



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

WALKER WENDELL LARANJA

**EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE  
UROLOGIA EM SAÚDE DO HOMEM. REPERCUSSÃO  
EPIDEMIOLÓGICA DO RASTREIO DO CÂNCER DE  
PRÓSTATA.**

Campinas

2022

**WALKER WENDELL LARANJA**

**EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE  
UROLOGIA EM SAÚDE DO HOMEM. REPERCUSSÃO  
EPIDEMIOLÓGICA DO RASTREIO DO CÂNCER DE  
PRÓSTATA.**

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

ORIENTADOR: PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS.

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO  
ALUNO WALKER WENDELL LARANJA, E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS.

**Campinas – 2022**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Patricia de Paula Ravaschio - CRB 8/6426

L32e Laranja, Walker Wendell, 1973-  
Experiência de um serviço público de urologia em saúde do homem.  
Repercussão epidemiológica do rastreamento do câncer de próstata. / Walker  
Wendell Laranja. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Leonardo Oliveira Reis.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Programas de rastreamento. 2. Saúde do homem. 3. Neoplasias da  
próstata. 4. Política de saúde. I. Reis, Leonardo Oliveira, 1978-. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.  
Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Experience of a public urology service in men's. Epidemiological impact of prostate cancer screening.

**Palavras-chave em inglês:**

Mass screening

Men's health

Prostatic neoplasms

Health policy

**Área de concentração:** Fisiopatologia Cirúrgica

**Titulação:** Doutor em Ciências

**Banca examinadora:**

Leonardo Oliveira Reis [Orientador]

Nelson Filice de Barros

Jose Carlos Souza Trindade Filho

Jose Carlos Cezar Ibanhez Truzzi

Ricardo Miyaoka

**Data de defesa:** 01-09-2022

**Programa de Pós-Graduação:** Ciências da Cirurgia

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-8705-6853>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/7789821029786794>

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE  
DOUTORADO**

**WALKER WENDELL LARANJA**

**ORIENTADOR: PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS**

**MEMBROS TITULARES:**

- 1. PROF. DR. LEONARDO OLIVEIRA REIS**
- 2. PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS**
- 3. PROF. DR. JOSÉ CARLOS SOUZA TRINDADE FILHO**
- 4. PROF. DR. JOSÉ CARLOS CEZAR IBANHEZ TRUZZI**
- 5. PROF. DR. RICARDO MIYAOKA**

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 01/09/2022**

## *Dedico este trabalho a:*

À minha esposa Simone, por sua constante cooperação, apoio, incentivo e amor que permeiam toda nossa vida.

Às minhas filhas Rebeca e Leticia, por serem as maiores motivações em minha vida, incentivando a romper paradigmas sociais e buscar um futuro melhor.

À minha mãe Aparecida, por ser uma filósofa nata e exemplo na busca constante pelo conhecimento.

Ao meu pai Sebastião, por mostrar em sua vida que a perseverança rompe barreiras e como pode ser simples viver feliz.

Aos meus irmãos Walkiria, Valéria, Elber e João pelo incentivo.

À minha sogra Sandra, por ser parte integrante de nosso cotidiano nos possibilitando alcançar vitórias.

Aos meus sobrinhos Thaís, Suellen, Julie Anne, Alysson, Fabricio, Felipe, Michel, Caio, Murilo e Laís, por serem joias sempre presentes ao maravilhoso círculo chamado família.

À minha filha do coração, Ana Carolina, por fazer parte de nossa história.

## *Epigrafe*

**“Em nosso esforço de compreensão do mundo que nos rodeia, ao contrário do que tão facilmente se acredita, os progressos mais decisivos não são respostas encontradas para as nossas questões, mas a formulação das questões mais pertinentes, ou mais bem formuladas. (...) uma pergunta pode ser algo renovador, original, muito mais que uma resposta.”**

O I Ching Javary, citando Jacquart.

## *Agradecimentos:*

Ao Prof. Dr. Leonardo Oliveira Reis, por acreditar em meu potencial, incentivar, orientar, compartilhar seu conhecimento e vibrar com cada avanço.

Ao Dr. João Carlos Cardoso Alonso, por incentivar e possibilitar o desenvolvimento deste trabalho.

Aos Drs. Ronald Finamor Rejowski, Fabiano André Simões, Fábio Guimarães e Adriano Cintra, pelo incentivo, colaboração e amizade.

A Dra. Cristina Terzzi, Dr. Marcelo Coelho e Dr. Renato Terzi (*in memoriam*) por acreditar, incentivar e pela amizade.

Ao Dr. Luis Alberto Magna, por seu apoio e análises estatísticas.

Ao Serviço de Estatística da FCM – Unicamp.

À Prefeitura Municipal de Paulínia, secretaria de saúde e comissão de ética do HMP, por permitirem, apoiarem e possibilitarem o desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Cristina Yoshie Koide Kashimoto, por sua amizade, incentivo e parceria no trabalho.

Ao laboratório de análises clínicas do HMP, na pessoa do Sr. Adalberto Antônio do Nascimento Filho.

Aos funcionários e colegas do Ambulatório de Urologia: Edna, Silvia, Neusa, Magali, Ana Carolina, Humberto e João Batista.

À minha esposa Simone, por ser parceira em todos os momentos e construirmos todas nossas vitórias juntos.

À minha sogra Sandra, por participar ativamente nas atividades diárias de nosso cotidiano, me possibilitando momentos de estudo e pesquisa.

À minha sobrinha Laís por seu auxílio técnico e constante incentivo.

Aos cunhados Diogo e Priscila pelo incentivo e amizade.

A todos meus colegas da enfermagem do HMP que torceram e me apoiaram em todo trajeto.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes durante uma década, em relação a avaliação prostática em um serviço de saúde pública e observar se esse serviço pode ser um modelo viável para implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

**Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo, a fim de analisar os desdobramentos resultantes da coleta sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA), em uma população que optou por realizar o rastreamento de câncer de próstata (CP) em 10 anos e descrever as ações implementadas nesse serviço no intuito de desenvolver políticas públicas em consonância com a PNAISH.

**Resultados:** Não foram encontradas evidências de queda de PSA, *Gleason / ISUP* no decorrer dos anos. Não houve tendências ou sazonalidades na coleta de exames ou diagnósticos. Fatores como região propícia à migração e questões culturais que distanciam os homens do serviço de saúde se mostraram prováveis influências para esses resultados. Quanto à proposição de correlação entre os percentuais de fragmentos das biópsias de próstata comprometidos por neoplasia e os valores de *Gleason / ISUP*, não houve significância estatística. As ações implementadas pelo serviço estudado para a efetivação da PNAISH abarcaram parcialmente os objetivos dessa política pública, necessitando de integração com maior equipe multiprofissional.

**Conclusões:** Maior facilidade de acesso, novas tecnologias, acesso à informação, e atualizações científicas desse escopo, parecem não impactar nos dados concretos de rastreamento, como coleta de exames e diagnósticos. O modelo de atendimento do serviço estudado se mostra uma opção viável para a implementação da PNAISH para territórios de aproximadamente 100 mil habitantes.

**Descritores:** Programas de rastreamento, Saúde do Homem, neoplasias da próstata, política de saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the epidemiological profile of patients over time in relation to prostate evaluation in a public health service and to observe whether this service can be a viable model for implementation of the National Policy for Entire Attention to Men's Health (NPEAM).

**Methods:** Retrospective and descriptive study, in order to analyze the developments resulting from the serum collection of the Prostate Specific Antigen (PSA) in a population that chose to perform prostate cancer (PC) screening in 10 years and describe the actions implemented in this service in order to develop public policies in line with the PNAISH.

**Results:** No evidence of PSA, Gleason / ISUP decline over the years was found. There were no trends or seasonalities in the collection of tests or diagnoses. Factors such as migratory regions and cultural issues that distance men from health care services were likely influences on these results. As for the proposition of correlation between the percentage of fragments of prostate biopsies compromised by neoplasia and the Gleason / ISUP values, there was no statistical significance. The actions implemented by the studied service for the effectiveness of PNAISH partially covered the objectives of this public policy, requiring integration with a larger multiprofessional team.

**Conclusions:** Greater ease of access, new technologies, access to information, and scientific updates of this scope do not seem to impact the concrete data of screening, such as test collection and diagnosis. The model of care of the service studied shows to be a viable option for implementation of the PNAISH for territories of approximately 100 thousand inhabitants.

Descriptors: Mass screening, Men's health, Prostatic neoplasms, Health policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Causas de óbitos em grupo etário.....	17
Figura 1 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais frequente.....	17
Gráfico 2 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais frequentes – Brasil.....	18
Figura 2 – Desenho da amostra.....	27
Figura 3 – Avaliação geral do PSA ano a ano.....	28
Figura 4 – Número de exames PSA ano a ano.....	28
Gráfico 3 – Linha do tempo – Biópsias.....	29
Figura 5 – Quadro geral de biópsias positivas.....	31
Figura 6 - Quadro geral de biópsias positivas – Idade / PSA / VTT.....	31
Figura 7 - Distribuição <i>Gleason</i> / <i>ISUP</i> .....	32
Figura 8 - correlações com PSA, <i>Gleason</i> e VTT.....	32
Figura 9 - Distribuição de idade (biópsias positivas) ano a ano.....	34
Figura 10 – média de PSA total (biópsias positivas) ano a ano.....	34
Figura 11 - Distribuição resultados de PSA (biópsias positivas) ano a ano.....	35
Figura 12 – Distribuição VTT ano a ano.....	35
Figura 13 - Média <i>ISUP</i> / <i>GLEASON</i> ano a ano.....	36
Figura 14 – Distribuição de PSA por subgrupos.....	37
Figura 15 - Distribuição de PSA em subgrupos ano a ano.....	38
Figura 16 - Distribuição de PSA ano a ano por subgrupos.....	39
Figura 17 - Proporção de estadiamento tumoral (TMN) ano a ano.....	48
Figura 18 – Índice <i>ISUP</i> ano a ano.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIPC:** Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
- ASH:** Ambulatório de Saúde do Homem
- AB:** Atenção Básica
- BxP:** Biópsia de próstata
- CP:** Câncer de próstata
- DM:** Diabetes Mellitus
- DRS:** Departamento Regional de Saúde
- ECLIA:** Eletroquimioluminescência
- EPD:** Exame dígito prostático
- ERSPC:** European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer
- ESF:** Estratégia de Saúde da Família
- EUA:** Estados Unidos da América
- HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica
- HMP:** Hospital Municipal de Paulínia
- HPB:** Hiperplasia prostática benigna
- HTX:** Hormonioterapia
- IIEF-5:** Índice Internacional de Função Erétil 5
- INCA:** Instituto Nacional do Câncer
- IPSS:** Escore Internacional de Sintomas Prostáticos
- IST:** Infecção sexualmente transmissível
- ISUP:** International Society of Urological Pathology
- LUTS:** *Lower Urinary Tract Symptoms*
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PLCO:** The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial
- PMAC-AB:** Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica

**PNAISH:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

**PSA:** Antígeno Prostático Específico

**PTR:** Prostatectomia radical

**RMC:** Região Metropolitana de Campinas

**RMP:** Ressonância multiparamétrica da próstata

**RTX:** Radioterapia

**STUI:** Sintomas do Trato Urinário Inferior

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TMN:** Classification of Malignant Tumours

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**VIG:** Seguimento vigilante

**VTT:** Volume total tumoral

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	15
1.2 – Câncer de Próstata.....	20
1.3 – Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI).....	21
1.4 Município de Paulínia.....	21
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
3.1 Aspectos éticos.....	24
3.2 Tipo de estudo.....	24
3.3 Local da pesquisa.....	24
3.4 Análise estatística.....	25
4. RESULTADOS.....	27
4.1 Relacionados aos desdobramentos de coletas de PSA.....	27
4.2 Relacionados a abordagem da PNAISH.....	40
4.2.1 Ambulatório de Urologia e Saúde do Homem.....	40
4.2.2 Serviço da enfermagem na atenção especializada de Urologia.....	41
4.2.3 Diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) / HIV.....	43
4.2.4 Planejamento familiar.....	43
4.2.5 Hipogonadismo.....	43
4.2.6 Disfunção sexual.....	44
4.2.7 Câncer de Próstata – do diagnóstico ao tratamento.....	45

4.2.8 STUI Sintomas do Trato Urinário Inferior – diagnóstico e tratamento.....	45
5. DISCUSSÃO.....	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
6.1 Limitações do trabalho.....	62
7. CONCLUSÕES.....	64
8. REFERÊNCIAS.....	65
9. ANEXOS.....	73

## 1. INTRODUÇÃO.

Em uma breve recapitulação sobre as políticas públicas no Brasil propostas para a saúde da mulher, em comparação com a saúde do homem, há um lapso temporal de aproximadamente 80 anos, sendo que para as mulheres se iniciaram em 1930, mesmo que o foco inicial fosse apenas na gestação e reprodução e a nomenclatura de *status* de política pública para as mulheres fosse estabelecida em 2004, as políticas públicas direcionadas para os homens, foram formuladas apenas em 2008 (1).

A disparidade temporal entre as duas políticas públicas, está intrinsecamente ligada à questão da construção cultural.

Ruth Benedict (1972) afirma que a “cultura é a lente através do qual o homem vê o mundo” (2). Lordêlo e Porto (2012) citam, o antropólogo Lévi-Strauss, que conceitua a cultura “como um conjunto de sistemas simbólicos que incluem linguagem, regras matrimoniais, arte, ciência, religião, entre outros fatores que permeiam toda a realidade social e física de diferentes sociedades” (3). Embora o conceito de cultura seja amplo, essas definições contemplam a discussão presente.

### 1.1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Estudos realizados no Brasil, reforçam o contexto cultural de que os homens não têm o hábito de cuidar de sua saúde, procuram mais o hospital, em detrimento ao uso da Unidade Básica de Saúde (UBS), mesmo que essa última seja mais próxima, indicando que buscam mais serviços curativos do que preventivos. Remetem o comportamento de cuidar da saúde atribuído às mulheres, pois os homens não têm tempo para cuidar da saúde e, de alguma forma, expõe sua fragilidade (4-9).

Profissionais da saúde também afirmam a dificuldade das próprias instituições em implementar ações eficazes direcionadas para a saúde do homem (10-12).

Nesse escopo, somente em 2009 o governo brasileiro implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), por entender a

necessidade, ainda que tardiamente, de assegurar ao homem o direito à saúde estabelecido na constituição de 1988 (13).

A distribuição etária de homens utilizada para a formulação da PNAISH, considerou os dados do IBGE do ano de 2005, conforme apresentado na tabela 1. Na tabela 2, os dados foram extraídos do censo do IBGE de 2010, o último disponível até o momento, nessa comparação podemos identificar um avanço no envelhecimento da população masculina, entretanto, a maior concentração se mantém na faixa etária entre 25 a 59 anos de idade. Podemos inferir que o envelhecimento da população continuará aumentando, para o próximo censo, todavia, a concentração na idade adulta é de percentual muito expressivo, justificando o foco dessa política para essa faixa etária.

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida – 2005.

Área Técnica	Grupo etário	População	%
Infância	0-9 anos	18.200.403 20	20
Adolescência	10-24 anos	28.053.005 31	31
Adulto	25-59 anos	37.414.895	41
Idoso	> 60 anos	7.002.716	8

Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS,2005.

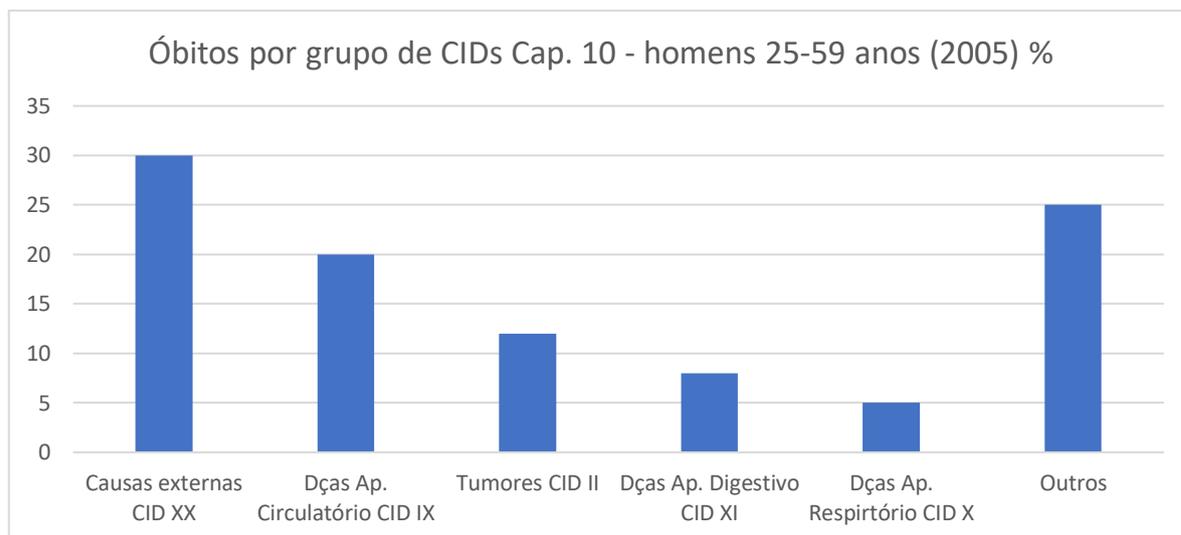
Tabela 2 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida – 2010.

Área Técnica	Grupo etário	População	%
Infância	0-9 anos	14.641.131	15,6
Adolescência	10-24 anos	25.914.510	27,8
Adulto	25-59 anos	43.695.238	46,8
Idoso	> 60 anos	9.148.864	9,8

Fonte: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-por-sexo-e-grupo-de-idade-2010.html>

Entre as principais causas de mortes, quando separadas por grupos, o maior índice, são as que ocorrem por causas externas, seguida por óbitos que envolvem doenças do aparelho circulatório, apresentado no gráfico 1, mas conforme apresentado na sequência, figura 1, os valores se invertem com o aumento da idade, dentro do mesmo grupo etário.

Gráfico 1 – Causas de óbitos em grupo etário.



