017. Disponível em



<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34934/pahonmh18009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 52o Conselho Diretor 65a Sessão Do Comitê Regional. **Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis**. 2013. Disponível em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-p.pdf>

Organização Pan-americana de Saúde. Website. Sessão Sistemas e Serviços de Saúde. Artigo **Acesso desigual aos serviços de saúde gera disparidades na expectativa de vida, diz OMS**. 2019. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5904:mulheres-vivem-mais-do-que-homens-e-acesso-desigual-aos-servicos-de-saude-gera-disparidades-na-expectativa-de-vida-diz-oms&Itemid=843. Acesso em janeiro 2020.

Organização Pan-americana de Saúde. Website. Sessão Banco de Notícias. Artigo Editorial: **a importância de abordar a masculinidade e a saúde dos homens para avançar rumo à saúde universal e à igualdade de gênero**. Website 2019. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5876:editorial-a-importancia-de-abordar-a-masculinidade-e-a-saude-dos-homens-para-avancar-rumo-a-saude-universal-e-a-igualdade-de-genero&Itemid=820. Acesso em janeiro 2020.

Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Website. Sessão Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental. Artigo **Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos**. Website 2015. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839

PRACCHIA, Luis Fernando. **Apresentação em Power Point. Linhas de Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em <https://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/linhas-de-cuidado-nas-redes-de-ateno>

PRACCHIA, Luis Fernando. **Apresentação em Power Point. Rastreamento do Câncer de Próstata no SUS**. Disponível em <https://slideplayer.com.br/slide/16462208>



RAWLA, Prashanth. US National Library of Medicine. **US National Library of Medicine. Epidemiology of Prostate Cancer**. 20 Abril 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497009/>

ROSENBERG, Jaime. **After Two Decades of Decline, Prostate Cancer Mortality Rates Have Stabilized**. 31 Maio 2018. Disponível em <https://www.ajmc.com/view/after-two-decades-of-decline-prostate-cancer-mortality-rates-have-stabilized>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo. **Sobrevida de Pacientes com câncer no Estado de São Paulo: seis anos de seguimento pelo Registro Hospitalar de Câncer**. 2009. Disponível em <http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/epidemiologia/docs/sobevida.pdf>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – PES 2012/ 2015**. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – PES 2016/ 2019**. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp/pessp_2017_11_01_17.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Versão Preliminar do Plano Estadual de Saúde – PES 2020/2023**. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2020-2023-informacoes-regionais/matriz-preliminar-do-pes-2020-2023/matriz_preliminar_do_pes_2020_2023_atualizada_em_16_09_2019.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Parecer Conclusivo - Relatório Anual de Gestão 2013**. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/aceso-rapido/relatorio-anual-de-gestao-2013/parecer_conclusivo_rag_2013-doe_de_07-06-2014.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Parecer Conclusivo - Relatório Anual de Gestão 2014**. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/parecer_conclusivo_rag_2014.pdf



São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Parecer Conclusivo - Relatório Anual de Gestão 2015**. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/parecer_conclusivo_rag_2015_no_diario_oficial.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Disponível em https://www.conass.org.br/RAG-ESTADOS/SP_RAG_2017.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Disponível em https://www.conass.org.br/RAG-ESTADOS/SP_RAG_2018.pdf

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Decreto Nº 62.394, de 28 de dezembro de 2016**. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/rede-hebe-camargo-de-combate-ao-cancer/legislacao/oncologia/decreto-n-62.394-de-28-de-dezembro-de-2016>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Resolução SS 41, de 22-6-2017**. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/rede-hebe-camargo-de-combate-ao-cancer/legislacao/oncologia/resolucao-ss-41-de-22-6-2017>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Resolução SS 42, de 22-6-2017**. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/rede-hebe-camargo-de-combate-ao-cancer/legislacao/oncologia/resolucao-ss-42-de-22-6-2017>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Website. Sessão **Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer**. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/rede-hebe-camargo-de-combate-ao-cancer/rhccc/apresentacao/>

