

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

RAFAEL VALENTE BATISTA

**Análise da jornada transcorrida entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos (próstata, rim e bexiga).**

Ribeirão Preto

2023

RAFAEL VALENTE BATISTA

**Análise da jornada transcorrida entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos (próstata, rim e bexiga).**

**Versão original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do **Título de Mestre** em Ciências.

Área de Concentração: Medicina

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Borges dos Reis

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### Catálogo na publicação

#### Biblioteca

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Valente Batista, Rafael

Análise da jornada transcorrida entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos (próstata, rim e bexiga). / Rafael Valente Batista; orientador Prof. Dr. Rodolfo Borges dos Reis – Ribeirão Preto, 2023.

69 f. : 24 il.

Dissertação – Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Versão Original

1. Câncer de próstata, 2. Câncer de bexiga, 3. Câncer de rim, 4. Regulação médica. 5. Regulação em saúde. 6. Acesso em saúde. 7. Acessibilidade. 8 . Sistema único de saúde.

Nome: Valente Batista, Rafael

Título: Análise da jornada transcorrida entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos (próstata, rim e bexiga).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em:

Banca examinadora:

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

A todos os pacientes portadores de patologias uro-oncológicas atendidos e tratados por mim e por meus colegas nesses tempos de residência médica no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-FMRP) meus sinceros agradecimentos. Vocês fizeram a trajetória ter sentido e contribuíram para que eu me tornasse uma ser humano e um profissional melhor em minha prática clínica diária.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Maria Costa Batista e Maria Izabel Valente Batista, que com muito trabalho, cuidado e exemplos diários, ensinaram-me que o caminho da perseverança e do estudo devem sempre ser trilhados e tido como objetivo.

À minha esposa, Anna Beatriz, que esteve ao meu lado durante todos esses anos de formação, me dando apoio, força e motivação para continuar e seguir em frente, mesmo tendo ciência do árido caminho a ser percorrido.

Ao Prof. Rodolfo Borges dos Reis, pela atenção, ensinamentos e exemplo durante o processo de definição e orientação desta tese, além de todo o período da residência médica em Urologia.

Ao Dr. Antônio Antunes Rodrigues Junior e Dr. Rafael Neuppmann Feres por fazerem da divisão de Uro-oncologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto um local de aprendizado contínuo e em alto nível.

Ao Prof. Geraldo Cássio dos Reis pelo auxílio e contribuição na análise estatística desta tese.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

*This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.*

## RESUMO

VALENTE BATISTA, RAFAEL. **Análise da jornada transcorrida entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos (próstata, rim e bexiga)**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

**Introdução:** Atualmente, observa-se elevada prevalência de neoplasias na sociedade brasileira. Esse fenômeno é secundário ao envelhecimento da população, documentado através da mudança de estrutura da pirâmide etária nacional, devido à transição demográfica brasileira e, conseqüente, aumento do subgrupo mais idoso nos últimos 40 anos. Os tumores urológicos mais prevalentes seguem esta tendência epidemiológica, resultando em incremento no fluxo de pacientes em centros de referência oncológica resultando em aumento das demandas de consultas, exames, e tratamentos. Em vigência desde 2012, a Lei Federal 12.732 estabelece um limite máximo de 60 dias desde o início do seguimento até o início do tratamento oncológico para os centros especializados em oncologia clínico-cirúrgicas. Este trabalho tem como objetivo identificar possíveis gargalos que reduzam a efetividade do mecanismo de regulação dos pacientes oncológicos através da análise dos prontuários dos pacientes portadores de tumores da próstata, bexiga e rim. **Objetivo:** Avaliar a jornada transcorrida entre o encaminhamento de pacientes uro-oncológicos desde seu serviço de origem até seu primeiro atendimento em centro de referência oncológica regional (HC - FMRP - USP) e início de seu tratamento. **Material e Métodos:** O estudo consistiu na análise observacional de coorte retrospectiva utilizando dados secundários obtidos da pesquisa por meio de prontuário eletrônico de pacientes portadores de câncer de próstata, bexiga e rim que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no HCFMRP-USP. **Resultados:** Dos 675 pacientes estudados, 477 (70,7%) eram portadores comorbidades, das quais diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica eram as mais frequentes. Do total de pacientes avaliados (675), 314 (46,5%) eram neoplasia de próstata, 208 (30,8%) eram neoplasia vesical e 153 (22,7) eram neoplasia renais. Na análise dos eventos temporais, 675 pacientes foram operados no intervalo da pesquisa sendo 467 pacientes (69,2%) anteriormente à pandemia de COVID-19 e 208 (30,8%) durante a pandemia. Desse mesmo montante, constata-se

que os fluxos regulatórios foram divididos em três: o sistema regional de regulação (SIH) com 280 pacientes regulados (41,5%), o CROSS com 275 pacientes regulados (40,7%) e o fluxo interno do HCFMRP-USP de regulação com 120 pacientes (17,8%). Em relação ao tempo entre o encaminhamento e a chegada ao sistema HCFMRP-USP, tem-se uma média de 19,18 dias. Nessa regulação, quando analisada de forma pormenorizada, tem-se 322 pacientes (47,7%) com fluxo regulatório registrado em sistema computacional e 353 pacientes (52,3%) sem registro no sistema eletrônico de regulação vigente. **Conclusão:** Com base nos dados preliminares obtido observa-se que os tempos regulatórios dos tumores urológicos avaliados estão dentro de patamares aceitáveis, porém quando se contabiliza o tempo desde o encaminhamento até o desfecho cirúrgico, incluindo a jornada do paciente nos fluxos hospitalares, os resultados são desanimadores, com taxas que fogem do que a legislação para essas situações preconiza.

**Palavras-chave:** Câncer de próstata. Câncer de bexiga. Câncer de rim. Regulação médica. Regulação em saúde. Acesso em saúde. Acessibilidade. Sistema único de saúde.

## ABSTRACT

VALENTE BATISTA, RAFAEL. **Analysis of the journey between referral and definitive surgical treatment of patients with urological tumors (prostate, kidney and bladder)**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2022.

**Introduction:** Currently, there is a high prevalence of neoplasms in Brazilian society. This phenomenon is secondary to the aging of the population, documented through the change in the structure of the national age pyramid, due to the Brazilian demographic transition and, consequently, the increase in the oldest subgroup in the last 40 years. The most prevalent urological tumors follow this epidemiological trend, resulting in an increase in the flow of patients in oncology reference centers resulting in an increase in the demand for consultations, exams, and treatments. In force since 2012, Federal Law 12,732 establishes a maximum limit of 60 days from the beginning of follow-up to the beginning of oncological treatment for centers specialized in clinical-surgical oncology. This work aims to identify possible bottlenecks that reduce the effectiveness of the regulatory mechanism of cancer patients through the analysis of medical records of patients with prostate, bladder and kidney tumors. **Objective:** To evaluate the journey elapsed between the referral of uro-oncology patients from their original service to their first consultation at a regional oncology reference center (HC - FMRP - USP) and the beginning of their treatment. **Material and Methods:** The study consisted of a retrospective observational cohort analysis using secondary data obtained from the research through electronic medical records of patients with prostate, bladder and kidney cancer who underwent surgical procedures at HCFMRP-USP. **Results:** Of the 675 patients studied, 477 (70.7%) had comorbidities, of which diabetes mellitus and systemic arterial hypertension were the most frequent. Of the total number of patients evaluated (675), 314 (46.5%) were prostate cancer, 208 (30.8%) were bladder cancer and 153 (22.7%) were kidney cancer. In the analysis of temporal events, 675 patients were operated on during the survey period, 467 patients (69.2%) before the COVID-19 pandemic and 208 (30.8%) during the pandemic. Of this same amount, it appears that the regulatory flows were divided into three: the regional regulation system (SIH) with 280 regulated patients (41.5%), the CROSS with 275 regulated patients (40.7%) and the regulated flow HCFMRP-USP internal regulation

with 120 patients (17.8%). Regarding the time between referral and arrival at the HCFMRP-USP system, there is an average of 19.18 days. In this regulation, when analyzed in detail, there are 322 patients (47.7%) with regulatory flow registered in a computer system and 353 patients (52.3%) without registration in the current electronic regulation system. **Conclusion:** Based on the preliminary data obtained, it is observed that the regulatory times of the evaluated urological tumors are within acceptable levels, but when the time from referral to the surgical outcome is taken into account, including the patient's journey through hospital flows, the results are discouraging, with rates that deviate from what the legislation recommends for these situations.

**Keywords:** Cancer of prostate. Bladder cancer. Kidney cancer. Medical regulation. Health regulation. Health access. Accessibility. Health Unic System.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** Acesso ao SUS

Pág. 16

**Figura 2** Acesso à rede assistencial

Pág. 17

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização da amostra	<b>Pag. 32</b>
<b>Tabela 2.1</b>	Biópsia de próstata	Pag. 36
<b>Tabela 2.2</b>	Caso-novo e ato cirúrgico	Pag. 36
<b>Tabela 3.1</b>	Estadiamento próstata (SIH/CROSS)	Pag. 36
<b>Tabela 3.2</b>	Estadiamento próstata (Pandemia)	Pag. 37
<b>Tabela 4</b>	Jornada próstata (SIH/CROSS)	Pag. 37
<b>Tabela 5</b>	Jornada próstata (Pandemia)	Pag. 38
<b>Tabela 6</b>	Quartis próstata	Pag. 38
<b>Tabela 7.1</b>	Estadiamento rim (SIH/CROSS)	Pag. 41
<b>Tabela 7.2</b>	Estadiamento rim (Pandemia)	Pag. 41
<b>Tabela 8</b>	Jornada rim (SIH/CROSS)	Pag. 41
<b>Tabela 9</b>	Jornada rim (Pandemia)	Pag. 42
<b>Tabela 10</b>	Quartis rim	Pag. 42
<b>Tabela 11.1</b>	Estadiamento bexiga (SIH/CROSS)	Pag. 45
<b>Tabela 11.2</b>	Estadiamento bexiga (Pandemia)	Pag. 45
<b>Tabela 12</b>	Jornada bexiga (SIH/CROSS)	Pag. 46
<b>Tabela 13</b>	Jornada bexiga (Pandemia)	Pag. 46
<b>Tabela 14</b>	Hematúria	Pag. 47
<b>Tabela 15</b>	Quartis bexiga	Pag. 47
<b>Tabela 16</b>	Painel em oncologia (Próstata)	Pag. 51
<b>Tabela 17</b>	Painel em oncologia (Rim)	Pag. 54
<b>Tabela 18</b>	Painel em oncologia (Bexiga)	Pag. 57

## LISTA DE SIGLAS

<b>CR</b>	Complexos reguladores
<b>CROSS</b>	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
<b>CID</b>	Classificação internacional de doenças
<b>DM</b>	Diabetes mellitus
<b>FAEPA</b>	Fundação de apoio ao ensino, pesquisa e assistência do HCFMRP-USP
<b>HCFMRP-USP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo)
<b>HAS</b>	Hipertensão arterial sistêmica
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>RNM</b>	Ressonância nuclear magnética
<b>RTU</b>	Ressecção trans-uretral
<b>RHCCC</b>	Rede Hebe Camargo de combate ao câncer
<b>SES-SP</b>	Secretaria de saúde do estado de São Paulo
<b>SUS</b>	Sistema único de saúde
<b>SIH</b>	Sistema regional de regulação
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>TC</b>	Tomografia computadorizada
<b>UBS</b>	Unidade básica de saúde
<b>USG</b>	Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	<b>14</b>
1.1. Tumores urológicos .....	14
1.2. Regulação médica .....	15
1.3. Plataformas na atividade regulatória .....	17
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>21</b>
2.1. Objetivo geral:.....	21
2.2. Objetivos específicos: .....	21
<b>3. Pacientes e Métodos</b> .....	<b>23</b>
3.1. Delineamento do estudo .....	23
3.2. Coleta de dados e formulação do protocolo de pesquisa .....	23
3.3. Seleção de pacientes.....	25
3.4. Análise Estatística .....	27
3.5. Comitê de ética .....	27
<b>4. Resultados</b> <b>4.1. Caracterização da Amostra</b> .....	<b>29</b>
4.2. Dados específicos – Próstata .....	31
4.3. Dados específicos – Rim .....	36
4.4. Dados específicos – Bexiga.....	39
<b>5. Discussão</b> .....	<b>45</b>
5.1. Neoplasia de próstata.....	46
5.2. Neoplasia de rim .....	48
5.3. Neoplasia de bexiga .....	50
<b>6. Limitações</b> .....	<b>54</b>
<b>7. Pontos relevantes</b> .....	<b>56</b>
<b>8. Conclusão</b> .....	<b>58</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>60</b>
<b>APÊNDICES:</b> .....	<b>65</b>



# 1 – Introdução

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. TUMORES UROLÓGICOS

O câncer desponta como um dos principais problemas de saúde pública mundial, quer seja em países desenvolvidos ou ainda em desenvolvimento. (BORGES DOS REIS et al., 2012). Os tumores urológicos seguem a mesma tendência, sobretudo em relação aos três mais prevalentes, próstata, bexiga e rim (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA), [s.d.]).

De acordo com a previsão do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o triênio 2020-2022, no Brasil, a incidência destes tumores urológicos aumentará. A progressão da pirâmide etária brasileira, com aumento da população mais idosa, e melhorias em acesso à saúde nos centros de referência oncológica, permitindo maior número de diagnósticos dessas patologias, são apontadas como as principais justificativas. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA), [s.d.]

O câncer de próstata é o quinto tumor mais incidente na população mundial, excluindo-se os tumores de pele não-melanoma, estando em segundo lugar no subgrupo dos homens, ficando atrás apenas das neoplasias pulmonares.(N. MOTTET (CHAIR) et al., 2021). No Brasil, é o mais frequente em homens, com taxa estimada de 65.840 casos novos/ano (2020-2022), e risco estimado em 62,95 casos/100.000 homens. Previsões para região sudeste apontam 27.890 casos, sendo 13.650 apenas no estado de São Paulo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA), [s.d.]

O câncer de bexiga é o sétimo tumor mais frequente no mundo, excluindo-se os tumores de pele não-melanoma, caindo para décimo quando considerados ambos os sexos (COMPÉRAT et al., 2021), (J.A. WITJES (CHAIR) et al., 2021). No Brasil, está mantida a prevalência mundial, sendo considerado o segundo tumor urológico mais prevalente, considerando ambos os sexos. De acordo com a perspectiva do INCA (2020-2022) esperam-se 10.640 novos casos/ano no Brasil, sendo 7.590 em homens e 3.050 em mulheres, evidenciando-se maior prevalência no sexo masculino. Previsões para região sudeste estimam 5.300 novos casos/ano no mesmo período (4.600 em homens e 1.700 em mulheres), sendo 4.050 novos casos/ano apenas no

estado de São Paulo (2.970 em homens e 1.050 em mulheres). (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA), [s.d.]

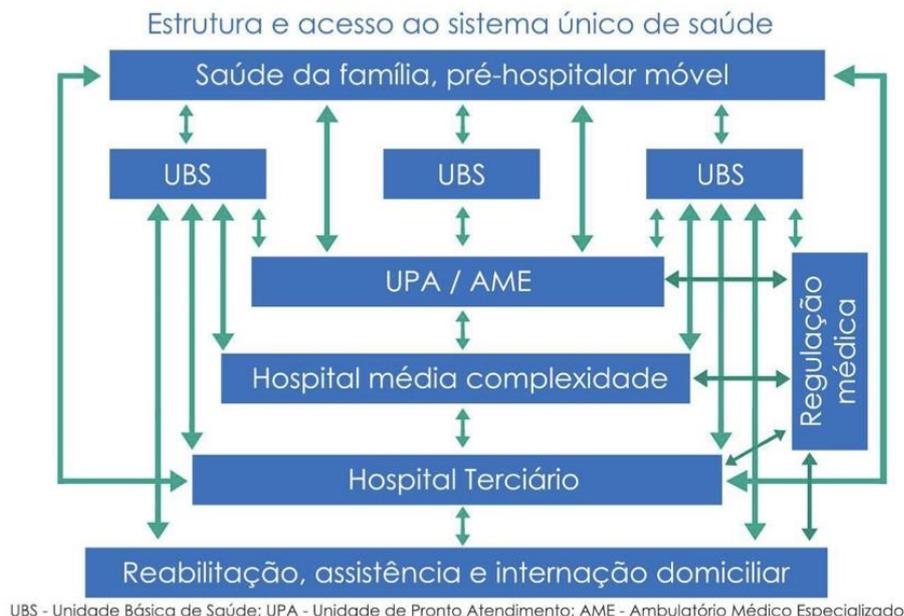
O câncer renal ganha sua importância por ser o terceiro tumor urológico mais prevalente e o tumor urológico de maior letalidade. Não dispomos de números concretos fornecidos pelo INCA (2020-2022), porém, em 2018, foram descritos 403.000 novos casos no mundo (175.000 óbitos) (MICHAEL B ATKINS; ZIAD BAKOUNY; TONI K CHOUEIRI, [s.d.]), 99.200 casos na União Europeia (39.100 óbitos) (B. LJUNGBERG (CHAIR) et al., 2021) e 74.000 casos nos EUA (15.000 óbitos) (MICHAEL B ATKINS; ZIAD BAKOUNY; TONI K CHOUEIRI, [s.d.]).

## **1.2. REGULAÇÃO MÉDICA**

Define-se regulação médica como a atividade de identificar as necessidades individuais e coletivas, avaliando o risco e ordenando o acesso dos usuários do sistema de saúde aos profissionais e ao próprio sistema de saúde (FERRO et al., [s.d.]). As atividades de regulação, já apontadas como uma necessidade desde 1988, ano da implementação do Sistema único de saúde (SUS), foram colocadas em prática após 20 anos. As centrais de regulação podem organizar-se em complexos reguladores (CR) da assistência, tendo mais condições de mapear as necessidades individuais e coletivas, avaliar a competência das diferentes instituições e ordenar o acesso com mais precisão aos diferentes graus de assistência em saúde, como ambulatórios especializados e hospitais terciários. (CRISTINA et al., [s.d.]), (SEBASTIÃO; SANTOS, [s.d.]).

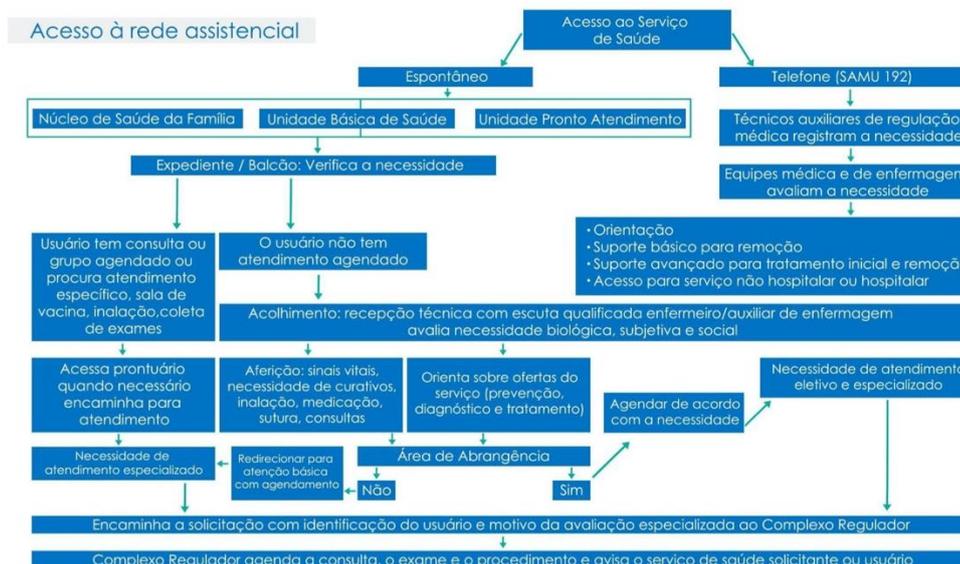
As unidades de atenção básica são os componentes da porta de entrada ao sistema de saúde com maior capilaridade, com capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Quando necessário, portanto, ou seja, quando os problemas identificados não são passíveis de resolução nas unidades básicas de saúde, estas unidades coordenam o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção, por meio da regulação médica, conforme visto nas figuras abaixo (FERRO et al., [s.d.]), (SEBASTIÃO; SANTOS, [s.d.]), (ANDRADE et al., 2018)

**Figura 1 - Acesso ao SUS**



Fonte: FERRO et al., [s.d.]

**Figura 2 - Acesso à rede assistencial**



Fonte: FERRO et al., [s.d.]

Desta forma observa-se que a atividade regulatória médica não é atividade de triagem apenas, porém algo mais amplo, com a atribuição de perceber necessidades e riscos em saúde dos pacientes e propor soluções com foco no melhor local de tratamento e na melhor hora para o encaminhamento, baseado em protocolos clínicos

pré-estabelecidos, também focando na custo-efetividade dos gastos em saúde. (FERRO et al., [s.d.]) A regulação médica é uma função pública importante para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelo sistema de saúde. (SIDNEY FEITOZA FARIAS et al., [s.d.])

Em relação aos casos oncológicos atenção especial vem sendo dada por todas as esferas responsáveis pelo planejamento, financiamento e execução das propostas (esfera federal, estadual e municipal). Com o aumento da contribuição das doenças oncológicas no perfil de mortalidade da população brasileira foi proposto a política nacional de prevenção e controle do câncer pelo Ministério da Saúde. Objetiva-se, dessa forma, reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil baseados no seguinte tripé: conscientização da população, detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e acesso a um tratamento equitativo e de qualidade quando necessário. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), (KOMI et al., [s.d.]), (BAHIA, 2018), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.])

Nesse contexto de abordagem do paciente oncológico, o estado de São Paulo, foco da pesquisa, conta com 82 serviços de alta complexidade em oncologia, sendo 42 sob gestão do estado e 40 sob gestão dos municípios. A macrorregião de Ribeirão Preto, mais especificamente, contém 7 serviços referenciados para tratamento em oncologia, sendo 3 de gestão estadual e 4 de gestão municipal, todas elas agrupadas e coordenadas pela RHCCC. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) faz parte dessa rede de atenção ao cuidado do paciente oncológico. (KOMI et al., [s.d.])

### **1.3. PLATAFORMAS NA ATIVIDADE REGULATÓRIA**

De acordo com dados fornecidos pelo Plano de atenção oncológica do estado em 2019 os óbitos por esse tipo de patologia representou, em ambos os sexos, a segunda causa de mortalidade, atrás das doenças do aparelho circulatório. (KOMI et al., [s.d.]). Desta forma, tendo em mente a importância que este tema assume em níveis de saúde pública, a secretaria de saúde (SES-SP) conta com duas plataformas que têm proporcionado integração e otimização dos fluxos dos pacientes da rede SUS estadual: a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) e a Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer (RHCCC). (BRAZIL. DEPARTAMENTO DE

ATENÇÃO ESPECIALIZADA., 2006), (“PROCESSO DE REGULAÇÃO - GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO”, [s.d.]

A Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) é uma plataforma idealizada em 2010 com a função de gerenciar a atividade regulatória dos serviços em saúde, incluindo desde o nível eletivo de assistência, como agendamentos de consultas ambulatoriais com especialistas, exames de média e elevada complexidade e procedimentos, como o nível de urgência e emergência, direcionando o fluxo dos pacientes mais críticos para unidades com mais recursos, sejam tecnológicos ou humanos. (“CROSS - ESTADO DE SÃO PAULO”, [s.d.]

A Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer (RHCCC), idealizada em 2013, tem como objetivo favorecer e otimizar o modelo de atenção aos pacientes com neoplasia, de forma que eles realizem seus tratamentos em hospitais referenciados em todo o território paulista, focando na otimização do tempo desde o encaminhamento até o início do tratamento oncológico. (KOMI et al., [s.d.]

Em 2014, quando a Rede Hebe Camargo (RHCCC) foi vinculada ao portal CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde), o objetivo foi oferecer um sistema otimizado de regulação de pacientes oncológicos, atendendo às necessidades imediatas dos cidadãos por meio do princípio da equidade do SUS (Sistema Único de Saúde). O atendimento primário seria realizado no município de moradia do usuário e, em caso de necessidade, o encaminhamento para serviços especializados em oncologia seria manejado pelo portal CROSS. De acordo com o decreto estadual (Nº 62.394/2016), ficava estabelecido os diversos níveis de atuação entre as unidades hospitalares cadastradas e o tempo ideal de 60 dias desde o encaminhamento até o início do tratamento oncológico, sendo de 30 dias, especificamente, o tempo entre a suspeita diagnóstica e a sua confirmação. (KOMI et al., [s.d.]

Seguindo esta tendência da informatização dos dados em saúde observada desde de 2018 e adequando-se a lei dos 60 dias (Lei n. 12.732/12), o INCA criou uma ferramenta chamada painel em oncologia, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para avaliar o intervalo máximo entre o diagnóstico oncológico e o início do tratamento apropriado. (KOMI et al., [s.d.]), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]). No estado de São Paulo, nos anos de 2018 e 2019, apenas 42,88% e 36,18%, respectivamente, dos pacientes seguiram o preconizado, diagnóstico e tratamento no intervalo de 60 dias.

(KOMI et al., [s.d.]). No sistema britânico de saúde, há cerca de 30 anos, 66% dos pacientes oncológicos aguardam um tempo inferior à 30 dias para consulta com um médico especialista. Em 2010, 68% dos usuários referiram que foram atendidos no hospital após 2 semanas de seu encaminhamento e 91% foram atendidos em 4 semanas. (DEPARTMENT OF HEALTH, 2011), (MENDES et al., [s.d.]).

O mecanismo de regulação no estado de São Paulo para casos uro-oncológicos tem evoluído com o passar do tempo, principalmente com a digitalização dos sistemas envolvidos (CROSS e RHCC). No entanto, em nossa prática diária, observamos que muitos pacientes ainda demoram tempo superior a 60 dias para ter acesso aos serviços de saúde especializado e iniciar tratamento cirúrgico de suas patologias.

## 2– Objetivos

---

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

Avaliar a jornada transcorrida entre o encaminhamento de pacientes urológicos desde seu serviço de origem até o HCFMRP-USP.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Avaliar o tempo transcorrido entre o diagnóstico ou suspeita, até o primeiro atendimento no HCFMRP-USP e o tratamento cirúrgico, observando-se a taxa de cumprimento da lei Hebe Camargo ou lei dos 60 dias.

Identificar possíveis entraves no sistema de regulação médica utilizado (Regulação regional e Portal Cross) que possam ter contribuído para dificultar as linhas de acesso.

Identificar possíveis diferenças no fluxo de pacientes oncológicos encaminhados no período pré-pandemia (SARS-COV-2) e durante o período pandêmico.

Identificar possíveis fatores que possam acelerar o processo de encaminhamento, como sintomatologia aguda, forte suspeita oncológica ou biópsia confirmatória.

Propor melhorias para otimizar o fluxograma da regulação médica em casos urológicos e para desburocratizar o fluxo intra-hospitalar desse paciente desde o momento da admissão ambulatorial até a realização do procedimento cirúrgico.

## 3- Pacientes e Métodos

---

### **3. PACIENTES E MÉTODOS**

#### **3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O estudo consistiu na análise observacional de coorte retrospectiva utilizando dados secundários obtidos da pesquisa por meio de prontuário eletrônico de pacientes portadores de câncer de próstata, bexiga e rim que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no HCFMRP-USP.

#### **3.2. COLETA DE DADOS E FORMULAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA**

A coleta de dados incluiu a elaboração de um instrumento de pesquisa que fora dividido em duas partes. A primeira, referente a dados gerais de cada paciente, engloba informações clínicas, como presença de comorbidades e hábitos, informações sobre o sistema regulatório utilizado para o encaminhamento e sobre a existência da pandemia à época do procedimento cirúrgico (Apêndice A). A segunda, referente a dados específicos de cada tumor, engloba aspectos da sintomatologia, exames de estadiamento e biópsia confirmatória, dentre outras informações relevantes na história natural da doença (Apêndice B). Os dados foram preenchidos em formulários dedicados para a pesquisa, individualizados para cada tipo de patologia uro-oncológica.

O período estabelecido para pesquisa foi entre janeiro de 2015 e julho de 2021, englobando a estratégia regulatória SIH, existente anterior a instalação do CROSS no HCFMRP-USP, em outubro de 2018, e o CROSS propriamente dito. Nesse mesmo período, também, observamos tendências diferentes em relação à pandemia de SARS-COV-2, com impactos diretos na dinâmica hospitalar a partir de março de 2020, quando as burocracias regulatórias tornaram-se mais efetivas e os trâmites intra-hospitalares pré-operatórios, ambulatoriais pré-anestésicos e avaliações cardiológicas, deixaram de ser realizados de rotina, passando a serem executados apenas para pacientes selecionados de acordo com critérios de gravidade.

Os registros dos pacientes operados nesse período foram obtidos no prontuário eletrônico do complexo HCFMRP-USP, junto a aba cirúrgico 3, com planilhas do Excel

geradas separadamente pela classificação internacional de doenças (CID), data da cirurgia e tipo de cirurgia realizada. Após essa primeira tabulação, os dados foram enviados à chefia dos ambulatórios do HCFMRP-US, onde foram triados para obtenção, individualmente, da data de encaminhamento proveniente das unidades básicas de saúde, data de inserção no sistema online de regulação (SIH/CROSS) e a data de chegada e consulta caso-novo em nossa instituição.

### **Dados coletados:**

Os dados foram coletados diretamente dos registros em prontuário eletrônico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, em formulário próprio. Foram avaliadas as seguintes variáveis:

- Idade;
- Comorbidades;
- Hábitos;
- Sistema regulatório utilizado;
- Existência da Pandemia de COVID-19
- Sintomatologia;
- Sinais clínicos;
- Sinais radiológicos sugestivo de tumor;
- Biópsia positiva;
- Pedido de priorização;
- Data do encaminhamento;
- Data do primeiro atendimento;
- Data da realização para complementação diagnóstica e estadiamento;
- Data da indicação cirúrgica;
- Data da avaliação anestésica pré-operatória;
- Data da avaliação cardiológica (quando necessária);
- Data do tratamento cirúrgico.

As variáveis foram relacionadas visando responder as seguintes questões:

Qual tempo transcorrido entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico? A Lei Hebe Camargo está sendo obedecida?

Existe diferença entre a velocidade da linha de cuidado entre o sistema de regulação regional SIH (até setembro de 2018) e o sistema CROSS (a partir de outubro de 2018)?

A pandemia do COVID 19 influenciou o número de pacientes encaminhados, o tempo entre o encaminhamento e o atendimento no HCFMRP-USP e o intervalo entre o primeiro atendimento e o tratamento cirúrgico?

O tempo decorrido entre o diagnóstico histológico de neoplasia prostática e o desfecho cirúrgico sofre influência em relação a origem da biópsia? (serviço externo ou HCFMRP-USP)

A necessidade de exames complementares de diagnóstico e estadiamento alteram o intervalo de tempo entre a suspeita / diagnóstico e o encaminhamento?

### **3.3. SELEÇÃO DE PACIENTES**

Após a obtenção dos registros dos pacientes operados por neoplasia prostática, renal e vesical, algumas considerações foram realizadas a depender da patologia em questão, interferindo na coleta de dados e eventual exclusão dos pacientes da pesquisa. Vale salientar que o foco do estudo são os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos como forma de tratamento primário. Pacientes que ficaram apenas em manejo clínico, oncológico ou mesmo encaminhados para tratamento com radioterapia não fazem parte da nossa avaliação e, portanto, não serão mencionados.

Foi obtida dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por tratar-se de estudo retrospectivo de análise de prontuário médico de grande número de pacientes.

Pacientes com neoplasia de próstata foram excluídos da pesquisa nas seguintes situações abaixo:

Pacientes que já eram seguidos no HCFMRP-USP em ambulatório de urologia por outras patologias não-oncológicas.

Pacientes que foram encaminhados para seguimento em ambulatório de uro-oncologia do HCFMRP-USP, porém tendo sido optado por seguimento em protocolo

de vigilância ativa e/ou observação vigilante ou mesmo encaminhados para tratamento primário com radioterapia.