Fonte: adaptado de PNAISH - BRASIL (2008)

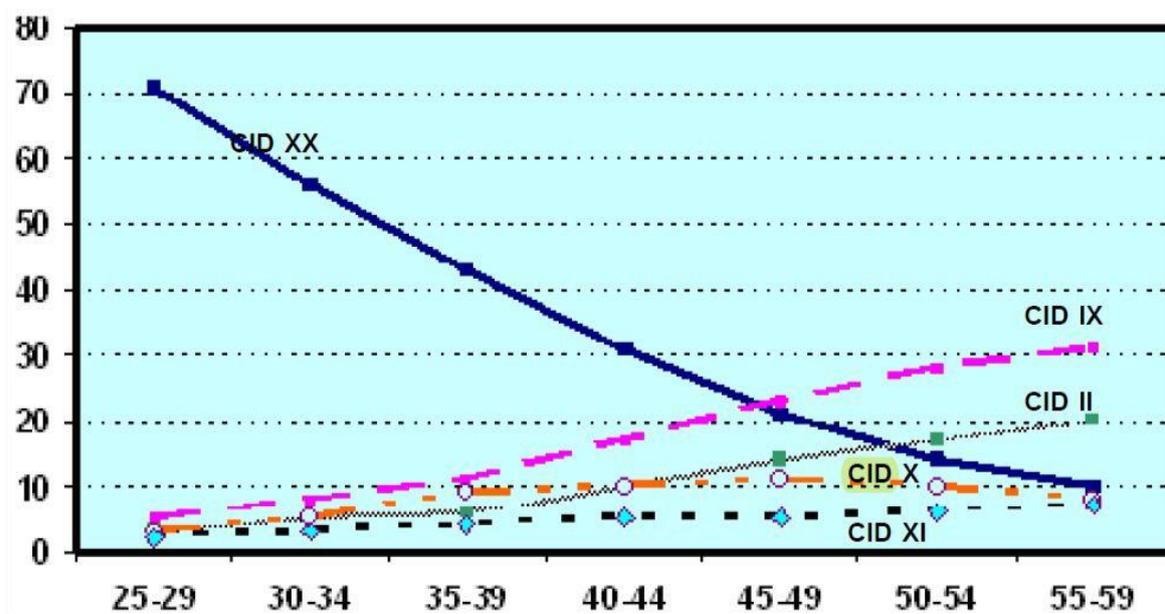
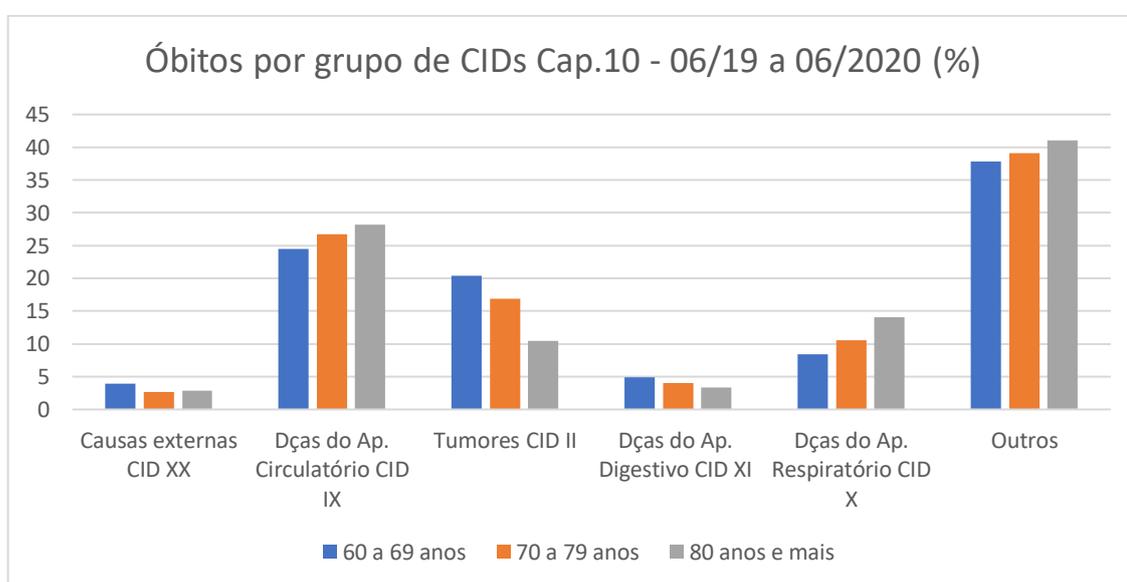


Figura 1 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais frequentes.

Fonte: PNAISH – BRASIL (2008) extraído de MS / SVS / DASIS-SIM, 2005

No gráfico abaixo, podemos observar que as tendências de óbitos nas faixas etárias a partir dos 60 anos de idade, com base nos dados do ministério da saúde para o intervalo entre 2019 e 2020, indicam percentuais maiores para as doenças do aparelho circulatório, seguido dos óbitos por tumores, enquanto os óbitos relacionados ao aparelho respiratório, ficam em terceiro lugar, porém sempre numa crescente ao passar dos anos.

Gráfico 2 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais frequentes – Brasil.



Fonte: MS / DATASUS (2022) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

A PNAISH, como toda política pública, é ampla e visa fechar lacunas da saúde coletiva pois, para além do reflexo nas taxas de mortalidade, as morbidades decorrentes das doenças impactam na vida social e econômica dos homens (13).

Como objetivo geral, a PNAISH se propõe a promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, 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 (13).

Já nos objetivos específicos, no que se refere ao aspecto de saúde, podemos destacar:

- Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral à saúde do

homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde:

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, 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; e
- Promover ações integradas com outras áreas governamentais.
- Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;
  - Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
  - Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS;
- Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados (13).

No que concerne às doenças urológicas, a PNAISH destaca o câncer de próstata (CP), de pênis, de bexiga e inclui no rol de atenção, a hiperplasia prostática benigna (HPB), que embora não seja um câncer, “atinge a maioria da população masculina após os 50 anos de idade, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas” (13). Para essa última doença, embora a PNAISH tenha classificado a HPB, o termo Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), se tornou um tanto genérico por sua incidência que a Sociedade Internacional de Contingência optou por padronizar o LUTS como termo mais adequado, em detrimento do HPB, uma vez que são diversas as causas que podem apresentar a mesma sintomatologia, como nictúria, poliúria, urgência miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e gotejamento pós-miccional, no Brasil, o termo é traduzido como sintomas do trato urinário inferior (STUI), que será utilizado nesse trabalho (14-16).

Será destacado aqui, apenas o câncer de próstata (CP) e os STUI, uma vez que o primeiro é uma doença assintomática e de alta prevalência e o segundo são um conjunto de sintomas também de alta prevalência.

## **1.2 – Câncer de Próstata.**

Em todo o mundo, o diagnóstico de CP tem aumentado substancialmente, a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (AIPC), da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou para 2020, 1.414.259 novos casos e projetaram que esses números alcançarão os índices de 2.233.261 em 2040 (17). No Brasil, segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), foram estimados para 2020, 65.840 casos novos, sendo o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens (18).

O fato de ser um câncer típico da terceira idade, mais comum acima dos 60 anos e assintomático (18), reforça as previsões citadas, destacando que a esperança de vida no Brasil, está aumentando ano a ano com um acréscimo de 3,3 anos na última década (19).

A discussão na literatura atual, mantém a controvérsia sobre os benefícios e possíveis riscos do diagnóstico precoce (18, 20).

Para rastreio do CP é utilizado habitualmente no Brasil e mundo, a coleta do Antígeno Prostático Específico (PSA), através de uma coleta simples de sangue venoso e o exame dígito prostático (EDP). Para realizar o diagnóstico é realizada a biópsia de próstata (BxP) guiada por ultrassonografia transretal e complementarmente, se possível, ressonância magnética multiparamétrica da próstata (RMP) (21-23).

### **1.3 – Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI)**

Como já citado, o STUI é um conjunto de sintomas que afeta o trato urinário inferior, interferindo muito na qualidade de vida dos homens, sobretudo nos casos moderados e graves. O tratamento pode se iniciar com orientações dietéticas e sobre hábitos alimentares, sem intervenções. Posteriormente tratamento medicamentoso ou cirúrgico, dependendo do motivo da origem dos sintomas e a gravidade (24).

A HPB, que também causa o STUI, afeta 50% dos homens com mais de 50 anos, em índices crescentes com o maior envelhecimento, atingindo a taxa de 90% aos 80 anos (25). Se tornou a quarta doença mais incidente em homens acima da quinta década, portanto com muita relevância para a saúde pública (26).

Em um estudo, realizado por nosso grupo, 71,4% dos pesquisados com idade média de 58 anos, apresentavam algum tipo de STUI, classificados como leves, moderados ou graves, os dados foram coletados no Ambulatório de Saúde do Homem (ASH) de Paulínia, que reforçam a incidência (27).

### **1.4 - Município de Paulínia.**

Em um território de 138.777 km<sup>2</sup>, com uma estimativa de população de 114,5 mil habitantes para o ano de 2022, o município apresenta 98,9% de taxa de urbanização. Quanto ao salário médio mensal de trabalhadores formais, com dados de 2019 a média era de 4,5% salários mínimos, segunda maior remuneração no estado de São Paulo (28, 29).

Está inserido na região metropolitana de Campinas (RMC), um polo tecnológico com mais de 3,1 milhões de habitantes, responsável por 8,91% do PIB estadual (dados de 2015) e em quarto lugar na escala de maior PIB per capita do Brasil

(dados de 2019), segundo o IBGE (30). O município disponibiliza transporte gratuito para munícipes com dificuldade de locomoção, para os serviços de saúde e transporte público, com subsídio nos valores dos bilhetes de passagem, que hoje é de R\$1,00, enquanto no município de Campinas e Cosmópolis (que fazem limite geográfico com Paulínia) os valores dos bilhetes são R\$5,15 e R\$4,50, respectivamente (29).

Da estrutura da saúde, possui 20 estabelecimentos, sendo 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS)s, 2 hospitais, um privado e um público, o Hospital Municipal de Paulínia (HMP) (29).

O HMP, é um hospital municipal que atende apenas o SUS, entretanto considerando a receita do município, por abrigar uma refinaria de petróleo da Petrobras e outras empresas grandes do ramo, o investimento na saúde é significativo. Isso justifica as instalações físicas do hospital, que é melhor que alguns hospitais privados da região.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Em âmbito geral iremos analisar os desdobramentos e perfil epidemiológico de uma população masculina que se submeteu ao rastreamento do CP, através da coleta sérica do PSA e do EDP em um serviço público de saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

Especificamente propomos:

- Avaliar se facilidade de acesso, em um serviço organizado, a busca ativa e o uso de novas tecnologias, como exemplo, a ressonância magnética multiparamétrica da próstata, causaram variação epidemiológica ao longo do tempo como aumento ou declínio nas solicitações de exames: PSA, biópsias e número de diagnósticos;
- Analisar se estudos científicos sobre o rastreio de câncer de próstata de alguma forma impactaram nos números de rastreio desse câncer;
- Avaliar se o modelo de atendimento desse serviço pode ser uma boa alternativa para implantação mais eficaz da PNAISH em municípios com aproximadamente 100 mil habitantes ou em territórios com o mesmo número de habitantes.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Aspectos éticos.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 543.095 da faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (anexo 1).

#### 3.2 Tipo de estudo.

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado no Ambulatório de Urologia e Saúde do Homem do município de Paulínia (ASH) – SP, consulta ao banco de dados desse serviço, prontuários dos pacientes submetidos a biópsia de próstata e registros do laboratório do hospital municipal, onde foram analisados todos os exames de PSA.

#### 3.3 Local da pesquisa.

Inserido no HMP, o ASH tem em sua estrutura física uma recepção, 3 consultórios, uma sala para coleta de exames laboratoriais, uma sala para realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, sala para chefia, sala de reunião, sala para enfermagem, sala de materiais, sala de arquivo, expurgo e banheiros. O recurso humano é composto por 2 recepcionistas, 1 enfermeiro, 4 técnicos / auxiliares e 6 médicos, sendo um deles o coordenador do serviço. O serviço de limpeza é compartilhado com outras áreas do hospital.

O acesso ao ambulatório está desenhado em duas frentes de atendimento:

**Urologia Geral**, para pacientes encaminhados das UBSs, via central de regulação, com alguma doença urológica. Nesse caso, as UBSs enviam os prontuários para as consultas através de um sistema de agendamento, desenvolvido pelo serviço de tecnologia da informação do próprio município, assim em média, 3 dias antes da data da consulta o prontuário é recebido na unidade para atendimento médico.

**Saúde do Homem**, serviço de promoção e prevenção de doenças masculinas. Nesse último, além dos pacientes serem encaminhados das UBSs para exames de rotina e rastreio de CP, possuem no próprio ambulatório, acolhimento semelhante ao realizado nas UBSs e atendem a demanda espontânea para munícipes que desejam iniciar um acompanhamento no serviço, ressaltando que todo

acompanhamento é de caráter eletivo, ou seja, as consultas e coletas de exames são previamente agendadas.

Para os pacientes da frente de promoção e prevenção, o ASH tem um prontuário próprio, onde são registrados todos os dados sociais e de saúde, bem como resultados de exames e atendimentos multiprofissionais.

Os dados relativos aos desdobramentos das coletas de PSA utilizados nessa pesquisa, foram oriundos de todas as solicitações dos profissionais da rede pública de atendimento, sendo que os resultados dos EDPs e BxPs, foram realizadas somente pelo grupo de urologistas.

Exclusivamente para os resultados das biópsias, os dados estavam disponibilizados até o ano de 2019, sendo assim, somente nessa variável foi possível analisar os resultados até a data mencionada.

As coletas de PSA foram oferecidas, após expor riscos e benefícios, por todos os clínicos e / ou urologistas da rede pública para homens acima de 45 anos.

Para a coleta do exame de PSA, é solicitado jejum mínimo de 6 horas, 2 dias sem atividade sexual, incluindo masturbação e sem andar de bicicleta ou à cavalo.

### **3.4 Análise estatística.**

As análises resultaram dos desdobramentos das coletas de 53.964 exames de PSA total entre os anos de 2008 e 2017. O método utilizado para a análise das amostras de PSA é o ensaio eletroquimioluminescência (ECLIA), utilizando o soro do sangue.

Os equipamentos utilizados foram:

Data	03/06/2008	11/06/2012	31/10/2017
Fabricante	DPC Medlab	Simens	Abbott
Modelo	Immulite 2000	Centuar Advia XP	Architect i2000
Ano	2008	2012	2016

As biópsias de próstata foram solicitadas pelos urologistas do ambulatório considerando PSA e EDP alterados. Todas BxP foram realizadas no Ambulatório de Urologia de Paulínia com técnica sextante de 12 fragmentos (31-33).

Os resultados histológicos foram classificados pela escala de *Gleason / ISUP* (32, 34, 35). A RMP foi solicitada a critério médico para auxiliar no diagnóstico, disponível com maior facilidade nos últimos 5 anos. Os tratamentos oferecidos foram a prostatectomia radical (PTR), radioterapia (RTX), bloqueio hormonal químico (HTX) e orquiectomia, em decisão compartilhada entre médico e paciente. Nesse leque de possibilidades ainda se incluiu a vigilância ativa, para cânceres de baixo grau (36, 37).

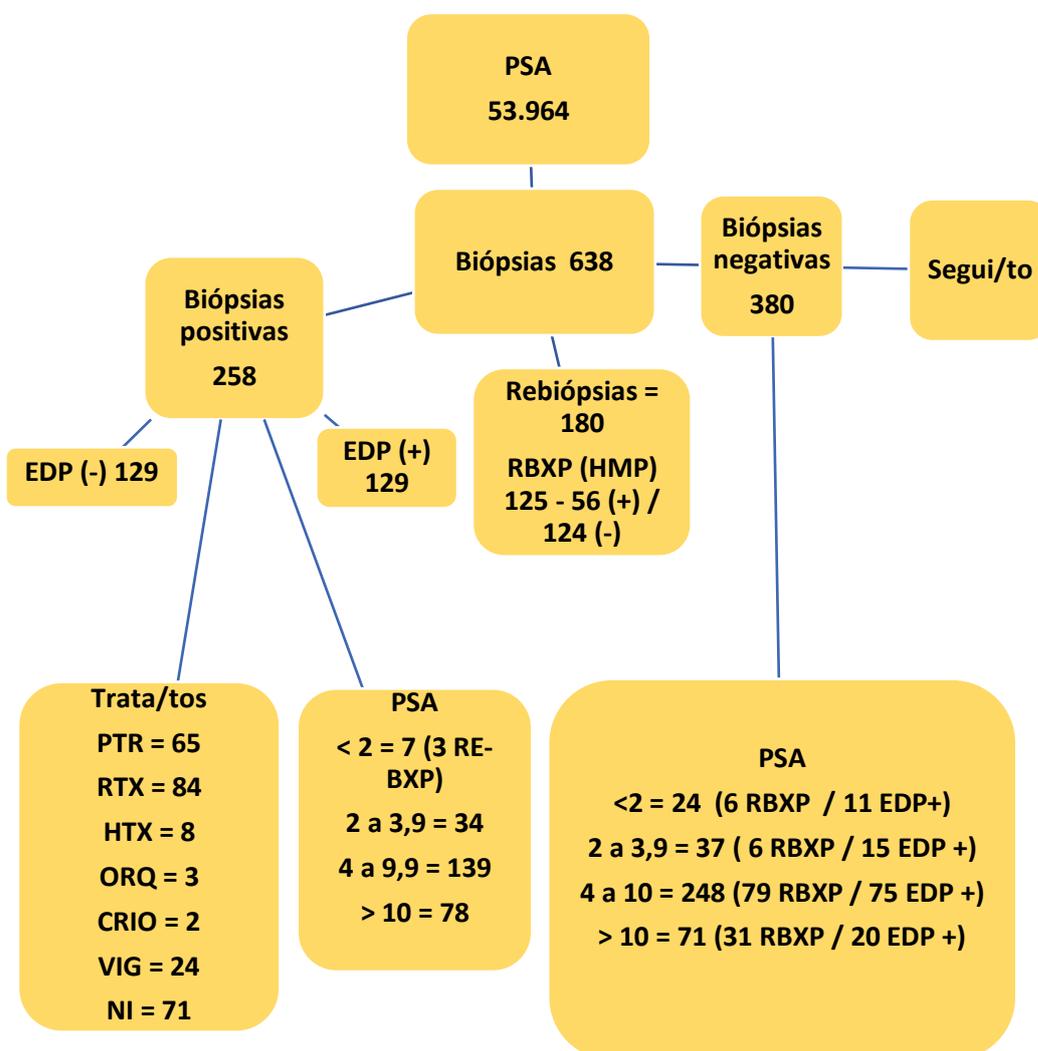
Os tratamentos cirúrgicos oferecidos são agendados na sequência da consulta médica e são realizados no próprio HMP e para os casos de RTX, os pacientes são encaminhados no mesmo momento para o Ambulatório de Oncologia, dentro do próprio HMP, onde são acolhidos pela enfermagem e agendado consulta com o médico oncologista, que posteriormente encaminha via Departamento Regional de Saúde (DRS) para serviços de radioterapia, sendo esse processo todo também célere.

