UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LÍVIA MODOLO MARTINS

Assistência à saúde de pessoas com doenças colorretais no sistema público: a perspectiva do usuário

RIBEIRÃO PRETO

2021

LÍVIA MODOLO MARTINS

Assistência à saúde de pessoas com doenças colorretais no sistema público: a perspectiva do usuário

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção de título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: O cuidar de adultos e idosos
Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

RIBEIRÃO PRETO

2021

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

Martins, Lívia Modolo
Assistência à saúde de pessoas com doenças colorretais no sistema público: a perspectiva do usuário. Ribeirão Preto, 2021.
195 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientador: Sonobe, Helena Megumi.

1. Assistência centrada no paciente. 2. Doenças do Sistema Digestório. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Enfermagem

MARTINS, Lívia Modolo

Assistência à saúde de pessoas com doenças colorretais no sistema público: a perspectiva do usuário

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ...../...../.....

Comissão Julgadora

Prof.Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

EPÍGRAFE

Reze e trabalhe, fazendo de conta que esta vida é um dia de capina com sol quente, que às vezes custa muito a passar, mas que sempre passa. E você ainda pode ter muito pedaço bom de alegria (...) Cada um tem a sua hora e a sua vez: você há de ter a sua..."

(Trecho do conto "A hora e a vez de Augusto Matraga", do livro Sagarana).

Rosa, João Guimarães, 1908-1967. Sagarana / João Guimarães Rosa; [Ed. especial] - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015. (Coleção 50 anos)

DEDICATÓRIA

*A **Deus**, que me deu a oportunidade de aperfeiçoar conhecimentos e habilidades para que este trabalho fosse realizado da melhor maneira possível, dentro das minhas limitações e dificuldades para obter êxito, e que sempre me guiou pelos caminhos certos, abrindo portas, me protegendo e me amparando em todos os momentos.*

*Aos meus **queridos pais, Geraldo e Nilza**, que nunca mediram forças para investir em minha educação, me apoiando sempre em todas as escolhas, tanto pessoais quanto acadêmicas, e que me serviram de exemplo de perseverança, superação e dedicação, mostrando que é possível crescer como ser humano com empenho e princípios. Este trabalho é fruto de seus esforços! Sem vocês eu não teria chegado até aqui!*

*Ao meu **marido, companheiro e amigo André Luís Dias** pela paciência, compreensão, escuta, incentivo, carinho e todo este amor dedicado a esta minha caminhada junto à nossa família, por me ajudar e me dar subsídio para que eu conseguisse chegar até aqui. Obrigada por seu amor incondicional! Este trabalho também é produto de seu empenho!*

*À minha **avó materna Antônia Bindo Modolo** (in memoriam), que sei que está torcendo por mim onde estiver. Saudades!*

*A todas as **pessoas usuárias do SUS** que traçam trajetórias homéricas em busca de uma assistência à saúde digna e inclusiva, em especial àquelas que doaram seu tempo, seus sentimentos, suas histórias e suas vozes e participaram deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001".Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018.

*Agradeço a **Deus,** pela oportunidade de aprender um pouco mais, por iluminar as minhas escolhas na vida e pela força para enfrentar as dificuldades e desafios.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, berço de minha formação acadêmica e profissional.*

*Aos **participantes deste estudo**, pela disponibilidade, confiança e aprendizado.*

*Aos **meus queridos pais Geraldo e Nilza**, que sempre primaram pela minha educação, além de me oferecerem a oportunidade de estudar, exemplos de luta, determinação e honestidade, sempre estiveram presentes e sou muito feliz por isso.*

*À minha **querida irmã Mirela**, exemplo de Enfermeira, amiga, parceira, incentivadora e entusiasta da minha trajetória acadêmica e de vida, que sempre vibra com minhas conquistas, estando sempre presente nos momentos importantes.*

*Ao meu **marido André Luís Dias**, por todo o incentivo, apoio, por estar o tempo todo ao meu lado, incondicionalmente. Nos momentos mais difíceis, que não foram raros neste último ano, sempre me fazendo acreditar que chegaria ao final desta difícil, porém gratificante etapa. Este período nos mostrou a verdade sobre nosso relacionamento: somos uma Família! Sou grata por cada gesto carinhoso, cada sorriso, e ansiosa por estar ao seu lado o resto da minha vida.*

*Agradeço, em especial, à minha querida orientadora, **Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe**, pela enorme dedicação em me orientar em cada etapa de elaboração da pesquisa, pela credibilidade, incentivos e pelos inúmeros ensinamentos.*

*Aos **demais familiares**, pelo apoio incondicional em todos os momentos.*

*À todas as **minhas queridas amigas**, em especial, **Layse Beneli Prado, Carla Santa Maria Marciliano, Joice Gaspar, Larissa Spanó**, **Natália Del Angelo** que ainda que a distância, me acompanharam e incentivaram nessa jornada de crescimento pessoal e profissional.*

*Às Enfermeiras e minhas parceiras de trabalho e reflexão **Sonia Camila Sant´Anna**, **Thatiane Delatorre**, **Tatiane Veloso, Marcela Fukui Stábile, Aline Inocenti** que sempre estavam prontas a me ouvir, acolher e dividir os desafios cotidianos.*

*À minha amiga, Enfermeira **Isabel Cristina Adão Schiavon**, colega de turma durante as disciplinas do Doutorado, pela amizade sincera, generosidade e por compartilhar esse desafio.*

*Ao **Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro**, por compreender e permitir as minhas ausências e sempre me incentivar a continuar com minha formação.*

*À **Drª. Miyeko Hayashida**, por todo o auxílio e suporte na análise estatística com os dados deste estudo e colaboração com minha formação docente e como pesquisadora.*

*Ao Analista de Sistemas **Marcelo Borges**, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, pela grande colaboração e prontidão em disponibilizar os dados do Sistema HygiaWeb e em esclarecer minhas dúvidas.*

*Ao **Corpo Docente** dos Programas de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelos infinitos ensinamentos e por apontarem novos horizontes para o saber.*

*Aos membros do **Grupo de Pesquisa - GERPCO**, pela parceria, incentivo, compartilhamentos de saberes e vivências e colaboração em todos os momentos.*

À todas as pessoas intimamente ligadas a mim, que no período de desenvolvimento deste estudo me ajudaram com paciência e compreensão, me estimulando e demonstrando que a superação nos momentos difíceis vale à pena e que realmente se importam e torcem pelo meu êxito.

Muito obrigada!!!

RESUMO

MARTINS, L. M. **Assistência à saúde de pessoas com doenças colorretais no sistema público**: a perspectiva do usuário. 2021. 195 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Resumo: Trata-se de um estudo de desenho misto, do tipo sequencial explanatório, sendo que na etapa quantitativa descritiva e transversal, objetivou-se analisar a demanda de atendimento de assistência de pessoas com queixas colorretais em Unidades de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS); e na etapa qualitativa exploratória, interpretar o mapa de cuidado de pessoas com adoecimento colorretal crônico no SUS (Parecer No. 210/2018 CEP/EERP-USP). Na etapa quantitativa aplicou-se um instrumento de coleta de dados, elaborado pelas pesquisadoras, com base na revisão de literatura, para caracterização sociodemográfica, clínica, terapêutica e de referência de participantes usuários da Estratégia Saúde da Família com queixas colorretais, mediante critérios de inclusão e exclusão, no período de abril a setembro de 2019. A análise estatística descritiva dos dados indicou, que do total de 107 participantes, predominou 78 (72,9%) que tinham idade acima de 60 anos, 64 (59,8%) eram do sexo feminino, 61 (57%) tinham até oito anos de estudos, 68 (63,65) com companheiro, 56 (52,3%) eram aposentados, 45 (42,1%) apresentavam renda de até um salário mínimo e 95 (88,8%) não possuíam plano de saúde privado, sendo que o encaminhamento para o nível secundário foi devido ao protocolo de rastreamento para 62 (57,9%) e 45 (42,1%) por queixa colorretal, todos haviam realizado a Pesquisa de Sangue Oculto e destes, 78% tiveram resultado positivo; todos os entrevistados haviam recebido encaminhamento para realizar a colonoscopia. Além disso, 78 (72,9%) eram sedentários; e 66 (61,7%) consumiam carne vermelha e 45 (42,1%) embutidos. A análise univariada da associação das variáveis hábitos de vida, resultado de colonoscopia, presença de alterações displásicas ou doença colorretal não foi estatisticamente significante entre consumo de carne vermelha, consumo de embutidos ou ambos com o desfecho de colonoscopia normal, displasia intestinal com potencial neoplásico e doença diverticular ou orificial. Estes resultados dimensionaram o contexto de atendimento desta clientela na Atenção Primária à Saúde (APS), auxiliando o refinamento dos critérios de seleção dos possíveis participantes da etapa qualitativa. A etapa qualitativa foi realizada, no período de junho de 2020 a julho de 2020, mediante os critérios de seleção: pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico colorretal crônico: Doença inflamatória intestinal ou Neoplasia colorretal em internação especialidade de Coloproctologia de um hospital universitário público, de assistência terciária/quaternária. Nesta etapa, os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais em profundidade com 14 participantes, cuja caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica revelou internação para tratamento cirúrgico, com maior gravidade clínica, sendo

que 13 apresentavam diagnóstico de Neoplasia colorretal. Utilizou-se questões norteadoras, diário de campo, observação não participante e participante para a obtenção dos dados, que foram interpretados com Análise Temática, fundamentado pela Epidemiologia Social. O Mapa de Cuidado construído por estes, iniciou-se com queixas e sinais/sintomas gastrointestinais, envolvendo situações de maior gravidade clínica, com sofrimento físico e psicoemocional; diagnosticados como parasitose, hemorroidas e anemia na APS, cujos tratamentos não foram resolutivos. Para esta interpretação, articulou-se as ações destes participantes às suas queixas, à condição socioeconômica, cultural e psicoemocional, assim como à capacidade de enfrentamento do adoecimento oncológico e dos tratamentos, no qual ocorreu a focalização da vida destes e de suas famílias nos acontecimentos clínicos e terapêuticos do contexto de atendimento terciário/quaternário. O acesso aos serviços do SUS ocorreu de diferentes maneiras, com utilização de estratégias que agilizaram e asseguraram a resolução do seu problema de saúde, sendo que o agir leigo foi uma produção social, no cotidiano do SUS, mediado pelos acontecimentos, pelas ações dos profissionais e de suas próprias ações ou pelo sistema de apoio social, enfatizando-se o sofrimento desta clientela na busca pela assistência à saúde. Este mapa de cuidado mostrou que o agir leigo constituiu uma regulação assistencial no SUS, tão importante quanto as outras formas, composto pelos vínculos dos pacientes com profissionais dos serviços dos níveis primário, secundário, terciário/quaternário, de suas necessidades e possibilidades, além dos pontos de acesso ao sistema. Estes resultados poderão contribuir na implementação da gestão de cuidados de pessoas com adoecimento colorretal crônico no SUS, dando voz e protagonismo àquele que busca pela assistência à saúde.

Palavras-chave: 1. Assistência centrada no paciente. 2. Doenças do Sistema Digestório. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Enfermagem.

RESUMEN

MARTINS, L. M. **Atención sanitaria a las personas con enfermedades colorrectales en el sistema público**: la perspectiva del usuario. 2021. 195 f. Tesis (Doctorado) - Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Resumen: Se trata de un estudio de diseño mixto, de tipo explicativo secuencial, y en la etapa cuantitativa descriptiva y transversal, el objetivo fue analizar la demanda de atención de personas con quejas colorrectales en Unidades de Salud de la Familia del Sistema Único de la Salud (SUS); y en la etapa exploratoria cualitativa, interpretar el mapa de atención a personas con enfermedad colorrectal crónica en el SUS (Dictamen No. 210/2018 CEP / EERP-USP). En la etapa cuantitativa, se desarrolló un instrumento de recolección de datos, desarrollado por los investigadores, con base en la revisión de la literatura, para la caracterización sociodemográfica, clínica, terapéutica y de referencia de los participantes utilizando la Estrategia Salud de la Familia con quejas colorrectales, utilizando criterios de inclusión y exclusión, de abril a septiembre de 2019. El análisis estadístico descriptivo de los datos indicó que, de un total de 107 participantes, predominaron 78 (72,9%) que tenían más de 60 años, 64 (59,8%) eran mujeres, 61 (57%) tenía hasta ocho años de estudio, 68 (63,65) con pareja, 56 (52,3%) estaban jubilados, 45 (42,1%) tenían un ingreso de hasta un salario mínimo y 95 (88,8%) no tenían una sanidad privada plan, y la derivación al nivel secundario se debió al protocolo de cribado de 62 (57,9%) y 45 (42,1%) por quejas colorrectales, todos habían realizado la Encuesta de Sangre Oculta y de estos, el 78% tuvo resultado positivo; todos los encuestados habían sido remitidos para una colonoscopia. Además, 78 (72,9%) eran sedentarios; y 66 (61,7%) consumieron carnes rojas y 45 (42,1%) embutidos. El análisis univariado de la asociación de las variables hábitos de vida, resultado de colonoscopia, presencia de cambios displásicos o enfermedad colorrectal no resultó estadísticamente significativo entre consumo de carnes rojas, consumo de embutidos o ambos con el resultado de colonoscopia normal, displasia intestinal con potencial neoplásico y enfermedad diverticular o artificial. Estos resultados han dimensionado el contexto de atención a esta clientela en Atención Primaria de Salud (APS), contribuyendo a afinar los criterios de selección de posibles participantes en la etapa cualitativa. El paso cualitativo se realizó, de junio de 2020 a julio de 2020, utilizando los criterios de selección: mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico colorrectal crónico: Enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasia colorrectal en coloproctología especialidad hospitalización de un hospital universitario público, de asistencia terciaria / cuaternaria. En esta etapa se recogieron datos a través de entrevistas individuales en profundidad a 14 participantes, cuya caracterización sociodemográfica, clínica y terapéutica reveló hospitalización para tratamiento quirúrgico, con mayor gravedad clínica, 13 presentando diagnóstico de neoplasia colorrectal. Para la obtención de los datos se utilizaron preguntas orientadoras, diario de campo, observación no participante y participante, los cuales fueron

interpretados con Análisis Temático, con base en Epidemiología Social. El Mapa de Atención construido por ellos comenzó con quejas y signos / síntomas gastrointestinales, involucrando situaciones de mayor gravedad clínica, con sufrimiento físico y psicoemocional; diagnosticados como parasitosis, hemorroides y anemia en APS, cuyos tratamientos no resultaron efectivos. Para esta interpretación, las acciones de estos participantes se vincularon a sus quejas, a su condición socioeconómica, cultural y psicoemocional, así como a su capacidad para afrontar enfermedades y tratamientos oncológicos, en los que sus vidas y sus familias se enfocaron en la eventos aspectos clínicos y terapéuticos en el contexto de la atención terciaria / cuaternaria. El acceso a los servicios del SUS se dio de diferentes formas, utilizando estrategias que agilizaron y aseguraron la resolución de su problema de salud, y el acto laico fue una producción social, en el cotidiano del SUS, mediatizado por los hechos, por la acción de los profesionales y desde su acciones propias oa través del sistema de apoyo social, enfatizando el sufrimiento de esta clientela en la búsqueda de atención de salud. Este mapa de atención mostró que el acto laico constituía una regulación asistencial en el SUS, tan importante como las otras formas, compuesta por los vínculos de los pacientes con los profesionales de los servicios de los niveles primario, secundario, terciario / cuaternario, de sus necesidades y posibilidades, además de los puntos de acceso al sistema. Estos resultados pueden contribuir a la implementación de la gestión de la atención de las personas con enfermedad colorrectal crónica en el SUS, dando voz y liderazgo a quienes buscan cuidado de la salud.

Palabras clave: 1. Atención Dirigida al Paciente. 2. Enfermedades del Sistema Digestivo. 3. Accesibilidad a los Servicios de Salud. 4. Enfermeria.

ABSTRACT

MARTINS, L. M. **Health care for people with colorectal diseases in the public system**: the user's perspective. 2021.195 p. Thesis (Doctoral Degree) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Abstract: This is a study of mixed design, of an explanatory sequential type, and in the quantitative descriptive and transversal stage, the objective was to analyze the demand for assistance from people with colorectal symptoms in Family Health Units in the Unified System Health (SUS); and in the qualitative exploratory stage, interpret the care map for people with chronic colorectal illness in SUS (Note Nº. 210/2018 CEP / EERP-USP). In the quantitative stage, a data collection instrument was developed by the researchers, based on the literature review, for sociodemographic, clinical, therapeutic, and reference characterization of participating users of the Family Health Strategy with colorectal symptoms, considering inclusion and exclusion criteria, from April to September 2019. The descriptive statistical analysis of the data indicated that, out of a total of 107 participants, 78 (72.9%) predominated who were over 60 years old, 64 (59.8%) were female, 61 (57%) had up to eight years of study, 68 (63.65) with a partner, 56 (52.3%) were retired, 45 (42.1%) had an income of up to one minimum wage and 95 (88.8%) did not have a private health plan, and the referral to the secondary level was due to the screening protocol for 62 (57.9%) and 45 (42.1%) due to colorectal complaints, all had carried out the Occult Blood Survey and of these, 78% had a positive result; all respondents had been referred for colonoscopy. In addition, 78 (72.9%) were sedentary; and 66 (61.7%) consumed red meat and 45 (42.1%) sausages. The univariate analysis of the association of the variables life habits, the result of colonoscopy, presence of dysplastic changes or colorectal disease was not statistically significant between consumption of red meat, consumption of sausages or both with the outcome of normal colonoscopy, intestinal dysplasia with neoplastic potential and diverticular or artificial disease. These results have dimensioned the context of care for this clientele in Primary Health Care (PHC), helping to refine the selection criteria of possible participants in the qualitative stage. The qualitative stage was carried out, from June 2020 to July 2020, using the selection criteria: people over 18 years of age, of both sexes, with chronic colorectal diagnosis: Inflammatory bowel disease or Colorectal neoplasia in Coloproctology specialty hospitalization of a public university hospital, of tertiary/quaternary assistance. In this stage, data were collected through in-depth individual interviews with 14 participants, whose sociodemographic, clinical, and therapeutic characterization revealed hospitalization for surgical treatment, with greater clinical severity, with 13 presenting a diagnosis of colorectal neoplasia. Guiding questions, field diary, non-participant and participant observation were used to obtain the data, which were interpreted with Thematic Analysis, based on Social Epidemiology. The Care Map built by them started with gastrointestinal complaints and signs/symptoms, involving situations of greater clinical severity, with physical and psycho-emotional suffering; diagnosed as parasitosis, hemorrhoids, and anemia in PHC, whose treatments were not effective. For this interpretation, the actions of these participants were linked to their complaints, to their socioeconomic, cultural, and psycho-emotional condition, as well as to their ability to cope with oncological illness and treatments, in which the lives of these and their families

were focused on the events and therapeutic aspects of the tertiary/quaternary care context. Access to SUS services occurred in different ways, using strategies that streamlined and ensured the resolution of their health problem, and the lay agency as social production, in the daily routine of SUS, mediated by events, by the actions of professionals and their actions or the social support system, emphasizing the suffering of this clientele in the search for health care. This care map showed that the lay act constituted an assistance regulation in SUS, as important as the other forms, composed by the bonds of patients with professionals from the services of the primary, secondary, tertiary/quaternary levels, of their needs and possibilities, in addition to the access points to the system. These results may contribute to the implementation of the care management of people with chronic colorectal illness in SUS, giving voice and leadership to those seeking health care.

Keywords: 1. Patient-Centered Care. 2. Digestive System Disease. 3. Health Services Accessibility. 4. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos estudos primários selecionados para Revisão Integrativa..... 44
Tabela 2 - Classificação dos estudos segundo tema 47
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica, laboral e de renda familiar da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2021 75
Tabela 4 - Caracterização clínica e de hábitos de vida da amostra da Etapa Quantitativa. Ribeirão Preto, 2021 78
Tabela 5 - Caracterização clínica e de encaminhamento ao serviço secundário por queixas colorretais ou indicação de colonoscopia. Ribeirão Preto, 2021... 81
Tabela 6 - Análise univariada da associação das variáveis categóricas hábitos de vida, resultado de colonoscopia, presença de alterações ou doença colorretal. Ribeirão Preto, 2021 85
Tabela 7 - Análise univariada da associação das variáveis categóricas fatores de risco, dados clínicos e presença de displasia de cólon. Ribeirão Preto, 2021 . 88
Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica, laboral e de renda familiar dos participantes da Etapa Qualitativa. Ribeirão Preto, 2021 103
Tabela 9 - Caracterização clínica e de hábitos de vida dos participantes da Etapa Qualitativa. Ribeirão Preto, 2021..... 105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos 44
Figura 2 – Esquema de identificação de potenciais participantes da pesquisa – Etapa Quantitativa. Ribeirão Preto, 2021 70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	American Cancer Society
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Centro de Atenção Primária
CAPP	Comissão de Aprovação de Projetos de Pesquisa
CCR	Câncer Colorretal
CEP-EERP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CR	Complexo Regulador
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DO	Doutorado
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HND	História Natural da Doença
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MEI	Manifestações extra intestinais
NP	Níveis de Prevenção
NutriRECS	*Nutritional Recommendations Consortium*
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento do Ensino
RCU	Retocolite Ulcerativa
RI	Revisão Integrativa
SBCP	Sociedade Brasileira de Coloproctologia
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SMS-PMRP	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP	Universidade de São Paulo
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

Sumário

1. APRESENTAÇÃO 20
2. INTRODUÇÃO 21
2.1. História Natural da Doença e Níveis de Prevenção. 22
2.2. Prevenção secundária: rastreamento como estratégia de detecção precoce de doenças crônicas colorretais 24
2.3. Doenças inflamatórias intestinais (DII) 29
3. REVISÃO DE LITERATURA 42
3.1 Resultados da RI 44
3.2 Discussão da RI 53
4. OBJETIVOS 58
4.1. Etapa Quantitativa 58
4.2. Etapa Qualitativa 58
5. REFERENCIAL TEÓRICO 59
5.1. O adoecimento por problema colorretal crônico na perspectiva da epidemiologia social 59
6. MATERIAL E MÉTODO 67
6.1 Delineamento do estudo 67
6.2 Aspectos Éticos 67
6.3 Desenvolvimento do estudo 69
6.4 Local do Estudo 69
6.4.1. Etapa – Quantitativa 69
6.4.2 Etapa – Qualitativa 72
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO 75
7.1. RESULTADOS - ETAPA QUANTITATIVA 75
7.1.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica 75
7.1.2. Caracterização clínica e de hábitos de vida 78
7.1.3. Caracterização de histórico familiar para doenças colorretais crônicas e tempo decorrido, após o encaminhamento 83
7.1.4. Análise estatística univariada das variáveis categóricas 85
7.1.5. Análise de associação entre diagnóstico colorretal final com displasia de cólon e fatores de risco 87
7.2. DISCUSSÃO - ETAPA QUANTITATIVA 90
7.2.1. Discussão da Etapa Quantitativa por análise univariada 101

7.3. RESULTADOS - ETAPA QUALITATIVA..... 103
7.3.1. Caracterização sociodemográfica, clínica, terapêutica, laboral e de renda familiar dos participantes da Etapa qualitativa..... 107
7.3.2. Caracterização Clínica e de Hábitos de Vida dos participantes da Etapa Qualitativa 108
7.4. DISCUSSÃO DOS DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL E DE RENDA FAMILIAR – ETAPA QUALITATIVA..... 111
7.5. RESULTADOS – ETAPA QUALITATIVA..... 120
7.6. DISCUSSÃO - ETAPA QUALITATIVA..... 141
7.6.1. Mapa de Cuidado da pessoa com adoecimento por problema colorretal crônico no SUS 141
8. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM 147
9. CONCLUSÃO..... 152
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS 154
REFERÊNCIAS..... 156
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E DE REFERÊNCIA DE PESSOAS EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA PATOLOGIAS COLORRETAIS – ETAPA 1 – QUANTITATIVA..... 176
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E DE REFERÊNCIA DE PESSOAS EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA PATOLOGIASCOLORRETAIS – ETAPA 1 – QUANTITATIVA..... 182
APÊNDICE C - ..... INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVO - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA COM QUESTÕES NORTEADORAS - ETAPA 02- QUALITATIVA 188
APENDICE D - REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA 189
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 191
ANEXO B - PROTOCOLO ENCAMINHAMENTO PARA COLONOSCOPIA DA SECRETARTIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP 192
ANEXO C - PROTOCOLO ENCAMINHAMENTO PARA PROCTOLOGIA DA SECRETARTIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP 194

1. APRESENTAÇÃO

No Mestrado, tive a oportunidade de aprofundar sobre a reabilitação dos pacientes com estomas intestinais por doenças colorretais crônicas, que aliada à minha atuação como enfermeira na Estratégia Saúde da Família, instigou-me para a continuidade na formação *stricto sensu.* Assim, em 2016, como aluno especial, cursei as disciplinas: A etnografia na pesquisa em saúde, Oficina de produtos e projetos de pesquisa e Prática baseada em evidências em enfermagem perioperatória, o que me auxiliou no embasamento teórico e científico para a elaboração do meu projeto de Doutorado. Posteriormente, em outubro de 2016, fui aprovada no processo seletivo fluxo contínuo – Doutorado. Em 2017, efetivei a matrícula no Programa de Enfermagem Fundamental Nível Doutorado e cursei a disciplina Políticas de Saúde e no primeiro semestre de 2018, integralizei os créditos necessários com o estágio do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino – PAE na disciplina de Cuidado ao Adulto e Idoso no Perioperatório do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

Em 2018, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – CEP-EERP-USP e em dezembro de 2018 fui aprovada no exame de qualificação.

Todas estas atividades descritas foram primordiais e fundamentais para o meu desenvolvimento, amadurecimento e na minha formação em pesquisa e para a docência. As diversas atividades de educação permanente, as quais tive oportunidade fazer, tanto vinculadas ao curso de pós-graduação como ao meu trabalho como enfermeira na Estratégia Saúde da Família, tem me fortalecido como enfermeiro pesquisador, assim como para a minha formação profissional e formação docente. Essa composição entre academia e assistência, tem me permitido articular teoria à prática no meu cotidiano de estudo e de trabalho. Além disso, a produção de trabalhos científicos desenvolve concretamente a minha habilidade de raciocínio científico para a resolução de problemas e desafios cotidianos na prática profissional do enfermeiro e na assistência à saúde.

2. INTRODUÇÃO

Durante a realização de minha pesquisa no Mestrado acadêmico, foi possível compreender a reabilitação dos estomizados intestinais por doenças crônicas colorretais, com a identificação dos principais desafios dessas pessoas, dentre eles o enfrentamento das dificuldades na retomada das atividades cotidianas, dos planos de vida e do desempenho de seus papeis sociais, que se modificaram com o adoecimento. Além disso, o itinerário terapêutico dessas pessoas foi permeado por muita espera, dúvidas, incertezas, tratamentos ineficazes e diagnósticos tardios ou inconsistentes (ALVES, 2015; MARTINS et al., 2015).

A cirurgia intestinal pode envolver a confecção de uma estomia e o indivíduo estomizado passa a lidar com uma vulnerabilidade social e psicológica, que anteriormente não existia, que perpassa pelo preconceito e pelo estigma de ter uma deficiência e não poder corresponder totalmente às expectativas sociais. Assim, o estomizado, descobre-se com capacidades e potencialidades, que podem ajudá-lo a manter as suas expectativas como indivíduo mediante o apoio familiar, social e suporte profissional, além da própria resiliência (MARTINS et al., 2015).

Nos relatos dos participantes entrevistados no Mestrado, evidenciou-se o longo tempo de espera entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento no serviço especializado do Sistema Único de Saúde (SUS) e o início do tratamento propriamente dito. Além de todas as dificuldades para alcançar a resolutividade do problema de saúde, houve a necessidade da confecção de estomia intestinal que foi algo marcante para a vida destas pessoas.

Desse modo, por atuar aproximadamente há 06 anos como enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS), e sendo ela a principal porta de entrada para SUS, onde assistimos e acolhemos as demandas espontâneas dos usuários, além da experiência do Mestrado acadêmico, foram estabelecidas duas questões de pesquisa: Qual é o perfil das pessoas com queixas colorretais, que buscam assistência no sistema público de saúde? Como é a acessibilidade e

qual a perspectiva destas pessoas sobre a assistência ofertada pelo SUS nas Unidades de Saúde da Família de uma cidade paulista e como tem sido a resolução na assistência terciária, na perspectiva do usuário?

Assim, para responder a estes questionamentos, optei por investigar no Doutorado as questões sobre a acessibilidade dos serviços de saúde e o itinerário terapêutico das pessoas com doenças colorretais nos serviços públicos de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Para tanto é necessário compreender que a Atenção Primária a Saúde (APS) caracteriza-se, como porta de entrada preferencial do SUS e como cenário privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumprindo papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2016; 2017b).

A APS no Brasil, assiste apenas cerca de 60-65% da população do país, com qualidade variável e, no geral, ainda relativamente precária. Apesar da expansão exitosa da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta cobre somente cerca de 50% da população do país (TESSER, 2012; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

2.1. História Natural da Doença e Níveis de Prevenção.

Para o entendimento da acessibilidade de pessoas com doenças colorretais na APS é necessário buscar subsídios nos conceitos da história natural da doença (HND) e dos níveis de prevenção (NP), cujo modelo esboça a complexidade real dos fenômenos, o que pode orientar uma propedêutica específica para identificar as oportunidades e ações de prevenção em diferentes níveis de atendimento, quer seja no plano individual ou coletivo (AYRES, 2009).

Leavell e Clark (1976) articularam este modelo de HND, agrupando-se estas ações de prevenção em quatro fases, que são: primária, secundária, terciária e quaternária.

Na **prevenção primária** estão vinculadas ações de promoção de saúde e prevenção de condições crônicas em geral na APS, principalmente na ESF.

No que diz respeito ao rastreamento de doenças crônicas na APS no Brasil, este ocorre majoritariamente de modo oportunístico, mesclado no cuidado clínico cotidiano, muitas vezes por iniciativa do usuário, dos profissionais ou por demanda do serviço, além de que, para prestar um cuidado em saúde efetivo às essas pessoas, se faz necessário compreender a experiência destas com o processo de saúde, sofrimento e doença no contexto sociocultural (BRASIL, 2010a).

As ações de rastreamento estão vinculadas ao nível de **prevenção secundária**, com intervenções que podem cessar ou retardar a progressão de uma doença e/ou sequela, em qualquer momento, após o seu início. Portanto, são ações para detecção de um problema de saúde, em estágio subclínico ou estágio clínico inicial, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, tratamento, redução e prevenção da disseminação da doença e dos agravos a longo prazo A prevenção secundária está prioritariamente direcionada à cura das pessoas com uma doença ou agravo e à redução das consequências mais graves da doença mediante a detecção prévia e tratamento precoce dos casos. O intuito da prevenção secundaria é reduzir sua gravidade e duração e como consequência reduzir complicações e a letalidade das doenças. Os programas de triagem ou rastreamento populacional, como as campanhas massivas de exames de Papanicolau ou para detecção e tratamento precoce do câncer de colo de útero, são exemplos de prevenção secundária. (AYRES, 2009; LEAVELL; CLARK, 1976; STARFIELD et al., 2008).

A **prevenção secundária** também atua no período patogênico, ou seja, nas situações em que o processo saúde-doença já foi instaurado, propiciando uma melhor evolução clínica para os indivíduos afetados, com melhores desfechos ou pelo menos, minimizando a sintomatologia, além de interromper ou reduzir a disseminação do problema a outras pessoas. Para atingir esses objetivos, temos dois **níveis de prevenção na fase secundária: Diagnóstico precoce e tratamento imediato**, sendo que o primeiro detecta mais rapidamente os processos patogênicos já instalados. Assim, mesmo antes de um agravo em curso cruzar o limiar clínico, já é possível, em muitos casos,

diagnosticá-lo e adotar medidas protetoras para os indivíduos afetados e para terceiros, que são as ações e estratégias de rastreamentos (AYRES, 2009).

A **prevenção terciária** abrange o próprio tratamento da doença e está voltada à redução do progresso e das complicações de uma doença já estabelecida por meio da implementação de medidas orientadas a reduzir sequelas, deficiências, minimizar o sofrimento e facilitar a adaptação dos pacientes ao seu contexto. Este nível de prevenção prevê o alcance de um termo final no processo saúde-doença, a estabilização da doença a longo prazo, sendo possível a cura com sequelas ou a cronificação da doença, as quais também demandam cuidados preventivos específicos (AYRES, 2009; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Jamoulle (2015a, 2015b), prevenção **quaternária** consiste em detectar indivíduos em risco de tratamentos excessivos para protegê-los de novas intervenções médicas desnecessárias e inapropriadas para sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Assim, a prevenção quaternária foi proposta como o quarto e último tipo de prevenção, não associada ao risco de doenças, mas sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária (NORMAN; TESSER, 2009). Ainda quanto a **prevenção quaternária**, Brodersen, Schwartz e Woloshin (2014) a definem como uma ação tomada para proteger pessoas de intervenções médicas que provavelmente poderão causar mais mal do que bem.

2.2. Prevenção secundária: rastreamento como estratégia de detecção precoce de doenças crônicas colorretais

A prevenção secundária tem como objetiva a detecção de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população em um estágio precoce, de maneira que seja possível conduzir e tratar a doença com uma evolução favorável. (JAMOULLE, 2000a; JAMOULLE et al., 2000b).

Assim compreende-se a necessidade de conhecer como ocorre a evolução natural da doença e que há um período pré-clínico longo, sendo esta uma fase na qual pode-se realizar a detecção precoce. É no nível de prevenção secundário que estão comtemplados os rastreios e os achados de caso, tanto o

rastreamento como o achado de caso buscam identificar indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos. Ao passo que o rastreamento tem um enfoque comunitário, o achado de caso diz respeito a indivíduos sob cuidados médicos, sendo que em um achado de caso, em geral a busca pelo rastreamento é individual, e não do serviço de saúde (ALMEIDA, 2005).

O termo rastreamento, derivado do inglês *screening*, e traz a ideia de peneirar alguma coisa, contudo, tudo aquilo que é peneirado pode ter como resultados falso-positivos e falso - negativos. Contudo, a palavra rastreamento demonstra na atualidade que qualquer possível resultado falso-positivo ou falso-negativo é encarado como um erro, podem ser tanto com o programa de rastreio ou com os profissionais envolvidos no processo (ALMEIDA, 2005). Assim, é necessário que exista uma clara distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças. Quando um indivíduo exibe sinais e sintomas de uma doença e um teste diagnóstico é realizado, este não representa um rastreamento. A equipe de saúde deve estar sempre vigilante em identificar a apresentação clínica na população sob seus cuidados e deve realizar os exames sempre que surjam sintomas nas pessoas sob seus cuidados, ou seja, realizar os exames necessários de acordo com a clínica apresentada pelo paciente. Isso não configura rastreamento, mas sim cuidado e diagnóstico apropriado (BRASIL, 2010a; ENGELGAU; NARAYAN; HERMAN, 2000).

Já no rastreamento, exames ou testes são aplicados em pessoas sadias, o que implica na necessidade de haver uma garantia de benefícios relevantes, frente aos riscos e possíveis danos, sejam estes previsíveis ou imprevisíveis, relacionado a da intervenção derivada do rastreio. No rastreamento, um exame positivo não implica em fechar um diagnóstico, pois geralmente são exames que selecionam as pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão, ou sugere-se a realização de outro teste confirmatório (com maior especificidade para a doença em questão), nesse caso, sendo necessário após um rastreamento positivo, para que se possa estabelecer um diagnóstico definitivo. Por exemplo, uma mamografia sugestiva de neoplasia deve ser seguida de uma biópsia e confirmação diagnóstica por anatomopatologia (ALMEIDA, 2005).

De um modo geral, o rastreio aplica-se a doenças crônicas e que progridem para estádios progressivamente mais graves caso são sejam identificadas e tratadas a tempo e tem como finalidade reduzir a mortalidade ou a morbidade por uma determinada doença no grupo rastreado (ALMEIDA, 2005).

Para que ocorra o rastreamento, o diagnóstico ou detecção precoce de doenças intestinais como as hemorroidas, fissuras, fístulas, doenças inflamatórias intestinais e, em especial as neoplasias colorretais, é importante estabelecer a atuação das equipes na prática do rastreamento no contexto da APS. No entanto, ainda é baixa a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância deste rastreamento dessas doenças neste contexto (SÃO PAULO, 2012).

As pessoas, que possuem queixas colorretais e que utilizam o SUS, são atendidas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), que objetiva oferecer cuidado integral à saúde do indivíduo no contexto familiar e comunitário, com promoção de saúde, redução de riscos, detecção precoce, rastreamento de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. E apesar dos inúmeros protocolos, que norteiam a assistência primária, o contexto do cuidado na APS é complexo no Brasil, pela baixa cobertura e diversidades entre regiões e municípios (BRASIL, 2010a, 2013a, 2013b, 2017b).

Desse modo, mesmo com a alta resolutividade da APS, enquanto estratégia de saúde, o nível de complexidade primário depende da capacidade clínica e de cuidado, de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e de sua articulação com outros serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

Além disso, quando a APS já não consegue atender as demandas dos usuários dos serviços em seu contexto, o serviço especializado, em especial seu componente ambulatorial, é um cenário marcado por diferentes lacunas, principalmente no que se refere ao seu acesso, em decorrência do modelo de atenção adotado, do dimensionamento e da organização das ofertas e do grau de resolutividade nos diferentes cenários de cuidado (BRASIL, 2010b, 2016).

No Brasil, a Atenção Secundária especializada nos serviços públicos é amplamente subdesenvolvida, precária e apresenta uma situação que parece

ser intencionalmente indutora da expansão da medicina suplementar privada, que é subsidiada direta e indiretamente pelo Estado (TESSER, 2012).

Para a superação destas lacunas, estratégias eficientes para gerir o processo de regulação do acesso, bem como a organização da atenção especializada, é fundamental a retaguarda pactuada para o referenciamento dos usuários que, necessitem de cuidados de outros níveis de atenção (BRASIL, 2013a, 2013b, 2016).

Do ponto de vista das doenças colorretais benignas que podem acometer os indivíduos que buscam assistência na APS, segundo Davies e Bailey (2017), em seu estudo sobre diagnóstico e manejo dos transtornos anorretais no contexto da APS, os distúrbios anorretais são muito comuns em uma ampla população de pacientes, sendo que muitas vezes estes podem ficar constrangidos com a localização anatômica de seus sintomas e tendem a buscar assistência à saúde tardiamente durante o curso de uma doença para resolução desta demanda, sendo necessário atentar-se as demandas e preocupações do paciente, até muitas vezes ocultas, no atendimento da APS (DAVIES; BAILEY, 2017).

Os sintomas das doenças perianais e anais estão entre as queixas mais comuns dos pacientes atendidos em serviços de APS. A prevalência de condições anorretais benignas no cenário da atenção primária é alta, embora a evidência de terapia eficaz seja frequentemente inexistente. Segundo Marsicovetere (2018), os distúrbios anorretais são comuns e apresentam como as principais de queixas: dor, coceira e sangramento. A maioria dos distúrbios anorretais são benignos e podem ser gerenciados na atenção primária, como: hemorroidas, fissuras anais, prurido anal, abscesso perianal e condilomas (FARGO; LATIMER, 2012; NAGLE, 1996).

Cabe ressaltar que já as doenças colorretais inflamatórias ou neoplásicas, apesar de não terem seu tratamento realizado na APS, é neste primeiro nível de atenção à saúde, onde se busca a porta de entrada para os serviços de saúde, principalmente quando há o início de sinais e sintomas que possam ser sugestivos de alguma alteração do trato intestinal (MARSICOVETERE, 2018).

Além de reconhecer distúrbios anorretais benignos comuns, os médicos da APS devem manter um alto índice de suspeita de distúrbios inflamatórios e

malignos. Pacientes com sinais de alerta, como idade acima de 50 anos, história familiar prévia de doenças crônicas colorretais, sangramento anorretal persistente, perda de peso ou anemia ferropriva, tem indicação clínica de exames diagnósticos e devem ser submetidos pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e à colonoscopia (FARGO; LATIMER, 2012; NAGLE, 1996).

Assim, antes que um indivíduo como uma queixa colorretal possa ser diagnosticado em um serviço de APS é necessário que haja uma avaliação ampla com coleta do histórico, exame físico, contemplando uma avaliação anorretal, para que se realize o diagnóstico diferencial de doenças colorretais comuns e benignas ou doenças crônicas intestinais como as DII e o Câncer Colorretal (CCR) que necessitem de referências para o nível de atenção à saúde secundário ou terciário (MARSICOVETERE, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o rastreamento tem como objetivo é identificar pessoas em uma população aparentemente saudável que correm maior risco de um problema ou condição de saúde, para que um tratamento ou intervenção precoce possa ser oferecido. Isso, por sua vez, pode levar a melhores resultados de saúde para alguns dos indivíduos rastreados, fornecendo às pessoas informações sobre um risco ou condição aumentada para ajudá-las a tomar uma decisão informada sobre seus cuidados ou tratamento. O rastreio não é o mesmo que o diagnóstico precoce. A triagem convida as pessoas que não apresentam sintomas a se submeterem ao teste, enquanto o diagnóstico precoce se destina a detectar condições o mais cedo possível entre as pessoas com sintomas o rastreamento é a identificação presuntiva de uma doença não reconhecida por meio de testes, exames ou outros procedimentos, que podem ser aplicadas de maneira efetiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; 2021).

