

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER  
COLORRETAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA  
2019

FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER  
COLORRETAL NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA  
2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

S237p Santos, Fernando Henrique Rabelo Abreu dos  
Políticas públicas de saúde e o enfrentamento do câncer  
colorretal no Estado do Espírito Santo / Fernando Henrique  
Rabelo Abreu dos Santos. - 2020.  
72 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Neoplasias colorretais. 2. Impacto psicossocial. 3. Saúde  
pública. 4. Política Pública de Saúde. I. Silva, Valmin Ramos da.  
II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.994

---

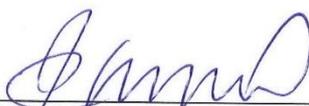
FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O  
ENFRENTAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL NO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 22 de novembro de 2019

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof Dr Valmir Ramos da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Orientador**



---

Profª Drª Janine Pereira da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



---

Prof Dr Edson Theodoro dos Santos Neto  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Dedico ao meu tio, Joel José Rabello, vítima de câncer colorretal aos 47 anos em 1996. A sua falta é sentida até hoje por toda a sua família, mas a história de sua vida sempre foi motivo de inspiração e alegria para todos.

## AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Mariana, que catalisa os meus sonhos. Aos meus antepassados, grandes mentores durante toda a vida. Dentre estes, principalmente minha mãe, Nágila, e meu pai, Francisco (*in memoriam*), pelo incentivo e pelo amor.

Aos meus mestres do aprendizado em medicina durante toda a vida, em especial ao Prof. Valmin Ramos da Silva, pela orientação sólida e consciente, e à Prof<sup>a</sup>. Diana Frauches, pela confiança que teve em mim como aluno e, agora, como colega, me incentivando como professor e pesquisador.

*“A vida é demasiado curta para nos permitir interessar-nos por todas as coisas, mas é bom que nos interessemos por tantas quantas forem necessárias para preencher os nossos dias.”*

(Bertrand Russell, 1930)

## RESUMO

**Introdução:** desde a redemocratização, há progressivo esforço nacional para gerar atendimento adequado em oncologia, dentre os quais destaca-se a Lei nº 12.732/2012, que demarca prazo de até 60 dias para início do tratamento do câncer após o seu diagnóstico. Dentre os principais tipos de neoplasia maligna, o câncer colorretal destaca-se pela elevada incidência e morbimortalidade, com potencial real de prevenção e cura. **Objetivo:** analisar variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com diagnóstico de câncer colorretal e revisar a literatura sobre as políticas públicas em saúde com associação ao câncer colorretal. **Metodologia:** estudo epidemiológico tipo observacional, transversal, retrospectivo, descritivo e analítico, com dados coletados de pacientes atendidos em um estado do Brasil no período de 2010 a 2015, utilizando-se banco de dados disponibilizado pelo Instituto Nacional do Câncer, de livre acesso. Para avaliar a evolução das variáveis entre os dois triênios separados pela Lei nº 12.732/2012, utilizou-se o teste do qui-quadrado para o cálculo do valor de  $p$ , com nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. **Resultados:** houve maior prevalência em todo o período de pacientes na faixa etária entre 45 e 75 anos, casados, pardos, do sexo feminino e com predomínio de residência dos pacientes nas regiões de saúde metropolitana e sul. Em comparação do primeiro com o segundo triênio, houve mudança estatisticamente significativa das variáveis idade, sexo, raça, escolaridade, origem de atendimento, com maior quantidade de pacientes entre 45-75 anos, do sexo masculino, de raças parda e preta, com ensino fundamental e de origem de encaminhamento fora do sistema público de saúde. O tempo de atendimento para o início do tratamento desde o seu diagnóstico foi de mais de 60 dias em cerca de 37,5% da amostra, com variação sem significância estatística entre triênios, havendo franca predominância do estadiamento avançado no momento do diagnóstico. Variáveis como escolaridade, mesmo que de notificação obrigatória, tiveram grande volume de subnotificação. **Conclusão:** dados de acesso livre e bem notificados são alicerce para geração de indicadores de gestão pública em saúde, fornecendo informações valiosas para otimizar a estrutura e a distribuição de serviços de saúde garantindo a universalidade e a integralidade no atendimento do paciente com câncer colorretal.

**Palavras-chave:** Neoplasias colorretais. Política Pública. Política de Saúde. Impacto Psicossocial. Saúde Pública.

## ABSTRACT

Introduction: since redemocratization, there has been a progressive national effort to generate adequate care in oncology, among which Law 12.732/2012 stands out, which demarcates up to 60 days for cancer treatment to begin after its diagnosis. Among the main types of malignant neoplasia, colorectal cancer stands out for its high incidence and morbidity and mortality, with real potential for prevention and cure. Objective: to analyze sociodemographic and clinical variables of patients diagnosed with colorectal cancer and to review the literature on public health policies associated with colorectal cancer. Methodology: observational, cross-sectional, retrospective, descriptive and analytical study, with data collected from patients treated in a state of Brazil from 2010 to 2015, using a freely available database provided by the National Cancer Institute. To evaluate the evolution of the variables between the two trienniums separated by Law 12.732 / 2012, the chi-square test was used to calculate the p value, with a significance level of 5% to reject the null hypothesis. Results: there was a higher prevalence throughout the period of patients aged 45 to 75 years, married, brown, female and with a predominance of residence of patients in the metropolitan and southern health regions. Comparing the first with the second triennium, there was a statistically significant change in the variables age, gender, race, education, origin of care, with a greater number of patients aged 45-75 years, male, black and brown, up to elementary school and referral origin outside the public health system. The time since the beginning of treatment since its diagnosis was over 60 days in about 37.5% of the sample, with variation without statistical significance between three years, with a clear predominance of advanced staging at the time of diagnosis. Variables such as schooling, even if required to notify, had a high volume of underreporting. Conclusion: open and well-reported data are the foundation for the generation of public health management indicators, providing valuable information to optimize the structure and distribution of health services, ensuring universality and comprehensiveness in the care of patients with colorectal cancer.

Keywords: Colorectal Neoplasms. Public Policy. Health Policy. Psychosocial Impact. Public Health.

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia
CCR	Câncer Colorretal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DS	Disfunção Sexual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
QV	Qualidade de Vida
RHC-INCA	Registros Hospitalares do Câncer do INCA
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
3.1 LOCAL DE PESQUISA.....	19
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	19
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	19
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	20
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	21
3.6 VARIÁVEIS.....	21
3.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	23
3.8 QUESTÕES ÉTICAS.....	23
<b>4 CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
4.1 POLÍTICAS DE SAÚDE SOBRE O CÂNCER NO BRASIL.....	24
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CÂNCER COLORRETAL.....	31
4.3 IMPACTO PSICOSSOCIAL DO CÂNCER COLORRETAL.....	35
<b>5 CAPÍTULO 2 - RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL NO ESPÍRITO SANTO.....	43
5.2 AVALIAÇÃO DO TEMPO DE ATENDIMENTO DO CÂNCER COLORRETAL NO ESPÍRITO SANTO.....	47
<b>6 CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>7 CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante os anos 80, quando o marco histórico da redemocratização ocorreu, surgiu a necessidade de uma nova constituição nacional. Naquele momento de renovação, novas características para as políticas de saúde foram desenhadas, inspiradas pela Conferência de Alma Ata em 1978, fomentando como foco principal a Atenção Primária à Saúde (APS) e reforçando que a saúde em si não é meramente um estado de ausência de doença, é também a garantia de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Para tanto, o acesso aos serviços de saúde é fundamental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, assegurou-se a premissa do livre acesso à saúde por toda a população, sendo um direito básico do cidadão e um dever de garantia estatal (BRASIL, 1988). Posteriormente, com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, o governo brasileiro deu contornos às formas de organização do sistema público de saúde, dando base ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios norteadores deste novo modelo incorporam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, garantindo-se a universalidade, a equidade e a integralidade do atendimento (BRASIL, 1990).

Dentro da estrutura organizacional do SUS, diversas estratégias foram desenhadas para que o funcionamento fosse viável. O Programa de Saúde da Família, por exemplo, criado em 1994 e modificado posteriormente para Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi fundamental para a aplicação do conceito de APS, contendo o potencial de atendimento básico sistemático a toda a população com fins de garantir a prevenção e a promoção da saúde, como agente político ativo para melhoria da qualidade de atendimento da população (ESCOREL et al., 2007).

No entanto, a despeito do largo impacto de ação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), diversas intervenções em saúde são restritas a centros de maior capacidade resolutive, demandando a hierarquização dos níveis de atendimento e a criação de um referenciamento de pacientes entre unidades de atendimento de menor complexidade para as de maior complexidade. Para isso, foi criado um sistema de

referência e contrarreferência de pacientes, seja em papel manuscrito ou em sistema digitalizado, para que o indivíduo atendido em uma UBS siga fluxo de referência a uma unidade de maior complexidade, sendo atendido de acordo com a demanda solicitada e que, se houver condição, retorne através de um fluxo de contrarreferência, com orientações aos profissionais da UBS para dar seguimento ao quadro específico do indivíduo referenciado (CASTRO; MACHADO, 2010).

Tendo em vista este contexto, algumas condições precisam de manejo através de prevenção, diagnóstico e tratamento que demandam o encaminhamento para centros de maior porte, sobretudo quando há a necessidade de atuação de um especialista e de materiais específicos que as UBS não possuem (ESCOREL et al., 2007; CASTRO; MACHADO, 2010).

Sob a ótica das políticas públicas em saúde, estimular a integralidade no atendimento - desde as medidas de rastreio de doenças até o tratamento final de qualquer afecção - é medida que deve ser fomentada, tendo em vista o impacto relevante que pode haver na redução da morbimortalidade na população. O manejo clínico ágil, desde o diagnóstico até o tratamento, aumenta as chances de cura e diminui a necessidade de intervenções potencialmente mórbidas (BARON; SOUZA, 2012; MARTINS; MODENA, 2017).

Dentre as enfermidades que geram forte impacto em todo o mundo, as neoplasias malignas – quais sejam, os diversos tipos de câncer com potencial de expansão que podem ser mórbidos e/ou fatais ao paciente – tem chamado a atenção da gestão pública em saúde nas últimas décadas. Estes tumores são definidos como lesões de multiplicação celular anormal, cujo sistema de defesa e autorregulação do organismo é incapaz de controlar, nos mais diversos segmentos do corpo, após alterações genéticas intrínsecas ao tipo celular afetado (HAMILTON; AALTONEN, 2000).

Esta doença, cuja importância acerca da morbimortalidade foi crescente ao longo do século XX, fora por muitos anos relegada à manejo de foco curativo no Brasil, com raras medidas de cunho preventivo. As políticas públicas em saúde para a oncologia datam de pouco tempo antes da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, iniciando-se, marcadamente, em 1921, em São Paulo, com o primeiro movimento de

ação dirigida ao câncer. Subsequentemente, no mesmo ano, sob a chancela do ex-presidente Artur Bernardes, foi criado o Instituto Radium – com pioneirismo à época no foco para o tratamento do câncer (BARRETO, 2005).

A militância médica acerca da cancerologia cresceu, então, progressivamente. Diversos setores da sociedade iniciavam suas manifestações de solicitação de medidas de impacto em saúde pública que contemplassem os pacientes oncológicos. Foi nessa trajetória que, no período da Era Vargas, no ano de 1937, foi criado Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal – este, à época, situado na cidade do Rio de Janeiro – que viria pouco tempo após a se constituir no Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão este em operação até hoje (BARRETO, 2005).

Com a progressiva organização do sistema de saúde para geração de informação sobre o tema oncologia, foi possível conseguir-se a análise epidemiológica de diversas afecções oncológicas. Considera-se, pois, enquanto fonte de informação nacional em oncologia, que o INCA seja o principal fornecedor de dados para estudos desta matéria (BARRETO, 2005). Reitera-se que é de fundamenta importância que essas informações prestadas e de acesso livre sirvam como base para gerar medidas de controle eficazes para o câncer (STEWART; WILD, 2014).

Estimativas do INCA para 2018, contemplando toda a população brasileira, informam que as neoplasias mais incidentes são as de próstata, com 68.220 casos novos, e as de mama, com 59.700 casos novos. O câncer colorretal (CCR) apresentou-se como o terceiro em incidência em homens, com 17.380 casos novos (perdendo apenas para câncer de próstata e câncer de traqueia, brônquio e pulmão) e como o segundo em incidência em mulheres, com 18.980 casos novos (perdendo apenas para câncer de mama), exibindo incidência ascendente em comparação com estimativas anteriores (BRASIL, 2017).

Já dados de incidência de CCR específicos do Espírito Santo, são estimados 330 casos novos em homens e 400 casos novos em mulheres, seguindo o padrão nacional como terceira causa de câncer em homens e a segunda causa de câncer em mulheres (BRASIL, 2017).

Para o rastreio do CCR, com fins de minimizar o impacto negativo desta afecção, diversos métodos foram sugeridos ao longo de décadas. Antes dos anos 90, nenhum protocolo bem definido de rastreio havia sido aplicado. A partir dessa década, diversos países iniciaram o rastreio através de exames como a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), a retossigmoidoscopia flexível e, nos últimos anos, a colonoscopia – este último que vem ganhando cada vez mais espaço, embora seja de maior custo (GHAOUI et al., 2016).

Dados de variados estudos evidenciam a diminuição da mortalidade por CCR em pacientes submetidos à colonoscopia, como em um estudo de coorte canadense de 2016, país cujo sistema de saúde é plenamente público e carrega semelhanças com o SUS no Brasil, apontando para um forte efeito protetivo contra a mortalidade por CCR em indivíduos acima dos 60 anos que se submeteram a pelo menos uma colonoscopia durante o tempo de seguimento (STOCK; PASZAT; RABENECK, 2016).

Contudo, apesar das fortes evidências de que as políticas de rastreamento podem impactar positivamente no melhor manejo da doença, diversas barreiras são encontradas. Não obstante a falta de recursos econômicos para financiar esse esforço para o diagnóstico precoce, observa-se, em estudos diversos, que diversos grupos sociais são menos acessados pelas políticas de rastreio, como em revisão sistemática europeia de 2015 acerca das barreiras à aderência aos programas de rastreio para câncer colorretal, que cita que gênero feminino, jovens, de baixa escolaridade, de menor poder econômico, não casados e minorias étnicas apresentam-se como aspectos mais prevalentes dentre aqueles cuja aderência aos programas de rastreamento é menor (WOOLS; DAPPER; LEEUW, 2015).