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo do PSA, foram calculadas estatística descritiva das variáveis com valores de média, desvio padrão, valores máximo, mínimo e mediana no período de 2008 a 2017. Na avaliação da sazonalidade dos resultados de PSA foi realizada análise de séries temporais, através de modelos sazonais, na comparação dos dados foram utilizados os testes Qui-quadrado e Kruskal-wallis. Para avaliar o PSA total, o estadiamento tumoral (*Gleason/ISUP*) e o volume tumoral total (VTT), foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Relacionados aos desdobramentos de coletas de PSA

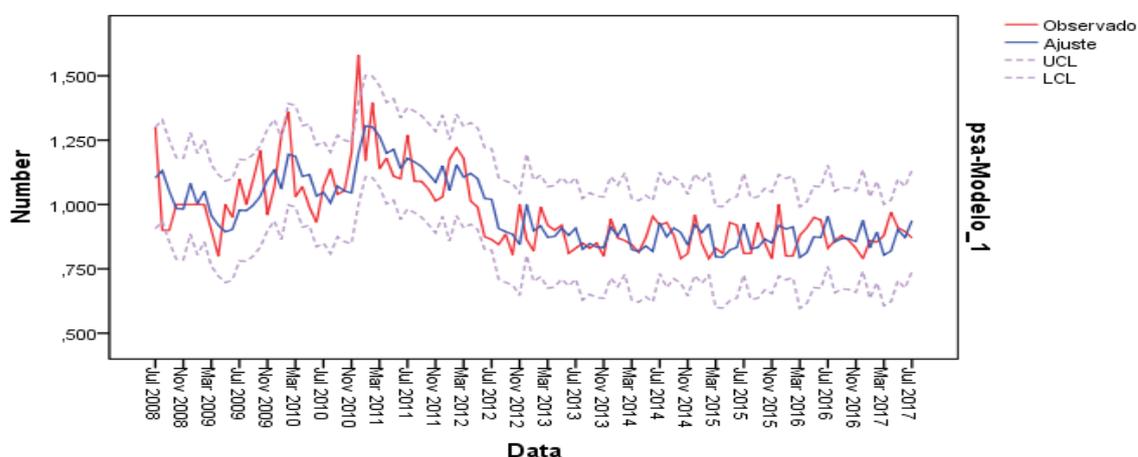
No período de 2008 a 2017, foram realizados 53.964 exames de PSA solicitados por clínicos nas UBSs e por urologistas do município e os desdobramentos podem ser visualizados na figura 2.



**Figura 2** – Desenho da amostra - PSA= antígeno prostático específico; EDP= exame dígito prostático; RE-BXP= biópsia prévia; HMP=Hospital Municipal de Paulínia; PTR= prostatectomia radical; RTX= radioterapia, HTX= bloqueio hormonal; ORQ= orquiectomia; CRIO= crioablação; QTX= quimioterapia; VIG= seguimento vigilante; NI= tratamento não identificado.

Em relação a coleta sérica de PSA dessa população, os dados mostraram que não houve sazonalidade ou mesmo tendências maiores no número de coletas nos anos estudados como apresentado na figura 3 (sazonalidade) e figura 4 (número de exames).

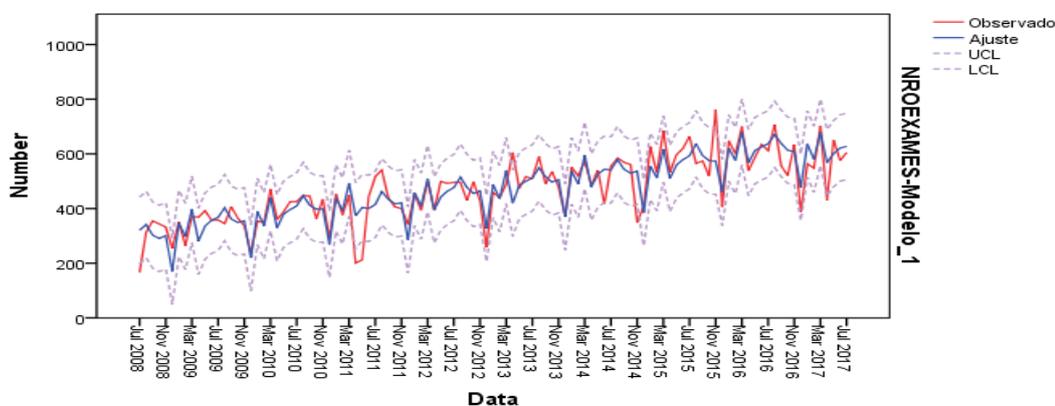
A idade média foi  $(59,65 \pm 12)$ . A média de PSAT encontrada no período foi de  $(2,12 \pm 61,66)$ .



**Figura 3** – Valor geral do PSA ano a ano.

Modelo ajustado: MA (média móvel) - série estacionaria não sazonal.

Teste de tendência: p-valor: 0.663; Teste de sazonalidade: p-valor: 0.076



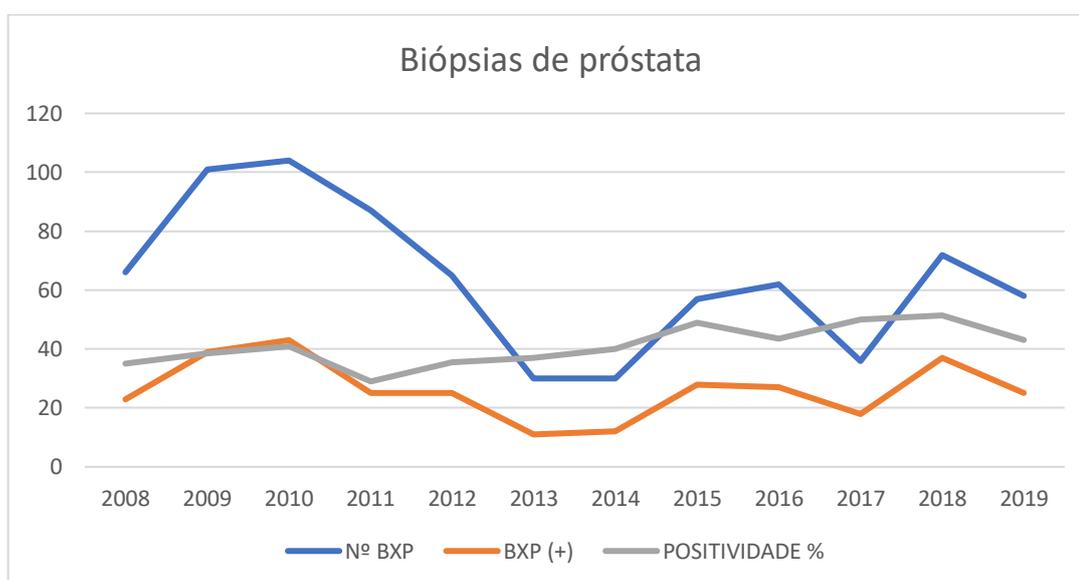
**Figura 4** – Número de exames PSA ano a ano.

Modelo ajustado: aditivo de Winters (padrão da sazonalidade não varia em função da série)

Teste de tendência: p-valor: 0.658; Teste de sazonalidade: p-valor: 0.062

A média de positividade das biópsias ao longo do tempo foi de 40,4% conforme apresentado no gráfico 3.

Gráfico 3 – Linha do tempo - Biópsias



Das biópsias positivas, em 50% delas o EDP era suspeito para neoplasia, as que foram solicitadas exclusivamente por observar o comportamento do PSA, 40,28% se mostraram positivas (Tabela 1). Em relação ao PSA, 2,7% apresentaram resultado menor que 2,0 ng/ml, num total de 7 biópsias positivas, sendo que 3 delas já eram rebiópsias de seguimento vigilante (VIG) e as restantes, o EDP estava alterado. Os PSAs que variaram entre 2 e 3,9 ng/ml, representaram 13,1%. O maior percentual ficou entre 4,0 e 9,9 ng/ml com percentual de 53,87%, enquanto os valores de PSA superiores a 10ng/ml, somaram 30,2% da amostra. Todos os resultados superiores a 100 ng/ml, foram calculados exatamente como 101 ng/ml para obter os números absolutos. Assim a média de PSA foi de  $(12,51 \pm 21,06)$ .

Tabela 1. Distribuição de biópsias por resultados gerais.

SOLICITAÇÕES DE BIÓPSIAS	N	%
EDP + BXP +	129	20,2
EDP + BXP - (EDP falso positivo)	123	19,3
EDP - BXP +	129	20,2
EDP - BXP - (PSA falso positivo)	257	40,3
TOTAL	638	100,0

**EDP+** = exame dígito prostático alterado, **EDP-** = ex. díg. prostático normal

**BXP+**=biópsia positiva, **BXP-** = biópsia negativa

Tabela 2. Distribuição de biópsias positivas / exame retal negativo / PSA.

BXP + EDP -	N	%
PSA < 4	14	14,58
PSA 4 - 10	54	56,25
PSA > 10	27	28,12
PSA (INVÁLIDO)	01	1,05
TOTAL	96	100,00

**BXP+**=biópsia positiva, **EDP-** = Ex. Díg. Prostático normal

Tabela 3. Distribuição de biópsias positivas / exame retal positivo / PSA.

BXP + EDP +	N	%
PSA < 4	16	15,23
PSA 4 - 10	52	49,52
PSA > 10	36	34,28
PSA (INVÁLIDO)	01	0,97
TOTAL	96	100,00

**BXP+**=biópsia positiva, **EDP+** = exame dígito prostático alterado

Buscamos estabelecer uma relação entre os percentuais de fragmentos positivos encontrados nas BxPs e os resultados histopatológicos (*Gleason / ISUP*) (35), usando o parâmetro: cada um dos fragmentos poderia ter no máximo 100% da amostra comprometida por células neoplásicas, assim, o número máximo a ser alcançado em 12 fragmentos das biópsias, seria o número de 1200 que nomeamos de valor total tumoral (VTT).

Os dados gerais estão apresentados nas figuras 5 e 6.

ANO	FREQUÊNCIA	PORCENTUAL
2008	23	7,3
2009	39	12,5
2010	43	13,7
2011	25	8
2012	25	8
2013	11	3,5
2014	12	3,8
2015	28	8,9
2016	27	8,6
2017	18	5,8
2018	37	11,8
2019	25	8
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>	<b>100</b>

**Figura 5** – Quadro geral de biópsias positivas.

Coluna1	IDADE	PSA TOTAL	VTT
<b>N Válido</b>	<b>311</b>	<b>310</b>	<b>313</b>
<b>N Ausente</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Média</b>	<b>65,79</b>	<b>12,51</b>	<b>156,29</b>
<b>Erro de média padrão</b>	<b>0,46685</b>	<b>1,196</b>	<b>10,73</b>
<b>Mediana</b>	<b>65</b>	<b>6,89</b>	<b>100</b>
<b>Moda</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
<b>Desvio Padrão</b>	<b>8,23</b>	<b>21,06</b>	<b>189,9</b>
<b>Mínimo</b>	<b>43</b>	<b>0,76</b>	<b>0</b>
<b>Máximo</b>	<b>88</b>	<b>174</b>	<b>1080</b>

**Figura 6** - Quadro geral de biópsias positivas – Idade / PSA / VTT.

A frequência dos índices de *ISUP* estão concentrados nas classificações 1 e 2, conforme demonstrado na figura 7.

<i>ISUP</i>	Frequência	Porcentual	Porcentual válido
1	195	62,3	62,9
2	59	18,8	19
3	32	10,2	10,3
4	21	6,7	6,8
5	3	1	1
Total	310	99	100
Ausente	3	1	
Total	313	100	

**Figura 7** - Distribuição Gleason / *ISUP*

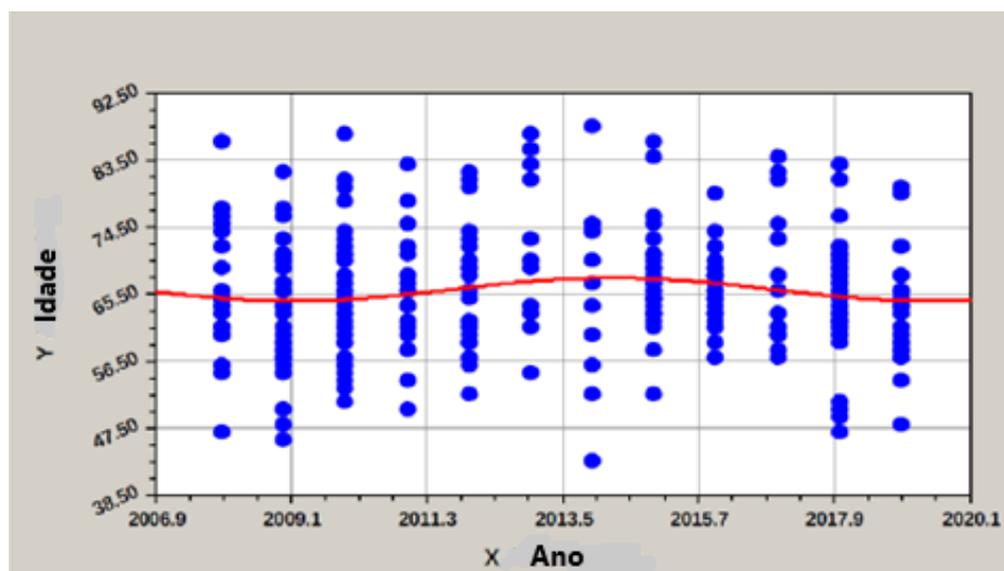
Buscamos correlações com PSA, *Gleason* e VTT, ano a ano, porém não se mostrou significativa ( $r= 0,029$ ;  $p= 0,608$ ;  $N= 313$ ), como se pode ver na figura 8.

	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,247	0,427	0,549	2008
	0,042	0,042	0,007	
FREQUÊNCIA	23	23	23	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,099	-0,82	-0,188	2009
	0,548	0,621	0,251	
FREQUÊNCIA	39	39	39	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,506	0,287	0,19	2010
	0,001	0,066	0,222	
FREQUÊNCIA	42	42	42	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,19	0,012	-0,243	2011
	0,374	0,955	0,0252	
FREQUÊNCIA	24	24	24	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,08	0,238	-0,097	2012
	0,71	0,263	0,654	
FREQUÊNCIA	24	24	24	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,14	-0,012	0,181	2013
	0,681	0,973	0,573	

FREQUÊNCIA	11	11	11	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,505	0,207	0,094	2014
	0,113	0,542	0,772	
FREQUÊNCIA	11	11	11	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,42	-0,038	0,077	2015
	0,832	0,852	0,696	
FREQUÊNCIA	28	28	28	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,092	-0,09	-0,298	2016
	0,648	0,655	0,131	
FREQUÊNCIA	27	27	27	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,95	0,379	0,297	2017
	0,718	0,121	0,231	
FREQUÊNCIA	18	18	18	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	0,163	0,135	0,209	2018
	0,334	0,425	0,214	
FREQUÊNCIA	37	37	37	
	PSA	GLEASON	VTT	ANO
	-0,146	0,166	0,9	2019
	0,487	0,428	0,67	
FREQUÊNCIA	25	25	25	

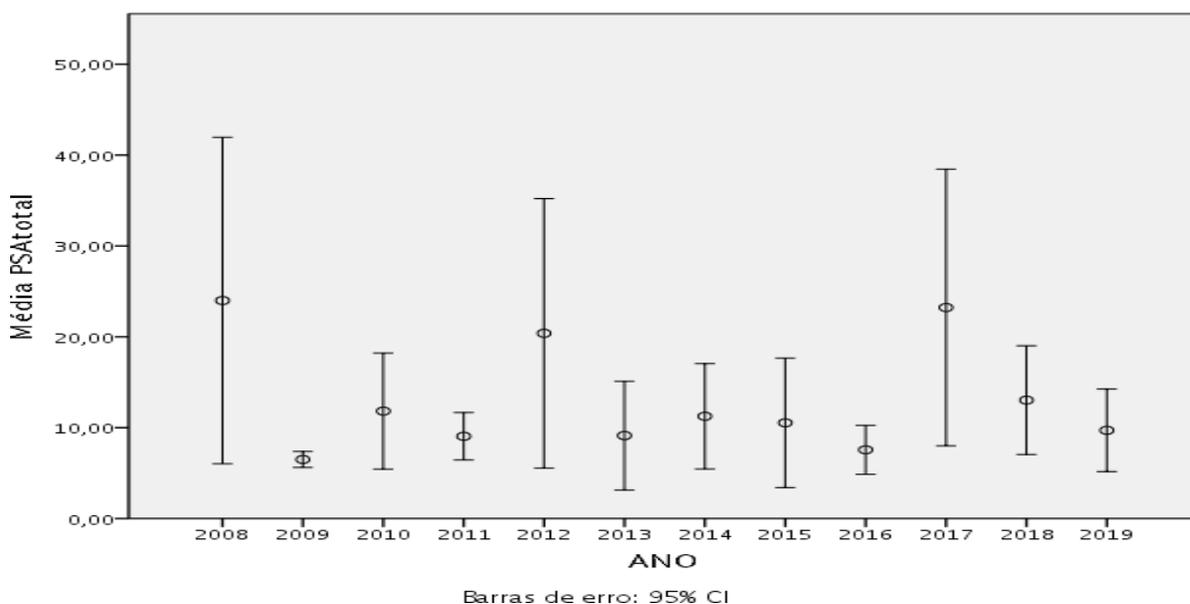
**Figura 8** - correlações com as idades PSA, Gleason e VTT

Na figura 9, pode-se verificar a média das idades indicado pela linha vermelha e a distribuição geral das idades dos pacientes diagnosticados com CP.