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Website. Sessão **Conheça o Centro de Saúde do Homem, referência na América Latina**. Disponível em <https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/conheca-o-centro-de-saude-do-homem-referencia-na-america-latina/>

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2014-2017**. 2014. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/PMSPPianoMunicipaldeSaudeoficial.pdf>

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2018-2021. 2018.** Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2018_2021.pdf

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. **Programa de Metas 2017-2020.** Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/programa_de_metas/programa_de_metas_20172020/

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Programa de Metas – **Revisão Programática 2019-2020.** Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/governo/arquivos/programa_de_metas/Programa-Metas-2019-2020.pdf

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. **LEI MUNICIPAL Nº 16.540, DE 31 DE AGOSTO DE 2016. Institui a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (PMAISH).** Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2016/1654/16540/lei-ordinaria-n-16540-2016-institui-a-politica-municipal-de-atencao-integral-a-saude-do-homem>

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Website. **Sessão Saúde do Homem.** Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/saude_do_adulto/index.php?p=5872

Sociedade Brasileira de Urologia. **Nota oficial 2018 – Rastreamento do Câncer de Próstata.** 2018. Disponível em <https://portaldaurologia.org.br/medicos/destaque-sbu/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>

Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER). **National Cancer Institute (NCI). Cancer Stat Facts: Prostate Cancer. 2017.** Disponível em <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>

Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER). National Cancer Institute (NCI). **Cancer Statistics. 2017.** Disponível em <https://seer.cancer.gov/statistics/>. Acesso em janeiro 2020.

United States Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement - **Prostate Cancer: Screening.** Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening>

United States Preventive Services Task Force. Website. Sessão **Should I Get Screened for Prostate Cancer?.** 2020. Disponível em https://www.cdc.gov/cancer/prostate/basic_info/get-screened.htm

EXPEDIENTE

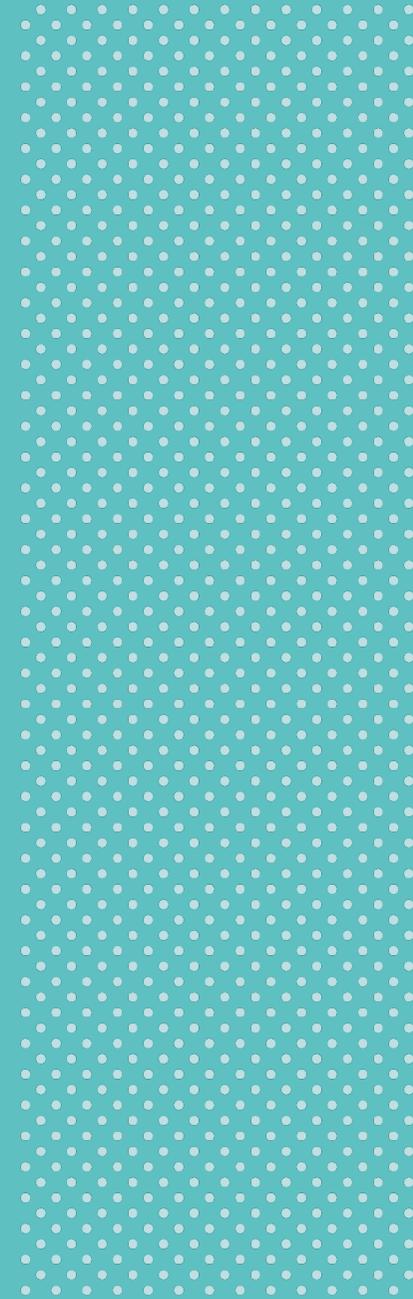
Projeto de Investigação sobre o Câncer de Próstata no cenário público nacional

Nome dos envolvidos:

Consultores responsáveis: Luiza Bulhões Cecilio Pereira
Vera Lúcia Alves de Oliveira
Vera Lúcia Tincani Osório

Projetos Editorial, Gráfico

Duecom Comunicação



Realização:



Patrocínio:

