

## Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal<sup>1</sup>

Thaína Dalla Valle<sup>2</sup>

Ruth Natalia Teresa Turrini<sup>3</sup>

Vanessa de Brito Poveda<sup>4</sup>

**Objetivo:** identificar o tempo entre os sintomas, a busca por assistência e o início do tratamento em pacientes com câncer de estômago e colorretal e os fatores que interferem nesses processos. **Método:** estudo descritivo correlacional, incluindo 101 pacientes com diagnóstico de câncer de estômago ou colorretal, atendidos por um hospital especializado em oncologia. **Resultados:** dos 101 pacientes investigados, houve predomínio do sexo masculino, média de idade de 61,7 anos. A busca por assistência médica ocorreu em até 30 dias após o início dos sintomas, na maioria dos casos. O tempo médio total entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento foi de 15,16 meses, sendo que, o tempo médio entre a busca por assistência médica e o diagnóstico foi de 4,78 meses. O histórico familiar de câncer ( $p=0,008$ ) e a realização de acompanhamento preventivo ( $p<0,001$ ) estiveram associados a menores períodos entre a busca por assistência e início do tratamento. Náusea, vômito, hematoquesia, perda ponderal e dor foram associados à procura mais ágil por assistência. **Conclusão:** o maior intervalo entre a busca por assistência médica e o diagnóstico ocorreu, possivelmente, pela não associação entre os sintomas apresentados e a doença.

**Descritores:** Enfermagem Oncológica; Neoplasias Colorretais; Neoplasias Gástricas; Enfermagem Perioperatória; Assistência à Saúde.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2013/24004-5.

<sup>2</sup> Enfermeira. Aluna do curso de especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva, Centro Universitário São Camilo, São Camilo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Valle TD, Turrini RNT, Poveda VB. Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2879. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879>. mês dia ano

URL

## Introdução

O câncer de estômago e colorretal destacam-se entre as principais causas de câncer em homens e mulheres. No Brasil, para 2016, eram estimados 34.280 novos casos de câncer colorretal e 20.520 novos casos de câncer de estômago<sup>(1)</sup>. Mundialmente, o câncer colorretal representa o terceiro tumor mais comum e o câncer de estômago a terceira principal causa de morte por câncer, em ambos os sexos<sup>(2)</sup>.

O câncer de estômago e o colorretal estão relacionados a diversos fatores de risco, endógenos e exógenos, similares para os dois tipos de tumores como: tabagismo, etilismo, hábitos dietéticos (baixo consumo de vegetais, dieta rica em sal, conservados e embutidos), sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, pertencer ao sexo masculino, idade maior que 50 anos, predisposição genética ou histórico familiar de câncer. Além dos fatores citados, cabe destacar para o câncer de estômago a infecção gástrica pela bactéria *H. pylori* e para o câncer colorretal a presença de pólipos e histórico de doenças inflamatórias, como colite ulcerativa ou doença de Chron<sup>(3-4)</sup>.

O diagnóstico do câncer de estômago acontece por análise histopatológica da lesão por meio de biópsia, no entanto, grande parte dos casos é diagnosticado em estágio avançado, devido à inespecificidade dos sintomas na fase inicial da doença, como dor abdominal difusa, astenia, anorexia e perda ponderal, comprometendo a cura e refletindo em altos índices de morbimortalidade, uma vez que, a cirurgia mais radical implica na remoção total do estômago<sup>(3)</sup>.

Quanto ao câncer colorretal, a prevenção está ancorada em dois aspectos principais, ou seja, a prevenção primária vinculada à educação e modificação do estilo de vida, e, a secundária, que consiste na detecção precoce, por meio da identificação de sinais e sintomas como: hematoquesia, mudança do hábito intestinal (diarreia ou constipação), perda ponderal, sensação de esvaziamento incompleto do intestino e dor abdominal, aliados a realização de exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia e colonoscopia com posterior biópsia<sup>(4)</sup>.

A depender do estadiamento da doença, o principal tratamento é o cirúrgico. No câncer colorretal, a cirurgia mais radical implica na remoção do intestino grosso e do reto, com a necessidade de confecção de colostomia, com impacto social, físico e psicológico<sup>(5)</sup>.

Países como Japão, Inglaterra, Canadá e Estados Unidos da América (EUA), que possuem programas consolidados de rastreamento de câncer de estômago ou colorretal, têm observado queda importante nos índices de morbimortalidade associada à doença, devido

a qualidade de seus métodos de seguimento e o uso mais eficiente dos testes diagnósticos disponíveis, incrementando a capacidade de detecção e remoção de adenomas e/ou carcinomas em estágio inicial<sup>(6-8)</sup>.