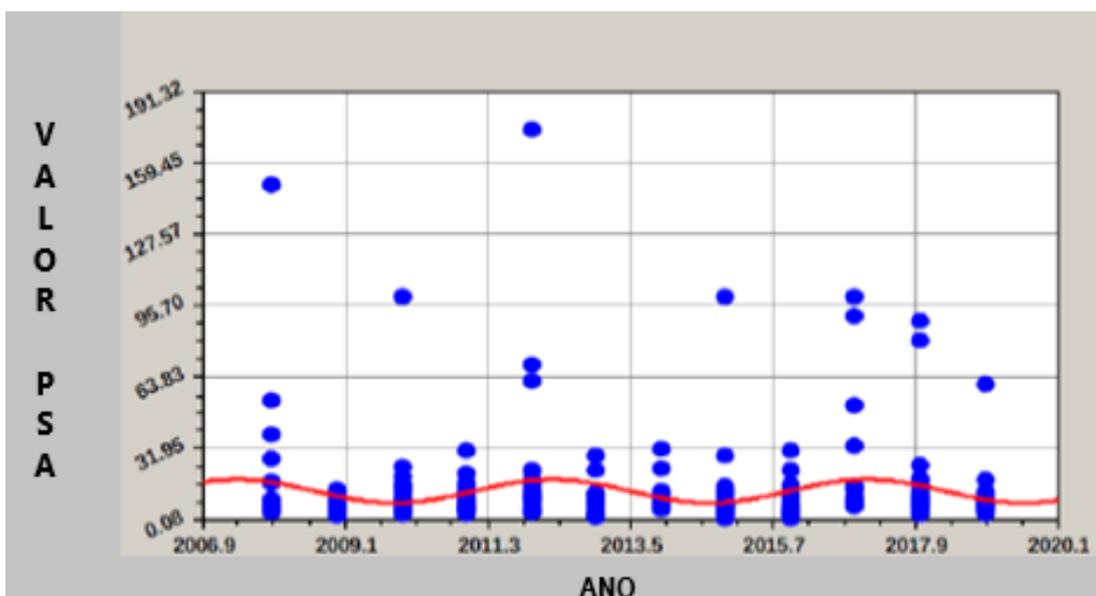


**Figura 9** - Distribuição de idade (biópsias positivas) ano a ano

No mesmo sentido, buscamos estabelecer correlações entre as médias de PSA ano a ano, que não apresentaram significância estatística ( $r = -0,019$ ;  $p = 0,745$ ;  $N = 310$ ). O fato de não termos excluído os valores de PSA acima de 100 ng/ml, resulta na elevação da média e do desvio padrão como observado na figura 10, entretanto, a figura 11, possibilita a visualização mais fidedigna da frequência.

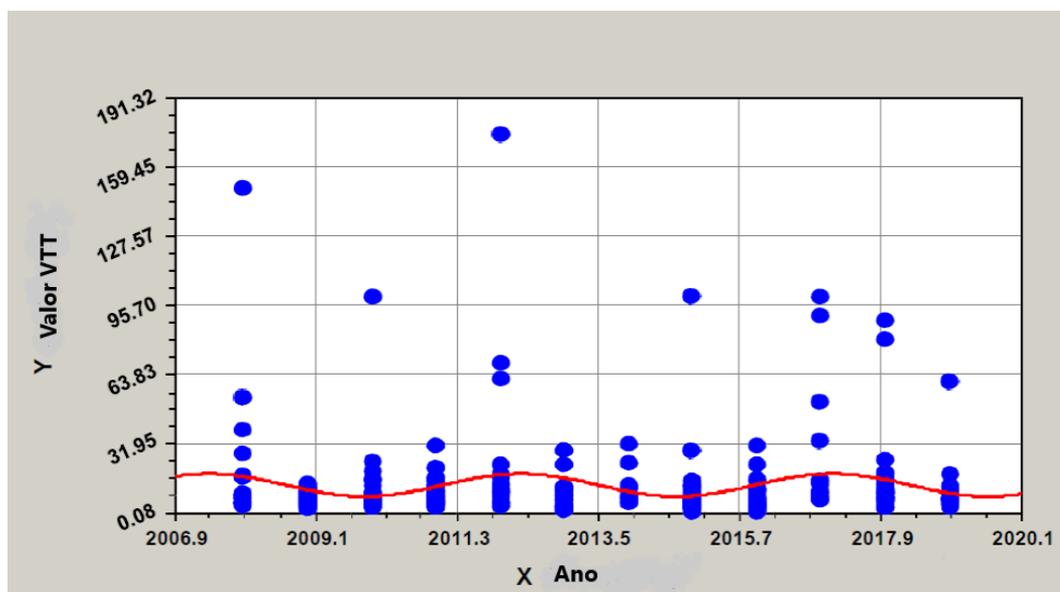


**Figura 10** – média de PSA total (biópsias positivas) ano a ano.



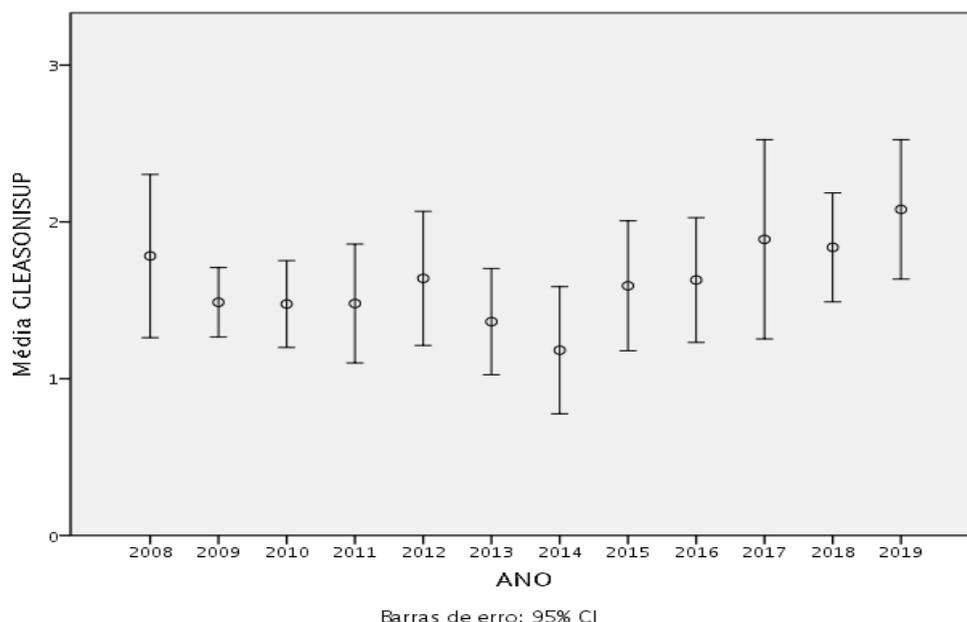
**Figura 11** - Distribuição resultados de PSA (biópsias positivas) ano a ano.

O VTT também não se correlacionou com o tempo ( $r = 0,033$ ;  $p = 0,566$ ;  $N=313$ ), e os estudos de modelagem não permitiram vislumbrar uma função que melhor se ajustasse à sua distribuição pelo tempo. Mesmo assim, o aspecto visual da distribuição é semelhante ao das duas variáveis anteriores, como observado na figura 12.



**Figura 12** – Distribuição VTT ano a ano.

A distribuição do escore ISUP, ao contrário das anteriores, correlacionou-se positivamente com o tempo, com  $r = 0,133$  ( $p = 0,019$ ;  $n = 310$ ) e essa evolução é mostrada na próxima figura, com os valores médios e erro padrão da média, o que é válido para interpretação, já que se trata de variável com distribuição multinomial.



**Figura 13** - Média *ISUP* / *GLEASON* ano a ano.

Quando categorizado o PSA em blocos, que representam recortes de análise clínica, a despeito da vantagem, traz um custo estatístico, já que reduz a sensibilidade na busca de eventuais associações além de, o que é pior, favorecer associações espúrias. Essa menor sensibilidade se deve ao fato de que a amostra total é, arbitrariamente, subdividida em sub-amostras de tamanho menor, evidentemente, o que compromete esse requisito. De qualquer modo, categorizando o valor total do PSA nos valores da figura 14, reproduzida abaixo, o método estatístico apropriado para verificar sua associação com o ano é o qui quadrado calculado em tabela de contingência, mostrada na próxima tabela.

PSA por grupos de significância clínica	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
< 4	45	14,4	14,5	14,5
4 A 10	181	57,8	58,4	72,9
> 10	84	26,8	27,1	100,0
Total	310	99,0	100,0	
Ausente Sistema	3	1,0		
Total	313	100,0		

**Figura 14** – Distribuição de PSA por subgrupos (2008-2019).

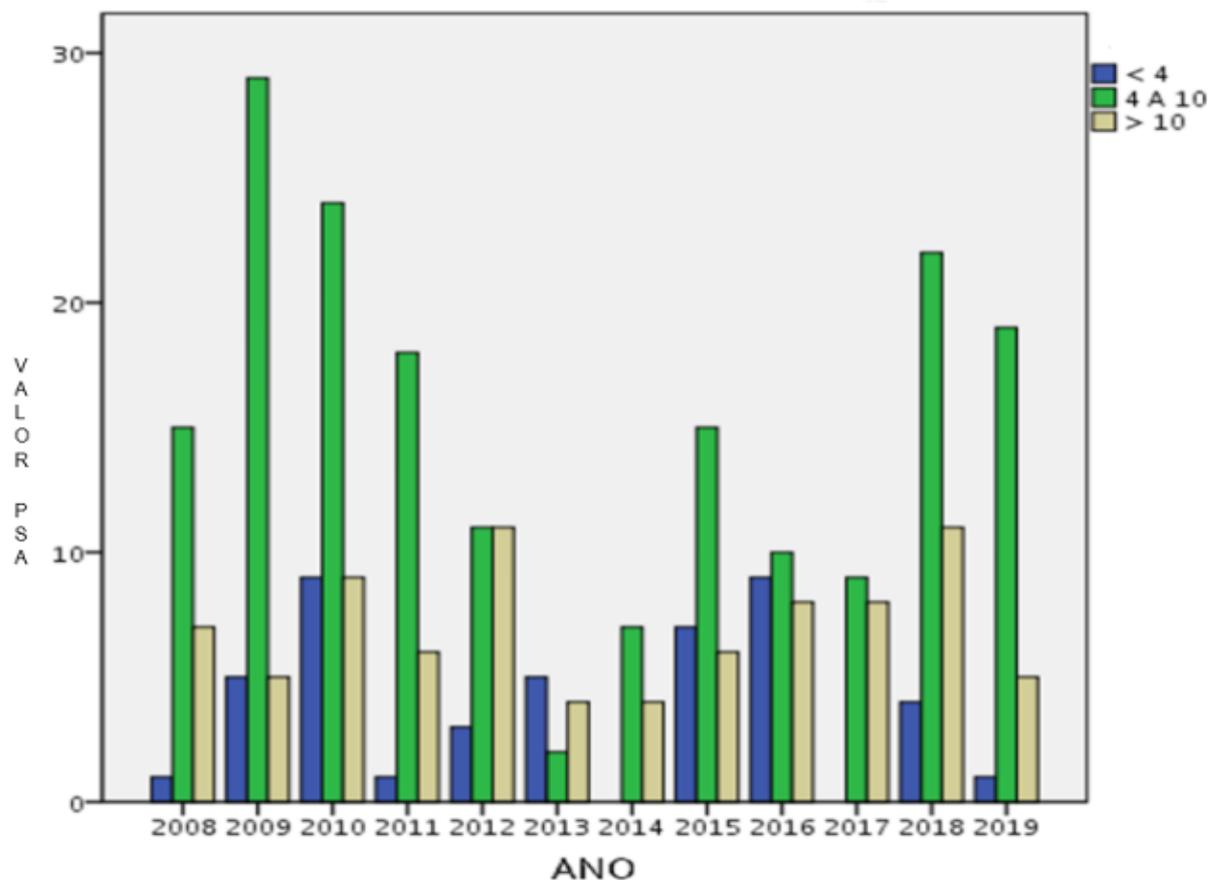
O valor calculado do qui quadrado de Pearson (48,110) tem um nível de significância  $p = 0,000$  ( $< 0,001$ ); essa significância se deve aos anos 2013 e 2016 os quais, como mostra a figura que segue, a tabela apresenta a mais alta proporção de valores inferiores a 4.

ANO \* PSA 4 Tabulação cruzada

		PSA 4			Total
		< 4	4 A 10	> 10	
2008	Contagem	1	15	7	23
	% dentro de ANO	4,3%	65,2%	30,4%	100,0%
2009	Contagem	5	29	5	39
	% dentro de ANO	12,8%	74,4%	12,8%	100,0%
2010	Contagem	9	24	9	42
	% dentro de ANO	21,4%	57,1%	21,4%	100,0%
2011	Contagem	1	18	6	25
	% dentro de ANO	4,0%	72,0%	24,0%	100,0%
2012	Contagem	3	11	11	25
	% dentro de ANO	12,0%	44,0%	44,0%	100,0%
2013	Contagem	5	2	4	11
	% dentro de ANO	45,5%	18,2%	36,4%	100,0%
2014	Contagem	0	7	4	11
	% dentro de ANO	0,0%	63,6%	36,4%	100,0%
2015	Contagem	7	15	6	28
	% dentro de ANO	25,0%	53,6%	21,4%	100,0%
2016	Contagem	9	10	8	27
	% dentro de ANO	33,3%	37,0%	29,6%	100,0%
2017	Contagem	0	9	8	17
	% dentro de ANO	0,0%	52,9%	47,1%	100,0%
2018	Contagem	4	22	11	37
	% dentro de ANO	10,8%	59,5%	29,7%	100,0%
2019	Contagem	1	19	5	25
	% dentro de ANO	4,0%	76,0%	20,0%	100,0%
Total	Contagem	45	181	84	310
	% dentro de ANO	14,5%	58,4%	27,1%	100,0%

**Figura 15** - Distribuição de PSA em subgrupos ano a ano.

A figura 16, nos permite observar os subgrupos com significância clínica na linha do tempo, sem indicar estatisticamente que houve tendências de aumento ou mesmo redução com o decorrer dos anos.



**Figura 16** - Distribuição de PSA ano a ano por subgrupos.

Em relação aos tratamentos, a amostra apresentou as divisões: PTR, 25,19%, com média de idade de  $(62,66 \pm 6,01)$ ; RTX somaram 32,55% do total, como idade média de  $(66,77 \pm 5,21)$ ; HTX representaram 3% do total, com idade média de  $(80,5 \pm 8,0)$ ; VIG representaram 9%, com idade média de  $(63,5 \pm 8,3)$ .

Não foi possível identificar o tratamento de 27,5% da amostra, por motivos variados, como mudança para outro município, óbito, entre outros, isso ocorreu porque no banco de dados havia o resultado das biópsias, mas o dado do tratamento teve que ser consultado no prontuário do paciente.

Do total das 180 rebiópsias, 125 delas, foram repetidas no próprio HMP, somaram 28,21% do total das biópsias realizadas, sendo que 31 pacientes foram biopsiados duas vezes, 9 por três vezes, 6 por quatro vezes e 2 passaram por cinco biópsias, portanto um total de 48 indivíduos, e 25 desses estavam em VIG. O percentual de positividade das rebiópsias foi de 31%.

Das biópsias negativas, o maior percentual 65,26% (n=248), os resultados de PSA estavam entre 4 a 10 ng/ml, 79 eram rebiópsias e 75 tinham EDP alterados. A média de PSA nesse grupo foi de (7,57 ± 6,95).

## **4.2 – Relacionados a abordagem da PNAISH**

A PNAISH, como já apresentada, é uma política ampla, dessa forma vamos identificar, a seguir, os resultados encontrados em campo de pesquisa que estão em consonância com tal política.

### **4.2.1 - Ambulatório de Urologia e Saúde do Homem.**

Um ano após a promulgação da PNAISH, o serviço de urologia de Paulínia, inaugura o Ambulatório de Saúde do Homem (ASH), num esforço de 4 urologistas e 1 auxiliar de enfermagem apoiados pela administração pública, em implementar ações direcionadas a esse público, que propiciasse uma mudança de paradigma na percepção do homem em sua relação com serviço público de saúde, resultando no entendimento da necessidade de cuidar de sua própria saúde evitando agravos futuros.

Duas frentes foram formadas, as doenças urológicas gerais continuariam sendo atendidas nas UBSs sedes de polos geográficos (não há especialistas para todas as unidades) e os pacientes que desejassem rastreamento de CP através da coleta anual do antígeno prostático específico (PSA) e exame dígito prostático (EDP), para assintomáticos acima dos 45 anos, ou apenas para consultas de rotina para avaliação genitália, orientação sexual, ou mesmo para primeira consulta com urologista, foram encaminhados para o ASH, abrigado no Hospital Municipal de Paulínia (HMP).

Foi instituído um protocolo de encaminhamento e abordagem utilizados até a presente data: os clínicos das UBSs encaminham os homens acima de 45 ao ASH, após decisão compartilhada sobre o rastreamento de CP ou para orientações sexuais, iniciando o atendimento a 150 homens.

Em 2013 esse serviço teve sua patente registrada como “Experiência no Serviço Público em Saúde do Homem” (anexo 2).

Considerando as publicações científicas atuais e as reflexões epidemiológicas locais, em 2018 foi proposto um protocolo interno, a partir de decisão compartilhada com os pacientes que tinham  $PSA \leq 1,5$  ng/ml, a partir da segunda coleta, EDP normal e sem antecedentes familiares para CP, para serem divididos em um grupo com o espaçamento de coleta de PSA e consulta médica com intervalo de 2 anos e um grupo controle, mantendo a coleta e consulta anuais.

No ano de 2019, todo atendimento do serviço de urologia foi centralizado no HMP, com vistas de otimizar o atendimento, criar referência e agilizar os atendimentos cirúrgicos, uma vez que a mesma equipe médica que atendia nos ambulatórios, também operava, normalmente em horário invertido, entretanto também eram acionados em caso de urgências urológicas no pronto socorro.

Finalmente, agora em 2022, o serviço de urologia conta com 3.800 homens cadastrados no programa, no braço de rastreio, que faz seguimento sistemático de coleta sérica de PSA e EDP anualmente ou a cada 2 anos, conforme protocolo interno. Soma-se a esse número 4.100 homens atendidos que foram encaminhados por alguma doença urológica e fazem seguimento regular, incluindo 360 que acompanham por tumores urológicos.

Para atendimento a esse público a equipe conta com 6 médicos urologistas, 2 recepcionistas, e uma equipe de enfermagem com 5 pessoas.

#### **4.2.2 Serviço da enfermagem na atenção especializada de Urologia.**

Desde a inauguração do ASH o serviço da enfermagem também se configurou como um diferencial no atendimento aos homens.

Ações em parcerias com escolas e UBSs envolvendo adolescentes e jovens foram realizadas tendo como pauta a educação sexual, prevenção de acidentes, alimentação, drogas lícitas e ilícitas e cuidados gerais com a saúde.

A equipe de enfermagem oferece palestras em empresas sobre doenças específicas do público masculino com ênfase no CP, como exemplo, no ano de 2021, em uma empresa de transportes com cerca de 150 funcionários, realizaram incentivo a promoção de saúde, realizando coleta de PSA *in loco* e no mesmo local agendaram consultas médicas para posterior atendimento no ASH.