O estímulo aos programas de rastreamento para detecção precoce de lesões precursora de câncer, importantes no controle da doença, buscam evitar a imposição de alta tecnologia, comuns em países desenvolvidos, uma vez que em países em desenvolvimento não existe infraestrutura e recursos para utilização adequada desta tecnologia ou para o alcance do índice máximo de cobertura de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; 2021).

O sucesso das ações de prevenção secundária, no caso de rastreamento de doenças colorretais, dependerá de recursos para a realização dos testes de triagem e de infraestrutura para realizar diagnóstico, tratamento e seguimento especializado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; 2021).

Para que o rastreamento adequado seja implementado, vários fatores devem ser considerados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; 2021):

- A sensibilidade: eficácia de um teste para detectar uma neoplasia naqueles que têm a doença;
- A especificidade: medida que um ensaio dá resultados negativos naqueles que estão livres de doença;
- O positivo valor preditivo: medida de sujeitos que têm a doença naqueles que tiveram um resultado positivo no teste;
- O valor preditivo negativo: medida de sujeitos livres da doença dentre aqueles que tiveram um resultado negativo;
- A aceitabilidade: que é a concordância em ser testado por aqueles para os quais o ensaio foi concebido.

Portanto, um teste de rastreamento identifica indivíduos acometidos com determinada patologia e que o mínimo possível de indivíduos com a doença passe despercebido, ou seja, o teste deve ter alta sensibilidade e alta especificidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; 2021).

2.3. Doenças inflamatórias intestinais (DII)

Para contextualizar as doenças colorretais não benignas no Brasil, ressaltamos aspectos das políticas de saúde, mais especificamente sobre as doenças inflamatórias intestinais (DII). As doenças inflamatórias intestinais (DII) são caracterizadas por um processo inflamatório que compromete o trato digestivo, parcial ou totalmente. Resultam de uma resposta imunológica inapropriada em indivíduos geneticamente suscetíveis, sendo altamente debilitantes e sem cura definitiva. A retocolite ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC) são os seus principais representantes, com fisiopatologias distintas, características clínicas e patológicas individuais (GASPARINI; SASSAKI; SAAD-HOSSNE, 2018).

Embora consideradas incomuns, as DII apresentam características de cronicidade, gravidade, evolução e morbidade que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Mudanças na distribuição geográfica típica das DII têm sido observadas nos últimos anos, com taxas crescentes de incidência e prevalência em regiões com baixa incidência tradicional, como Ásia, América do Sul e Europa do Sul e Leste Europeu. Assim, houve um aumento na consideração das DII como doenças globais emergentes. O Brasil tem sido considerado um país com baixa incidência e prevalência de DII, embora tenha ocorrido um aumento evidente no número de consultas e hospitalizações de pacientes com DII. Existem poucos estudos epidemiológicos brasileiros, possivelmente porque não existe um sistema integrado de notificação diagnóstica para as DIIs. (GASPARINI; SASSAKI; SAAD- HOSSNE, 2018).

Conceitualmente, as doenças inflamatórias intestinais (DII) compreendem a Retocolite Ulcerativa (RCU) e Doença de Crohn (DC). A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal de origem desconhecida, que tem início mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar indivíduos de quaisquer faixas etárias. A DC é caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus. Apresenta-se sob três formas principais: inflamatória, fistulosa e fibroestenosante. Os segmentos do tubo digestivo mais acometidos são íleo, cólon e região perianal. Além das manifestações no sistema digestório, a DC pode ter manifestações extra intestinais, sendo as mais frequentes as oftalmológicas, dermatológicas e reumatológicas (BRASIL, 2017a).

Em países desenvolvidos, a prevalência e a incidência da DC situam-se em torno de 50:100.000 para a prevalência e 5:100.000 para incidência. E de acordo com o estudo de 2009 de Victoria, Sassaki e Nunes, a prevalência da DC na cidade de São Paulo foi de 14,8 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017a; ESBERARD, 2012; FERRAZ, 2016; VICTORIA; SASSAKI; NUNES, 2009).

As DII têm apresentado uma mudança em seu perfil epidemiológico. Anteriormente, foram consideradas raras no Brasil e muito mais frequentes nos países do norte da Europa e Estados Unidos. No entanto, com implementação dos novos hábitos de vida, a ocidentalização e o tabagismo modificaram os

dados e evidenciam um aumento na sua ocorrência em todo o mundo. Essas mudanças são evidentes, principalmente, nos países subdesenvolvidos que obtiveram melhora nas condições socioeconômicas de sua população. O Brasil acompanha essa tendência, evidenciando predominantemente um aumento do número de casos de DII (BRITO et al., 2020; ELIA et al., 2007; OLIVEIRA; EMERICK; SOARES, 2010).

No âmbito das DII, a portaria conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017, aprovou o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a doença de Crohn e a Portaria Conjunta nº 6, de 26 de março de 2020, traz o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite Ulcerativa. Ambos os protocolos abordam o diagnóstico e tratamento das DII em um cenário de serviços ambulatoriais especializados ou serviços hospitalares, desta maneira há uma lacuna de acesso em relação a porta de entra do serviço de saúde que é a APS e a chegada dos indivíduos com queixas colorretais potencialmente associadas as DII que demandam investigação, tratamento e a adequada regulação a serviços especializados.

Assim, ainda não há um protocolo de rastreamento clínico específico para cada uma das DII no Brasil no âmbito da APS no SUS, muito provavelmente porque na população geral, a prevalência específica de quase todas as DII é baixa, em geral menor que 5%, além disso os protocolos e diretrizes para atenção as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no contexto da APS no Brasil, ainda tem seu foco direcionado as morbidades de maior prevalência e incidência na população brasileira.

Dessa maneira, o diagnóstico clínico das DII fica concentrado no âmbito dos serviços ambulatoriais especializados a nível secundário ou terciário, o que culmina com diagnósticos tardios, muitas vezes quando já há acometimentos intestinais graves, incapacitantes e até manifestações extra intestinais das DII. Assim, em relação ao número de pessoas testadas em programas de rastreamento e o número de indivíduos que potencialmente se beneficiariam de um programa ou protocolo de rastreamento ou detecção precoce na APS ainda é pequeno, sem contar os custos associados a implantação de um programa de rastreamento ou diagnósticos precoce das DII, uma vez que quando trata-se de uma doença com gravidade epidemiológica significativa, mas que não há dados

estatísticos e epidemiológicos, como as DII no Brasil, por exemplo, os quais comprovem essa relevância, é desafiador implantar exames de rastreamento que sejam frequentemente aplicáveis a uma única doença, o que dificulta ainda mais se estabelecer um protocolo para a o rastreio das DII (ELUF-NETO; WUNSCH-FILHO, 2000).

Quanto a RCU, o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas publicado na portaria conjunta nº 6 de março de 2020 traz que a Retocolite Ulcerativa (RCU), este traz o conceito de uma doença inflamatória intestinal crônica caracterizada por episódios recorrentes de inflamação que acomete predominantemente a camada mucosa do cólon. A RCU é caracterizada por inflamação difusa da mucosa e estresse oxidativo. Assim, o organismo ativa o sistema de defesa antioxidante na tentativa de reduzir a produção excessiva de espécies reativas de oxigênio ou neutralizá-las (BRASIL, 2020a; PAZ MATIAS et al., 2014).

A doença usualmente afeta o reto e porções proximais do cólon, em geral de forma contínua, ou seja, sem áreas de mucosa normais entre as porções afetadas (BRASIL, 2020a; GHOSH; SHAND; FERGUSON, 2017). Entretanto, cerca de 20% a 50% dos pacientes pode apresentar extensão proximal da doença ao longo do seguimento (BRASIL, 2020a; MAGRO et al., 2017).

A doença pode iniciar-se em qualquer idade. O pico de incidência parece ocorrer dos 20 aos 40 anos e muitos estudos mostram um segundo pico de incidência nos idosos (BRASIL, 2020a). Dados de um estudo transversal da Bahia descreveram média de 39,4 anos ao diagnóstico (BETTERIDGE et al., 2013; BRASIL, 2020a; LOFTUS, 2004; SILVA et al., 2015). A maioria dos estudos evidencia discreto predomínio no sexo masculino, embora alguns estudos recentes tenham demonstrado o contrário (BRASIL, 2020a; SILVA et al., 2014, 2015). A América Latina como um todo é considerada uma região de baixa prevalência da doença quando comparada com países como os Estados Unidos, do Reino Unido e a Austrália (BRASIL, 2020a).

Existem escassos dados nacionais de prevalência ou incidência. Uma estimativa é sugerida em estudo populacional no estado de São Paulo, o qual identificou a incidência de 3,8 a 6,7 por 100.000 habitantes/ano nas duas últimas décadas (BRASIL, 2020a; VICTORIA; SASSAKI; NUNES, 2009). O sintoma principal da RCU é a diarreia com sangue (BRASIL, 2020a; MOWAT et al., 2011).

Cerca de 90% dos pacientes apresentam hematoquezia (hemorragia retal) na apresentação (BRASIL, 2020a; DIGNASS et al., 2012a). Sintomas associados, como dor abdominal em cólica, tenesmo (sensação de defecação incompleta), urgência evacuatória e exsudato mucopurulento nas fezes, podem acompanhar o quadro. Os casos mais graves são acompanhados de sintomas sistêmicos como febre, anemia e emagrecimento. Os sintomas tendem a variar conforme a extensão da doença, evidenciando-se manifestações locais nos pacientes com proctite, enquanto pacientes com colite extensa apresentam usualmente febre, emagrecimento, perda sanguínea significativa e dor abdominal. Em até 10% dos casos, a apresentação ocorre com manifestações extra intestinais (MEI) (BRASIL, 2020a; DIGNASS et al., 2012a, 2012b).

As MEI ocorrem entre 10% e 35% dos pacientes e podem cursar com acometimento articular, cutâneo, hepatobiliar, oftalmológicas e hematológicas e influenciar no metabolismo ósseo (ARDIZZONE et al., 2008; BRASIL, 2020a; ZIPPI et al., 2014). Elas podem ou não estar relacionadas com a atividade inflamatória intestinal e em alguns casos apresentam sintomas mais graves do que os intestinais (ZIPPI et al., 2014). Aqueles doentes com diagnóstico de colangite esclerosante primária e RCU apresentam comportamento diferente dos demais, com maior risco de doença intestinal mais extensa e de CCR (SOETIKNO et al., 2002).

Sendo assim o objetivo principal do tratamento é atingir remissão clínica livre de corticoide e, posteriormente, manter a remissão em longo prazo, evitando recidivas. O tratamento preconizado neste Protocolo está dividido em fases de indução de remissão e de manutenção da remissão, e a conduta terapêutica estabelecida em termos de extensão da doença e gravidade da agudização, em conformidade com os principais consensos mundiais (BRESSLER et al., 2015; HARBORD et al., 2017). A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (BRASIL, 2020a).

Assim, o paciente com queixas gastrointestinais, sugestivas de DII é atendido em sua demanda na APS, seja por demanda espontânea ou consulta de rotina. O diagnóstico é estabelecido pela história clínica, exame físico,

exames laboratoriais, os quais podem ser solicitados e avaliados no contexto da APS. Os demais exames de investigação como exames endoscópicos, como (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) são parte fundamental do diagnóstico e para classificação da doença, no entanto estes irão demandar o encaminhamento para a especialidade de Coloproctologia / ou Colonoscopia em um ambulatório especializado, no nível secundário de atenção à saúde, de cada município, ou em algum ambulatório que responda por um ou vários municípios dentro de uma região de saúde. O Protocolo para a Doença de Crohn e o Protocolo para a Retocolite Ulcerativa estabelecem critérios diagnósticos, de tratamento e os mecanismos de regulação, além do controle e avaliação, em caráter nacional, que deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2014a, 2017a, 2020a; TESSER; NORMAN, 2014).

Assim, aos primeiros sinais e sintomas de doenças colorretais, que possam ser DII, a equipe de um serviço de APS necessita solicitar exames para diagnóstico de alterações clínicas como hemograma, fatores reumatoides no sangue, sangue oculto nas fezes e referenciar para o serviço especializado de Coloproctologia (BRASIL, 2017a, 2017b; CABRAL; ABBY, 2012; SÃO PAULO, 2012).

É válido ressaltar que a Retocolite Ulcerativa (RU) e a Doença de Crohn (DC) são doenças de difícil diferenciação e, por isso, muitas vezes o diagnóstico é tardio. O diagnóstico da DC pode ser dificultado devido a heterogeneidade das manifestações e a sobreposição de sintomas aos da retocolite ulcerativa. O sintoma mais comum no momento do diagnóstico é diarreia, seguida por sangramento (40%-50%), perda de peso (60%) e dor abdominal (70%), e os sinais mais comuns são febre, palidez, caquexia, massas abdominais, fístulas e fissuras perianais. Mais de 6 semanas de diarreia é o prazo sugerido como critério para diferenciação com diarreia aguda infecciosa. Do ponto de vista dos achados em exames de imagem, os achados mais comuns são acometimento do intestino delgado e presença de fístulas (BRASIL, 2017a; BRITO et al., 2020).

O Diagnóstico da RCU estabelece-se pela avaliação da história clínica, exame das fezes, exame endoscópico e achados histopatológicos. Como o

tratamento é realizado de acordo com a extensão da doença, a retossigmoidoscopia flexível é útil para definir as porções acometidas, devendo ser realizada de preferência sem preparo do intestino e evitando-se a insuflação excessiva de ar se inflamação acentuada estiver presente. A colonoscopia não é normalmente necessária na fase aguda e deve ser evitada, se possível, pois pode desencadear um quadro de megacólon tóxico (BRASIL, 2020a).

O diagnóstico das DII é estabelecido, mediante avaliação do quadro clínico, em concordância com evidências laboratoriais, que podem ser investigadas na APS e posterior encaminhamento ao serviço especializado para investigação endoscópica, radiográfica e achados histopatológicos. É importante ressaltar que as DII podem aumentar o risco para o desenvolvimento de câncer colorretal (BRASIL, 2014a, 2017b; CABRAL; ABBY, 2012; SÃO PAULO, 2012).

Por outro lado, os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços de referência e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com DII (BRASIL, 2014a, 2017a, 2020a). Contudo, ainda temos muitos desafios em relação ao rastreamento das patologias colorretais, principalmente as doenças inflamatórias intestinais e neoplasias colorretais na APS (BRASIL, 2010a, 2016; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

2.4. Neoplasias Colorretais

Em relação ao câncer colorretal, não há políticas públicas no âmbito primário ou secundário de atenção à saúde, no que tange ao rastreamento de base populacional para as neoplasias colorretais. Assim, mesmo o Brasil apresentando para o de biênio 2018-2019, 17.380 casos novos de câncer colorretal (CCR) em homens e 18.980 em mulheres para cada ano, os serviços públicos de saúde, ainda não realizam um rastreamento sistematizado. Prevalece ainda, uma abordagem oportunística e de acordo com a queixa relatada pelo indivíduo. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres, o que representa a terceira neoplasia mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Analisando os dados do INCA para as regiões do Brasil, excetuando-se as neoplasias de pele não melanoma, o CCR em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste (23,29/100 mil) e o terceiro nas Regiões Sul (22,17/100 mil) e Centro-Oeste (16,95/100 mil). Nas Regiões Nordeste (7,98/100 mil) e Norte (4,97/100 mil), ocupa a quarta posição. Para o sexo feminino, é o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste (23,86/100 mil) e Sul (22,92/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (17,98/100 mil), Nordeste (9,52/100 mil) e Norte (7,38/100 mil), é o terceiro mais incidente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

O CCR possui relevância epidemiológica em nível mundial, uma vez que constitui a terceira neoplasia maligna mais diagnosticada e a quarta principal causa de mortalidade por câncer, representando 1,4 milhão de casos novos e quase 700 mil óbitos em 2012. O padrão da incidência difere entre os sexos, com taxas de 20,6/100 mil para os homens e de 14,3/100 mil para as mulheres (FERLAY et al., 2018). Há grande variação geográfica no mundo, com taxas elevadas nos países mais desenvolvidos comparados àqueles menos desenvolvidos (CENTER; JEMAL; WARD, 2009; FERLAY et al., 2018).

Ferlay et al. (2019) analisaram os registros de câncer de base populacional de 184 países, evidenciou estimativas mundiais para 2012 com taxa de mortalidade de 8,4/100 mil para ambos os sexos para CCR. Os homens apresentaram taxas mais altas (10,0/100 mil) em relação às mulheres (6,9/100 mil). Enquanto a maioria dos casos novos (55,0%) ocorre nos países mais desenvolvidos, a maior proporção de óbitos (52,0%) foi observada naqueles menos desenvolvidos, com baixa sobrevida. Comparada com a incidência, a variabilidade geográfica das taxas de mortalidade é menor, sendo encontradas as maiores estimativas na Europa Central e Oriental, e as menores na África Ocidental.

No Brasil, em 2015, ocorreram 8.163 óbitos por CCR em homens e 8.533 em mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019). As taxas de incidência e de mortalidade por CCR variam amplamente no mundo, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo identificados três padrões de distribuição da doença: elevação de ambas as taxas mais recentemente em países como o Brasil, que passou por uma

rápida transição econômica, aumento da incidência e diminuição da mortalidade em países como Canadá, Reino Unido, Singapura e Dinamarca com alto IDH; e diminuição de ambas as taxas nos países como Estados Unidos, Japão e França com IDH muito elevado (ARNOLD et al., 2016).

O CCR é uma doença multifatorial, influenciada por fatores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida, sendo que os hereditários como o histórico familiar de CCR e de DII, representam uma pequena proporção da variação na carga global da doença (BOYLE; LEON, 2002).

Nesse sentido, as diferenças geográficas na incidência, possivelmente refletem a adoção de hábitos de vida ocidentais, pois é evidente a transição no hábito nutricional e alimentar, em todo o mundo, que afeta principalmente os países em desenvolvimento. Assim, os fatores de risco ligados ao estilo de vida são modificáveis e incluem o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (ARNOLD et al., 2016; BOUVARD et al., 2015; FEDIRKO et al., 2011; HARRISS et al., 2009; WALTER et al., 2014; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2018a, 2018b).

No caso do CCR, a história natural desta neoplasia propicia possibilidades e estratégias de detecção precoce, pois estas evoluem de precursores benignos como os pólipos adenomatosos, ao longo de 10 a 15 anos, portanto, há um período pré-clínico bastante extenso para a sua detecção (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Assim, a sua detecção precoce requer estratégias de prevenção primária com identificação e a retirada dos pólipos intestinais (redução da incidência), a detecção em estadiamento inicial, para tratamento resolutivo elevando a taxa de sobrevivência em cinco anos para 90%, com redução da morbimortalidade (BRASIL, 2010a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Em relação às estratégias de rastreamento do CCR, existem diversos testes, que podem ser utilizados para o seu rastreamento como os testes para detecção de pólipos colorretais e aqueles que detectam CCR, mediante avaliação de anormalidade da estrutura anatômica do cólon. Os pólipos

identificados durante estes testes, podem ser removidos, antes de sua malignização (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2021).

Já os testes utilizados para diagnosticar lesões neoplásicas colorretais, em geral, objetivam a análise de fezes para detecção de sangue oculto ou da hemoglobina humana. Estes testes são menos invasivos, de execução simples e de fácil acesso, utilizado na maioria dos países e no Brasil, como uma das principais estratégias de rastreamento para adultos entre 50 e 75 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2021; BRASIL, 2010a).

Este exame é um procedimento não invasivo, de baixa complexidade, fácil realização e de baixo custo, cuja sensibilidade, entre 38,3% e 49,5%, varia dependendo do método utilizado (guáiaco ou imunológico). Quatro ensaios clínicos randomizados foram realizados no Reino Unido, Dinamarca, Estados Unidos e Suécia, com redução da mortalidade específica nos grupos submetidos ao rastreamento bienal, anual ou combinação das duas com seguimento de 11 a 18 anos. Com estes estudos, *a Cochrane Collaboration* relatou a redução de 16% para o risco de mortalidade por CCR. Naqueles, com seguimento bianual, a redução da mortalidade foi de 15% e a redução do risco relativo de 25%, entre os que realizaram pelo menos um exame de PSOF. Concluiu-se que o rastreamento pode prevenir câncer colorretal, na proporção de um para cada seis casos novos (BRASIL, 2010a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉDE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

O nível terciário de atendimento no SUS, o qual é representado pelos serviços ambulatoriais especializados e as instituições hospitalares, que proporcionam a confirmação diagnóstica, ou propriamente, o estabelecimento do diagnóstico, além de ofertar tratamento e seguimento para o controle de patologias colorretais, com maior densidade tecnológica. Porém, para melhorar a efetividade das ações das instituições hospitalares, de nível terciário, no atendimento das pessoas com patologias colorretais oriundas da APS, é necessário que sejam realizadas ações de prevenção organizadas e articuladas em consonância com o nível terciário para aqueles que necessitam de assistência com maior densidade tecnológica para a resolução do problema de saúde, que iniciou com queixas colorretais no atendimento na APS.

Segundo os dados, disponíveis no portal da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (SMS - PMRP), atualizados em 19 de agosto de 2017, o tempo estimado de espera para atendimento na atenção especializada, na área de Proctologia, era de 36 meses. Já com nova atualização da planilha de tempo estimado de espera para atendimento na atenção especializada, realizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto em 20 de janeiro de 2018, o tempo de espera estimado passou para 16 meses, em decorrência de mutirão realizado no final do ano de 2017.

Contudo, para 2018, com os dados atualizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão em 07 de agosto de 2018, o tempo estimado de espera para atendimento na área de Proctologia foi para 20 meses (RIBERÃO PRETO, 2018). Considerando-se a oscilação entre 16 meses e 36 meses, em relação ao tempo de espera para investigação de uma queixa gastrointestinal pela assistência especializada, é necessário atentar-se à possibilidade de comprometimento na resolução do problema de saúde da população, que pode gerar desfechos graves e/ou ocasionar uma piora clínica do paciente e ou piora de prognóstico.

A implementação do rastreamento e o diagnóstico precoce de CCR e das DII, tanto para o contexto do município de Ribeirão Preto, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, como do Ministério da Saúde brasileiro, apresenta desafios, que podem ser favorecidas pelos protocolos de rastreamento de base populacional para estes diagnósticos, com baixa resolutividade, principalmente para as DII no âmbito da APS (BRASIL, 2016; JACOB et al., 2012; MARUTHAPPU et al., 2016).

Apesar de o CCR ser estimado, pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), que para cada ano do triênio de 2020-2022 no Brasil, 20.520 casos de câncer de cólon e reto ocorrerá em homens e 20.470 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 19,63 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres, o que constitui o câncer de cólon e reto em homens como o segundo mais incidente nas Regiões Sudeste (28,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,40/100 mil). Ainda assim, o rastreamento de base populacional assintomático para esta neoplasia,

nunca foi implementado no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 2019).

Atualmente, esta prerrogativa se restringe ao câncer de mama e ao de colo de útero. Por outro lado, a falta de acesso ao rastreamento do CCR ocorre também no sistema suplementar, sendo que os exames para detecção precoce são cobertos, mas não alcançam a população-alvo, segundo a faixa etária recomendada. O rastreamento do CCR assintomático é negligenciado na população brasileira, mesmo para aqueles que possuem plano de saúde suplementar, sendo raro, indivíduos em faixa etária rastreável, que realizaram o exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia de rastreamento aos 50 anos. Este fato é justificado em decorrência da dificuldade de oferta da colonoscopia, pelo seu custo elevado e, por constituir, um procedimento invasivo, que requer preparo intestinal e sedação. Ressalta-se que a colonoscopia permite a visualização de todo o cólon e reto, com possibilidade de remoção das lesões suspeitas. Apesar das recomendações das políticas públicas internacionais, ainda temos muito a fazer para a implementação de um programa de rastreamento efetivo no contexto brasileiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2017).

As diretrizes e políticas internacionais para o rastreamento do CCR tem sido frequentemente revisadas, sendo que a última ocorreu em 2018, em decorrência do aumento das taxas de CCR, nas populações jovens e de meia-idade, pela American Cancer Society (ACS). No estudo de Wolf et al. (2018) recomendou-se a triagem seja iniciada aos 45 anos para indivíduos com risco médio para desenvolver desta neoplasia. Há uma representação da coalizão de 22 grupos de defesa da saúde pública norte-americana e de pacientes, junto à ACS para que a diretriz de 2016 seja reconsiderada, cuja triagem recomendada para CCR era a partir dos 50 anos até os 75 anos. Na atual diretriz da ACS, a única alteração nas recomendações foi em relação à idade de início do rastreamento. Porém, isso mantém o *status quo*, por não priorizar a oferta de opções de teste de triagem disponíveis, vinculando-se a triagem regular ao teste de hemoglobina humana/sangue oculto nas fezes de alta sensibilidade e ao exame estrutural (visual) como a colonoscopia e à preferência do paciente e da disponibilidade do teste.

Assim, acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir efetivamente na melhoria da assistência à saúde e no acesso das pessoas com queixas colorretais ao serviço de saúde no SUS, pois poucos estudos têm abordado este tema, principalmente considerando a perspectiva do usuário, desde o acolhimento na porta de entrada do sistema público na APS até a sua resolubilidade em nível terciário, no contexto hospitalar especializado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se uma Revisão Integrativa (RI) sobre as políticas públicas para o CCR para subsidiar o desenvolvimento deste estudo, para a qual adotou-se seis etapas: identificação do tema da pesquisa; elaboração da pergunta e processo de busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação e discussão dos resultados, e síntese do conhecimento evidenciado ou apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi utilizada a estratégia PICO (P= population, I= intervention, C= control, O= outcomes) (URSI; GALVÃO, 2006) para a construção da pergunta norteadora: Quais as evidências sobre políticas públicas de saúde para o CCR?

Para seleção dos artigos, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus.

A busca foi realizada em abril de 2018, concomitantemente nas quatro bases de dados, utilizando os descritores controlados Neoplasias colorretais e Políticas públicas de saúde para Lilacs; *Colorectal neoplasms* e *Public policy* para o Pubmed*; Colorectal neoplasms* e *Health policy para a base* CINAHL e os descritores não controlados *Colorectal neoplasms, Public health policy para* Scopus.

Todos os descritores controlados e não controlados foram cruzados, utilizando-se os operadores booleanos “and” e “or” para a obtenção dos artigos.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários publicados entre janeiro de 2012 a abril de 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol; e disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram: revisões de literatura, estudos secundários (por exemplo, revisão sistemática), cartas, editoriais, relatos de experiência, estudos de caso, monografias, dissertações e teses.

A seleção dos estudos primários foi realizada por dois revisores com experiência na temática, com posterior comparação dos resultados em relação à seleção da amostra. Para a extração dos dados, utilizou-se um instrumento

proposto por Ursi e Galvão (2006) que contemplou a identificação do estudo, características metodológicas e avaliação do rigor metodológico.

Os estudos foram classificados em relação ao nível de evidência, considerando-se a questão clínica e a classificação empregada, conforme a recomendação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

- Para questão clínica de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste, a força da evidência é classificada em sete níveis (nível I (mais forte) - evidências de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes);

- Para questão clínica de Prognóstico/Predição ou Etiologia, os autores propõem a classificação da força da evidência em seis níveis (nível I-evidências de síntese de estudos de coorte ou de caso-controle);

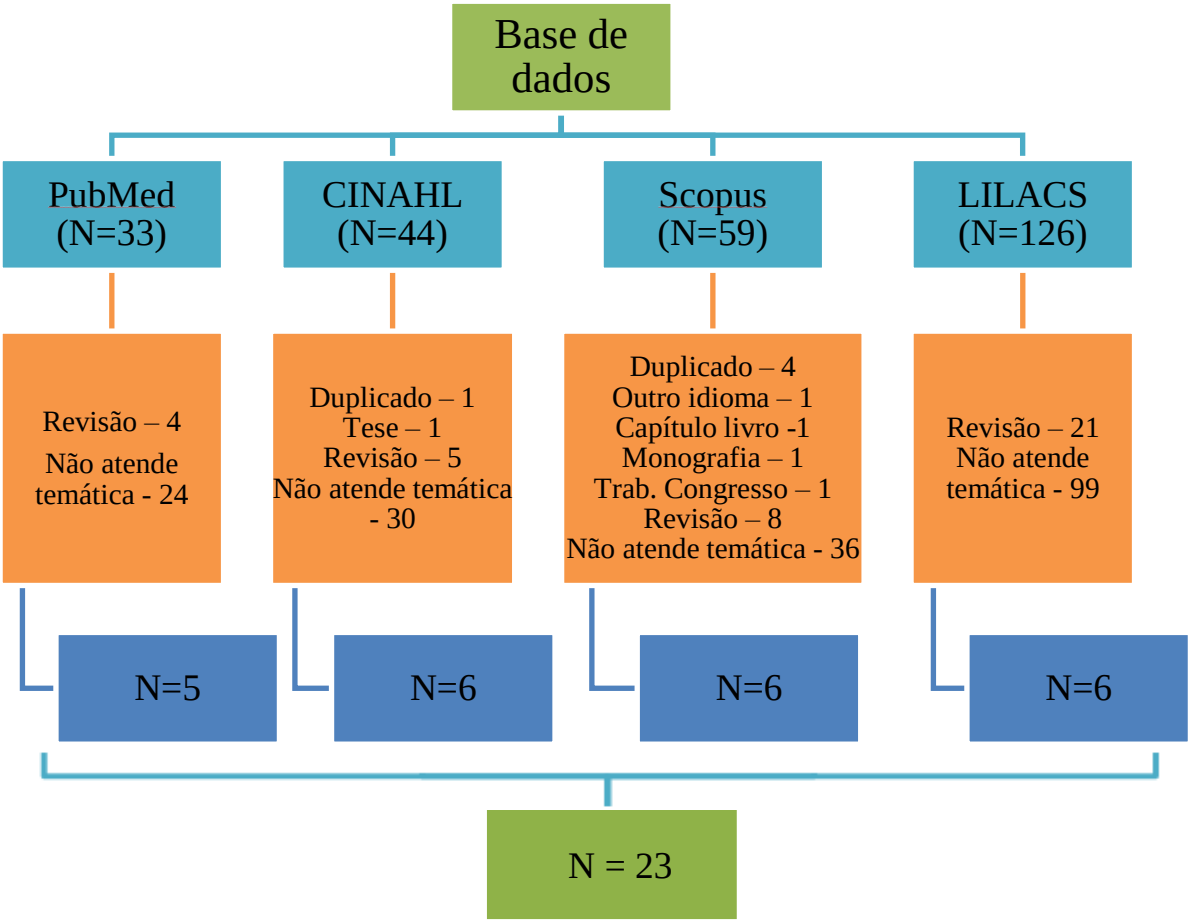
- E para questão clínica sobre Significado, a força da evidência é classificada em seis níveis (nível I- evidências de metassíntese de estudos qualitativos).

Para análise dos resultados, utilizou-se a síntese de cada estudo incluído na revisão, bem como comparações entre as pesquisas, com geração de categorias. Na base de dados PubMed foram pré-selecionadas 164 publicações, na CINAHL 141, na Scopus 209 e na LILACS 1, totalizando 515 publicações ***(Figura 1).***

Mediante os critérios de inclusão, foram selecionadas 146 publicações, que foram submetidas à leitura do título e do resumo. Foram excluídos: estudos que abordavam o câncer de um modo geral, estudos de opinião e editorial, estudos de caso, revisões, trabalhos de congressos, cartas, publicações que não contemplavam a temática e estudos não disponibilizados na íntegra. Como resultado, foram selecionados 28 artigos para análise na íntegra.

Dentre os artigos selecionados para leitura, foram excluídos três sobre tomada de decisão e comportamentos médicos durante o rastreamento da neoplasia colorretal e um sobre fatores alimentares e risco de CCR. Assim, 23 artigos constituíram a amostra final deste estudo (Tabela 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pela autora.

3.1 Resultados da RI

Na Tabela 1 sintetizou-se os estudos primários da amostra, segundo autor/ano, título, país de origem, tipo de estudo e nível de evidência.

Tabela 1 – Características dos estudos primários selecionados para Revisão Integrativa

	Autores / Ano	País	Tipo de estudo	Nível de Evidência
1	Garcia-Dominic et al. (2012)	EUA	qualitativo	II (Significado)
2	Stock, Paszat e Rabeneck (2016)	Canadá	quantitativo tipo coorte	IV (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)

3	Norwati et al. (2014)	Malásia	quantitativo transversal	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
4	Oliver et al. (2016)	EUA	quantitativo descritivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
5	Jacob et al. (2012)	Canadá	quantitativo tipo coorte	IV (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
6	Ortiz-Ortiz et al. (2014)	EUA	quantitativo descritivo	IV (Prognóstico/ Predição ou Etiologia)
7	Knudsen et al. (2016)	EUA	quantitativo tipo coorte	IV (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
8	Honein-Abouhaidar et al. (2014)	Canadá	quantitativo descritivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
9	Hines et al. (2014)	EUA	quantitativo tipo coorte	II (Prognóstico/ Predição ou Etiologia)
10	Rhoads et al. (2015)	EUA	quantitativo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
11	Le Breton et al. (2012)	França	quantitativo tipo coorte	IV (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
12	Ward et al. (2015)	Austrália	qualitativo descritivo	IV (Significado)
13	Hagoel, Rennert e Feder-Bubis (2013)	Israel	qualitativo descritivo	IV (Significado)
14	Partin et al. (2012)	EUA	quantitativo descritivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
15	May, Bromley e Reid (2014)	EUA	quantitativo coorte	II (Prognóstico/

				Predição Ou Etiologia)
16	Oliveira e Rêgo (2016)	Brasil	ecológico	IV (Prognóstico/ Predição Ou Etiologia)
17	Ojinnaka et al. (2015)	EUA	quantitativo tipo coorte	IV (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
18	Benning et al. (2014)	Holanda	quantitativo descritivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
19	Palmer et al. (2013)	EUA	qualitativo descritivo	IV (Significado)
20	Maruthappu et al. (2016)	UK	observacional retrospectivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
21	Miranda et al. (2012)	EUA	quantitativo descritivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
22	Pignone et al. (2014)	EUA	quantitativo descritivo	VI (Intervenção/ Tratamento ou Diagnóstico/Teste)
23	Pitts et al. (2013)	EUA	qualitativo descritivo	IV (Significado)

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos 23 artigos selecionados nesta RI, em relação ao país de origem, um (4,1%) era do Brasil, 13 (54,1%) dos Estados Unidos da América (EUA), três (12,5%) do Canadá, dois (8,3%) da França e de Malásia, Israel, Austrália Holanda e Reino Unido (UK), respectivamente com um artigo cada. Todos os artigos da amostra foram publicados em inglês.

No que tange ao ano de publicação, quatro (16,6%) artigos foram publicados em 2016, três (12,5%) em 2015, nove (37,5%) em 2014, três (12,5%) em 2013 e cinco (20,8%) em 2012.

Em relação aos níveis de evidência, seis (6) estudos foram classificados em nível 4 e dez (10) em nível 6, considerando-se a questão clínica intervenção/tratamento ou diagnóstico/teste, dois (2) estudos como nível 2 e um (1) como nível 4, segundo o prognóstico/predição ou etiologia e quatro (4) em nível 4, além de um (1) em nível 2 por explorar o significado (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). Os estudos primários foram agrupados em nos temas "Promoção à saúde, prevenção e rastreamento e terapêuticas para CCR" com 13 estudos; e "Políticas públicas para o CCR" com 10 estudos (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação dos estudos segundo tema

Tema	Estudo
1. Promoção da saúde, prevenção, rastreamento e terapêuticas para CCR	1, 2, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 e 23
2. Políticas públicas para o CCR	3, 6, 7, 8, 9,10,16, 20, 21, 22

Fonte: Elaborada pela autora.

No tema "Promoção da saúde, prevenção, rastreamento e terapêuticas para CCR", os estudos abordaram as barreiras para a realização do rastreamento na população adulta (01), colonoscopia como estratégia de rastreamento em faixa etária menor que a recomendação (02), conhecimento sobre CCR por norte-americanos (04), colonoscopia e as taxas de incidência e mortalidade do CCR (05), a adesão dos pacientes em programas de rastreamento para CCR (11), Programa de rastreamento para CCR (12, 15), incentivos para adesão às pesquisas de sangue oculto nas fezes (13, 14), taxas e preditores de captação de rastreamento do CCR em uma população vulnerável (15), caracterização sociodemográfica (17), preferências de rastreamento para o CCR (18), sobrevivência (19), as perspectivas de pacientes em relação à experiência de adoecimento por CCR e de rastreamento (20, 21) e barreiras e facilitadores para rastreamento de CCR (23).

No tema "Políticas públicas para o CCR", os estudos analisaram o rastreamento de CCR na atenção primária (03), sobrevivência e mortalidade no sistema de saúde governamental e plano de saúde suplementar (06), estratégias

de rastreamento do câncer (07), o impacto da saúde pública no rastreamento do CCR (08), determinantes de saúde do CCR (09), Sistema Integrado e Cuidado de Saúde para CCR (10), a correlação entre os fatores sociodemográficos e o mortalidade por CCR (16), o desemprego e os investimentos governamentais em saúde com mortalidade por CCR (20), programas de rastreamento de CCR em populações vulneráveis (21, 22).

Tema 1 - Promoção da saúde, prevenção, rastreamento e terapêuticas para CCR

Dois estudos sobre CCR, um nos Estados Unidos e outro no Canadá, entre adultos de 65 a 74 anos recomendaram a colonoscopia, sigmoidoscopia flexível, tomografia computadorizada, o teste de sangue oculto fecal à base de guaiaco e ou o teste imunoquímico fecal, teste de DNA das fezes na redução da incidência e mortalidade por CCR (JACOB et al., 2012; KNUDSEN et al., 2016).

As barreiras e o conhecimento de adultos de origem latina sobre o rastreamento de CCR, nos EUA, evidenciou residência em área rural/isolado geograficamente, acesso limitado ao transporte público, baixa prevalência de médicos e indivíduos sem seguro saúde. Os participantes urbanos apresentaram maiores taxas de rastreamento para o CCR (42%) em relação aos participantes rurais (14%) (GARCIA-DOMINIC et al., 2012).

O benefício da colonoscopia realizada nos 10 anos anteriores, constituiu proteção para a redução da mortalidade por CCR, na faixa etária de 60 a 80 anos (STOCK; PASZAT; RABENECK, 2016).

No estudo, com 615 participantes adultos, caucasianos, com idade acima de 50 anos, se identificou que o conhecimento sobre os fatores de risco do câncer pode aumentar a autoeficácia e a participação na triagem para o CCR (OLIVER et al., 2016).

O estudo de coorte retrospectivo verificou, no período de 1996 a 2000, o efeito da colonoscopia na incidência e mortalidade por CCR em Ontário (Canadá), com 1.089.998 participantes com risco médio para CCR, com faixa etária de 50 a 74 anos e que estavam vivas e livres de CCR em 1º de janeiro de 2001. Os resultados indicaram que a realização de colonoscopia foi associada à

redução absoluta na incidência de CCR em 7 anos e à redução de risco de morte em 5 anos, correspondendo a uma diminuição relativa de 48% na incidência e 81% de diminuição da mortalidade por CCR. Nas análises de subgrupos, a redução do risco de morte por CCR foi maior em mulheres e a redução da incidência de CCR foi maior para colonoscopias completas e para câncer de lado esquerdo (JACOB et al., 2012).

Em um estudo de coorte retrospectivo, na França, sobre campanha de triagem para CCR entre 2007 e 2010, com dados de 157.766 pacientes, seguido por 903 médicos generalistas, o rastreamento foi significantemente menor para o sexo masculino, a faixa etária de 55 a 59 anos e residentes em áreas socioeconomicamente desfavorecida, o que indica que ações direcionadas para pacientes com menos de 60 anos, do sexo masculino e pessoas que vivem em áreas socialmente desfavorecidas (LE BRETON et al., 2012).

Na Austrália o CCR tem a segunda maior taxa de mortalidade e que tem um programa nacional de rastreamento para a sua detecção precoce, oferecendo gratuitamente testes de sangue oculto nas fezes, embora adesão seja baixa em diferentes grupos socioculturais. Evidenciou-se um problema em relação à confiança institucional, nos níveis interpessoal, local e nacional o que torna necessário desmistificar sobre o programa, o exame de sangue oculto nas fezes e aumento do envolvimento dos profissionais neste programa (WARD et al., 2015).

O estudo buscou compreender opiniões leigas sobre o recebimento de incentivos materiais para maior adesão à triagem de CCR, por meio de seis grupos focais de discussão na APS de pessoas de áreas urbanas, socioeconomicamente médio e baixo em Israel, cujos 24 participantes eram indivíduos elegíveis para rastreamento de CCR, com idade entre 50 e 68 anos. A maioria dos participantes valorizaram suas relações com a equipe médica e o sistema de saúde, ainda se consideraram responsáveis pela sua saúde, admitindo dificuldades em realizá-la, os incentivos materiais inadequados para resolver dificuldades de triagem e um dano potencial à relação médico-paciente. Apontaram a necessidade de apoio para a mudança de comportamento de saúde e valorização de sua autonomia. No entanto, alguns participantes apreciaram a iniciativa do convite para os testes de rastreamento e expressaram

a necessidade de apoio para a mudança do comportamento de saúde (HAGOEL; RENNERT; FEDER-BUBIS, 2013).