Pacientes que adentraram ao complexo HCFMRP-USP por meio de convênio FAEPA/Clínica Civil e não sendo do Sistema Único de Saúde.

Pacientes com neoplasia renal foram excluídos da pesquisa nas seguintes situações abaixo:

Pacientes portadores de tumores uroteliais do trato urinário superior submetidos a nefro-ureterectomia, devido ao fato desses tumores apresentarem comportamento biológico diferente das neoplasias renais corticais.

Pacientes submetidos a nefrectomias radicais cujo diagnóstico não revelou doença oncológica.

Pacientes encaminhados para seguimento em ambulatório de uro-oncologia do HCFMRP-USP, tendo sido optado por seguimento em protocolo de vigilância ativa devido a característica das lesões ou mesmo pacientes com doença avançada, metastática, que foram encaminhados para tratamento primário junto à Oncologia (terapias sistêmicas).

Pacientes que foram submetidos à nefrectomia oncológica adjuvante após tratamento primário sistêmico pela Oncologia. Tais pacientes fazem parte de protocolo de pesquisa multicêntrico ainda em andamento, tendo sido optado pela exclusão dos mesmos de nossa pesquisa.

Pacientes que adentraram ao complexo HCFMRP-USP por meio de convênio FAEPA/Clínica Civil, não vinculados ao SUS.

Pacientes com neoplasia vesical foram excluídos do estudo nas seguintes situações:

Pacientes submetidos a ressecção endoscópica, e já tratados por esse método previamente. Em nosso estudo, para os casos de neoplasia vesical, consideramos apenas pacientes que foram submetidos à primeira ressecção endoscópica da lesão vesical na instituição.

Pacientes com neoplasia vesical músculo-invasiva submetidos a cistectomia radical ou cisto-prostatectomia radical.

Pacientes que adentraram ao complexo HCFMRP-USP por meio de convênio FAEPA/Clínica Civil e não vinculados ao SUS.

### **3.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Realizada por equipe especializada da instituição. Para as estatísticas descritivas fornecemos a frequência e percentual de cada categoria das variáveis. As análises foram realizadas no *software* SPSS V.22.0. Os testes utilizados foram o teste “t de Student” para amostras independentes, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney e o teste do  $X^2$  para uma amostra.

### **3.5. COMITÊ DE ÉTICA**

O projeto de pesquisa fora submetido ao CEP, com parecer consubstanciado de número 5.085.424 aprovado em 08 de Novembro de 2021.

## 4- Resultados

---

## 4.RESULTADOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dos 675 pacientes estudados, 477 (70,7%) eram portadores de comorbidades, das quais diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram as mais frequentes. Quando questionado sobre os hábitos, 514 (76,1%) não se consideravam tabagistas ativos e 483 (71,6%) não se consideravam etilistas ativos. Do total de pacientes avaliados (675), 314 (46,5%) eram portadores de neoplasia de próstata, 208 (30,8%) de tumores vesicais e 153 (22,7) apresentavam neoplasias renais (TABELA 1).

Na análise dos eventos temporais, 675 pacientes foram operados no intervalo da pesquisa sendo 467 pacientes (69,2%) anteriormente à pandemia de COVID-19 e 208 (30,8%) durante a pandemia. Desse mesmo montante, constata-se que os fluxos regulatórios foram divididos em três: o sistema regional de regulação (SIH) com 280 pacientes regulados (41,5%), o CROSS com 275 pacientes regulados (40,7%) e o fluxo interno do HCFMRP-USP de regulação com 120 pacientes (17,8%).

Em relação ao tempo entre o encaminhamento e a chegada ao sistema HCFMRP-USP, o intervalo médio foi 19,18 dias. Quando analisado de forma categorizada, 322 pacientes (47,7%) seguiram o fluxo de regulação preconizado. Entretanto, 353 pacientes (52,3%) deram entrada no serviço por outras vias de encaminhamento. As razões para este fato são explicadas pelo sistema de regulação interna do HCFMRP-USP (solicitação de outras clínicas), encaminhamento diretamente da Unidade de Emergência (UE-HCFMRP-USP), e pacientes classificados como “nominais”, onde não foram identificadas justificativas para encaminhamentos alheios à plataforma regulatória.

Tabela 1. Caracterização das amostras.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Presença de comorbidades</b>		
Sim	477	70,7
Não	198	29,3
<b>Órgão</b>		
Próstata	314	46,5
Rim	153	22,7
Bexiga	208	30,8
<b>Comorbidades</b>		
HAS	340	71,3
DM	152	31,9
AVC	22	4,6
Dislipidemia	82	17,2
Tireoidopatia	34	7,1
Bexiga neurogênica	1	0,2
DPOC/Asma	17	3,6
Neoplasias outras	11	2,3
Doença coronariana	32	6,7
Psiquiátrica	15	3,1
Outras	143	30
<b>Hábitos</b>		
Tabagista ativo	161	23,9
Etilista ativo	192	28,4

<b>Pandemia COVID</b>		
Não	467	69,2
Sim	208	30,8
<b>Regulação</b>		
SIH	280	41,5
CROSS	275	40,7
Interna	120	17,8
<b>Não inclusão no sistema regulatório</b>		
Sim	353	52,3
Não	322	47,7
<b>Causas da não inclusão no sistema regulatório</b>		
Nominal	221	62,6
Sintomas agudos	3	0,8
U.E./HEAB/HES/Sertãozinho	47	13,3
P.I. de outras clínicas	82	23,2

#### 4.2. DADOS ESPECÍFICOS – PRÓSTATA

No estudo tem-se 314 pacientes operados devido neoplasia de próstata (46,5%) onde a biópsia prostática pré-operatória é obrigatória na condução do caso. Cento e quarenta e cinco pacientes (46,2%) realizaram biópsia no complexo HCFMRP-USP e

169 (53,8%) em serviço externo. Destes, 39 (23,1%) precisaram de revisão de lâmina para confirmação devido dúvida diagnóstica em relação ao laudo patológico de serviço externo (TABELA 2.1). Pacientes com biópsia externa apresentam intervalo médio de 115,82 dias entre o caso novo e o desfecho cirúrgico, enquanto pacientes que realizam a biópsia no complexo HCFMRP-USP apresentaram intervalo médio de 178,61 dias. Após análise estatística, este dado apresenta relevância com níveis superiores em dias para os pacientes que realizam biópsia no complexo HCFMRP-USP (TABELA 2.2).

O estadiamento torácico, para aqueles que o realizaram, demorou em torno de 108,86 dias quando método de regulação era o SIH e 73,86 dias quando o método de regulação era o CROSS. Estadiamento abdominal os tempos foram 110,74 dias e 66,4 dias, respectivamente. O estadiamento loco-regional, realizado através da RM da próstata, demorou 91,31 dias e 82,19 dias. Para os pacientes com indicação de estadiamento ósseo cintilográfico, o intervalo foi de 105,78 dias e 82 dias, respectivamente (TABELA 3.1). De todos os resultados descritos, os únicos com relevância estatística foram o do tempo para realização do estadiamento torácico e do estadiamento abdominal, com valores superiores no período em que o SIH estava vigente. Demais resultados sem diferença estatística.

Ao analisar não o método de regulação, mas presença ou não da pandemia de COVID-19, temos os seguintes dados e análise. O estadiamento torácico, para aqueles que realizaram, demorou em torno de 101,06 dias no período pré-pandemia e em torno de 63,99 dias no período no qual a pandemia estava vigente. Estadiamento abdominal os tempos foram 105,02 e 58,13, respectivamente. O estadiamento loco-regional, realizado através da RM da próstata, demorou 89,30 e 81,04 dias, respectivamente. Para os pacientes com indicação de estadiamento ósseo cintilográfico, o intervalo foi de 106,35 e 69,51 dias, respectivamente (TABELA 3.2). De todos os resultados descritos, os únicos com relevância estatística foram o do tempo para realização do estadiamento torácico, do estadiamento abdominal e do ósseo, com valores superiores no período pré-pandemia. Demais resultados sem diferença estatística.

Na linha de cuidados da neoplasia prostática tem-se alguns obstáculos encontrados desde o encaminhamento até o caso novo no HCFMRP-USP, passando por modelo de regulação em saúde, avaliações pré-anestésicas, indicação cirúrgica, terminando com a realização do ato operatório. O conhecimento dos tempos

destinados a cada etapa é de suma importância uma vez que, no contexto oncológico, a demora para diagnóstico e/ou tratamento, pode contribuir decisivamente para o desfecho do paciente (TABELAS 4,5 e 6).

Em relação aos dados da jornada da linha de cuidado dos pacientes com neoplasia de próstata, quando comparados ambos os serviços de regulação vigentes, seja SIH ou CROSS, o único tempo com relevância estatística fora entre a “liberação pré-operatória final e a cirurgia”, com valores superiores no período vigente do SIH. Demais valores sem diferença estatística (TABELA 4). Quando comparamos os períodos pre-pandemia e pandêmico, os únicos dados com relevância estatística são o tempo entre a “avaliação preop e a cirurgia” e entre a “indicação cirúrgica e a cirurgia”. Demais valores sem diferença estatística. (TABELA 5).

Quando compara-se os quartis temporais para estratificação dos pacientes portadores de neoplasia prostática em relação ao intervalo de tratamento preconizado entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico garantido pela lei Hebe Camargo (Lei dos 60 dias), após aplicação do teste  $X^2$  para uma amostra, a diferença estatística existe e é superior, de forma, considerável, para os pacientes com tempo superior a 60 dias (TABELA 6).

**Tabela 2.1.** Biópsias de próstata realizadas dentro e fora do complexo HCFMRP-USP

<b>Biópsia de próstata</b>		<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Complexo	HCFMRP-USP	145	46,2
Externa*		169	53,8
<b>Revisão de lâmina*</b>			
Não		130	76,9
Sim		39	23,1

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 2.2.** Intervalo, em dias, entre o caso novo e o ato cirúrgico para pacientes que realizam biópsia prostática externa e no complexo HCFMRP-USP.

Variável / Origem biópsia	Externa (em dias)	HCRP (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
Caso novo -- cirurgia	115,82	178,61	0,0

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 3.1.** Intervalos, em dias, entre o caso novo e os exames de estadiamento no HCFMRP-USP dos pacientes portadores de neoplasia prostática entre as diferentes plataformas de regulação (SIH e CROSS).

Variável / Sistema de Regulação	SIH (em dias)	CROSS (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
<u>Estadiamento torácico</u>	108,86	73,86	0,007
<u>Estadiamento abdominal</u>	110,74	66,40	0,002
Estadiamento local	91,31	82,19	0,411
Estadiamento ósseo	105,78	82	0,104

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 3.2.** Intervalos, em dias, entre o caso novo e os exames de estadiamento no HCFMRP-USP dos pacientes portadores de neoplasia prostática avaliados no período pré-pandemia e durante a pandemia do COVID-19.