A despeito dos grandes avanços no manejo do CCR, há ainda grande discussão sobre as medidas em saúde pública para aplacar resultados satisfatórios na condução destes pacientes, uma vez que medidas de rastreamento nos indivíduos de risco, diagnóstico adequado e tratamento em tempo hábil são imprescindíveis para minimizar o impacto da doença. Neste sentido, o governo brasileiro promoveu ao longo dos anos diversas medidas para fomentar a atenção em oncologia (SILVA et al., 2017).

Nos anos 90, havia a necessidade por uma estruturação das ações em oncologia, fato que levou a uma reunião de diversas instâncias técnicas internas do MS, no intuito de elaborar normas, tabelas de procedimentos e protocolos para organização. Sob o esteio do princípio básico da integralidade, diversas portarias foram publicadas (e algumas revogadas posteriormente). A Portaria nº 3.535/1998, primeira criada, cujo foco na integralidade ao paciente oncológico é evidente - através da organização de um sistema hierárquico de atendimento - firmou critérios elementares para a criação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, cujo objetivo é o atendimento integral ao paciente com neoplasia maligna (BRASIL, 1998).

Em sequência, as Portarias nº 1478/1999 e nº 1289/2002, dentre outras, exibiram modificações no sentido de otimizar o atendimento, formando as bases para, anos depois, ocorrer a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, cujo objetivo fundamental de fomentar a integralidade na condução do paciente, sob ações articuladas entre o MS e as secretarias de saúde estaduais e municipais, encontra amparo primordial no cerne da fundamentação de criação do SUS (BRASIL, 2005a).

Ainda que aspectos organizacionais caminhassem solidificando as ações de impacto populacional em oncologia, persistia a preocupação de que o paciente oncológico necessitava de percorrer diversas etapas no processo de manejo até a resolução da afecção. Com o intuito de minimizar os efeitos negativos dos largos hiatos temporais entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento, foi sancionada a Lei nº 12.732/2012 pela presidente Dilma Rousseff, que designa prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento efetivo para o câncer, a contar a partir da data do diagnóstico firmado da doença (BRASIL, 2012a).

Seguindo a tendência de demarcar limites temporais para atendimento do paciente oncológico, tramitou recentemente no Congresso Nacional Brasileiro, com subsequente promulgação ocorrida em novembro de 2019, o Projeto de Lei da Câmara nº 143, de 2018, sugerindo o acréscimo de um terceiro parágrafo ao segundo artigo da Lei nº 12.732/2012, estabelecendo um prazo máximo de 30 dias para realização de exames necessários para confirmação diagnóstica, em caso de suspeita de câncer ainda não confirmada, conferindo uma atenção especial aos pacientes que

ainda não tiveram efetivada a certeza de ser um caso de neoplasia maligna (BRASIL, 2018a).

Motivado pela evolução positiva que a integralidade no atendimento aos pacientes com CCR pode causar em níveis populacionais e ciente da relevância de que o intervalo de atendimento entre o diagnóstico e o tratamento podem modificar o desfecho na condução do câncer, pretende-se, com o presente estudo, revisar a literatura acerca de dados sobre políticas públicas relacionadas ao câncer (sobretudo o CCR), descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com CCR e avaliar as variáveis antes e após a promulgação da Lei nº 12.732/2012, estabelecendo-se uma comparação entre dois triênios, sendo um prévio à lei (de 2010 à 2012) e outro após a lei (de 2013 à 2015).

A revisão de literatura se deu através de busca ativa em bases de dados, quais sejam: Medline (via Pubmed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e Google Scholar. Publicações relacionadas ao tema encontradas no portal do MS foram também consideradas para a composição. Foi optado por estruturar a revisão em três blocos, sendo um que versa sobre as políticas de saúde sobre o câncer no Brasil, um que versa sobre as políticas públicas sobre o CCR e um que compõe considerações sobre o impacto psicossocial do CCR.

Com relação às variáveis do estudo epidemiológico, foram acessadas informações dos Registros Hospitalares do Câncer do INCA (RHC-INCA), de livre acesso através do link <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer/registros-hospitalares-de-cancer-rhc>. A alimentação dessa base de dados veio através de 8 unidades hospitalares do estado e os dados estudados foram segmentados apenas para os pacientes com diagnóstico de CCR atendidos no estado do Espírito Santo, no período de 2010 a 2015.

O estado apresentou entre 2010 e 2015 um volume de 2.353 pacientes atendidos e notificados ao RHC-INCA. Houve discreta predominância do sexo feminino (51,8%) no período, com aumento estatisticamente significativo da incidência em homens no segundo triênio, superando a incidência no sexo feminino (50,4%). Houve maior incidência entre a faixa etária de 45-75 anos (68,7%), com predomínio de pardos

(55,3%) e de situação conjugal com companheiro (61,3%). Chamou a atenção a subnotificação importante de dados como escolaridade (1349 casos – 57,3% do total amostral) e origem de encaminhamento (619 casos – 26,4% do total amostral).

No caso do referenciamento dos pacientes, foi estudada a variável origem de encaminhamento, que é de notificação não obrigatória, e encontrada uma tendência a diminuição do volume de pacientes oriundos do sistema SUS (de 89% no primeiro triênio para 83,6% no segundo triênio), com conseqüente elevação dos pacientes oriundos de unidades de atendimento privadas (de 8,3% para 14,1%) de modo estatisticamente significativo ( $p=0,001$ ).

O tempo de atendimento no primeiro triênio avaliado foi maior do que 60 dias em 311 casos (37,4%), enquanto no segundo triênio o mesmo ocorreu em 389 casos (37,5%). O estadiamento avançado do tumor (estágios III e IV) foi o predominante em ambos os triênios, com 936 casos no total. O estadiamento precoce foi encontrado em 356 casos e em 577 houve subnotificação do dado. Na evolução entre triênios, não houve diferença estatisticamente significativa em ambos os grupos de estadiamento.

A causa de não tratamento teve como resultado a ampla maioria do dado *não se aplica* (somando-se ambos os triênios, foram 1287 casos - 54,7% do total da amostra), que corresponde essencialmente aos pacientes que se submeteram por completo ao primeiro tratamento proposto, sem interrupções. Das causas avaliadas, optou-se por estudar os pacientes que tiveram como justificativa a não realização do tratamento pelos seguintes motivos: óbito, que ocorreu em 56 casos; pacientes que tiveram que ser referenciados para tratamento em outra unidade (os “tratados fora”), que representaram 252 casos. Desses grupos, percebeu-se que houve um volume consideravelmente maior de pacientes que foram a óbito e foram atendidos com intervalo de tempo de atendimento menor do que 60 dias. Já nos pacientes tratados fora, houve inversão dessa lógica, com cerca de 56,3% dos casos apresentando tempo para início do tratamento maior do que 60 dias.

O CCR no Espírito Santo apresenta dados que corroboram com o encontrado na literatura médica recente, evidenciando-se a tendência de crescimento em incidência na população geral. A fase descritiva do estudo fornece valiosas informações para

considerações sobre políticas públicas dirigidas a esse tipo de tumor, com a comparação entre triênios trazendo dados de impacto considerável, como a recente elevação da incidência entre homens e a diminuição do volume de pacientes referenciados aos centros de oncologia por unidades do SUS, com aumento do referenciamento por unidades privadas.

Em suma, ressalta-se as limitações habituais de estudos ecológicos, com dados com elevada quantidade de subnotificação, a despeito da obrigatoriedade de se notificar a maioria das variáveis selecionadas, excetuando-se o estado conjugal e a origem de encaminhamento, que são variáveis opcionais. Reitera-se, ainda, a importância de se cobrar a submissão correta e integral dos dados dos pacientes atendidos com câncer ao RHC-INCA, com fins de gerar estudos epidemiológicos para aferir indicadores de saúde que possam otimizar as políticas públicas em saúde, com foco no controle de todas as fases evolutivas da doença, da prevenção à reabilitação.

## 2 OBJETIVOS

Avaliar aspectos sociodemográficos e de atendimento clínico de pacientes com CCR no Espírito Santo em um intervalo de tempo.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer colorretal e avaliar o comportamento destas variáveis antes e após a sanção da Lei nº 12.732/2012 no estado do Espírito Santo, Brasil.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e de atendimento clínico de pacientes com câncer colorretal no ES, no período de 2010 a 2015;
- Avaliar a origem de encaminhamento dos pacientes para as instituições que fazem a notificação de casos de câncer colorretal junto aos registros hospitalares do câncer do INCA no ES, no período estudado;
- Analisar a evolução do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer colorretal antes e após a sanção da Lei nº 12.732/2012 no Espírito Santo;
- Averiguar o estadiamento tumoral no início do tratamento do paciente com câncer colorretal antes e após a sanção da Lei nº 12.732/2012 no Espírito Santo;
- Avaliar causas relevantes de não-tratamento do câncer colorretal antes e após a sanção da Lei nº 12.732/2012 no Espírito Santo;
- Descrever a frequência de utilização das diversas modalidades terapêuticas utilizadas para o tratamento do câncer colorretal no Espírito Santo no período estudado.

### 3 METODOLOGIA

Foram coletados, processados e analisados dados de pacientes com o diagnóstico de CCR no estado do Espírito Santo nos períodos de primeiro de janeiro de 2010 à 31 de dezembro de 2012 e de primeiro de janeiro de 2013 à 31 de dezembro de 2015, em segmentos separados, no intuito de proceder à comparação entre os dois períodos, separados pela aplicação da Lei nº 12.732/2012, que determina prazo máximo de 60 dias entre a data do diagnóstico do câncer e o início do primeiro tratamento em oncologia.

#### 3.1 LOCAL DE PESQUISA

Através de acesso direto virtual, foi utilizado o banco de dados do RHC-INCA, disponível através do endereço virtual <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>>, de acesso livre e gratuito.

#### 3.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, transversal, retrospectivo, analítico.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes moradores do estado do Espírito Santo, com diagnóstico específico de CCR, dentro dos períodos determinados anteriormente, seguindo como terminologia para diagnóstico o normatizado pelas Diretrizes de Diagnóstico e Tratamento de Câncer Colorretal do Ministério da Saúde, de 2014, utilizando-se a Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (BRASIL, 2014).

As neoplasias colorretais são compreendidas pelos seguintes códigos:

- C18 – Neoplasia maligna do cólon;
- C18.0 – Neoplasia maligna do ceco – válvula ileocecal;
- C18.1 – Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme);
- C18.2 – Neoplasia maligna do cólon ascendente;
- C18.3 – Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepático(o);
- C18.4 – Neoplasia maligna do cólon transversal;
- C18.5 – Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica (o);
- C18.6 – Neoplasia maligna do cólon descendente;
- C18.7 – Neoplasia maligna do cólon sigmoide – exclui junção retossigmoide;
- C18.8 – Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva;
- C18.9 – Neoplasia maligna do cólon, não especificado;
- C19 – Neoplasia maligna da junção retossigmoide;
- C20 – Neoplasia maligna do reto.

### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para todas as avaliações, os naturais do estado do Espírito Santo sem residência no estado no período estudado foram excluídos da análise, uma vez que se objetiva avaliar a assistência médica dos residentes no estado. Pacientes sem data especificada do diagnóstico de CCR ou sem data especificada do início do primeiro tratamento para o câncer foram excluídos para análise das variáveis relacionadas ao atendimento, mas mantidos na análise das variáveis de perfil sociodemográfico.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi realizado no mês de setembro de 2018, através de acesso direto à plataforma virtual do RHC-INCA. Os dados coletados foram convertidos para a plataforma do programa Microsoft Excel for Windows 365, com o intuito de organizar os dados.

### 3.6 VARIÁVEIS

Foram analisadas 10 variáveis, como descrito no Quadro 1, separadas em dois grupos: variáveis elencadas para o perfil sociodemográfico e variáveis elencadas para a avaliação do atendimento ao paciente. Além dessas variáveis, também foram descritas as formas de tratamento inicial para o câncer, sejam únicas ou múltiplas por paciente, apresentadas em valores percentuais do total amostral.

A descrição das variáveis utilizadas não seguiu *ipsis litteris* o normatizado pelo dicionário das variáveis de base de dados do sistema do RHC-INCA, cabendo ressaltar que, para a proposição do estudo, foi criada a variável *Tempo de atendimento*, calculada para cada indivíduo do banco de dados através da coleta dos dados *Data do primeiro diagnóstico* e *Data do início do primeiro tratamento específico para o tumor* – dados estes fornecidos pelo RHC-INCA, especificando-se dia, mês e ano de cada um dos eventos. Neste caso, subtraiu-se uma data pela outra, obtendo-se o valor do intervalo de tempo entre estes eventos.

Com relação à variável *Número de casos segundo residência do paciente distribuídos por região de saúde*, optou-se por calcular a incidência da doença em todo o período estudado, de 2010 a 2015, com segmentação por região de saúde, utilizando-se como base para cálculo da incidência o volume de casos notificados segundo a residência do paciente e as estimativas da população residente em cada município do estado, fornecidas pelo IBGE em 2015.

Quadro 1 – Variáveis elencadas para o estudo

Grupos	Variável	Categoria
Variáveis para avaliação do perfil sociodemográfico	Idade na 1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤19 anos</li> <li>• 20-44</li> <li>• 45-75</li> <li>• ≥76</li> </ul>
	Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma</li> <li>• Fundamental</li> <li>• Nível médio</li> <li>• Nível superior</li> <li>• Sem informação</li> </ul>
	Raça	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Branca</li> <li>• Preta</li> <li>• Parda</li> <li>• Sem informação</li> </ul>
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Feminino</li> </ul>
	Situação conjugal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com companheiro</li> <li>• Sem companheiro</li> <li>• Sem informação</li> </ul>
Variáveis para avaliação do atendimento	Número de casos segundo residência do paciente distribuídos por região de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norte</li> <li>• Central</li> <li>• Metropolitana</li> <li>• Sul</li> </ul>
	Origem de encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SUS</li> <li>• Não-SUS</li> <li>• Por conta própria</li> <li>• Sem informação</li> </ul>
	Tempo de Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor ou igual a 60 dias</li> <li>• Maior que 60 dias</li> </ul>
	Estadiamento clínico do tumor no início do tratamento	Codificação do grupamento do estágio clínico segundo classificação TNM
	Principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento realizado fora</li> <li>• Óbito</li> <li>• Outras razões</li> <li>• Não se aplica</li> <li>• Sem informação</li> </ul>

Fonte: elaborado pelo autor.