Assim, o diagnóstico e o estadiamento são fundamentais para o tratamento do câncer de estômago e colorretal, pois a taxa de mortalidade e as alterações na qualidade de vida estão diretamente relacionadas a eles. A procura precoce por uma rede de serviços de saúde, que forneça uma assistência especializada, e a existência de um programa de rastreamento organizado, que disponha de estudos laboratoriais e procedimentos para o diagnóstico precoce, são fatores que contribuem para aumentar a possibilidade de recuperação do paciente, evitando-se procedimentos mais invasivos e extensos<sup>(4-5,9)</sup>.

De maneira ideal, o tempo entre a busca de diagnóstico até a cirurgia do tumor deveria levar, no máximo, de seis a oito semanas<sup>(10)</sup>. Contudo, dada à distribuição desigual de recursos assistenciais e a grande extensão geográfica de nosso país, as condições de atendimento a saúde são muito diversas, sendo frequente depararmos com demandas muito superiores à capacidade dos serviços, o que gera demora no diagnóstico e tratamento, podendo comprometer o bem-estar e qualidade de recuperação dos pacientes<sup>(9)</sup>.

Apesar da existência de estudos internacionais que apontam as causas e consequências do atraso entre a busca por assistência médica, o diagnóstico e o início do tratamento, existe uma lacuna sobre o assunto na literatura nacional para o câncer colorretal e, principalmente, para o câncer de estômago.

Diante deste cenário epidemiológico de alta incidência e mortalidade e do limitado número de publicações acerca do tema, visando contribuir para a identificação das fragilidades e fortalezas do sistema, de forma a reconhecer qualidades do serviço oferecido à população e também propor medidas de melhoria, favorecendo o planejamento e cuidado de qualidade ao paciente, foi proposto o presente estudo, que objetivou identificar o tempo entre os sintomas, a busca por assistência e o início do tratamento em pacientes com câncer de estômago e colorretal e os fatores que interferiram nesses processos.

## Método

Estudo quantitativo, tipo descritivo correlacional, realizado com 101 pacientes com diagnóstico de câncer de estômago ou colorretal, de ambos os sexos, submetidos a cirurgia eletiva, atendidos em um hospital especializado no diagnóstico e tratamento oncológico situado no município de São Paulo - Brasil, no período de julho a dezembro de 2014.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou maior a 18 anos e pacientes com diagnóstico de câncer de estômago ou colorretal internados na clínica cirúrgica do hospital selecionado para estudo, para serem submetidos a cirurgias eletivas para tratamento do câncer. Foram excluídos os pacientes que apresentaram dificuldades de compreensão ou comunicação com o pesquisador e pacientes submetidos à cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal após término do tratamento, e dessa forma, distante das dificuldades de início de tratamento, que poderiam dificultar o recordatório das situações vivenciadas até ali.

Para o cálculo amostral, na ocasião da condução deste estudo, a única investigação similar a esta, ou seja, de avaliação do tempo de aparecimento dos sintomas até o diagnóstico, havia sido conduzida entre pacientes com câncer de pulmão<sup>(10)</sup>. Assim, apesar das diferenças existentes entre os tipos de tumores, optou-se por sua utilização, uma vez que considerou-se que o sistema de atendimento público à saúde utilizado pelos pacientes era o mesmo, além da pesquisa citada conter os dados estatísticos necessários, que nos permitiram estimar adequadamente o número de observações a serem realizadas.

Dessa forma, o cálculo amostral foi baseado nos achados de estudo nacional<sup>(10)</sup> em que o tempo médio entre o aparecimento dos sintomas e a primeira consulta foi de 110 dias com desvio-padrão de 72,5 dias. Dessa forma,, considerando o tempo entre sintomas e primeira consulta, estimou-se que seria necessária a observação de 90 pacientes, para a obtenção do tempo médio de busca por auxílio à saúde, com margem de erro de 15 dias e intervalo de confiança de 95%.

O projeto atendeu a resolução 466/2012<sup>(11)</sup>, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de protocolo 24731414.3.0000.5392.

A coleta ocorreu por meio de um instrumento de coleta de dados, que continha dados sociodemográficos e aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento.

O instrumento de coleta de dados foi submetido à avaliação por três enfermeiros especialistas em oncologia, que analisaram o instrumento em relação a sua capacidade de atingir os objetivos propostos e sua clareza, sugerindo alterações que foram acatadas pelos autores.