Um estudo utilizou um questionário de vigilância de fatores de risco comportamental, incluindo as diferenças rurais versus as diferenças urbanas para verificar os preditores (residência, acesso a cuidados de saúde e rastreamento) para CCR, evidenciando que os indivíduos residentes em uma área rural ou um município suburbano foram menos propensos à triagem de CCR em comparação aos residentes de uma cidade metropolitana, assim como diminuição da probabilidade quando não eram segurados por planos de saúde (OJINNAKA et al., 2015).

Foram investigados 815 holandeses, com idades entre 55-75 anos, em relação à preferência de realização de teste de sangue e teste de fezes para rastreamento de CCR indicou que a introdução de novos testes não invasivos, em tem o potencial de aumentar a participação na triagem do CCR (BENNING et al., 2014).

Dentre as metas de vida pós-tratamento de 41 adultos sobreviventes do CCR destacou-se “ser saudável”, com adoção de alimentação saudável e atividades físicas para reduzir peso corporal, além de cessar o tabagismo na tentativa de recuperar a vida anteriormente ao adoecimento e para a prevenção de recidivas, por meio do gerenciamento de sequelas e do tratamento, manutenção do seguimento de controle de recidivas/metástases e de outras doenças crônicas Para os participantes com estoma intestinal, a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal torna-se uma expectativa, assim como a retomada da vida mais próxima ao período anterior ao adoecimento oncológico; mas para alguns as metas não foram influenciadas pelo câncer e seus objetivos de melhora estavam relacionados às comorbidades. Os pacientes com diagnósticos não oncológicos (diabetes e dor lombar crônica) tinham metas para resolver esses problemas e realizar ações de promoção da saúde (PALMER et al., 2013).

Um estudo examinou as taxas e preditores para a captação para a triagem de CCR, bem como o tempo de rastreamento de afro-americanos e não afro-americanos no Sistema de Saúde de Veteranos em Los Angeles (EUA), com 357participantes elegíveis para rastreamento inicial de CCR. A taxa global de

rastreamento por qualquer método foi de 50%, mas as taxas ajustadas para qualquer triagem foi menor (42%) e menor triagem colonoscópica (11%) para afro-americanos, comparativamente aos não afro-americanos, respectivamente de 58% e de 23%. Além de raça, falta de moradia, menor vínculo com o serviço de saúde, utilização de mais medicamentos e não procura de assistência à saúde durante o período de elegibilidade de dois anos de rastreamento previu menor adesão. Tempo gasto para a triagem por colonoscopia foi mais longa para afro-americanos. Apesar do acesso semelhante ao sistema de saúde e as atuais diretrizes para aumentar a triagem CCR em afro-americanos, permaneceu baixo e o uso da colonoscopia foi pouco frequente (MAY; BROMLEY; REID, 2014).

As barreiras para o rastreamento de CCR entre 45 indivíduos de baixa renda e de área rural, foram a falta de conhecimento das opções e recomendações de rastreamento para CCR, custo financeiro dos exames, medo do próprio teste (colonoscopia), medo do diagnóstico de câncer, além de medo de sobrecarga da família. Além da percepção de violação e machismo para os homens e constrangimento para as mulheres. Dentre os facilitadores, incluíram-se a recomendação médica, surgimento de sintomas, apoio da família/amigos, desejo de vida longa saudável, possibilidade de exames gratuitos, acesso às informações e recursos para seu acompanhamento como o transporte para deslocamento da área rural para realizar o exame e o acesso ao exame menos invasivo como tomografia computadorizada (PITTS et al., 2013).

Tema 2 - Políticas públicas para o CCR

Na prática profissional na APS (Malásia) sobre rastreamento do CCR, as barreiras para o não seguimento clínico pelos pacientes foram: baixa disponibilidade do teste de sangue oculto nas fezes, além da baixa conscientização e compreensão sobre o rastreamento do CCR entre os pacientes, apesar dos 116 profissionais participantes recomendarem teste de sangue oculto em mais de 50% de seus pacientes elegíveis (NORWATI et al., 2014).

Os efeitos do tipo de plano de saúde de saúde na sobrevivência de pacientes com CCR nos primeiros cinco anos em Porto Rico, foram verificados

que, nos casos de pacientes em estágios avançados utilizavam mais o sistema público de saúde (44,29%) em comparação àqueles que utilizavam o sistema suplementar (10, 42%); assim como nos grupos etários 50-64 e ≥65 tiveram o maior risco de morte por CCR no sistema público de saúde. Há necessidade de avaliação do acesso aos serviços de saúde e as barreiras que afetam a população no sistema público de saúde (ORTIZ-ORTIZ et al., 2014).

Estimou-se benefícios e prejuízos relacionados às estratégias de triagem para CCR nos Estados Unidos, considerando-se as idades ideais para início e finalização da triagem, com a utilização de três tipos de triagens: Teste de sangue oculto fecal à base de guaiaco, testes imunoquímicos fecais, testes de DNA de fezes múltiplas; sigmoidoscopia flexível com ou sem teste de fezes; colonografia tomográfica ou colonoscopia a partir dos 45, 50 ou 55 anos e terminando aos 75 anos, 80 ou 85 anos. Os resultados indicaram que a população previamente não submetida ao rastreamento do CCR apresentou adesão de 100%, com protocolo de rastreamento com colonoscopia a cada 10 anos, a realização de teste imunoquímico fecal anual, sigmoidoscopia a cada 10 anos com teste imunoquímico anual e colonotomografia a cada 5 anos na faixa etária de 50 a 75 anos, proporcionando ganhos de anos de vida, ou seja, custo-benefício (KNUDSEN et al., 2016).

As iniciativas de saúde pública na utilização do teste de sangue oculto fecal em Ontário (Canadá), para o rastreamento do CCR entre 1994 e 2012, aumentando a proporção de 6,5 testes de sangue oculto para 1000 pessoas, posteriormente para 41,6 testes/1000 pessoas e para 72 testes/1000 em 2012 (HONEIN-ABOUHAIDAR et al., 2014).

Foi avaliado o impacto do local de residência e a condição socioeconômica como determinantes para o desfecho do CCR. Evidenciou-se como resultado a doença em estágio tardio no diagnóstico, dificuldade para recebimento de tratamento de quimioterapia e radioterapia e tempo de vida estavam relacionados à residência em áreas rurais e baixo poder aquisitivo, assim como maior probabilidade de morte, indicando a importância de sanar as disparidades socioculturais e oferta de assistência à saúde (HINES et al., 2014).

Ainda se tratando sobre a terapêutica, Rhoads et al. (2015) realizaram um estudo no Registro de Câncer da Califórnia para determinar a influência do

tratamento por CCR na qualidade do atendimento, no risco de mortalidade e nas disparidades raciais/etnicas. O sistema integrado de saúde proporcionou maiores taxas de cirurgia e quimioterapia em relação aos outros modelos de saúde, cujo atendimento baseado em evidências resultou em maior qualidade, além disso, houve vantagem global de sobrevivência para todos pacientes, independente do estágio da doença e reduziu as disparidades na assistência aos pacientes brancos e negros com CCR.

Por outro lado, na União Europeia houve associação entre desemprego, gastos governamentais em saúde e mortalidade por CCR, sendo que o aumento de 1% de desemprego está associado ao aumento da mortalidade por CCR em homens e em mulheres, enquanto o aumento de 1% nos gastos do governo em saúde está associado à diminuição de mortes por CCR, em ambos os sexos (MARUTHAPPU et al., 2016).

3.2 Discussão da RI

O reconhecimento do câncer como um problema de saúde pública representou um esforço para que alguns países estabelecessem políticas de saúde que buscam a redução da mortalidade e uma das principais abordagens de enfrentamento é a sua prevenção primária (SANTA HELENA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2012).

No entanto, essa medida isoladamente não é suficiente para combater o câncer, pois existem limitações importantes para esta problemática, como as atuais tendências sociais e econômicas (VINEIS; WILD, 2014).

No tema “Promoção da saúde, prevenção, rastreamento e terapêuticas para CCR” foram abordados a prevenção, rastreamento e terapêuticas para o CCR evidenciando nos países desenvolvidos, apesar de não terem sistema universal de saúde, apresentam políticas públicas de rastreamento para o CCR de base populacional. No entanto, ainda há lacunas o alcance do rastreamento, principalmente para a população negra, latina e de imigrantes, pessoas com baixo status econômico, disparidades raciais e étnicas para a acessibilidade ao rastreamento no sistema integrado de saúde e aos métodos menos invasivos em

relação à colonoscopia (BENNING et al., 2014; GARCIA-DOMINIC et al., 2012; HAGOEL; RENNERT; FEDER-BUBIS, 2013; LE BRETON et al., 2012; MAY; BROMLEY; REID, 2014; OJINNAKA et al., 2015; OLIVER et al., 2016; PALMER et al., 2013; WARD et al., 2015).

Por outro lado, alguns aspectos como desconhecimento dos fatores de risco para o CCR e sobre o rastreamento, assim como baixa condição socioeconômica e localização geográfica de difícil acesso a um sistema de saúde impossibilitam a população de realizar rastreamento para CCR, indicando a necessidade de educação em saúde e estratégias mais eficazes para o rastreamento e, por conseguinte, diminuir a morbimortalidade por CCR (BENNING et al., 2014; GARCIA-DOMINIC et al., 2012; HAGOEL; RENNERT; FEDER-BUBIS, 2013; LE BRETON et al., 2012; MAY; BROMLEY; REID, 2014; OJINNAKA et al., 2015; PALMER et al., 2013; PITTS et al., 2013; RHOADS et al., 2015; STOCK; PASZAT; RABENECK, 2016; WARD et al., 2015).

À medida que ocorre o crescimento e o envelhecimento populacional, juntamente com a crise econômica, algumas mudanças no estilo de vida moderno são impostas, como as alterações nos padrões alimentares com o consumo de alimentos industrializados, hábitos como tabagismo e etilismo, além do aumento do sedentarismo, que são considerados fatores de risco para o câncer e especialmente encontrados em países de baixa e média renda como o Brasil (BRAY et al., 2018; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

Em países como Estados Unidos da América (EUA), o investimento em programas de rastreio de câncer colorretal (CCR) tem demonstrado significativa redução nos índices de mortalidade (KNUDSEN et al., 2016).

Sobre o rastreamento, apesar dos avanços e das evidências de sua eficiência na redução da incidência e de mortalidade por CCR, ainda é considerada como uma prática incipiente em muitos países, pois falta adesão por parte dos programas de triagem além das baixas taxas de aceitação pela população (CHEN et al., 2019).

Um dos desafios para efetividade desses programas são as altas taxas de adesão, que demandam desenvolvimento de políticas públicas centradas na conscientização da população através de informações sobre riscos e mudanças

de comportamentos, além da realização dos exames disponíveis no seguimento do CCR (SANTOS; CARVALHO; SOUZA, 2013).

Sobre o desafio de fornecer informações se deve considerar a realidade e as preferências da população para nortear os políticos na concepção, implementação e divulgação de programas de triagem mais eficazes. Por outro lado, as informações sobre custos diretos do rastreamento, acompanhamento dos testes e tratamentos adicionais, além da inclusão de opções de testes, estão associadas à eficácia e adesão da população aos programas de triagem para CCR (PIGNONE et al., 2014)

No tema “Políticas públicas para o CCR” foram abordados aspectos que possam subsidiar a elaboração de protocolos de rastreamento para CCR, bem como estratégias que possam favorecer a implementação do rastreamento e a adesão da população para reduzir a morbimortalidade por este câncer (HINES et al., 2014; HONEIN-ABOUHAIDAR et al., 2014; KNUDSEN et al., 2016; MARUTHAPPU et al., 2016; MIRANDA et al., 2012; NORWATI et al., 2014; ORTIZ-ORTIZ et al., 2014; PIGNONE et al., 2014; PITTS et al., 2013; RHOADS et al., 2015).

As desigualdades nas taxas de seleção e rastreamento do CCR em grupos minoritários étnicos/raciais também é outro problema enfrentado para a implementação de políticas de saúde, sendo que prevalece o diagnóstico tardio da doença e taxas elevadas de mortalidade (MIRANDA et al., 2012; LANSDORP-VOGELAAR et al., 2012).

Contudo, Rhoads et al. (2015) demonstraram que os sistemas integrados de cuidados podem contribuir na organização de cuidados responsáveis para melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir as disparidades raciais/étnicas no CCR.

Investigar as dificuldades e facilidades da implementação de políticas de rastreamento do CCR, são estratégias importantes para identificar possíveis disparidades de cuidados de saúde. Assim, as políticas públicas em saúde têm a importante missão de oferecer programas que se comprometam com as questões de saúde e de educação, de forma a incorporar a participação da população, inclusive os fatores comportamentais e condicionantes para o CCR,

como fatores socioeconômicos, escolaridade, grupos étnicos/raciais para tender as necessidades do indivíduo e os grupos vulneráveis (KREUTER et al., 2014).

No Brasil, o rastreamento recomendado pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia reitera as diretrizes norte-americanas. O rastreamento para o CCR pode ser realizado por três tipos de exames: o exame proctológico, que consiste no toque retal combinado à retossigmoidoscopia; o exame de sangue oculto nas fezes; e a colonoscopia (JACOB et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2021).

O rastreamento deve ser realizado a partir dos 50 anos, com exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (anual) e retossigmoidoscopia anual ou bianual para os indivíduos que se enquadram no grupo de risco normal, ou seja, que não apresentam sintomas, não possuem diagnóstico de doença inflamatória ou não possuem história familiar de CCR (SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2021).

Nos indivíduos com alto risco, ou aqueles que apresentam sintomas, o exame proctológico deve ser complementado pela colonoscopia.

O segundo exame que é a pesquisa de sangue oculto nas fezes, que é um teste laboratorial que verifica a presença de sangue não visível nas fezes. É um exame passível de ser realizado no âmbito da APS (BRASIL, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2021).

Já para as pessoas com um risco aumentado por antecedente pessoal ou familiar de câncer do intestino, ovário, endométrio, mama, tireoide, é indicado iniciar o rastreamento aos 40 anos (ou 10 anos antes do familiar com doença mais precoce) com a realização de colonoscopia. Para as pessoas com antecedente de doença inflamatória intestinal, o rastreamento deverá ser iniciado ao completar sete a 10 anos de tratamento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2021).

Na prática clínica, o rastreamento do CCR no Brasil não possui protocolos e diretrizes instituídos em âmbito nacional no SUS ou pelo sistema de saúde suplementar. Desde 2016, existe uma série de protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, porém estes estão embasados em sinais e sintomas, ou seja, neste caso, trata-se de documentos que norteiam a regulação de indivíduos já sintomáticos (BRASIL, 2016). Até o momento não

temos um programa de rastreamento de base populacional para o CCR e/ ou para detecção precoce de DII que seja utilizado como diretriz em nível nacional. Assim, o rastreamento quando ocorre ainda é realizado de maneira oportunística pelo profissional médico ou profissional enfermeiro no âmbito da APS, quando há alguma queixa colorretal, que justifique a investigação (BRASIL, 2010a).

Neste caso, o enfermeiro até pode solicitar o exame de sangue oculto nas fezes após uma coleta do histórico de enfermagem do paciente e avaliação por meio do exame físico, no contexto da APS. No entanto, são necessários protocolos, em todos os níveis de assistência à saúde para que o rastreamento seja oportunizado, principalmente pela falta de um programa de base populacional (SÃO PAULO, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2021).

Mais programas de conscientização são necessários para o público. Além disso, os profissionais de saúde da APS devem estar atualizados com as últimas recomendações e as decisões políticas devem melhorar os serviços de triagem de CCR (NORWATI et al., 2014).

É possível que enfermeiros e outros profissionais de saúde desenvolvam intervenções educacionais, culturalmente apropriadas para aumentar o conhecimento sobre o CCR, fatores de risco e triagem, particularmente para aqueles com maior risco, as ações educativas deverão ser canalizadas e planejadas para atender as demandas destas pessoas, saindo da focalização das expectativas dos profissionais, nos contextos de atendimento e na comunidade (OLIVER et al., 2016).

O aumento da indicação da colonoscopia está associado à redução na incidência e na mortalidade de CCR na população (JACOB et al., 2012). Por outro lado, a população tem direito a um programa de rastreamento, com vistas à redução de incidência e da mortalidade, mas deve-se priorizar ações para a redução dos fatores de risco do CCR.

Diante do exposto, para responder as questões de pesquisa sobre a perspectiva do usuário com problemas colorretais crônicos em relação à assistência ofertada no SUS, foram estabelecidos os objetivos para esta tese, com delineamento de desenho misto.

4. OBJETIVOS

4.1. Etapa Quantitativa

- Analisar a demanda de atendimento de assistência para pessoas com queixas colorretais nas Unidades Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico, terapêutico e de referência de pessoas com queixas colorretais, nas Unidades de Saúde da Família, de um município paulista, no Sistema Único de Saúde (SUS);

- Identificar o encaminhamento de referência para a investigação especializada para diagnóstico colorretal definitivo;

- Investigar a associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas e o estabelecimento do diagnóstico colorretal definitivo para esta clientela.

4.2. Etapa Qualitativa

Objetivo Geral

- Interpretar o mapa de cuidado de pessoas com adoecimento colorretal crônico no Sistema Único de Saúde (SUS)

Objetivos Específicos

- Analisar o perfil sociodemográfico, clínico, terapêutico e de referência de pessoas com adoecimento colorretal crônico no Sistema Único de Saúde em busca de sua resolução;

- Analisar as experiências de pessoas com adoecimento colorretal crônico com a assistência ofertada pelo Sistema Único de Saúde.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. O adoecimento por problema colorretal crônico na perspectiva da epidemiologia social

O adoecimento das pessoas por doença colorretal tem constituído um desafio para a prestação da assistência no SUS, por apresentar uma multiplicidade de diagnósticos, assim como demandas específicas e especializadas, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Um primeiro aspecto a ser enfatizado é a semelhança das queixas gastrointestinais apresentadas pelas pessoas ao buscar a assistência de saúde, pois diarreia, distensão e dor abdominal, fraqueza, emagrecimento e sangramento anal, podem estar vinculados às parasitoses, doença hemorroidária e gastroenterites e, por conseguinte, estas queixas e demandas no contexto da APS não tem sido necessariamente valorizadas pelos usuários e pelos profissionais da saúde. Além disso, no contexto do SUS, os usuários têm vivido tratamentos com insucesso, estabelecimento de diagnósticos em fase avançada da doença, demora e peregrinação no sistema de saúde em busca de resolução de um problema de saúde; sendo necessário muitas vezes, recorrer a escolha de caminhos alternativos para conseguir acesso e agilizar a assistência, que estes acreditam necessitar (LENZA, 2016; ROSADO, 2019; SASAKI et al., 2012).

Para a análise da experiência destas pessoas no SUS, considerando-se que todo processo biológico está vinculado ao contexto social, adotou-se a perspectiva da Epidemiologia Social, que investiga explicitamente os determinantes sociais na explicação do processo saúde-doença, subsidiada pelas evidências quantitativas sobre a influência do nível de pobreza e do contexto social para a determinação do estado de saúde das pessoas (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

Inicialmente, quando a Epidemiologia se firmava como disciplina científica, os estudos eram em sua maioria, classificados dentro da Epidemiologia social, pela busca da vinculação dos padrões de adoecimento com a saúde e a sociedade, principalmente nos estudos clássicos de Villermé

(1826) que associaram taxas de mortalidade à renda da população, assim como de Engels (1884) que vinculou a alta mortalidade às condições precárias de vida da classe operária na Inglaterra, enfatizando as repercussões das privações da infância na vida adulta (VILLERME, 1991; KRIEGER, 2001).

Os estudos de Virchow e Snow também associaram as condições de vida ao adoecimento (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016). Estes estudos fortaleceram a ideia de que a eficácia das intervenções deve estar fundamentada no conhecimento sobre as tendências de distribuição dos casos, no perfil dos indivíduos acometidos, bem como a espacialização e prevalência de casos (BARATA, 2005).

Contudo, a articulação entre estes fatores foi reduzida à utilização instrumental dos atributos mensuráveis, a partir de casos individuais, que se por um lado valorizou o estilo de vida das pessoas, a educação em saúde e a responsabilização individual, a falta de um modelo de articulação enfraqueceu o aspecto coletivo e social, destacando-se os aspectos individuais, principalmente nas pesquisas epidemiológicas.

A busca de explicações da Epidemiologia vinculada às Ciências Sociais no que se refere aos padrões do adoecimento populacional e a distribuição das doenças predominou nos séculos XIX até o século XX, o que resultou na Teoria da multicausalidade, que incluiu aspectos da organização da sociedade e da cultura como fatores que influenciam na produção das doenças, sem necessariamente ser considerado um determinante do processo. Ampliou-se para os fatores sociais, econômicos, culturais, demográficos, além da inclusão dos fatores ambiente físico e biológico, principalmente os movimentos políticos pelos direitos civis, do fortalecimento da criticidade das pessoas, da valorização do contexto sociocultural e político dos anos de 1960, que transformaram a sociedade e os comportamentos das pessoas. Ou seja, as explicações sociais passam a ser focalizadas no processo saúde-doença (BARATA, 2005; BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; RAMOS et al., 2016).

Contudo, diferentes vertentes surgiram, cujas distinções ocorreram em relação à abordagem multinível ou hierárquica da realidade, aos distintos processos ou mecanismos de produção e da interrelação entre estes distintos

processos e, portanto, estes modelos foram considerados mais amplos e complexos.

Estes modelos podem ser sintetizados, sendo que o Modelo de Eco-epidemiologia de Susser identifica inúmeros fatores de risco multicausais, necessariamente sem uma fundamentação teórica sobre a doença, que apesar de fornecer informações importantes, não aprofunda a análise das relações entre saúde e sociedade (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

Por outro lado, a Teoria do capital social focaliza a compreensão dos mecanismos das desigualdades de renda na saúde dos indivíduos, trazendo o componente estrutural das relações associativas na sociedade com toda a as extensão e intensidade e o componente cognitivo da percepção dos indivíduos sobre confiança interpessoal, compartilhamento e reciprocidade nas relações sociais, que tem sido criticada por valorizar percepções da desigualdade no processo saúde-doença, em detrimento das causas estruturais e materiais, o que limita suas contribuições na discussão de políticas públicas (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

O modelo do curso de vida pressupõe que o estado de saúde seja determinado pelas circunstâncias de vida atual e anteriores, construída pela trajetória pessoal, moldada pelo contexto social e pelas condições materiais de vida, com duas vertentes de explicação. A vertente materialista associa as condições materiais à estrutura de classes na determinação da distribuição das doenças e a vertente psicossocial considera os aspectos materiais e a ação dos aspectos psicossociais como sucesso, fracasso ou frustração, que mediados pelos sistemas adaptativos, produz doenças. A crítica está relacionada à primazia dos aspectos materiais, mas falta de clareza da influência dos fatores psicossociais na determinação das doenças e no estado de saúde (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

A Teoria da produção social do processo saúde-doença estabelece um modelo de explicação, utilizando-se os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando-se os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social. Também possui duas vertentes principais de estudo, o processo de reprodução social através das estruturas de classe com várias

dificuldades de operacionalização e o da reprodução social, que parte do conceito de espaço socialmente construído ou dos estudos de vizinhança, que vêm sendo cada vez mais utilizados nos estudos de desigualdade social em saúde. Portanto, trata-se de um movimento complexo de conformação, consolidação e transformação das organizações sociais, com por várias dimensões ou momentos, que precisam ser abordados separadamente (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

A Teoria ecossocial de Nancy Krieger articula o raciocínio social e biológico, adotando-se uma perspectiva histórica e ecológica, com metáfora fractal sobre as estruturas recursivas, repetidas e semelhantes a si mesmas, nos níveis macro e micro, da organização. O corpo biológico incorpora o mundo no qual vive, produzindo padrões de saúde, doença, incapacidade e morte e os modelos de incorporação representam os arranjos societais de poder, propriedade, de produção, distribuição e consumo (reprodução social), associados a constrangimentos e possibilidades deste corpo biológico, que é determinado pela história evolutiva da espécie, pelo contexto ecológico e pela história individual (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

Esta perspectiva incorporou aspectos de várias teorias, na articulação dos aspectos biológicos e sociais, a história de vida, os efeitos contextuais do ambiente, a reprodução social e a dimensão política em uma única explicação. Assim, da Eco-epidemiologia trouxe a organização da realidade em diferentes dimensões e a mediação dos processos de determinação; do curso de vida utilizou a concepção de história ou trajetória de vida determinada pelas condições societais; da teoria da produção social, o conceito de reprodução social e a dimensão política, articulando-os as dimensões biológica e social dos indivíduos (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016).

Na Epidemiologia Social há necessidade de se optar pela adoção do conceito de causa ou pela determinação social. Contudo, o conceito de determinação mostra-se mais adequado para a compreensão de processos sociais complexos, por não necessitar do isolamento completo das variáveis nem interdependência entre destas. Os diferentes determinantes do mundo real não se apresentam com clareza sobre seus limites ou de seus vínculos unidirecionais ou contingenciais. Portanto, existem muitos desafios na condução de estudos na

Epidemiologia social, pois cada teoria adotada, requer adoção conceitual, metodológica e de perspectiva coletiva ou individual, que repercute no planejamento do estudo e de variáveis a serem mensuradas, na obtenção de dados, na análise agregando conhecimentos de outras áreas de conhecimento. Os resultados deverão subsidiar intervenções sociais no campo de saúde para formulação de políticas públicas, assegurando direitos de cidadania, autonomia e integralidade do cuidado em saúde (BARATA, 2005; BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; CECÍLIO et al., 2014; RAMOS et al., 2016).

No SUS tem-se Redes de Atenção à Saúde (RAS), que conta com a atenção básica, especializada e hospitalar, incluindo-se serviços de urgência e emergência, assim como outras unidades de saúde de maior densidade tecnológica e com profissionais especializadas, em cada nível de atendimento à saúde (BRASIL, 2010b).

Estas RAS possuem uma regulação assistencial, cuja perspectiva governamental, implica em disponibilizar alternativa assistencial adequada à necessidade do cidadão, fundamentado na universalidade, na equidade, no ordenamento, de forma oportuna e qualificada, intermediada por um sistema complexo de regulação, que perpassa pela avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização hierarquizada, programação e alocação de recursos, avaliação e controle (BRASIL, 2010b, 2017b).

Diante do exposto, focalizaremos a perspectiva dos usuários com problemas colorretais no que se refere à assistência de saúde do SUS e para tanto é importante compreendermos ser a disponibilização da assistência oportuna e qualificada, o que nos remete ao papel regulador dos usuários, quando estes buscam cuidado em saúde, por caracterizarem uma lógica de regulação de acesso e consumo dos serviços existentes denominado de “agir leigo”, que difere da regulação assistencial governamental. Trata-se de compreender como atuam os atores sociais, no caso, os usuários ao buscarem assistência à saúde, na regulação do SUS. Assim, é possível identificar-se quatro regimes de regulação: o governamental, o profissional, o clientelístico e o leigo (CECÍLIO et al., 2014).

Apesar do reconhecimento do Governo como regulador principal, os outros atores sociais podem atuar, quer seja o profissional, o político ou o

usuário, buscando mudar as regras estabelecidas, o que poderá resultar em novos modos de regulação. Portanto, a regulação torna-se uma produção social que pode ser constituída por diferentes maneiras, em processo permanente de mudanças (CECÍLIO et al., 2014).

Cada usuário poderá lançar mão de diferentes arranjos e soluções, que podem ser reconhecidos a partir de suas histórias de vida, constituindo o regime de regulação leiga, enfatizado pela regularidade de ações, denominado de agir leigo, motivado pelo adoecimento, dor, sofrimento e sentimento de fragilidade inerentes à condição humana. Estas ações justificam-se pelas suas necessidades de saúde para manutenção da autonomia na sua vida, na busca de vínculo e cuidado, do bem-estar, do término da dor e sofrimento e retorno da alegria de viver, a beleza (CECÍLIO et al., 2014; SILVA; ALVES, 2011).

O agir leigo está pautado na redução da dissonância entre seu tempo vivido da doença/sofrimento, do tempo do gestor da racionalização da governabilidade dos recursos e do tempo do fazer dos profissionais; encontrar o “bom médico”; produzir um “mapa de cuidado” estável, ou seja, mediante o ponto de acesso (profissionais/serviços), sua necessidade e experiência, cada pessoa vai sendo formado em diferentes momentos, o que pode ser incorporado à gestão de cuidados das pessoas. Esta dá ao usuário uma impressão, de ao menos, ter algum controle e previsibilidade (BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; CECÍLIO et al., 2014; SILVA; ALVES, 2011).

Na perspectiva da Epidemiologia, quando se refere à multicausalidade do processo saúde doença, implica no discurso dos estilos de vida, que traz consigo a noção de risco epidemiológico, para a objetivação da incerteza da condição humana. Estilo de vida é tomada como hábito facilmente adotável por todos, independentemente de sua condição social e deposita no indivíduo a responsabilidade por sua saúde, negligência o fato de que as práticas sociais não são adotadas racionalmente (FERREIRA, 2009).

Ressalta-se as diferenças entre a noção de risco epidemiológico, cuja multicausalidade descreve relações objetivas, impessoais e quantitativas para a redução da causa da doença ou de vários fatores. Contudo, para as pessoas leigas, o risco epidemiológico está condicionado ao contexto sociocultural, pois não veem o risco como probabilidades estatísticas objetivas, mas trazem a

subjetividade, com base em suas experiências, vinculando o adoecimento à fenômenos, o que pode explicar o insucesso de certas prescrições comportamentais na saúde (FERREIRA, 2009).

Há uma relativização do risco pelas pessoas, na perspectiva construcionista forte, nada é um risco em si mesmo, pois esta é construída enquanto um processo social. Para que este risco exista, os atores sociais necessitam reconhecer e rotular como tal, que deve ser interpretada culturalmente como perigo objetivo, considerando-se o contexto social, cultural e histórico destes atores sociais. Para tanto, é fundamental conhecer de que maneira certos discursos sobre o risco estão estruturados e porque uns prevalecem em detrimento de outros (FERREIRA, 2009).

O papel e o agir leigo também é construído nos fóruns e os grupos de discussão na internet, onde ocorrem a troca de experiências e de formulação de hipóteses interpretativas entre pessoas geograficamente distantes, mas que compartilham de uma mesma experiência, podendo transformar doentes em vítimas, pautado na natureza da doença, no número e/ou a distribuição geográfica dos casos e na identidade dos doentes. Por outro lado, podem gerar mobilização, influenciando a generalização ou a ampliação de reivindicações e de participação dos cidadãos nas decisões (BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011).

Definiu-se como racionalidade leiga, as lógicas que conduzem as ideias, as escolhas e a tomada de decisões sobre saúde e doença, que permitem a compreensão aprofundada, dos significados ou do simbolismo do comportamento, que se apresenta plural, complexa, influenciada pela subjetividade cultural, interiorizada de forma processual e dinâmica pelos usuários. O agir leigo pode ser compreendido nesta perspectiva (SILVA; ALVES, 2011).

Assim, o mapa de cuidado ideal é aquele composto por vínculos com profissionais em determinados serviços, que será o instrumento ou o dispositivo de operação da regulação leiga. Este conecta, sob a lógica do usuário, suas necessidades às suas possibilidades, os pontos do mapa, que são atravessados por todos os outros regimes de regulação. Um avanço no SUS seria a coprodução destes mapas das equipes de saúde e dos e com os usuários, constituindo a compreensão da coexistência do atendimento de caráter misto

público-privado, determinando o sucesso do cuidado, principalmente em situações em que a regulação governamental não consegue ser resolutivo (BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; CECÍLIO et al., 2014; SILVA; ALVES, 2011).

Os modos de operacionalização da regulação profissional pode ser burocrático quando há subordinação total dos profissionais subordinam-se inteiramente às normas, aos fluxos, às regras da regulação governamental, o que pode gerar cuidado ou não; no criativo, o profissional conhece e usa as regras e os fluxos da regulação governamental, otimizando os contatos dos pontos de sistema e/ou no próprio órgão regulatório para priorizações, a depender de seu interesse e/ou avaliação da necessidade de determinado paciente; e independente, quando o profissional produz caminhos totalmente por fora da regulação governamental, por meio de contatos pessoais e relações de influência ou posições privilegiadas (CECÍLIO et al., 2014).

Portanto, os mapas de cuidado podem resultar em novos significados, caminhos e melhorias para o mundo do cuidado, por aqueles que vivem os problemas no SUS (CECÍLIO et al., 2014).

Esta perspectiva do agir leigo, fundamentada na Epidemiologia Social foi adotada para a análise e interpretação da experiência de pessoas com adoecimento colorretal no SUS, cujo mapa de cuidado contribuirá na compreensão para a formulação de intervenções sociais, de políticas públicas, assegurando direitos de cidadania, autonomia e integralidade do cuidado.

6. MATERIAL E MÉTODO

6.1 Delineamento do estudo

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas distintas sequencialmente, a primeira quantitativa e a segunda qualitativa, do tipo desenho misto, que possibilitou associar dados quantitativos e qualitativos para investigar temáticas na área da saúde e nas ciências sociais (POLIT; BECK, 2011). Esta estratégia é denominada de explanatória sequencial e na análise final ocorrerá a integração dos dados quantitativos e qualitativos para a interpretação dos dados (CRESWELL, 2007). A enfermagem é uma área da saúde em que a utilização do método misto permite enriquecer consolidar a investigação sobre uma temática a partir da triangulação de dados quantitativos e qualitativos (POLIT; BECK, 2011).

Os métodos de pesquisa mistos são uma interação sistemática de métodos quantitativos e qualitativos em um só estudo; assim com a sua integração e discussão conjuntas, a finalidade é obter um panorama mais completo do fenômeno (HÉRNANDEZ SAMPIERI, 2013).

6.2 Aspectos Éticos

O estudo seguiu a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP-USP), sob Parecer No. (90599518.9.0000.5393) e elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (BRASIL, 2012b).

As pessoas foram convidadas a participar da primeira etapa do estudo, com explicação dos objetivos, as informações a serem solicitadas e a possibilidade de escolha do local para a concessão da entrevista, conforme a sua preferência, na unidade de saúde ou no domicílio do participante. Foi ofertado, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura e oficialização de sua participação no estudo. Uma via assinada

pelo participante e pela pesquisadora foi entregue ao mesmo e a outra foi arquivada pela pesquisadora, por um período de cinco anos.

Em relação aos riscos e benefícios do projeto de pesquisa em questão, não foram previstos benefícios diretos para os participantes da pesquisa, entretanto com os resultados obtidos com este estudo, possibilitará a compreensão da experiência do Mapa de Cuidado dos participantes, desde sua busca por atendimento no serviço público de saúde com os seus primeiros sintomas intestinais, os desafios vivenciados para acessar o SUS, no âmbito da atenção primária, o encaminhamento para a especialidade de Coloproctologia e o tempo de espera pelo tratamento, após a definição diagnóstica, bem como o atendimento final. Assim, o benefício indireto evidencia-se pelo levantamento das dificuldades para a utilização do SUS para a resolução das queixas colorretais, de acesso e de sistema de referência para um serviço especializado secundário, principalmente para o estabelecimento do diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais (DII) e do câncer colorretal (CCR).

Os riscos esperados foram relacionados ao surgimento de constrangimentos, sentimentos e pensamentos negativos aos participantes durante a entrevista, por recordação de sua experiência, de momentos de preocupação, ansiedade, aflição pelas incertezas vividas em relação ao adoecimento e tratamentos no contexto do sistema público de saúde. Para evitar estes riscos, o participante foi esclarecido e lhe foi assegurada a liberdade de interromper a sua participação a qualquer tempo.

Caso o participante se sentisse desconfortável durante a sua participação no estudo, a entrevista seria encerrada, sendo que, durante o desenvolvimento deste estudo, não houve nenhuma situação de interrupção. Inicialmente, a pesquisadora fez o acolhimento, com esclarecimentos de dúvidas sobre o adoecimento por doença colorretal e tratamentos, inclusive com fornecimento de material educativo impresso. Se ainda, houvesse persistência do desconforto, esta faria o encaminhamento do participante a um serviço de psicologia do SUS.

6.3 Desenvolvimento do estudo

Este estudo foi realizado em duas etapas com métodos distintos, sendo a primeira Etapa - Quantitativa e a segunda - Etapa Qualitativa. O período de coleta de dados da etapa quantitativa ocorreu de abril de 2019 a setembro de 2019 e a coleta de dados qualitativos ocorreu de junho de 2020 a julho de 2020.

6.4 Local do Estudo

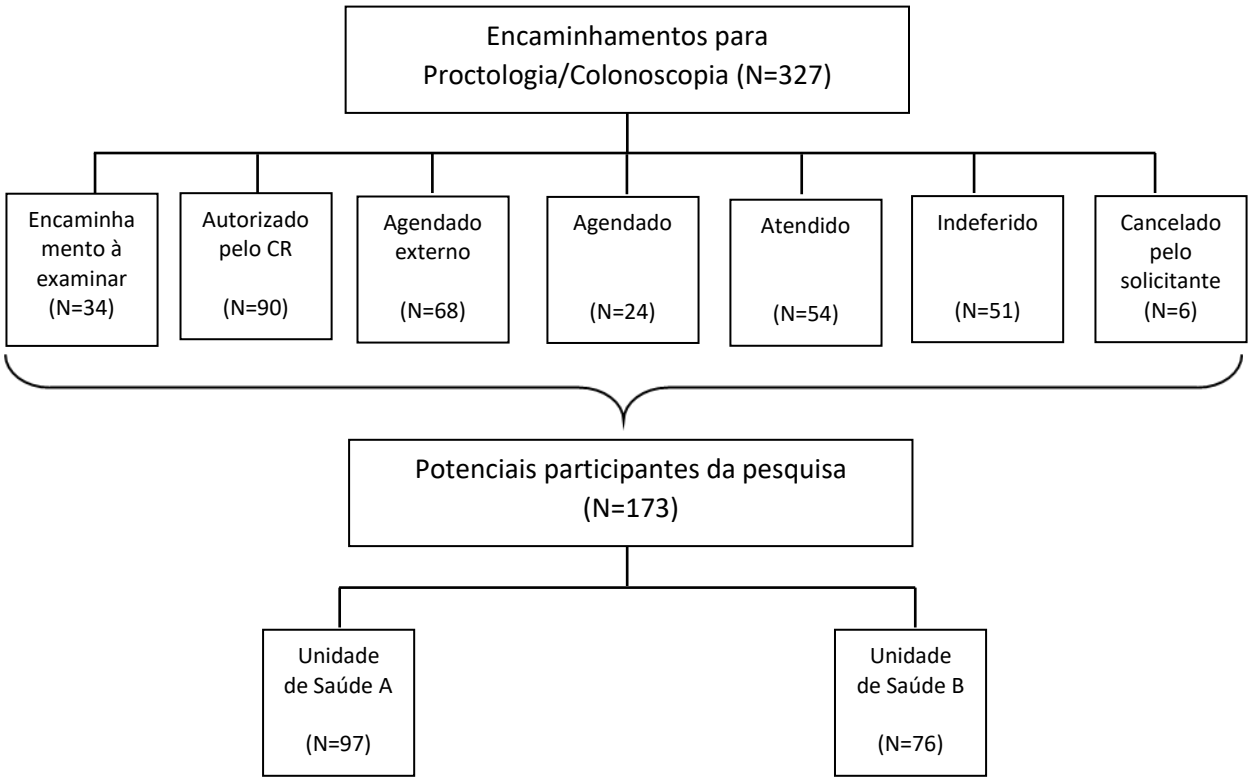
6.4.1. Etapa – Quantitativa

Esta etapa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família de um município paulista, que são unidades básicas de saúde com estratégia saúde da família, vinculadas à uma Instituição de Ensino Público Universitário e a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal.

Após a busca no Sistema HygiaWeb dos possíveis participantes do estudo para a etapa quantitativa, foram identificados 326 indivíduos que foram encaminhados para as especialidades de Proctologia e Colonoscopia, de janeiro de 2017 até 17 de outubro de 2018.

Em janeiro de 2019, o status dos encaminhamentos realizados pelas unidades estudadas entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2018, verificou-se que dos 327 encaminhamentos, tanto para colonoscopia como para a proctologia, 34 estavam aguardando serem examinados pelo complexo regulador (CR), 90 encaminhamentos haviam sido autorizados porém sem agendamento de data, 68 encaminhamentos eram agendamento externo, ou seja, aguardando data de agendamento com a especialidade em algum serviço vinculado a divisão regional do município sede da Divisão Regional de Saúde. Ainda, 24 encaminhamentos estavam agendados, 54 encaminhamentos foram atendidos, 51 foram indeferidos possivelmente por alguma inconsistência de informações inseridas no sistema ao solicitar a avaliação do complexo regulador, além de seis cancelados pelos próprios responsáveis do encaminhamento.

Figura 2 – Esquema de identificação de potenciais participantes da pesquisa – Etapa Quantitativa. Ribeirão Preto, 2021



Fonte: Elaborado pela autora.

Desta amostra total 327 encaminhamentos, foram selecionados 173 potenciais participantes do estudo, sendo que eram cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família, que constituíram os cenários de estudo desta etapa.