Variável / Pandemia	Pré-pandemia (em dias)	Pandemia (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
<u>Estadiamento torácico</u>	101,06	63,99	0,001
<u>Estadiamento abdominal</u>	105,02	58,13	0,0
Estadiamento local	89,30	81,04	0,423
<u>Estadiamento ósseo</u>	106,35	69,51	0,004

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 4.** Segmentação dos pacientes com neoplasia prostática entre as diferentes plataformas de regulação (SIH e CROSS).

<b>Variável / Sistema de Regulação</b>	<b>SIH (em dias)</b>	<b>CROSS (em dias)</b>	<b>P (&lt; 0,05)</b>
Encaminhamento – caso novo	19,50	16,05	0,43
Caso novo – avaliação preop	119,53	122,69	0,799
<u>Avaliação preop – cirurgia</u>	40,75	19,85	0,003
Encaminhamento – cirurgia	174,21	152,01	0,116
Caso novo -- indicação	100,96	98,82	0,857
Indicação – liberação preop	22,40	25,61	0,343
Indicação -- cirurgia	56,95	45,39	0,106
Caso novo -- cirurgia	155,10	136,12	0,181

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 5.** Segmentação dos pacientes portadores de neoplasia prostática avaliados no período pré-pandemia e durante a pandemia do COVID-19.

<b>Variável / Pandemia</b>	<b>Pré-pandemia (em dias)</b>	<b>Pandemia (em dias)</b>	<b>P (&lt; 0,05)</b>
Encaminhamento – caso novo	19,88	12,84	0,122
Caso novo – avaliação preop	115,11	129,33	0,291
<u>Avaliação preop – cirurgia</u>	42,29	3,9	0,0
Encaminhamento – cirurgia	169,19	146,08	0,08
Caso novo -- indicação	95,41	103,88	0,457
Indicação – liberação preop	23,48	26,94	0,368
<u>Indicação -- cirurgia</u>	61,27	30,73	0,0
Caso novo -- cirurgia	149,69	133,24	0,203

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 6.** Estratificação dos pacientes portadores de neoplasia prostática em relação ao intervalo de tratamento preconizado pela lei Hebe Camargo (Lei dos 60 dias)

(Tempo entre o encaminhamento e o desfecho cirúrgico)

<b>Tempo</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Até 30 dias	20	6,4
Entre 30 e 60 dias	36	11,5
<u>Mais do que 60 dias</u>	258	82,2
TOT: 314 pacientes		

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

#### 4.3. DADOS ESPECÍFICOS – RIM

No estudo tem-se 153 pacientes que foram operados devido neoplasia renal primária (22,7%). Nesse tipo de neoplasia, em geral, não há necessidade de biópsia confirmatória pré-operatória, porém exige-se diagnóstico radiológico. Na maioria dos casos, a suspeita clínica dá-se devido a achados incidentais em exames de imagem, com pacientes encontrando-se assintomáticos. A ultrassonografia, devido baixo custo e ampla difusão, acaba sendo o exame de imagem realizado com maior frequência percebido durante a admissão dos pacientes em nosso ambulatório de uro-oncologia. Todavia, devido necessidade de maior detalhamento da lesão e programação cirúrgica, os pacientes que ainda não tiverem realizado, ao chegarem no serviço, realizam exames de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM).

O estadiamento torácico, para aqueles que o realizaram, demorou em torno de 49,22 dias quando o método de regulação era o SIH e 32,65 dias quando o método era o CROSS. O estadiamento abdominal demorou 34,74 e 39,80 dias respectivamente. O estadiamento ósseo não é feito de rotina nas neoplasias renais, porém para os casos que foram necessários os tempos foram 52,67 e 6 dias, respectivamente. De todos os resultados descritos, nenhum resultado teve diferença significativa, com adendo especial ao dados referente aos exames de estadiamento

ósseo, que devido ao pequeno número de exames realizados não teve sequer relevância estatística para comparação (TABELA 7.1).

Ao analisar não o método de regulação, mas presença ou não da pandemia de COVID-19, temos os seguintes dados e análise. O estadiamento torácico, para aqueles que realizaram, demorou em torno de 47,63 dias no período pré-pandemia e em torno de 33,75 dias no período no qual a pandemia estava vigente. Estadiamento abdominal os tempos foram 44,47 e 41,47, respectivamente. De todos os resultados descritos, nenhum resultado teve diferença significativa (TABELA 7.2)

Na linha do cuidados da neoplasia renal (153 pacientes) tem-se que a imensa maioria fora encaminhada durante o período do estudo de forma ambulatorial (152 – 99,3%), sendo apenas 1 caso (0,7%) sido encaminhado no contexto de urgência ou emergência. Do total de pacientes do estudo com esse tipo de neoplasia obtivemos que 102 (66,7%) apresentaram algum tipo de by-pass na regulação formal, sendo 51 pacientes (50%) regulados pela via interna do HCFMRP-USP, por meio de pedido de interconsulta de outras clínicas, seguidos por 41 pacientes (40,2%) encaminhados por motivos nominais.

Em relação aos dados da jornada da linha de cuidado dos pacientes com neoplasia renal, quando comparados ambos os serviços de regulação vigentes, seja SIH ou CROSS, os dados com relevância estatística foram o “intervalo entre a avaliação pré-operatória final e a cirurgia”, “intervalo entre o encaminhamento e a cirurgia”, “intervalo entre a indicação cirúrgica e a cirurgia” e o “tempo entre o caso novo e a cirurgia”, com valores superiores no período vigente do SIH. Demais valores sem diferença estatística (TABELA 8). Quando comparamos os períodos pre-pandemia e pandêmico, os dados com relevância estatística são o tempo entre a “avaliação pré-operatória e a cirurgia”, tempo entre a “indicação cirúrgica e a cirurgia” e o tempo entre o “caso novo e o ato cirúrgico”. Demais valores sem diferença estatística (TABELA 9).

Quando compara-se os quartis temporais para estratificação dos pacientes portadores de neoplasia renal em relação ao intervalo de tratamento preconizado entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico garantido pela lei Hebe Camargo (Lei dos 60 dias), após aplicação do teste  $X^2$  para uma amostra, a diferença estatística existe e é superior, de forma, considerável, para os pacientes com tempo superior a 60 dias (TABELA 10).

**Tabela 7.1** Intervalos, em dias, entre o caso novo e os exames de estadiamento no HCFMRP-USP dos pacientes portadores de neoplasia renal entre as diferentes plataformas de regulação (SIH e CROSS).

<b>Variável / Sistema de Regulação</b>	<b>SIH (em dias)</b>	<b>CROSS (em dias)</b>	<b>P (&lt; 0,05)</b>
Estadiamento torácico	49,22	32,65	0,207
Estadiamento abdominal	34,74	39,80	0,637

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 7.2** Intervalos, em dias, entre o caso novo e os exames de estadiamento no HCFMRP-USP dos pacientes portadores de neoplasia renal avaliados no período pré-pandemia e durante a pandemia do COVID-19.

<b>Variável / Pandemia</b>	<b>Pré-pandemia (em dias)</b>	<b>Pandemia (em dias)</b>	<b>P (&lt; 0,05)</b>
Estadiamento torácico	47,63	33,75	0,214
Estadiamento abdominal	44,47	41,70	0,779

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 8.** Segmentação dos pacientes com neoplasia renal entre as diferentes plataformas de regulação (SIH e CROSS).

<b>Variável / Sistema de Regulação</b>	<b>SIH (em dias)</b>	<b>CROSS (em dias)</b>	<b>P (&lt; 0,05)</b>
Encaminhamento – caso novo	23,81	14,59	0,372
Caso novo – avaliação preop	53,11	51,37	0,897
<u>Avaliação preop – cirurgia</u>	46,45	12,12	0,001
<u>Encaminhamento – cirurgia</u>	121,02	78,08	0,026
Caso novo -- indicação	31,53	24,94	0,562
Indicação – liberação preop	24,13	26,84	0,745
<u>Indicação -- cirurgia</u>	68,23	38,96	0,022
<u>Caso novo -- cirurgia</u>	97,21	63,49	0,048

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 9.** Segmentação dos pacientes portadores de neoplasia renal avaliados no período pré-pandemia e durante a pandemia do COVID-19.

Variável / Pandemia	Pré-pandemia (em dias)	Pandemia (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
Encaminhamento – caso novo	22,79	10,89	0,144
Caso novo – avaliação preop	53,0	52,67	0,980
<u>Avaliação preop – cirurgia</u>	40,48	4,91	0,0
<u>Encaminhamento – cirurgia</u>	112,83	65,81	0,002
Caso novo -- indicação	27,11	22,14	0,586
Indicação – liberação preop	27,82	30,88	0,771
<u>Indicação -- cirurgia</u>	67,16	33,12	0,001
Caso novo -- cirurgia	90,04	54,91	0,010

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 10.** Estratificação dos pacientes portadores de neoplasia renal em relação ao intervalo de tratamento preconizado pela lei Hebe Camargo (Lei dos 60 dias) (Tempo entre o encaminhamento e o desfecho cirúrgico)

Tempo	(N)	(%)
Até 30 dias	39	25,5
Entre 30 e 60 dias	40	26,1
Mais do que 60 dias	74	48,4
TOT: 153 pacientes		

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

#### 4.4. DADOS ESPECÍFICOS – BEXIGA

No estudo tem-se que 208 pacientes (30,8%) foram operados de neoplasia vesical por meio de ressecção transuretral vesical (RTU vesical) para primeiro diagnóstico histológico neoplásico. Os pacientes são encaminhados devido queixas de hematúria macroscópica, em sua maioria indolor, muitas vezes sem exames de imagem ou, quando muito, um USG de bexiga e vias urinárias. Conforme já comentado, o

ultrassom, devido fácil acesso e difusão, acaba sendo o exame mais utilizado para realização de encaminhamento para centros oncológicos.

Após admissão ambulatorial no serviço e preparo pré-operatório os pacientes com neoplasia vesical, da mesma forma que os outros pacientes com outras patologias neoplásicas, necessitam da realização de estadiamento clínico. O estadiamento torácico demorou em torno de 74,05 dias quando o método de regulação era o SIH e 42 dias quando o método era o CROSS. O estadiamento abdominal demorou em torno 75,10 dias e 42 dias, respectivamente. O estadiamento ósseo não é feito de rotina nas neoplasias vesicais. Desses dois dados tabulados não houve diferença estatística quando comparando os dois períodos. (TABELA 11.1).

Ao analisar não o método de regulação, mas presença ou não da pandemia de COVID-19, temos os seguintes dados e análise. O estadiamento torácico, para aqueles que realizaram, demorou em torno de 60,90 dias no período pré-pandemia e em torno de 42,76 dias no período no qual a pandemia estava vigente. Estadiamento abdominal os tempos foram 63,90 e 42,76, respectivamente. De todos os resultados descritos, nenhum resultado teve diferença significativa (TABELA 11.2).