### 3.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

As variáveis foram estudadas separadamente segundo sua frequência no período estudado, comparando-se os dados entre o primeiro e o segundo triênio utilizando-se o teste do qui-quadrado para cálculo do valor de  $p$ , realizado através do programa Office Excel 365. Foi utilizado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

### 3.8 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo está dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com o Art. 1º da Resolução Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-510/2016, por se tratar de informação de acesso ou de domínio público nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

## 4 CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

Ao se abordar a temática do câncer, entende-se que a complexidade do assunto compreende um volume de informação que, a priori, demanda espaço adequado e organizado para contextualização. Desse modo, esclarece-se pontos primordiais do câncer, principalmente o CCR, com relação a doença, às políticas de saúde e os impactos psicossociais.

### 4.1 POLÍTICAS DE SAÚDE SOBRE O CÂNCER NO BRASIL

O câncer é uma das principais doenças não transmissíveis que representam uma ameaça à saúde mundial e um problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento. Melhorias nas condições socioeconômicas, como crescimento das economias, envelhecimento das populações, cada vez mais ocidentalizadas, estilos de vida, subpopulações relativamente desprovidas de direitos, grave contaminação do meio ambiente e doenças não transmissíveis são geralmente associadas ao aumento da incidência de câncer (GOSS et al., 2014).

Para estabelecer medidas efetivas para o controle do câncer, existe a necessidade de informações de qualidade, possibilitando uma melhor compreensão da doença e seus determinantes, formulação de hipóteses causais, avaliação dos avanços tecnológicos aplicados à prevenção e tratamento, bem como a eficácia dos cuidados de saúde, no sentido de melhorar o acesso e disponibilidade a cuidados, qualificação da equipe de saúde, efeitos do tratamento desigual por barreiras socioculturais (SILVA et al., 2019).

A preocupação com o câncer enquanto problema de saúde pública se inicia na primeira metade do século XX com atividades isoladas e, ao longo do período prévio à redemocratização, exhibe expansão dos mais diversos entes públicos e privados que pautam seu atendimento no cuidado ao paciente oncológico. No entanto, a despeito destes avanços, é notória a rara intersecção entre os serviços – e neste caso, ainda

sem uma perspectiva de integralidade no atendimento a esta condição (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

A trajetória das políticas públicas para o controle do câncer no país a partir de 1940 demonstra a relação entre ampliação das políticas públicas nesta área, o desenvolvimento de uma nova comunidade médica — os cancerologistas — e as transformações sociopolíticas e econômicas ocorridas no país (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Após a criação das bases do SUS, o progresso no cuidado do paciente oncológico ocorreu progressivamente. Como a saúde passa a ser, então, um direito do cidadão e um dever do estado, naturalmente o governo federal passa a atuar diretamente sobre o manejo destes pacientes (SILVA et al., 2017).

Silva et al. (2017), em artigo que versa sobre as políticas públicas sobre o câncer no Brasil pós-criação do SUS, elencam toda a legislação produzida pelo Brasil até aquele momento que, de alguma forma, contribuiu com o cuidado do paciente com câncer. Os autores classificam os atos normativos segundo o período histórico no qual foram editados e segundo a sua finalidade.

Foram avaliados 220 atos normativos editados de 1990 a 2017, utilizando-se como marcos dos períodos históricos a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta as bases de criação do SUS, a Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998, a Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005 e a Portaria GM/MS nº 874 de 2013. Cada uma dessas três últimas portarias representa uma transição de período histórico - respectivamente: da fase de definição para a organização; da fase de organização para a de expansão; da fase de expansão para a de integração (SILVA et al., 2017).

Dentre as normas criadas na fase de definição, ressalta-se a Portaria nº 170 de 1993, que tem como atributo ser a primeira ação de definição regulatória criada que versa sobre o atendimento do paciente com câncer em unidades de alta complexidade. Nesta norma, especifica-se, pela primeira vez, uma rotina de credenciamento das unidades hospitalares às secretarias estaduais de saúde (que por sua vez encaminhavam as requisições para avaliação no INCA) e a necessidade da

alimentação de um banco de dados através de registros hospitalares do câncer (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Nesta norma, as unidades de referência eram chamadas de Centros de Referência e categorizadas segundo sua dimensão de atendimento, sendo Centro de Referência I e Centro de Referência II. Critérios para credenciamento foram estabelecidos, com requisitos básicos relacionados à estrutura e aos recursos humanos. Já os registros dos pacientes com câncer eram ensejados pela Portaria nº 170 de 1993, mas não havia uma obrigatoriedade em reportar os dados para um banco de dados livre nacional, que pudesse server indicadores de saúde para balizar ações direcionadas. A norma reforça o aspecto descentralizado da informação e a sua utilização conforme a demanda de cada instituição (BRASIL, 1993).

A Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998 marca a transição da fase de definição para a fase de organização, pois versa sobre a atualização dos requisitos mínimos para o cadastramento de serviços como sendo referências no atendimento em oncologia. Aparece, então, pela primeira vez a categoria Centro de Atendimento em Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Estes centros têm por definição de função o oferecimento de assistência especializada e pautada na integralidade aos pacientes oncológicos, com atuação direta na prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente (BRASIL, 1998).

A prestação da assistência em saúde passa a ser, então, uma abordagem feita por 7 modalidades integradas entre si, quais sejam: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte (que compreendem ações para auxílio das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes), reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 1998).

Somando-se às medidas assistenciais, esta portaria ressalta a importância da documentação de todo o atendimento do paciente, consolidando a relevância da produção de dados que possam gerar indicadores de saúde para auxiliar nas medidas de gestão. Em sua caracterização, diferencia-se da Portaria nº 170 de 1993 por destacar a função de cada centro em fornecer informações e manter em funcionamento os Registros Hospitalares do Câncer do INCA (RHC-INCA) conforme

as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, um banco de dados nacional é alimentado continuamente para produção de indicadores de saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000).

O RHC-INCA é um banco de dados de livre acesso atualmente e é o mesmo que foi utilizado no estudo epidemiológico desta dissertação. O fornecimento de informações ocorre de forma planilhada em programa específico, com dados que podem ser obtidos através de uma plataforma online constando registros nacionais desde o ano 2000. Atualmente, são 45 variáveis elencadas, de aspectos clínicos e sociodemográficos (BRASIL, 2000).

Com a Portaria GM/MS nº 3.535/98 nota-se a efetiva busca pela integralidade no atendimento do paciente com câncer, promovendo a organização de um sistema hierarquizado, com fluxos de referenciamento de pacientes dentro da rede de atendimento. Congregar os serviços prestadores de atendimento em oncologia era fundamental para fomentar a integralidade na assistência oncológica pelo SUS, utilizando-se como base de organização dados epidemiológicos e demográficos para estabelecer a necessidade de cada população (SILVA et al., 2017).

A Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005, também conhecida como Política Nacional de Atenção Oncológica, é um dos atos normativos mais importantes já promulgados pelo país, trazendo em si o conceito de câncer como um problema de saúde pública. Considerada como o marco do início da fase de expansão da atenção em oncologia, esta portaria condensa, em seu conteúdo, a importância da prevenção e promoção da saúde, focando também na sistematização de um itinerário terapêutico para os pacientes (SILVA et al., 2017).

Observa-se nas bases fundamentais dessa portaria o início de uma política nacional em saúde para doentes oncológicos com uma preocupação com tipos específicos de câncer, quais sejam os de mama e colo do útero. Ressalta-se aqui que essa especificação se deveu a importância dessas duas afecções que, à época, representavam as duas primeiras causas de câncer em incidência em mulheres no país (BRASIL, 2005a).

A Política Nacional de Atenção Oncológica de 2005 versa ainda sobre novas medidas com efeito sobre a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção Oncológica. Esta deve ser composta pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e CACON. A diferença entre essas duas denominações se dá pela finalidade de cada ente: as instituições de ambas denominações (UNACON e CACON) devem prestar assistência especializada de alta complexidade para diagnóstico definitivo e tratamento do câncer, sendo que as UNACON tem abrangência para as neoplasias mais prevalentes do Brasil e os CACON tem por finalidade o atendimento a qualquer tipo de câncer (BRASIL, 2005b).

A despeito da nítida intenção em condensar o atendimento integral do paciente oncológico em uma instituição de saúde apenas, na portaria há prerrogativa para a existência de serviços isolados de quimioterapia e radioterapia, conquanto sejam complementares às eventuais carências de serviços UNACON e CACON. Entende-se que não há caminho viável para mudanças abruptas no atendimento, tendo em vista a necessidade de grandes investimentos na área para que se dispense os serviços isolados criados previamente (BRASIL, 2005b).

Seguindo-se a linha cronológica proposta por SILVA et al. (2017), cabe citar, como um dos focos primordiais dessa pesquisa, a promulgação da Lei 12.732 de 2012, que versa sobre o intervalo de tempo entre o diagnóstico definitivo e o início do primeiro tratamento em oncológica – sendo esse o primeiro ato normativo que fixa um prazo de tempo máximo para o intervalo de tempo do diagnóstico ao tratamento entre todos os tipos de câncer (BRASIL, 2012a).

Essa lei demonstra a atenção do estado para com uma variável que interfere diretamente com o desfecho na condução clínica dos pacientes com câncer, que é o tempo. Entende-se, que quanto menor o tempo para iniciar a terapêutica específica para o tratamento dessa condição, melhores serão os resultados tanto para aumento da sobrevida global como para diminuição da morbidade associada ao câncer (WELLER et al., 2012).

No entanto, cabe reflexão acerca dos efeitos dessa lei sobre o sistema de saúde vigente no período. Sob uma perspectiva estrutural, estima-se que o volume de

pacientes oncológicos no Brasil é de proporção tal que acarreta fluxo elevado de utilização das redes de assistência em oncologia. Desse modo, o país teria a necessidade de absorver essa demanda para seguir a aplicação da lei sem descumpri-la, implicando num custo operacional alto. A promulgação de um ato normativo não garante que ele seja aplicado de forma pragmática – mas reforça a ideia de que um tempo médio pré-determinado é importante para otimizar os resultados do atendimento.

Para além da gestão socioeconômica, o câncer é uma entidade nosológica plural, multifacetada, podendo surgir nos diversos tipos de tecido do corpo, em locais únicos ou múltiplos, com capacidades de gerar morbidade e mortalidade em um intervalo de tempo assaz variável (HAMILTON; AALTONEN, 2000). Sob essa perspectiva, presume-se que utilizar a baliza de 60 dias para início do tratamento de qualquer câncer pode gerar iniquidades na condução clínica entre os pacientes.

Dessa forma, é notório que uma margem fixa de 60 dias para início do tratamento específico não é, em uma condição patológica com tamanha pluralidade, uma panaceia. Mas a norma ressalta a importância de se garantir um atendimento com acesso cada vez mais rápido ao início do tratamento, para melhores resultados.

Após o enfoque na expansão dos serviços em oncologia, otimizar as redes de atenção em oncologia com fins de ampliar o acesso são a principal meta da fase de integração, cujo marco principal citado é a Portaria nº 874 de 2013, também chamada Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. Neste ato normativo, o objetivo é reduzir a mortalidade e a incapacidade gerada pelos diversos tipos de câncer, promovendo, ainda, a possibilidade de prevenção e diminuição de sua incidência na população, assim como ensejar medidas de melhoria na qualidade de vida, tomando como princípio o preceito básico da integralidade (SILVA et al., 2017).

Os princípios gerais dessa norma baseiam-se em cinco aspectos: o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e a necessidade de provimento de medidas de cuidado integral; a organização de redes de atenção regionais e descentralizadas, escalonando o atendimento respeitando critérios de acesso; a formação de profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde e a promoção de

educação permanente; a articulação dos diversos setores públicos para garantir participação pública ampla e controle social; a integralização de tecnologias com foco na prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, sob recomendações feitas por instâncias do governo a partir da avaliação de tecnologias em saúde e da avaliação econômica (BRASIL, 2013).

Na criação da Portaria nº 874 de 2013 percebe-se que uma das principais preocupações das políticas públicas paira na prevenção dos diversos tipos de câncer. Uma vez que com o volume de publicações esclarecedoras sobre a patogenia dos diversos tipos de câncer traz maiores informações para sua prevenção – e levando-se em conta o potencial econômico positivo de medidas que diminuam a incidência do câncer – é notável a manutenção do enfoque nesta demanda, considerando-se medidas de maior eficácia na ação preventiva do câncer para evitar sobrecarregar os sistemas de alta complexidade no tratamento do paciente com neoplasia (SILVA et al., 2017).

Entre os períodos históricos supracitados, os demais atos normativos têm finalidades variadas, na perspectiva de que o atendimento ao paciente oncológico seja otimizado. Com o grande volume de normas publicadas, entende-se que o tema auferiu progressiva relevância nas políticas públicas em saúde (SILVA et al., 2017).

No entanto, o grande volume de normas dificulta o acesso das informações necessárias por parte dos gestores e profissionais da saúde, que são os principais atores das ações em saúde sobre o tema (SILVA et al., 2017).

Outrossim, a pluralidade da doença implica em uma heterogeneidade de determinantes para a conduta nos diversos níveis de atenção à saúde. Tal condição demanda esclarecimentos detalhados em alguns casos específicos de câncer, como um facilitador para a interpretação e aplicação dos propósitos. É razoável pensar, então, que os tipos de câncer de maior prevalência e maior mortalidade demandam normatizações específicas para ampliar os resultados positivos.

## 4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CÂNCER COLORRETAL

O CCR é um dos mais comuns no mundo e as variadas taxas de mortalidade podem estar associadas a fatores ambientais. Existem evidências de redução nas taxas de mortalidade por CCR na maioria dos países desenvolvidos, mas essa tendência não foi observada nos países em desenvolvimento, em especial quando analisada considerando a idade e o sexo. O Brasil apresentou aumento nas taxas de mortalidade por CCR nas últimas três décadas, com tendências mais favoráveis para mulheres acima de 70 anos. A promoção de estilos de vida mais saudáveis, o diagnóstico precoce e o melhor tratamento devem orientar as políticas públicas de saúde visando a redução do CCR (OLIVEIRA; RÊGO, 2016).

Com o período de redemocratização e a instalação das bases fundamentais do SUS, configura-se, como ontologia do sistema: a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento de todo o paciente abordado. Para conquistar esse nível de atendimento, faz-se necessário continuamente estabelecer parâmetros claros para estabelecer medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de conduzir medidas de rastreamento, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Como exemplo dessa tendência, o MS elaborou atos normativos diversos desde então para organização e estruturação do sistema. No esteio dessa perspectiva, há políticas de saúde pública elaboradas e sedimentadas sobre neoplasias específicas. A primeira norma de maior impacto que em seu corpo contempla políticas de saúde pública direcionada a tipos determinados de câncer ocorreu no ato de criação da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005, colocando em foco um plano de controle do câncer de mama e do câncer de colo uterino no país (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Com relação às normas relacionadas ao CCR de forma direta, foi realizada busca de legislação específica sobre o tema junto ao portal do MS, especificamente no endereço eletrônico do Sistema de Legislação da Saúde, acessível em <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. O período

utilizado foi de janeiro de 1990 a julho de 2019, contemplando todo o período após a redemocratização.