Os critérios de inclusão dos participantes desta etapa do estudo foram: pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos em duas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (denominados de A e B) de um Município paulista, com queixas colorretais em investigação diagnóstica ou com exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) positivo e com encaminhamento para as especialidades de Colonoscopia ou Coloproctotologia, em nível secundário.

Os participantes foram selecionados mediante o acesso da pesquisadora aos dados de encaminhamentos via sistema HygiaWeb (Sistema de Informação da Secretaria Municipal da Saúde e nos prontuários físicos e prontuário

informatizado das duas Unidades de Saúde da Família do Município, locais deste estudo denominados de Unidade A e Unidade B.

Os dados quantitativos foram coletados com um instrumento, elaborado pela pelas pesquisadoras, com base na revisão integrativa e na experiência clínica (BRASIL, 2014a, 2017a, 2020a; ESBERARD, 2012; FERRAZ, 2016). Este instrumento contemplou as informações:

- Dados sociodemográficos: data de nascimento, idade, naturalidade, procedência, sexo, cor (autorreferida), grau de escolaridade em anos de estudo, estado civil, possuir companheiro (a), profissão/ocupação, situação laboral, renda individual, renda familiar, renda per capita, responsáveis pela renda familiar, beneficiados pela renda familiar, coabitação, possuir plano de saúde privado;
- Dados clínicos: informações antropométricas, presença de queixas na APS, tipo de queixas intestinais, motivo do encaminhamento, hipótese diagnóstica na APS, hábitos e estilo de vida (atividade física, tabagismo, etilismo, frequência alimentar, consumo alimentar de embutidos ou carne vermelha, diagnóstico colorretal, tipo de tratamento realizado no serviço especializado, acessou serviço especializado até a entrevista, exame de PSOF, comorbidades, histórico familiar para doenças crônicas colorretais, tempo entre encaminhamento e atendimento, tempo entre encaminhamento e resolutividade da queixa.

Para o processamento dos dados foi elaborado uma planilha no programa computacional *Microsoft Excel*, com elaboração de um dicionário (*codebook*) e dupla digitação para verificação da consistência do banco e, respectiva validação até a fase do gerenciamento final.

Após a digitação e a validação, os dados foram exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, para a realização da distribuição das frequências relativas de todas as variáveis do estudo. Para a comparação das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão e, para as variáveis qualitativas, medidas de associação, tabelas de contingência e razão de prevalência.

Para a análise estatística tivemos a assessoria de um profissional especializado em estatística vinculado a EERP-USP.

6.4.2 Etapa – Qualitativa

Na segunda etapa qualitativa, os participantes foram os pacientes internados na Unidade de Internação Cirúrgica, na especialidade de Coloproctologia, da Instituição hospitalar de ensino universitário público.

Os critérios de seleção dos possíveis participantes desta etapa foram: pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico colorretal por doença crônica (DII ou Neoplasia Colorretal) ter sido referenciado ao serviço terciário.

Após a apresentação do estudo, aos possíveis participantes da pesquisa, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias para assinatura e oficialização de sua participação no estudo. Uma via assinada pelo participante e a pesquisadora foi entregue ao mesmo e a outra arquivada pela pesquisadora pelo período de cinco anos.

A entrevista foi realizada durante a internação com possibilidade de outros contatos no domicílio, posteriormente à internação hospitalar, caso seja necessário e de comum acordo.

Foram coletados dados socioculturais, clínicos e terapêuticos dos participantes, além de dados relativos aos atendimentos, desde o atendimento na APS até o serviço terciário. Com estes dados realizou-se a caracterização destes e do contexto da experiência de atendimento à saúde e de acessibilidade no SUS, além da identificação dos exames diagnósticos realizados ou solicitados no contexto da APS (Apêndice A - Instrumento de coleta de dados Primeira Etapa Quantitativa).

Além disso, foi realizada uma entrevista semiestruturada com os participantes do estudo nas duas etapas (Apêndice B – Instrumento de coleta de dados da Segunda Etapa Qualitativa). Para a entrevista da segunda etapa foram elaboradas as questões norteadoras: *“Conte-me o que aconteceu, desde quando teve os primeiros sinais e sintomas de problemas no seu intestino, até você chegar para o tratamento no hospital"; "Para você, o que significou o tratamento recebido, desde a APS, passando pela unidade de saúde, todos os atendimentos que recebeu, os exames realizados e agora a cirurgia?*

Foi solicitada a permissão para realizar a gravação em áudio ao tem constituído um recurso importante no método qualitativo, para o registro minucioso da entrevista para uma análise detalhada com fidedignidade e maior qualidade.

As entrevistas foram transcritas e digitadas na íntegra em forma de textos. Foi realizado ainda, o registro de diário de campo em relação as observações, que complementaram as entrevistas gravadas em áudio. Além disso, auxiliou na organização dos dados e na cronologia dos eventos relatados, com as percepções do pesquisador sobre o ambiente e situações, que poderiam interferir na experiência do participante do estudo (BRITTEN, 2009; POPE; MAYS, 2009).

O critério para amostragem dos participantes, em uma pesquisa de abordagem qualitativa, não é numérico, pois os participantes de um estudo devem refletir a totalidade do objeto em estudo, assegurando o alcance dos objetivos estabelecidos para que fosse possível responder as questões de pesquisa deste estudo (DUARTE, 2002; MINAYO, 2007).

A interpretação dos dados qualitativos iniciou-se a partir do momento da coleta de dados, permitindo o refinamento das questões com maior profundidade do assunto ao longo do seu processo de desenvolvimento (HESSE-BIBER; LEAVY, 2006; POPE; MAYS, 2009).

Na etapa qualitativa, outras fontes de dados foram utilizadas como a observação não participante, observação participante e o diário de campo, que constituiu o trabalho de campo.

Para a análise dos dados qualitativos, obtidos no trabalho de campo, as entrevistas, inicialmente as gravações em áudio foram transcrições, com acréscimo de outras informações secundárias, observações não participantes e participante, além de acontecimentos durante a entrevista ou no contexto sociocultural. Utilizou-se a Análise Temática para identificar, analisar e relatar os temas dos dados coletados. Com este método organizou-se e descreveu-se o conjunto de dados qualitativos detalhadamente, para a interpretação dos vários aspectos da questão de pesquisa. Realizou-se em seis fases distintas: familiarização dos dados, geração de códigos iniciais, procurando temas, revendo temas, definindo e nomeando temas e produzindo relatório, seguindo-

se as recomendações do processo de Análise de Conteúdo Indutiva (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise de conteúdo indutiva possibilitou a coleta e análise de dados, contínua e concomitante, gerando as compreensões e novas questões, assim sucessivamente, até o alcance dos objetivos da pesquisa, o que determina a finalização da coleta de dados do estudo (HESSE-BIBER; LEAVY, 2006). Desta forma, a *priori* não houve o estabelecimento numérico de participantes para esta etapa do estudo.

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir do Referencial Teórico da Epidemiologia Social, que articula o contexto de saúde e a sociedade, utilizando-se os determinantes sociais na explicação do processo saúde-doença, assim como a influência da pobreza e do contexto social no estado de saúde das pessoas com adoecimento colorretal crônico (BARATA, 2005; RAMOS et al., 2016). Isto resultou na construção do Mapa de Cuidado, que possibilitou analisar o exercício de regulação assistencial do usuário, mediante o agir leigo (CECÍLIO et al., 2014).

Com a conjunção de dados quantitativos e qualitativos na análise e interpretação final deste estudo com este delineamento, acreditamos que foi possível analisar, em profundidade, a demanda de assistência de pessoas com queixas colorretais e construir a interpretação do Mapa de Cuidado destas pessoas no SUS.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. RESULTADOS - ETAPA QUANTITATIVA

7.1.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Apresentaremos os resultados da Etapa Quantitativa sobre a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra deste estudo, que foi constituído por 107 participantes.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica, laboral e de renda familiar da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	N	%	Min.	Max.	Média (dp*)
Idade					
50 anos ou menos	**09**	**8,4%**			
50 – 59 anos	**20**	**18,7%**			
60-69 anos	**39**	**36,4%**			
70-79 anos	**28**	**26,2%**			
80 ou mais anos	**11**	**10,3%**			
Sexo					
Feminino	**64**	**59,8%**			
Masculino	**43**	**40,2%**			
Estado de Procedência					
Estado de SP	**89**	**83,2%**			
Estado de MG	**18**	**16,8%**			
Anos de Estudo					8,2 (dp 4,1)
04 ou menos anos	**32**	**29,9%**			
05-08 anos	**29**	**27,1%**			
09-11 anos	**25**	**23,4%**			
12 ou mais anos	**21**	**19,6%**			
Estado civil					
Solteiros	**13**	**12,1%**			
Casados / União Estável	**63**	**58,9%**			
Viúvos	**13**	**12,1%**			
Divorciados/Desquitados	**18**	**16,8%**			
Companheiro(a)					
Sim	**68**	**63,6%**			
Não	**39**	**36,4%**			
Cor de pele (Autorreferida)					

Branco	**80**	**74,8%**			
Pretos / Pardos	**27**	**25,2%**			
Situação laboral					
Aposentados/Pensionistas	**56**	**52,3%**			
Ativos registrados em Carteira de Trabalho	**32**	**29,9%**			
Desempregados	**16**	**15%**			
Afastados para tratamento de saúde	**3**	**2,8%**			
Renda individual					
Até 01 salário-mínimo*	**45**	**42,1%**			
De 1,1 até 03 salários-mínimos*	**47**	**43,9%**			
De 3,1 até 05 salários-mínimos*	**12**	**11,2%**			
De 5,1 até 10 salários-mínimos*	**03**	**2,8%**			
Renda familiar					
Até 01 salário-mínimo*	**10**	**9,3%**			
De 1,1 até 03 salários-mínimos*	**49**	**45,8%**			
De 3,1 até 05 salários-mínimos*	**33**	**30,8%**			
De 5,1 até 10 salários-mínimos*	**15**	**14%**			
Contribuição na renda familiar					
1 pessoa	**46**	**43%**			
2 pessoas	**41**	**38,3%**			
3 pessoas	**14**	**13,1%**			
4 pessoas	**04**	**3,7%**			
5 pessoas	**02**	**1,9%**			
Renda per capita			0,0	5,0	1,3 (0,7)
Coabitação					
Sim	**89**	**83,2%**			
Não	**18**	**16,8%**			
Plano de saúde suplementar					
Sim	**12**	**11,2%**			
Não	**95**	**88,8%**			

Fonte: Dados coletados pelo Autor.

Nota: Salário-mínimo no período da coleta de dados - R$ 998,00 (2019).

Destacou-se a faixa de 60 a 79 anos com 67 (62,6%) participantes, mas obteve-se 11 indivíduos com 80 anos ou mais, sendo que a média de idade foi de 66 anos (desvio padrão 10,8 anos). Além disso, 43 (40,2%) participantes eram do sexo masculino e 64 (59,8%) feminino.

Quanto a procedência, 89 (81,3%) eram do Estado de São Paulo e 18 (16,8%) de outros estados.

Em relação à escolaridade, 33 (29,9%) participantes tinham até quatro anos de estudo, 29 (27,1%) participantes entre cinco e oito anos de estudo, 25 (23,4%) entre 09 e 11 anos e 21 (19,6%) com 12 ou mais anos de estudo, sendo que a média de anos estudo foi de 8,2 anos (desvio padrão de 4,1 anos).

A respeito do estado civil, verificou-se que 13 (12,1%) indivíduos eram solteiros, 63 (58,9%) casados, 13 (12,1%) viúvos e 18 (16,8 %) separados/divorciados, contudo, 68 (63,6%) relataram ter companheiro(a) e 39 (36,4%) sem companheiro(a).

Houve predomínio de 80 (74,8%) pessoas que se autodeclararam de cor branca e 27 (25,2 %) pessoas que se declararam pretos ou pardos, segundo a classificação do IBGE (IBGE, 2013).

Em relação a situação laboral, 56 (52,3%) participantes eram aposentados ou pensionistas, 32 (29,9 %) eram ativos com emprego registrado em carteira de trabalho, 16 (15,0%) desempregados e 3 (2,8%) estavam afastados para tratamento de saúde.

Quanto a renda individual dos participantes do estudo, 45 (42,1%) recebiam até 01 salário-mínimo, 47(43,9%) entre 1,1 a 03 salários-mínimos, 12 (11,2%) entre 3,1 a 5 salários-mínimos, e apenas 3 (2,8%) entre 5,1 a 10 salários-mínimos. A renda familiar de 10 (9,3 %) participantes era de até 01 salário-mínimo, para 49 (45,8%) era de 1,1 a 03 salários-mínimos, para 33 (30,8%) de 3,1 a 05 salários-mínimos e 15 (14,0%) recebiam entre 5,1 a 10 salários-mínimos, considerando referência do salário-mínimo do Brasil do ano de 2019 de R$998,00.

Em relação a contribuição na renda familiar, para 46 (43,0%) participantes apenas uma pessoa era responsável pela renda familiar, para 41 (38,3 %) dois indivíduos, para 14 (13,1%) três indivíduos, para 4 (3,7%) quatro indivíduos

responsáveis pela renda, e para 2 (1,9%) participantes, cinco indivíduos eram responsáveis pela renda familiar.

A média da renda per capita dos participantes foi de 1,3 salários-mínimos, com desvio padrão de 0,7, sendo que a renda per capita mínima foi de zero salários-mínimos e a máxima de cinco salários-mínimos. Uma participante com renda per capita zero, residia sozinha, mas era totalmente dependente dos familiares, que se responsabilizava pela manutenção de todas as suas necessidades.

A respeito da coabitação, 89 participantes (83,2%) viviam com familiares de primeiro grau ou amigos e 18 (16,8%) viviam sozinhos.

Do total de 107 participantes, 95 (88,8%) contavam apenas com convênio do Sistema Único de Saúde (SUS) e somente 12(11,2%) possuíam plano de saúde suplementar.

7.1.2. Caracterização clínica e de hábitos de vida

Tabela 4 - Caracterização clínica e de hábitos de vida da amostra da Etapa Quantitativa. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	N	%	Min.	Max.	Média (dp*)
IMC			**19,6**	**56,6**	**29,0 (5,5)**
Saudável	**24**	**22,4**			
Sobrepeso / Obesidade	**83**	**77,6**			
Queixa colorretal					
Sim	**62**	**57,9**			
Não	**45**	**42,1**			
Queixa Específica					
Sangramento Anal	**29**	**27,1**			
Constipação	**28**	**26,2**			
Tenesmo	**14**	**13,1**			
Dor Abdominal	**12**	**11,2**			
Diarreia	**9**	**8,4**			
Mudança de Hábito Intestinal	**8**	**7,5**			
Outros	**17**	**15,9**			
Sem Queixas	**45**	**42,1**			
Motivo do encaminhamento					
Protocolo de Rastreamento	**62**	**57,9**			

Queixa Colorretal	**45**	**42,1**
Hipótese Diagnóstica		
Protocolo de Rastreamento	**62**	**57,9**
Sangramento Intestinal	**20**	**18,7**
Constipação intestinal / Dor Abdominal / Diarreia	**15**	**14%**
Hemorroidas	**3**	**2,8**
Neoplasia Colorretal	**2**	**1,9**
Outras hipóteses	**5**	**4,7**
Hábitos de vida		
Atividade Física (OMS)		
Sim	**29**	**27,1**
Não	**78**	**72,9**
Consumo de tabaco		
Sim	**14**	**13,1**
Não	**60**	**56,1**
Ex-tabagistas	**33**	**30,8**
Consumo de álcool		
Sim	**45**	**42,1**
Não	**49**	**45,8**
Ex-Etilista	**13**	**12,1**
Consumo alimentar		
Carne vermelha	**66**	**61,7**
Embutidos	**45**	**42,1**

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao índice de massa corporal, os indivíduos investigados apresentaram média de 29,0 Kg/m^2, com desvio padrão de 5,5kg/m^2, o maior IMC foi de 56,6 kg/m^2 e o menor de 19,6kg/m^2. Verificou-se que 24 (22,4%) participantes eram saudáveis (IMC entre 18,9 a 24,9 kg/m2), 83 (77,6%) participantes apresentavam sobrepeso ou obesidade, sendo 42 (39,3%) tinham sobrepeso, 26 (24,3 %) eram obesos grau I (IMC entre 30,0 a 34,9), 13 (12,1%) eram obesos grau II (IMC entre 35 a 39,9), e dois (1,9 %) eram obesos grau III (IMC maior ou igual a 40 kg/^{2}) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Os participantes foram encaminhados para os serviços especializados de Coloproctologia ou Colonoscopia de nível secundário, que incluíam Ambulatório Regional de Especialidades, Hospital Público Secundário, Hospital Universitário de Nível Terciário, Hospitais Conveniados SUS, sendo que 62 (57,9,2%)

apresentavam alguma queixa colorretal e os demais 45 (42,1%) foram encaminhados por se enquadrarem nos critérios do protocolo municipal para encaminhamento para esta especialidade, por relatar histórico familiar para doença crônica intestinal (neoplasias intestinas ou doenças inflamatórias intestinais) ou por necessidade de avaliação do especialista ou de exames complementares, desde que o exame de pesquisa de hemoglobina humana nas fezes fosse positivo.

Dos 107 participantes, as queixas colorretais de 29 (27,1%) participantes eram sangramento anal, de 28 (26,2%) constipação intestinal, de 14 (13,1%) tenesmo, de 12 (11,2 %) dor abdominal, de nove (8,4 %) diarreia, de oito (7,5 %) mudança de hábito intestinal e 17 (15,9%) apresentaram outras queixas intestinais como plicoma, fissura anal, hemorroidas, dor anal, ardência anal, esforço evacuatório, desconforto perianal, fezes afiladas e perda ponderal.

As hipóteses diagnósticas dos participantes que justificavam este encaminhamento foram para 62 (57,9 %) os fatores de risco para rastreamento com exame de colonoscopia/pacientes com resultado positivo de exame de pesquisa hemoglobina humana nas fezes, 20 (18,7%) sangramento intestinal, 15 (14%) constipação intestinal ou dor abdominal ou diarreia, três (2,8 %) hemorroidas, dois (1,9%) neoplasias colorretal, outros cinco (4,7%) participantes outras hipóteses diagnosticas como tenesmo, pólipo intestinal, incontinência fecal, mudança de hábito intestinal a esclarecer, doença diverticular do cólon e fissuras anais.

Da amostra, 40 (37,4%) entrevistados referiram nível de atividade física e 67 (62,6%) eram sedentários. Dentre aqueles que praticavam atividade física, 32 (80 %) realizavam caminhada, cinco (12,5%) exercícios aeróbicos, quatro (10%) musculação, dois (5%) natação ou hidroginástica, dois (5%) ciclismo; cuja frequência média de foi de 4,5 vezes (dp 1,8) por semana e com 55,8 minutos (dp 32,0 minutos). Considerando a classificação da OMS, apenas 29 (27,1%) dos participantes foram considerados pessoas fisicamente ativas e 78 (72,9%) eram sedentárias.

Em relação ao consumo de tabaco pelos, 14 (13,1%) participantes são tabagistas, 60 (56,1%) não-tabagistas, e 33 (30,8%) ex-tabagistas, cuja média de consumo foi de 20,2 cigarros/dia (dp 13,3) e o tempo médio de consumo de

tabaco foi de 31 anos (dp 15,5 anos). Dos ex-tabagistas, o tempo médio de abandono do tabaco foi de 16,6 anos (dp 14,2 anos).

Quanto ao consumo de álcool, 45 (42,1%) relataram uso frequente de álcool e 49 (45,8%) não consumiam álcool, além de 13 (12,1%) ex-etilistas. A bebida alcoólica mais consumida por 53 (91,4%) participantes foi a cerveja com frequência de 3,1 vezes na semana (dp 2,6). Em relação a quantidade de doses de consumo semanal foi de 4,0 doses (dp 4,5) os 13 participantes que haviam cessado o consumo de álcool, o tempo médio foi de 16,5 anos (dp 17,8 anos).

O consumo alimentar de carnes e embutidos para 66 (61,7%) foi a carne bovina ou suína no dia anterior e 45 (42,1%) consumiram alimentos embutidos, cuja frequência alimentar diária para 3 (2,8%) participantes era de duas vezes ao dia, para 30 (28,0%) era de três vezes ao dia, para 42 (39,3%) quatro vezes ao dia, para 23 (21,5 %) cinco vezes ao dia e para nove (8,4%) foi de 06 vezes o dia.

Tabela 5 - Caracterização clínica e de encaminhamento ao serviço secundário por queixas colorretais ou indicação de colonoscopia. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	N	%	Min.	Max.	Média (dp*)
Histórico familiar para doenças crônicas colorretais					
Sim	30	28%			
Não	77	72%			
Exame PSOF					
Sim	100	93,5%			
Não	07	6,5%			
Resultado PSOF					
Positivo	78	78%			
Negativo	22	22%			
Comorbidades					
Endócrino/Metabólicas	78	72,9%			
Cardiovasculares/Pulmonares	66	61,7%			
Gastrointestinais/Urinárias	36	33,6%			
Neoplásicas/Imunológicas	16	15%			
Neurológicas	13	12,1%			
Outras	48	44,9%			
Nenhuma	01	0,9%			

Tratamentos Autorreferidos					
Nenhum tratamento	100	93,5%			
Ressecção de pólipo intestinal	05	4,7%			
Procedimentos cirúrgicos	01	1,9%			
Quimioterapia e/ou Radioterapia	01	0,9%			
Solicitação da Colonoscopia					
APS SUS	86	88,7%			
Serviços Especializado SUS	08	8,2%			
Serviço Privado	03	3,1%			
Acesso ao serviço especializado					
Sim	67	62,6%			
Não	40	37,4%			
Serviço de Coloproctologia					
Encaminhados	23	21,5%			
Não encaminhados	84	78,5%			
Atendimento Coloproctologia					
Atendidos	10	43,5%			
Não atendidos	09	39,1%			
Recusa	04	17,4%			
Serviço de Colonoscopia					
Encaminhados	97	90,7%			
Não encaminhados	10	9,3%			
Atendimento Colonoscopia					
Atendidos	53	54,6%			
Não atendidos	33	34,0%			
Recusa	11	11,3%			
Diagnóstico Colorretal após Colonoscopia					
Sem informação sobre diagnóstico	46	43%			
Displasia colorretal com potencial neoplásico	19	17,8%			
Doença diverticular do cólon	18	16,8%			
Doenças orificiais	09	8,4%			
Colono Normal	15	14%			
Tempo de espera para Colonoscopia (dias)			5	871	295,2 (170,2)
Tempo de espera para Coloproctologia (dias)			28	510	322,1 (163,1)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota:

*PSOF – Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes.

7.1.3. Caracterização de histórico familiar para doenças colorretais crônicas e tempo decorrido, após o encaminhamento

O histórico familiar positivo para doença crônica colorretal (doenças inflamatórias intestinais e/ou neoplasias colorretais) foi relatado por 30 (28,0%) entrevistados e 77 (72,0 %) não apresentavam.

Quanto ao resultado do exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), 100 (93,5 %) participantes o realizaram sendo que 78 (78,0%) tiveram resultado positivo

Do total da amostra, 106 participantes relataram comorbidades, sendo que 78 (72,9%) Endócrino-Metabólicas, 66 (61,7%) Doenças Cardiovasculares/Pulmonares, 36 (33,6%) Gastrointestinais e Urinárias, 16 (15,0%) Neoplásicas/Imunológicas, 13 (12,1%), neurológicas e 48 (44,9%) Outras Comorbidades.

Os tratamentos prévios autorreferidos foram relatados por 05 (4,7%) participantes que relataram ressecção de pólipo intestinal, um (1,9%) procedimento cirúrgico, e um outro (0, 9%) havia sido submetido à quimioterapia e radioterapia. Para 100 (93,5%) participantes não houve nenhum tratamento prévio.

O exame de Colonoscopia foi solicitado pelo serviço de APS do SUS para 86 (88,7%) participantes foram, para oito (8,2,0%) foram solicitados por serviços de saúde especializados do SUS e três (3,1%) por serviços privados especializados.

O acesso ao serviço especializado ocorreu para 67(62,6%) pacientes do total de encaminhados, mas 40 (37,4%) não conseguiu o acesso ao serviço especializado.

Em relação ao atendimento no serviço especializado de Coloproctologia, 23 (21,5%) haviam sido encaminhados, 84 (78,5%) ainda aguardavam o encaminhamento.

Dos 23 pacientes encaminhamentos, 10 (43,5%) foram atendidos no serviço de Coloproctologia, nove (39,1%) ainda não haviam sido atendidos e quatro (17,4%) recusaram o atendimento.

Em relação ao atendimento no serviço de especializado de Colonoscopia, dos 107 entrevistados, 97 (90,7%) foram encaminhados para realizarem a colonoscopia e 10 (9,3%) não haviam sido encaminhados para o exame. E, dentre os 97 encaminhamentos, 53 (54,6%) foram atendidos no serviço de colonoscopia, 33 (34,0%) não haviam sido atendidos, 11 (11,3%) haviam escolhido não realizar a colonoscopia.

Após o paciente ter acessado o atendimento no ambulatório especializado ou exame colonoscópico, 46 (43,0%) não haviam conseguido a definição diagnóstica até a data da entrevista, 19 (17,8%) foram diagnosticados com displasia colorretal com potencial neoplásico, 18 (16,8%) doença diverticular do cólon, nove (8,4%) doenças orificiais e 15 (14,0%) pacientes tiveram colonoscopia normal.

Em relação ao tempo decorrido da data do encaminhamento pela APS até a data de atendimento para exame de Colonoscopia, 53 haviam conseguido o acesso à especialidade, cujo tempo de espera realizar Colonoscopia por 50 participantes foi, em média de 295,2 dias (dp 170,2 dias); o participante que teve o maior tempo de espera foi de 871 dias e o menor tempo foi de cinco dias.

O tempo de espera para atendimento no serviço especializado de Coloproctologia para 10 pacientes foi de 322,1 dias (dp 163,1 dias), sendo que o participante com o maior tempo de espera foi de 510 dias e o de menor tempo foi de 28 dias.

Em suma, os participantes em sua maioria tinham mais de 60 anos, do sexo feminino, procedentes do estado de SP, com até quatro anos de estudo, casados/união estável, com companheiro, brancos, aposentados/pensionistas, com renda individual e familiar até três salários-mínimos, com uma única pessoa responsável pela renda familiar, cuja renda per capita média foi de 1,3 salários-mínimos, coabitação com outros familiares, ausência de plano de saúde suplementar. Além disso, apresentavam sobrepeso/obesidade, com queixa colorretal quando do atendimento na APS como sangramento anal e constipação intestinal, sendo que a maioria foi encaminhada ao serviço especializado por se enquadrarem nos critérios do protocolo de rastreamento do município. Eram sedentários, não tabagistas, com consumo de álcool pregresso e atual, consumo de carne vermelha seguido de embutidos, ausência de histórico familiar de

doenças crônicas colorretais, a maioria com exame de PSOF positivo, com comorbidades, ausência de tratamentos prévios, solicitação dos exames de colonoscopias pelo serviço de APS, com acesso ao serviço especializado secundário, a maioria no serviço de colonoscopia, tempo de espera de 295 dias, após o encaminhamento, com principal diagnóstico de pólipos displásicos com potencial neoplásico.

7.1.4. Análise estatística univariada das variáveis categóricas

Tabela 6 - Análise univariada da associação das variáveis categóricas hábitos de vida, resultado de colonoscopia, presença de alterações ou doença colorretal. Ribeirão Preto, 2021

Variável		**Desfecho**			**Valor- *p***
		Colonoscopia Normal	**Displasia com potencial neoplásico**	**Doença diverticular ou orificial**	
Consumo carne vermelha	**n**				
Sim	37	11 (29,7%)	11 (29,7%)	15 (40,5%)	0,587
Não	23	4 (17,4 %)	7 (30,4%)	12 (52,2%)	
Consumo de embutidos	n				
Sim	26	8 (30,8%)	5 (19,2%)	13 (50,0%)	0,267
Não	34	7 (20,6%)	13 (38,2%)	14 (41,2%)	
Consumo de carne vermelha e /ou embutidos					
Nenhum	14	02 (14,3%)	07 (50,0%)	05 (35,7%)	0,191
Carne Vermelha	20	05 (25,0%)	06 (30,0%)	09 (45,0%)	
Embutido	09	02 (22,2%)	0 (0,0 %)	07 (77,8%)	
Ambos	17	06 (35,3) %	05 (29,4%)	06 (35,3%)	

Atividade física OMS					
Sim	15	4 (26,7%)	05 (33,3%)	06 (40,0%)	0,930
Não	45	11 (24,4%)	13 (28,9%)	21 (46,7%)	
Consumo de álcool	n				
Sim	36	6 (16,7%)	13 (36,1%)	17 (47,2%)	0,156
Não	24	9 (37,5%)	5 (20,8%)	10 (41,7%)	
Tabagista	n				
Sim	27	7 (25,9%)	7 (25,9%)	13 (48,1%)	0,820
Não	33	8 (24,2%)	11 (33,3%)	14 (42,4%)	
Idade acima de 50 anos	n				
Sim	57	15 (26,3%)	16 (28,1%)	26 (45,6%)	0,448
Não	3	0 (0,0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
IMC*	n				
Saudável	13	4 (30,8%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)	0,686
Sobrepeso	22	5 (22,7%)	7 (31,8%)	10 (45,5%)	
OB1	14	2 (14,3%)	3 (21,4%)	9 (64,3%)	
OB2	10	4 (40,0%)	3 (30,0%)	3 (30,0%)	
OB3	1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
IMC*					
Saudável	13	4 (30,8%)	5 (38,5%)	4(30,8%)	0,506
Não Saudável	47	11(23,4%)	13(27,6%)	23(48,9%)	
Histórico familiar	n				
Sim	15	4 (26,7%)	5 (33,3%)	6 (40,0%)	0,930
Não	45	11 (24,4%)	13 (28,9%)	21 (47,7%)	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota:
* Índice de Massa Corporal

Com a análise univariada das variáveis apresentadas na Tabela 04, observa-se o consumo de carne vermelha não houve associação

estatisticamente significante com consumo de carne vermelha e o diagnostico colorretal final, displasia do cólon ou doença diverticular, cujo Teste exato de Fisher com p=0,587.

Com a análise da variável consumo de alimentos embutidos, também que não houve associação estatisticamente significante com resultado da colonoscopia displasia do cólon, sendo que o Teste de Qui-quadrado de Pearson foi p= 0,267.

Adicionalmente foi investigada a associação entre não consumo de carne vermelha ou embutidos, consumo somente carne vermelha e consumo restrito de embutidos ou consumo de carne vermelha e/ou embutidos. Não houve associação estatística com o diagnóstico colorretal final, indicado pelo Teste exato Fischer p= 0,191.

Quando analisada a prática de atividade física em relação ao resultado de colonoscopia, presença de alterações ou doença colorretal, não foi constatada associação estatisticamente como Teste exato de Fischer p=0,930.

Entre consumo de álcool e diagnóstico colorretal final não houve associação estatística, conforme Teste Qui – Quadrado de Pearson, p= 0,156.

Entre tabagismo e diagnóstico colorretal final, também não houve associação estatística, conforme o Teste Qui-Quadrado de Pearson, p= 0,820.

Não houve associação estatística entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o diagnóstico colorretal final, conforme o Teste exato de Fischer, p= 0,686. Considerando as variáveis saudável e não saudável (IMC acima de 25 kg/m^2) e o diagnostico colorretal final, o Teste de Qui–Quadrado de Pearson, p= 0,506, indicou ausência de associação estatística entre estas variáveis e o desfecho.

Entre as variáveis idade acima de 50 anos e o diagnostico colorretal final, não houve associação, evidenciado pelo Teste Exato de Fischer p=0,448.

Não houve associação estatística entre histórico familiar de doença colorretal e o diagnóstico colorretal final, como foi constatado pelo Teste Exato de Fischer p=0,930.

7.1.5. Análise de associação entre diagnóstico colorretal final com displasia de cólon e fatores de risco

Tabela 7 - Análise univariada da associação das variáveis categóricas fatores de risco, dados clínicos e presença de displasia de cólon. Ribeirão Preto, 2021

Variável		Desfecho		Valor- *p*
		Não-Displasia	**Displasia com potencial neoplásico**	
Consumo carne vermelha	**n**			
Sim	37	26 (70,3%)	11 (29,7%)	
Não	23	16 (69,6 %)	7 (30,4%)	0,953
Consumo de embutidos	**n**			
Sim	26	21 (80,8%)	5 (19,2%)	
Não	34	21 (61,8%)	13 (38,2%)	0,111
Consumo de carne vermelha e/ou embutidos	**n**			
Sim	46	35 (76,1%)	11 (23,9%)	
Não	14	07 (50,0%)	07 (50,0%)	0,062
Atividade física OMS	**n**			
Sim	15	10 (66,7%)	05 (33,3%)	0,745
Não	45	32 (71,1%)	13 (28,9%)	
Consumo de álcool	**n**			
Sim	36	23 (63,9%)	13 (36,1%)	0,206
Não	24	19 (79,2%)	5 (20,8%)	
Tabagismo	**n**			
Sim	27	20 (74,1%)	7 (25,9%)	0,533
Não	33	22 (66,7%)	11 (33,3%)	
Idade acima de 50 anos	**n**			
Sim	57	41 (71,9%)	16 (28,1%)	0,212
Não	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
IMC*	**n**			
Saudável	13	08 (61,5%)	5 (38,5%)	0,452
Não Saudável	47	34 (72,3%)	13 (27,7%)	
Histórico familiar	**n**			
Sim	16	12 (75,0%)	4 (25,0%)	0,755
Não	44	30 (68,2%)	14 (31,8%)	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota:
* Índice de Massa Corporal.

Foi realizada análise univariada dos dados, considerando-se os 60 participantes, que já tinham os resultados da colonoscopia.

Quanto ao consumo de carne vermelha no dia anterior a entrevista, de acordo com a avaliação de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), observou-se que não houve correlação estatisticamente significante entre o consumo de carne vermelha e o diagnostico colorretal de Displasia do cólon, sendo p= 0,953 pelo Teste Qui – Quadrado de Pearson.

Acresce-se que não houve correlação estatisticamente significante entre o consumo de embutidos e o diagnostico colorretal final de Displasia do cólon sendo p = 0,111 pelo Teste Qui – Quadrado de Pearson.

Em relação ao consumo de carne vermelha ou embutidos no dia anterior a entrevista, também não houve correlação estatisticamente significante entre o consumo de carne vermelha ou embutidos e o diagnostico colorretal final de Displasia do Cólon sendo p = 0,062 pelo Teste Qui–Quadrado de Pearson.

O consumo de álcool não apresentou correlação estatisticamente significante com o diagnóstico colorretal Displasia do Cólon sendo p = 0,206, pelo Teste Qui–Quadrado de Pearson.

Verificou-se o tabagismo que não teve correlação estatisticamente significante a Displasia do Cólon, cujo p = 0,533, com o Teste Qui–Quadrado de Pearson.

Ainda a prática de atividade física, segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), não foi estatisticamente significante para Displasia do Cólon sendo p = 0,745, pelo Teste Qui – Quadrado de Pearson.

A idade igual ou acima de 50 anos, também não foi estatisticamente significante Displasia do Cólon, sendo *p*=0,212, pelo Teste Exato de Fischer. O índice de massa corporal acima de 25kg/m^2 (IMC não saudável) não apresentou correlação estatisticamente significante e o diagnostico colorretal final de Displasia do Cólon sendo p =0,452 (Teste Qui-Quadrado) de Pearson.

Constatou-se que o histórico familiar de doenças intestinais não foi estatisticamente significante Displasia do Cólon, sendo *p* =0,755, pelo Teste Exato de Fischer.

7.2. DISCUSSÃO - ETAPA QUANTITATIVA

Para os 107 (100%) dos participantes deste estudo, a média de idade foi de 66 anos, com destaque para a faixa etária de 60-79 anos com 67 (62,6%) participantes, corroborando resultados de outros estudos brasileiros (ALTENBURG; BIONDO-SIMOES; VON BAHTEN, 2009; MARTINS et al., 2009; MENEZES et al., 2016; SAFATLE-RIBEIRO et al., 2017).

Houve predomínio de mulheres (64 - 59,8%) o que pode estar relacionada ao fato destas procurarem mais os serviços de saúde, que se caracterizam por apresentarem mais frequentemente doenças de curta duração, sintomas habituais, doenças crônicas não fatais, que apesar de baixa letalidade, produzem vários sintomas, em muitos casos incapacitantes e podem gerar alta demanda aos serviços de saúde (ALTENBURG; BIONDO-SIMOES; VON BAHTEN, 2009; BIRD; RIEKER, 1999; LEVORATO et al., 2014; PINHEIRO et al., 2002).

O principal estado de procedência foi São Paulo, com 89 (83,2%) indivíduos, o justifica-se, pela coleta ter sido realizada em unidades de atenção primária a saúde com estratégia saúde da família na zona urbana, as quais trabalham com território definido e área de abrangência e não há movimento importante de migração de outras regiões.

Em relação à escolaridade, 32 (29,9%) possuíam até quatro anos de estudo equivalente ao ensino fundamental incompleto, sendo que a média de anos de estudo dos participantes foi de 8,2, com desvio padrão de 4,1 anos, o que corroborou o estudo de Marcacini, Barrichello e Barbosa (2015) e Khan, Shaaban e Peleteiro (2020).

Em relação ao estado civil a maioria 63 (58,9%) dos participantes eram casados ou mantinham união estável, assim como no estudo de Lin et al. (2020) no qual a maioria dos participantes era casada (89,6%. No estudo de Khan, Shaaban e Peleteiro (2020) 75,7% participantes eram casados e no estudo de Marcacini, Barrichello e Barbosa (2015), 42,9%.

Quanto à cor de pele autorreferida, 80 (74,8%) eram brancos e 27 (25,2%) pretos ou pardos, o que corroborou com o estudo de Braga et al. (2017), o qual investigou indivíduos sintomáticos e assintomáticos para PSOF negativo ou

positivo, com 83,3% brancos e 16,6% pretos ou pardos. Marcacini, Barichello e Barbosa (2015) investigaram pacientes sintomáticos submetidos a colonoscopia, sendo 61,9% brancos e 36,9% pretos ou pardos.

Quanto à situação laboral, 56 (52,3%) eram aposentados ou pensionistas, pelo fato de a maioria ser idosa, mas 32 (29,9%) eram trabalhadores ativos, estes dados corroboram com o estudo de Khan, Shaaban e Peleteiro (2020), estudo realizado em Portugal, no qual 41,0 eram aposentados. No estudo de Lin et al. (2020), realizado em Taiwan, 75 (60,0%) estavam desempregados e (12) 9,6% eram trabalhadores qualificados, cuja diferença pode estar vinculada ao contexto econômico de Taiwan, que é muito diferente do brasileiro.

A renda individual de 47 (43,9%) participantes foi de 1,1 a 03 salários-mínimos, sendo que as rendas familiares de 49 (45,8%) participantes também foi de 1,1 a 03 salários-mínimos, perfazendo uma renda per capita média de 1,3 salários-mínimos (dp 0,7), para 46 (43 %) dos participantes. No estudo Inquérito de Saúde da Cidade de São Paulo –ISA CAPITAL-SP (SÃO PAULO, 2017), 34,6% dos participantes que que se submeteram a exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia 34,6 % tinham renda familiar per capita entre dois e cinco salários-mínimos e 31,5% com renda familiar per capita de um e dois salários-mínimos, assemelhando-se com a literatura. Ressalta-se ainda que a maioria (88,8%) não tinha plano de saúde suplementar e dependia integralmente do sistema único de saúde para terem acesso à assistência e cuidado de saúde.

Houve predomínio de estilo de vida pouco saudável nos participantes do estudo.

Em relação ao sobrepeso e obesidade, 83 (77,6 %) participantes tinham IMC acima de 25 kg/m2, sendo este um fator de risco para o desenvolvimento de lesão neoplásicas colorretais, sendo que no estudo de Lopez–Kostner et al. (2018), observou-se sobrepeso e obesidade em 30% e 25% dos indivíduos, respectivamente. De acordo com o estudo VIGITEL 2019, no estado de São Paulo, 55,8% indivíduos acima da 18 anos estão com excesso de peso (BRASIL, 2020b). Portanto, um protocolo e programa de rastreamento do CCR devem incluir ações de educação em saúde sobre alimentação, controle da obesidade e atividade física para a população em geral (LOPEZ– KOSTNER et al., 2018).

Nas últimas décadas, o Brasil passou por diversas mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que evidenciaram transformações no modo de vida da população, assim como rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional e no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira, com aumento de consumo de alimentos processados e ultra processados (BRASIL, 2014b).

As principais doenças que atualmente acometem os brasileiros deixaram de ser agudas e passaram a ser crônicas, em decorrências do aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre adultos. O excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças brasileiras. Para o enfrentamento desse cenário, é emergente a necessidade da ampliação de ações intersetoriais que possam repercutir positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Assim, o setor saúde tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável através de ações e estratégias de educação em saúde, compromisso expresso na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde. A promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) deve fundamentar-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde (BRASIL, 2014b).