Em relação aos dados da jornada da linha de cuidado dos pacientes com neoplasia de bexiga, quando comparados ambos os serviços de regulação vigentes, seja SIH ou CROSS, os dados com relevância estatística foram o “intervalo entre a avaliação pré-operatória final e a cirurgia”, “intervalo entre o encaminhamento e a cirurgia”, “intervalo entre a indicação cirúrgica e a cirurgia” e o “tempo entre o caso novo e a cirurgia”, com valores superiores no período vigente do SIH. Demais valores sem diferença estatística (TABELA 12). Quando comparamos os períodos pre-pandemia e pandêmico, os dados com relevância estatística são o tempo entre o “caso novo e a liberação pré-operatória final”, a “avaliação pré-operatória e a cirurgia”, tempo entre a “indicação cirúrgica e a cirurgia” e o tempo entre o “caso novo e o ato cirúrgico”. Demais valores sem diferença estatística (TABELA 13).

Dos 208 pacientes avaliados na pesquisa, 171 (82,2%) apresentaram hematúria macroscópica na primeira avaliação ambulatorial. Destes, 153 pacientes (89,5%) necessitaram apenas de manejo clínico, sem necessidade de internação e, conseqüentemente, cirurgia de urgência. No contexto de investigação ambulatorial de hematúria macroscópica, tivemos que dentre os 208 pacientes avaliados, 86 (41,3%) realizaram cistoscopia diagnóstica pré-operatória ambulatorial e 122 (58,7%) não a realizaram, tendo sido operados sem necessidade de realização deste exame.

Em relação a frequência do sintoma hematúria nas neoplasias vesicais o que se observa é que nos pacientes com hematúria macroscópica indolor grave, com coágulos e obstrução urinária tem-se a redução do tempo para resolução cirúrgica. A média de dias entre o encaminhamento e o caso novo dos paciente com hematúria macroscópica foi de 17,69 dias, enquanto para os pacientes sem hematúria o tempo foi de 41,27 dias. Quando compara-se os tempos entre o caso novo e o desfecho cirúrgico tem-se 96,38 e 77,60 dias, respectivamente. No entanto, não houve diferença estatística entre os grupos, mostrando que a presença ou não de hematúria, ao longo da pesquisa, não funcionou como catalisador para o desfecho cirúrgico (TABELA 14).

Quando compara-se os quartis temporais para estratificação dos pacientes portadores de neoplasia renal em relação ao intervalo de tratamento preconizado entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico garantido pela lei Hebe Camargo (Lei dos 60 dias), após aplicação do teste  $X^2$  para uma amostra, a diferença estatística existe e é superior, de forma, considerável, para os pacientes com tempo superior a 60 dias (TABELA 15).

**Tabela 11.1** Intervalos, em dias, entre o caso novo e os exames de estadiamento no HCFMRP-USP dos pacientes portadores de neoplasia vesical entre as diferentes plataformas de regulação (SIH e CROSS).

<b>Variável / Sistema de Regulação</b>	<b>SIH (em dias)</b>	<b>CROSS (em dias)</b>	<b>P (&lt; 0,05)</b>
Estadiamento torácico	74,05	42	0,211
Estadiamento abdominal	75,10	42	0,195

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 11.2** Intervalos, em dias, entre o caso novo e os exames de estadiamento no HCFMRP-USP dos pacientes portadores de neoplasia vesical avaliados no período pré-pandemia e durante a pandemia do COVID-19.

Variável / Pandemia	Pré-pandemia (em dias)	Pandemia (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
Estadiamento torácico	60,90	42,76	0,381
Estadiamento abdominal	63,90	42,76	0,304

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 12.** Segmentação dos pacientes portadores de neoplasia vesical entre as diferentes plataformas de regulação (SIH e CROSS).

Variável / Sistema de Regulação	SIH (em dias)	CROSS (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
Encaminhamento – caso novo	35,60	11,68	0,142
Caso novo – avaliação preop	40,84	58,73	0,064
<u>Avaliação preop – cirurgia</u>	58,95	16,48	0,0
<u>Encaminhamento – cirurgia</u>	135,38	85,84	0,011
Caso novo -- indicação	14,74	14,72	0,998
Indicação – liberação preop	37,47	44,30	0,365
<u>Indicação -- cirurgia</u>	93,29	60,13	0,002
<u>Caso novo -- cirurgia</u>	99,78	74,19	0,038

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 13.** Segmentação dos pacientes portadores de neoplasia vesical avaliados no período pré-pandemia e durante a pandemia do COVID-19.

Variável / Pandemia	Pré-pandemia (em dias)	Pandemia (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
Encaminhamento – caso novo	24,31	15,62	0,508
<u>Caso novo – avaliação preop</u>	41,76	66,07	0,048
<u>Avaliação preop – cirurgia</u>	46,62	11,45	0,0
Encaminhamento – cirurgia	111,22	80,17	0,068
Caso novo -- indicação	11,65	16,24	0,443
Indicação – liberação preop	36,41	50,93	0,073
<u>Indicação -- cirurgia</u>	81,17	50,48	0,001
<u>Caso novo -- cirurgia</u>	87,26	64,59	0,05

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 14.** Estratificação dos pacientes portadores de neoplasia vesical em relação à presença de hematúria e o desfecho cirúrgico.

Variável / Hematúria	Sem hematúria (em dias)	Com hematúria (em dias)	<i>P</i> (< 0,05)
Encaminhamento – caso novo	41,27	17,69	0,351
Caso novo -- cirurgia	96,38	77,60	0,180

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

**Tabela 15.** Estratificação dos pacientes portadores de neoplasia vesical em relação ao intervalo de tratamento preconizado pela lei Hebe Camargo (Lei dos 60 dias) (Tempo entre o encaminhamento e o desfecho cirúrgico)

Tempo	(N)	(%)
Até 30 dias	47	22,6
Entre 30 e 60 dias	44	21,2
Mais do que 60 dias	117	56,3
TOT: 208 pacientes		

Fonte: BATISTA, R. V. 2023

## 5– Discussão

---

## 5. DISCUSSÃO

O presente trabalho envolve a pesquisa da jornada transcorrida entre o encaminhamento pela unidade básica de saúde (UBS) e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos, tais como próstata, bexiga e rim, em hospital terciário de referência. As necessidades de assistência, bem como de garantia de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento oportunos permeiam a base da construção dos sistemas públicos de acesso universal à saúde, organizadas em redes assistenciais hierarquizadas. (BRAGA BARROS FERREIRA II; MARTINS, 2010). O fluxo dessas redes assistenciais depende da complexa organização, envolvendo recursos humanos e tecnológicos que atuam de forma articulada entre atenção primária, regulação médica de assistência em saúde e os serviços de referência. (LOPES; DOS SANTOS; SCARPELINI, 2007),(STEFANO DA PENHA, [s.d.]

Durante a coleta de dados e a sua análise, foram identificados três marcadores importantes para comparação, haja vista a suspeita de que possam ter participação fundamental nos processos regulatórios e burocráticos dos cuidados em saúde em questão.

O primeiro foi a mudança do sistema de regulação implementado em Ribeirão Preto, mais especificamente no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) que, até setembro de 2018, era um sistema regional, denominado de SIH (Sistema de informações hospitalares), e, a partir de outubro de 2018, foi reformulado com a inserção efetiva do sistema de regulação digitalizado e unificado do estado de São Paulo, o sistema CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde). Com a implementação desse sistema unificado de regulação médica, os processos regulatórios foram digitalizados e unificados nas centrais de regulação, otimizando os fluxos de encaminhamento dos pacientes desde a unidade básica de saúde (UBS), porta de entrada preferencial dos usuários, até consultas ambulatoriais especializadas ou mesmo agendamento de exames de imagem. (“CROSS - ESTADO DE SÃO PAULO”, [s.d.]).

O segundo, foi a pandemia de SARS-Cov-2, na qual os fluxos de regulação dos pacientes até sua chegada no serviço de referência, bem como os fluxos internos do próprio serviço, foram totalmente impactados (BORGES et al., [s.d.]). A intenção era que, em virtude do estado de calamidade pública instaurado devido à pandemia, as

doenças oncológicas teriam prioridade frente às patologias benignas, o que levaria à redução dos trâmites burocráticos desde o encaminhamento aos serviços especializados, passando pela realização de exames pré-operatórios e culminando com a realização de procedimentos cirúrgicos com maior brevidade.

O terceiro, foi a implantação da Lei Hebe Camargo, que, por meio da sua rede de combate ao câncer, teve como missão aprimorar a assistência às pessoas com câncer, integrar os serviços de diagnóstico e tratamento em oncologia do estado de São Paulo, organizar o acesso e reduzir o tempo entre o diagnóstico e o tratamento. Essa resposta dada pelos poderes políticos do Brasil, por meio da lei, visava padronizar e regulamentar o fluxo de tempo para abordagem de pacientes oncológicos, com tempo ideal de 30 dias entre a suspeita clínica e a confirmação histopatológica e de 60 dias entre o diagnóstico confirmado e o início do tratamento oncológico (BRASIL, 2012), (BRASIL, 2019). No entanto, como observado por este trabalho, os dados estão muito aquém do preconizado.

## **5.1. NEOPLASIA DE PRÓSTATA**

Em relação ao período transcorrido entre o encaminhamento dos pacientes até o desfecho cirúrgico, tem-se que, para os pacientes com neoplasia de próstata, esse tempo médio foi de 162,35 dias no HCRP-FMRP, durante o período considerado no estudo (2015-2021). Esse tempo extrapola o previsto pela Lei Hebe Camargo (ROSSI MENEZES, [s.d.]), que presume que esse tempo seja de, no máximo, 60 dias. Ao pormenorizar o dado, estratificando em quartis de tempo (menos de 30 dias, entre 30 e 60 dias e mais do que 60 dias), encontra-se, no estudo, a seguinte relação: 20 pacientes (6,4%), 36 pacientes (11,5%) e 258 pacientes (82,2%), respectivamente. Considerando esse mesmo período de tempo, a avaliação, de acordo com o Painel em Oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]) para o estado de São Paulo, é de que, em todos os anos considerados, a maioria dos pacientes cumpriu a Lei. Desse modo, observa-se que, os dados do presente estudo, são inferiores à média de todo o estado. Em nosso serviço, a maioria dos pacientes (82,2%) não se enquadrou na lei e teve seu tratamento cirúrgico oncológico postergado.

**Tabela 16.** Paineis em Oncologia (Estado de São Paulo). Percentual pormenorizado por ano do intervalo em dias entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico. Neoplasia de próstata.