Os descritores *câncer*, *neoplasia*, *colorretal*, *intestino*, *cólon* e *reto* foram utilizados com a associação de operadores Booleanos. Foram feitas as seguintes combinações: *câncer AND colorretal OR intestino OR cólon OR reto*, *neoplasia AND colorretal OR intestino OR cólon OR reto*.

Foram encontrados 15 resultados na busca pelo mecanismo de pesquisa. Desses, 3 foram excluídos por serem duplicatas de atos de mesmo teor, restando 12 normas produzidas e publicadas pelo MS com relação com o CCR, sumarizados por ordem cronológica no Quadro 2.

**Quadro 2 - Normas específicas sobre o CCR publicadas pelo Governo Federal**

<b>Ato normativo</b>	<b>Origem</b>	<b>Ementa</b>
CONSULTA PÚBLICA nº 26, de 19 de agosto de 2010	MS/SAS	Submete à consulta pública as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma Colorretal, constantes do anexo desta portaria.
PORTARIA nº 601, de 26 de junho de 2012	MS/SAS	Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto.
CONSULTA PÚBLICA nº 30, de 24 de julho de 2013	MS/SCTIE	Torna pública, nos termos do art. 19 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde relativa à proposta de incorporação no Sistema Único de Saúde do medicamento cetuximabe para o tratamento do câncer colorretal.
CONSULTA PÚBLICA nº 38, de 7 de novembro de 2013	MS/SCTIE	Torna pública, nos termos do art. 19 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde relativa à proposta de incorporação no Sistema Único de Saúde do PET-CT para a detecção de metástase hepática exclusiva potencialmente ressecável de câncer colorretal conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde apresentado pela Secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS.

PORTARIA SCTIE-MS nº 56, DE 10 de dezembro de 2013	MS/SCTIE	Torna pública a decisão de não incorporar o cetuximabe em combinação com FOLFIRI ou FOLFOX no tratamento do câncer colorretal metastático KRAS selvagem com metástases hepáticas exclusivas irresecáveis no Sistema Único de Saúde - SUS.
PORTARIA nº 8, de 14 de abril de 2014	MS/SCTIE	Torna pública a decisão de incorporar o PET-CT na detecção de metástase de câncer colorretal, exclusivamente hepática e potencialmente ressecável no Sistema Único de Saúde - SUS.
PORTARIA nº 958, de 26 de setembro de 2014	MS/SAS	Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto – com revogação da Portaria nº 601/SAS/MS, de 26 de junho de 2012.
CONSULTA PÚBLICA nº 16, de 15 de junho de 2015	MS/SCTIE	Consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde relativa à proposta de incorporação no Sistema Único de Saúde do medicamento cetuximabe para o tratamento do câncer colorretal metastático, apresentado pela Merck S.A.
CONSULTA PÚBLICA nº 20, de 14 de julho de 2015	MS/SCTIE	Consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde relativa à proposta de incorporação no Sistema Único de Saúde do cetuximabe para o tratamento em primeira linha de pacientes com câncer colorretal metastático com expressão de EGFR, sem mutação do gene RAS, apresentada pela Merck S.A., nos autos do processo MS/SIPAR n.º 25000.231901/2014-86.
PORTARIA nº 64, de 28 de outubro de 2015	MS/SCTIE	Torna pública a decisão de não incorporar o cetuximabe para o tratamento em primeira linha de pacientes com câncer colorretal metastático com expressão de EGFR, sem mutação do gene RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
CONSULTA PÚBLICA nº 48, de 20 de setembro de 2017	MS/SCTIE	Consulta para manifestação da sociedade civil a respeito da recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS relativa à proposta de incorporação do cetuximabe para câncer colorretal metastático, apresentada pela Merck S.A. nos autos do processo MS/SIPAR nº. 25000.062418/2017-98.
PORTARIA nº 4, de 24 de janeiro de 2018	MS/SCTIE	Torna pública a decisão de não incorporar o cetuximabe para primeira linha para pacientes com câncer colorretal metastático (CCRm) RAS selvagem, com doença limitada ao fígado, em combinação com os regimes quimioterápicos Folfiri ou Folfax, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Fonte: Brasil (2019).

O primeiro ato foi publicado em agosto de 2010 e seu conteúdo se refere à consulta pública para a edição das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma Colorretal. A norma inicia em suas considerações os avanços com relação ao manejo

do CCR, mas faz ponderação com a eventual falha na custo-efetividade, motivo pelo qual expõe à consulta pública essas diretrizes para que possa ser otimizada pela sugestão de outrem (BRASIL, 2010).

Foi a primeira publicação enquanto norma a nível federal sobre o câncer colorretal. A diretriz, aprovada e publicada em portaria de 2012, versa sobre o câncer de cólon e o câncer de reto em blocos separados, contemplando, dentro de seus tópicos, o diagnóstico e a extensão da doença e as diversas formas de tratamento, sugerindo tratamento específico também por estágios clínicos da doença. Em tempo, ao final, há um tópico específico sobre regulação, controle, avaliação e auditoria sobre os serviços em oncologia para esse câncer. Fica evidente que a regulação é um componente essencial para a gestão de provimentos e garantia do acesso integral ao tratamento (BRASIL, 2012a), como se observa no 3º parágrafo do artigo 1º da diretriz:

[...]

§ 3º - Os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com a doença em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

[...]

Logo, percebe-se o peso que essa diretriz traz para determinar, enfim, a aplicação de medidas de gestão para garantir o atendimento em toda sua integralidade ao usuário do sistema. Meses após a publicação dessa portaria, foi promulgada a Lei 12.732/2012, que versa sobre o prazo máximo entre o diagnóstico do câncer e o início do primeiro tratamento. Com base nas informações da diretriz, a capacidade de lograr êxito em cumprir o prazo de tempo fica mais factível, uma vez que personifica o problema e facilita seu entendimento para mitigar as eventuais falhas do sistema (BRASIL, 2012a).

Em sequência, ressalta-se que a diretriz foi acrescida da inserção de um exame para estadiamento de metástases hepáticas, após consulta pública. Com essa alteração, nova diretriz foi aprovada em 2014, sem exibir outras atualizações no diagnóstico e no tratamento com relação ao texto-base aprovado em 2012 (BRASIL, 2014).

Diversas tentativas de inclusão do medicamento Cetuximabe, vinculados à empresa Merck S. A., foram realizadas sob consulta pública, para indicações diversas, sem ter a aprovação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, que é a responsável por elaborar avaliações e produzir relatórios sobre o tema em questão (BRASIL, 2018b).

Desde então, nenhum outro ato normativo à nível federal foi publicado com o foco específico no CCR. Evidencia-se, então, que a última diretriz federal para o CCR é de 2014, sem mais acréscimos ao corpo do texto até o momento.

Ao longo dos últimos 5 anos desde a última diretriz, diversos avanços com relação à prevenção, ao rastreamento, ao diagnóstico e principalmente ao tratamento do CCR foram publicados na literatura médica mundial, não tendo sido, ainda, contemplados em uma atualização. Com a mudança nos padrões epidemiológicos da doença, é importante que as bases de dados sobre o CCR no Brasil sejam acessadas e analisadas, para que políticos e gestores tenham melhor noção sobre os efeitos dessa doença em nível populacional.

#### 4.3 IMPACTO PSICOSSOCIAL DO CÂNCER COLORRETAL

O paciente diagnosticado com câncer tem, em seu espectro de perspectiva presente e futura, não tão somente o tratamento com foco no desfecho curativo, mas também com foco na recuperação funcional ampla do indivíduo frente ao porvir. Abalos físicos, psicológicos e sociais são presentes com alta prevalência, tratando-se de um problema cuja magnitude e amplitude supera a visão restrita dos aspectos relacionados ao tratamento médico isolado e demanda conhecimento e aplicação de medidas interdisciplinares (VEHLING et al., 2012; MITCHELL et al., 2011).

A Qualidade de Vida (QV) foi definida pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como “A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nota-se, portanto, um elevado

grau de subjetividade na definição desse aspecto, levando-se em conta aspectos que podem ser positivos ou negativos ao indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A otimização da QV é um dos focos mais importantes do tratamento e da reabilitação do paciente com câncer, devendo ser objetivo de relevância no planejamento terapêutico dos pacientes. Como a QV é um tema amplo e cada vez mais complexo, diversos estudos têm sido publicados na perspectiva de se avaliar diversas condutas que possam vir a prevenir efeitos negativos e tratar as eventuais mazelas que ocorrem no decurso do seguimento clínico do paciente. Apesar da opulência da busca pela cura da doença, não é suficiente o olhar ignóbil apenas sobre aspectos meramente do cuidado médico ao paciente (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Tanto o paciente sintomático para o tumor, quanto o paciente assintomático, quando da participação de um protocolo de rastreamento para CCR e que recebem o diagnóstico de câncer neste contexto, já apresentam impacto negativo com o choque da notícia. Não obstante, o evento do diagnóstico é apenas o princípio da interferência da condição clínica sobre o paciente, que pode atingir negativamente aspectos físicos, emocionais, sociais e financeiros (MCGREGOR et al., 2018).

Com isso, nas últimas décadas houve uma crescente produção de literatura sob o tema, delimitando certos aspectos da avaliação da QV. A demanda por descrever aspectos qualitativos e quantitativos sobre aspectos da QV nesses pacientes ensejou estudos de avaliação populacional, como com a avaliação dos efeitos sobre a QV em pacientes que são submetidos à rastreamento de CCR, e estudos de avaliação individual, através de análises narrativas ou de análises de itinerário terapêutico, produzindo relatos densos sobre as dificuldades que a doença impõe ao indivíduo. Além dos estudos sobre os efeitos do diagnóstico, diversos pesquisadores elaboraram propostas de intervenção que pudessem efetivamente alterar a QV de maneira positiva. Dessa forma, a amplitude do tema é enorme (VERMEER et al., 2017).

Antes mesmo de se ter o diagnóstico de CCR é possível haver prejuízo à QV. Uma revisão sistemática holandesa, publicada em 2017, com a inclusão de 60 artigos, teve como objetivo avaliar o potencial efeito negativo como resultado de um programa de

rastreamento de CCR em massa, avaliando-se complicações da colonoscopia, morbidade e mortalidade após a cirurgia, estresse psicológico e uso inapropriado de testes de rastreamento. Concluiu-se que havia estresse psicológico importante associado aos programas de rastreamento, muito embora também fora observado que o impacto psicológico era de duração curta (VERMEER et al., 2017).

A aplicação de quimioterapia também influencia negativamente diversos aspectos psicossociais do indivíduo com CCR. Em estudo transversal brasileiro de 2009, os pesquisadores aplicaram um questionário para avaliação de QV em pacientes com quadro de CCR em terapia adjuvante. Observou-se como domínio mais afetado a função emocional, além de sintomas como dor, insônia e fadiga. O perfil do paciente que apresentou piores valores no escore foram as mulheres, os pacientes que fizeram radioterapia e os pacientes que apresentaram efeitos colaterais à quimioterapia (NICOLUSSI; SAWADA, 2009).

Diversas pesquisas estão sendo elaboradas para estudar os efeitos de sistemas de reabilitação em fase pré-operatória e tendo como um dos principais desfechos a avaliação da resposta na QV dos pacientes. Há, no que foi produzido até o momento e levantado por revisão sistemática da literatura publicada em 2017, uma heterogeneidade dos programas de pré-habilitação em sua composição e no modo de execução destes programas. Os autores sugerem que uma próxima etapa nos programas de pré-habilitação é a padronização dos métodos de pré-habilitação e de avaliação dos efeitos dessa ação proposta, com o objetivo de elaborar estudos de pré-habilitação em larga escala e, assim, elevar o nível de evidência (HIJAZI; GONDAL; AZIZ, 2017).

Em estudo de 2013 feito com pacientes com diagnóstico de CCR em fase pré-operatória, os autores propuseram uma abordagem de pré-habilitação por 4 semanas pautada em exercícios físicos, terapia nutricional e terapia psicológica. Os efeitos sobre aspectos clínicos e relacionados à QV foram avaliados e comparados com um grupo controle. Funções básicas da atividade diária de uma pessoa gozando de saúde plena, como a capacidade de caminhar, foram objetivo do estudo. Os pacientes que foram submetidos ao sistema de pré-habilitação tiveram uma capacidade de caminhar melhor do que os controles na avaliação pós-operatória após 4 e 8 semanas da

cirurgia e 81% dos que fizeram a pré-habilitação tiveram recuperação física completa com 8 semanas de pós-operatório, enquanto somente 40% dos pacientes do grupo controle tiveram recuperação física completa no mesmo período de tempo (LI et al., 2013).

Já em estudo semelhante publicado em 2014 no Reino Unido, os autores realizaram um ensaio clínico randomizado propondo um preparo pré-operatório com uma rotina de treinamento com exercícios físicos por 4 semanas. O proposto foi elaborado para ser executado antes da cirurgia e teve como um dos desfechos a avaliação do efeito sobre a QV. A intervenção proposta no pré-operatória teve desfecho com melhora não só na QV, mas também em parâmetros relacionados ao aspecto clínico do pós-operatório (DUNNE et al., 2016).

É relevante lembrar que o paciente com CCR que será submetido à procedimento cirúrgico deve entender, desde o pré-operatório, que após o procedimento diversas alterações podem acontecer no aspecto físico, social e psicológico do paciente. A cirurgia produz não só a cicatriz operatória, mas também sequelas físicas como a disfunção sexual, a necessidade de ostomia, a manutenção de sintomas pós-operatórios como dor, fadiga, transtornos de ansiedade e depressão, transtornos do sono, alteração do hábito intestinal, dentre outros. No caso do Brasil, as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer do Cólon e do Reto já versam, em seu texto, sobre a necessidade de se informar plenamente ao paciente a sua condição clínica, em toda sua plenitude:

Art. 1º

§ 2º É obrigatória a cientificação ao paciente, ou ao seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizado para o tratamento do carcinoma colorretal (BRASIL, 2014).

[...]

Não obstante a informação fornecida, o paciente só consegue ter a dimensão real dos efeitos do tratamento para o CCR no decurso de sua terapia (VERMEER et al., 2017).