No estudo de França e Carvalho (2017) demonstrou-se a relevância de estratégias de educação alimentar e nutricional para o fortalecimento das ações de nutrição, auxiliando no empoderamento dos indivíduos e no desenvolvimento da autonomia diante de suas escolhas alimentares. Existem, atualmente, ferramentas importantes aplicadas à prática da educação nutricional e alimentar no âmbito da APS como metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica, desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde, que visam à valorização da cultura alimentar dos sujeitos, bem como de sua comunidade e família, e dos alimentos acessíveis em sua localidade.

Dos 107 entrevistados, 62 (57,9 %) apresentavam uma queixa colorretal, 45 (42,1%) sem queixas foram encaminhados para especialidade de Colonoscopia ou Proctologia, segundo os critérios do protocolo de encaminhamento para Colonoscopia ou Proctologia no município do estudo. Valadão et al. (2010) focalizaram os aspectos clínicos de paciente com CCR, todos os participantes do estudo eram sintomáticos, já nos estudos de rastreamento para neoplasias colorretais ou outras doenças colorretais tem-se a população assintomática (BRAGA et al. 2017; KHAN, SHAABAN, PELETEIRO, 2020; SCEPANOVIC et al., 2016).

Quanto à queixa específica, neste estudo os principais sintomas foram de sangramento anal (27,1%), e constipação (26,2%), diferente de pacientes com neoplasia colorretal diagnosticada, cujas queixas eram dor abdominal (60,1%) e obstrução intestinal 41,1% (VALADÃO et al., 2010). Jatobá et al. (2008) rastrearam com colonoscopia uma população de 59 indivíduos sintomáticos e/ou com PSOF positivo, 33,5% apresentaram alteração do hábito intestinal, 28,8% dores abdominais, 23,7% sangramento anal e 22% constipação intestinal. Assim, em pacientes que estão em investigação diagnóstica para doenças colorretais crônicas ou com o diagnóstico estabelecido, as principais queixas evidenciadas na literatura foram dores abdominais, sangramento anal, constipação intestinal. Ressalta-se que a dor abdominal é uma das queixas mais comuns na Atenção Primária a Saúde, que podem ser persistentes ou refratárias a depender da efetividade do tratamento. Pacientes com dor abdominal crônica podem apresentar exarcebações agudas de uma doença desconhecida ou mesmo de uma doença crônica de base. As causas mais comuns (até 96% dos casos de obstrução) são: aderência (50% a 70%), hérnia encarcerada (15%), neoplasia (15%), e outras causas como: doenças inflamatório intestinais (Doença de Crohn e retocolite ulcerativa) e Doença diverticular complicada (BRASIL, 2013a, 2013b, 2017a, 2020a).

Dada a diversidade de possíveis etiologias e a necessidade, em muitos casos, de exames mais sofisticados, não se pretende esgotar a investigação na APS, nem abordar o atendimento às pessoas com dor abdominal crônica, certos de que estas necessitarão de acompanhamento longitudinalmente (BRASIL, 2013a, 2013b). Além disso, as queixas de sangramento anal, alteração do hábito

intestinal, dor abdominal e constipação intestinal, em geral também estão associadas a outros diagnósticos que para a população, podem representar menor gravidade clínica, como hemorroidas, gastroenterites e outros quadros intestinais mais agudos, que muitas vezes a população pode não considerar relevante, além disso muitos profissionais no contexto da APS. A estruturação da atenção especializada ambulatorial é um gargalo na implementação do SUS, sendo o cuidado especializado necessário para dar efetividade à APS e prover assistência necessária para a população complementando-a, em busca da integralidade do cuidado (BRASIL, 2013a, 2013b; TESSER; POLI NETO, 2017).

Quanto ao motivo do encaminhamento para a Colonoscopia/Coloproctologia, neste estudo, para 62 (57,9%) foi em decorrência da presença de queixas, segundo o protocolo municipal de rastreamento, assim como para 45 (42,1%) no estudo Inquérito de Saúde da Cidade de São Paulo – SP (ISA CAPITAL-SP). (SÃO PAULO, 2017).

As principais justificativas para a solicitação de colonoscopia pelo protocolo de rastreamento foram sangramento intestinal 20 (18,7%) e a associação de constipação intestinal, dor abdominal e diarreia 15 (14%). No estudo de Marcacini, Barrichello e Barbosa (2015), a dor abdominal a principal justificativa para a realização da colonoscopia em 46,4%, sendo que o rastreamento apareceu em 2,4% casos.

Quanto ao motivo do encaminhamento para a especialidade de colonoscopia ou Proctologia, este estudo incluiu, tanto a população sintomática como assintomática para retratar como o SUS tem conseguido ordenar e articular o sistema de referência, pois no contexto do estudo, ainda não há implementação de política pública de rastreamento de base populacional para as neoplasias colorretais ou tão poucos para outras doenças crônicas intestinais como as doenças inflamatórias. No caso das doenças intestinais oncológicas, a situação crítica de organização dos serviços de saúde no SUS para o rastreamento requer ações planejadas e alinhadas à magnitude do problema. Embora estratégias de rastreamento oportunístico serem de menor custo ao SUS se comparadas com estratégias de rastreamento de base populacional, a estratégia oportunística pode não detectar o aparecimento do CCR, o que pode postergar o diagnóstico, já em fase tardia impactando na diminuição das taxas

de cura, assim como necessidade de maior densidade tecnológica e maior custo para o SUS (SCANDIUZZI; CAMARGO; ELIAS, 2019).

A atividade física preconizada pela OMS é de 150 minutos semanais, mas 78 (72,9%) relataram não realizarem este mínimo ou não praticarem nenhuma atividade física, sendo totalmente sedentários. Os fatores de estilo de vida de atividade física, comportamento sedentário e dieta estão sendo estudados por suas associações com o câncer. A atividade física está inversamente associada e o comportamento sedentário está positivamente (e independentemente) associado ao aumento de risco para mais de dez tipos de câncer, incluindo CCR (e adenomas avançados) (KERR; ANDERSON; LIPMANN, 2017; REZENDE et al. 2019).

O consumo de tabaco (14-13,1%), 33 (30,8%) eram ex-tabagistas; e o consumo de álcool (45-42,1%) e 13 (12,1%) ex–etilistas pelos participantes, indicam a necessidade da importância do rastreamento, pois estes constituem fatores de risco para CCR e outros tipos de câncer, por gerar metabólitos carcinogênicos e influenciaram negativamente na condição de saúde destas pessoas (ROSSI et al., 2018).

De modo geral, o álcool e o fumo parecem estar mais fortemente associados ao risco de pólipos colorretais do que o CCR, porém o diagnóstico de pólipos intestinais oferece uma oportunidade para que os profissionais de saúde incentivem os indivíduos em risco a buscarem serviços de cessação do tabagismo ou realizar aconselhamento sobre o consumo de álcool como parte de uma promoção mais ampla da saúde (FAGUNWA; LOUGHREY; COLEMAN, 2017).

O estudo de Lee et al. (2019) mostrou que o tabagismo de longa duração e o consumo elevado de álcool aumentam o risco de CCR, com correlação estatisticamente significativa entre tabagismo, álcool e o risco de CCR em mulheres coreanas.

Não há uma unanimidade entre os estudos que afirmem que estas variáveis constituem fatores de risco específicos para neoplasia colorretal e doenças inflamatórias intestinais, porem são importantes para prevenção do desenvolvimento de condições crônicas.

O consumo alimentar de embutidos (42,1%) e carne vermelha (61,7%) foi identificado nos participantes deste estudo e alguns estudos epidemiológicos de adenoma colorretal e câncer encontraram um aumento do risco relacionado ao tempo de cozimento e a exposição das carnes à altas temperaturas (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2018a, 2018b). No estudo de Miller et al. (2013), evidenciou-se que uma maior ingestão de carne vermelha frita aumentou significativamente o risco de CCR e no estudo de Sinha et al. (2005) encontrou-se risco aumentado de adenoma colorretal associado à ingestão de bacon e salsicha. No estudo de revisão de Thanikachalam e Khan (2019), evidenciou-se que a ingestão alimentar, o estado nutricional, a atividade física foram correlacionados ao CCR e a desfechos ruins da doença. No estudo de Chao et al. (2005), a alta ingestão de carne vermelha e processada foi associada a um risco maior de câncer de cólon, sendo que o consumo de longo prazo elevou este risco.

O histórico familiar para doença crônica colorretal (considerando as neoplasias colorretais e doenças inflamatórias intestinais) foram relatados por 28% participantes, que tem sido apontado em diferentes estudos como de Zandona et al. (2011) e de Braga et al. (2017) como aspectos importantes na avaliação de risco para DII e Neoplasia colorretal.

Neste estudo foram rastreados indivíduos com queixas colorretais ou condições clínicas que sugerissem a necessidade de rastreamento com o exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), diferente do estudo de Perez et al. (2008), que envolveu pacientes assintomáticos cujos exames de PSOF de 390 (10,7%) foram positivos. No Estudo de Safatle-Ribeiro et al. (2017) rastreou-se uma população assintomática para teste imunoquímico fecal quantitativo (TIFQ), similar ao PSOF, no qual (7,4%) pacientes tiveram TIFQ positivo e foram encaminhados para colonoscopia.

Neste estudo, 78 (72,9%) participantes sendo 66 (61,7%) cardiovasculares/pulmonares, 36 (33,6%) gastrointestinais e urinárias, 16 (15%) neoplasias ou doenças imunológicas, somadas aos fatores de risco modificáveis, como obesidade, desempenham um papel fundamental na carcinogênese colorretal (JOCHEM; LEITZMANN, 2016). No Brasil, temos o que chamados de tripla carga de doenças, pois trata-se de um contexto em que coexistem

simultaneamente demandas não concluídas de doenças infectocontagiosas, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva; crescimento das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, sedentarismo, o estresse, o alto consumo de alimentos ultra processados e forte crescimento das causas externas (MENDES, 2010).

Quanto aos tratamentos autorreferidos pelos participantes foram cinco (4,7%) ressecção de pólipos intestinais, um (1,9%) procedimento cirúrgico, um (1,9%) quimioterapia e radioterapia. Vários pacientes foram submetidos à ressecção de pólipos intestinais, apesar de não relatada esta informação pelos participantes, foi confirmada pelos laudos de colonoscopia, o que pode indicar um desconhecimento sobre o procedimento realizado. No estudo de Marcacini, Barrichello e Barbosa (2015); 14,3% dos participantes foram submetidos a tratamentos cirúrgicos, 6% quimioterápicos e 3,6% radioterápicos, resultados próximos aos do nosso estudo, cujos pacientes eram todos sintomáticos.

Os diagnósticos colorretais encontrados após colonoscopia 19 (17,8%) com displasias colorretais com potencial neoplásico e 18 (16,8%) com doença diverticular do cólon, que quando comparado ao estudo de Perez et al. (2008) de rastreamento populacional para CCR em 212 indivíduos acima de 40 anos assintomáticos, sendo que os indivíduos com exame de PSOF positivo realizaram colonoscopia, que resultou em 53 (25%) casos com doença diverticular do cólon, 59 (27,8%) com pólipos, nove (4,24%) com neoplasias intestinais, e 91 (42,9%) com colonoscopias normais.

Neste estudo, 90,7% foram encaminhados ao serviço de colonoscopia, destes 54,6% foram atendidos até a data da entrevista, 34% não haviam sido atendidos até a entrevista e 11,3% recusaram o exame. Scepanovic et al. (2016) incluíram 50 centros de saúde primários na Sérvia, 50.894 indivíduos foram convidados a participar de um programa de triagem para CCR, com participação de 67,8%, sendo que dentre os indivíduos com teste PSOF positivo, 69,7% realizaram a colonoscopia (SCEPANOVIC et al., 2016). Neste estudo somente participou a população assintomática, excluindo-se pessoas com histórico familiar de doenças crônicas intestinais (neoplasias e doenças inflamatórias).

Dos 107 participante, com a colonoscopia foram diagnosticados, 19 (17,8%) pólipos com displasia colorretal com potencial neoplásico, 18 (16,8%)

com doença diverticular do cólon, nove (8,4 %) com doenças orificiais e 15 (14%) com colonoscopia normal. É importante ressaltar que 46 participantes não tinham informação sobre diagnóstico definitivo por não ter tido acesso ao resultado de exame de colonoscopia ou por não ter sido convocados para a realização deste exame, evidenciando a dificuldade de acesso aos serviços especializados para destes pacientes que tinham indicação clínica da necessidade do exame. No estudo de Jatobá et al. (2008), com pacientes sintomáticos, com as colonoscopias, os achados foram: pólipos (27,1%), doença diverticular (23,7%), inflamação (22%), alterações vasculares (3,4%), neoplasia (3,4%), colonoscopias normais (20,3%), ressalta-se que 100% dos participantes tiveram acesso aos resultados de colonoscopias.

Quanto ao nível de complexidade do serviço solicitante da colonoscopia, 86 (88,7%) dos participantes tiveram suas colonoscopias solicitadas por um serviço de APS, 08 (8,2%) por um serviço especializado do SUS, por exemplo, um ambulatório com serviço de Coloproctologia e três (3,1%) acessaram colonoscopia em serviços privados. Este dado evidencia que os serviços de APS buscam promover o acesso do indivíduo com queixas colorretais aos serviços de Colonoscopia de referência organizados, auxiliando no rápido encaminhamento dos para elucidação diagnóstica mais rápida e efetiva (BRASIL, 2010b, 2016; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

O documento intitulado “Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, o qual toma-se como ponto de partida a Atenção Básica, como o serviço referenciador de usuários para outros serviços especializados. Espera-se que esse tipo de protocolo se consolide e seja utilizado de maneira efetiva na articulação de processos que aumentem a capacidade de atendimento de demandas pelas equipes na APS, fortalecendo práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde e que propiciem a comunicação entre UBS e centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, proporcionando apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros) (BRASIL, 2016).

É possível ainda que cada município ou região de saúde crie os seus próprios protocolos de encaminhamentos com é o caso do município do estudo,

que possui dois protocolos para nortear e conduzir os encaminhamentos de indivíduos com demandas colorretais, sendo o primeiro o protocolo de encaminhamento para Proctologia (para todas as demandas proctológicas, exceto suspeita de CCR, acima de 50 anos com PSOF positivo, além do de rastreamento de indivíduos com história familiar), contemplado no protocolo de encaminhamento para colonoscopias (ANEXO C e ANEXO D).

No entanto, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), apesar do conceito de Eugênio Vilaça Mendes, das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010), ainda é praticada em um contexto de sistemas fragmentados de atenção à saúde, sem adequada comunicação e coordenação da APS com os outros serviços ambulatoriais e hospitalares, que tem gerado efetividade, eficiência e qualidade parcial que refletem na APS. Isto representa um gargalo e limitação de acesso aos serviços de saúde especializados, denominado de vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial, indicando a necessidade de reordenamento da AAE na RAS (CONASS, 2015).

Esta fragilidade da AAE, pode ser dimensionada pelos dados deste estudo, sendo que 53 (54,6%) participantes realizaram a colonoscopia, cuja demora de atendimento foi de 295,2 dias (dp 170,2), sendo o menor tempo de espera de cinco dias e o maior tempo de 871 dias. Do total de 107 participantes, os que não tinham indicação de colonoscopia no protocolo municipal, 23 foram encaminhados para a especialidade de Coloproctologia, destes apenas 10 (43,5 %) haviam sido atendidos até a entrevista, a demora para atendimento nesta especialidade foi de 322,1 dias (dp 163,1), o menor tempo de espera foi de 28 dias e o maior tempo de 510 dias.

Ocorre que não existe no âmbito do SUS uma linha de cuidado para as pessoas com condições crônicas intestinais tão pouco uma abordagem em linha de cuidado para as doenças inflamatórias intestinais, que inicie o cuidado no âmbito da APS para atender a demanda da população. Em relação às doenças inflamatórias intestinais, há a portaria conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn, para a identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil pela APS, para investigação e adequado atendimento especializado, o que possibilitaria melhor resultado terapêutico e prognóstico da

população, para que a APS assuma a sua função primordial de auxiliar na coordenação do cuidado e na organização da teia de serviços envolvidos no seu cuidado de saúde (BRASIL, 2015).

Em relação atenção das doenças oncológicas no âmbito da APS, tem-se a Portaria Nº 874, 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, preconizando que a APS implemente o rastreamento, de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional, implementação de ações de diagnóstico precoce, com identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres na população, considerando-se os níveis de atenção (BRASIL, 2013c).

Além disso há a necessidade de ações de educação permanente tanto para os profissionais da APS como para os profissionais da AAE, para melhorar a oferta e o acesso das populações prioritárias à assistência à saúde, segundo as linhas de cuidado e protocolos de encaminhamento entre os diferentes níveis da RAS (CONASS, 2015).

Uma das soluções para o acesso a APS e a solução médica para o SUS está em aumentar e incentivar a inserção e manutenção de médicos de família e comunidade na APS, como uma melhora da formação em atenção primaria a saúde desde a graduação, ampliando as residências em medicina de família e comunidade, oferecendo condições de trabalho, que garantam segurança aos profissionais, que optam por dedicar-se a um novo modo de oferecer atenção à saúde, com dedicação integral, programas de educação permanente para direcionar a assistência prestada na APS, fundamentada em protocolos e linhas de cuidado, centrada e baseado em equipe interprofissionais (CONASS, 2015; MENDES, 2010).

Torna-se imprescindível que na RAS ações interprofissionais com relações produtivas e de interdependências entre os generalistas e os especialistas para alcance dos melhores resultados sanitários de prevenção e promoção a saúde, para garantir a integralidade do cuidado para a população com condições crônicas. Desta forma, o desafio no SUS é estabelecer um reordenamento da assistência e do fluxo para o atendimento das populações

prioritárias, com integração entre os níveis de assistência à saúde primária, secundária, terciária e quaternária para superar os sistemas de saúde fragmentados vigentes, favorecendo a participação de usuários e profissionais para maior satisfação com a assistência ofertada no SUS (BRASIL, 2010b; CONASS, 2015).

7.2.1. Discussão da Etapa Quantitativa por análise univariada

A análise univariada da associação das variáveis hábitos de vida, resultado de colonoscopia, presença de alterações displásicas ou doença colorretal, não revelou associação estatisticamente significante com consumo de carne vermelha e de embutidos, ou ambos; e com o desfecho de colonoscopia normal, displasia intestinal com potencial neoplásico e doença diverticular ou orificial. A análise do consumo de carne vermelha e/ou embutidos apresentou valor de p= 0,191, o que indicou valor mais próximo de p= 0,05.

As variáveis atividade física segundo Organização Mundial da Saúde (2020) e histórico familiar para doenças crônicas resultou no valor de p=0,930, também indicando inexistência de associação com o desfecho de colonoscopia normal, displasia intestinal com potencial neoplásico e doença diverticular ou orificial. O consumo de álcool foi o que obteve menor valor de p=0.156, que indica ausência de correlação com o desfecho. Ainda foram analisados variável tabagismo (p=0,820), idade acima de 50 anos (p=0,448) e IMC (p=0.686 na análise de Saudável, Sobrepeso, Obesidade1, Obesidade2 e Obesidade3 e valor de p=0,506 para análise de saudável e não saudável), indicando não existir associação estatisticamente significante entre estas variáveis e o desfecho de colonoscopia normal, displasia intestinal com potencial neoplásico e doença diverticular ou orificial.

Apesar de não ter tido nenhuma associação entre as variáveis e desfechos correlacionados, há um sugestionamento de que o consumo de carne e embutidos que é consagradamente conhecido por apresentar um potencial de aumentar o consumo de câncer de cólon (CHAO et al., 2005). Em 2019, as recomendações dietéticas propostas pelo *Nutritional Recommendations Consortium* (NutriRECS) indicaram que as recomendações anteriores de que os

adultos reduzissem o consumo atual de carne vermelha e processada para reduzir o risco de CCR, apesar de não terem sido sustentadas por esta análise. De modo geral, embora possa haver um risco aumentado para desenvolver CCR associado à ingestão de carnes processadas, o risco absoluto é pequeno e ocorre apenas com o consumo diário, mas ainda não está elucidado se todos os indivíduos têm o mesmo risco. É importante considerar a manutenção de uma dieta saudável e balanceada, sendo que para os diagnósticos colorretais, a alimentação é um aspecto importante, que requer mais pesquisas (JOHNSTON et al., 2019; MACRAE, 2020).

Estes resultados podem ter sido influenciados pela amostra de participantes do estudo, n= 107 participantes de duas unidades de saúde em um período de dois anos (2017-2018) devido ao número menor da amostra, limitação de região geográfica, uma vez que participaram pacientes de duas unidades básicas de um município do interior paulista. Como estes dois serviços de saúde estão vinculados a uma universidade pública, a organização e estrutura destes serviços de saúde, assim como os recursos humanos podem influenciar a assistência ofertada pela APS e a regulação para serviços especializados. No entanto é importante reforçar que a etapa qualitativa deste este estudo foi realizada na instituição hospitalar terciária, vinculada a mesma universidade pública. Neste local de estudo, segundo dados de novembro de 2020 do SISAB/E-Gestor, as UBS cobrem 62,9% do município e a estratégia saúde da família cobre aproximadamente 23,55% apontando as dificuldades de acesso à assistência à saúde para a clientela estudada, assim como as limitações deste estudo não foi realizado em todas as regiões deste município e também não envolveu todas as unidades de saúde, mesmo aquelas que não tivessem estratégia saúde da família (BRASIL, 2021).

7.3. RESULTADOS - ETAPA QUALITATIVA

Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica, laboral e de renda familiar dos participantes da Etapa Qualitativa. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	N	%	Min.	Max.	Média (dp*)
Sexo					
Feminino	**08**	**57,1%**			
Masculino	**06**	**42,9%**			
Cor da Pele (Autorreferida)					
Brancos	**12**	**85,7%**			
Pretos ou Pardos	**02**	**14,3%**			
Idade			**36**	**78**	**56,1 (dp12,4)**
50 anos ou menos	**04**	**28,6%**			
50 – 59 anos	**04**	**28,6%**			
60-69 anos	**04**	**28,6%**			
70-79 anos	**02**	**14,3%**			
Naturalidade					
SP	**10**	**71,4%**			
MG	**03**	**21,4%**			
PR	**01**	**7,1%**			
Anos de Estudo			**01**	**11**	**6,6 (dp3,6)**
04 ou menos anos	**06**	**42,9%**			
05-08 anos	**04**	**28,6%**			
09-11 anos	**05**	**35,7%**			
Estado civil					
Solteiros	**01**	**4,1%**			
Casados / União Estável	**06**	**49,2%**			
Viúvos	**04**	**28,6%**			
Divorciados/Desquitados	**03**	**21,4%**			
Companheiro(a)					
Sim	**07**	**50%**			
Não	**07**	**50%**			
Situação laboral					
Aposentados/Pensionistas	**07**	**50%**			
Afastados para tratamento de saúde	**04**	**28,6%**			
Ativo sem Carteira de Trabalho / Autônomo	**02**	**14,3%**			

Desempregados	**01**	**7,1%**			
Ativos registrados em Carteira de Trabalho	**0**	**0%**			
Renda individual			**0**	**2,9**	**1,4 (dp 0,7)**
Até 01 salário-mínimo*	**05**	**35,7%**			
De 1,1 até 03 salários-mínimos*	**09**	**64,3%**			
Renda familiar			**1,0**	**5,7**	**2,7(dp 1,1)**
Até 01 salário-mínimo*	**01**	**7,1%**			
De 1,1 até 03 salários-mínimos*	**09**	**64,3%**			
De 3,1 até 05 salários-mínimos*	**3,0**	**21,4%**			
De 5,1 até 10 salários-mínimos*	**1,0**	**7,1%**			
Renda per capita			**0,5**	**1,4**	**0,9 (dp 0,3)**
Coabitação					
Sim	**13**	**92,9%**			
Não	**01**	**7,1%**			
Esfera de Assistência à Saúde					
Sistema Único de Saúde	**12**	**85,7%**			
Planos de Saúde Suplementar	**03**	**21,4%**			
Serviço de Saúde Privados	**02**	**14,3%**			
Nível de Complexidade do Serviço de Saúde					
Atenção Primária a Saúde (APS)	**08**	**57,1%**			
Serviços Ambulatoriais Secundários	**03**	**21,4%**			
Serviços de Urgência – UPA/Pronto Socorro	**04**	**28,6%**			
Plano de saúde suplementar					
Sim	01	7,1%			
Não	13	92,9%			

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota:

* Salário-mínimo no período da coleta (junho a agosto de 2020) de dados - R$ 1045,00 (2020).

Tabela 9 - Caracterização clínica e de hábitos de vida dos participantes da Etapa Qualitativa. Ribeirão Preto, 2021

Variáveis	N	%	Min.	Max.	Média (dp*)
IMC					
Saudável	05	35,7%	19,5	34,5	27,7(dp 4,9)
Sobrepeso / Obesidade	09	64,3%			
Queixa Intestinal Específica					
Mudança de Hábito Intestinal	07	50%			
Diarreia	08	57,1%			
Dor Abdominal	09	64,3%			
Tenesmo	04	28,6%			
Sangramento Anal	07	50%			
Constipação	03	21,4%			
Outros	09	64,3%			
Motivo do encaminhamento					
Queixa Colorretal	14	100%			
Hipótese Diagnóstica					
Neoplasia Colorretal	07	50%			
Sangramento Anal	04	28,6%			
Abscesso Intra-abdominal	01	7,1%			
Fístula Retovaginal	01	7,1%			
Ruptura de Apêndice	01	7,1%			
Hábitos de vida					
Atividade Física (OMS)					
Sim	06	42,9%			
Não	08	57,1%			
Consumo de tabaco					
Sim	01	7,1%			
Não	08	57,1%			
Ex-tabagistas	05	35,7%			
Consumo de álcool					
Sim	05	35,7%			
Não	06	42,9%			
Ex-Etilista	03	21,4%			
Diagnósticos Colorretal					
Neoplasia Colorretal	13	92,9%			
Doença de Crohn	01	7,1%			

Comorbidades Clínicas		
Gastrointestinais / Urinário	09	64,3%
Endócrino / Metabólicas	07	50%
Cardiovascular / Pulmonar	06	42,9%
Outras Neoplasias	02	14,3%
Neurológico / Imunológico	02	14,3%
Outras	03	21,4%
Tratamentos		
Cirúrgico	14	100%
Quimioterapia	04	28,6%
Radioterapia	02	14,3%
Imunossupressores	01	7,1%
Tipo de Cirurgia		
Colectomia / Enterectomia	06	42,9%
Retossigmoidectomia / Sigmoidectomia	05	35,7%
Amputação Abdominoperineal do Reto	02	14,3%
Exanteração Pélvica	01	7,1%
Presença de estomia prévia		
Sim	02	14,3%
Não	12	85,7%
Confecção de nova estomia		
Sim	08	57,1%
Não	06	42,9%
Tipo de Estomia		
Colostomia	05	35,7%
Ileostomia	03	21,4%
Bricker / Ureteroileostomia	01	7,1%
Sem Estomia	06	42,9%
Histórico Familiar de Doença Crônica Colorretal		
Sim	04	28,6%
Não	09	64,3%
Não Sabe	01	7,1%
Recidiva de Neoplasia		
Sim	02	15,4%
Não	11	84,6%
Doença Metastática		
Sim	07	53,8%
Não	06	46,2%

Tempo entre início dos sintomas e atendimento no serviço especializado (dias)	07	1095	262,8 (dp 278,4)

Fonte: Elaborada pela autora.

7.3.1. Caracterização sociodemográfica, clínica, terapêutica, laboral e de renda familiar dos participantes da Etapa qualitativa

Dos 14 participantes desta etapa do estudo eram oito (57,1%) do sexo feminino e seis (49,2%) do sexo masculino.

Quanto a cor de pele, 12 (85,7%) se autodeclararam brancos e dois (14,3%) como preto ou pardos.

A média de idade dos participantes foi de 56,1 anos, sendo que o participante mais jovem tinha 36 anos e o mais idoso, 76 anos.

Os participantes eram naturais de três estados, sendo 10 (71,4%) do Estado de São Paulo, três (21,4 %) de Minas Gerais e um (7,1%) do Paraná.

Em relação ao nível educacional, a média de anos de estudo foi de 6,6 (dp 3,6) anos, sendo que participante maior tempo foi de 11 anos de estudo e o menor com um ano de estudo.

Quanto ao estado civil, dos 14 participantes, seis (42,9%) eram casados/união estável, quatro (28,6%) viúvos, três (21,4%) divorciados e um (7,1 %) solteiro.

Quando questionados se viviam com companheiro ou companheira, sete (50%) viviam com companheiro e sete (50%) sem companheiro.

Em relação à situação laboral dos participantes, sete (50%) eram aposentados/pensionistas, quatro (28,6%) participantes afastados para tratamento de saúde, dois (14,3%) ativo sem carteira assinada/ativo autônomo, um (7,1%) desempregado.

Em relação à renda individual cinco (35,7%) tinham renda até 01 salário-mínimo e nove (64,3%) participantes de 1,1 a até 03 salários-mínimos, sendo que a média foi de 1,4 (dp 0,7) salários-mínimos, sendo o máximo de 2,9 e o mínimo de zero salários-mínimos.

Em relação à renda familiar, um (7,1 %) com um salários-mínimos, nove (64,3%) de 1,1 até 03 salários-mínimos, três (21,4%) participantes de 3,1 até 5 salários-mínimos, um (7,1%) de 5,1 até 10 salários-mínimos. A média da renda

familiar foi de 2,7 (dp 1,1) salários-mínimos, sendo o máximo 5,7 salários-mínimos e o mínimo 01 salário-mínimo. A média de indivíduos que contribuíam para a renda foi de 2,1indivíduos e a média de indivíduos beneficiados pela renda foi de 3,3 indivíduos.

Assim, a renda per capita foi de 0,9 (dp 0,3) salários-mínimos, sendo a menor renda de 0,5 salário-mínimo e a maior renda per capita de 1,4 salários-mínimos, no período de junho a agosto de 2020.

Em relação à coabitação 13 (92,9%) dos participantes, conviviam com familiares ou amigos, e um (7,1%) vivia sozinho.

Em relação à esfera de assistência de saúde, de início de atendimento de assistência e de tratamentos, 12 (85,7%) participantes foram atendidos pelo SUS, três (21,4%) por planos de saúde suplementares, dois (14,3%) em serviços de saúde privados, sendo que alguns indivíduos foram atendidos, tanto no sistema público como suplementar, em concomitância.

Em relação ao nível de complexidade do serviço de saúde, onde ocorreu o início dos tratamentos, para oito (57,1%) participantes ocorreu na APS, três (21,4%) em serviços ambulatoriais secundários e quatro (28,6%) em serviços de urgência (Unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro).

Em relação tipo de convênio de plano de saúde, apenas um (7,1%) possuía o suplementar e os demais 13 (92,9%) pacientes faziam uso somente do SUS.

7.3.2. Caracterização Clínica e de Hábitos de Vida dos participantes da Etapa Qualitativa

Dos 14 participantes do estudo, em relação ao índice de massa corporal, nove (64,3%%) estavam com sobrepeso ou obesidade grau I e cinco (35,7%) estavam saudáveis.

Quanto às queixas intestinais específicas que motivaram os participantes a buscar assistência nos serviços de saúde, identificou-se que nove (64,3%) apresentavam dor abdominal, oito (57,1%) diarreia, sete (50%) mudança de hábito intestinal, sete (50%) sangramento anal, três (21,4%) constipação intestinal, nove (64,3 %) outras queixas como fadiga, fezes afiladas, fezes

escurecidas, perda de fezes pela vagina, vomito e perda ponderal. Dos 14 participantes entrevistados, 13 apresentavam mais que uma queixa ou sintomas iniciais de doença colorretal crônica.

Em relação ao motivo do encaminhamento dos participantes para serviços especializados de Coloproctologia, todos os participantes do estudo foram encaminhados por apresentarem queixa colorretal, nenhum foi encaminhado pelo protocolo de rastreamento da APS.

As hipóteses diagnósticas que justificaram o encaminhamento destes participantes para investigação em serviços especializados de Coloproctologia foram sete (50%) neoplasia colorretal, quatro (28,6%) sangramento anal, um (7,1 %) abscesso intra-abdominal, um (7,1%) fístula retovaginal e um (7,1 %) ruptura de apêndice.

De acordo com os hábitos de vida relatados pelos participantes, dos 14 participantes, sete (50 %) relataram realizar atividades físicas e sete (50%) estavam sedentários. Dos 14, apena seis (42,9%) participantes praticam de atividade física conforme o recomendado pelo OMS e oito (57,1%) eram sedentários.

Em relação ao consumo de tabaco, seis (42,9%) participantes relataram consumo de tabaco em algum momento de suas vidas, sendo que destes, cinco eram ex-tabagistas e oito (57,1%) nunca haviam usado tabaco.

O consumo frequente de álcool foi relatado por cinco (35,7%) participantes, três (21,4%) eram ex-etilistas e seis (42,9%) nunca haviam consumido bebidas alcoólicas.

Dos diagnósticos colorretais definitivos no serviço terciário, 13 (92,9%) participantes foram diagnosticados com Neoplasia Colorretal e um (7,1%) com Doença de Crohn, da mesma forma na Etapa Quantitativa, o CCR predominou em relação às doenças inflamatórias intestinais.

Quanto às comorbidades clínicas, dos 14 participantes, 11 participantes relataram comorbidade, dentre elas, as principais foram para nove (64,3 %) Gastrintestinal/Urinário; sete (50%) Endócrino e Metabólicas; seis (42,9%) Cardiovascular/Pulmonar; dois (14,3%) Outras Neoplasias; dois (14,3% Neurológica/Imunológicas; três (21,4%) Outras, que foram da Área de Saúde Mental, Infectocontagiosas e Ortopedia.

Em relação aos tratamentos prévios, os 14 (100%) haviam sido submetidos ao tratamento cirúrgico, quatro (28,6%) à Quimioterapia antineoplásica, dois (14,3%) à Radioterapia e um (7,1%) à Terapia Imunossupressora para Doença de Crohn.

Os 14 participantes, haviam sido submetidos às cirurgias: seis (42,9%) à Colectomia/Enterectomia, cinco (35,7%) à Retossigmoidectomia/Sigmoidectomia, dois (14,3%) à Amputação Abdominoperineal do Reto e um (7,1%) participante à Exanteração Pélvica.

Em relação à estomização intestinal, dois (14,3%) participantes do estudo tinham estomia intestinal prévia à entrevista e os demais 12 (85,7%) não possuíam estomia intestinal prévia.

Oito (57,1%) participantes foram submetidos à confecção de estomia intestinal na internação atual e seis (42,9%) não necessitaram de confecção de estomia.

Quanto ao tipo de estomia, cinco (35,7%) pacientes possuíam colostomia, três (21,4%) com ileostomias, um (7,1%) com Ureteroileostomia (Bricker), seis (42,9%) participantes não foram estomizados. Ressalto que houve participantes que possuíam mais de uma estomia.

Quanto ao histórico familiar para doenças crônicas colorretais, nove (62,9%) participantes negaram terem histórico familiar para doenças intestinais inflamatórias ou oncológicas, quatro (30,8%) relataram histórico positivo, e um participante relatou não saber informar.

Quanto aos 13 pacientes diagnosticados com CCR, dois (15,4%) participantes estavam em tratamento para recidiva neoplásica, 11 (84,64%) não apresentavam recidivas. Em relação à presença de doença oncológica metastática, dos 13 pacientes com diagnostico oncológico, sete (53,8%) tinham metástases em órgãos circunvizinhos ou à distância e seis (46,2%) não apresentavam doença metastática até a entrevista.

O tempo de espera relatado pelos participantes, desde o início dos sintomas até o atendimento no serviço especializado foi de uma média de 262,8 dias (dp 278,4 dias). sendo que o participante que teve menor tempo de espera foi de sete dias e o participante com maior tempo de espera foi de 1095 dias.

7.4. DISCUSSÃO DOS DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, LABORAL E DE RENDA FAMILIAR – ETAPA QUALITATIVA

Quanto a caracterização sociodemográfica, clínicas e de hábitos de vida dos 14 participantes da etapa qualitativa do estudo, os resultados evidenciaram que houve predomínio de participantes do sexo feminino (57,1%), de cor branca (85,7%), semelhantemente ao estudo de Ramos et al. (2012), com média de idade de 56,1 anos, assim como o outro estudo realizado na região Sudeste (RAMOS et al., 2012), os participantes eram naturais e procedentes do estado de São Paulo (71,4%), com a média de anos de estudo foi de 6,6 anos (dp 3,6), corroborando os resultados de Diniz et al. (2020), cuja maioria dos participantes tinha o ensino fundamental incompleto.

Houve predomínio de participantes com cor da pele autorreferida branca 12 (85,7%), diferindo do estudo de Sena et al. (2017), no qual foi de pretos e pardos com 49,6%.

Predominou participantes casados ou em união estável 49,2%, corroborando os estudos de Figueiredo e Alvim (2016), Diniz et al. (2020) e Kimura et al. (2020). Destaca-se o fato de os participantes estarem casados ou em união estável ou em algum outro relacionamento que proporcione um parceiro a esta pessoa, pode ser este um fator protetor para o indivíduo com doença crônica intestinal, seja ela oncológica ou inflamatória, assim como para a adesão tratamento da doença crônica quando estomizado, em relação aos cuidados com a estomia, e em todo o processo de adoecimento crônico e para a sua reabilitação (KIMURA et al., 2020; MARTINS et al., 2015).

Em relação à situação laboral dos participantes 50% eram aposentados ou pensionistas, 14,3% ativos sem carteira assinada e 7,1% desempregados, semelhantemente aos estudos de Diniz et al. (2020) e de Romão et al. (2020), que 80% eram aposentados/pensionistas, enquanto 13,0% estavam empregados e 5,1% desempregados.

A renda individual em sua maioria foi de 1,1 até 03 salários-mínimos, e a renda per capita entre 0,5 até 1,4 salários-mínimos (dp 0,9) corroborando com a literatura (DINIZ et al., 2020; FIGUEIREDO; ALVIM, 2016; KIMURA et al., 2020).

A maioria dos participantes (92,9%) coabitavam com outros familiares, aspecto importante pois a família oferece o suporte concreto necessário, ou seja, os ampara em todas as fases, constitui rede de apoio para o processo de reabilitação da pessoa estomizada, podendo minimizar os sofrimentos devido às consequências da estomia e do adoecimento crônico (MARTINS et al., 2015; SILVA; SHIMIZU, 2007).

Em relação à esfera de assistência à saúde, a maioria dos participantes (85,7%) iniciou e realizou seus atendimentos e tratamentos no SUS, três (21,4%) possuíam planos de saúde suplementares, dois (14,3%) em serviços de saúde privados, muitos utilizavam as duas esferas de assistência em concomitância.

É importante ressaltar que os participantes que utilizaram mais que um tipo de serviço de saúde, mesclando utilização de serviços públicos e privados, em geral o fazem pela demora e lentidão entre o atendimento na APS e o desenrolar do encaminhamento dentro dos níveis de atenção no SUS, utilizando de um modo geral o serviço privado para facilitar o acesso ao serviço de saúde, reduzir o tempo de espera entre a APS e o nível secundário para o devido encaminhamento e atendimento no serviço especializado. Acesso aos serviços de saúde é um conceito para alicerçar a efetivação da universalidade do SUS, mas pouco valorizado nas publicações oficiais do Ministério da Saúde. Talvez por isso, o acesso no SUS ainda seja visto como excludente. Desde a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve importante melhora no acesso percebido pelos usuários, porém este acesso na APS é bastante divergente, nas diferentes regiões do país, estados, municípios, e as vezes divergente até mesmo dentro de um mesmo município. As classes médias permanecem excluídas do SUS, atraídas pela compra de planos de saúde privados, o que de alguma maneira diminuir a disputa de acesso ao serviço de saúde de nível secundário favorecendo àqueles que são totalmente dependentes do SUS (REIGADA; ROMANO, 2018).

O início dos tratamentos no SUS mostrou uma diversidade, incluindo-se serviços de APS, serviços ambulatoriais secundários e serviços de urgência (Unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro, evidencia-se que, apesar de todas as lacunas, gargalos e dificuldades de acesso, estes serviços se mantem como a principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2017b).

Os serviços de APS seguem proporcionando acesso aos serviços ordenadores das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que as equipes de Saúde da Família (ESF), por aturem nas UBS e na comunidade, tem como seu principal papel disseminar orientações, ações educativas, de promoção da saúde e práticas preventivas, além de diagnóstico e de tratamentos dos problemas de saúde epidemiologicamente importantes, considerando-se o contexto social e familiar e referenciando ao serviço secundário ambulatorial (BRASIL, 2010b, 2017b).

A maioria 13 (92,9%) dos participantes não possuíam plano de saúde suplementar, pois a coleta de dados foi realizada em um serviço Hospitalar Terciário do SUS, e os participantes tinham baixa renda, cuja renda per capita média, era, de aproximadamente de 01 salário-mínimo, justificando-se a dependência 100% do SUS. Esta situação vai de encontro com Pinto e Soranz (2004), que indicaram que os planos privados de assistência à saúde se configuram como mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde, somente uma parcela específica da população brasileira tem acesso a saúde suplementar, caracterizada por ter maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas.

Dos 14 participantes do estudo, nove (64,3%%) estavam com sobrepeso ou obesidade grau I, determinado pelo índice de massa corporal (IMC) superior a 25 kg / m^2, foi classificada como um preditor confirmado associado ao risco aumentado de CCR (PISCHON et al., 2006), divergindo do estudo de Pittman (2011), cuja população de estomizados intestinais por diversas etiologias, onde a maioria era eutrófica.