Ano / Tempo até o Tratamento Cirúrgico	Menor que 60 dias (%)	Maior que 60 dias (%)
2015	78,84%	21,16%
2016	62,34%	37,66%
2017	63,89%	36,11%
2018	83,62%	16,38%
2019	76,87%	23,13%
2020	73,44%	26,56%
2021	75%	25%

Fonte: Painel em Oncologia – Estado de SP -2015 – 2021

[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def)

Na neoplasia de próstata, uma razão que contribui para a demora até o desfecho cirúrgico, é a necessidade da realização da biópsia de próstata para definição diagnóstica. A quantidade de municípios que possuem recursos disponíveis para realização desse método diagnóstico é limitada e, além disso, o maior serviço da região, que corresponde ao HCFMRP-USP, realiza apenas cerca de dois exames por dia atualmente. Tais fatores contribuem para prolongar o tempo entre a admissão ambulatorial e o retorno com resultado do exame anatomopatológico, o que pode impactar negativamente nos prognósticos desses pacientes. Dessa forma, após análise, o que se observa é que pacientes que realizam a biópsia de próstata previamente à sua admissão ambulatorial têm seus fluxos internos acelerados, quando comparados aos pacientes que iniciam seu seguimento no complexo hospitalar sem a confirmação histológica.

O longo período de tempo que os pacientes aguardam para conclusão do estadiamento oncológico completo é outro ponto a ser considerado para a demora. Para realizar estadiamento torácico, abdominal, prostático e ósseo, levam, em média 89,46 dias, 87,79 dias, 86,37 dias e 92,89 dias, respectivamente. Sendo assim, após adentrar no complexo HCFMRP-USP, o paciente aguarda cerca de 3 meses até realizar o estadiamento ósseo, por exemplo, e, assim, poder retornar ao ambulatório para definição de conduta. Alguns fatores, tais como a pequena quantidade de aparelhos de tomografia e de ressonância e a alta demanda desses para outros fins diagnósticos – por tratar-se de serviço geral de múltiplas especialidades – além da

sobrecarga dos serviços de medicina nuclear, provocam morosidade em todo o processo, até a realização do desfecho cirúrgico.

Quando é realizada a análise dos dois sistemas de regulação estudados, SIH e CROSS, é possível perceber que os casos de neoplasia de próstata apresentam uma certa celeridade entre o encaminhamento e a chegada no serviço, com 19,50 dias e 16,05 dias, respectivamente, sem que haja diferença estatística entre eles. Dessa forma, apesar da expectativa de melhora teórica dos fluxos após implantação do CROSS e a digitalização dos processos, o intervalo de tempo entre o encaminhamento e a chegada ao serviço terciário são semelhantes.

Analisando-se apenas o marco temporal da pandemia de COVID-19 e a sua influência direta no tempo de encaminhamento dos casos de neoplasia de próstata, o que se observa é que, anteriormente a pandemia, esse tempo era de 19,88 dias, caindo para 12,89 dias no período pandêmico. Entretanto, após análise, não houve diferença estatística entre eles, apesar das medidas implantadas para favorecer a regulação de pacientes oncológicos, que não poderiam ser desmarcados (ANVISA, [s.d.]).

Através dessa análise, percebeu-se que o tempo desde o encaminhamento até a chegada no serviço, independente do sistema de regulação e independente da existência da pandemia de COVID-19, é adequado. Porém, o tempo total até o desfecho cirúrgico extrapola os 60 dias preconizados. Assim concluímos que o maior influenciador para atrasos no diagnóstico e tratamento definitivo encontra-se, não nos mecanismos regulatórios ou nos efeitos prejudiciais proporcionados pela pandemia de COVID-19, mas dentro do próprio serviço de referência, onde a média de tempo entre estadiamento, indicação cirúrgica, avaliação pré-operatória e o próprio desfecho cirúrgico excedem o aceitável.

## **5.2. NEOPLASIA DE RIM**

Em relação aos tumores renais, o tempo médio transcorrido entre o encaminhamento dos pacientes até o tratamento cirúrgico foi de 95,31 dias. Esse tempo extrapola a Lei Hebe Camargo da mesma forma que observamos com os casos de neoplasia prostática. Ao pormenorizar o dado, estratificando em quartis de tempo (menos de 30 dias, entre 30 e 60 dias e mais do que 60 dias), encontra-se, no estudo, a seguinte relação: 39 pacientes (25,5%), 40 pacientes (26,1%) e 74 pacientes

(48,4%), respectivamente. Nessa caso, observam-se melhores resultados em relação ao cumprimento da legislação, apesar de ainda longe do ideal. Considerando esse mesmo período de tempo, a avaliação de acordo com o Painel em Oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]) para o estado de São Paulo é de que em todos os anos considerados a maioria dos pacientes cumpriu a Lei. Desse modo, apesar de a maioria dos pacientes do presente estudo (51,6%) terem se enquadrado na lei, observa-se que os dados são inferiores à média de todo o estado.

**Tabela 17.** Painel em Oncologia (Estado de São Paulo). Percentual pormenorizado por ano do intervalo em dias entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico. Neoplasia de rim.

Ano / Tempo até o Tratamento Cirúrgico	Menor que 60 dias (%)	Maior que 60 dias (%)
2015	95,66%	4,34%
2016	97,5%	2,5%
2017	87,28%	12,72%
2018	99,8%	0,2%
2019	98,92%	1,08%
2020	98,87%	1,13%
2021	99,2%	0,8%

Fonte: Painel em Oncologia – Estado de SP -2015 – 2021

[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def)

O período de tempo que os pacientes com neoplasia renal aguardam para conclusão do estadiamento oncológico completo é um ponto a ser considerado. Para realizar estadiamento torácico e abdominal, levam, em média 42,43 dias e 43,43 dias, respectivamente. Sendo assim, após adentrar no complexo HCFMRP-USP, o paciente aguarda cerca de um mês até realizar o estadiamento abdominal, por exemplo, e, assim, poder retornar ao ambulatório para definição de conduta. A maior brevidade para realização desses exames, quando comparado aos pacientes com neoplasia de próstata, deve-se a dois fatores: menor prevalência da neoplasia renal, com menos casos referenciado, e maior taxa de pacientes que já chegam ao serviço com estadiamento completo realizado em serviços externos.

Quando se compara os sistemas de regulação estudados para neoplasia renal, tem-se a interferência de um terceiro método, a regulação interna por meio de pedidos de interconsulta. Desta forma, como o HCFMRP-USP é um centro de referência de

outras especialidades, tem-se um número considerável de encaminhamentos intra-hospitalares após achados incidentais de massas renais em exames de estadiamento ou seguimento. Isso tem impacto no desfecho cirúrgico pois quando esses pacientes são admitidos no ambulatório de uro-oncologia, já encontram-se com estadiamento realizado, dando maior brevidade para conclusão do tratamento proposto.

Enquanto o tempo entre o encaminhamento e admissão ambulatorial por meio do SIH era de 23,81 dias, após inserção da plataforma CROSS decaiu para 14,59 dias. Apesar da diferença numérica, após análise não houve diferença estatística entre ambos os tempos. Dessa forma, apesar da expectativa de melhora teórica dos fluxos após implantação do CROSS e a digitalização dos processos, o intervalo de tempo entre o encaminhamento e a chegada ao serviço terciário são semelhantes.

Analisando-se apenas o marco temporal da pandemia de COVID-19 e a sua influência direta no tempo de encaminhamento dos casos de neoplasia renal, o que se observa é que, anteriormente a pandemia, esse tempo era de 22,79 dias, caindo para 10,89 dias no período pandêmico. Entretanto, após análise, não houve diferença estatística entre eles, apesar das medidas implantadas para favorecer a regulação de pacientes oncológicos, que não poderiam ser desmarcados (ANVISA, [s.d.]).

Realizando um paralelo com os casos de neoplasia de próstata, percebe-se que o tempo desde o encaminhamento até a chegada no serviço dos pacientes com neoplasia renal, independente do sistema de regulação e da existência da pandemia de COVID-19, é adequado. Porém, o tempo total até o desfecho cirúrgico extrapola os 60 dias preconizados em muitos casos. Assim concluímos que o maior influenciador para atrasos no diagnóstico e tratamento definitivo encontra-se, não nos mecanismos regulatórios ou nos efeitos prejudiciais proporcionados pela pandemia de COVID-19, mas dentro do próprio serviço de referência, onde a média de tempo entre estadiamento, indicação cirúrgica, avaliação pré-operatória e o próprio desfecho cirúrgico excedem o aceitável.

### **5.3. NEOPLASIA DE BEXIGA**

Analisando os pacientes com neoplasia de bexiga, o tempo médio transcorrido entre o encaminhamento até a abordagem cirúrgica foi de 102,56 dias. Esse tempo extrapola, novamente, a Lei Hebe Camargo. Ao pormenorizar o dado, estratificando

em quartis de tempo (menos de 30 dias, entre 30 e 60 dias e mais do que 60 dias), encontra-se a seguinte relação: 47 pacientes (22,6%), 44 pacientes (21,2%) e 117 pacientes (56,3%), respectivamente. Os resultados em relação ao cumprimento da legislação, apesar de ainda longe do ideal, são promissores, com a maioria dos pacientes dentro do desejável. Considerando esse mesmo período de tempo, a avaliação de acordo com o Painel em Oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.]) para o estado de São Paulo é de que em todos os anos considerados a maioria dos pacientes cumpriu a Lei. Desse modo, apesar de a maioria dos pacientes do presente estudo (56,3%) terem se enquadrado na lei, observa-se que os dados são inferiores à média de todo o estado.

**Tabela 18.** Painel em Oncologia (Estado de São Paulo). Percentual pormenorizado por ano do intervalo em dias entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico. Neoplasia de bexiga.

Ano / Tempo até o Tratamento Cirúrgico	Menor que 60 dias (%)	Maior que 60 dias (%)
2015	93,59%	6,41%
2016	91,42%	8,58%
2017	90%	10%
2018	95,7%	4,3%
2019	93,69%	6,31%
2020	94,61%	5,39%
2021	96%	4%

Fonte: Painel em Oncologia – Estado de SP -2015 – 2021

[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def)

Comparando-se os sistemas de regulação estudados, percebe-se que os casos de neoplasia vesical tiveram um ganho importante de celeridade entre o encaminhamento e a chegada no serviço, saindo de uma média de 35,60 dias no sistema regional para 11,68 dias após instalação da plataforma CROSS, sem que haja, porém, diferença estatística entre eles após análise. Considerando-se o marco temporal da pandemia de COVID-19 e a sua influência nos casos de neoplasia vesical, observa-se que o tempo de encaminhamento ambulatorial, anteriormente a pandemia com uma média de 24,31 dias, decaiu para 15,62 dias no período pandêmico. Do mesmo modo, apesar da diferença numérica, após análise não houve diferença estatística entre ambos os tempos.