A coleta de dados, propriamente dita, ocorreu por meio de entrevista do paciente ou responsável no período pré-operatório, após os mesmos receberem explicações acerca dos objetivos da pesquisa e expressarem sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O prontuário do paciente também foi utilizado como fonte de informações complementares, como estadiamento e dados clínicos.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e inferencial, por meio do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0. Os resultados foram apresentados segundo distribuições de frequências e medidas estatísticas descritivas tais como média aritmética, desvio-padrão (DP), mediana, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. As variáveis dicotômicas foram avaliadas por meio do teste exato de *Fisher* e as variáveis contínuas pelo teste de *Mann Whitney*. O nível de significância delimitado foi a igual ou inferior a 0,05.

## Resultados

Dos 101 pacientes investigados, a média de idade de 61,7 anos (DP=12,94 anos), predominantemente do sexo masculino (53,5%) (Tabela 1) e que residiam no município de São Paulo (43,6%).

Tabela 1 - Dados sócio demográficos dos pacientes com câncer de estômago ou colorretal submetidos à cirurgia eletiva. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	54	53,5
Feminino	47	46,5
Cor		
Branca	55	54,5
Parda	30	29,7
Negra	16	15,8
Estado civil		
Casado	53	52,5
Viúvo	17	16,8
Solteiro	15	14,9
Divorciado	13	12,9
Mora com companheiro	3	3,0
Ocupação		
Aposentado	47	46,5
Autônomo	19	18,8
Assalariado	15	14,9
Pensionista	11	10,9
Desempregado	7	6,9
Outros	2	2,0
Escolaridade		
1 a 4 anos de estudo	44	43,6
5 a 8 anos de estudo	25	24,8
Não frequentou a escola	13	12,9
9 a 11 anos de estudo	12	11,9
12 ou mais de estudo	7	6,9
Moradia		
Própria	76	75,2
Alugada	17	16,8
Emprestada	8	7,9
Total	101	100

O paciente era responsável pela renda familiar em 69 (68,3%) dos casos, em 16 (15,8%) das situações foi citado o cônjuge, e, na sequência, filhos (10; 9,9%) ou outras pessoas (6; 6%). A renda referida foi de dois a cinco salários mínimos (47; 46,5%), seguida por um salário mínimo (35; 34,7%), em quatro (4%) situações a renda era superior a seis salários e 15 (14,9%) não sabiam informar ou afirmaram renda inferior a um salário mínimo. Quanto ao estado nutricional, 12 (11,9%) apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) retratando baixo peso, 43 (42,6%) peso normal, 33 (32,7%) sobrepeso e 13 (12,9%) eram obesos. Nove (8,9%) pacientes referiram ser etilistas, enquanto 46 (45,5%) nunca fizeram uso de bebida alcoólica e 46 (45,5%) interromperam sua utilização. Relataram ser tabagistas 16 (15,8%) e 41 (40,6%) ex-tabagistas. Comorbidades estiveram presentes em 51 (50,5%) sujeitos, destacando-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (21; 20,8%), cardiopatias (18; 17,8%) e a combinação entre HAS e Diabetes Mellitus (DM) (15; 14,9%) (Tabela 2).

O diagnóstico de câncer de reto, bem como as cirurgias de retossigmoidectomia foram as mais frequentes. O estadiamento dos tumores, por meio do sistema de classificação TNM ("T": informações sobre o tumor primário; "N": acometimento de linfonodos, e; "M": existência de metástases), revelou que os de maior incidência foram estágio IA (18; 17,8%), IIA (17; 16,8%) e IIB (16; 15,8%). Destacou-se a presença de cinco (5%) pacientes com estágio IV, que indica presença de metástases (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis clínico-cirúrgicas dos pacientes com câncer de estômago ou colorretal submetidos à cirurgia eletiva. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variável	n	%
Doença crônica		
Hipertensão Arterial Sistêmica	21	20,8
Cardiopatias	18	17,8
Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	15	14,9
Diabetes Mellitus	02	1,4
Outras comorbidades	19	18,8
Diagnóstico		
Câncer de reto	56	55,4
Câncer de estômago	30	29,7
Câncer de cólon	15	14,9
Indicação cirúrgica		
Retossigmoidectomia abdominal	47	46,5
Gastrectomia parcial/total	23	22,7
Laparotomia exploratória para drenagem e/ou biópsia	10	9,9
Colectomia parcial/total	7	6,9

(continua...)