As queixas intestinais específicas que os participantes apresentaram ao buscar assistência nos serviços de saúde foram: dor abdominal, diarreia, mudança de hábito intestinal e sangramento anal, sendo que cada participante apresentava mais que uma queixa colorretal. Em estudo com pacientes sintomáticos para doenças colorretais 33,9% dos participantes tiveram como um dos principais sintomas a mudança de hábito intestinal (JATOBÁ et al., 2008).

Considerando a gravidade clínica destes participantes, o motivo do encaminhamento para serviços especializados de Coloproctologia envolveu neoplasia colorretal, sangramento anal, abscesso intra-abdominal, fístula retovaginal e ruptura de apêndice, com queixa colorretal importante. Nenhum foi encaminhado por protocolos de rastreamento da APS, o que fortalece ainda mais o contexto no qual se ancora os encaminhamentos advindos da APS já que, no SUS sistema de saúde não possui protocolos de rastreamento para o indivíduo assintomático para CCR (VALLE; TURRINI; POVEDA, 2017).

O fato destes participantes possuírem sobrepeso ou obesidade, serem sedentários, possuírem comorbidades, as ações a serem implementadas na APS perpassam pela educação em saúde, para promoção e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), alimentação saudável, atividade física e controle da obesidade, como nos dois estudos de caso-controle de base populacional, que observaram que o deslocamento ou a atividade física de lazer alterou significativamente o risco relacionado a uma elevada gordura corporal no Câncer Colorretal (LAUBY-SECRETAN et al., 2016; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2018a, 2018b).

Neste estudo verificou-se que a maioria era não fumante ou ex-tabagista, assim como nos estudos de Kimura et al. (2020) que 64,4% dos participantes também não eram tabagistas e de Marcacini, Barichello e Barbosa (2015) no qual 53,6% dos participantes também não eram tabagistas. A associação do tabagismo e risco de CCR está relacionada à dose, sendo que há aumento do risco de maneira dose-dependente com intensidade e duração, e a cessação do fumo reduziu o risco. Os ex-fumantes ainda apresentavam um risco maior de CCR do que os nunca fumantes (AMITAY et al., 2020; BOTTERI et al., 2020; CHENG et al., 2015; TSOI et al., 2009).

Neste estudo houve predomínio de participantes que não consomem bebidas alcoólicas ou ex-etilistas, semelhantemente ao estudo de Marcacini, Barichello e Barbosa (2015), onde 69% não consumiam bebida alcoólica. O estudo de Park et al. (2019) confirmou que o álcool é um fator de risco para CCR em homens e mulheres e sugerem que a associação varia por raça/etnia, IMC, uso de AINE, consumo de fibra dietética e folato, tipo de bebida alcoólica, e localização anatômica de tumores, assim dada a heterogeneidade das

associações, é provável que vários mecanismos subjacentes estejam relacionados a esse fator de risco.

Houve predomínio de participantes com Neoplasia Colorretal e somente um com Doença de Crohn, como nos estudos de Anaraki et al. (2012), onde maioria dos pacientes apresentava estoma por CCR e de Bechara et al. (2005), no qual 60% foram estomizados por CCR.

O câncer colorretal, é o terceiro tipo de câncer mais comum entre homens e mulheres no Brasil, estimam-se, para cada ano do triênio de 2020-2022, teremos 20.520 casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 19,63 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres, sendo que o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais incidente nas Regiões Sudeste (28,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,40/100 mil), e é a causa mais frequente de formação de estoma nos participantes deste estudo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

As estomias intestinais em pacientes sem câncer ocorrem principalmente devido as doenças inflamatórias intestinais como colite ulcerativa e doença de Crohn, que ocorrem em menor número, que pode ser verificado no estudo de Oliveira et al. (2018) na região Centro-Oeste, que 17,3% sofreram a estomização intestinal por etiologia de doenças inflamatórias intestinais (DII) e 11, 9% por trauma, assim como de Anaraki et al. (2012), que 10,8% foram estomizados por DII.

Os participantes possuem várias comorbidades corroborando com os resultados de Malheiros et al. (2005) e de Barbosa et al. (2014) em decorrência de mudanças demográficas acentuadas nos últimos anos e pelo aumento da expectativa de vida que tem aumentado as DCNT no Brasil, sendo que em 2008 eram responsáveis por 77,2% de todos os anos de vida perdidos por doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BOCCOLINI, 2016; IBGE, 2013, 2014; THEME FILHA et al., 2015).

O predomínio de CCR nos participantes do estudo em estadiamento avançado requereu tratamentos com maior densidade tecnológica, assim como de profissionais altamente especializados, representados pela cirurgia, quimioterapia antineoplásica, e radioterapia. No caso, específico da assistência

aos pacientes com Doença de Crohn, o manejo clínico da Terapia Imunossupressora requer experiência clínica especializada também. Nosso estudo divergiu dos estudos de Nicolussi e Sawada (2009) e de Krouse et al. (2009), que menos de 40% dos pacientes com CCR realizaram radioterapia e 100% quimioterapia antineoplásica com finalidade curativa, enquanto os nossos participantes estavam com CCR em fase metastática ou de recidiva e estavam realizando tratamento com finalidade paliativa, semelhantemente ao estudo de Malheiros et al. (2005).

Esta situação de maior gravidade clínica e terapêutica pode ser verificada pelas cirurgias realizadas pelos participantes como Colectomia/Enterectomia, Retossigmoidectomia/Sigmoidectomia, Amputação Abdominoperineal do reto e Exanteração Pélvica com estomização da maioria, diferindo até mesmo do estudo de Leal et al. (2008) que predominou Retossigmoidectomia e em menor número foi realizada a amputação abdominoperineal do reto.

A estomização intestinal indica, em geral, uma evolução avançada da doença oncológica, assim como nos estudos de Anaraki et al. (2012), Diniz et al. (2020), Lins Neto, Fernandes e Didone (2016) e Salomé et al. (2015) e, muitas vezes, o paciente necessita de mais de uma estomia, corroborando novamente com o estudo de Anaraki et al. (2012).

O conhecimento sobre o histórico familiar para doenças crônicas colorretais, de DII como oncológica, assim como outras condições que aumentam o risco de desenvolvimento de CCR, torna-se importante para que as pessoas possam realizar o rastreamento como no estudo de Valle, Turrini e Poveda (2017) e as recomendações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2019).

A avaliação do histórico familiar é uma ferramenta potencialmente para auxiliar na elucidação diagnóstica e reduzir a carga social de doenças oncológicas, os indivíduos que tem um ou mais familiares em primeiro grau com câncer em geral apresentam um risco aumentado de desenvolver câncer, desse modo, o histórico familiar para doenças crônicas colorretais e em especiais as doenças oncológicas intestinais ganha importância como um dado potencial para pensar políticas de saúde e ações de prevenção direcionada a esta clientela (RAMSEY et al., 2006).

A realidade dos pacientes deste estudo terem apresentado metástases do CCR, pode ter ocorrido inicialmente por dois fatores, o primeiro é que os pacientes entrevistados são provenientes de municípios de uma divisão regional de saúde, que contempla muitos municípios e como as redes de atenção à saúde e a regulação são sistematizadas e realizadas dentro de cada município, podem influenciar no atraso para o encaminhamento ao serviço pois dependerá da articulação das RAS, para a regulação do acesso a ambulatórios especializados.

A demora para o atendimento no serviço especializado foi de uma média de 262,8 dias (dp 278,4 dias) apontando menor tempo de espera 07 dias e o contrassenso de espera de 1095 dias, sendo que a literatura evidencia que quando há atraso diagnóstico há piora clínica tanto para os pacientes com doença oncológica como para as doenças inflamatórias (SCHOEPFER et al., 2013).

No estudo de Li et al. (2015) avaliou-se o impacto do atraso diagnóstico de pacientes com doença de Crohn, que evidenciou a correlação com um risco aumentado de estenose intestinal e que os fatores de risco para atraso no diagnóstico foram idade acima de 40 anos no diagnóstico, baixo nível educacional, nenhuma história familiar de doença de Crohn. No estudo de Novacek et al. (2019) o diagnóstico das DII, em especial os participantes com doença de Crohn que tinham maior idade no diagnóstico foram e associados com maior atraso no diagnóstico.

No estudo de Nóbrega et al. (2018), a demora para estabelecimento do diagnóstico de Doença de Crohn foi de 37 meses (1110 dias) para pacientes com localização ileocolônica, 26 meses (780 dias) para pacientes com localização íleo e 18 meses (540 dias) para pacientes com localização no cólon.

Há necessidade da implementação no Brasil de ações de rastreamento na APS, uma avaliação ambulatorial em tempo propício e uma abordagem de lesões colorretais precocemente sendo preferencialmente por colonoscopia ou abordagem cirúrgicas em estádios I e II, é possível alcançar índices de cura de maneira considerável, aproximando-se de 90%, e propicia ao paciente a possibilidade de dispensar o tratamento quimioterápico adjuvante ou um tratamento cirúrgico mutilante, ocasionando a estomização (SANTOS JÚNIOR, 2008).

A publicação da Portaria nº 601, de 26 de Junho de 2012, que aprova as diretrizes diagnosticas e terapêuticas do câncer de cólon e reto, relevante do ponto de vista organizacional para condutas e diretivas terapêuticas do CCR nas RAS no SUS, assim como na Portaria nº 14 do Ministério da Saúde de 28 de novembro de 2017, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn, porém não assegurou a implementação de ações de prevenção e promoção a saúde, ou mesmo, um protocolo de identificação de sinais clínicos no contexto da APS, o que limita o acesso da população à assistência especializada no SUS (BRASIL, 2017b).

As doenças crônicas intestinais, sendo doenças inflamatórias ou neoplásicas, tem o diagnóstico e o estadiamento, como fundamentais para o estabelecimento de uma terapêutica adequada, pois a morbimortalidade e as alterações na qualidade de vida estão diretamente relacionados a elucidação diagnóstica e estágio clínico da doença. A busca precoce por serviços de saúde, que forneçam uma assistência especializada, e a existência de um programa de rastreamento organizado, que disponha de recursos laboratoriais e de procedimentos para o diagnóstico precoce, são fatores que aumentam a possibilidade de diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, redução de sequelas e uma adequada reabilitação, evitando-se procedimentos muitas vezes invasivos e desnecessários. De maneira ideal, o tempo entre o estabelecimento do diagnóstico oncológico até o início do tratamento deve levar, no máximo, 60 dias de acordo com a Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012 (BRASIL, 2012a).

No entanto, não há nenhuma regulamentação sobre condição do indivíduo que busca os serviços de saúde com queixas colorretais sobre dificuldade de acesso, não resolução da queixa, atrasos em encaminhamentos e por consequência demora na elucidação diagnóstica.

Além disso, dada à distribuição desigual de recursos assistenciais, o subfinanciamento do SUS e a grande extensão geográfica do Brasil, as condições de atendimento à saúde são muito diversas, sendo que frequentemente depararmos com demandas muito superiores à capacidade dos serviços, gerado demora no diagnóstico e tratamento, o que poderá comprometer o acesso ao diagnóstico, tratamento e recuperação dos pacientes (VALLE; TURRINI; POVEDA, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O aumento da conscientização sobre os sinais e sintomas do CCR contribui para a detecção da doença em estágios mais precoces. O acesso a exames diagnósticos e instalações de serviços de saúde apropriadas, o rastreamento de indivíduos aparentemente saudáveis pode revelar o câncer em estágios iniciais ou precursores, tornando o tratamento mais eficaz e efetivo. A detecção precoce só terá sucesso quando associada ao acesso a um tratamento eficaz. Com a detecção precoce, há uma chance maior de que o tratamento curativo seja bem-sucedido, especialmente para neoplasias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Portanto, é fundamental a educação em saúde da população para reconhecer os primeiros sinais de alerta de doenças inflamatórias intestinais e de neoplasias colorretais como sangramento intestinal anormal, cólicas, alterações de hábito intestinal. Isso pode ser promovido em todos os países por meio de campanhas de educação em saúde pública e por meio do treinamento de profissionais de atenção primária à saúde. A triagem populacional (aplicação em massa de testes simples para identificar indivíduos com doença assintomática) é outra abordagem para a detecção precoce. No entanto, os programas de triagem devem ser realizados apenas quando sua eficácia foi demonstrada, quando os recursos (pessoal, equipamento e assim por diante) são suficientes para cobrir quase todo o grupo-alvo, quando existem instalações para confirmar diagnósticos e para tratamento e acompanhamento de aqueles com resultados anormais, e quando a prevalência da doença é alta o suficiente para justificar o esforço e os custos da triagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A ausência da implementação de políticas públicas, com divulgação em mídias sociais, com programa de educação em saúde para a prevenção de doenças colorretais crônicas prepara-se uma população com proatividade e preparada para buscar assistência, entendendo a gravidade do CCR, assim como de uma doença inflamatória intestinal (VALLE; TURRINI; POVEDA, 2017).

7.5. RESULTADOS – ETAPA QUALITATIVA

Na etapa qualitativa deste estudo, ressalta-se as repercussões da pandemia da COVID-19, que resultou em internação hospitalar de pessoas com maior gravidade clínica, principalmente aquelas com CCR. As experiências dos participantes com adoecimento colorretal crônico em relação à assistência de saúde no sistema público, trouxeram diferentes aspectos, que subsidiaram a análise e interpretação de dados sobre o mapa de cuidado.

Em um primeiro momento, a busca pela assistência à saúde por estas pessoas, dimensionou situações de maior gravidade, tanto do ponto clínico como psicoemocional:

> "[...] *quando eu internei, fiz um exame, a biópsia e detectaram uma inflamação no intestino e a colonoscopia... passei a tomar Mesalazina* (DC: anti-inflamatório para tratamento de doenças inflamatórias intestinais), *prednisona* (DC: corticosteroide) *e um antibiótico para tentar fechar a fístula... eu viajei pra Minas, cheguei lá e comi umas comidas pesadas. Aí... atacou, liguei para o médico cortou a Mesalazina e receitou o Azatioprina* (DC: imunossupressor em combinação com corticosteroide para potencializar a ação anti-inflamatória), *só que não deu nem uma semana e não aguentei... vim embora e internei em Altinópolis, depois de uns dias me transferiram para o hospital* (DC: hospital universitário). *Fiz o exame e o médico detectou que eu estava com um abscesso* (DC: complicação grave frequente quando não há resposta ao tratamento clínico e requer tratamento cirúrgico), *com bastante pus, foi aí quando ele me operou*..." E1(Homem, 36 anos, vendedor autônomo, Doença de Crohn).

> "[...] *começou, há muito tempo, com uma depressão e anemia... diminuiu as minhas forças e a vontade de comer... e eu desanimei, sabe? Eu fui me isolando, não quis mais sair de casa, nada mais... fui tratando... passou um tempo e eu não fui mais para o médico, achei que estava melhor e me descuidei muito!!!! Quando eu voltei, eu estava com anemia*

muito forte, tive que tomar aquela injeção na veia, uma por semana. E começou esse sangramento pelas fezes...] E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal)**.**

"Eu fiquei tratando, basicamente três anos no convênio, fiz todos os exames, passei pela equipe cirúrgica para avaliação... e nada... mandava para casa e as dores eram sempre no mesmo local. Em 20/03/2016, fui trabalhar e na hora de fechar o meu comércio, senti dores muito forte, fiquei basicamente cinco, seis dias, que ia e voltava no convênio. Ia também na Unidade Básica de Saúde (DC: não havia hospital na cidade da participante)*, depois de quatro dias indo todos os dias, dois médicos que eram conhecidos da família, me deram muita atenção e viram que eu não tinha percebido sintomas do intestino... algumas vezes me questionava... comia e ia muito ao banheiro, outras vezes a barriga inflava... hoje a barriga está maior, mas nunca achei que pudesse ser do intestino!!!! As dores foram aumentando, fiquei os quatro dias indo lá, chorando e reclamando, até que o médico me disse que eu faria ultrassom pois não havia uma explicação clínica sobre estas dores que eu sentia... o responsável que estava fazendo o ultrassom perguntou se ele podia transvaginal, pois achou que tinha algo e aí... na realidade, a minha apendicite tinha estourado e o meu intestino e o meu ovário estavam segurando* (DC: bloqueando) *tudo!!!! Eles não tinham nem estimativa do tempo que isso tinha acontecido, mas provavelmente havia uns 10 dias!!! E o ovário e o intestino ficaram presos no meio* (DC: como o médico, da clínica especializada em exames, avaliou a gravidade, fez imobilização da região abdominal com gesso para que a paciente pudesse voltar para a cidade dela)*. Voltei deste jeito para a minha cidade e fui direto para o Pronto Atendimento e o médico me perguntou se eu queria ir para o convênio ou para o hospital público, disse que era para eu pensar, enquanto ia tomas algumas providências do meu caso... fiz uma oração, pedi pra Deus me abençoar, o que fosse melhor para mim, porque eu acredito que ciência não trabalha sem Ele, né? O mundo foi criado e gente tem as mãos... Dele, que são os profissionais da saúde. Como o médico havia conseguido uma vaga no hospital público em outra*

cidade, fui encaminhada e fizeram a cirurgia do apêndice, quando recebi alta, voltei para minha casa." E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal)

"*O médico do hospital privado, ele já quando eu passei nele, ele já pediu uma colonoscopia com urgência. A médica da colonoscopia já pediu uma biópsia também com urgência. E foi aonde já saiu o resultado da biópsia assim tudo muito rápido. E aí o médico lá queria fazer a cirurgia, teria que pagar também, porque por causa da pandemia eles estão fazendo somente cirurgia de urgência, no meu caso eles não acharia que talvez que era urgência. Então eu não conseguiria fazer essa cirurgia tão rápido*." E9 (Mulher, 53 anos, manicure, Neoplasia colorretal)

O adoecimento trouxe à tona a importância das crenças e o uso de estratégias estes participantes do estudo, manterem a esperança de resolução do problema de saúde:

"*Eu falava para os meus filhos: Se um dia eu ficar doente, grave... não me leva para fora, por favor...* (DC: não queria ser internada em um hospital em outra cidade) *porque a gente conhece muitos casos que foram para outra cidade e não voltaram* (DC: morreram)*, né? Então era isso na cabeça... Então eu falava: me deixa morrer aqui, não me leva para fora. Só que quando foi para vir para cá, eu nem pensei e vim. Nessa hora, eu tive uma força, sabe? Peço muito à Nossa Senhora... que é a nossa padroeira... Sagrado Coração de Jesus... porque sou postulada da oração... acho que é isso que me dá força!!! Então eu espero... eu vim na esperança de encontrar alguém que me ajude, que meu irmão operou de câncer no rosto aqui no hospital, faz três anos. Ele me ligou e falou: vai, lá eu fui muito bem tratado, atendido em tudo."* E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal)

Um participante sintetizou a importância do seu atendimento no hospital terciário:

"*Tive calma depois eu vim para cá, foi muito rápido!!! Fiz a quimioterapia com comprimido, fiz a radioterapia, que também foi muito rápido!!! Até fevereiro, mais ou menos, dia 21 de fevereiro, já tinha acabado a radioterapia e aí, comecei a fazer os exames que precisava, de ressonância... até chegar à cirurgia.*" E8(Homem, 55 anos, pedreiro, afastado para tratamento de saúde, neoplasia colorretal)

Houve relato de falta de informações sobre o seu problema de saúde: "*[...] lá* (DC: no seguimento na cidade do paciente) *não explicaram nada não, que é uma cidade pequena, sabe né. Depois que eu vim para cá mesmo que eu fui ficar sabendo. Ah... eles falam umas palavras difícil né... eu não sei como é que eles falam..., mas, não falaram nada para mim, eu fui tratar de... cólica de rim e aí... foi que eu vim para cá para poder operar."* E6(mulher, 70 anos, do lar, Neoplasia colorretal).

Houve relato de uma participante sobre a situação de revelação inesperada do diagnóstico oncológico, no seguimento ambulatorial:

"Faltava alguns dias para o retorno pós-cirúrgico aqui no hospital e recebi uma ligação adiantando o retorno... para mim, até aí foi normal. Quando eu entrei na sala de consulta do ambulatório, o médico perguntou se eu estava sozinha, não achei que teria a necessidade de um acompanhante, mas ele perguntou se eu queria ligar para minha família e eu disse que não tinha necessidade. Então, o médico disse que chamaria um psicólogo para acompanhar nossa conversa e se queria um calmante... eu disse a ele que ele havia começado pelo lado errado, pois agora ele estava me assustando com todas aquelas colocações e aí perguntei... o que está acontecendo? Ele disse: a senhora quer então ouvir o diagnóstico e eu: quero! Ele: a senhora está com uma ... né... a senhora... na realidade não foi o apêndice que estourou, a senhora está com uma neoplasia de apêndice. Aí, eu fiquei olhando!!! O médico continuou: a partir de agora, a gente tem que correr porque a gente não sabe a extensão do problema. Acho que ele pensou que eu não ia entender, então questionei: Neoplasia de apêndice, estou com câncer!!! O médico me perguntou se eu era da área da saúde, disse que não, mas havia morado no exterior, fazia

tradução e eu acompanhei algumas pessoas no hospital. Aí ele confirmou e disse que eu teria que fazer uma nova cirurgia para retirar uma parte do intestino, ver a extensão para fazer ver um tratamento ou não... Saí dali transtornada porque quando você ouve a palavra câncer... morrer está associado, eu não sei até hoje como eu cheguei em casa... não me lembro. Quando cheguei em casa, minha mãe estava conversando com a minha irmã e eu já contei tudo, porque não gosto de mentiras e esse negócio de deixar para depois... depois fica todo mundo apavorado e disse para elas, que dependendo da extensão, que eu não ia fazer tratamento. Mas a equipe médica adiantou todos os exames na mesma semana. Fiz duas cirurgias por vídeo (DC: cirurgia videolaparoscópica)*, retiraram parte do intestino grosso e uma parte do intestino delgado, disseram que eu não tinha mais focos da doença, mas três meses depois... percebi os sintomas novamente, perda de peso espontâneo... abusiva, perda de paladar e canseira excessiva, principalmente do meio da coxa até a panturrilha, ia muito ao banheiro, muita cólica."* E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal).

As experiências compartilhadas sobre a assistência à saúde no sistema público, revelaram os sentimentos de sofrimento, falta de acesso ao exame especializado, principalmente colonoscopia, dentre outros, fundamentais para o estadiamento tumoral e planejamento do tratamento cirúrgico:

"*[...] eu fui ao hospital* (DC: hospital conveniado do SUS), *eles me passavam um remédio e me mandava para casa e chegou a negar meu atendimento, depois que eu já tinha feito um procedimento lá e não resolveu... voltei pela segunda vez, eu fiquei duas horas esperando, até que explicaram que eu tinha que passar primeiro pela UPA* (DC: Unidade de Pronto Atendimento)*. Fui na UPA, mais 4 horas de espera, para depois voltar pra ... ser encaminhado e voltar para o mesmo hospital, que havia feito o procedimento!!! Lá trocaram meu remédio umas três vezes, isso foi em abril do ano passado, mas continuava com problema, pois estava sangrando muito!!! Mas, eles falaram que sangramento era normal, era hemorroida... Eu bati foto do sangramento e mostrei para o médico, né?*

Ai. me deram remédio para hemorragia, e*u guardo essas fotos até hoje..."* E5(Homem, 39 anos, metalúrgico, afastado para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Os participantes mostraram a confiança depositada à instituição hospitalar terciária/quaternária na resolução do seu problema de saúde, entendida como de maior gravidade:

"[...] eu já tratava aqui no hospital, eu já tinha tirado o útero, ela pediu (DC: a médica) *o cartão e conseguir uma vaga no atendimento de urgência do hospital. Chegando lá já fizeram a tomografia com contraste, marcou o retorno para o dia 25 no ambulatório e dia 26 agora, ele falou que estava com câncer, e já me encaminhou para cirurgia. Então eu vim ontem e fiz a cirurgia. Foi ótimo!!!!"* E10(Mulher, 45 anos, afastada para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Além disso, a credibilidade do sistema de saúde púbico foi vinculada à possibilidade da realização de colonoscopia em instituição hospitalar secundária, também relatada por um dos participantes:

"*Eu procurei um posto de saúde no meu bairro, demorou uns 15 dias, consegui marcar. A dor, só tirava com a antinflamatório... Tomei muito, tomei um ano de abril a janeiro, todo dia, se não, eu não aguentava trabalhar. O médico deste posto me encaminhou para o hospital estadual. No estadual, o médico se sentou olhou para mim, escutou a minha história, prestou atenção em tudo que eu falei... Fez o exame de toque retal e falou que queria fazer uma colonoscopia porque achava que tinha alguma coisa, que estava desconfiado e precisava ver. Estava doendo muito, muito mesmo, aí, me assustei né!!! Apesar de não estar preparado, assinei o termo para o exame e fui fazer. Doeu... lógico, suei frio!!! Foi feito uma biópsia desse exame, ele me deu um tempo para recuperar saiu bastante sangue... O médico sentou comigo e começou a conversar comigo... eu já... tinha sacado o que era... né. Ele disse que eu estava com tumor, que com a biópsia, saberia se era maligno ou benigno, mas*

ele achava que pelo aspecto era maligno. Então me encaminhou para o hospital (DC: terciário)*. Assim, realmente começou o meu tratamento neste hospital...* E5(Homem, 39 anos, metalúrgico, afastado para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Houve valorização da agilidade e integração dos hospitais dos níveis secundário e terciário no atendimento do participante em relação à realização dos exames especializados e do tratamento oncológico:

"*O hospital* (DC: hospital terciário) *correu comigo, logo na semana seguinte depois de ter feito colonoscopia no outro hospital* (DC: hospital estadual), *já marcaram exames ressonância, tomografia e exames de sangue e já traçaram um tratamento, aqui foi rápido!!! Aí já comecei com a radioterapia e com a quimioterapia, fiz as duas juntas* (DC: a combinação destas duas terapêuticas neoadjuvantes indica a gravidade da evolução tumoral)*. Comecei em março e com os seis comprimidos por dia, passei muito mal..."* E5(Homem, 39 anos, metalúrgico, afastado para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Um participante relatou o seu alívio por não ter necessitado realizar tratamento adjuvante, indicando o conhecimento deste sobre a gravidade envolvida no seu problema de saúde, que se tratava de doença oncológica:

"[...] consegui o tratamento para o câncer aqui no hospital (DC: terciário) *desde 2014 até agora 2020, com o encaminhamento lá da minha cidade, onde tinha jeito ressonância, passei por duas cirurgias, agora voltei para retirar a bolsa* (DC: paciente estava internado para realizar a cirurgia de Reconstrução de Trânsito Intestinal com grande expectativa para o fechamento da colostomia)*, mas não precisei fazer quimioterapia nem radioterapia... nada disso! Médicos excelentes!!!" Reconstruir... agora estou no hospital para reconstruir*!!!" E2(Homem, 65 Anos, aposentado, Neoplasia colorretal)

Diário de campo: paciente relatou a importância do seguimento que realizava na Atenção Primária na sua cidade, assim como do serviço social de seu município para realizar o tratamento oncológico no hospital terciário.

A estomização intestinal surgiu concretamente na vida dos participantes como uma consequência do tratamento cirúrgico, mas a expectativa era de que constituísse uma condição temporária:

> *"Eu já sabia que ia ter que usar a bolsinha, só que até então era provisório que ia ser por um tempo, mas depois da segunda cirurgia, o médico falou que talvez tenha que ficar em definitivo..., mas estou torcendo para que não precise. Vou fazer novos exames e ver se der tudo certo.... torcer para que eu possa tirar pelo menos né ... você volta a sua vida normal. Apesar que mesmo com a bolsinha, depois que eu aprendi a manusear, para mim tornou-se uma coisa normal. Uma coisa normal, que eu vou ter que aceitar isso. Para mim está indo tudo super bem. A limpeza sou eu mesmo que faço, por enquanto para trocar* (DC: troca do equipamento coletor) *é esse meu amigo que veio ontem, ele que faz a troca, porque estava muito dolorido, mas ele falou que assim que eu estiver melhor, ele vai me ensinar a trocar. Na hora que eu precisar dele, ele estará lá para me ajudar, mas uma hora que ele não tiver, eu vou conseguir fazer sozinho. Graças a Deus, eu tenho bastante suporte com meus amigos!!!"* E8(Homem, 55 anos, pedreiro, afastado para tratamento de saúde, neoplasia colorretal)

Diário de Campo: a Reconstrução de Trânsito Intestinal é indicada quando a doença está sob controle, o que pode justificar a grande expectativa do participante, assim como a retomada da normalidade da sua vida, anterior ao adoecimento.

Contudo, nos relatos dos participantes a compreensão destas sobre a gravidade do seu adoecimento pode ser compreendida:

> *"O médico veio conversar, fez toque retal e falou que eu tinha que internar para fazer a cirurgia, mas não falou muita coisa, disse que tinha que ser*

rápido. Eu perguntei a ele, se estava muito avançado, ele deu a entender que sim... Eu fico meio sentida com o atendimento da lá". E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal).

DC: a participante se refere ao atendimento do ambulatório especializado de sua cidade, onde instituíram o tratamento para hemorroida e esta acredita que causou a evolução do câncer.

"Olha... esse... todo esse processo ele vem desde o dia..., sei lá 20 de janeiro..., então foi janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho sofrendo com essas dores. Só que elas (DC: dores) *vêm num processo de uma escada, cada dia ela sobe um degrau, cada dia ela dói mais*." E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal).

"Primeiro paguei uma consulta, aí o médico falou que eu teria que fazer uma cirurgia urgente. Mas como eu não tinha condições de pagar uma cirurgia particular, consegui um encaminhamento para o hospital (DC: hospital terciário)" E9(Mulher, 53 anos, manicure, Neoplasia colorretal).

"Em novembro de 2016 foi feito a cirurgia de Laparotomia exploratória porque os exames de sangue começaram a subir muito, o índice de CEA (DC: trata-se da dosagem do antígeno carcinoembrionário, que constitui marcador tumoral para CCR, assim como para outros cânceres do trato digestório). *Como eles não conseguiram descobrir onde era, pediram para fazer o exame de PetScan* (DC: chamada de tomografia computadorizada por emissão de pósitrons, é um exame de imagem para diagnosticar precocemente o desenvolvimento do tumor e se há metástase). *Foi detectado que estava na parte abdominal, porém não era conclusivo e por isso fizeram a Laparotomia exploratória, e nessa cirurgia eles descobriram que tinha vários... vários pontos, um localizado no peritônio que foi diagnosticado como Neo, carcinoma peritoneal. E a partir daí foi uma cirurgia muito complicada... os pontos abriram* (DC: deiscência cirúrgica), *foi uma cirurgia muito dolorosa também. Porém, a gente conseguiu se restabelecer e no final de janeiro para começo de fevereiro, em 2017, eu voltei e eles*

fizeram indicação de quimioterapia." E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal).

Esta participante evidenciou o conhecimento sobre a gravidade do seu quadro clínico e sobre a sua finitude:

"Tomava quatro comprimidos (DC: medicamento antineoplásico) *de manhã e de tarde, vomitava demais, febre, não conseguia comer, uma diarreia muito severa. E aí a minha família resolveu me trazer para o hospital* (DC: terciário) *porque na UBS da minha cidade, mas não adiantou. Fiquei hospitalizada e já estava assim ... um quadro muito difícil de reverter. Porque eu já tinha perdido tudo que era de bom, né? Eu fiquei alguns dias internada. E eles disseram que era para eu voltar para casa porque as minhas possibilidades eram muito pequenas, né... porque eu já estava assim vomitando preto, com muito mal cheiro, muito inchada, meu organismo não estava aceitando mais os medicamentos, eu não estava mais reagindo. A gente voltou para casa a gente se apegou muito a Deus, muito a comida muito forte, aos chás e tudo o que indicava para mim se fizesse bem..., mal não iria fazer, não podia piorar do que estava. Mas, aí as coisas melhoraram um pouco, minha família me trouxe de volta para o hospital, fiquei mais uns 15 dias internada e eu dei uma boa recuperada!!! E aí me deram um tempo de descanso, e a gente voltou a fazer a quimioterapia, toda semana. Que era... eu não vou saber seus nomes são certos agora... uma era Oxaliplatina, como eles falam, é aquela gelada!!!!* (DC: evento adverso mais relevante é a neurotoxicidade sensorial, manifestado por tremores relacionados ao frio, neuropatia transitória por cerca sete dias após a administração) *e a outra era a 5-Fluorouracil* (DC: eventos adversos como alopecia, náusea, êmese, anorexia, diarreia, dentre outros)" E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal).

No hospital terciário, a condição de saúde destes participantes apresentava maior complexidade, o que foi necessário a conjunção de esforços de várias especialidades para realizar o atendimento:

“[...] eles fizeram uma junção de médicos, psicólogos, psiquiatras, balcão da dor, é... nefrologia e proctologia e a oncologia para que eu pudesse tomar um coquetel de medicamentos para que eu não sentisse dor, porque as dores estavam muito fortes. A médica me explicou que a proctologia vê os meus tumores..., que são carcinomas, que vão apertando todos os outros órgãos. Então no meu caso eles estão tentando fazer uma junta de especialidades, né... O paliativo também foi chamado, porque tem alguns medicamentos que eu não posso tomar, tem que fazer uma junção destas para que eu possa ter uma qualidade de vida um pouco melhor.” E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal).

Na peregrinação dos participantes nos serviços, foram evidenciados diferentes aspectos sobre os tratamentos na APS, assim como os desafios enfrentados por estes:

“Então, a gente não tem filha mulher e se torna mais difícil. Ficava com vergonha de falar para o filho. Até que eu contei para ele e para minha nora. E fui tomar as providências. Ah... eles ficaram assustados... porque era uma coisa que parece que é anormal, né... Era muito ruim mesmo, foi difícil contar para eles (DC: contar sobre o diagnóstico de CCR).” E6(mulher, 70 anos, do lar, Neoplasia colorretal).

“No SUS, mandaram procurar um especialista de intestino, tive que pagar o serviço privado porque na minha cidade não tem especialista que atende no SUS. Eles poderiam me encaminhar para a outra cidade mais próxima, mas por causa da pandemia, estava demorando muito o atendimento. Aí, como eu estava com dor e bastante sangramento, o médico do SUS, pediu para que eu procurasse um especialista e eu tive que pagar”. E9(Mulher, 53 anos, manicure, Neoplasia colorretal).

Esta peregrinação no sistema de saúde foi abreviada pela ajuda de pessoas do círculo social da pessoa adoecida:

“Eu fiquei segurando a dor em casa, tomando dipirona, comia pouco, comecei a perder peso e foi quando minha patroa veio, viu que eu estava passando muito mal e pagou os exames para mim. Mas assim, eu fui ao pronto socorro mesmo... foi agora assim, nos últimos que até descobrir que eu estava sentindo muita dor, até então passar para atual medicação”. E10(Mulher, 45 anos, afastada para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal).

Os participantes enfatizaram os sentimentos e aspectos fundamentais sobre o seu mapa de cuidado. Houve reconhecimento sobre a sua corresponsabilidade no agravamento do seu problema e seguimento com indicação para a resolução do problema:

“Na verdade, o desinteresse foi meu, quando eu tinha as dores, eu tomava o remédio, melhorava e então achava que era normal... Eu mesmo nunca cheguei a procurar para ver o que era, para me aprofundar... Desta vez agora, eu já tomei a decisão que eu vou fazer acompanhamento, tudo certinho!!! Porque eu vi que agravou muito o caso, tive até que fazer uma cirurgia... Eu nunca cheguei a ir em consulta no postinho... quando eu ia, ia sempre no pronto socorro. Depois me davam medicamento e me liberavam... Eu não cheguei a procurar...” E1(Homem, 36 anos, vendedor autônomo, Doença de Crohn).

“Eu tenho, eu não sei se é grande arrependimento, de não ter me cuidado antes... Eu me isolei, não falava nada para ninguém. Eu fui como no médico, mas aí, veio a pandemia, eu fiquei dois meses sem tratamento. Foi aí que eu caí mesmo, que eu piorei!!! Eu estava pensando ainda agora, se eu tivesse cuidado quando eu vi o sangramento, eu talvez estivesse curada!!! Eu acho... não sei..., mas, a culpada sou eu mesmo.” E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal).

“Eu não sabia o que estava acontecendo... o que podia ser... Então ficava assim apreensiva, pensando: será que podia ser alguma coisa de ruim? Então, passava tudo isso na minha cabeça. Aí eu pensava: perdi o meu

marido pouco tempo, agora... eu também...” E14(Mulher, 64 anos, aposentada, Neoplasia Colorretal)

Diário de Campo: A entrevistada não tinha a compreensão da necessidade de utilizar o SUS e que a Unidade Básica de Saúde, próxima de sua casa era um serviço de saúde preventivo. Referiu que mesmo, apresentado sintomas intestinais, demorou a buscar o atendimento e quando buscou atendimento foi atendida por diversas vezes, até que fossem solicitados exames. Isso postergou o seu encaminhamento para um serviço com maior nível complexidade para dar continuidade a sua investigação diagnóstica.

Em geral, a família ficava apreensiva por informações, pois sentia-se perdida neste processo de adoecimento:

“A minha família ficava preocupada porque não tenho formação na área da Saúde. Mas, eles querem saber por que do dreno? O que aconteceu? Eu não sei responder para eles porque também eu não entendo disso né..., mas, tem o telefone da minha amiga, que é enfermeira já há 40 anos, ela entende tudo!!! Ela pediu até que passasse o telefone dela para que as informações fossem fornecidas para ela, pois assim ela consegue passar para minhas irmãs”. E8(Homem, 55 anos, pedreiro, afastado para tratamento de saúde, neoplasia colorretal)

Além disso, a família tornou-se uma fonte de apoio fundamental na busca pela assistência à saúde devido ao comprometimento clínico da pessoa adoecida, acompanhando a realização de exames e do tratamento:

“Ele (DC: filho da participante) *me levou no médico e nos laboratórios para fazer todos os exames. Ele teve que me levar pelo braço, que eu não aguentando por conta da fraqueza... e ia parando porque eu estava muito cansada!!! Agora eu tomei duas bolsas de sangue, tomei...”* E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal)

Os participantes foram apontando vários gargalos no sistema público de saúde como a falta de confiança na APS pela falta de recursos para a resolução de seu problema de saúde:

> *"Sou de Minas Gerais e lá não tem recurso, dei um jeito para eu mudar de cidade (DC: morava em uma cidade do interior paulista) porque aqui tinha mais recursos ...Tanto que fui passar uns tempos lá com a minha mãe em Minas..., mas lá a crise* (CD: agudização da Doença de Crohn) *que veio muito forte... vim embora para me tratar, se não..."* E1(Homem, 36 anos, vendedor autônomo, Doença de Crohn)

Na peregrinação pelos serviços de saúde pública, a demora foi pontuada:

> *"Demora um pouco de um exame para outro, nessa caminhada toda foi mais de ano só de exames. Infelizmente tudo é mais demorado, se for um exame especializado, já sabe que vai demorar!!!"* E4(Homem, 78 anos, aposentado, Neoplasia Colorretal)

Diário de campo E4: Paciente refere que tinha seguimento em uma unidade de saúde da APS, refere que não ter sido submetido a exames para investigar problemas intestinais, mesmo porque estas queixas nem chegaram a ser levadas ao médico clínico na UBS. O paciente foi atendido em um serviço especializado secundário porque apresentou um episódio de hemorragia intestinal súbita, em grande quantidade enquanto acompanhava sua esposa, em uma consulta no hospital secundário. Portanto, o atendimento especializado ocorreu por acaso, mas referiu que iniciou sintomas intestinais havia 60 dias.