Dentre diversas sequelas em decorrência do tratamento do CCR, a disfunção sexual (DS) é tema de complexa abordagem e afeta diretamente a QV dos pacientes com CCR. Conceitua-se DS como um prejuízo persistente ao padrão normal de intimidade sexual de um indivíduo, que pode ser o estopim de uma situação de estresse. Alterações físicas, com transtorno de autoimagem, além de alterações no desejo sexual e capacidade diminuída ou abolida de chegar ao orgasmo podem ocorrer em ambos os sexos. No caso feminino, pode ocorrer também dor à atividade sexual, ressecamento vaginal e atrofia vaginal. Não menos importante, o cônjuge se envolve diretamente em situação de estresse, uma vez que a DS afeta diretamente o parceiro sexual, amplificando o dano em nível social (LAUMANN et al., 2000).

É comum no tratamento cirúrgico do CCR o paciente precisar de uma ostomia intestinal, que consiste na criação de um orifício no abdome por onde se exterioriza ou uma porção final do intestino delgado (no caso, o íleo) ou uma porção do intestino grosso, conseqüentemente tornando a evacuação através deste orifício no abdome sua principal via de eliminação de flatulências e fezes, causando diversos transtornos fisiológicos, psicológicos e sociais. Essas mudanças podem exacerbar a perda de autoestima, catalisar a perda de seu envolvimento social em função do isolamento condicionado pela própria pessoa, que sente vergonha de sua imagem corporal, tendo nítida sensação de inaptidão para atividades diversas, sintomas de transtornos do grupo da ansiedade/depressão e, em alguns casos, culminando com comportamento de negação da doença (KNOWLES et al., 2017).

Percebe-se que a cirurgia é fator importante como causa de piora da QV, principalmente as que ocorrem em pacientes de idade avançada, com abordagens que são situadas na região pélvica, em pacientes com estadiamento mais avançado, com a eventual necessidade de radioterapia e nas cirurgias em que há a necessidade de se fazer uma ostomia (ALBAUGH; TENFELDE; HAYDEN, 2017).

Em um estudo que foi tema de dissertação de mestrado no ano de 2015 no programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, o autor disserta sobre a espera dos pacientes pela cirurgia, que impacta de forma pungente na QV dos pacientes, notando-se, no entanto, que as três principais causas de ostomia temporária

identificadas no estado são causas não relacionadas ao CCR. Ressalta-se que, em diversas situações, o acesso dificultado do paciente aos serviços especializados e a história natural do CCR são fatores que não permitem que a cirurgia de reversão da ostomia seja realizada (GUERRA, 2015).

A despeito da perspectiva de uma alteração física permanente pela situação da colostomia definitiva, estudo francês de 2018, que avaliou 35 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por CCR, sendo 23 com ostomias definitivas e 12 com ostomias temporárias, aponta que a QV foi pior em pacientes com ostomia temporária do que em pacientes com ostomia definitiva. No entanto, os danos à autoimagem, à autoestima e os transtornos de ansiedade que ocorrem em decorrência do procedimento independem do tipo de ostomia realizado (DIANT; SORDES; CHAUBARD, 2018).

Com a constelação de alterações que podem prejudicar a QV no paciente com CCR, é razoável considerar que abordagens de prevenção para minimizar os efeitos psicossociais sobre o paciente com CCR sejam de extrema relevância como medidas para esse grupo de pacientes. No entanto, as evidências ainda são de baixa qualidade, o que não dá suporte à efetividade desse tipo de abordagem, citando como razão primordial a enorme heterogeneidade das populações, das intervenções e dos métodos de aferição da avaliação dos desfechos. Não obstante, observa-se a busca por estratégias diversas para resolução deste problema, ressaltando a importância do tema e a demanda por melhor padronização dos estudos (SCHOUTEN et al., 2019).

Os pacientes acometidos por câncer em fase laboral ativa também sofrem com o afastamento do trabalho. A maioria dos pacientes consegue retornar ao emprego original, mas com boa parte desse contingente referindo dificuldades físicas e psicossociais diversas no recomeço (PALTRINIERI et al., 2019). Os sobreviventes de câncer têm probabilidade menor de serem empregados e demandam maior necessidade de licença médica em relação aos indivíduos sem histórico de câncer (SILVER et al., 2013).

Os fatores que afetam o processo de retorno ao trabalho durante ou após o tratamento do câncer devem ser avaliados de acordo com o contexto social do indivíduo e do

acesso à saúde a que o paciente possui, com fins de prevenir entraves e perdas potenciais de empregabilidade nessa população (PALTRINIERI et al., 2019).

Para além da identificação dos riscos, uma abordagem multidisciplinar com intervenções nos aspectos físico, psicológico e vocacional mostram otimização do retorno ao trabalho pelos indivíduos com câncer. O desfecho desta ação múltipla foca em uma maior taxa de retorno ao trabalho em comparação com a condução clínica habitual, reiterando o quão multifacetados são os efeitos do câncer sobre o indivíduo em fase laboral (DE BOER et al., 2011).

Ademais, pacientes com CCR, após 12 meses do diagnóstico, que mantiveram o emprego ou que aumentaram sua carga de trabalho, tiveram maior sensação de bem-estar funcional e otimização da QV em comparação com os pacientes que diminuíram a carga de trabalho ou que se aposentaram (BEESLEY et al., 2016).

O diagnóstico de CCR com frequência implica em dificuldade em manter o trabalho. No entanto, intervenções no sentido de uma reabilitação ocupacional funcional devem ser encorajadas, com efeitos positivos sobre o estado de bem-estar social, físico e psicológico do paciente (BEESLEY et al., 2016).

Para além da questão do indivíduo com CCR, os custos operacionais de toda a condução clínica desta afecção são parte de grande relevância no planejamento das políticas de saúde em termos coletivos. Iniciando-se pela detecção precoce, o rastreamento do CCR deve ser encorajado, tendo em vista que a custo-efetividade do estímulo aos diversos métodos de rastreio disponíveis se demonstra positiva, comparando-se com grupos sem quaisquer medidas de rastreamento (RAN et al., 2019).

No entanto, após busca nas bases de dados pesquisadas, nota-se que não há publicações nacionais analisando a custo-efetividade de medidas gerais de rastreamento, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação relacionados ao CCR.

A pluralidade de efeitos negativos que essa entidade nosológica exerce sobre o indivíduo, e com conseqüente reverberação em nível coletivo, deve ser melhor

compreendida, demandando estudos que compreendam espectros além da parte individual.

A noção holística sobre a condição clínica do indivíduo com CCR nos aspectos sociais, clínicos e psicológicos, somado à necessidade de se estimar a custo-efetividade sobre os diversos eixos de condução clínica dos pacientes em nível coletivo, traz ao gestor de saúde noções otimizadas para aplicação de recursos financeiros, de recursos humanos e de recursos de logística, mirando amplo efeito positivo na população que depende tanto do sistema público de saúde, quanto do sistema de saúde suplementar.

## 5 CAPÍTULO 2 - RESULTADOS

Os resultados foram separados em dois blocos, sendo um relacionado ao perfil demográfico e outro ao perfil de atendimento dos pacientes com CCR.

### 5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL NO ESPÍRITO SANTO

O perfil sociodemográfico dos indivíduos com câncer colorretal no estado do Espírito Santo é listado conforme a Tabela 1, segmentando-se em dois triênios.

Foi identificado em todo o período estudado que o CCR foi mais prevalente sobre a faixa etária entre 45-75 anos (68,7%), com discreto predomínio no sexo feminino (51,8%). Para a idade, houve aumento da prevalência de CCR no segundo triênio na faixa de maior risco (45-75 anos), com diminuição da prevalência nas demais faixas etárias ( $p=0,014$ ). Na mesma comparação de períodos, houve aumento estatisticamente significativo da prevalência de CCR entre homens, superando as mulheres no segundo triênio, com 50,4% dos casos ( $p=0,014$ ).

A variável raça/cor apresentou subnotificação dos dados em ambos os períodos, sendo de 279 casos no primeiro triênio e 139 casos no segundo triênio. A cor parda foi a mais prevalente em todo o período estudado, com 55,3% dos casos. Os casos de cor amarela e de indígenas não foram considerados para análise estatística, dado ao baixo nível amostral (5 indivíduos no total, sendo 4 da raça amarela e 1 da indígena). No estudo comparativo, observa-se que houve aumento da prevalência entre pardos (de 50,5% para 58,2%) e entre pretos (4,0% para 4,8%), com queda entre brancos de 45,5% para 37,0% ( $p<0,001$ ).

A variável estado conjugal não é de notificação obrigatória, mas apresentou baixo nível de subnotificação (192 casos no total) em comparação a outras variáveis

obrigatórias. Há uma maior prevalência de indivíduos com CCR que tiveram o diagnóstico e estavam com um companheiro à época (61,3% da amostra), com aumento da prevalência entre os sem companheiro no segundo triênio (de 36,5% para 40,4%) e consequente diminuição da prevalência nos casos com companheiro (de 63,5% para 59,6%) – no entanto, sem significância estatística ( $p = 0,066$ ).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de indivíduos com câncer colorretal notificados ao RHC-INCA de 2010 A 2015 (n=2.353)

Variáveis de interesse	Frequência por período de estudo		TOTAL	$\chi^2$	p-valor
	2010-2012	2013-2015			
<b>IDADE</b>					
≤19 anos	8 (0,8)	9 (0,7)	17 (0,7)	10.574	0,014
20-44	148 (14,6)	181 (13,5)	329 (14)		
45-75	662 (65,4)	953 (71,1)	1615 (68,7)		
≥76	195 (19,2)	197 (14,7)	392 (16,6)		
<b>SEXO</b>					
Masculino	458 (45,2)	676 (50,4)	1134 (48,2)	6.125	0,013
Feminino	555 (54,8)	664 (49,6)	1219 (51,8)		
<b>RAÇA*</b>					
Branca	333 (45,5)	443 (37)	776 (40,2)	13.727	0,001*
Parda	370 (50,5)	698 (58,2)	1068 (55,3)		
Preta	29 (4,0)	57 (4,8)	86 (4,5)		
Sem informação	279	139	418		
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Nenhuma	20 (17,5)	88 (9,9)	108 (10,8)	9.428	0,024
Fundamental	61 (53,6)	583 (65,5)	644 (64,1)		
Nível médio	21 (18,4)	156 (17,5)	177 (17,6)		
Superior	12 (10,5)	63 (7,1)	75 (7,5)		
Sem informação	899	450	1349		
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Sem companheiro	340 (36,5)	497 (40,4)	837 (38,7)	3.372	0,066
Com companheiro	591 (63,5)	733 (59,6)	1324 (61,3)		
Sem informação	82	110	192		
<b>ORIGEM</b>					
SUS	743 (89)	751 (83,6)	1494 (86,2)	14.955	0,001
Não-SUS	69 (8,3)	127 (14,1)	196 (11,3)		
Por conta própria	23 (2,7)	21 (1,6)	44 (2,5)		
Sem informação	178	441	619		

Fonte: Brasil (2000).

\*Por razões estatísticas, utilizado para cálculo do p-valor as raças de maior expressão na amostra (branco, pardo e preto), excluindo-se os dados de amarelos (4 indivíduos) e índigenas (1 indivíduo).

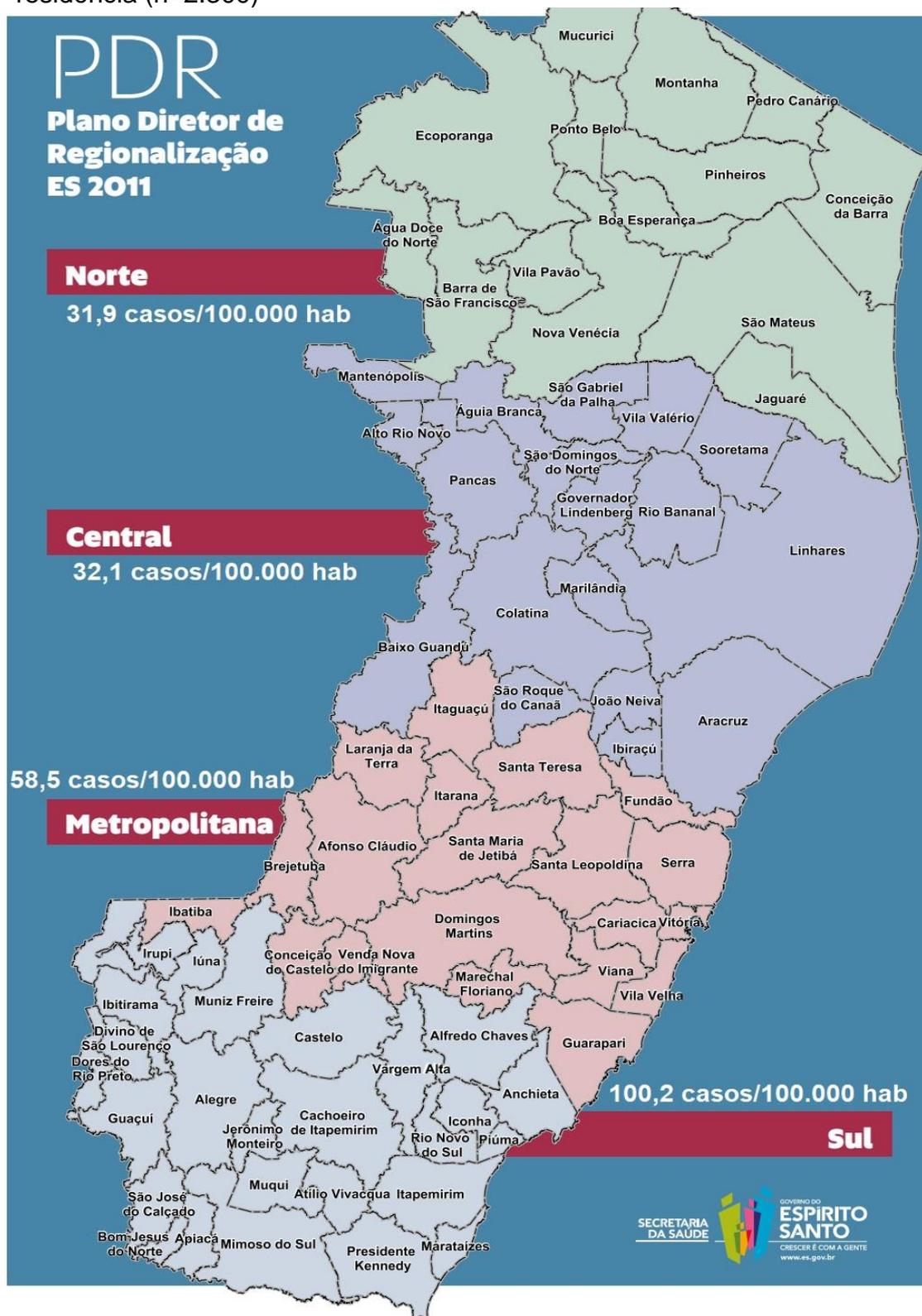
A escolaridade foi um dado com importante subnotificação (899 casos no primeiro triênio e 450 casos no segundo triênio), ressaltando-se que houve uma melhora importante na notificação desta variável no segundo triênio, mas ainda aquém do ideal e a despeito dessa variável ser de notificação obrigatória. Observa-se que no período estudado predominam indivíduos com ensino fundamental (64,1%), evidenciando-se que no segundo triênio houve aumento estatisticamente significativo ( $p=0,024$ ) da prevalência em indivíduos com esse nível de escolaridade (de 53,6% para 65,5%), com decréscimo da prevalência em todos os outros grupos.