Tabela 2 - continuação

Variável	n	%
Amputação abdomino-perineal de reto em oncologia	4	3,9
Excisão de lesão/câncer anu-retal	4	3,9
Peritonectomia	3	2,9
Outros	3	2,9
Estadiamento		
IA	18	17,8
IIA	17	16,8
IIB	16	15,8
IIIA	12	11,9
IV	5	5,0
IIIC	4	4,0
IIIB	3	3,0
Câncer <i>in situ</i>		
IB	2	2,0
Não registrado em prontuário	21	20,8

Apenas 19 (18,8%) entrevistados realizaram exames de prevenção (endoscopia, colonoscopia, sangue oculto nas fezes e tomografia), sendo que, destes, 13 (68,4%) já haviam tido algum diagnóstico de câncer anterior; quatro (21%) realizavam por indicação médica; um (5,3%) devido ao histórico familiar de câncer nesses locais e um (5,3%) referiu realizar "por vontade própria".

A respeito do histórico familiar de câncer, 62 (61,4%) dos pacientes possuíam histórico de câncer na família, 37 (36,6%) negavam casos e dois (2%) não souberam informar, pois desconheciam a família biológica. Ao todo foram citados 100 familiares com diagnóstico de câncer, sendo 22 (22%) de estômago, 19 (19%) colorretal e 59 (59%) em outros órgãos do corpo. Dez entrevistados possuíam pelo menos dois familiares com câncer de estômago ou colorretal.

Devido à realização dos exames preventivos de rastreamento, sete (6,9%) pacientes não apresentaram sintomas antes do diagnóstico de câncer. Os sintomas foram associados pelos entrevistados em 35 (34,7%) casos a alguma doença, mas não ao câncer; 18 (17,8%) pacientes associaram os sintomas aos hábitos alimentares e 13 (12,9%) não relacionaram os sintomas a nada. Apenas nove (8,9%) relacionaram os sintomas ao câncer. Os principais sintomas relatados podem ser observados na Tabela 3.

A busca por assistência médica ocorreu até 30 dias após o início dos sintomas em 67 (66,3%) casos, sendo que 34 (33,7%) demoraram mais de 30 dias para buscar um centro de saúde. Destes, 24 (70,6%) demoraram mais de 90 dias para buscar auxílio, seis (17,6%) demoraram de 30 a 60 dias e quatro (11,8%) levaram de 60 a 90 dias.

Tabela 3- Distribuição dos sintomas identificados pelos entrevistados. São Paulo, SP, Brasil, 2014

Sintomas relatados	N	%
Dor epigástrica e/ou abdominal	47	46,5
Hematoquesia	47	46,5
Perda ponderal	46	45,5
Inapetência	19	18,8
Diarreia	19	18,8
Obstipação	19	18,8
Fadiga	17	16,8
Sangramento anal	17	16,8
Vômito	13	12,9
Sensação de esvaziamento incompleto do intestino	11	10,9
Náusea	12	11,9
Cólica	17	16,8
Plenitude gástrica	10	9,9
Flatulência	10	9,9
Outros	15	15,0

Quando ao motivo da maior demora pela procura, 25 (73,5%) responderam que não associaram os sintomas a um problema de saúde, três (3%) nunca haviam frequentado um serviço de saúde anteriormente, dois (2%) referiram medo, dois (2%) não souberam responder e um (1%) por não poder ausentar-se do trabalho.

O número de encaminhamentos entre o local de atendimento primário buscado pelo paciente até a instituição que realizou o tratamento oncológico, propriamente dito, foi avaliada. Assim, a média de encaminhamentos até o tratamento foi de 1,14 (DP=0,98), com mínimo de zero e máximo de três. Sendo que, do primeiro lugar em que buscaram atendimento médico até o atendimento na instituição especializada, 33 (32,7%) necessitaram de um encaminhamento; 32 (31,7%) foram encaminhados diretamente à instituição; 26 (27,7%) tiveram dois encaminhamentos e 10 (9,9%) três encaminhamentos ou mais.

Dessa forma, em média, o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a busca por assistência médica foi de 2,15 meses; 4,78 meses entre a busca por

assistência médica e o diagnóstico; 4,06 meses entre o diagnóstico e início do tratamento e o tempo total entre os sintomas e o início do tratamento foi, em média, de 15,16 meses (Tabela 4). Alguns pacientes referiram não se lembrar dos períodos que aguardaram entre as etapas (7,9%).