No protocolo de atendimento no ASH, a primeira consulta é de enfermagem, onde é realizada anamnese, coletados dados gerais de saúde, uso de medicamentos, cirurgias prévias, atividade sexual, entre outros (anexo 3). Esses dados tornam-se parte integrante do prontuário do paciente. Além dessas informações são aplicados dois instrumentos; o International Prostate Symptom Score (IPSS) (38, 39) (anexo 4) para avaliar a função miccional, e o *International Index of Erectile Function* (IIEF-5) (40, 41) (anexo 5) para avaliar a função erétil.

É agendado um dia para a coleta de exames laboratoriais: perfil renal, lipídico, hepático, hormonal, glicemia, ácido úrico, sorologias, hemograma, PSA e urina I. Após a coleta é agendada uma consulta com um urologista. Os exames dos pacientes são armazenados em banco de dados, uma espécie de prontuário eletrônico (planilha de Excel), e todos os dados ficam disponíveis na consulta médica.

A enfermagem faz acolhimento e escuta qualificada nos moldes da atenção básica (42, 43), para pacientes que buscam o serviço com queixas, oferecendo soluções imediatas conforme as demandas.

Conforme protocolo estabelecido pelo serviço, buscando solidificar a relação do usuário com a unidade de saúde, a enfermagem faz busca ativa de forma inédita para assintomáticos e também para pacientes oncológicos (44) e essa estratégia tem se mostrado eficaz na relação dos usuários com o serviço.

O serviço de digitação, armazenamento, e estatística dos dados também são produzidos pela enfermagem que corrobora ativamente para a reflexão sobre os dados que dão subsídios para a gestão tomar decisões nas estratégias de atendimento.

A assistência de enfermagem para o paciente que realizará biópsia de próstata é fundamental, pois os pacientes podem ser afetados por impactos biopsicossociais, já estudado por nosso grupo de pesquisa (45, 46).

Nesse contexto da programação de biópsia, a enfermagem convoca o paciente e um acompanhante para receber as orientações pré-biópsia, que consiste na entrega e orientações para uso de antibioticoterapia profilática, explica como será o procedimento, faz uma breve exposição sobre a anatomia do sistema reprodutor masculino com ênfase na próstata e a necessidade da biópsia. Apresenta dados estatísticos sobre positividade do exame, possíveis complicações e qual deve ser a atitude tomada em cada caso (46).

No dia do exame, prepara todo o material para a biópsia, recebe o paciente, aferir os sinais vitais, posiciona o paciente em decúbito lateral esquerdo e auxilia o médico no momento do exame, sendo responsável por alocar cada fragmento da próstata em um frasco com formaldeído a 10%, identificado previamente (46).

Convoca o paciente para consulta médica para receber o resultado do exame e no caso de positividade, quando é optado por cirurgia, já coleta exames pré-operatórios e orienta todos os passos até a data da cirurgia.

#### **4.2.3 Diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) / HIV.**

No ano de 2017, o ASH ampliou mais o leque de atendimento na direção de contemplar as diretrizes do PNAISH, incluiu na coleta de exames laboratoriais a coleta de sorologias para hepatites, HIV e sífilis, e os casos alterados são notificados na própria unidade de saúde e para os pacientes em que haja indicação de iniciar o tratamento com benzilpenicilina (Sífilis), há um fluxo estabelecido para receber a primeira dose no próprio hospital (anexo 6).

#### **4.2.4 Planejamento familiar.**

A atenção básica oferece nas UBSs o serviço de planejamento familiar (47) e após aprovação do processo, os nomes são encaminhados para o serviço de urologia que convoca o paciente, realiza os exames pré-operatórios e realiza a cirurgia de esterilização no próprio ambulatório, bem como o acompanhamento em consultas pós-operatórias.

Esses pacientes ficam cadastrados no ASH para seguimento no braço de promoção e prevenção.

#### **4.2.5 Hipogonadismo.**

Resgatando “as linhas de cuidados, na perspectiva da integralidade” (13) para a saúde do homem, a coleta seriada de exames de rotina, permite análises que

extrapolam o resultado imediato do exame, pois a coleta de dados, permite refletir sobre epidemiologia e propor ações de saúde coletiva.

Entre as doenças recorrentes em um serviço de urologia, estudos apontam um alerta para os efeitos deletérios à saúde, causadas pelo hipogonadismo (48, 49).

Nosso grupo de pesquisa pôde observar, entre os pacientes atendidos no ASH, queda nos níveis de testosterona em homens de diferentes grupos de idades, com maior intensidade em idades inferiores a 40 anos, mas também em idades inferiores a 30 anos. Esses dados convergem para evidência anterior sobre o declínio da qualidade do esperma e da fertilidade, se mostrando revelador para a reflexão clínica (50-52). Dessa forma, para além do atendimento ao usuário, o grupo interdisciplinar está atento às mudanças epidemiológicas, estendendo o olhar para um cuidado integral ao usuário.

#### **4.2.6 Disfunção sexual.**

Preservar a função erétil dos homens é uma linha de cuidado bastante significativa na abordagem ao público masculino, pois entre 10 e 40% dos homens, apresentam disfunção erétil, principalmente após os 40 anos (53-55). Para os pacientes atendidos rotineiramente no ASH, foram estabelecidas relações entre exames hormonais, IMC, circunferência abdominal, idade, comportamento sexual, doenças crônicas, como diabetes (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), tamanho do pênis objetivo (mensurados em consulta médica) e subjetivos (referido pelo paciente como: pequeno, médio ou grande), a fim de organizar dados que possibilitaram refletir a realidade epidemiológica local, como apontado em estudo transversal onde cerca de 10% dos homens saudáveis, que tinham a percepção subjetiva de ter o pênis pequeno, apresentaram disfunção erétil sem associação com outras causas (56). O uso dos resultados de pesquisas realizadas na realidade local, permite uma maior associação cultural que favorece na abordagem a temas sensíveis. Na mesma linha, são oferecidos tratamentos para ejaculação rápida.

#### **4.2.7 - Câncer de Próstata – do diagnóstico ao tratamento.**

O serviço de rastreio e diagnóstico é realizado de forma integral no ASH. Para homens que durante o rastreio é solicitado a BxP, todas orientações, preparo e o próprio procedimento são realizados nesse serviço.

No sentido de garantir a continuidade do usuário após o diagnóstico do CP, o HMP, mesmo sendo um serviço de atenção secundária, oferece a cirurgia de PTR, HTX, e também realiza o seguimento vigilante, conforme cada caso. Para tratamento com RTX, os pacientes são encaminhados via Central de Regulação para as unidades de referência (57).

#### **4.2.8 STUI - Sintomas do Trato Urinário Inferior – diagnóstico e tratamento.**

O tratamento dos STUI, pode ser medicamentoso ou cirúrgico, como já citado. As cirurgias para tratamentos de, como a ressecção transuretral da próstata, adenomectomia, uretrotomia interna, uretrocistoscopia, entre outras são realizadas rotineiramente pelo serviço de urologia do HMP.

Um resultado notório, não está ligado aos procedimentos cirúrgicos, mas a padronização de medicamentos alfa-bloqueadores e retutores da 5 $\alpha$ -redutase, junto a prefeitura municipal, que são oferecidos gratuitamente na cesta de medicamentos padronizados no SUS municipal, utilizados para tratamento clínico dos STUI. Esses medicamentos têm custo elevado e a população de baixa renda teria dificuldade de adquirir. Vale ressaltar que do total de homens atendidos no serviço pesquisado, 75% das doenças identificadas são referentes à próstata (CID Z12.5, N40 e C61) e 38 % dos pacientes fazem uso desses medicamentos.

## 5. DISCUSSÃO.

Nossa discussão sobre os dados obtidos passa necessariamente pela parte objetiva, ou seja, os desdobramentos relativos à coleta seriada do PSA realizada no serviço público do município de Paulínia e nos permite refletir, em segundo momento, o tipo de abordagem instituída pelo serviço de urologia, no que tange a PNAISH, buscando na literatura quais os avanços e desafios de outros serviços no processo de implementação dessa política pública relacionando com os dados obtidos nessa pesquisa.

A coleta sérica de PSA e a utilização do EDP como método para rastreamento do CP, no intuito de realizar o diagnóstico precoce de CP têm sido utilizados há anos no Brasil e no mundo (58).

Entretanto a controvérsia se esse método é realmente benéfico para o homem que se submete ao rastreamento, continua a ser tema atual na literatura científica.

O primeiro estudo, estadunidense, de grande porte *The Prostate, Lung, Colorectal, and Ovary (PLCO)*, não recomendou o rastreamento para CP em todas as idades em 2011 e retificou a orientação em 2018, para idades específicas em decisão compartilhada entre médico e paciente (59).

Heidenreich e colaboradores (2011), ao publicarem as diretrizes européias sobre triagem, diagnóstico e tratamento de doença clinicamente localizada, usaram como base, dois estudos de grande porte: PLCO e o *The European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)*, realizado na Europa. O primeiro estudo seguiu 76.693 homens durante 7 anos, divididos em grupo de rastreamento e controle, oferecendo coleta seriada de PSA e EDP, BxP, quando exames alterados e na confirmação do CP, tratamento; sendo para o segundo grupo, apenas a observação, sem intervenção, como ocorre normalmente para o grupo controle. A taxa de mortalidade de CP para o grupo de rastreamento, por 10.000 homens / ano, a razão foi de 1.13 (50 óbitos no grupo rastreado) e (44 óbitos no grupo controle), concluindo não haver diferença significativa entre os dois grupos, ou seja, não apresentava benefício no rastreamento, recomendando que a decisão pelo rastreamento seja compartilhada entre médico e paciente após a análise custo / benefício (58). No segundo estudo, realizado na Europa, incluíram 162.243 homens com idades entre 55 e 69 anos - randomizando,

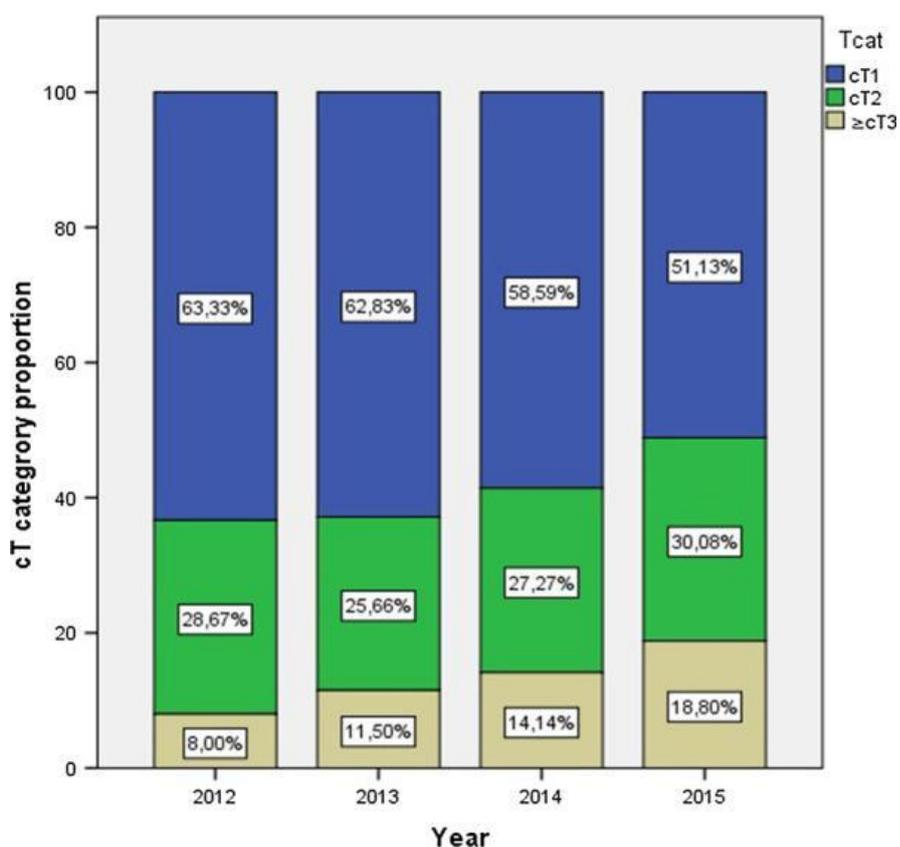
grupo rastreio e controle - oferecendo 1 exame de PSA a cada 4 anos, para o grupo de rastreio, num seguimento total de 9 anos. A incidência de CP foi de 8,2% para o grupo rastreado e 4,8% para o grupo controle, ou seja, foi necessário rastrear 1.140 homens para diagnosticar 48 casos de CP e evitar 1 morte, mas apresentou uma redução de 20% na taxa de mortalidade, porém associado a um alto risco de tratamento excessivo ou super-tratamento ou como relatado na literatura científica internacional: *overdiagnosis and overtreatment* (60), que hoje podemos relacionar diretamente com o conceito de prevenção quaternária, aquela em que tanto o diagnóstico realizado, como tratamentos oferecidos, podem significar mais danos, em detrimento dos benefícios aos indivíduos, infringindo o princípio do aforismo atribuído a Hipócrates "*primum non nocere*", que significa, primeiro não causar dano (61).

A revisão da literatura ERSPC, incluindo mais 4 anos de seguimento, publicado em 2017 por Mottet e colaboradores, evidenciou uma redução insignificativa na taxa de mortalidade no grupo de rastreio e um aumento da prevenção quaternária, indicando no máximo, um benefício marginal após a opção de rastreio. Foi reiterada a necessidade de discussão entre médico, paciente e cuidadores sobre riscos e benefícios, além de considerar fatores de risco como idade, esperança de vida e história familiar (62). Uma última atualização com grupos menores desse mesmo estudo, com dados da seção Goteborg, com 14 anos de acompanhamento, mostrou uma redução de até 50% da taxa de mortalidade e redução de até 41% de metástases e atualizando os dados iniciais da pesquisa, seriam necessários rastrear 293 homens, para 12 serem diagnosticados evitando 1 morte, números significativamente diferentes dos iniciais, porém a prevenção quaternária, seguia sendo um problema (63).

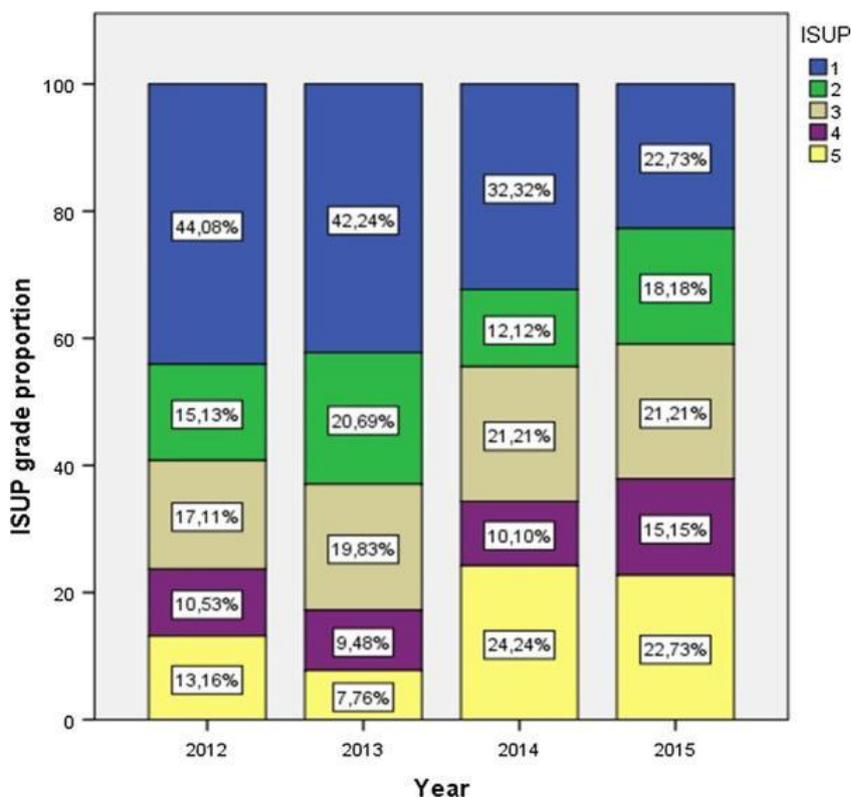
No Brasil o ministério da saúde, através do INCA, tem publicado em sua página oficial o "APOIO À DECISÃO NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA". Nessa cartilha não é recomendado o rastreio do CP, usando como base as recomendações europeias e estadunidenses, já citadas aqui, além da Força Tarefa canadense, enfatizando um benefício incerto e risco de danos à saúde como disfunção erétil para 60% dos submetidos a cirurgias e 20% de disfunção miccional (64).

Em contrapartida um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em um centro terciário de tratamento (2012-2015), logo após a recomendação

da Força Tarefa estadunidense desaconselhar o rastreio de CP, evidenciou que de 1.686 biópsias realizadas, a taxa de positividade foi aumentando ano a ano, alcançando 40% em 2015. O grau de agressividade do tumor também aumentou, como pode ser visto nas figuras 17 e 18, além do aumento dos índices *Gleason* / *ISUP* e número de metástases. É notório salientar que nesse estudo, mesmo com o aumento dessas variáveis a média de PSA permaneceu sem alterações estatisticamente significativas (20).



**Figura 17** - Proporção de estadiamento tumoral (TMN) ano a ano –  
Fonte: Tarek *et al* (2021)



**Figura 18** – Índice *ISUP* ano a ano. Fonte: Tarek et al (2021).

Reforçando a mesma tese, dois artigos, o primeiro com uma coorte de 11.000 pacientes e o segundo com 208 pacientes, também constataram um aumento da gravidade tumoral nos resultados das biópsias, corroborando a necessidade de atenção aos desdobramentos após a recomendação da Força Tarefa estadunidense (65, 66).

Na mesma direção, a Sociedade Brasileira de Urologia em sua página oficial, em vídeo apresentado pelo presidente do órgão, Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo, aconselha todos os homens, a partir dos 50 anos a realizarem o rastreio do CP, através da coleta do PSA e da realização do EDP e para os que tenham antecedentes familiares e sejam da raça negra, iniciar aos 45 anos, reforçado em folder para distribuição na campanha Novembro Azul de 2021, onde continham as mesmas orientações (67).

Um estudo brasileiro com dados coletados do sistema de informações hospitalares do ministério da saúde, aponta uma crescente taxa de mortalidade pelo CP, sobretudo nas idades acima de 70 anos, se intensificando nas idades acima de

80 anos. Mesmo que esse estudo remeta a fragilidade na coleta dos dados por depender das notificações lançadas efetivamente nos sistemas de informação de saúde, essa tendência é um fato a ser considerado (68), principalmente se associarmos esse estudo ao aumento constante da esperança de vida no Brasil (19). Há de se refletir sobre a importância do rastreamento do CP, no intuito de evitar efeitos danosos à saúde para os homens mais idosos no Brasil.