Segundo a origem do encaminhamento para o tratamento, há predominância de unidades vinculadas ao SUS em todo o período estudado (86,2%), com notável subnotificação desta variável do primeiro triênio (178 casos) para o segundo triênio (441 casos). Da análise dos dados válidos, houve aumento estatisticamente significativo ( $p<0,001$ ) dos encaminhamentos de indivíduos a partir de unidades não vinculadas ao SUS (de 8,3% para 14,1%), com diminuição dos encaminhamentos internos ao SUS (de 89% para 83,6%) e com diminuição da busca pelo serviço por conta própria (de 2,7% para 1,6%).

A distribuição da prevalência dos casos atendidos segundo a residência dos pacientes no Espírito Santo foi organizada de acordo com a região de saúde do Estado do Espírito Santo, proposta pelo Plano Diretor de Regionalização de 2011, constituído pelas regiões Central, Norte, Sul e Metropolitana (ESPÍRITO SANTO, 2011). Em 53 casos não foi obtido o logradouro.

Os valores informados na figura são referentes às prevalências de CCR por região, utilizando-se como base populacional para o cálculo os dados de pacientes com CCR coletados no RHC-INCA e os dados de estimativa do censo populacional de 2015, fornecidos pelo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Figura 1 - Incidência de casos de CCR por região de saúde do estado do Espírito Santo, no período estudado (2010-2015), segundo local de residência (n=2.300)



Fonte: Espírito Santo, 2011.

## 5.2 AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DO CÂNCER COLORRETAL NO ESPÍRITO SANTO

A variável *tempo de atendimento* foi criada a partir da diferença, em dias, entre a data do diagnóstico do CCR e a data do início do primeiro tratamento. Para tanto, da amostra inicial de 2.353 casos, foram excluídos os casos sem uma dessas duas informações, obtendo um total de 1.869 indivíduos (79,4% do total da amostra) e, dentre estes, foram analisadas também as variáveis estadiamento do tumor e causas de não tratamento.

Desses, 62,5% dos indivíduos foram atendidos com menos de 60 dias do diagnóstico em oncologia no período estudado, sendo que pouco mais de 37% foram atendidos com mais de 60 dias em ambos os períodos, sem diferença estatística entre triênios ( $p=0,942$ ), como é exibido na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização do tempo de atendimento em dois triênios (antes e após a aplicação da Lei 12.732/2012) de pacientes com CCR notificados entre 2010 e 2015 (n=1.869)

Tempo de Atendimento	Triênios		Total	<i>p-valor</i>
	2010-2012	2013-2015		
≤60 dias	521 (62,6)	648 (62,5)	1169 (62,5)	0,942
>60 dias	311 (37,4)	389 (37,5)	700 (37,5)	

Fonte: Brasil (2000).

Com relação ao estadiamento tumoral houve importante subnotificação, com 262 casos no primeiro triênio e 315 casos no segundo triênio, totalizando 577 casos no período. Dos dados válidos, nota-se que o principal estágio tumoral encontrado no período foi o avançado (III/IV), com ampla maioria em relação ao estágio inicial independente dos triênios estudados. Na análise por grupo de estadiamento, houve variações nos estágios inicial ( $p=0,362$ ) e avançado ( $p=0,673$ ) entre os triênios com relação ao tempo de atendimento menor/igual ou maior que 60 dias, porém sem significância estatística – como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização do estadiamento tumoral em dois triênios (antes e após a aplicação da Lei 12.732/2012) de pacientes com CCR notificados entre 2010 e 2015 (n=1.869)

Estadiamento do Tumor		Triênios		Total	<i>p-valor</i>
		2010-2012	2013-2015		
I e II	≤60 dias	99 (59,3)	103 (54,5)	202 (56,7)	0,362
	>60 dias	68 (40,7)	86 (45,5)	154 (43,3)	
III e IV	≤60 dias	241 (61,6)	314 (60,3)	555 (60,9)	0,673
	>60 dias	150 (38,4)	231 (39,7)	381 (39,1)	
Sem informação		262	315	577	

Fonte: Brasil (2000).

Sobre as razões para não tratamento do CCR, a distribuição exibida na Tabela 6 evidencia duas das principais causas de não tratamento identificadas. Os que não se trataram por demandar um tratamento fora da unidade de atendimento respondem por 252 casos da amostra, sendo que na análise entre triênios levando-se em conta o tempo de atendimento, observa-se que há ligeiro aumento no segundo triênio para os que demandaram mais de 60 dias para início do tratamento (de 53,2% para 58,7%), porém sem significância estatística ( $p=0,384$ ).

O óbito durante o tratamento também foi causa relevante para não completar o primeiro tratamento em oncologia, contabilizando 56 casos no período. A ampla maioria dos eventos ocorreu em ambos os triênios em casos cujo tempo de atendimento foi menor do que 60 dias (71,4%), portanto, dentro do prazo estipulado pela Lei 12.732/2012. Nota-se ainda um pequeno aumento de casos de óbito como justificativa no segundo triênio (de 70,8% para 71,9%), no entanto, sem significância estatística ( $p=0,932$ ).

Grande parte da amostra não foi contemplada na Tabela 4 por se tratar de casos onde não se aplica a variável (aqueles que receberam efetivamente o tratamento – 1.287 casos). A subnotificação de dados ocorreu em 254 casos, sendo que houve melhora do volume de notificações (211 ocorrências no primeiro triênio e 43 ocorrências no segundo triênio). Em tempo, recusa, abandono, complicação e condição clínica responderam por um volume pequeno de causas de não tratamento, totalizando 20 casos.

Tabela 4 – Caracterização de duas das causas de não tratamento em dois triênios (antes e após a aplicação da Lei 12.732/2012) de pacientes com CCR notificados entre 2010 e 2015

Causas de Não Tratamento	Triênios		Total	<i>p-valor</i>	
	2010-2012	2013-2015			
Tratado fora	≤60 dias	51 (46,8)	59 (41,3)	110 (43,7)	0,384
	>60 dias	58 (53,2)	84 (58,7)	142 (56,3)	
Óbito	≤60 dias	17 (70,8)	23 (71,9)	40 (71,4)	0,932
	>60 dias	7 (29,2)	9 (28,1)	16 (28,6)	

Fonte: Brasil (2000).

Em cerca de 36% dos casos os pacientes foram submetidos a mais de uma modalidade de tratamento, que consistiu em cirurgia (988/42,0%), em quimioterapia (1.316/56,0%), em radioterapia (25,0%) ou em outros tratamentos, principalmente hormonioterapia, imunoterapia e transplante de medula óssea (27/1,5%). Em 267 (11,3%) não houve tratamento e em 21 (0,9%) não há informação.

## 6 CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO

O CCR é um dos tipos de neoplasia maligna de maior ocorrência no ser humano, sendo que a causa de seu surgimento é multifatorial (HAMILTON; AALTONEN, 2000), com fatores de risco conhecidos e que podem ser controlados através de medidas de saúde pública (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

No Brasil, a mortalidade por câncer já é a segunda causa básica de óbito (BRASIL, 2018b), seguindo uma tendência internacional (JEMAL et al., 2011), sendo que o CCR é importante representante de grupo de doenças, cuja incidência em 2012 no mundo foi de 17,2 casos a cada 100.000 habitantes, com taxa de mortalidade estimada de 8,3 casos por 100.000 habitantes (FERLAY et al., 2015).

A ocorrência de CCR no Brasil vem crescendo nos últimos anos, atingindo a taxa de incidência, no ano de 2018, de 17.380 casos novos em homens e de 18.980 casos novos em mulheres – excluindo-se o câncer de pele não-melanoma, esses valores representam a terceira causa de câncer em homens e a segunda causa de câncer em mulheres (BRASIL, 2017).

Com a perspectiva de otimizar resultados em nível populacional para o manejo do câncer, diversas medidas de organização, financiamento e estruturação do SUS foram estabelecidas (SILVA et al., 2017). Até 2012, nenhuma legislação havia sido produzida com o intuito de se firmar um intervalo de tempo máximo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento. Com a promulgação da Lei 12.732/2012, determina-se, então, intervalo máximo de 60 dias para início do tratamento, a partir do diagnóstico definitivo do câncer (BRASIL, 2012a).

A partir disso, foi proposto estudar aspectos sociodemográficos, aspectos clínicos e o intervalo de tempo entre diagnóstico e o tratamento em paciente com câncer colorretal no estado do Espírito Santo em dois períodos, sendo um triênio antes e um triênio após a promulgação da Lei nº 12.732/2012.

Avaliou-se, no presente estudo, que há franca predominância da doença na faixa etária de 45-75 anos (68,7%) em todo o período, seguindo o padrão de incidência da doença em todo o mundo e corroborando com a necessidade de se estabelecer medidas de rastreamento adequadas para o CCR em nível populacional, intentando reduzir a morbimortalidade associada à doença (WOLF et al., 2018; BRASIL, 2014).

É relevante ressaltar o aumento percentual estatisticamente significativo de indivíduos da faixa etária de 45-75 anos no segundo triênio, representando 71,1% da amostra neste período ( $p=0,014$ ). Acompanhando tendências internacionais, esse dado corrobora com a necessidade de redução da faixa etária para início de rastreamento do CCR em pacientes assintomáticos, sugerindo como corte etário para início dos métodos de rastreio a idade de 45 anos, em ambos os sexos. O início da investigação em níveis populacionais a partir desse nadir tem a perspectiva de aumentar a capacidade de se prevenir e tratar precocemente o CCR, com a perspectiva de melhores resultados, cabendo aos gestores em saúde dirigir a atenção a este segmento de maior prevalência da doença (WOLF et al., 2018).

Com relação à variável sexo, houve predominância do sexo feminino (51,8%) em todo o período, com variação expressiva entre triênios, passando o sexo masculino a ser o mais prevalente no segundo triênio - representando 50,4% da amostra ( $p=0,013$ ). Essa mudança estatisticamente significativa entre períodos reforça a atenção que deve ser dirigida ao sexo masculino.

A despeito da prevalência equiparável entre sexos em todo o período, há, portanto, significativo aumento da prevalência em homens. Também se encontra relevante a análise de mortalidade por CCR entre sexos, que, em estudo de 2017, evidencia que a mortalidade entre homens aumentou de maneira expressiva, com acréscimo de 29,5% na taxa de mortalidade por CCR nesse gênero no ano de 2015, comparando-se com o ano 1990 (GUERRA et al., 2017).

Destarte, é premente o olhar sobre o homem com CCR. Há evidências de que a frequência da procura por assistência médica entre homens é menor do que entre mulheres. O CCR, que demanda avaliações como toque retal, retossigmoidoscopia, colonoscopia e outras intervenções cujo desconhecimento sobre suas funções gera

medo e preconceito, fazendo com que o paciente desse gênero evite a busca pelo atendimento, pode justificar o maior crescimento da mortalidade recentemente e reforça a necessidade de ações ativas de políticas públicas em saúde que envolvam a promoção de medidas que esclareçam a necessidade de se rastrear e diagnosticar o CCR precocemente, objetivando, posteriormente, a prevenção e a cura da neoplasia (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Isto posto, redes de atendimento à saúde organizadas, com garantia de acessibilidade ao tratamento do CCR e medidas de estímulo ao público masculino para acesso aos serviços de saúde produzem efeitos positivos no desfecho da doença. É possível, com adequação do sistema público às necessidades populacionais, fomentar condição de não haver diferença significativa entre sexos no que tange a mortalidade pela doença, desde que resguardada a capacidade de acesso ao tratamento em tempo hábil (ALTHANS et al., 2017).

Com relação à raça, nota-se que o predomínio ocorre em pardos (55,3%) e brancos (40,2%) em todo o período estudado. Houve, no entanto, elevação da prevalência de modo estatisticamente significativa em indivíduos da cor parda (de 50,5% para 58,2%) e em indivíduos da cor preta (de 4,0% para 4,8%), com queda da prevalência em indivíduos da cor branca (de 45,5% para 37,0%) no segundo triênio estudado ( $p=0,001$ ).

Esses dados evidenciam uma mudança no padrão após a aplicação a lei, sem aparentar uma relação direta com o enfoque na redução do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento, proposto pela Lei 12.732/2012 – no entanto, abre conjectura sobre se os indivíduos de cor parda e cor preta puderam encontrar maior acesso a saúde no período mais recente, fato que pode endossar uma eventual melhoria no atendimento dos pacientes desses grupos raciais que sofrem notório preconceito.

Em um país cuja heterogeneidade de cor da pele é marcante, com preconceitos raciais evidentes que interferem com a acessibilidade do indivíduo, reforça-se que estudos sobre a relação da raça do indivíduo com elementos associados ao acesso e itinerário terapêutico em relação ao CCR devem ser fomentados (CHIAVEGATTO FILHO;

LAURENTI, 2013). À despeito dos avanços do acesso aos serviços de saúde, disparidades étnicas e raciais com relação ao atendimento do paciente com CCR podem persistir (MACINKO et al., 2012; HADDAD; YOU, 2016).

Na avaliação da variável escolaridade, houve aumento estatisticamente significativa da prevalência entre indivíduos com ensino fundamental (de 53,6% para 65,5%), com diminuição da prevalência nos demais grupos, ressaltando-se importante queda da prevalência entre indivíduos analfabetos, de 17,5% para 9,9% ( $p=0,024$ ).

A despeito da subnotificação expressiva da variável escolaridade no primeiro triênio avaliado, entende-se que com a diminuição do volume de indivíduos analfabetos no segundo triênio houve, também, maior potencial de entendimento do processo saúde-doença relacionado ao CCR e, portanto, maior autonomia individual. No entanto, esse dado não alterou significativamente o intervalo no tempo de atendimento entre o diagnóstico e o tratamento entre os períodos estudados.