A idade esteve relacionada ao tempo entre o diagnóstico e início do tratamento (QT, RT ou cirurgia) ( $p=0,044$ ), ou seja, quanto maior a idade, maior o tempo para a busca por assistência médica. A hipertensão arterial sistêmica apresentou associação significativa com a redução do tempo entre a busca e o diagnóstico médico ( $p=0,012$ ). O histórico familiar de câncer esteve associado de forma significativa ao menor tempo entre o início dos sintomas e busca por tratamento ( $p=0,08$ ). O acompanhamento preventivo apresentou associações significativas entre o menor tempo decorrido em relação à busca por tratamento e o diagnóstico ( $p=0,07$ ) e, também, entre os sintomas e o início do tratamento ( $p<0,001$ ).

Associações significativas foram observadas entre as variáveis: perda ponderal e o menor tempo decorrido entre o início dos sintomas e a busca por assistência médica ( $p=0,010$ ); náusea e o tempo entre início dos sintomas e início do tratamento ( $p=0,024$ ); vômito e a redução do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a busca por assistência médica ( $p=0,042$ ) e início do tratamento ( $p=0,005$ ); hematoquesia e o menor tempo entre o início do tratamento e a cirurgia ( $p=0,006$ ) e dor ao menor tempo entre diagnóstico e o início do tratamento ( $p=0,003$ ).

Existiu associação significativa entre os pacientes que começaram a busca por tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e o maior tempo decorrido entre a busca e o diagnóstico ( $p=0,009$ ). A renda ( $p=0,689$ ), a escolaridade ( $p=0,394$ ), o sexo ( $p=0,564$ ), o estado civil ( $p=0,842$ ) e a religião ( $p=0,552$ ) não estiveram associados à busca por auxílio após o início dos sintomas e não interferiram nos intervalos de tempo estudados.

Tabela 4 - Tempo decorrido entre o início dos sintomas, a busca por tratamento, o diagnóstico e o início do tratamento. São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Intervalos	n	Tempo (meses)		
		Média ( $\pm$ DP)	Mediana	Mín-Máx
Entre sintomas e busca por assistência médica	93	2,15 ( $\pm$ 3,94)	1	0-25
Entre busca por assistência médica e diagnóstico	100	4,78 ( $\pm$ 7,19)	2	0-43
Entre diagnóstico e início do tratamento	101	4,06 ( $\pm$ 4,05)	3	0-34
Entre sintomas e início do tratamento	93	15,16 ( $\pm$ 10,97)	12	0-67

## Discussão

A maioria dos pacientes era do sexo masculino; com idade média de 61,7 anos; principalmente tabagistas ou ex-tabagistas, e, etilistas ou ex-etilistas; casados; com renda entre dois e cinco salários mínimos; tinham até quatro anos de estudo, sendo o diagnóstico mais frequente o de câncer de reto. Cabe ressaltar que, quanto mais velhos, maior foi o tempo entre o início dos sintomas e a busca por tratamento.

Os resultados corroboram com a literatura científica existente quanto a média de idade dos pacientes e a predominância deste tipo de câncer entre indivíduos do sexo masculino<sup>(2,12-13)</sup>, consumidores de álcool e tabaco<sup>(14-16)</sup> e com baixo nível educacional, como aspectos associados a demora superior a 30 dias até o primeiro tratamento, demonstrando que não somente aspectos clínicos, mas também, sócio culturais interferem no processo de busca por tratamento<sup>(12)</sup>.

Na presente investigação, a maior parte dos pacientes analisados buscou assistência médica até 30 dias após o início dos sintomas, contudo, o tempo entre a busca por assistência médica e o início do tratamento aconteceu em média em 8,84 meses. Neste sentido, procurando agilizar o acesso aos serviços de saúde, diversos países no mundo tem buscado implementar programas de rastreamento específicos para câncer de estômago e colorretal.

Na década de 90, o governo dinamarquês começou a implantação de um programa que recomenda que o tempo entre a suspeita e a realização dos exames em pacientes investigados para câncer colorretal aconteça, em no máximo, 14 dias, somados a mais 14 dias entre o diagnóstico e o tratamento, totalizando, dessa maneira, um período de 28 dias entre a suspeita e o tratamento<sup>(17)</sup>. No Reino Unido, a partir de 2000, foi introduzida a recomendação de "encaminhamento em duas semanas" para pacientes com suspeita de câncer colorretal, que se enquadram em critérios pré-definidos por idade, sinais e sintomas<sup>(18)</sup>.

Pesquisa recente analisando a implementação do programa britânico evidenciou que o número de diagnósticos de câncer colorretal apresentaram aumento expressivo, comparativamente a períodos anteriores ao seu início, no entanto, não existiu diferenças relativas ao estágio dos tumores diagnosticados, ou ainda, quanto ao período de sobrevida em dois anos<sup>(18)</sup>.