Além disso, segundo os participantes as unidades de pronto atendimento tinham realizado uma resolução paliativa do problema de saúde:

> *"Quando vinham as crises por conta do Crohn, era coisa de um dia para o outro... ia no hospital, tomava medicamentos, passava a dor e eu ia embora... Eu também não procurava os serviços para saber a fundo do*

meu problema ou para resolver...” E1(Homem, 36 anos, vendedor autônomo, Doença de Crohn)

“Quando eu comecei com as dores, logo procurei um médico, em uma UPA e o primeiro diagnóstico foi de hemorroida, simples, né. Passaram um anti-inflamatório e fui embora, de início resolvia as dores, mas quando eu acabava o efeito, as dores voltavam, eu voltava no posto, e eles trocavam o anti-inflamatório, davam outro. O diagnóstico era hemorroida, voltava para casa e enquanto estava tomando o medicamento, beleza... eu não tinha dor, melhorava!!! Aí, começou sangramento pequeno, nas fezes e voltei na UPA, continuaram diagnosticando hemorroida e só trocavam remédio. Até que eles me encaminharam para um hospital (DC: hospital conveniado do SUS) *porque insisti mostrando fotografia do sangramento que eu tinha. Lá fizeram igual fizeram no posto, é hemorroida, toma esse remédio e volta para casa. Voltei para casa e continuei com sangramento, que foi aumentando e chegou em um ponto que o antinflamatório já não tirava mais a dor. Eu tinha tomado outros remédios, tomava muita dipirona, para poder diminuir a dor e o sangramento cada vez maior!!! Meu intestino funcionava 10, 12 vezes por dia, sempre com sangue”.* E5(Homem, 39 anos, metalúrgico, afastado para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Uma participante verbalizou falta de atenção dos profissionais de saúde no sistema de saúde público:

“[...] não tem coisa mais triste que você procurar um médico e ele não te dar atenção. Você volta para casa, do mesmo jeito... Sabe que eu não tinha força, se não fosse meu filho acho que eu já nem estaria andando mais...” E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal) um participante referiu por ter o diagnóstico de Doença de Crohn, uma doença inflamatória intestinal, o médico lhe indicou as possibilidades e de que teria seguimento especializado, a partir daquela consulta:

“O médico me disse que estivesse muito inflamado o meu intestino, ele não conseguiria emendar o intestino... e que havia a possibilidade de eu ter que usar a “bolsinha” por um tempo... (DC: quando uma porção da alça

comprometida não apresenta mais resposta clínica, o tratamento é realizado a ressecção desta parte, mas, por vezes, é necessário fazer a confecção de um estoma temporário). *Para mim seria normal, eu melhorando é o que importava... Ainda falaram que iriam acompanhar o meu caso, com seguimento com mais frequência, fazer mais exames..."* E1(Homem, 36 anos, vendedor autônomo, Doença de Crohn)

A satisfação com a assistência na APS foi atribuída à possibilidade e manutenção do transporte para realizar o tratamento do CCR no hospital terciário, assim como o fornecimento de medicamentos, que foram receitados:

"Tive um bom andamento muito com o meu caso...toda a assistência social que me deram para fazer esse tratamento... vinha de transporte direto... tratamento muito especial ... sempre a assistência foi muito boa, pegava remédio, fazia consulta de rotina, faziam as receitas dos remédios no hospital (DC: hospital terciário) e pegava no posto de saúde..." E2(Homem, 65 Anos, aposentado, Neoplasia colorretal)

Diário de campo do E2: O entrevistado relatou ter sido muito bem atendido nos serviços de saúde do SUS na APS, no entanto nunca realizou seguimento neste contexto. O fato da APS foi vinculado à assistência social por ter proporcionado o transporte durante o seguimento deste no serviço especializado em outra cidade. Contudo, este não compreendia e nem relatava seguimento de rotina no contexto da APS no SUS. Paciente apresentou várias recidivas e tinha doença metastática, mas durante a entrevista não abordou sobre isso.

Evidenciou-se as repercussões do adoecimento por CCR e dos tratamentos, enfatizando-se a importância do apoio da família:

"Não conseguia comer, fiquei muito tempo sem comer arroz, feijão e carne. Estava comendo peixe, meu filho ia no supermercado que tem do dia (DC: peixe fresco), *ele trazia para mim e eu comia. Eu fazia a minha sopa, só de macarrão, água e sal que eu conseguia comer.* Eles traziam fruta, era um pedacinho que conseguia comer, salada eu comia muito pouco. Fui emagrecendo, olha como eu estou... emagreci demais..." E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal)

“[...]Vômito, vomitei bastante, no meio do tratamento para frente sem parar (DC: quimioterapia antineoplásica). A radioterapia queimou meu bumbum, fiquei cheio de feridas, ardia e coçava muito, dava desespero!!! Demorei para melhorar, uns 15 dias depois que terminou a radioterapia, judiou bastante... E foi de graça, porque o tumor não diminuiu, pelo contrário, dava impressão até que ele cresceu mais um pouco, nem estabilizou... A cirurgia era só para o final de julho, mas com a colonoscopia da semana passada, os médicos decidiram que vou ter que operar agora. Tenho que tirar o reto, vou fazer a amputação de reto (DC: com a cirurgia de amputação abdominoperineal de reto faz-se a ressecção desde o sigmoide, reto até o ânus). *Isso me abalou, bastante!!!! Me deixou ansioso, porque tem os efeitos colaterais, né... Impotência sexual, incontinência urinária, vai doer bastante depois da cirurgia... Já estou meio escaldado de dor. Mas, estou há um ano e meio sentindo dor, mas esta notícia abalou sim. Como vai ser a vida depois, eu tenho companheira e é nova de idade, sei lá, minha cabeça está rodando em cima disso aí... A gente ia casar este ano, já não nos casamos por conta da doença, a gente pisou no breque. E agora tem que amputar o reto. Está nas mãos de Deus, tem que ver o que vai acontecer depois...”* E5(Homem, 39 anos, metalúrgico, afastado para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Houve indicação de sentimento de vergonha por ter adoecido:

“Foi uma coisa (DC: adoecimento oncológico) *que me chateou muito, me envergonhou muito!!! Me deixou preocupada por causa da fístula né..., mas, tem que fazer o tratamento, por isso eu vim para fazer cirurgia. Agora uso duas bolsinhas, dos dois lados”* (DC: paciente muito debilitada tendo sido submetida a cirurgia de exanteração pélvica há poucos dias e possuía uma colostomia e uma bolsa para a fístula entérica). E6(mulher, 70 anos, do lar, Neoplasia colorretal)

Um participante expressou o próprio sofrimento em relação ao adoecimento, ponderando sobre a dualidade da aceitação da doença, suas preocupações, além de sua capacidade de enfretamento e sua confiança que tudo dará certo:

“Eu acho assim... a gente fica um pouco, como que se diz... não aceita muito o que aconteceu, mas ao mesmo tempo, pensei que eu teria que aceitar, porque tem gente pior do que a gente né... que passa por problemas muito maiores que o da gente. Para mim foi tudo super bem, super tranquilo. Sempre que dá aquela preocupação na cabeça, por que isso né? Claro que eu não queria para mim, mas preferia que fosse para mim do que para o meu irmão que tenho em casa... que é o que mora comigo... imagina se fosse ele, tem vergonha de tudo, se precisasse ficar sem roupa perto dos outros, ele teria muita dificuldade... Estou conseguindo levar de boa. Com uma tranquilidade enorme, pois no fim, tudo vai dar certo!!!” E8(Homem, 55 anos, pedreiro, afastado para tratamento de saúde, neoplasia colorretal)

Uma participante possuía conhecimento sobre a sua gravidade clínica e compartilhou a sua experiência, abordando sobre a finitude, fazendo um balanço de sua vida:

“[...] fazia 28 dias que havia aberto uma empresa de franquia e descobri que eu estava doente, aí mistura de tudo, né. Uma mistura de emocional, físico, financeiro... como que se diz... relacionamento, família, é uma junção, você não consegue colocar numa mesa e encaixar as pecinhas do quebra-cabeça que forma a sua vida. Foi muito difícil, eu aceitar que eu realmente estava doente, o diagnóstico, ou melhor... as três cirurgias foram... uma em março, a outra em abril, e a outra em novembro. Aceitar que tudo isso já era paliativo, que não tinha cura... Para a maioria das pessoas, você tem câncer, mas dá para fazer um tratamento e pensar em vencer, mas no meu caso, eu nunca ouvi esta possibilidade!!! Então, tive que aprender a viver e a aproveitar os meus dias!!! Eu vivo um dia de cada vez, tenho uma família maravilhosa, que eu amo mais do que tudo!!! Uma amiga, que é meu suporte... tenho muita fé, apesar de saber que não tem cura, eu tenho muita fé!!!! Não tenho medo de ir embora, isso faz parte da projeção mesmo a doença. Sou muito ciente em relação isso, o que eu não gosto é mentir para família sobre o diagnóstico, eu não aceito. Enquanto eu estiver lúcida, o diagnóstico é meu, o corpo é meu!!! E nessa

trajetória, a gente aprende, muita coisa... que a vida não é só dinheiro, a vida não é só o melhor sapato, a melhor roupa, que era o que eu gostava, a melhor joia... que era o que eu amava... eu aprendi que se você se deita hoje sem dizer eu te amo para quem te importa, amanhã pode ser tarde demais. E.... a gente não leve nada, nada... nem a roupa que você vai vestir quando você falecer, não foi vai ser o que você escolheu. Então a gente não leva nada, né? Que eu aprendi, é que eu era uma pessoa extremamente materialista, uma pessoa extremamente arrogante..., mas sempre tive um coração muito bom, eu sempre gostei de ajudar as pessoas, sempre gostei de fazer trabalhos para poder fazer isso... E assim, eu aprendi a ser uma pessoa melhor, a doença ela vai me levar embora, vai... só que ela vai levar uma pessoa muito diferente do que eu era. E eu sou muito feliz por isso!!! Não sou frustrada, eu estou muito feliz por eu ter conseguido descobrir isso. Por eu poder viver isso. Por eu poder compartilhar o amor que minha família, para compartilhar o amor com meus amigos. E chegar mais perto de Deus, nessa trajetória física, vamos dizer assim..." E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal)

O adoecimento por CCR foi permeado de muito sofrimento e a participante referiu ter apresentado pensamentos e sentimentos contraditórios, com postura de resiliência e resignação:

"Esses últimos dias eu ando passando muito mal... a única coisa que eu sei fazer é pedir pra Deus me levar embora, mas não sei que ainda não é a minha hora, e aí os pensamentos começam a voar... os pensamentos começam a subir para outras formas porque a gente não aguenta mais!!! Mas eu entendo que ainda não é a minha hora, não entendo o que Deus ainda quer de mim... e apesar de tudo isso e de todo esse sofrimento, eu ainda sou uma pessoa que estou feliz!!! Se eu for embora hoje, eu sou uma pessoa feliz, porque Deus me deu o que tem de melhor nessa Terra, que é o amor das pessoas que estão comigo!!!" E7(Mulher, 44 anos, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal)

Diário de Campo: Participante chorou muito durante a entrevista, estava em Cuidados Paliativos recebendo analgesia por via oral e transcutânea. Evoluiu para óbito poucos dias após esta entrevista.

O mapa de cuidado construído pelos participantes deste estudo, revelou sentimentos de arrependimento:

> *"Um dos piores sentimentos é o arrependimento, de não ter procurado assistência logo nos primeiros sintomas... enquanto ainda é tempo, porque tem mais chance de cura, de sobreviver. Então... eu tenho esse arrependimento. Eu sei fui uma pessoa, que sempre cuidou de todo mundo, minhas irmãs, sobrinho, todo mundo que precisava, eu estava lá. Como eu não falei da doença para ninguém, a minha família não teve culpa, de eu me sentir abandonada!!! Eu falava só Deus para me ajudar. Eu fiquei assim, isolada no meu quarto. A minha vida era da cama para o banheiro, do banheiro num banco de cimento que eu tenho lá fora para tomar sol, ficava lá. Fazia o almoço, almoço fazia direito para o meu filho, mas eu não comia a minha comida".* E3(Mulher, 68 anos, do lar, beneficiária BPC, Neoplasia Colorretal)

Por outro lado, a insatisfação com a assistência ofertada no SUS foi manifestada:

> *"Senti frustrada porque a gente paga os impostos e aí... você vai lá, eles mal te põem a mão!!! Passaram medicação e me mandaram embora. O remédio era para verme e falaram que as cólicas eram do remédio, parei de tomar o remédio e as cólicas continuaram. Eu insisti, voltei no pronto socorro, só assim fizeram ultrassom e aí acharam que tinha até rompido alguma coisa e me encaminharam para atendimento de urgência. Chegando no hospital fizeram uma tomografia, não tinha rompido nada e marcaram a cirurgia para o dia 25. Entendeu, mas é frustrante. Você não tem uma resposta concreta, ficam passando remédio, falaram muitas coisas e não era nada disso... É difícil para a gente, depender do SUS!!!*"

E10(Mulher, 45 anos, afastada para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)

Sem dúvida, a pandemia da COVID-19 também refletiu no mapa de cuidado dos participantes deste estudo:

"No hospital, já fazia seguimento e iam investigar a minha anemia, pois estava perdendo muito sangue, eu não menstruo mais porque tinha retirado o útero. Daí tudo foi desmarcado por conta da epidemia. Tinham pedido colonoscopia em março, que foi desmarcado... ligaram desmarcando!!! Daí desse tempo para cá, ficou assim... depois que voltou o atendimento, fiz os exames, tudo rapidinho... Graças a Deus que descobriram e estou operada!!! Eu passei na quinta, me mandaram para o atendimento de urgência para fazer exame e marcaram a cirurgia. Então, para mim foi rápido, não posso reclamar!!! E10(Mulher, 45 anos, afastada para tratamento de saúde, Neoplasia colorretal)".

"A trajetória é difícil para a gente, tem que ser batalhado, tive que correr atrás. Você não pode desanimar, ficar parado esperando... eu corri atrás para fazer a colonoscopia... tive que ligar para o hospital indicado, procurar saber quando iam me chamar, porque estava parado há mais de um mês e assim, três semanas de dor na barriga... o pedido foi para o Pronto Socorro Central e dali foi encaminhado para um hospital... Eu fiquei com mil coisas na cabeça, pensando.... aí minha cunhada e meu irmão resolveram pagar, para mim foi um agilizou, já resolveu tudo!!! Depois que fiz a colonoscopia particular e levei o resultado, me internaram e fiz a cirurgia, aí foi rápido!!! E11(Homem, 53 anos, pedreiro autônomo, Neoplasia colorretal)

"Demorou... foi muito triste porque eu sofri muito, não conseguiam descobrir o que eu tinha... para o Pronto Socorro, eu não queria ir... Depois de muito tempo, no ambulatório de especialidades, o médico viu que eu tinha uma anemia muito forte, com muita fraqueza e pediu tomografia, explicou que eu estava com um tumor e o melhor era eu fazer o tratamento no hospital

(DC: hospital terciário) pra onde ele ia me encaminhar". E12(Mulher, 63 anos, doméstica, aposentada por invalidez, neoplasia colorretal)

O vínculo estabelecido com a equipe de saúde favoreceu o entendimento da paciente sobre a doença e o tratamento necessário:

"É um choque, porque você descobre que você está doente e de repente já tem que fazer uma cirurgia... eu tive que optar... fazia a cirurgia ou só iria ficar pior. Ah!!! você fica em choque!!! Os médicos de agora (DC: ela havia iniciado um seguimento em outra instituição e posteriormente foi encaminhada para o hospital terciário onde fez a cirurgia) *vieram conversar, explicaram e, então fui assimilando mais, entendendo o meu problema..."* E13(Mulher, 53 anos, aposentada, Neoplasia colorretal).

7.6. DISCUSSÃO - ETAPA QUALITATIVA

7.6.1. Mapa de Cuidado da pessoa com adoecimento por problema colorretal crônico no SUS

O Mapa de Cuidado no SUS construído pelos participantes com adoecimento por problema colorretal, sendo predominantemente o CCR, iniciou-se com o surgimento de queixas e sinais/sintomas gastrointestinais, envolvendo situações de maior gravidade clínica, com sofrimento físico e psicoemocional.

Constatou-se que as queixas foram diarreia, distensão e dor abdominal, fraqueza, emagrecimento e sangramento anal, que nem sempre foram devidamente valorizados, tanto pelos participantes como por profissionais da saúde. Estas queixas foram diagnosticadas como parasitose, hemorroidas e anemia, cujos tratamentos instituídos, em geral foram de cunho paliativo.

Estes resultados corroboraram outros estudos realizados no interior do estado de São Paulo, assim como no sul de Minas Gerais, cujos gargalos na implementação da assistência à saúde desta clientela tem persistido, extrapolando o Programa de Ostomizados, com indicação da necessidade de ampliação da perspectiva de análise, buscando agregar aspectos biológicos, psicoemocionais, as condições de vida, assim como a dinâmica e organização do contexto de assistência do SUS (BARATA, 2005; LENZA, 2016; RAMOS et al., 2016; ROSADO, 2019; SASAKI, 2021).Estes estudos também adotaram o

referencial teórico da Sociologia para a interpretação dos dados, sendo que a adoção da Epidemiologia Social para a interpretação dos resultados deste estudo mostrou-se pertinente (LENZA, 2016; ROSADO, 2019; SASAKI, 2021).

Para compreender o Mapa de Cuidado construído por estes participantes foi imprescindível analisar os diferentes aspectos que influenciaram a experiência de assistência à saúde no SUS, considerando-se as condições de vida destas pessoas e do estilo de vida adotado pelos participantes do estudo. Isso foi evidenciado pelos resultados da etapa quantitativa, com 107 participantes, sendo 78 (72,9%) tinham idade acima de 60 anos, 64 (59,8%) do sexo feminino, 61 (57%) com até oito anos de estudos, 68 (63,65) tinham companheiro, 56(52,3%) aposentados, 45 (42,1%) com renda de até um salário mínimo e 95 (88,8%) não possuíam plano de saúde privado, ou seja, utilizavam e dependiam totalmente do SUS. O encaminhamento para o nível secundário foi justificado como protocolo de rastreamento em 62 (57,9%) e 45 (42,1%) por queixa colorretal; todos os entrevistados haviam realizado a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes, sendo que 78% tiveram resultado positivo; todos os entrevistados receberam encaminhamento para realizar Colonoscopia. Além disso, 78 (72,9%) eram sedentários; e 66 (61, 7%) consumiam carne vermelha e 45(42, 1%) embutidos.

Considerando-se estes resultados, na APS, as intervenções preventivas imprescindíveis se referem à implementação de programas Alimentação Saudável e Prevenção de Condições Crônicas Não Transmissíveis para manutenção de atividade física regular, controle da obesidade e alimentação saudável (MALTA; SILVA JR, 2013).

Acresce-se, dentre os 14 participantes da etapa qualitativa, houve ênfase da busca de assistência à saúde das pessoas por problema colorretal crônico, em situações de maior gravidade clínica, com grande sofrimento físico e emocional por queixas como diarreia, distensão e dor abdominal, sangramento intestinal, anemia, sendo que a assistência recebida por estes na APS foi considerada paliativa. O diagnóstico de CCR ocorreu em 13 participantes, já em fase avançada da doença, que requereu o tratamento cirúrgico como principal, além de tratamentos neoadjuvante e adjuvante de Radioterapia/Quimioterapia Antineoplásica.

Portanto, houve necessidade de articulação das queixas das pessoas com problema colorretal crônico com a condição socioeconômica, cultural e psicoemocional, assim como da capacidade de enfrentamento do adoecimento oncológico, dos tratamentos cirúrgico, de quimioterapia antineoplásica e/ou radioterapia com ocorrência de eventos adversos, para se estabelecer o Mapa de Cuidado destes participantes, com focalização da vida destas e de suas famílias nos acontecimentos do contexto de atendimento terciário (CECÍLIO et al., 2014).

Além disso, há que se avaliar os fatores nocivos e protetores à saúde, presentes na organização social, incluindo-se a dinâmica e funcionamento da organização SUS, pois a porta de entrada APS não tem sido suficiente para atender a demanda desta clientela. Desta forma, esta utilizou-se de estratégias viáveis para agilizar a resolução do seu problema de saúde, ou seja, estas pessoas, mesmo que sem ter clareza e compreensão, assumiram parte da regulação do SUS, denominado de agir leigo por Cecílio et al. (2014).

Há que se ampliar e aprofundar a perspectiva de análise da experiência destas pessoas em relação às intervenções sociais de saúde para formulação de políticas públicas para assegurar os direitos de cidadania, autonomia e a integralidade do cuidado (BARATA, 2005; BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; BRASIL, 2002; CECÍLIO et al., 2014; RAMOS et al., 2016).

Assim, o corpo biológico incorporou as condições de vida do cotidiano destas pessoas, produzindo padrões de saúde, adoecimento, limitações e incapacidade para a manutenção das atividades de vida cotidiana, cujas mudanças da dinâmica e organização familiar dimensionaram, o quão a vida destas pessoas e de suas famílias passaram a gravitar em torno do atendimento e dos tratamentos em curso, no contexto de assistência à saúde terciária/quaternária. A morte e finitude passaram a integrar a preocupação cotidiana, principalmente pela piora clínica e a impossibilidade de alcance de suas expectativas de cura, ou ao menos, o controle da doença. Assim, o enfrentamento foi realizado, solitariamente pelo adoecido ou pelo adoecido e as pessoas mais próximas do seu convívio, excluídas do contexto social coletivo (BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; CECÍLIO et al., 2014; SILVA; ALVES, 2011).

Por outro lado, o acesso aos serviços do SUS pelos participantes, ocorreu de diferentes maneiras, pois estas utilizaram estratégias que acreditavam agilizar e assegurar a resolução do seu problema de saúde. Isso incluiu, o contato prévio com o profissional da saúde onde realizava o seu seguimento na APS ou pela resolução de profissionais da APS, que souberam mobilizar informações e os seus contatos profissionais horizontais na própria de Rede de Atenção à Saúde, otimizando os recursos disponíveis, ampliando as possibilidades de resolução do problema dos participantes.

A complexidade da experiência dos participantes com problema colorretal, na busca de assistência resolutiva, perpassou pela compreensão dos processos sociais envolvidos, do processo de trabalho dos profissionais de saúde na APS e as dificuldades na implementação do sistema de referência e contrarreferência, assim como dos comportamentos e das estratégias utilizadas pela população para exercer o papel de regulador do SUS.

Desta forma, os participantes deste estudo criaram uma lógica de regulação de acesso e consumo dos serviços de assistência do SUS, ou seja, o “agir leigo” caracterizou-se por uma luta de persistência desta clientela pelos seus direitos, ainda que de maneira incipiente (BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; CECÍLIO et al., 2014; SILVA; ALVES, 2011).

Torna-se fundamental ressaltar que muitos profissionais de saúde contribuíram na construção do Mapa de Cuidado, favorecendo e exercendo uma intervenção resolutiva, com condutas mais efetivas, utilizando-se as próprias regras e protocolos do SUS, exemplificado pela agilização da referência de pacientes, principalmente do nível secundário para o nível terciário/quaternário, principalmente com a realização do exame especializado de colonoscopia e, por vezes da ressonância magnética.

Neste sentido, há necessidade de educação permanente no SUS para assegurar maior domínio sobre dinâmica e organização dos diferentes níveis de atenção à saúde para assegurar a universalidade, equidade e integralidade do cuidado em saúde.

Portanto, o agir leigo das pessoas com doença colorretal crônica dimensionou uma produção social, que ocorreu cotidianamente no SUS, que dependeu dos acontecimentos, das ações dos profissionais e de suas próprias

ações ou de seu sistema de apoio social, mas enfatizou-se o sofrimento desta clientela na busca pela assistência à saúde (CECÍLIO et al., 2014).

A demora na busca pela assistência e não adesão às recomendações dos profissionais da saúde foram reconhecidas pelos participantes como de sua corresponsabilidade, que contribuiu no atraso para a resolução do seu problema, aumento de dificuldades para a realização dos tratamentos, perda da possibilidade do alcance de cura, necessidade de maior densidade tecnológica, de profissionais especializados e do contexto de assistência terciária/quaternária. Ou seja, o estilo de vida adotado por estas pessoas foi o pano de fundo da sua condição de saúde e das práticas sociais de saúde, que foram adotadas de forma não racionalizada, mas, que foram também, influenciadas por aspectos socioculturais, econômicos, psicoemocionais e de acesso ao sistema de saúde (BARTHE; AKRICH; RÉMY, 2011; CECÍLIO et al., 2014; FERREIRA, 2009; SILVA; ALVES, 2011).

Cada participante lançou mão de diferentes arranjos sociais, profissionais e de possíveis alternativas para solução, que puderam ser reconhecidos a partir das experiências compartilhadas com o pesquisador, constituindo o regime de regulação leiga, no qual foi possível identificar uma regularidade de ações adotadas por estas pessoas, constituindo o agir leigo, motivado pelo adoecimento, dor, sofrimento e sentimento de fragilidade, frente ao adoecimento por doença colorretal crônica, representado majoritariamente pelo CCR.

O agir leigo foi construído pela experiência vivida por estas pessoas, considerando-se os seus recursos e do seu sistema de apoio familiar e da comunidade, do agir dos profissionais, constituindo uma conjunção de esforços entre os atores, com produção do mapa de cuidado, que foi influenciado diretamente pelo ponto de acesso (profissionais/serviços), as demandas de necessidades de cuidado e da experiência do participante (CECÍLIO et al., 2014). Estes resultados poderão contribuir na implementação da gestão de cuidados de pessoas com adoecimento colorretal crônico no SUS, dando voz e protagonismo àquele que busca pela assistência à saúde.

O papel e o agir leigo neste estudo foi construído pelas experiências compartilhadas pelos participantes, atendidos no contexto terciário/quaternário do sistema público de saúde, que foi interpretado com o referencial teórico da

Epidemiologia social, que foi pertinente ao alcance da compreensão, objeto deste estudo.

Assim, a construção deste mapa de cuidado, mostrou-se tão importante quanto as outras formas de regulação assistencial no SUS, que foi composto pelos vínculos dos pacientes com profissionais dos serviços dos níveis primário, secundário, terciário/quaternário, que resultou na análise de suas necessidades e as suas possibilidades, dos pontos de acesso ao sistema, assim como da coexistência dos outros três regimes de regulação, o governamental, o profissional e o clientelístico.

8. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A ocorrência de doenças colorretais crônicas está ligada ao meio ambiente e ao estilo de vida pouco saudável (sedentarismo; alimentação pobre em fibras, ricas em gorduras, além de alto consumo de carnes vermelhas à altas temperaturas e de alimentos processados/embutidos; sobrepeso e obesidade; consumo de álcool e tabaco, dentre outros), assim como os fatores específicos como os hereditários (histórico familiar de CCR, de DII e polipose adenomatosa familiar). Portanto, reconhecer e abordar os fatores ambientais, assim como os hereditários, que contribuem para o desenvolvimento e progressão da doença inflamatórias e oncológicas, pode reduzir a carga de doenças colorretais crônicas, em especial o CCR.

Portanto, a torna-se necessário a criação da Linha de cuidado para CCR, integrando as ações de prevenção de DCNT, alimentação saudável, controle de obesidade e atividade física, com implementação do rastreamento para CCR e DII pela equipe interprofissional, aliadas às ações de promoção da saúde na APS, com melhorar a comunicação para integração efetiva com os outros níveis de atenção na RAS. Considerando-se que o uso de tabaco, álcool, nutrição, sedentarismo e obesidade são fatores de risco comuns a todas as DCNT como doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias será necessária a conjunção de esforços para repensar sobre os mecanismos de vigilância e promoção da saúde.

Conceitualmente, a Linha do cuidado é a representação dos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no atendimento de suas necessidades de saúde. Portanto, estabelece-se o fluxo para o usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com inclusão dos participantes como entidades comunitárias e de assistência social, necessariamente não inseridos no SUS, mas que participam de alguma forma da RAS. Contudo, a Linha do cuidado não constitui meramente os processos de referência e contrarreferência, esta extrapola os protocolos estabelecidos, sendo que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizar o processo de trabalho para facilitar a acessibilidade do usuário às Unidades e Serviços, que estes necessitam, neste

caso da assistência à saúde para a resolução de problemas colorretais crônicos (FRANCO; FRANCO, 2012).

Ainda é possível denominar de Linha do Cuidado Integral por incorporar o conceito de Integralidade na assistência à saúde, com unificação de ações preventivas, curativas e de reabilitação para resolver um problema de saúde, ou seja, trata-se de um projeto terapêutico, constituído por um conjunto de atos assistenciais pensados por uma equipe interprofissional, com oferta de todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar. Isso requer boas práticas profissionais, por meio do estabelecimento de vínculo e da corresponsabilização do usuário em relação ao seu problema de saúde (FRANCO; FRANCO, 2012).

Portanto, o Mapa de Cuidado da pessoa com adoecimento por problema colorretal crônico no SUS trouxe a dimensão do cotidiano enfrentado por estas pessoas, a possibilidade de ação como um regulador assistencial (agir leigo), bem como os vínculos destes com profissionais dos serviços dos diferentes níveis de assistência à saúde, assim como foi possível aprofundar sobre as suas necessidades e conhecer os pontos de acesso ao SUS.

Assim, a Enfermagem que atua em todos os contextos de atendimento de assistência à saúde, destaca-se pelas ações de prevenção de doenças colorretais crônicas e de promoção à saúde na APS. O enfermeiro realiza intervenções de educação à saúde, estimulando a adoção de hábitos alimentares saudáveis, manutenção de atividade física, controle da obesidade e para o controle das condições crônicas, integrada à equipe de saúde interprofissional, por meio do respeito à crença alimentar individual, no contexto da comunidade e da população, além de atuar na educação permanente de suas equipes. Para exercer tal responsabilidade, cabe ao enfermeiro, buscar maiores subsídios em evidências científicas para respaldar suas intervenções para responder as demandas da população e para tanto, há que se repensar a educação permanente no mundo do trabalho da produção da saúde (MERHY, 2005; PEDUZZI, 2016; ROSSI et al., 2018).

A atuação do Enfermeiro na prevenção do CCR e em ações de rastreamento são fundamentais na APS, assim como nos outros níveis de assistência à saúde com intervenções vinculadas à cada esfera de atendimento, com a criação de Linha de Cuidado para esta população, mediante a implementação de políticas públicas de rastreamento de base populacional do CCR em todo o país.

As ações de prevenção que podem ser realizadas pelo Enfermeiro no âmbito da APS, estão ancoradas em dois aspectos principais. No contexto da prevenção primária, as intervenções do enfermeiro estão vinculadas à educação em saúde para modificação do estilo de vida, que deve constituir ações interprofissionais da equipe de saúde, como abordagem da adoção de hábitos saudáveis de vida, incentivando a cessação do tabagismo por meio da participação em grupos de programa antitabaco, evitar o consumo de bebidas alcóolicas, oferecer orientação sobre alimentação saudável para redução de gorduras e açucares e alimentos ultra processados, combate ao sedentarismo com participação em grupos de atividades físicas, dentre outras atividades para favorecer a adoção de um estilo de vida saudável. A adoção deste conjunto de medidas pelo usuário está intimamente relacionada à prevenção e redução de CCR e outras neoplasias, assim como de outras DCNT. O desenvolvimento de ações de educação em saúde, no âmbito da APS, deve utilizar estratégias que possam aproximar os profissionais dos usuários para estabelecer as demandas reais destas pessoas e intervenções mais efetivas que possam auxiliá-las na adoção de medidas preventivas no processo saúde-doença da população (FRANÇA; CARVALHO, 2017; MERHY, 2005; RAMOS et al., 2012; VALLE; TURRINI; POVEDA, 2017).

As ações de prevenção secundária consistem na detecção precoce, por meio da identificação de sinais e sintomas na população como hematoquezia, mudança do hábito intestinal (diarreia ou constipação), perda ponderal, sensação de esvaziamento incompleto do intestino e dor abdominal e o encaminhamento do indivíduo aos serviços de saúde especializados e aos exames de rastreamento como realização de exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia, colonoscopia e biópsia. O profissional enfermeiro, desde que estabelecidos protocolos para CCR e DII, atuar mais

efetivamente para realizar, inclusive, solicitação de exames especializados, para otimização do tempo e dos recursos disponíveis no SUS (PEDUZZI, 2016; VALLE; TURRINI; POVEDA, 2017).

Em um estudo de Klabunde et al. (2007), sugeriu-se a necessidade de se realizar uma abordagem em equipe para realizar o rastreamento do CCR na APS. Apesar de o médico ser considerado tradicionalmente a figura central da maioria das práticas de cuidados primários, reconhece-se que as ações de prevenção e cuidados em saúde no futuro não serão mais prestadas somente por um único profissional. Desta forma, essas ações e estratégias de prevenção e de promoção à saúde deverão ser prestadas por uma equipe interprofissional, incluindo-se o médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, outros profissionais de saúde e pessoal administrativo. Uma abordagem em equipe interprofissional pode alterar a forma como a o rastreamento de doenças colorretais crônicas especialmente, o CCR e as DII, focalizando-se as ações preventivas. A corresponsabilidade ações de cuidado como determinar a elegibilidade para triagem; educação em saúde dos pacientes sobre sinais e sintomas do CCR tem sido estabelecida por meio de protocolos, ampliando-se para outros membros da equipe, como uma importante medida em relação ao envelhecimento populacional e aumento da demanda por ações de prevenção, ofertadas pela APS.

Estudos realizados em 2000 nos EUA mostraram que outros profissionais de saúde não médicos podem aumentar os serviços preventivos da atenção primária, como aumento substancial das taxas de triagem PSOF na população estudada, a partir do momento em que os enfermeiros assumiram a responsabilidade de solicitar este exame (THOMPSON et al., 2000).

Desse modo, a melhora nas taxas de rastreamento do CCR depende muito dos esforços das práticas de APS para implementar sistemas e procedimentos eficazes para implementar o rastreamento. O envolvimento ativo de uma equipe interprofissional e o apoio às práticas são essenciais para que o enorme potencial da triagem CCR seja realizado em cenários com ou sem programa de rastreamento (KABLUNDE et al., 2007).

Para o atendimento das pessoas com problemas colorretais também será necessário definir novas abordagens na Educação Permanente no SUS, pois

para responder a necessidade do mundo contemporâneo, segundo Merhy (2005), há que se pensar em Educação Permanente em movimento, que se reconhece o processo formativo, tanto individual como coletivo, a partir do mundo do trabalho, que pode ser representado pelo contexto de aprendizagem da prática de cuidado do profissional da saúde. Este mundo do trabalho, constitui a escola do ato do cuidado do profissional da saúde, no qual este estabelece relações com os diferentes atores com os usuários, outros profissionais e gestores, gerando uma produção de novos saberes e conhecimentos neste processo formativo, o que possibilitará a contribuição para um Novo Modelo de Atenção em Saúde.

Portanto, por meio das experiências assistenciais, os profissionais de saúde questionam os diferentes aspectos da prática assistencial e, consequentemente, podem gerar uma produção de conhecimento como protocolos assistenciais, que podem subsidiar a Linha de Cuidado Integral para as pessoas com adoecimento colorretal crônico, fundamentada em evidências científicas.

9. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste estudo concluiu-se que:

Etapa quantitativa:

Dos 107 participantes da etapa quantitativa houve predomínio de 78 (72,9%) com idade acima de 60 anos, 64 (59,8%) do sexo feminino, 61 (57%) tinham até oito anos de estudos, 68 (63,65) com companheiro, 56 (52,3%) eram aposentados, 45 (42,1%) apresentavam renda de até um salário mínimo e 95 (88,8%) utilizavam somente o SUS; o encaminhamento para o nível secundário foi devido ao protocolo de rastreamento para 62 (57,9%) e 45 (42,1%) por queixa colorretal, todos haviam realizado a Pesquisa de Sangue Oculto e destes, 78% tiveram resultado positivo; todos os entrevistados haviam recebido encaminhamento para realizar a colonoscopia. Ainda, 78 (72,9%) eram sedentários; e 66 (61,7%) consumiam carne vermelha e 45(42, 1%) embutidos.

As principais queixam foram sangramento anal e constipação e o encaminhamento por protocolo de rastreamento por queixa colorretal, eram sedentários, não-tabagistas, com consumo de álcool prévio ou atual. Sem histórico familiar, a maioria foi submetido de sangue oculto nas fezes com resultado positivo, com comorbidades metabólicas e cardiovasculares.

A maioria foi encaminhada para colonoscopia, porém pouco mais da metade destes foram atendidos e quase metade ficaram sem informação sobre diagnóstico. Tempo médio de espera para colonoscopia de 295 dias.

Etapa qualitativa:

14 participantes, predominantemente acima de 50 anos, brancos, do sexo feminino com até 8 anos de estudo, sedentários, não-tabagistas, com consumo de álcool prévio ou atual. Metade deles aposentados com renda de até 3 salários-mínimos que utilizam somente o SUS.

As principais queixas foram dor abdominal e diarreia, diagnosticados com CCR. Comorbidades gastrointestinais/urinárias, submetidos a tratamento cirúrgico (colectomias/enterectomias), sem estoma prévio, porém com confecção de colostomia, sem histórico familiar de doença crônica colorretal,

com doença metastática. Tempo médio para acessar serviço especializado de 262 dias.

Houve constatação que as queixas para a busca da assistência de saúde ocorreram por diarreia, distensão e dor abdominal, fraqueza, emagrecimento e sangramento anal, que nem sempre foram devidamente valorizados, tanto pelos participantes como por profissionais da saúde. Estas queixas foram diagnosticadas como parasitose, hemorroidas e anemia, cujos tratamentos instituídos, em geral foram de cunho paliativo.

As limitações do estudo destacando-se o fato de que a etapa quantitativa retrata um estudo descritivo e transversal, no qual as variáveis analisadas não permitiram correlacionar as variáveis sociodemográficas e clínicas aos fatores de risco e às doenças colorretais crônicas.

A condução do estudo em um contexto de participantes vinculados a duas unidades de atenção básica com estratégia saúde da família de um município do interior de São Paulo, vinculados à uma universidade pública podem resultar em condições e características distintas à outras realidades de serviços públicos de saúde.

O fato da coleta de dados da Etapa Qualitativa ter ocorrido em um período posterior ao da Pandemia da COVID-19, os participantes da Etapa Qualitativa eram pacientes com maior gravidade clínica, o que pode ter influenciado a interpretação do Mapa de Cuidado.

Os participantes da etapa qualitativa apresentavam casos clínicos mais agravados, tanto de doenças intestinais inflamatórias e oncológicas já em progressão e no caso dos indivíduos com doença oncológica, alguns já com metástases. Além disso houve suspensão de cirurgias eletivas e diminuição de cirurgias de um modo geral, neste caso, apenas os indivíduos com casos mais graves eram submetidos a internações e abordagens cirúrgicas devido ao risco de contaminação pela COVID -19 e piora clínica devido a doença crônica intestinal de base.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada por meio de desenho misto justificou-se para o alcance dos objetivos, por considerarmos a complexidade do tema vinculado ao acesso aos serviços do SUS de pessoas com queixas colorretais.

Este método possibilitou aprofundar a análise de dados da assistência na APS e no contexto terciário/quaternário, que dimensionou as situações e experiências dos participantes do estudo.

A perspectiva do usuário em busca de assistência por queixa colorretal na APS revelou como tem sido implementado o sistema de referência e contrarreferência e como estas tem buscado por uma assistência resolutiva, cujos dados quantitativos permitiram analisar as demandas e a capacidade do sistema público em atendê-las. Estes dados foram complementados pelos resultados da Etapa Qualitativa, no qual o agir leigo foi interpretado e que poderá subsidiar a inclusão destes para repensar a assistência, que tem sido ofertada no SUS.

A pandemia da COVID – 19 pela disseminação do vírus SARSCoV- 2, a qual iniciou-se no Brasil com os primeiros casos de pessoas infectadas em meados de fevereiro de 2020, foi um evento sanitário que dificultou a execução do estudo, e repercutiu de maneira desafiadora para a concretização da coleta de dados da etapa qualitativa desta tese.

A coleta dos dados qualitativos foi realizada entre junho e julho de 2020, quando houve uma flexibilização do acesso aos setores do Hospital para pesquisadores e pós-graduandos. Além disso, os participantes do estudo que se encontravam na unidade de internação onde os dados foram coletados, apresentavam condições clínicas mais graves e complexas e prognósticos piores, visto que dias após a coleta de dados, dois dos 14 pacientes entrevistados evoluíram a óbito. Justifica-se a gravidade das pessoas internadas neste setor uma vez que demanda de saúde eletivas e com pouca gravidade foram claramente postergadas devido ao risco de infecção pelo vírus da COVID-19.

Acreditamos que os resultados deste estudo possam contribuir na prática assistencial no SUS para pessoas com adoecimento colorretal crônico,

principalmente para subsidiar a implementação de políticas públicas, no que se refere às dificuldades enfrentadas por estas pessoas, mas também para a inclusão destas como reguladores da assistência e futuramente na implementação da Linha de Cuidado Integral às pessoas com adoecimento colorretal crônico no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial a prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005.

ALTENBURG, F. L.; BIONDO-SIMOES, M. L. P.; VON BAHTEN, L. C. A pesquisa de sangue oculto nas fezes associada a um questionário de sinais e sintomas na prevenção do câncer colo retal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 57-62, mar. 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-98802009000100008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2020.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais** - **Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 42, p. 29-43, jan./jun. 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Early Detection, Diagnosis, and Staging**. 2021. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

AMITAY, E. L. *et al.* Smoking, alcohol consumption and colorectal cancer risk by molecular pathological subtypes and pathways. **British Journal of Cancer**, London, v. 122, p. 1604–1610, 2020. DOI: https://doi.org/10.1038/s41416-020-0803-0. Acesso em: 18 dez. 2020.

ANARAKI, F. *et al*. Clinical profile and post-operative lifestyle changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. **Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench**, Tehran, v. 5, p. S26-30, 2012. Suppl. 1.

ARDIZZONE, S.; PUTTINI, P. S.; CASSINOTTI, A.; PORRO, G. B. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. **Digestive Liver Disease**, Amsterdam, v. 40, S253-259, 2008. Suppl. 2.

ARNOLD, M. *et al*. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. **Gut**, London, v. 1, p. 1-9, 2016.

AYRES, J. R. C. M. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução da vulnerabilidade. *In*: MARTINS, M. A; CARRILHO, F. J.; ALVES, V. A.; CASTILHO, C. G.; WEN, C. L. (org.). **Clínica Médica**. Barueri: Manole, 2009. v. 1, p. 437-455.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2005, v. 8, n. 1 [Acessado 27 Junho 2021], pp. 7-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>. Epub 12 Jun 2007. ISSN 1980-5497. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002.

BARBOSA, M. H. *et al*. Aspectos clínicos e epidemiológicos de estomizados intestinais de um município de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 64-73, 2014.

BARTHE, Y.; AKRICH, M.; RÉMY, C. As investigações “leigas” e a dinâmica das controvérsias em saúde ambiental. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 13, n. 26, p. 84-127, jan./abr. 2011.