Ademais, na avaliação conjugando-se grupos de escolaridade, observa-se que houve aumento da prevalência entre indivíduos analfabetos ou com ensino fundamental (de 71,1% para 75,4%) em relação aos indivíduos com ensino médio ou superior. Um fato que pode explicar essa elevação é a expansão dos serviços de atenção básica, que, por atingir gratuitamente uma população mais carente de recurso, engloba indivíduos cujo nível de escolaridade é com frequência menor. Esse dado pode sugerir uma melhoria na atenção básica com relação ao atendimento do paciente com CCR (VIACAVA et al., 2019).

No entanto, a desigualdade nos níveis de escolaridade ainda é elevada entre os indivíduos da amostra e pode representar risco para o atendimento integral à saúde. Há evidências de que indivíduos com maior nível de escolaridade tendem a ter um maior acesso aos serviços especializados em saúde, impactando diretamente em uma maior sobrevivência – desse modo, indivíduos de menor nível de escolaridade estão expostos a falhas no atendimento integral à saúde (FIVA et al, 2014).

O estado conjugal dos pacientes também foi avaliado. Apesar da não obrigatoriedade de notificação, o dado teve bom preenchimento, com ausência de registros em 192

indivíduos em todo o período estudado. Houve predomínio de indivíduos com companheiro (casados ou em união estável) em ambos os triênios, correspondendo a 61,3% dos indivíduos no total, com queda de 63,5% para 59,6% entre triênios, no entanto, sem relevância estatística ( $p=0,066$ ).

É importante ressaltar a importância da situação conjugal com relação aos cuidados em saúde. Há evidências de que ter um companheiro implica, por exemplo, em maior busca por exames de rastreamento do câncer, seguindo recomendações nacionais das políticas de rastreamento (BURANELLO et al., 2018).

É, portanto, razoável considerar que essa variável possa vir a ser de notificação obrigatória futuramente, tendo em vista que há evidências de que o suporte de cônjuge na condução de casos de pacientes pode ser considerado um fator de proteção para suporte social geral, emocional e instrumental (PADOIN et al., 2018). Dessa forma, estudar melhor o perfil de situação conjugal dos pacientes pode ser interessante para dirigir políticas públicas específicas aos indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos.

A variável origem de encaminhamento diz respeito a origem de chegada do paciente ao hospital que notifica a base de dados do RHC-INCA. Os hospitais cadastrados no Espírito Santo são todos públicos ou filantrópicos, sendo todos eles vinculados ao SUS para atendimento (BRASIL, 2000). No presente estudo, houve mudanças estatisticamente significantes ( $p=0,001$ ) com decréscimo da origem do paciente pelo SUS (de 89% para 83,6%), através das redes de assistência à saúde, com consequente aumento dos pacientes encaminhados ao hospital por unidades não vinculadas ao SUS (de 8,3% para 14,1%).

A mudança de padrão do referenciamento sugere um atendimento primário em maior proporção pela assistência privada – e que tende a aumentar cada vez mais no período mais recente, dado ao congelamento do orçamento da saúde pública com o a promulgação da Emenda Constitucional nº 95. Desse modo, há aumento demográfico expressivo, com parte dos pacientes aderindo ao sistema de saúde suplementar sem, no entanto, gozar de todo o nível de assistência em saúde necessário para a condução da afecção – como é o caso dos planos de atendimento

essencialmente ambulatorial, de menor custo e, portanto, mais acessível para a população de menor renda (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Gerenciar o acesso à saúde integral para o paciente com câncer se torna algo cada vez mais desafiador, uma vez que o custo de atendimento desse perfil de paciente é alto e, a despeito do alicerce da saúde suplementar, diversas opções de planos de saúde não dão total cobertura ao atendimento do paciente, ficando aquém da assistência que o paciente com doenças complexas, como o CCR, demanda (SÁ, 2018).

Levando-se em conta a obrigatoriedade de notificação, as variáveis idade, sexo, etnia e escolaridade são obrigatórias de serem reportadas à base de dados do RHC-INCA, com o estado civil e origem de encaminhamento sendo dado opcional (BRASIL, 2000).

No entanto, a despeito da recomendação expressa, notou-se importante subnotificação das variáveis no período estudado. Chama-se a atenção para a variável escolaridade, que no primeiro triênio apresentou 899 indivíduos com dados sem informação, exibindo evolução positiva no segundo triênio, com 450 indivíduos com dados sem informação – ainda aquém do ideal.

Esses achados de subnotificação são concordantes com estudo realizado no estado de Santa Catarina, que aponta como sugestão de melhoria o reforço à melhor organização dos campos obrigatórios de preenchimento e uma normatização do prontuário do paciente, de modo a conceber registros de qualidade (LUZ et al., 2017).

É notória a crítica à subnotificação das bases de dados livres – lembrando que a informação ali prestada, se de boa qualidade e confiabilidade, exerce papel cabal como fonte de indicadores de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). A perspectiva de se catalisar boas políticas públicas em saúde é integralmente dependente de dados como este, que, por condensar a capacidade de análise quantitativa, pode mensurar aspectos importantes sobre os pilares básicos de atendimento do SUS em nível populacional (CUNHA; CAMPOS; FRANCA, 2011).

É relevante ressaltar que a subnotificação se estende aos serviços de saúde que não notificam a base de dados (por não estarem associados ao sistema de registro) e aos pacientes que sequer tem seus dados coletados em quaisquer serviços de atendimento em oncologia, por não terem chegado a ser atendidos.

Como exemplo de possível falta de acesso à saúde, percebe-se que a raça indígena tem pouca expressividade no período (apenas 1 paciente em ambos os triênios). No entanto, a população indígena brasileira é da ordem de 817.963 indivíduos, com o Espírito Santo apresentando 9.160 indivíduos autodeclarados indígenas no estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Essa desproporção pode ter como fatores a dificuldade de acesso dessa raça ao sistema de saúde.

Em estudo feito no Pará realizado em uma unidade hospitalar e com busca ativa de pacientes indígenas, identificou-se que havia predomínio de escolaridade baixa e com intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento do câncer com média de tempo de 113 dias – conseqüentemente, deveras acima do preconizado pela Lei 12.732/2012 (BRASIL, 2012a). Isto posto, nota-se a possível discrepância racial no atendimento do paciente oncológico (NASCIMENTO et al., 2015).

Com relação a distribuição do local de residência dos pacientes por regiões de saúde, há franca predominância das regiões metropolitana e sul dentre os notificados (85% dos casos), com a incidência de CCR chegando a ser mais de três vezes maior em residentes na região sul em relação aos residentes nas regiões central e norte.

Ressalta-se que, à despeito da pouca representatividade das regiões central e norte na notificação de dados, 1.068.407 pessoas residem nessas regiões segundo estimativas de 2015, representando 27,2% da população do estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Considerando-se que os fatores de risco e os hábitos da população de todas as regiões do estado são similares e, logo, não se configuram a priori como premissa para justificar essa disparidade na incidência, percebe-se, portanto, que é pujante a iniquidade de acesso entre as regiões de saúde do estado com relação à atenção às

notificações para o câncer - sobretudo, no caso do presente estudo, do CCR. E é razoável conjecturar que, dado a falta de centros de referência nas regiões central e norte, a assistência em oncologia não seja adequada. Dessa forma, sugere-se que a estruturação de serviços em oncologia nos locais menos assistidos possa gerar efeitos positivos em termos de saúde pública.

Na avaliação do tempo de atendimento entre o diagnóstico e o primeiro tratamento e das variáveis estadiamento do tumor e causas de não-tratamento, 484 indivíduos foram excluídos por não apresentarem ou a data de diagnóstico, ou a data do início do tratamento, totalizando 1.869 indivíduos avaliados.

Para a amostra estudada em todo o período, 37,5% dos pacientes apresentaram intervalo de tempo superior a 60 dias, contrapondo-se ao preconizado pela Lei nº 12.732/2012, com aumento de 0,1% nesse mesmo grupo no segundo triênio, sem significância estatística ( $p=0,942$ ). Alguns fatores podem justificar a manutenção do intervalo alargado, como a demanda crescente pelo atendimento ao paciente com câncer, a carência de financiamento e infraestrutura necessária para atendimento (que demanda alta complexidade), a dificuldade de acesso do paciente aos serviços necessários e as eventuais falhas de sistemas de referenciamento de pacientes (GOSS et al., 2013; SALDANHA et al., 2019).

Chama a atenção que o SUS, nos últimos 30 anos, apresentou resultados positivos na universalização do atendimento. No entanto, a despeito das conquistas do período pós-redemocratização, as recentes movimentações políticas, sobretudo desde 2016, com tendência à austeridade financeira e a diminuição dos aportes sobre a saúde pública, tornam o desafio de encurtar o intervalo de tempo um problema de difícil resolução (CASTRO et al., 2019; SÁ, 2018).

Ademais, nota-se que a Lei nº 12.732/2012 determina, em seu Parágrafo 2º, Art. 3º, que o não cumprimento do intervalo de tempo sujeita os gestores responsáveis às penalidades administrativas. No entanto, não categoriza especificamente a punição em questão, gerando subjetividade da aplicação da lei, que ainda demanda clareza sobre sua jurisprudência.

A variável estadiamento do tumor no ato do diagnóstico foi estudada em dois grupos: estadiamento inicial ou precoce (I e II) e estadiamento avançado (III e IV). Foi observado que há predominância dos estágios mais avançados (III e IV) em todo o período, de modo independente do tempo de atendimento. Na avaliação segmentada do estadiamento quanto ao intervalo de tempo de atendimento entre triênios, observa-se aumento percentual do intervalo de tempo maior do que 60 dias para atendimento em ambos os grupos (precoce e avançado), sem, no entanto, haver significância estatística ( $p=0,362$  para o grupo com estadiamento precoce e  $p=0,673$  para o grupo com estadiamento avançado).

Esse achado, enquanto dado descritivo do total amostral, é semelhante ao encontrado em produção científica recente (VALADÃO et al., 2010; SOUZA et al., 2016), e denota a importância de, ao se estruturar serviços para atendimento ao câncer, que tenham capacidade de atendimento integral ao paciente, dado que os casos de estadiamento avançado demandam com frequência mais de uma modalidade terapêutica, além de recursos para internação e utilização de insumos de alto custo.

A despeito da adequação do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em muitos casos, há evidências de que o estadiamento avançado tenha ocorrência elevada independentemente da adequada acessibilidade aos meios de tratamento. Conjectura-se que o motivo seja que os pacientes com CCR muitas vezes desconhecem os sintomas e, também, pelo fato de a doença eventualmente surgir e evoluir de modo assintomático, com aumento do tempo médio até a execução de métodos de rastreio e de diagnóstico. Isso reforça a necessidade por políticas de rastreamento que possam detectar mais precocemente casos novos de CCR, além da necessidade de garantias básicas de acesso da população aos métodos de prevenção e diagnóstico (SOUZA et al., 2016; FOLETTO et al., 2016).

Com relação às causas de não tratamento, que se referem especificamente ao primeiro tratamento para a neoplasia, extraiu-se dois dos motivos (óbito e “tratado fora”) notificados para avaliação, uma vez que a ampla maioria (68,9% dos 1.869 pacientes) foi submetida a tratamento na mesma unidade, sem interrupções.

Os pacientes englobados no quesito *tratado fora* correspondem aos casos que demandam a realização do tratamento em outra unidade que não aquela que notificou o caso de CCR – ou seja, seu encaminhamento foi necessário para início do tratamento. Observa-se que a maior parte desse grupo de pacientes teve o intervalo de tempo para início do tratamento maior do que 60 dias (56,3% no total amostral), com aumento percentual do volume de pacientes no segundo triênio nesse mesmo grupo - no entanto, sem significância estatística ( $p=0,384$ ).

É possível que um dos motivos de maior relevância para a morosidade no começo da terapia tenha relação direta com o período de transferência do paciente para outro serviço, como é visto em outros casos de câncer (PAIVA; CESSE, 2015). Para aprofundar a questão, estudos em dimensão nacional, com ampliação do volume amostral, podem corroborar essa hipótese, considerando-se na avaliação pormenorizada as eventuais iniquidades entre as unidades da federação.

Na avaliação do óbito como razão de não tratamento, a ampla maioria dos pacientes (71,4%) em todo o período apresentavam intervalo de tempo menor do que 60 dias, sendo que há aumento de 1,1% entre os triênios, sem diferença estatística ( $p=0,932$ ). Esse evento paradoxal encontra possível explicação no fato de que o CCR é uma doença que pode evoluir para atendimento de urgência/emergência, implicando muitas vezes em intervalo entre diagnóstico e tratamento de modo rápido. Em alguns desses casos, a terapia após o diagnóstico não ocorre em caráter eletivo, mas em caráter emergencial, dado à gravidade da doença. Com o paciente chegando em estado grave, o óbito pode ocorrer antes mesmo de se haver a oportunidade de iniciar o primeiro tratamento em oncologia (SOUZA et al., 2016).

Foi descrito, ainda, a demanda específica de cada tipo de tratamento que foi realizado para o CCR no estado no período estudado, com a amostra de 1.869 indivíduos avaliados para o intervalo de tempo para início do tratamento. Quimioterapia prevaleceu como a principal modalidade terapêutica, sendo praticada em 56% dos pacientes, seguido pela cirurgia (42% dos pacientes) e pela radioterapia (25% dos pacientes).

O dado é esperado dentro da amostra estudada, dado que a quimioterapia é uma modalidade terapêutica que pode ser utilizada tanto em neoplasias do cólon quanto em neoplasias do reto, além de ser a modalidade terapêutica de eleição (e, com frequência, a única realizada) em pacientes com estadiamento avançado, que é o maior contingente da amostra (WATANABE et al., 2018). Reitera-se, portanto, a enorme relevância de serviços estruturados para atendimento quimioterapia com relação ao CCR.

A indicação de cirurgia guarda restrição relacionada à performance do paciente para suportar o procedimento, incluindo ainda os casos de neoplasia metastática e de caráter irresssecável. Já a radioterapia é aplicável nas neoplasias retais, sendo raramente utilizada em situações de neoplasia do cólon. As demais modalidades terapêuticas têm pouca aplicação neste tipo de neoplasia e, portanto, apresentaram baixa utilização no período estudado (WATANABE et al., 2018).

Com relação aos dados coletados, é relevante o volume de subnotificações identificadas, sendo mais grave a sua ocorrência dado que diversas variáveis estudadas são de notificação obrigatória (BRASIL, 2000).