Aspecto que difere da implementação de programas de rastreamento para câncer gástrico, especialmente na Ásia, que tem contribuído para o diagnóstico da doença em estágios iniciais e, dessa forma, aumentado a sobrevida destes pacientes, gerando, assim, melhores

resultados do que os obtidos no Ocidente, em relação à mesma doença<sup>(19)</sup>.

Apenas recentemente, o Brasil, por meio da Lei 12.732<sup>(20)</sup>, promulgada em 2012, recomendou que o tratamento oncológico, independente do tipo de câncer, deveria ser iniciado em até 60 dias após o diagnóstico. É importante frisar que o prazo recomendado pela lei brasileira leva em consideração apenas o período transcorrido entre a admissão e tratamento do paciente na instituição especializada em oncologia, portanto, não avalia os encaminhamentos necessários até este atendimento.

O período entre o diagnóstico ou suspeita do diagnóstico e efetivo tratamento, levou em média quatro meses. É importante destacar que, no atual estudo, está retratado todo o processo de busca por tratamento relatado pelo paciente, ou seja, desde os primeiros sintomas até o tratamento oncológico, propriamente dito, na instituição especializada.

Destaca-se que, apesar dos programas de rastreamento serem capazes de aumentar a capacidade de diagnóstico da doença oncológica<sup>(18-19)</sup>, diferente do que ocorre nos tumores gástricos<sup>(19)</sup>, a literatura científica não parece conseguir demonstrar a capacidade destas iniciativas de impactarem na mortalidade associada ao câncer colorretal<sup>(18,21-22)</sup>.

Neste sentido, existem evidências de que independente de garantias de acesso igualitário ao sistema de saúde e diagnóstico, por meio de *screening* para a doença, a maior parte dos diagnósticos está associado a presença de sinais e sintomas, em especial sangramento retal, dor abdominal, ou ainda, mudança no hábito intestinal e fadiga, o que parece culminar em maiores estádios da neoplasia colorretal<sup>(21-22)</sup>.

Revisão de literatura recente indicou controvérsias na análise do papel entre atraso no diagnóstico, sobrevivência ao câncer colorretal e estágio da doença<sup>(23)</sup>. Parece haver consenso ao afirmar que sinais e sintomas considerados mais preocupantes pelos pacientes, como sangramentos e dores abdominais levam a busca mais ágil por atendimento à saúde, gerando diagnósticos mais rápidos, como ocorre, por exemplo, nos casos de tumores de reto. Doenças com sintomas menos específicos, como os que ocorrem entre os pacientes acometidos por câncer de cólon, demandam maior período de investigação até o seu diagnóstico definitivo, culminando em estágios mais avançados da doença<sup>(23-24)</sup>.

Nesta investigação, observou-se também que, o tempo entre apresentar os primeiros sintomas e buscar assistência médica foi superior a dois meses e o tempo médio entre os sintomas e o início do tratamento foi de, aproximadamente, 15 meses. Além disso, pacientes que demoraram mais de 30 dias para buscar assistência

médica, em 73,5% dos casos, não associaram seus sintomas a algum problema de saúde, destacando, em acordo com a literatura, a importância associada aos aspectos atitudinais do paciente, na atribuição de valor aos sinais e sintomas sentidos, motivando agilidade na busca pelo serviço de saúde<sup>(12-24)</sup>.

Apesar das limitações de acesso a informações relativas ao estágio, observou-se, nesta investigação, que a minoria dos casos possuía a doença *in situ*. O diagnóstico de câncer *in situ* é difícil devido ao grande número de pacientes assintomáticos ou com sintomas atípicos em câncer gástrico e colorretal, mesmo em países com bons métodos implementados de *screening*, como o Japão e Estados Unidos da América (EUA)<sup>(6,13,25)</sup>.

Contudo, é válido destacar que, após a implantação do programa de rastreamento para estas neoplasias nos EUA, a taxa de americanos com mais de 50 anos que já realizaram exame de colonoscopia triplicou nos últimos 11 anos, contribuindo para a queda de 3,9% da doença nesta faixa etária, mesmo assim, apenas 40% dos pacientes com câncer colorretal foram diagnosticados com a doença *in situ* em 2014<sup>(13)</sup>. Em relação aos pacientes com câncer gástrico, mundialmente a sobrevivência em cinco anos para a doença é de 20%, enquanto no Japão, para doenças diagnosticadas entre os estágios I e II, a sobrevivência chega a 70%<sup>(25)</sup>.