De Oliveira e colaboradores (2021) afirmam que 75% dos brasileiros usam o serviço público de saúde, enfatizam que o INCA não recomenda o rastreamento de CP, mas que não existem dados específicos para populações em países em desenvolvimento que possam subsidiar as afirmações corretas sobre o rastreamento do CP, além do que a miscigenação deve ser um fator de atenção, tornando difícil a comparação de estudos realizados em outros países que não tenham a mesma característica populacional. Adicional a isso, nesse mesmo estudo, a incidência de CP no PSA mostrou-se com índice maior à realizada pela PLCO 2,6 contra 1,4% respectivamente, e índice inferior ao ensaio ERSPC (4,2% a 11,5% aos 18 anos de seguimento). Esse estudo também evidenciou a incidência de casos de alto risco (42,6%), também superior ao encontrado na população estadunidense (23,7%), e mesmo que os achados para as idades entre 40-49 anos tenham sido muito baixos (0,3%), 50% deles foram diagnosticados com doença de alto risco (69).

Quando considerado a esperança de vida que aumenta ano a ano no Brasil, esses dados não podem ser desprezíveis na política pública de saúde, sob pena de arcar com um aumento considerável de doenças metastáticas em idades superiores a 70 anos, como demonstrado em estudo transversal de Mori e colaboradores com 17.000 mil homens diagnosticados com CP de alto risco em 44% dos casos (69).

Busato e Almeida (2016), realizaram uma ampla discussão, revisando a literatura sobre o rastreamento do CP, onde o Brasil está na quarta posição de incidência, atrás dos EUA, Austrália e norte da Europa, porém essa posição se inverte quando se considera a taxa de mortalidade, deixando os EUA em quarto lugar elevando o Brasil para a segunda posição (70).

Esses mesmos autores, afirmam inclusive, que no Brasil, considerando a totalidade da população e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde daqueles que vivem em zonas rurais e periferias urbanas, não se pode afirmar que existe

efetivamente o rastreamento de CP e utilizaram o estudo das diretrizes europeias ERSPC e a PLCO para afirmar que há necessidade do rastreio do CP no Brasil. Propuseram críticas, até metodológicas a esses estudos, como o fato do estudo ser realizado num período inferior a 10 anos, para uma doença que mata sobretudo após esse período, porém afirmaram ser necessário ter critérios para a inclusão dos sujeitos ao rastreio e sugeriram medidas gerais para médicos urologistas e oncologistas, na proposição do rastreio, considerando que boa parte da população brasileira não tem formação e condições efetivas para participar da decisão compartilhada, são elas (70):

Tabela 2 – Recomendações para o rastreio de CP.

Recomendações para rastreio de CP
1. PSA dosada aos 45-50 anos pode identificar grupos de risco e indicar intervalo de triagem
2. Reduzir a intensidade de triagem > 60 anos em homens com PSA<2,0 ng/mL
3. Há pouco benefício para a triagem de homens>70 anos, com PSA≤3,0 ng/mL e com duas ou mais co-morbidades
4. Triagem inteligente em homens de 50 a 69 anos
5. Intervalos de triagem de 2/2 anos até 7/7 anos, individualizados
6. Atenção ao câncer de próstata familiar, definido como dois parentes de primeiro grau ou em parente de primeiro grau e pelo menos dois de segundo grau
7. Atenção ao rastreamento em obesos mórbidos e negros com boa saúde
8. A triagem populacional de todos os homens não é justificada
9. Urologista/oncologista deve individualizar necessidade e método de triagem
10. Considere vigilância/observação ativa para pacientes com PC de baixo risco

Fonte: adaptado de Busato e Almeida (2016)

Em nosso estudo, as recomendações da Força Tarefa estadunidense, não impactaram na coleta de PSA, pois não encontramos redução no número de coletas com significância estatística. Num estudo realizado no Brasil, utilizando dados de laboratórios de assistência de saúde complementar e particular entre 1997-2016, nota-se uma queda na coleta de exames de PSA, mas não relacionada às recomendações da Força Tarefa estadunidense, apontando como hipótese a própria relação médico / paciente, entendendo as singularidades de cada caso (71).

No estudo em tela, o número de indicação de biópsias após um pico expressivo de exames realizados entre 2009 e 2010, que podemos inferir ser reflexo de uma demanda reprimida a partir da organização do oferecimento do serviço de biópsias no município, seguiu com oscilações, sem um padrão específico com o passar dos anos.

Pode-se verificar que a positividade nos resultados das biópsias oscilou com o passar dos anos, mas a partir de 2011 seguiu numa escala crescente, alcançando 51% de positividade no ano de 2018, porém com média geral entre os anos estudados de 41%, semelhante a outros achados, que variam entre 30% a 42%, dependendo do grupo de idades e o PSA (23, 59, 72, 73), mas o percentual máximo ainda ficou muito próximo a um recente estudo publicado em 2021, (47,2% de positividade), com um grupo 9.696 homens que optaram pelo rastreio de CP, na atenção primária, e foram encaminhados posteriormente para os urologistas (69). O uso de novas tecnologias como o uso da RMN de próstata, também pode ser um fator de colaboração para aumento dos índices de positividade, evitando indicar biópsias que poderiam ter o resultado negativo e consequentemente expor o paciente a riscos desnecessários (74, 75).

Considerando que nesse estudo, não foi preparado artificialmente para receber os pacientes, sendo oriundos do SUS municipal na medida em que buscavam o serviço, seria possível esperar que a positividade fosse maior para os anos entre 2008 e 2010, dado ao número de biópsias solicitadas, a demanda reprimida e a construção cultural em que o homem não está habituado a buscar os serviços de saúde para a prevenção de doenças (5, 6), mas esse percentual de positividade se mantém para além dos anos iniciais.

É possível retomarmos o conceito de cultura como sendo as lentes pelo qual o homem enxerga a realidade (2), nessa proposição, as experiências

compartilhadas pelo mesmo grupo de urologistas, as influências das publicações científicas atuais e os próprios resultados de sua experiência pessoal na vida clínica, podem influenciar, tanto pessoalmente como em coletividade, a serem mais seletivos no momento de solicitar a BxP, resultando por consequência num percentual maior de positividade.

Na relação EDP com as BxPs positivas, 55,2% delas, tiveram o EDP suspeito e foram confirmadas através da biópsia, excluindo desse grupo, as rebiópsias. Embora em uma pesquisa de metanálise canadense se tenha mostrado fraca a relação entre o EDP e o diagnóstico de CP na atenção primária (22), há de se considerar na coorte estudada, que os EDPs são realizados apenas por médicos urologistas e a eficácia nos exames, por ser realizado por especialistas e a própria experiência ao passar dos anos, se tornam maiores, indicando a efetividade do rastreamento com EDP associado ao PSA. Entretanto o EDP não pode ser associado como único método de rastreamento, já que na mesma amostra, 46,19%, também excluindo as rebiópsias, resultaram num falso-positivo, pois embora tivessem sido identificados como suspeitos, após a realização da BxP, o histopatológico resultou na ausência de CP, entretanto fica evidenciado a importância do EDP no rastreamento e a necessidade de ações educativas para desmistificar as construções sociais a respeito desse exame. Para além dessa questão, podemos observar a importância do papel do especialista na realização desse exame.

Analisando o subgrupo de PSA, quando a BxP foi solicitada com o EDP normal, entende-se que o fator para solicitação era a alteração no PSA, seja para biópsias ou rebiópsias. Nesse montante foram solicitadas 257 BxPs, entretanto 40,28% delas não confirmaram a presença de CP, após análise histopatológica. Esse dado reforça os dados encontrados com os resultados das biópsias negativas, onde 248 das biópsias solicitadas tinham PSA entre 4 e 10 ng/ml e num total de 71 os valores de PSA foram superiores a 10 ng/ml, totalizando um percentual de 84% do total das biópsias negativas. Esses resultados corroboram com a literatura que considera o PSA como um marcador prostático, sua elevação não está relacionada estritamente à presença do CP, muito embora seja eficaz no controle de possível metástase para tratados do CP (76).

Quanto aos tratamentos oferecidos, ressaltamos que 27,5% dos tratamentos oferecidos não foram identificados na pesquisa, pois os dados se

encontravam nos prontuários dos pacientes e 71 deles já estavam inativos, seja por mudança de município, óbito ou qualquer outro motivo. Vale salientar que o presente estudo é resultante de um serviço público de saúde, portanto segue os princípios reguladores do Sistema Único de Saúde (SUS), nesse contexto, para receber tratamentos como RTX e PTR, os pacientes deveriam ser encaminhados para centros de atenção terciária, entretanto no caso da PTR, uma vez que o município de Paulínia faz parte da região metropolitana de Campinas (RMC), e por consequência, uma boa parte dos servidores municipais da saúde têm qualificações e experiência em serviços terciários de saúde, o município oferece no leque de tratamentos para CP, a PTR, mesmo se tratando de um hospital secundário. Portanto 25,20% dos diagnosticados foram tratados com PTR com média de idade de  $(62,66 \pm 6,01)$  anos. Entre os que optaram por realizar RTX, representaram 32,55% do total, com idade média de  $(66,77 \pm 5,21)$ . Outro grupo com percentual significativo, 9,30%, que merece ênfase, são os que optaram por VIG, ou seja, tinham CP de baixo grau (*Gleason* 3+3) e não foi realizado nenhum tipo de tratamento, acompanhando o PSA a cada 3 ou 4 meses, conforme os resultados e em caso de aumento, submetido a nova BxP. A média de idade desse grupo foi de  $(63,5 \pm 8,32)$ . Nesse grupo, apenas uma exceção em relação ao *Gleason*, um paciente com 77 anos de idade e *Gleason* 4+4, justificando o VIG dado a sua idade e expectativa de vida. Nesse último grupo, fica evidenciado o cuidado para não expor os pacientes a tratamentos que possam significar mais riscos em detrimento dos benefícios, evitando o cuidado quaternário. Essa opção apresentada pelo médico, requer que o paciente e a família assumam a responsabilidade de fazer o seguimento rigorosamente nas datas especificadas, bem como ao serviço de saúde, usar instrumentos como a busca ativa (44, 77), para garantir a continuidade da assistência e prevenir agravos à saúde.

Analisando os resultados histopatológicos das BxPs, observamos o percentual de comprometimento de cada fragmento e nos questionamos se haveria relação entre esses percentuais, que já descrevemos com VTT, a idade e os scores *Gleason* / *ISUP*. Porém na visualização das figuras 8 e 12 pôde-se verificar que enquanto não houve um padrão de distribuição do VTT ao longo dos anos, o *Gleason* / *ISUP*, se relacionou positivamente com o tempo, não evidenciando uma relação estatística forte entre as duas variáveis, anulando a hipótese, nesse estudo, de que o

maior percentual de comprometimento de cada fragmento por células neoplásicas resultasse em um escore de *Gleason / ISUP* mais elevado.

Conforme foi apresentado na figura 5, a frequência de biópsias positivas variou ano a ano, sem apresentar nenhuma tendência. A média de idade desses pacientes foi de  $(65,79 \pm 8,23)$  anos, enquanto a média do PSA foi de  $(12,51 \pm 21,06)$  e do VTT de  $(156,29 \pm 189,9)$ , sem evidenciar um padrão ou correlação estatística significativa entre essas variáveis.

Como resultado do rastreamento de CP ao longo dos anos, uma possibilidade esperada, seria identificar menores *scores* de *Gleason / ISUP* com o passar do tempo, mas ao observar as médias dessa variável apresentada na figura 7, percebemos uma queda de 2008 até 2011, com elevação em 2012, nova queda até 2014, para uma elevação deste índice até 2019, ou seja, não houve tendência de queda. Já na figura 13, a distribuição também não remete a queda dessa variável.

Poderíamos afirmar então, que o rastreamento precoce não favorece a redução da agressividade tumoral e conseqüente piores prognósticos?

Resgatando o ensaio de Goterborg (63), no estudo da ERSPC, no 7º ano de acompanhamento, ainda não havia diferenças significativas na taxa de mortalidade para o grupo rastreado, entretanto no 14º ano de seguimento em alguns grupos, a mortalidade havia caído em 50% e o índice de metástases, teve redução de 40%, em comparação ao grupo controle.

Em nosso estudo foram avaliados 10 anos retrospectivamente, como já mencionado, sem a criação de um ambiente artificial para o estudo e sem grupo controle, com a ressalva de que o município de Paulínia está inserido na RMC, conhecida nacionalmente como um centro de produção científica em tecnologia e saúde, principalmente por abrigar duas importantes universidades, uma pública e outra privada, entre outras menores. Nesse contexto muitas pessoas, de todo o país, migram para essa região em busca de tratamentos de saúde não disponíveis em seus municípios de origem (78). Considerando esses elementos, para além da vivência empírica de morar e trabalhar nessa região, nos permite inferir que há constante diagnóstico de migrantes que buscam o serviço já com suspeita de neoplasia, que pode resultar em níveis maiores de doenças avançadas, mesmo com o serviço contínuo de diagnóstico precoce oferecido em Paulínia.

Outro fator já apresentado, é o cultural, mesmo que no caso estudado, o acesso ao serviço de saúde seja extremamente fácil, principalmente porque o ASH oferece acolhimento ao usuário, o homem que tem preconceito, centralidade no trabalho, machismo, entre outros fatores de construção social, acaba buscando o serviço de saúde tardiamente e como consequência, terão piores prognósticos (5, 6).

Por fim, analisando as rebiópsias, representaram 28,21% do total de biópsias realizadas, sendo que 55,35% foram diagnosticados com CP na 2ª BxP e 5% foram diagnosticados na 3ª BxP. Os pacientes submetidos a 4 e 5 BxPs, estavam em VIG, nos dois casos, os pacientes foram tratados posteriormente com RTX após a evolução da doença. Os percentuais de positividade nas rebiópsias foram semelhantes aos encontrados na literatura (79), reforçando que os dados aqui obtidos representam um corte da realidade.

Entraremos agora na segunda parte da discussão, em relação à aplicabilidade prática da PNAISH.

O debate sobre o rastreio do CP se relaciona intimamente com a PNAISH, Modesto e colaboradores (2018), em artigo debatendo sobre as campanhas de “Novembro Azul” fazem uma revisão bibliográfica e concluem que não há evidências que justifiquem as campanhas de rastreamento, entretanto salientam a importância, a partir do *screening*, para alertar sobre os limites da medicina preventiva, uma vez que a atenção a saúde do homem necessita ser integral, enxergando o homem em sua totalidade, para além da próstata (80).

A dificuldade em implementar o cuidado integral ao homem proposto na PNAISH é evidenciada em vários artigos ao longo dos anos desde o lançamento dessa política pública.

Em pesquisa realizada por Vasconcelos (2019), com 49 profissionais da saúde, de um município de Pernambuco, com população de 365.000 habitantes, sobre as ações específicas para a saúde do homem, foi obtido os resultados: 98% dos profissionais afirmaram não ter nenhum curso de especialização em saúde do homem, 83% referiram não ofertar estratégias de ambiência em saúde do homem, quanto a facilitar a marcação de consultas ou alguma ação para a ida do homem as unidades de saúde, 73%, afirmaram não existir estratégias com esse foco, entretanto 75% dos profissionais afirmam oferecer alguma atividade educativa, visando a atenção a saúde do homem em ações promovidas como Novembro Azul, Pré-Natal do parceiro,

Hiperdia (grupos para hipertensos), entre outras. Os autores apontam que a extensão de horários alternativos, a disponibilização de materiais educativos, a interligação das políticas públicas para os trabalhadores associadas às PNAISH, podem ser estratégias para uma melhor abordagem a esse público (81).

Considerando a importância do profissional enfermeiro no papel do acolhimento e escuta qualificada ao usuário, a pesquisa realizada por Vaz e colaboradores (2018), afirma que as instituições de ensino não abordam a PNAISH de forma a preparar o profissional para os desafios de abordagem à esse público e que as instituições de saúde também não oferecem capacitação necessária para que a PNAISH possa ser implementada de forma a atingir os objetivos propostos (82).

Outras revisões bibliográficas sobre a implementação das políticas para a saúde do homem, pela estratégia de saúde da família (ESF), reforçam: o desinteresse dos homens de cunho cultural, na prevenção de agravos a saúde, associado a questão da atenção primária ter foco de atendimento à saúde da mulher, criança e idoso - dessa forma, para além da questão cultural - o homem não se sente contemplado nos ambientes dos serviços de saúde, corroborando para o seu distanciamento desses serviços; a falta de programas específicos para abordagem para os homens, bem como a demora no atendimento e a falta de insumos; a indisponibilidade de profissionais capacitados para atender a esse público; a necessidade de educação continuada; a falta de parcerias com empresas; a falta de capacitação dos gestores para implementar essa política; a necessidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) em fazer orientações para os homens nas visitas domiciliares e uma crítica que os programas para os homens ainda estão focados no modelo biomédico e nos programas preventivos para CP (83-85).

Um importante documento com rigor científico publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, intitulado “Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: compromisso *versus* ação na atenção básica”, analisando em 65 municípios, espalhados em todas as regiões do país, que receberam recursos do PNAISH em 2009 e 2010 e tinham, na época, o desenvolvimento do “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), descreveu as estruturas, em recursos humanos, dos gestores e das equipes da estratégia de saúde da família (ESF), das respectivas áreas adscritas e perfil

socioeconômico da população. Nesse estudo foram evidenciados os avanços e fragilidades à implementação dessa política, a ser explorado agora:

Em relação aos homens com idade entre 20 e 59 anos de idade, pouco mais de 20% das UBSs não tinham como identificar o atendimento por sexo, ou seja, não havia como precisar o número de homens atendidos. Das 34 unidades que tinham controle, 23 informaram ter encaminhado os homens para atendimento no serviço especializado. Houve dificuldade em todas as unidades em quantificar atendimento aos homens, mesmo nas que afirmaram ter registro (86). Entre as fragilidades institucionais apresentadas, estão a falta de horários alternativos; longos tempos de espera; rede de apoio deficitária para de fluxos específicos para os homens; precarização no atendimento; falta de programas específicos para os homens; pouco conhecimento dos gestores sobre a PNAISH; a dificuldade das empresas em aceitarem outro tipo de justificativa para ausência como participar de grupos educativos ou marcação de consultas, em detrimento do atestado médico. As fragilidades relativas à construção cultural do homem, encontram-se a visão na centralidade no trabalho; a busca pelo serviço de saúde apenas nos momentos agudos de doença; entre outros fatores culturais e no inquérito aos homens usuários, sobre as políticas públicas para eles, sequer tinham conhecimento que existiam. Existem ações pontuais e tímidas para coletas de sorologias para HIV e sífilis. Um dado interessante na conclusão da referida pesquisa é que embora as ações na implementação da PNAISH sejam bastante retraídas, os homens se mostraram interessados em ações voltadas para eles, desde que contemplem suas reais necessidades (86).