O presente estudo apresenta as vantagens e limitações comuns aos estudos ecológicos, porém agravada por uma circunstância relativamente comum em dados populacionais de domínio público: a subnotificação. Variáveis de notificação obrigatória, como escolaridade, raça, estadiamento tumoral, data do diagnóstico e data do início do tratamento tiveram grande volume de dados sem informação, o que prejudica profundamente a possibilidade de análise associativa que os estudos transversais podem proporcionar.

Para se estabelecer o tempo de atendimento, foi necessário calcular o intervalo entre o diagnóstico da neoplasia e o início do primeiro tratamento. No entanto, dos 2.353 pacientes selecionados, somente em 1.869 havia estes dados preenchidos para análise, contabilizando um déficit de 20,6% no preenchimento desta variável.

Piñeros et al. (2017), em estudo elaborado sobre os registros dos pacientes com câncer na América Latina e sua importância para o controle da doença, identifica que

os registros contemplam cerca de apenas 20% de toda a população, apesar de reconhecer que houve avanços nos registros da doença nos países estudados. Como solução, propõe-se que haja maior envolvimento das partes interessadas e de especialistas, integração dos registros de câncer com sistemas de vigilância epidemiológicas já existentes, melhoria na disponibilidade e qualidade dos dados coletados, otimização do intercâmbio de informações para os profissionais de saúde e estimulação do planejamento de estudos a partir das bases de dados.

É premente, ante ao regime de austeridade que vive o sistema público nacional, a necessidade por informações adequadas em bancos de dados livres, que geram indicadores imprescindíveis para a boa prática da gestão em saúde – e, neste caso, para o cuidado com o paciente em oncologia. A Lei nº 12.732/2012 corrobora com a importância de se direcionar rapidamente o paciente oncológico ao tratamento, porém demanda que estudos epidemiológicos surjam com a incumbência de identificar os pontos críticos do sistema e otimizar a acessibilidade ao atendimento.

## 7 CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO

O câncer é um problema de saúde pública endêmico do país, com crescimento recente de sua incidência em todas as unidades da federação, superando recentemente as causas externas como causa básica de mortalidade na população. Esses dados apontam a relevância de se estudar criteriosamente a doença em todos os seus aspectos para otimizar as ações públicas de saúde.

O CCR apresenta progressivo aumento de sua incidência ao longo dos últimos anos, com métodos de rastreamento, diagnóstico e tratamento bem conhecidos e um aumento da atenção política sobre a doença. No entanto, o volume de publicações legislativas que dizem respeito especificamente às políticas públicas voltadas para o CCR ainda é baixo, contendo como cerne as diretrizes para condução clínica da doença, com última edição publicada em 2014 – desse modo, há 5 anos sem novas edições.

O estado do Espírito Santo apresenta dados sociodemográficos dos pacientes com CCR comparáveis aos dados da literatura nacional, apresentando aumento da incidência sobre o gênero masculino (superando o feminino no segundo triênio estudado), com predomínio cada vez maior da faixa etária dos 45-75 anos, de indivíduos da cor parda, com menor nível de escolaridade, em sua maioria acompanhados por cônjuge e encaminhados aos hospitais por serviços vinculados ao SUS, ressaltando-se a possível dificuldade de acesso do paciente com CCR residente das regiões de saúde central e norte, que representaram taxas de incidência baixas comparadas às regiões metropolitana e sul, muito embora não haja evidências de que outra premissa possa justificar tal discrepância.

O estadiamento tumoral mais encontrado foi o avançado, em ambos os períodos, corroborando com a literatura nacional e internacional, sendo que o tempo de atendimento não apresentou oscilações estatisticamente significantes entre períodos, apresentando 37,5% da amostra com intervalo de tempo de início do tratamento superior a 60 dias.

A doença em si representa foco importante para pesquisa clínica em todo o mundo, apresentando diversas proposições nas medidas de rastreamento diagnóstico em nível populacional, além da incorporação frequente de novas tecnologias, que tem por mérito o aumento da capacidade de cura da doença e das taxas de sobrevivência. No entanto, a realidade nacional de austeridade financeira, com congelamento das receitas fornecidas para gestão da saúde pública, e o fomento à assistência mista a saúde, com apoio da saúde suplementar, tornam o desafio ainda maior de absorver as tendências de evolução no manejo do CCR.

Faz-se lembrar, ainda, a importância de se controlar os dados notificados pelas instituições vinculadas ao RHC-INCA, visto que diversas variáveis de notificação obrigatória apresentaram grande volume de dados sem preenchimento. Com o fomento ao fornecimento adequado de dados pelas bases de dados de livre acesso, é possível gerar indicadores de saúde que possam orientar as políticas públicas de saúde de modo otimizado – e isso, em um momento de incapacidade de expansão no financiamento dos custos em saúde, torna-se vital para garantir os princípios básicos de atendimento do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALBAUGH, J. A.; TENFELDE, S.; HAYDEN, D. M. Sexual Dysfunction and Intimacy for Ostomates. **Clin Colon Rectal Surg**, New York, v. 30, n. 3, p. 201-6, Jul. 2017.
- ALTHANS, A. R. et al. Are we catching women in the safety net? Colorectal cancer outcomes by gender at a safety net hospital. **Am J Surg**, New York, v. 214, n. 4, p. 715-20, Oct. 2017.
- BARON, M.; SOUZA, L. M. B. M. Rede de atenção oncológica: como a estratégia saúde da família se percebe na assistência ao paciente com câncer. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 277, 2012.
- BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267-75, 2005.
- BEESELEY, V. L. et al. Association between change in employment participation and quality of life in middle-aged colorectal cancer survivors compared with general population controls. **Psychooncology**, Chichester, v. 26, n. 9, p. 1354-60, Sep. 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Consulta Pública nº 26, de 19 de agosto de 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/cop0026\\_19\\_08\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/cop0026_19_08_2010.html)>. Acesso em: 18 maio 2019.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 nov. 2012a. Seção 1, p. 1.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informações de saúde, estatísticas vitais, sistema de informações sobre mortalidade**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>>. Acesso em: 14 abr. 2018b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Registros hospitalares de câncer**: rotinas e procedimentos. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993. Normatiza o credenciamento dos hospitais no SIPAC-CÂNCER. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 1993. Seção 1, p. 19753.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005: Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2005b. Seção 1, p. 113.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 958, de 26 de setembro de 2014. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 set. 2014. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2005a. Seção 1, p. 80-81.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção 1, nº 169, p. 75-7.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei nº 143, de 2018. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. 2018a. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134968>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BURANELLO, M. C. et al. Prática de exames de rastreio para câncer de mama e fatores associados: inquérito de saúde da mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2661-70, ago. 2018.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-56, Jul. 2019.

LUZ, C. M. et al. Completude das informações do Registro Hospitalar de Câncer em um hospital de Florianópolis. **ABCS Health Sci**, Santo André, v. 42, n. 2, p. 73-9, 2017.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1572-82, ago. 2013.

CUNHA, C. C.; CAMPOS, D.; FRANCA, E. B. Uso da busca ativa de óbitos na avaliação do sistema de informações sobre mortalidade em Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 275-86, set. 2011.

SILVA, F. B. et al. Prevalence of Solid Neoplasms Diagnosed Between the Years of 2011 to 2016 and Oncologically Treated at the University Hospital of Santa Maria. **J Clin Med Res**, Brossard, v. 11, n. 4, p. 275-82, Apr. 2019.

SILVA, M. J. S. et al. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do sistema único de saúde. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 177-87, 2017.

DE BOER, A. G. et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, n. 2, p. CD007569, Feb. 201.

DIANT, L.; SORDES, F.; CHAUBARD, T. Psychological impact of ostomy on the quality of life of colorectal cancer patients: Role of body image, self-esteem and anxiety. **Bull Cancer**, Paris, v. 105, n. 6, p. 573-80, Jun. 2018.

DUNNE, D. F. et al. Randomized clinical trial of prehabilitation before planned liver resection. Prehabilitation before liver surgery. **Br J Surg**, Bristol, v. 103, n. 5, p. 504-12, Apr. 2016.

ESCOREL, S. et al. Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**. Vitória, ES: Secretária de Estado da Saúde, 2011.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**, New York, v. 136, n. 5, p. E359-864, Mar. 2015.

FIVA, J. H. et al. Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. **J Health Econ**, v. 36, p. 98-111, Jul. 2014.

FOLETTTO, E. F. et al. Itinerário terapêutico de pacientes com câncer colorretal tratados no interior do Rio Grande do Sul. **J Coloproctol**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 91-6, 2016.

GHAOUI, R. et al. Open access colonoscopy: critical appraisal of indications, quality metrics and outcomes. **Dig Liver Dis**, Roma, v. 48, n. 8, p. 940-4, Aug. 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. R.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GOSS, P. E. et al. Challenges to effective cancer control in China, India and Russia. **Lancet Oncol**, London, v. 15, n. 5, p. 489-538, Apr. 2014.

GOSS, P. E. et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. **Lancet Oncol**, London, v. 14, n. 5, p. 391-436, Apr. 2013.

GUERRA, M. C. **Pacientes com colostomia temporária**: aspectos sócio epidemiológicos, clínicos e qualidade de vida. 2015. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, ES, 2015.

GUERRA, M. R. et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 102-115, maio, 2017.

HADDAD, J. D.; YOU, D. M. Colorectal Cancer Screening and Race in an Equal Access Medical System. **J Community Health**, New York, v. 41, n. 1, p. 78-81, Fev. 2016.

HAMILTON, S. R., AALTONEN, L. A. (Ed.). **Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System**. Lyon: IARC Press, 2000.

HIJAZI, Y.; GONDAL, U.; AZIZ, O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. **Int J Surg**, London, v. 39, p. 156-62, Mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

\_\_\_\_\_. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JEMAL, A. et al. Global Cancer Statistics. **CA Cancer J Clin**, Hoboken, v. 61, n. 2, p. 69-90, Mar./Apr. 2011.

KNOWLES, S. R. et al. Exploration of Health Status, Illness Perceptions, Coping Strategies, Psychological Morbidity and Quality of life in individuals with fecal Ostomies. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, St. Louis, MO, v. 44, n. 1, p. 69-73, Jan./Feb. 2017.

LAUMANN, E. O. et al. **The Social Organization of Sexuality**: sexual practices in the United States. Chicago: The University of Chicago Press, 2000.

LI, C. et al. Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colorectal cancer surgery: a pilot study. **Surg Endosc**, Berlin, v. 27, n. 4, p. 1072-82, Apr. 2013.

MACINKO, J. et al. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **Int J Equity Health**, London, v. 11, n. 80, Dec. 2012.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Acesso da população masculina e utilização dos serviços de atenção primária à saúde em Belo Horizonte – MG. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 4, p. 482-92, out. 2017.

MCGREGOR, L. M. et al. Persuasion, Adaptation, and Double Identity: Qualitative Study on the Psychological Impact of a Screen-Detected Colorectal Cancer Diagnosis. **Gastroenterol Res Pract**, Cairo, Jun. 2018.

MITCHELL, A. J. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. **Lancet Oncol**, London, v. 12, n. 2, p. 160-74, Feb. 2011.

NASCIMENTO, E. R. et al. Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil. **Rev Bras Oncol Clín**, São Paulo, v. 11, n. 39, p. 12-8, jan./fev./mar. 2015.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 155-61, 2009.

OLIVEIRA, R. C.; RÊGO, M. A. Mortality risk of colorectal cancer in Brazil from 1980 to 2013. **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 76-83, abr./jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

PADOIN, S. M. M. et al. A influência da situação conjugal no suporte social em pessoas infectadas pelo HIV. **Rev Enferm Cent Oeste Min**, São João Del-Rei, v. 8, p. e2485, Mar. 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist Ciência Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma unidade hospitalar de Pernambuco. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 23-30, jan./mar. 2015.

PALTRINIERI, S. et al. Factors influencing return to work of cancer survivors: a population-based study in Italy. **Support Care Cancer**, Berlin, Mai. 2019.

PIÑEROS, M. et al. Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 41, p. e2, Feb. 2017.

RAN, T. et al. Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening Strategies-A Systematic Review. **Clin Gastroenterol Hepatol**, Philadelphia, v. 17, n. 10, p. 1969-81, Set. 2019.

SÁ, E. B. **O público e o privado no sistema de saúde**: uma apreciação do projeto de plano de saúde acessível. Brasília, DF: IPEA, 2018.

SALDANHA, R. F. et al. Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. e00090918, 2019.

SCHOUTEN, B. et al. Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, n. 3, CD012387, Mar. 2019.

SILVER, J. K. et al. Cancer rehabilitation may improve function in survivors and decrease the economic burden of cancer to individuals and society. **Work**, Netherlands, v. 46, n. 4, p. 455-72, 2013.

SOUZA, R. H. S. et al. Colorectal Cancer: factors related to late diagnosis in users of the public health system treated at an University Hospital in Curitiba, Paraná State, Brazil. **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 68-75, abr. 2016.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report**: 2014. Lyon: IARC, 2014.

STOCK, D.; PASZAT, F. L.; RABENECK, L. Colorectal cancer mortality reduction is associated with having at least 1 colonoscopy within the previous 10 years among a population-wide cohort of screening age. **Gastrointest Endosc**, Denver, v. 84, n. 1, p. 133-41, Jul. 2016.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Política pública de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-80, 2012.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; NORONHA, C. P. **O câncer no Brasil**: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

VALADÃO, M. et al. Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. **Rev Bras Colo-Proctol**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 160-6, Abr./jun. 2010.

VERMEER, N. C. et al. Colorectal cancer screening: Systematic review of screen-related morbidity and mortality. **Cancer Treat Rev**, Netherlands, v. 54, p. 87-98, Mar. 2017.

VEHLING, S. et al. Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis. **Psychother Psychosom Med Psychol**, Stuttgart, v. 62, n. 7, p. 249-58, Jul. 2012.

VIACAVA, F. et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-60, jul. 2019.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2016.

WATANABE, T. et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. **Int J Clin Oncol**, Tokyo, v. 23, n. 1, p. 1-34, Fev. 2018.

WELLER, D. et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. **Br J Cancer**, London, v. 106, n. 7, p. 1262-7, Mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-9, Nov. 1995.

\_\_\_\_\_. **Everybody business**: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO'S framework for action. Geneva: WHO, 2007.

WOLF, A. M. et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. **CA Cancer J Clin**, Hoboken, v. 68, n. 4, p. 250-81, Jul. 2018.

WOOLS, A.; DAPPER, E. A.; LEEUW, J. R. J. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. **Eur J Public Health**, Stockholm, v. 26, n. 1, p. 158-68, Feb. 2016.