Ademais, é interessante notar que, outro aspecto que pode ter influenciado a busca pelo serviço de saúde, pode estar vinculado ao câncer de estômago e colorretal atingir mais frequentemente homens<sup>(2,12-13)</sup> e sabe-se que mulheres tendem a aderir melhor aos programas de saúde, como acontece, por exemplo, no programa de rastreamento de câncer de mama.

Salienta-se também que, foram observados aspectos que colaboraram na agilidade de atendimento, como a associação significativa entre a hipertensão arterial e o menor tempo para o diagnóstico, o que sugere que portadores de doenças crônicas e que realizam acompanhamento em um serviço de saúde apresentam maior agilidade na detecção de novas doenças, da mesma forma, os que fazem acompanhamento ou rastreamento para prevenção devido ao histórico familiar ou pessoal de câncer, o que certamente contribui para maiores chances de melhor prognóstico. Dessa forma, o acompanhamento para doenças crônicas favorece o maior acesso ao serviço e profissionais de saúde, aumentando assim, as chances dos pacientes terem seus sintomas reconhecidos, ocorrendo a suspeita da doença e encaminhamento para exames<sup>(10)</sup>.

Recomendações sobre a necessidade de um programa de controle para o câncer gástrico e colorretal no Brasil existem desde a década de 1990, todavia, não podem ser ignoradas as dificuldades associadas ao alto

custo dos exames de detecção e sua natureza invasiva, somado a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde desde sua formação, principalmente, os que atuam na atenção primária, para o reconhecimento dos sinais e sintomas de suspeita<sup>(9)</sup>.

Assim, diante dos resultados desta investigação, destaca-se a importância da criação de um programa de rastreamento, da divulgação de informações sobre o câncer de estômago e colorretal, assim como, a integração entre os serviços de saúde, a diminuição no tempo de espera por exames e o investimento em formação profissional na área de saúde para a detecção mais ágil dos casos e melhor qualidade de vida do paciente.

As limitações do estudo encontram-se na delimitação geográfica dos dados evidenciados, ao investigar os pacientes encaminhados a um importante centro de tratamento oncológico, de um único município. Outro aspecto a ser apontado é a carência de estudos nacionais que investiguem o tema, em especial, entre tumores gastrointestinais, o que também pode ser apresentado como uma limitação, uma vez que fragiliza as comparações dos resultados encontrados à realidade nacional.

Dessa forma, reforça-se a necessidade da realização de investigações similares nas demais regiões do país, produzindo estudos que permitirão identificar barreiras e soluções, contribuindo para a elaboração de uma política pública brasileira bem estruturada, para o atendimento dos potenciais casos de câncer de estômago e colorretal.

## Conclusão

A maior causa de atraso na busca por assistência médica foi a não associação entre os sintomas apresentados como causa de doença. O histórico familiar de câncer e acompanhamento preventivos estiveram significativamente relacionados a menores períodos para busca e início do tratamento. O período entre manifestação de sintomas e a obtenção do tratamento aconteceu em média após 15,16 meses, este período talvez possa ser justificado devido a necessidade, na maior parte da amostra, de pelo menos um ou dois encaminhamentos até o local de efetivo tratamento.

## Referências

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [Acesso 27 jan 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>