Nesse tipo de neoplasia existe um fator a mais que contribui, com importância relevante, para maior agilidade no encaminhamento, principalmente no quesito de procura por auxílio médico nas unidades básicas de saúde: a hematúria macroscópica. Esse fator, como forma de um catalisador de ações, contribui fortemente no ganho de celeridades na jornada no paciente oncológico com neoplasia de bexiga. Apesar desse conhecimento teórico, o que se observou de acordo com os dados analisados é que a presença de hematúria não teve diferença estatística em relação ao tempos, não tendo sido um catalisador para os processos internos do presente estudo conforme esperado

## 6- Limitações

---

## **6.LIMITAÇÕES**

Algumas limitações de nosso estudo precisam ser levadas em consideração, são elas:

- Estudo retrospectivo.
- Mudança de sistema regulatório vigente durante o período da pesquisa.
- Existência de uma pandemia vigente durante o período da pesquisa.
- Alguns prontuários pesquisados sem informações relevantes.
- Dados referentes à data do encaminhamento ausentes em alguns prontuários.

## 7- Pontos Relevantes

---

## 7. PONTOS RELEVANTES

Os seguintes pontos relevantes foram alcançados com nosso estudo:

- Comparação dos sistemas reguladoras vigentes, procurando perceber se houve alguma mudança significativa nos tempos de encaminhamento dos pacientes com câncer.
- Comparação do período pré-pandemia e período pandêmicos, procurando perceber se houve alguma mudança significativa nos tempos de encaminhamento dos pacientes com câncer.
- Dados inéditos referentes aos paciente uro-oncológicos e sobre sua trajetória fora e dentro do complexo HCRP-USP
- Identificador dos verdadeiros entraves para o tratamento cirúrgico dos pacientes.

## 8- Conclusão

---

## 8. CONCLUSÃO

O presente estudo, inédito na divisão de Urologia do HCFMRP-USP, serviu para comprovar a hipótese de que a Lei Hebe Camargo ainda apresenta suas limitações, com grande quantidade de pacientes com patologias uro-oncológicas tendo seu tratamento definitivo cirúrgico retardado.

Os sistemas regulatórios vigentes, durante a pesquisa, mostraram-se igualmente muito eficazes, com baixo tempo entre o encaminhamento dos pacientes da UBS até o serviço terciário, mesmo durante o período vigente da pandemia de COVID-19.

Os verdadeiros entraves para o paciente uro-oncológico no presente estudo foram os trâmites burocráticos dentro do complexo hospitalar, principalmente em relação ao estadiamento e à realização de exames, tornando morosa a sua jornada e retardando seu tratamento cirúrgico. Dessa forma, melhorias como aumento da capacidade de realização de exames de imagem para estadiamento, aumento do número de biópsias de próstata realizadas e, principalmente, aumento da disponibilidade de horários e salas para cirurgias oncológicas em nosso centro são propostas que visam acelerar a jornada. Remanejamento de cirurgias de patologias benignas para outras unidades do mesmo complexo seriam outra alternativa.

## Referências

---

## REFERENCIAS

ANDRADE, M. V. et al. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PLoS ONE**, v. 13, n. 8, 1 ago. 2018.

ANVISA. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020-ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS.** [s.l: s.n.].

B. LJUNGBERG (CHAIR) et al. **Renal Cell Carcinoma EAU Guidelines.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Renal-Cell-Carcinoma-2021.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BAHIA, L. Thirty years of history in the Brazilian Unified National Health System (SUS): A necessary but insufficient transition. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 7, 2018.

BORGES DOS REIS, R. et al. **UROLOGIA MODERNA** . Primeira ed. [s.l: s.n.]. v. Capítulo 60.

BORGES, K. N. G. et al. O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS E A SUA CORRELAÇÃO COM O ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE. [s.d.].

BRAGA BARROS FERREIRA II, J.; MARTINS, S. **The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players.** [s.l: s.n.].

BRASIL. **Lei número 12.372, de 22 de novembro de 2012.**

BRASIL. **Lei número 13.896, de 30 de outubro de 2019.**

BRAZIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. **Regulação médica das urgências**. [s.l.] Editora MS, 2006.

COMPÉRAT, E. et al. **Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and CIS) EAU Guidelines**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Non-muscle-invasive-Bladder-Cancer-TaT1-2021V2.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CRISTINA, G. et al. **A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais Health regulation: conceptual and operational aspects**. [s.l: s.n.].

CROSS - ESTADO DE SÃO PAULO. [s.d.].

DEPARTMENT OF HEALTH. **Review of Cancer Waiting Times Standards Improving Outcomes: A Strategy for Cancer**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/publications>>.

FERRO, R. M. et al. **Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde**. [s.l: s.n.].

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). [s.d.].

J.A. WITJES (CHAIR) et al. **Muscle invasive and Metastatic Bladder Cancer EAU Guidelines**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Muscle-Invasive-and-Metastatic-Bladder-Cancer-2021V2.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

KOMI, P. et al. **PLANO DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO ESTADO DE SÃO PAULO Elaborado pelo Grupo Condutor Bipartite de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Sonia Aparecida Alves-Coordenadora da Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer**. [s.l: s.n.].

LOPES, S. L. B.; DOS SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: A research study. **BMC Health Services Research**, v. 7, 2007.

MENDES, M. S. et al. **O MODELO DE SAÚDE PÚBLICA NO REINO UNIDO**. [s.l: s.n.].

MICHAEL B ATKINS, M.; ZIAD BAKOUNY, M.; TONI K CHOUEIRI, M. **Epidemiology, pathology and pathogenesis of renal cell carcinoma** . Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-renalcellcarcinoma?search=2.%09Epidemiology,%20pathology%20and%20pathogenesis%20of%20renal%20cell%20carcinoma%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-renalcellcarcinoma?search=2.%09Epidemiology,%20pathology%20and%20pathogenesis%20of%20renal%20cell%20carcinoma%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DA PRÓSTATA**. [s.l: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Oncologia**.

N. MOTTET (CHAIR) et al. Prostate Cancer EAU Guidelines. **EAU**, 2021.

**PROCESSO DE REGULAÇÃO - GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**. . [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/DireitodeSaude/ProcessoRegulatorio.pdf?637678869004758378>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

ROSSI MENEZES, P. **Rede Hebe Camargo: compreendendo o funcionamento da regulação do paciente COORDENADOR**

**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO.** [s.l: s.n.].

SEBASTIÃO, J.; SANTOS, D. **Protocolo para Acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde.** [s.l: s.n.].

SIDNEY FEITOZA FARIAS et al. Regulation in the public health sector in Brazil- direction of hospital care provision. [s.d.].

STEFANO DA PENHA, R. **UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO.** [s.l: s.n.].

## Apêndice

---



---

MOTIVO APARENTE DO BYPASS

- MOTIVO DESCONHECIDO/ CPX / CARTINHA  
 SINTOMAS AGUDOS (DOR? HEMATÚRIA?) -  
AMBULATORIAL  ENCAMINHADO DA U.E /  
HEAB / HES (COMPLEXO HCRP)  
 P.I. DE OUTRAS CLÍNICAS (COMPLEXO  
HCRP)

---

DOR NO CASO NOVO?

- Yes  No

---

CONTROLE ÁLGICO

- INTERNOU PARA ANALGESIA  
 ANALGESIA AMBULATORIAL

## Apêndice B – Dados Órgão-específicos (Instrumento para coleta de dados)

### Dados órgão-específicos (Próstata / Rim / Bexiga)

Page 1

REGISTRO HCRP	_____
	(Registro HC)
TIPO DE TUMOR UROLÓGICO?	<input type="radio"/> PROSTATA <input type="radio"/> RIM <input type="radio"/> BEXIGA
HEMATÚRIA NO CASO NOVO?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
COMO MANEJOU A HEMATÚRIA?	<input type="radio"/> INTERNOU E OPEROU NA URGÊNCIA <input type="radio"/> INTERNOU, MAS APENAS MANEJO CLÍNICO <input type="radio"/> NÃO PRECISOU INTERNAR (HEMATURIA LEVE)
CISTOSCOPIA DIAGNÓSTICA PREOP?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
DATA DA CISTOSCOPIA:	_____
RESULTADO DEFINITIVO DA BIÓPSIA DE PRÓSTATA	_____
	(01-01-2000)
PROCEDÊNCIA DA BIÓPSIA DE PRÓSTATA	<input type="radio"/> EXTERNA <input type="radio"/> COMPLEXO HCRP-USP (EXTERNA? HCRP?)
NECESSIDADE DE REVISÃO DE LÂMINA?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (SIM/NAO)
COLETA DO PSA	_____
	(01-01-2000)
COLETA DA BIOQUÍMICA	_____
	(01-01-2000)
NECESSIDADE DE ESTADIAMENTO?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
ESTADIAMENTO	<input type="checkbox"/> SIM - TORAX (RX OU CT) <input type="checkbox"/> SIM - ABDOME/ PELVE (CT OU RNM) <input type="checkbox"/> SIM - PRÓSTATA (CT OU RNM) <input type="checkbox"/> SIM - SNC (CT OU RNM) <input type="checkbox"/> SIM - ÓSSEO (CINTILOGRAFIA) (SIM/NAO)
ESTADIAMENTO TORÁCICO	_____
	(01-01-2000)
Tempo (em dias) desde o caso novo até o estadiamento torácico?	_____

## ESTADIAMENTO ABDOMINAL

(01-01-2000)

Tempo (em dias) desde o caso novo até o estadiamento abdominal?

## ESTADIAMENTO LOCAL

(01-01-2000)

Tempo (em dias) desde o caso novo até o estadiamento local?

## ESTADIAMENTO SNC

(01012020)

## ESTADIAMENTO ÓSSEO

(01-01-2000)

Tempo (em dias) desde o caso novo até o estadiamento ósseo?

## INDICAÇÃO CIRÚRGICA

(01-01-2000)

## DATA DO APA

(01-01-2000)

## AVALIAÇÃO PREOP - LIBERAÇÃO FINAL

(01-01-2000)

## NECESSIDADE DE CPC?

 Yes  No  
(NECESSIDADE DE CPC)

## DATA DO CPC

(01-01-2000)

## DATA DA CIRURGIA

(01-01-2000)

Tempo em dias (entre caso novo e a avaliação preop final):

Tempo em dias (entre o APA e o CPC):

(Se houver CPC)

---

Tempo em dias (entre avaliação preop final e o ato cirúrgico):

\_\_\_\_\_ (50 dias)

---

Tempo em dias (entre o encaminhamento e o ato cirúrgico):

\_\_\_\_\_ (60 dias)

---

Tempo em dias (entre o caso novo e a indicação)

\_\_\_\_\_ (50 dias)

---

Tempo em dias (entre indicação e liberação preop final):

\_\_\_\_\_ (50 dias)

---

Tempo em dias (entre indicação e o ato cirúrgico):

\_\_\_\_\_ (50 dias)

---

Tempo em dias (entre caso novo e ato cirúrgico):

\_\_\_\_\_ (50 dias)

---

Tempo em dias (diagnostico histologico e desfecho cirurgico):

\_\_\_\_\_

---

Tempo em dias (data da biopsia externa e data do caso novo HCRP):

\_\_\_\_\_