Todas as variáveis apresentadas nessa última pesquisa reforçam as pesquisas anteriores e embora os dados não devam ser extrapolados, não deixam de identificar em linhas gerais as dificuldades de implementação da PNAISH.

Nos achados da presente pesquisa, observamos que as ações implementadas no ASH imbricam com os objetivos específicos da PNAISH, ao passar do tempo, foram oferecidos serviços de educação, prevenção e promoção de saúde. Para torná-las mais evidentes nessa discussão, vamos recuperar as citações desses objetivos e, a seguir, descrever as ações correspondente no ASH:

“Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade” (13).

O serviço do ASH foi implantado em 2010, um ano após a promulgação da lei e o serviço foi ampliando as linhas de cuidado paulatinamente com o passar dos anos e têm projetos ainda em andamento, como a implementação de políticas públicas específicas para a paternidade.

Pode-se constatar que muitas ações oferecidas por esse serviço fazem parte da atenção primária e são oferecidas em um centro de especialidade urológica, estabelecendo uma forte relação entre a AB e o ASH, tendo como fator facilitador a comunicação entre os serviços e o fácil acesso da população as unidades de saúde que inclui o ASH.

Um dos projetos em desenvolvimento, nesse serviço é o matriciamento, onde equipes multiprofissionais se tornam referência de um determinado território para que o atendimento ao usuário seja mais eficaz, facilitando o levantamento de dados epidemiológicos e ações de política pública (87).

Os sintomas relativos a STUI e disfunções sexuais são recorrentes e levam os homens a buscarem os serviços de saúde. Nessa linha de cuidado, as orientações no manejo clínico e a padronização de medicamentos para tratamento de STUI e disfunções sexuais, fortalecem o vínculo com o serviço de saúde, uma vez que para manter o tratamento medicamentos, os usuários precisam passar em consultas regularmente.

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 (13).

A abordagem multiprofissional, com um espaço reconhecidamente dedicado aos homens, acolhimento com escuta qualificada, trocas de sonda vesical de demora, cistostomias, coleta de exames laboratoriais: sangue, urina, espermograma, swab uretral entre outros específicos do público masculino, estabelece vínculo entre os usuários e o serviço de saúde, que permite sucesso na

implementação das políticas públicas para os homens. Os resultados dos exames laboratoriais coletados são avaliados em consulta médica, junto a um exame físico completo da genitália e orientações de cunho educativo sexual.

Para os resultados dos exames gerais alterados, os pacientes são encaminhados à rede de Atenção Básica (AB), para seguimento clínico, além de diagnosticar sífilis e HIV, realizar a notificação compulsória, na própria instituição de saúde e encaminhar para o tratamento.

Outro ponto de atenção é a qualificação profissional, os servidores do ASH participam de cursos de capacitação e estão constantemente inseridos em pesquisas científicas que resultam em reflexões internas e maior qualidade no atendimento aos usuários, a exemplo da dissertação de mestrado que mensurou o impacto biopsicossocial nos pacientes submetidos a BxP, padronizando a abordagem aos pacientes com método mais educativo, com técnicas que propiciam diminuir o estresse do paciente frente ao procedimento (46).

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

Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;

Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;

Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (13)

O planejamento familiar se inicia na AB, com consulta multidisciplinar ao casal e assinatura do termo de consentimento de esterilização. Após essa etapa, o processo é encaminhado para o ASH que convoca o paciente, realiza a esterilização. Quando a necessidade é a fertilização, o serviço oferece rastreio de doenças que causam a infertilidade e para tratamento o paciente, ou casal, são encaminhados para a Atenção Terciária.

Ainda nesse contexto, vale salientar que existe um projeto sendo fomentado por equipe multidisciplinar entre ASH e AB, para implantação do pré-natal masculino e paternidade responsável.

No aspecto de implementação da PNAISH, não identificamos ações contínuas nos eixos temáticos referentes aos aspectos de prevenção de violências e acidentes – “desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes” (88).

No mesmo sentido, embora o município conte com cardiologistas na Atenção Secundária, não identificamos uma ação específica direcionada para o público masculino considerando a prevenção de doenças cardiovasculares e as altas taxas de mortalidade explicitadas no escopo PNAISH.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rastreio do CP, ainda é muito divergente na literatura. Estudos com mais de 10 anos de seguimento apresentam queda mais expressiva na taxa de mortalidade e abordagens mais criteriosas, antes mesmo de solicitar a BxP, usando novas tecnologias como a solicitação de RMP, podem evitar a prevenção quaternária e diagnosticar de forma mais precisa, os tumores de significância clínica, resultando em um tratamento mais eficaz.

No estudo em tela, os resultados obtidos em 10 anos de rastreio de CP, não revelaram níveis menores de *Gleason / ISUP*, com o passar do tempo, que embora não sejam diretamente um marcador de gravidade dos casos, pode-se inferir que fosse um fato esperado, uma vez que o serviço de urologia tenha investido em ações de acolhimento, escuta qualificada, ambiente de referência, palestras, campanhas, entre outras ações que em tese propiciam o diagnóstico precoce.

Fatores culturais imersos no imaginário masculino como centralidade no trabalho e buscar os serviços de saúde somente com uma doença instalada, podem interferir nesses resultados, bem como a RMC, que inclui o município de Paulínia, ser alvo de migrações em busca de tratamentos de saúde. No mesmo sentido, não foram encontrados padrões que indicassem queda dos níveis de PSA ou correlações com idade e VTT ou *ISUP*, nem relações estatísticas significativas que apontassem algum tipo de sazonalidade.

Entretanto, a pesquisa aponta indícios que centros especializados em urologia, com equipe multidisciplinar, para cada 100 mil habitantes, podem ser uma opção eficaz na implementação da PNAISH, uma vez que 13 anos após o início dessa política pública, as dificuldades de implementação na AB têm se mostrado evidentes.

### 6.1 Limitações do trabalho

Por se tratar de um estudo retrospectivo num cenário de saúde coletiva, essa pesquisa encontra limitações por não oferecer um grupo controle no comparativo ao rastreamento de CP. Parte do trabalho foi baseada em consulta aos prontuários dos pacientes e por se tratar de um documento de uso profissional coletivo, pode

conter incorreções ou ausência de dados específicos. A falta de acesso a prontuários de arquivo morto, também limitou a pesquisa sobre desdobramentos de PTRs.

Estudos prospectivos com grupo controle, sobretudo para pesquisa de rastreio de CP, poderão elucidar com maior precisão as vantagens e desvantagens do rastreio.

## 7. CONCLUSÕES

Analisamos os desdobramentos de uma população masculina que ao longo de 10 anos foram submetidos ao rastreio, diagnóstico e tratamento do CP.

- Embora ao longo dos anos, o acesso fácil, o uso de novas tecnologias e a busca ativa do paciente tenham sido oferecidas pelo ASH, não encontramos sazonalidade nem tendências no número de coleta de exames e também em número de diagnósticos;
- Os dois estudos de maior impacto na comunidade internacional a respeito do rastreamento de CP, o ERSPC e o PLCO, não impactaram nas coletas de PSA e nem no rastreio do CP;
- O modelo de atendimento do serviço de Urologia e ASH de Paulínia pode ser um modelo viável para implementação da PNAISH para municípios com aproximadamente 100 mil habitantes ou em territórios com esse mesmo número.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2009;19:659-78.
2. Benedict R. *O Crinântemo e a Espada*: São Paulo; 1997. 279 p.
3. Lordêlo FS, de Magalhães Porto C. Divulgação científica e cultura científica: conceito e aplicabilidade. *Revista Ciência em Extensão*. 2012;8(1):18-34.
4. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
5. Carneiro VSM, Adjuto RNP, Alves KAP. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2019;23(1).
6. Machin R, Couto MT, Silva GSnd, Schraiber LB, Gomes R, Santos Figueiredo Wd, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4503-12.
7. de Lyra JA, do Nascimento MFS, dos Santos Silva G, de Moura Costa I, de Alencar IdR, Viana MRP. Conhecimento dos homens sobre a prevenção do câncer de próstata na Estratégia Saúde da Família. *Research, Society and Development*. 2020;9(8):e07985346-e.
8. de Ávila SF, de Moraes GL, Soratto J, de Farias JM. Conhecimento dos homens sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. 2020;25(266).
9. Oliveira MMd, Daher DV, Silva JLLd, Andrade SSCdA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:273-8.
10. Biondo CS, Santos Jd, Ribeiro BS, Passos RdS, Meira APBN, Soares CdJ. Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2020(38):32-44.
11. Queiroz IBS, Rangel JF, de Sousa LS, de Sousa Carneiro JA, Calazans CCB, Nóbrega JGR, et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(5):15417-28.
12. Sousa ARd, Oliveira JAd, Almeida MSd, Pereira Á, Almeida ÉS, Vergara Escobar OJ. Implementation of the National Policy for Comprehensive Attention to

Men's Health: challenges experienced by nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55.

13. BRASIL. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Do Homem (Princípios e Diretrizes). BRASÍLIA, 2008.

14. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.

15. Costa do Couto, T. Avaliação dos níveis séricos de óxido nítrico em relação aos sintomas do trato urinário inferior (LUTS) em pacientes com hiperplasia prostática benigna (HPB).[Dissertação de mestrado]. Universidade do Rio Grande do Norte, 2020.

16. Madersbacher S, Sampson N, Culig Z. Pathophysiology of Benign Prostatic Hyperplasia and Benign Prostatic Enlargement: A Mini-Review. *Gerontology*. 2019;65(5):458-64.

17. International Agency for Research on Cancer. Estimativa de mortalidade mundial por câncer. 2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Acesso em: 12/12/2021.

18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. TIPOS DE CÂNCER. CÂNCER DE PRÓSTATA. Disponível em: [www.incagov.br](http://www.incagov.br). Acesso em: 11/12/2021

19. IBGE. Projeção da população do brasil e das unidades de federação. [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 12/12/2021

20. Ajami T, Durruty J, Mercader C, Rodriguez L, Ribal MJ, Alcaraz A, et al. Impact on prostate cancer clinical presentation after non-screening policies at a tertiary-care medical center- a retrospective study. *BMC Urol*. 2021;21(1):20.

21. Lomas DJ, Ahmed HU. All change in the prostate cancer diagnostic pathway. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2020;17(6):372-81.

22. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, et al. Digital rectal examination for prostate cancer screening in primary care: a systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*. 2018;16(2):149-54.

23. Reis LO, Sanches BC, de Mendonça GB, Silva DM, Aguiar T, Menezes OP, et al. Gleason underestimation is predicted by prostate biopsy core length. *World Journal of Urology*. 2015;33(6):821-6.

24. Abdelmoteleb H, Jefferies ER, Drake MJ. Assessment and management of male lower urinary tract symptoms (LUTS). *International Journal of Surgery*. 2016;25:164-71.

25. Da Silva MHA, De Souza DB. Current evidence for the involvement of sex steroid receptors and sex hormones in benign prostatic hyperplasia. *Res Rep Urol*. 2019;11:1-8.
26. Issa MM, Fenter TC, Black L, Grogg AL, Kruep EJ. An assessment of the diagnosed prevalence of diseases in men 50 years of age or older. *Am J Manag Care*. 2006;12(4 Suppl):S83-9.
27. Zamuner M, Laranja WW, Alonso JC, Simões FA, Rejowski RF, Reis LO. Is metabolic syndrome truly a risk factor for male lower urinary tract symptoms or just an epiphenomenon? *Adv Urol*. 2014;2014:203854.
28. de Almeida Fagundes C, Matias LF. Uso da terra real e formal no município de Paulínia (SP): Contribuição para o planejamento municipal. *RUA*. 2014;20(1):162-81.
29. IBGE. CIDADES IBGE 2022 [Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/paulinia/panorama>. Acesso em 20/02/22.
30. G1 Ribeirão Preto e Franca. Sales de Oliveira tem maior PIB per capita do Brasil. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2021/12/26/sales-oliveira-sp-tem-o-7-maior-pib-per-capita-do-brasil-diz-ibge.ghtml>. Acesso em 20/05/2022
31. Zamuner M, Falcone CE, Amstalden Neto A, Moretti TB, Magna LA, Denardi F, et al. Impact of benign prostatic hyperplasia pharmacological treatment on transrectal prostate biopsy adverse effects. *Adv Urol*. 2014;2014:271304.
32. Alonso JCC, Reis LO, Garcia PV, Ferreira U, Matheus WE, Simões FA, et al. Steroid Hormone Receptors as Potential Mediators of the Clinical Effects of Dutasteride: A Prospective, Randomized, Double-Blind Study. *Am J Mens Health*. 2017;11(1):126-33.
33. Moe A, Hayne D. Transrectal ultrasound biopsy of the prostate: does it still have a role in prostate cancer diagnosis? *Translational Andrology and Urology*. 2019;9(6):3018-24.
34. Lee MS, Moon MH, Kim CK, Park SY, Choi MH, Jung SI, et al. Guidelines for Transrectal Ultrasonography-Guided Prostate Biopsy: Korean Society of Urogenital Radiology Consensus Statement for Patient Preparation, Standard Technique, and Biopsy-Related Pain Management. *Korean J Radiol*. 2020;21(4):422-30.
35. Epstein JI, Egevad L, Amin MB, Delahunt B, Srigley JR, Humphrey PA. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on Gleason grading of prostatic carcinoma. *The American journal of surgical pathology*. 2016;40(2):244-52.
36. Klotz L. Active surveillance in intermediate-risk prostate cancer. *BJU Int*. 2020;125(3):346-54.

37. Cimino S, Privitera S, Favilla V, Cantiello F, Manno S, Cicione A, et al. Active Surveillance for Low-risk Prostate Cancer: Are All Criteria Similar? *Anticancer Agents Med Chem.* 2018;18(7):958-63.
38. Averbeck MA, Blaya R, Seben RR, Lima Nd, Denardin D, Fornari A, et al. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. *Revista da AMRIGS.* 2010;54(4):471-7.
39. Berger M, Luz Junior P, Brasil S, Koff W. Statistical validation of the international prostatic symptom score (I-PSS) in portuguese. *J Bras Urol.* 1999;25(2):225-34.
40. Ferraz MB, Ciconelli M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. *Rev Bras Med.* 1998;55(1):35-40.
41. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822-30.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: 01/02/2022.
43. Amorim TV, Paiva AdCPC, Casimiro BL, Caneschi AT, Pinto ACMT, de Almeida CR. *Ações de enfermagem direcionadas à saúde do homem na atenção primária à saúde: revisão integrativa.*
44. Campos GWdS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. *Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.* Hucitec; 2008.
45. Laranja WW, Sanches BCF, Voris BRI, Alonso JCC, Simões FA, Rejowski RF, et al. The Biopsychosocial Burden of Prostate Biopsy at the Time of Its Indication, Procedure, and Pathological Report. *Prostate Cancer.* 2019;2019:2653708.
46. Laranja WW. *Impacto biopsicossocial da indicação, procedimento e resultado da biópsia de próstata.* [Dissertação de mestrado] Unicamp, 2016.
47. dos Santos DR, da Costa Mangabeira JV, Silva MVA, José BMPA, Valente MA, dos Santos Dias P, et al. Crescimento da vasectomia no Sistema Único de Saúde entre 2009 a 2018: um estudo retrospectivo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2020;12(3):e2822-e.
48. Cheetham TC, An J, Jacobsen SJ, Niu F, Sidney S, Quesenberry CP, et al. Association of testosterone replacement with cardiovascular outcomes among men with androgen deficiency. *JAMA internal medicine.* 2017;177(4):491-9.

49. Khera M, Broderick GA, Carson III CC, Dobs AS, Faraday MM, Goldstein I, et al., editors. Adult-onset hypogonadism. Mayo Clinic Proceedings; 2016: Elsevier.
50. Dama MS, Rajender S. Secular changes in the semen quality in India during the past 33 years. *Journal of andrology*. 2012;33(4):740-4.
51. Mínguez-Alarcón L, Williams PL, Chiu Y-H, Gaskins AJ, Nassan FL, Dadd R, et al. Secular trends in semen parameters among men attending a fertility center between 2000 and 2017: identifying potential predictors. *Environment international*. 2018;121:1297-303.
52. Laranja WW, Riccetto E, Amaro MP, Reis LO. Age-independent secular testosterone populational trends among Brazilian males. *International Urology and Nephrology*. 2020;52(7):1199-202.
53. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *International journal of impotence research*. 2000;12(6):305-11.
54. Costa IC, Carvalho HN, Pacheco-Figueiredo L, Tomada I, Tomada N. Hormonal modulation in aging patients with erectile dysfunction and metabolic syndrome. *International journal of endocrinology*. 2013;2013.
55. Capogrosso P, Colicchia M, Ventimiglia E, Castagna G, Clementi MC, Suardi N, et al. One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man—worrisome picture from the everyday clinical practice. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(7):1833-41.
56. Sanches BC, Laranja WW, Alonso JC, Rejowski RF, Simões FA, Reis LO. Does underestimated penile size impact erectile function in healthy men? *International Journal of Impotence Research*. 2018;30(4):158-62.
57. CEARÁ. Regulação do acesso aos serviços de saúde: a mediação do núcleo de atendimento ao cliente na atenção á saúde de Fortaleza-CE. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210303986.pdf>. Acesso em 01/05/2022
58. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *Eur Urol*. 2011;59(1):61-71.
59. Patasius A, Krilaviciute A, Smailyte G. Prostate Cancer Screening with PSA: Ten Years' Experience of Population Based Early Prostate Cancer Detection Programme in Lithuania. *J Clin Med*. 2020;9(12).
60. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Briers E, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol*. 2017;71(4):618-29.
61. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:2012-20.