2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016];36(5):E359-86. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/epdf>
3. Lamarca Lete A, Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Stomach cancer. *Medicine*. (Spain) [Internet]. 2013 [Access May 30, 2016];11(25):1512-8. Available from: <http://www.medicineonline.es/es/cancer-estomago/articulo/S0304541213704876/> doi: 10.1016/S0304-5412(13)70487-6
4. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Ferreira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms and Interventions to Reduce Onset and Mortality. *Clin Colorectal Cancer* [Internet]. 2016 [Access May 30, 2016];pii: S1533-0028(16)30020-2. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1533002816300202>
5. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. [Access May 30, 2016];20(1):93-100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100013>.
6. Ross WA. Colorectal cancer screening in evolution: Japan and the USA. *J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2010 [Access May 30, 2016];25Suppl1:S49-56. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1746.2010.06221.x/pdf>
7. Zauber AG. The impact of screening on colorectal cancer mortality and incidence: has it really made a difference? *Dig Dis Sci*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016];60(3):681-91. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10620-015-3600-5>
8. Welch HG, Robertson DJ. Colorectal cancer on the decline-why screening can't explain it all. *N Engl J Med*. 2016;374(17):1605-7. doi: 10.1056/NEJMp1600448.
9. Coy CSR. Colorectal cancer prevention in Brazil - where are we? *J Coloproctol*. (Rio J.) [Internet]. 2013 [Access May 29, 2016];33(3):111-2. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-93632013000300111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632013000300111&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.09.001>.
10. Knorst MM, Dienstmann R, Fagundes LP. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. *J Pneumol*. [Internet]. 2003 [Acesso 12 dez 2015];29(6):358-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862003000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862003000600007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862003000600007>
11. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). 2012. [Acesso 4 jul 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Zarcos-Pedrinaci I, Fernández-López A, Téllez T, Rivas-Ruiz F, Rueda AA, Suarez-Varela MM, et al. Factors that influence treatment delay in patients with colorectal cancer. *Oncotarget* [Internet]. 2016 [Access Dec 19, 2016]; Available from: [http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path\[\]=13574&pubmed-linkout=1](http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path[]=13574&pubmed-linkout=1). doi: 10.18632/oncotarget.13574.
13. Siegel R, DeSantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. [Internet]. 2014 [Access Dec 12, 2015];64:104-117. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21220/full>. DOI: 10.3322/caac.21220
14. Walter V, Jansen L, Ulrich A, Roth W, Bläker H, Chang-Claude J, et al. Alcohol consumption and survival of colorectal cancer patients: population-based study from Germany. *Am J Clin Nutr*. 2016;103(6):1497-506. doi: 10.3945/ajcn.115.127092.
15. Walter V, Jansen L, Hoffmeister M, Ulrich A, Chang-Claude J, Brenner H. Smoking and survival of colorectal cancer patients: population-based study from Germany. *Int J Cancer*. 2015;137(6):1433-45. doi: 10.1002/ijc.29511.
16. Silva GA, Rezende LFM, Gomes FS, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Eluf-Neto J. Lifestyle among former cancer patients in Brazil in 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [Access Dec 12, 2015];21(2):379-88. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200379&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200379&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.24722015>
17. Iversen LH. Aspects of survival from colorectal cancer in Denmark. *Dan Med J*. [Internet]. 2012 [Access Dec 19, 2016];59(4):B4428. Available from: [http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj\\_forside/PAST\\_ISSUE/2012/DMJ\\_2012\\_04/B4428](http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2012/DMJ_2012_04/B4428)
18. Khong TL, Naik K, Sivakumar R, Shah S. Impact of the United Kingdom national bowel cancer awareness campaigns 2012 on colorectal cancer services and patient survival. *Colorectal Dis*. [Internet]. 2015 [Access Dec 19, 2016];17(12):1055-61. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.13038/abstract;jsessionid=5C2C0641A0F123951A906D7BCF2370E4.f02t04>. doi: 10.1111/codi.13038.
19. Marano L, Polom K, Patriiti A, Roviello G, Falco G, Stracqualursi A, et al. Surgical management of advanced gastric cancer: An evolving issue. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42(1):18-27. doi: 10.1016/j.ejso.2015.10.016
20. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 (BR). 2012. [Acesso 4 jul 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.html)

21. Hatch QM, Kniery KR, Johnson EK, Flores SA, Moeil DL, Thompson JJ, et al. Screening or Symptoms? How Do We Detect Colorectal Cancer in an Equal Access Health Care System? *J Gastrointest Surg*. 2016 Feb;20(2):431-8. doi: 10.1007/s11605-015-3042-6.
22. Walter FM, Emery JD, Mendonca S, Hall N, Morris HC, Mills K, et al. Symptoms and patient factors associated with longer time to diagnosis for colorectal cancer: results from a prospective cohort study. *Br J Cancer*. 2016 Aug 23;115(5):533-41. doi 10.1038/bjc.2016.221.
23. Vega P, Valentín F, Cubiella J. Colorectal cancer diagnosis: Pitfalls and opportunities. *World J Gastrointest Oncol*. [Internet]. 2015 [Access Dec 19, 2016];7(12):422-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678389/> doi: 10.4251/wjgo.v7.i12.422
24. Esteva M, Leiva A, Ramos M, Pita-Fernández S, González-Luján L, Casamitjana M, Sánchez MA, et al. Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer*. [Internet]. 2013 [Access Dec 20, 2016];13: 87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598975/>. DOI: 10.1186/1471-2407-13-87
25. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. [Internet]. 2014 [Access May 30, 2016];23(5):700-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019373/pdf/nihms-574508.pdf>. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-1057

Recebido: 17.2.2016

Aceito: 13.2.2017

---

Correspondência:  
Vanessa de Brito Poveda  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Bairro: Cerqueira César CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: vbpoveda@usp.br

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.