62. Cornford P, Bellmunt J, Bolla M, Briers E, De Santis M, Gross T, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part II: Treatment of Relapsing, Metastatic, and Castration-Resistant Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2017;71(4):630-42.
63. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P, et al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol*. 2010;11(8):725-32.
64. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apoio à decisão no rastreamento do câncer de próstata. In: SAÚDE MS, editor. 2019. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/apoio\\_decisao\\_cancer\\_prostata\\_2019\\_0.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/apoio_decisao_cancer_prostata_2019_0.pdf). Acesso em: 14/01/2022.
65. Olsson CA, Lavery HJ, Yadav KK, Anderson AE, Kapoor D. Histologic Changes in Prostate Cancer Detected Subsequent to the 2012 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) Prostate Cancer Screening Recommendation. *Rev Urol*. 2018;20(3):125-30.
66. Tam AW, Khusid J, Inoyatov I, Becerra AZ, Davila J, Chouhan JD, et al. Changes observed in prostate biopsy practices in an inner city hospital with a high risk patient population following the 2012 uspstf psa screening recommendations. *Int Braz J Urol*. 2018;44(4):697-703.
67. Sociedade Brasileira de Urologia. Saúde também é papo de homem. Portal - Sociedade Brasileira de Urologia, 2021. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/publico/tag/saude-masculina>. Acesso em: 07/02/2022.
68. de Paula Faria LS, Pereira PC, Lustosa ALM, Aragão IC SA, Aragão FM SA, de Souza Cunha MG. Perfil epidemiológico do câncer de próstata no Brasil: retrato de uma década. *Uningá Journal*. 2020;57(4):76-84.
69. de Oliveira RAR, Guimarães GC, Mourão TC, Favaretto RL, Santana TBM, Lopes A, et al. Prostate Cancer Screening in Brazil: a single center experience in the public health system. *Int Braz J Urol*. 2021;47(3):558-65.
70. Busato WF, Almeida GL. Prostate cancer screening in Brazil: should it be done or not? *Int Braz J Urol*. 2016;42(6):1069-80.
71. Araújo FAGD, Sumita NM, Barroso UO. A continuous fall of PSA use for prostate cancer screening among Brazilian doctors since 2001. Good or bad notice? *Int Braz J Urol*. 2019;45(3):478-85.
72. Sifuentes VN. Avaliação clínica e resultados anatomopatológicos da biópsia prostática guiada por ultrassom com agulhas de diferentes calibres: estudo prospectivo e randomizado. 2019.
73. Chambó RC. Análise histopatológica de biópsia prostática guiada pelo ultrassom transretal com 10 e 12 fragmentos: ensaio clínico prospectivo controlado. 2014.

74. Elwenspoek MMC, Sheppard AL, McInnes MDF, Merriel SWD, Rowe EWJ, Bryant RJ, et al. Comparison of Multiparametric Magnetic Resonance Imaging and Targeted Biopsy With Systematic Biopsy Alone for the Diagnosis of Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e198427.
75. Galosi AB, Palagonia E, Scarcella S, Cimadamore A, Lacetera V, Delle Fave RF, et al. Detection limits of significant prostate cancer using multiparametric MR and digital rectal examination in men with low serum PSA: Up-date of the Italian Society of Integrated Diagnostic in Urology. *Arch Ital Urol Androl*. 2021;93(1):92-100.
76. Prcic A, Begic E, Hiros M. Actual Contribution of Free to Total PSA Ratio in Prostate Diseases Differentiation. *Med Arch*. 2016;70(4):288-92.
77. Lemke RA, da Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2010;10(1):281-95.
78. Aranha V, de Martino Jannuzzi P. Migração em São Paulo: evidências e hipóteses da redução da intensidade migratória. *Anais*. 2016:1-20.
79. Marenco Jimenez JL, Claps F, Ramón-Borja JC, Mascarós Martínez JM, Gutierrez AW, Lozano Á, et al. Rebiopsy rate after transperineal or transrectal prostate biopsy. *Prostate Int*. 2021;9(2):78-81.
80. Modesto AADA, Lima RLBD, D'Angelis AC, Augusto DK. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017.
81. de Lima Vasconcelos ICB, Prestes JYDN, Ribeiro RRS, Lima SJL, Farias SDCF, dos Santos Barbosa LD, et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. *Brazilian Journal of Development*. 2019;5(9):16340-55.
82. Vaz CAM, de Souza GB, de Moraes Filho IM, dos Santos OP, Cavalcante MMFP. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*. 2018;1(2):122-6.
83. Oliveira BA, Silva ACA, de Oliveira LF, Alves NS, de Sousa Gonçalves F. Colaboração da estratégia saúde da família na efetivação da saúde do homem na atenção básica: revisão de literatura. *Revista da FAESF*. 2019;3(2).
84. Barreto EF, Crispim JEB, de AG Nogueira WB, de Almeida SA. A implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem: estado da arte. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2018;10:80-4.
85. de Oliveira Silva J, Nodari PRG, de Alencar BT, Silva RB, Aleixo MLM. Desafios da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Mato Grosso. *Research, Society and Development*. 2022;11(2):e5311225354-e.
86. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fortalecimento da política de atenção integral à saúde do homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica.

Brasília, 2013. 89P. p. 89. Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/106878>. Acesso em: 01/02/2022.

87. Castro CPd, Oliveira MMd, Campos GWdS. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:1625-36.

88. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde do homem 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem>. Acesso: 30/02/2022

## 9. ANEXOS

### Anexo I – Aprovação CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Aspectos Epidemiológicos de Pacientes em Avaliação Urológica de Rotina

**Pesquisador:** Leonardo Oliveira Reis

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26993314.8.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 543.095

**Data da Relatoria:** 25/02/2014

##### Apresentação do Projeto:

Dados recentes do IBGE mostram aumento na expectativa de vida do brasileiro, passando de 67 anos em 1991 para 72,6 anos em 2007. A mulher tem expectativa de vida 7,6 anos maior que o homem, em parte como fruto de sua preocupação com a prevenção de doenças e o constante acompanhamento médico a partir do início de sua vida reprodutiva. Há um grande impacto econômico nas políticas de prevenção no Sistema de Saúde: segundo a Organização Mundial da Saúde, para cada dólar aplicado em prevenção economizam-se outros cinco dólares que seriam gastos no tratamento de doenças. Neste sentido, é fundamental o melhor conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a rotina urológica ambulatorial. Para a implementação de medidas de prevenção primária e secundária na população masculina, visando qualidade de vida e redução de custos no sistema de saúde, analisar-se-á dados retrospectivos referentes ao perfil epidemiológico de homens que procuram a atenção primária em urologia através de atendimento ambulatorial de rotina. Pretende-se estabelecer possíveis relações entre dados dos pacientes com eventuais anormalidades indicativas de doenças urológicas.

##### Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o perfil epidemiológico de homens que procuram a atenção primária em urologia através de atendimento ambulatorial de rotina

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 543.095

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto, por se tratar de estudo retrospectivo de 500 prontuários, não apresenta riscos previsíveis aos participantes envolvidos, desde que pesquisador garanta o direito à privacidade e confidencialidade da fonte de dados e informe quais as medidas para garantir este anonimato.

Os benefícios sociais da pesquisa poderão vir através de melhorias na política de atendimentos da população masculina, no sistema de saúde pública.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa importante para o Sistema de Saúde Pública, em favor da população masculina. A Instituição escolhida, Hospital Municipal de Paulínia, está de acordo com o estudo. Serão feitas consultas aos prontuários médicos. O tratamento estatístico será realizado com apoio do serviço de estatística da Câmara de Pesquisa da FCM, Unicamp.

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

O pesquisador pede a dispensa do TCLE, por tratar-se de análise de prontuários, cujos nomes serão mantidos em sigilo. A justificativa de dispensa foi aceita.

**Recomendações:**

--

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

Projeto aprovado sem restrições, com dispensa de apresentação do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Cabe ao pesquisador desenvolver o projeto conforme apresentado nesta plataforma, elaborar e apresentar os relatórios parcial e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (Resolução 466/2012 CNS/MS).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 543.095

CAMPINAS, 26 de Fevereiro de 2014

---

Assinado por:  
Fátima Aparecida Botelho Lutz  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-4935 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

## Anexo II – Patente Ambulatório de Saúde do Homem.



MINISTÉRIO DA CULTURA  
Fundação BIBLIOTECA NACIONAL

*Escritório de Direitos Autorais*

**Certidão de Registro ou Averbação**

Nº Registro: 627.034 Livro: 1.204 Folha: 60

**"EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO EM SAÚDE DO HOMEM"**  
Técnico/Científico

Protocolo do Requerimento: 2011SP\_5113.

51 página(s)

Obra não publicada.

**Dados do Requerente**

JOÃO CARLOS CARDOSO ALONSO (Autor(a))

CPF - 165.021.768-44

**Outras personalidades vinculadas a obra**

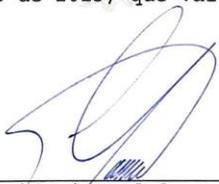
LEONARDO OLIVEIRA REIS (Autor(a)), CPF - 268.783.618-42

FABIANO ANDRE SIMÕES (Autor(a)), CPF - 168.267.938-14

MAGALI VALÉRIO CODOGNO MACIEL (Autor(a)), CPF - 187.699.668-42

RONALD FINAMOR REJOWSKI (Autor(a)), CPF - 271.052.308-60

Para constar lavra-se o presente termo nesta cidade do Rio de Janeiro,  
em 23 de Dezembro de 2013, que vai por mim assinado.



O referido é verdade e dou fé.

Rejane Beatris Schneider

Responsável Técnica pelo EDA/FBN

Mat. SIAPE: 1573945

## Anexo III - Cadastro Ambulatório de Saúde do Homem.

**Ambulatório Saúde do Homem - 13 – 40 anos**

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

Origem: UBS \_\_\_\_\_ RI: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Escolaridade atual: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Comorbidades: \_\_\_\_\_ Uso de medicação: \_\_\_\_\_

Exame físico:Peso: \_\_\_\_\_ kg                      Altura: \_\_\_\_\_ cm                      IMC: \_\_\_\_\_  
kg/m<sup>2</sup>

PA: \_\_\_\_\_ mm/hg                      Circunf. Abdominal \_\_\_\_\_ cm

Caracteres sexuais secundários?                      SIM                      NÃO

Genitais:

Pênis \_\_\_\_\_ cm, fimose: SIM   NÃO, freio curto: SIM   NÃO, hipospádia: SIM   NÃO

Testículos: tópicos: SIM   NÃO, simétricos: SIM   NÃO, varicocele SIM   NÃOAconselhamento sexual. Teve? SIM                      NÃO

Quem? Pais   Namorada   Amigos                      Professores   Internet

Revistas                      Médico (Clínico Geral, Pediatra, Urologista, Outro)

Conversa com os pais sobre sexo?   SIM                      NÃO

Conversa com amigos sobre sexo?   SIM                      NÃO

Como classifica o tamanho do próprio pênis:   PEQUENO                      NORMAL                      GRANDE

Atividade sexual

Início: \_\_\_\_\_ anos

Parceira: AMIGA, PARENTE, NAMORADA, PROSTITUTA

PARCEIRO(Ativo) (Passivo) (Exclusivo)                      ANIMAL (Qual? (Ativo) (Passivo)

Usou preservativo na 1ª relação:   SIM                      NÃO

Uso atual de preservativo:                      SEMPRE                      EVENTUAL                      NUNCA

Frequência atividade sexual: \_\_\_\_\_ / semana

Masturbação

Frequência: \_\_\_\_\_ / semana

Estímulo: visual tátil auditivo / Acessórios: revista filme internet

Ejaculação

Tempo adequado? RÁPIDO (antes da penetração) RÁPIDO (Logo após penetração)

ADEQUADO DEMORADO

Quantidade? POUCO NORMAL BASTANTE

DST

Foi orientado? SIM NÃO

Por quem? Amigos Pais Professores Médico (Clínico

Geral) (Pediatra) (Urologista) (Outros) Internet Namorada

Já teve? SIM NÃO

Tabagismo atual? SIM NÃO / Início hábito aos \_\_\_\_\_ anos

anterior? SIM NÃO / Parou aos \_\_\_\_\_ anos / Fumou por \_\_\_\_\_ anos

Etilismo SIM NÃO / Doses por semana: \_\_\_\_\_

Drogas: Já experimentou? SIM NÃO / Qual?

Uso atual: SIM NÃO / Frequência: \_\_\_\_\_ / semana

Atividade Física? Tipo: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ / semana

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Ambulatório Saúde do Homem - > 45 anos**

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

Origem: \_\_\_\_\_ RI \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Médico (Clínico Geral) (Pediatra)(Urologista) (Outros) Internet Namorada  
 Já teve? SIM NÃO QUAL: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares Pai vivo? SIM NÃO Idade óbito: \_\_\_\_\_ anos

História familiar de Câncer de próstata? SIM Quem? \_\_\_\_\_ NÃO

Hábito miccional

Jato forte? SIM NÃO

Noctúria: (levanta para urinar?) NÃO SIM: \_\_\_\_\_ X / noite

Esforço miccional? SIM NÃO

Sensação de esvaziamento vesical incompleto? SIM NÃO

Gotejamento terminal? SIM NÃO

Disúria? (ardência) SIM NÃO

Polaciúria (aumento da frequência): SIM NÃO

Hematúria? (sangue na urina) SIM NÃO

Já teve ITU? (infecção urinária) SIM NÃO

Cirurgias prévias: \_\_\_\_\_

Manipulação do TGU?: SIM NÃO

---

Tabagismo atual? SIM NÃO \_\_\_\_\_/dia Início hábito aos \_\_\_\_\_ anos  
 anterior? SIM NÃO / Parou aos \_\_\_\_\_ anos / Fumou por \_\_\_\_\_ anos

Etilismo SIM NÃO / Doses por semana: \_\_\_\_\_

Drogas: Já experimentou? SIM NÃO / Qual? \_\_\_\_\_

Uso atual: SIM NÃO / Frequência: \_\_\_\_\_/semana

Faz exames prevenção? SIM NÃO

Qual especialidade? Clínico / Cardiologista / Geriatra / Urologista / Outros

IPSS: (Questionário anexo) IIEF – 5: (Questionário anexo)

Atividade física? Tipo: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ / semana

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Anexo IV - *International Prostate Symptom Score (IPSS)*

		Nenhuma vez	Menos que 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
1	No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
2	No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3	No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4	No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5	No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6	No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	
		Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes
7	No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5

Escore I-PSS
Sintomas leves: 0 a 7 pontos
Sintomas moderados: 8 a 19 pontos
Sintomas graves: 20 a 35 pontos

Anexo V - *International Index of Erectile Function - IIEF – 5*

**Nos últimos seis meses:**

0. Não tentei ter relações sexuais

1- Como você classifica sua confiança para ter e manter uma ereção?

1. Muito baixa
2. Baixa
3. Moderada
4. Alta
5. Muito alta

2. Quando você teve ereções através de um estímulo sexual, quando sua Ereção é dura o suficiente para penetrar (entrar na sua parceira)?

0. Não tenho atividade sexual

- 1 Quase nunca ou nunca
2. Algumas vezes (muito menos que metade das vezes)
- 3 Cerca de metade das vezes
4. Muitas vezes (muito mais que a metade das vezes)
5. Quase sempre ou sempre

3. Durante uma relação sexual, quando você foi capaz de manter sua ereção depois que você penetrou (entrou) na sua parceira?

0. Não tentei ter relações sexuais

1. Quase nunca ou nunca
2. Algumas vezes (muito menos que metade das vezes)
3. Cerca de metade das vezes
4. Muitas vezes (muito mais que a metade das vezes)
5. Quase sempre ou sempre

4. Durante uma relação sexual, quanto foi difícil para manter sua ereção até completar a relação?

0. Não tentei ter relações sexuais

1. Extremamente difícil
2. Muito difícil
3. Difícil
4. Pouco difícil
5. Não foi difícil

5. Quando você tentou uma relação sexual, quando foi satisfatória para você?

0. Não tentei ter relações sexuais

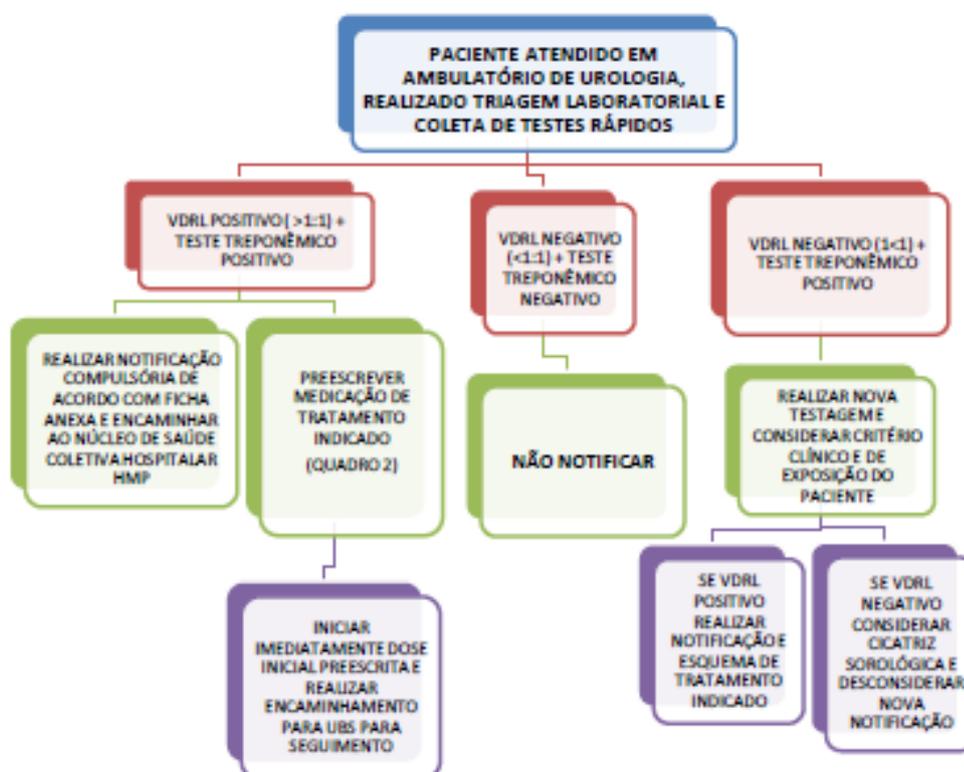
1. Quase nunca ou nunca
2. Algumas vezes (muito menos que metade das vezes)
3. Cerca de metade das vezes
4. Muitas vezes (muito mais que a metade das vezes)

## Anexo 6 - Protocolo Atendimento – Sífilis.

 <b>Prefeitura Municipal de Paulínia - Hospital Municipal</b> 	<b>Índice PT NHVE-05</b>
<b>PROTOCOLO CLÍNICO DO HOSPITAL MUNICIPAL</b>	<b>GERAL</b>
<b>Atendimento aos pacientes suspeitos e ou confirmados de sífilis adquirida</b>	

## ANEXO I

## FLUXOGRAMA



Elaborado por: TE/Enfª Viana Bordignon de Souza		Data: 25/01/2022
Validado Por: Drª João Alonso	Aprovado Por: Drª Maria Bernadete Zambotto Viana, Enfª Juliana Capellazzo Romano (assinado no original)	Data:
Histórico de Revisões:		
Revisado Por: REV:00		Pág. 7 / 9