BECHARA, R. N. *et al*. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 146-149, 2005.

BETTERIDGE, J. D. ; ARMBRUSTER , S. P.; MAYDONOVITCH, C.; VEERAPPAN, G. R. Inflammatory bowel disease prevalence by age, gender, race, and geographic location in the U. S. military health care population. **Inflammatory Bowel Diseases**, New York, v. 19, n. 7, p. 1421-1427, 2013.

BIRD, C. E.; RIEKER, P. P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 48, n. 6, p. 745-55, Mar. 1999.

BOCCOLINI, C. S. **Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil**: situação atual e futura. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

BOTTERI, E. *et al*. Smoking and colorectal cancer risk, overall and by molecular subtypes: a meta-analysis. **American Journal of Gastroenterology**, New York, v. 115, n. 12, p. 1940-1949, Dec. 2020. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000803.

BOUVARD, V. *et al*. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. **The Lancet Oncology**, London. v. 16, n. 16, p. 1599-1600, 2015.

BOYLE, P.; LEON, M. E. Epidemiology of colorectal cancer. **British Medical Bulletin**, London, v. 64, n. 1, p. 1-25, 2002.

BRAGA, D. C. *et al*. Rastreamento do câncer colorretal através da pesquisa de sangue oculto fecal - um estudo de base populacional. **GED**: gastroenterologia endoscopia digestiva, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 60-64*,* abr./jun. 2017*.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, nº 20-E, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010b.

Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 29 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 13 março 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**: volume 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 604 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Proctologia**: versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, v. 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta nº 6, de 26 de março de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retocolite Ulcerativa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, nº 63, p. 105, 1 abr. 2020a. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/01/PCDT-Retocolite-Ulcerativa.01.04.2020.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor AB**: cobertura da Atenção Básica. 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa. Acesso em: 17 out. 2018.

BRAY, F. *et al*. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA**: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.

BRESSLER, B. *et al*. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. **Gastroenterology**, Philadélfia, v. 148, n. 5, p. 1035–1058, 2015.

BRITO, R. C. V. *et al*. Doenças inflamatórias intestinais no Brasil: perfil das internações, entre os anos de 2009 a 2019. **Revista Educação em Saúde**, Anápolis, v. 8, n.1, p. 127-135, 2020. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/327145312. Acesso em: 11 mar. 2021.

BRITTEN, N. Analisando dados qualitativos. *In*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-31.

BRODERSEN, J.; SCHWARTZ, L. M.; WOLOSHIN, S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. **APMIS**: acta pathologica, microbiologica et immunologica scandinavica, Copenhagen, v. 122, n. 8, p. 683–689, 2014.

CABRAL, M.; ABBY. F. Diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 17-21, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. *et al*. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00055913.

CENTER, M. M.; JEMAL, A.; WARD, E. International trends in colorectal cancer incidence rates. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 1688-1694, 2009.

CHAO, A. *et al*. Meat consumption and risk of colorectal cancer. **JAMA***,* Chicago, v. 293, n. 2, p. 72–182, 2005. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.293.2.172.

CHEN, H. *et al.* Participation and yield of a population-based colorectal cancer screening programme in China. ***Gut***, London, v. 68, n. 8, p.1450-1457, 2019.

CHENG, J. *et al*. Meta-analysis of prospective cohort studies of cigarette smoking and the incidence of colon and rectal cancers. **European Journal of Cancer Prevention**, London, v. 24, n. 1, p. 6-15, Jan. 2015. DOI: https://.doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000011.

CONASS. **A atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418. Acesso em: 17 jan. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

DAVIES, D.; BAILEY, J. Diagnosis and management of anorectal disorders in the primary care setting. **Primary Care**: clinics in office practice, Philadelphia, v. 44, n. 4, p. 709-720, 2017.

DINIZ, I. V. *et al*. Perfil epidemiológico de pessoas com estomias intestinais de um centro de referência. **ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, São Paulo, v. 18, p. e2620, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v18.929_PT. Acesso em: 2 fev. 2021.

DIGNASS, A.; ELIAKIM, R.; MAGRO, F.; MAASER, C.; CHOWERS, Y.; GEBOES, K. Second european evidence-based consensus on the diagnosis

and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. **Journal of Crohn's & Colitis**, Amsterdam, v. 6, n. 10, p. 965–990, 2012a.

DIGNASS, A.; LINDSAY, J. O.; STURM, A.; WINDSOR, A.; COLOMBEL, J. F.; ALLEZ, M. Second european evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. **Journal of Crohn´s Colitis**, Amsterdam, v. 6, n. 10, p. 991–1030, 2012b.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

ELIA, P.P.; FOGAÇA, H.S.; BARROS, R.G.; ZALTMAN, C., ELIA, C.S. Análise descritiva dos perfis social, clínico, laboratorial e antropométrico de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro **Arq Gastroenterol**. São Paulo, v.44, n.4, p.:332-339, 2007.

ELUF-NETO, J.; WUNSCH-FILHO, V. Screening faz bem à saúde? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 310-311, out. 2000. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302000000400028. Disponível em https://www.scielo.br/j/ramb/a/BTHVrJsNMLCQ4rSqJjGXtzN/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 24 fev. 2019.

ENGELGAU, M.; NARAYAN, K.; HERMAN, W. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 23, n. 10, p. 1563-1580, Oct. 2000.

ESBERARD, B. C. Etiopatogenia das doenças inflamatórias intestinais. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 13-16, out./dez. 2012.

FAGUNWA, I. O.; LOUGHREY, M. B.; COLEMAN, H. G. Alcohol, smoking and the risk of premalignant and malignant colorectal neoplasms. **Best Practice & Research**. **Clinical Gastroenterology**, London, v. 31, n. 5, p. 561-568, Oct. 2017.

FARGO, M. V.; LATIMER, K. M. Evaluation and management of common anorectal conditions. **American Family Physician**, Kansas City, v. 85, n. 6, p. 624-630, Mar. 2012.

FEDIRKO, V. *et al*. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose–response meta-analysis of published studies. **Annals of Oncology**, London, v. 22, n. 9, p. 1958-1972, 2011.

FERLAY, J. *et al*. (ed.). **Cancer today**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2018. (IARC CancerBase, n. 15). Disponível em: https://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Cancer-Today-Powered-By-GLOBOCAN-2018--2018. Acesso em: 12 mar. 2021.

FERLAY, J. *et al*. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. **International Journal of Cancer**, New York, v. 144, n. 8, p. 1941-1953, Apr. 2019.

FERRAZ, F. B. Panorama geral sobre doenças inflamatórias intestinais: imunidade e suscetibilidade da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v. 18, n. 2, p. 139-143, 2016.

FERREIRA, M. S. **"**Navegar é preciso, viver não é preciso": risco no discurso da vida ativa. **Motriz**, Rio Claro, v. 15 n. 2 p. 349-357, abr./jun. 2009.

FIGUEIREDO, P. A.; ALVIM, N. A. T. Diretrizes para um Programa de Atenção Integral ao Estomizado e Família: uma proposta de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2694, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0507.2694. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100326&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Mar. 2021.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. *In*: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde.** O SUS, as Redes de Atenção e a Atenção Básica, **2012.** Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf Acesso em: 14 de mar. 2021**.**

FRANÇA, C. J.; CARVALHO, V. C. H. S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, set. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711421. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300932&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2020.

GASPARINI, R. G.; SASSAKI, L. Y.; SAAD- HOSSNE, R. Inflammatory bowel disease epidemiology in São Paulo State, Brazil. **Clinical and Experimental Gastroenterology**, Auckland, v. 11, p. 423–429, 2018.

GHOSH, S.; SHAND, A.; FERGUSON, A. Ulcerative colitis. **BMJ**, London, **v.** 320, n. 7242, p. 1119-1123, 2000.

HARBORD, M. *et al*. Third european evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 2: current management. **Journal of Crohn's & Colitis**, Oxford, v. 11, n. 7, p. 769-784, 2017.

HARRISS, D. J. *et al*. Lifestyle factors and colorectal cancer risk (1): systematic review and meta-analysis of associations with body mass index. **Colorectal Disease**, Oxford, v. 11, n. 6, p. 547-563, 2009.

HÉRNANDEZ SAMPIERI, R. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. **The practice of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2006.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013:** acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060; Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2030**: [notas metodológicas]. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 21 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=2100359&view=detalhes. Acesso em: 2 fev. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

JAMOULLE, M. **Quaternary prevention**: prevention as you never heard before definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice. 2000a. Disponível em: http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html. Acesso em: 16 mar. 2018.

JAMOULLE, M. *et al.* **Working fields and prevention domains in general practice/family medicine**. 2000b. Disponível em: http://docpatient.net/mj/prev.html. Acesso em: 16 mar. 2018.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **International Journal of Health Policy and Management**, Kerman, v. 4, n. 2, p. 61-64, 2015a.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015b. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1064. Acesso em: 24 abr. 2020.

JATOBÁ, M. P. *et al*. Pesquisa de sangue oculto nas fezes e achado colonoscópico em 60 pacientes. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 425-430, dez. 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000400004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2021.

JOCHEM, C.; LEITZMANN, M. Obesity and colorectal cancer. *In*: PISCHON, T.; NIMPTSCH, K. (ed.). **Obesity and Cancer**. **Recent Results in Cancer Research**, Berlin, v. 208, p. 17-41, 2016. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-42542-9_2.

JOHNSTON, B. C. *et al*. Unprocessed red meat and processed meat consumption: dietary guideline recommendations from the nutritional recommendations (nutrirecs) consortium. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 171, n. 10, p. 756-764, Nov. 2019. DOI: https://doi.org/10.7326/M19-1621.

KERR, J.; ANDERSON, C.; LIPPMAN, S. M. Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence. **Lancet Oncology**, London, v. 18, n. 8, p. e457-e471, Aug. 2017.

KHAN, H.; SHAABAN, N.; PELETEIRO, B. Faecal occult blood test and colonoscopy use in Portugal: results from the National Health Survey 2014. **Journal of Medical Screening**, London, v. 27, n. 4, p. 171-185, 2020.

KIMURA, C. A.; SILVA, R. M.; GUILHEM, D. B.; MODESTO, K. R. Fatores sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida em pacientes estomizados intestinais. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, p. e34529, 2020.

KLABUNDE, C. N. *et al*. Improving colorectal cancer screening in primary care practice: innovative strategies and future directions. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 22, n. 8, p. 1195-1205, 2007. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-007-0231-3.

KREUTER, M. W. *et al*. The "long tail" and public health: new thinking for addressing health disparities. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 104, n. 12, p. 2271-2278, 2014.

KRIEGER, N. Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis**.** London. **Int J Epidemiol.** n.30, p.899-903, 2001.KROUSE, R. S. *et al*. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 27, n. 28, p. 4664-4670, 2009. DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.9502.

LANSDORP-VOGELAAR, I. *et al*. Contribution of screening and survival differences to racial disparities in colorectal cancer rates. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, Philadelphia, **v.** 21, n. 5, p. 728-736, 2012.

LAUBY-SECRETAN, B. *et al*. Body fatness and cancer—viewpoint of the IARC working group. **New England Journal of Medicine***,* Boston, v. 375, n. 8, p. 794–798, 2016. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMsr1606602.

LEAL, R. F. *et al*. Recidiva pélvica de adenocarcinoma de reto: abordagem cirúrgica. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 40-45, mar. 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000100006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

LEE, S. *et al*. Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of colorectal cancer in South Korea: a case-control study. **Alcohol**, New York, v. 76, p. 15-21, May 2019.

LENZA, N. F. B. **Primeiro ano de pós-operatório**: significado para a pessoa com estoma intestinal por câncer colorretal. 2016. 201 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

LEVORATO, C. D. *et al*. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013.

LI, Y. *et al*. Diagnostic delay in Crohn's disease is associated with increased rate of abdominal surgery: a retrospective study in chinese patients. **Digestive and Liver Disease**, Amsterdam, v. 47, n. 7, p. 544-548, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2015.03.004. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865815002297. Acesso em: 9 fev. 2021.

LIN, I. P. *et al*. Health belief, behavior intention, and health behaviors related to colorectal cancer screening in Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 12, p. 4246, Jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph17124246.

LINS NETO, M. A. F.; FERNANDES, D. O. A.; DIDONE, E. L. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 64-68, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000200064&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 fev. 2021.

LOFTUS, E. V. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. **Gastroenterology**, Philadelphia, v. 126, n. 6, p. 1504–1517, 2004.

LOPEZ-KOSTNER, F. *et al.* Results of a multicentric colorectal cancer screening program in Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 146, n. 6, p. 685-692, Jun. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600685. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000600685&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 nov. 2020.

MACRAE, F. A. Câncer colorretal: epidemiologia, fatores de risco e fatores de proteção. **UpToDate**, Waltham, 2020. Disponível

em: https://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-and-protective-factors. Acesso em: 12 jan. 2021.

MAGRO, F. *et al.* Third european evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders. **Journal of Crohn's & Colitis**, Amsterdam, v. 11, n. 6, p. 649–670, 2017.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016. Acesso em: 03 nov. 2020

MALHEIROS, A. P. R.; TEIXEIRA, M. G.; HABR-GAMA, A.; ALCÂNTARA, P. S. M. Resultados do tratamento cirúrgico do câncer colo-retal em doentes de idade até 64 anos e de 65 anos ou mais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 128-136, 2005.

MARCACINI, S. F. B.; BARICHELLO, E.; BARBOSA, M. H. Perfil de los pacientes sometidos a colonoscopia en un hospital universitário. **Enfermeria Global**, Murcia, v. 14, n. 39, p. 52-61, jul. 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2020.

MARSICOVETERE, P. Examining, diagnosing, and treating benign anorectal conditions. **Journal of The American Academy of Physicians Assistants**, Alexandria, v. 31, n. 3, p. 32-37, 2018.

MARTINS, L. M. *et al.* Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. **British Journal of Nursing**, London, n. 24, p. S4 - S11, Dec. 2015. Suppl. 22.

MARTINS, J. F. *et al*. Análise da prevalência de entidades coloproctológicas nos pacientes idosos do serviço de coloproctologia de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 145-157, jun. 2009. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802009000200001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 out. 2020.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in Nursing & Healthcare: a guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Mar. 2021.

MENEZES, C. C. S. *et al.* Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 172-179, 2016. Disponível em https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40848190004. Acesso em: 6 out. 2020.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-74, fev. 2005. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2021

MILLER, P. E. *et al.* Meat-related compounds and colorectal cancer risk by anatomical subsite. **Nutrition and Cancer**, Philadelphia, v. 65, n. 2, p. 202–226, 2013. DOI: https://doi.org/10.1080/01635581.2013.756534.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MOWAT, C. *et al.* Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. **Gut**, London, v. 60, n. 5, p. 571–607, 2011.

NAGLE, D.; ROLANDELLI, R. H. Primary care office management of perianal and anal disease. **Prim Care**.; Filadélfia, Saunders, v.23, n.3, p.:609-620, 1996.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 155-161, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2021.

NÓBREGA, V. G. *et al*. O início das manifestações clínicas em pacientes com doença inflamatória. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 290-295, set. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032018002300290&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2021.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009.

NOVACEK, G. *et al.* Diagnostic delay in patients with inflammatory bowel disease in Austria. **Wiener Klinishe Wochenschrift**, Wien, v. 131, n. 5/6, p. 104-112, Mar. 2019. DOI: https://doi.org/10.1007/s00508-019-1451-3.

OLIVEIRA, F.M.; EMERICK, A.P.; SOARES, E.G. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais [Epidemiology aspects of inflammatory bowel disease in the east region of Minas Gerais State]. **Cien Saude Colet**. Rio de Janeiro, v.15 Suppl 1, p.:1031-1037, 2010.

OLIVEIRA, I. V. *et al.* Cuidado e saúde em pacientes estomizados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 1-9, abr./jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário**: num piscar de olhos. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf?sequence=102&isAllowed=y. Acesso em: 10 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 6**: controle de enfermidades na população. Brasília, DF: OPAS: Ministério da Saúde, 2010. 38 p.

PARK, S-Y. *et al.* Alcohol intake and colorectal cancer risk in the multiethnic cohort study. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 188, n. 1, p. 67–76, Jan. 2019. DOI: https://doi.org/10.1093/aje/kwy208.

PAZ MATIAS, J. *et al.* Effect of zinc supplementation on superoxide dismutase activity in patients with ulcerative rectocolitis. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 31, n. 3, p. 1434-1437, Dec. 2014. DOI: https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8402.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, jan./mar. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2021

PEREZ, R. O. *et al*. Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 12-15, mar. 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202008000100003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 out. 2020.

PINHEIRO, R. S. *et al*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2021.

PISCHON, T. *et al.* Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). **Journal of The National Cancer Institute**, Cary, v. 98, n. 13, p. 920-931, Jul. 2006. DOI: https://doi.org/10.1093/jnci/djj246.

PITTMAN, J. Characteristics of the patient with an ostomy. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, St. Louis, v. 38, n. 3, p. 271-279, May/Jun. 2011. DOI: https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182152bbf.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMOS, F. L. P. *et al*. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, p. 221-229, 2016. Número especial.

RAMOS, R. S. *et al.* O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 280-286, 2012.

RAMSEY, S. *et al.* Population-based study of the prevalence of family history of cancer: implications for cancer screening and prevention. **Genetics in Medicine**, Baltimore, v. 8, p. 571–575, 2006. DOI: https://doi.org/10.1097/01.gim.0000237867.34011.12.

REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-20, 2018.

REZENDE, L. *et al*. Physical activity during adolescence and risk of colorectal adenoma later in life: results from the Nurses' Health Study II. **British Journal of Cancer**, London, v. 121, p. 86–94, 2019. DOI: https://doi.org/10.1038/s41416-019-0454-1

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Complexo regulador. Exames Sob Gestão Municipal**, 2018. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/cr-acesso-tempo-exames-especializados-municipio.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Complexo regulador. Exames sob Gestão Municipal /Estadual**, 2021. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/cr-acesso-tempo-exames-especializados-estado.pdf. Acesso em: 14 mar. 2021.

ROMÃO, M. *et al.* Who are the ostomy patients and caregivers attending Portuguese community pharmacies? A cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, v. 20, n. 1, p. 914, Oct. 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05765-7.

ROSADO, S. R. **Equipamentos coletores/adjuvantes de estomizados intestinais e a assistência especializada**: a acessibilidade para o alcance da reabilitação. 2019. 227 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

ROSSI, M. *et al.* Colorectal cancer and alcohol consumption-populations to molecules. **Cancers**, Basel, v. 10, n. 2, p. 38, 2018. DOI: https://doi.org/10.3390/cancers10020038.

SAFATLE-RIBEIRO, A. V. *et al.* Rastreamento populacional organizado de câncer colorretal através de teste fecal imunoquímico em população selecionada da cidade de São Paulo: resultados parciais dos achados colonoscópicos. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 2-3, 2017. Suplemento 1.

SALOMÉ, G. M. *et al*. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 106-112, Jun. 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.02.002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632015000200106&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTA HELENA, F. G. *et al.* Atuais diretrizes do rastreamento do câncer colorretal: revisão de literatura. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 61, n.1, p. 76-83, 2017.

SANTOS, T. P.; CARVALHO, L. P.; SOUZA, E. C. R. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 31-38, 2013.

SANTOS JÚNIOR, J. C. M. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais IV - câncer de cólon - fatores clínicos, epidemiológicos e preventivos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 378-385, set. 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000300019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Boletim CEInfo Análise nº 06, novembro/2012**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 35 p.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Boletim ISA Capital 2015, nº 9, 2017**: rastreamento de câncer colorretal. São Paulo: CEInfo, 2017. 20 p.

SASAKI, V. D. M. *et al*. Serviço de saúde ao estomizado: perfil da clientela. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 232-239, set. 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-93632012000300005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632012000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 fev. 2021.

Sasaki, V. D. M.et al. Self-care of people with intestinal ostomy: beyond the procedural towards rehabilitation. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2021, v. 74, n. 1 [Accessed 26 August 2021], e20200088. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0088>. Epub 24 Mar 2021. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0088.

SCANDIUZZI, M. C. P.; CAMARGO, E. B.; ELIAS, F. T. S. Câncer colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. **Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 56, p.1-6, 2019.

SCEPANOVIC, M. *et al*. Faecal occult blood screening for colorectal cancer in Serbia: a pilot study. **European Journal of Cancer Prevention**, London, v. 26, n. 3, p. 195-200, 2016. DOI: https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000247.

SCHOEPFER, A. M. *et al.* Diagnostic delay in Crohn's disease is associated with a complicated disease course and increased operation rate. **American Journal of Gastroenterology**, Philadelphia, v. 108, n. 11, p. 1744-1753, Nov. 2013. DOI: https://doi.org/10.1038/ajg.2013.248.

SENA, J. F. *et al*. Perfil de estomizados com diagnóstico de neoplasias cadastrados em uma associação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, p. 873-880, 2017. Supl. 2.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p. 307-311, jun. 2007. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 de fev. 2021.

SILVA, L. F.; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, 2011.

SILVA, B. C.; LYRA, A. C.; ROCHA, R.; SANTANA, G. O. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis. **World Journal of Gastroenterology**, Pleasanton, v. 20, n. 28, p. 9458–9467, 2014.

SILVA, B. C. *et al*. The demographic and clinical characteristics of ulcerative colitis in a Northeast Brazilian population. **BioMed Research International**, New York, v. 2015, p. 359130, 2015.

SINHA, R. *et al.* Meat, meat cooking methods and preservation, and risk for colorectal adenoma. **Cancer Research**, Chicago, v. 65, n. 17, p. 8034-8041, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. **Colonoscopia reduz em 56% risco de morte por câncer de intestino**. 2021. Disponível em: https://sbcp.org.br/noticias/colonoscopia-reduz-em-56-risco-de-morte-por-cancer-de-intestino/. Acesso em: 13 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Rastreamento do câncer colorretal é negligenciado no Brasil**. 2017. Disponível em: https://sboc.org.br/noticias/item/815-rastreamento-do-cancer-colorretal-e-negligenciado-no-brasil. Acesso em: 1 abr. 2017.

SOETIKNO, R. M. *et al*. Increased risk of colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis: a meta-analysis. **Gastrointestinal Endoscopy**, St. Louis, v. 56, n. 1, p. 48–54, 2002.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M. A.; NORONHA, C. P. **O câncer no Brasil**: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012. Disponível em: http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/o_cancer_no_brasil_passado_e_presente.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

TESSER, C. D. Prevenção quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 36, p. 416-426, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.,** São Paulo, v. 23, n. 3, pág. 869-883, setembro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 de mar. 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011 .

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no sistema único de saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-

81232017223.18842016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. Número Especial. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500361&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

THANIKACHALAM, K.; KHAN, G. Colorectal cancer and nutrition. **Nutrients**, Basel, v. 11, n. 1, p. 164, Jan. 2019.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA JUNIOR, P. R.; DAMACENA, G. N.; SZWARCWALD, C. L. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 83-96, 2015. Supl. 2.

THOMPSON, N. J. *et al*. A randomized controlled trial of a clinic-based support staff intervention to increase the rate of fecal occult blood test ordering. **Preventive Medicine**, New York, v. 30, n. 3, p. 244–251, Mar. 2000.

TSOI, K. K. *et al.* Cigarette smoking and the risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, Philadelphia, v. 7, n. 6, p. 682-688.e1-5, Jun. 2009. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cgh.2009.02.016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. **Telecondutas**: pólipos colorretais. Porto Alegre: UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_polipo_colorretal.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, fev. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

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. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 160- 166, jun. 2010. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802010000200006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n2/v30n2a06.pdf. Acesso em: 13 mar. 2021.

VALLE, T. D.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25,

p. e2879, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100333&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2021.

VICTORIA, C. R.; SASSAKI, L. Y.; NUNES, H. R. C. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 1, n. 46, p. 20-25, 2009.

VILLERME, L. Resenha do estado físico e moral dos operários do algodão, lã e seda. In: **O Desafio da Epidemiologia**. Pub. Científica 505. Organização Panamericana de Saúde OPAS/OMS. Washington DC, 1991.

VINEIS, P.; WILD, C. P. Global cancer patterns causes and prevention. **The Lancet**, London, v. 383, n. 9916, p. 549-557, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613622242?casa_token=ksmWnwxndgkAAAAA:1oHg0sOQH_mPMMlBbQy9jbUvU9yO_6NiD12_qxpXLmK3yuNRyVxyXm8voo8TyD3_FgLlILij5dc. Acesso em: 12 mar. 2021.

WALTER, V. *et al*. Smoking and survival of colorectal cancer patients: systematic review and meta-analysis. **Annals of Oncology**, London, v. 25, n. 8, p. 1517-1525, 2014.

WOLF, A. M. D. *et al*. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. **CA**: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v. 68, n. 4, p. 251-281, Jul. 2018.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. **Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer**. 2018a. Disponível em: https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Colorectal-cancer-report.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. **Food, nutrition, and cancer**: a global perspective, 2018. London: WCRF, 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: the use and interpretation of Anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva: WHO, 1995. (Who technical report series, 854). Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003. Acesso em: 1 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Screening programmes:** a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits, and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Screening for various cancers**. 2021. Disponível em: http://who.int/cancer/detection/variouscancer/en/#. Acesso em: 1 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002. 180 p.

ZANDONA, B. *et al.* Prevalência de adenomas colorretais em pacientes com história familiar para câncer colorretal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-154, jun. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-98802011000200006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802011000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2021.

ZIPPI, M. *et al.* Extraintestinal manifestations in a large series of Italian inflammatory bowel disease patients. **World Journal of Gastroenterology**, Pleasanton, v. 20, n. 46, p. 17463–17467, 2014.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E DE REFERÊNCIA DE PESSOAS EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA PATOLOGIAS COLORRETAIS – ETAPA 1 – QUANTITATIVA

Hygia: _____ Registro HC: _____

N:

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E DE REFERÊNCIA DE PESSOAS EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA PATOLOGIAS COLORRETAIS - ETAPA 01 - QUANTITATIVA

Nº Participante _____ Unidade de Saúde de Referência: _____

Data da Coleta de Dados: ___/___/___ Início: _____ Término: _____

SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Data de Nascimento: ___/___/___**
2. **Idade: _____ (Anos completos)**
3. **Naturalidade: _____**
4. **Procedência: _____**
5. **Sexo: 5.1. Feminino ( ) 5.2.Masculino ( )**
6. **Raça / Cor de pele (Autorreferido):**
   6.1. Branca ( ) 6.2.Amarelo ( ) 6.3 Parda ( ) 6.4.Preta ( ) 6.5.Indígena ( )
7. **Grau de Escolaridade (anos de estudo): _____**
8. **Estado Civil: 8.1. Solteiro ( ) 8.2. Casado ( ) / União Estável ( )**

   8.3. Viúvo ( ) 8.4. Separado / Divorciado ( )

9. **9.1. Com Companheiro (a) ( ) 9.2. Sem Companheiro (a) ( )**

10. **Profissão (Formação): _____/ Ocupação: _____**

11. **Situação Laboral:**
    - **11.1. Ativo com carteira assinada ( )**
    - **11.2. Ativo sem carteira assinada ( )**
    - **11.3. Ativo autônomo ( )**
    - **11.4. Desempregado ( )**
    - **11.5. Afastado para tratamento de saúde ( )**
    - **11.6. Aposentado por tempo de contribuição ( )**

11.7. Aposentadoria por invalidez ( )

12. Renda

12.1. Renda Individual: R$ _____ Salários Mínimos ( ):

12.2. Renda Familiar: R$ _____ Salários Mínimos ( ):

Quem e quantas são as pessoas que contribuem com a renda familiar?

_____

13. Quantidade de Indivíduo beneficiados pela mesma renda familiar?

_____

14. Coabitação. 14.1. Sim ( ) 14.2. Não ( ) Reside com:_____

15. Tem plano de saúde privado? 15.1.Sim ( ) 15.2. Não ( ). Qual?

_____

I. DADOS CLÍNICOS

16. Dados Antropométricos (Mensuração com equipamentos do pesquisador adquiridos para a pesquisa).

Adulto:

16.1. Peso: kg 16.2. Estatura: cm IMC: Kg/m^2

17. Ao buscar assistência na APS apresentava queixas?

17.1. Sim ( ) 17.2. Não ( )

18. Queixas Intestinais:

18.1. Mudança de hábito intestinal ( )

18.2. Diarreia ( )

18.3. Dor Abdominal ( )

18.4 Tenesmo ( )

18.5. Sangramento ( )

18.6.Constipação

18.7. Outros ( )

18.8. Sem queixas ( )

19. Motivo do Encaminhamento para Proctologia ou Colonoscopia.

19.1. Queixa colorretal ( )

19.2. Demanda individual ( )

19.3. Demanda do profissional da APS ( )

20. Hipótese Diagnóstica na APS:_____

A. Hábitos de Vida

21. Prática de Atividade Física: 21.1 Sim ( ) 21.2. Não ( )

21.3. Se sim, Qual Atividade Física: _____

21.4. Quanto Tempo (em minutos): _____

21.5. Frequência: _____ vezes por semana.

22. Tabagismo: 22.1. Sim ( ) 22.2. Não ( )

Tempo de exposição: ____ em anos e meses

Número de cigarros/dia: _____

23.3. Se sim e parou, deixou de fumar há _____ anos.

24. Etilismo:

Consome bebida alcoólica? 24.1. Sim ( ) 24.2. Não ( )

24.4. Tipo de bebida? _____

24.4.1. Cerveja ( ) dose(s) - 330ml

24.4.2. Vinho ( ) dose(s) - 100 ml

24.4.3. Destilados ( ) dose(s) - 30 ml

~ 12 g de álcool puro				
330 ml de cerveja	=	100 ml de vinho	=	30 ml de destilado

24.5. Quantidade (em doses)? _____

24.6. Frequência_____ vezes na semana

24.7 Ex-etilista:

Se sim e parou, deixou de consumir álcool há _____ anos.

25. Frequencia Alimentar:

Quantas refeições faz ao longo do dia?		
	(1) Sim	(2) Não
1. Café da Manhã		
2. Lanche da Manhã		
3. Almoço		
4. Lanche da Tarde		
5. Jantar		
6. Ceia		

26. Consumo Alimentar:

Ontem você consumiu:	(1) SIM	(2) NÃO
26.1. Carne Vermelha (bovina / suína)		
26.2.Hambúrguer e/ou Embutidos (Presunto, Linguiça, Salsicha, Salame, Mortadela)		

27. Diagnóstico Colorretal

27.1. Câncer Colorretal ( )

27.2. Doença de Crohn ( )

27.3. Retocolite Ulcerativa ( )

27.4. Megacólon Chagásico ( )

27.5. Hemorroidas ( )

27.6. ( ) Outras _____

28.Tipo de tratamento submetido no serviço especializado:

Tipo de Tratamento		Data de Início
Cirurgia	Sim ( ) Não ( )	
Quimioterapia	Sim ( ) Não ( )	
Radioterapia	Sim ( ) Não ( )	
Terapia Imunológica	Sim ( ) Não ( )	
Imunossupressores	Sim ( ) Não ( )	

29. Acessou serviço especializado (Proctologia / Colonoscopia) até a data da entrevista? 29.1. Sim ( ) 29.2. Não ( )

30. Foi submetido a exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes?

30.1. Sim ( ) 30.2. Não ( )

Sem Sim, resultado: 1. Positivo ( ) 2. Negativo ( )

31.Comorbidades

1.Hipertensão Arterial Sistêmica ( )

2.Diabetes Mellitus ( )

3.Doença de Chagas ( )

4.Outras Neoplasias ( )

5.Polipose Adenomatosa Familiar ( )

6.Outras ( )

32. Histórico Familiar para Doenças Crônicas Colorretais:

32.1.Sim ( ) 32.2. Não ( )

Se sim Quais?_____

Quem são os Familiares?_____

33.

ATENDIMENTO NA APS POR QUEIXA COLORRETAL	SOLICITAÇÃO DO EXAME DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	ENCAMINHAMENTO SERVIÇO ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO (COLOPROCTOLOGIA)	REALIZAÇÃO DO EXAME DE COLONOSCOPIA	COLONOSCOPIA SOLICITADA PELO ATENDIMENTO DA APS	
					1.S	2.N

32. Tempo total (em meses) entre o encaminhamento e o atendimento no serviço especializado: _____

33. Tempo (em meses) entre o encaminhamento e a resolutividade da queixa (início do tratamento definitivo) _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E DE REFERÊNCIA DE PESSOAS EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA PATOLOGIASCOLORRETAIS – ETAPA 1 – QUANTITATIVA

Registro HC: _____

N:

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E DE REFERÊNCIA DE PESSOAS EM INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA PARA PATOLOGIAS COLORRETAIS - ETAPA 02- QUANTITATIVA.

CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS

Nº Participante _____

Data da Internação: ___/___/___

Data da Coleta de Dados: ___/___/___

Dias decorridos da internação até a entrevista: ___ dias.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. **Data de Nascimento: ___/___/___**
2. **Idade: _____ (Anos completos)**
3. **Naturalidade: _____**
4. **Procedência: _____**
5. **Sexo: 5.1. Feminino ( ) 5.2.Masculino ( )**
6. **Raça / Cor de pele (Autorreferido): 6.1. Branca ( ) 6.2.Amarelo ( ) 6.3 Parda ( ) 6.4.Preta ( ) 6.5.Indígena ( )**
7. **Grau de Escolaridade (anos de estudo): _____**
8. **Estado Civil: 8.1. Solteiro ( ) 8.2. Casado ( ) / União Estável ( )**

   8.3. Viúvo ( ) 8.4. Separado / Divorciado ( )

9. **9.1. Com Companheiro (a) ( ) 9.2. Sem Companheiro (a) ( )**

10. **Profissão: _____/ Ocupação: _____**

11. **Situação Laboral**:

11.1. Ativo com carteira assinada ( )

11.2. Ativo sem carteira assinada ( )

11.3. Ativo autônomo ( )

11.4. Desempregado ( )

11.5. Afastado para tratamento de saúde ( )

11.6. Aposentado por tempo de contribuição ( )

11.7. Aposentadoria por invalidez ( )

12. **Renda**

12.1. Renda Individual: R$ _____ Salários Mínimos ( ):

12.2. Renda Familiar: R$ _____ Salários Mínimos ( ):

Quem e quantas são as pessoas que contribuem com a renda familiar?

_____

13. **Quantidade de Indivíduo beneficiados pela mesma renda familiar?**

_____

14. **Coabitação. 14.1. Sim ( ) 14.2. Não ( ) Reside com:_____**

15. **Tratamento foi realizado em qual tipo / esfera de assistência à saúde.**

1. **SUS ( )**
2. **Privado ( )**
1. **Plano de Saúde Suplementar ( )**

16. **Tratamento iniciado em qual nível de complexidade do serviço de saúde.**

2. **APS ( )**
3. **Serviço Ambulatorial Secundário ( )**
4. **Serviços de Urgência – UPA / Pronto Socorro ( )**

17. Tem plano de saúde privado? 15.1.Sim ( ) 15.2. Não ( ). Qual?

I. DADOS CLÍNICOS:

18. Dados Antropométricos (Mensuração com equipamentos do pesquisador adquiridos para a pesquisa).

18.1. Peso: kg 18.2. Estatura: m IMC: Kg/m^2

19. Ao buscar assistência apresentava queixas?

19.1. Sim ( ) 19.2. Não ( )

20. Queixas Intestinais:

20.1. Mudança de hábito intestinal ( )

20.2. Diarreia ( )

20.3. Dor Abdominal ( )

20.4 Tenesmo ( )

20.5. Sangramento ( )

20.6. Constipação ( )

20.7. Outros ( )

20.8. Sem queixas ( )

21. Motivo do Encaminhamento para Proctologia ou Colonoscopia.

21.1. Queixa colorretal ( )

21.2. Demanda do profissional da APS ( )

22. Hipótese Diagnóstica: _____

A. Hábitos de Vida

23. Prática de Atividade Física: 23.1 Sim ( ) 23.2. Não ( )

23.3. Se sim, Qual Atividade Física: _____

23.4. Quanto Tempo (em minutos): _____

23.5. Frequência: _____ vezes por semana.

24. Tabagismo: 24.1. Sim ( ) 24.2. Não ( )

Tempo de exposição: ____ em anos e meses

Número de cigarros/dia: _____

24.3. Se sim e parou, deixou de fumar há _____ anos.

25. Etilismo:

Consome bebida alcoólica? 25.1. Sim ( ) 25.2. Não ( )

25.3. Tipo de bebida? _____

25.4.1. Cerveja ( ) dose(s) - 330ml

25.4.2. Vinho ( ) dose(s) - 100 ml

25.4.3. Destilados ( ) dose(s) - 30 ml

25.5. Quantidade (em doses)? _____

25.6. Frequência_____ vezes na seman

~ 12 g de álcool puro				
330 ml de cerveja	=	100 ml de vinho	=	30 ml de destilado

25.7 Ex-etilista:

Se sim e parou, deixou de consumir álcool há _____ anos.

26. Diagnóstico Colorretal

1. Câncer Colorretal ( )
2. Doença de Crohn ( )
3. Retocolite Ulcerativa ( )
4. Megacólon Chagásico ( )
5. Hemorroidas ( )
6. ( ) Outras _____

27.Tipo de tratamento submetido no serviço especializado:

Tipo de Tratamento		Data de Início
Cirurgia	Sim ( ) Não ( )	
Quimioterapia	Sim ( ) Não ( )	
Radioterapia	Sim ( ) Não ( )	
Terapia Imunológica	Sim ( ) Não ( )	
Imunossupressores	Sim ( ) Não ( )	

28.Comorbidades

1.Hipertensão Arterial Sistêmica ( )

2. Diabetes Mellitus ( )

3. Doença de Chagas ( )

4. Outras Neoplasias ( )

5. Polipose Adenomatosa Familiar ( )

6.Outras ( )

29. Apresentava estomia antes desta internação?

1.Sim ( )

2. Não ( )

Qual tipo?

30. Foi submetido a cirurgia colorretal?

Quais:

_____

31. Foi necessário confecção de estomia?

1.Sim ( )

2. Não ( )

Qual tipo?

_____

32. Histórico Familiar para Doenças Crônicas Colorretais:

_____

1.Sim ( ) 2. Não ( )

Se sim, quais?_____

Quem são os Familiares?_____

33. Tempo total (em meses) entre os primeiros sintomas e o atendimento no serviço especializado: Tempo Estimado em meses: _____

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVO - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA COM QUESTÕES NORTEADORAS - ETAPA 02- QUALITATIVA

Nº Participante _____

Será solicitado permissão para realizar a gravação em áudio ao participante após assinatura do TCLE.

“Conte-me o que aconteceu, desde quando teve os primeiros sinais e sintomas de problemas no seu intestino até você chegar para o tratamento no hospital";

"Para você, o que significou o tratamento recebido, desde a APS, passando pela unidade de saúde, todos os atendimentos que recebeu, os exames realizados e agora a cirurgia?

APENDICE D - REFERÊNCIAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

BENNING, T. M. *et al*. Preferences for potential innovations in non-invasive colorectal cancer screening: a labeled discrete choice experiment for a dutch screening campaign. **Acta Oncologica**, Stockholm, v. 53, n. 7, p. 898-908, 2014.

GARCIA-DOMINIC, O. *et al*. Barriers to CRC Screening among latino adults in Pennsylvania: ACCN results. **American Journal of Health Behavior**, Oak Ridge, v. 36, n. 2, p. 153-167, 2012.

HAGOEL, L.; RENNERT, G.; FEDER-BUBIS, P. Laypersons' views of material incentives for enhancing colorectal cancer screening. **Health Expectations**, Oxford, v. 18, p. 1194–1203, 2013.

HINES, R. *et al*. Geographic residency status and census tract socioeconomic status as determinants of colorectal cancer outcomes. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 104, n. 3, p. 63-71, 2014.

HONEIN-ABOUHAIDAR, G. N. *et al*. Evaluating the impact of public health initiatives on trends in fecal occult blood test participation in Ontario. **BMC Cancer**, London, v. 14, p. 537, Jul. 2014.

JACOB, B. J. *et al*. Effect of colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: an instrumental variable analysis. **Gastrointestinal Endoscopy**, St. Louis, v. 76, n. 2 p. 355-364, 2012.

KNUDSEN, A. B. *et al*. Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies modeling study for the US preventive services task force. **JAMA**, Chicago, v. 315, n. 23, p. 2595–2609, 2016.

LE BRETON, J. *et al*. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 55, n. 52, p. 488-492, 2012.

MARUTHAPPU, M. *et al*. Unemployment, public-sector healthcare expenditure and colorectal cancer mortality in the European Union: 1990–2009. **International Journal of Public Health**, Lausanne, v. 61, p. 119–130, 2016.

MAY, F. P.; BROMLEY, E. G., REID, M. W. Low uptake of colorectal cancer screening among african americans in an integrated Veterans Affairs Health Care Network. **Gastrointestinal Endoscopy**, St. Louis, v. 80, n. 2, p. 291-298, 2014.

MIRANDA, P. Y. *et al*. Using colorectal trends in the U.S. to identify unmet primary care needs of vulnerable populations. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 55, p.131-136, 2012.

NORWATI, D.; HARMY, M. Y.; NORHAYATI, M. N.; AMRY, A. R. Colorectal cancer screening practices of primary care providers: results of a national survey

in Malaysia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 15, n. 6, p. 2901-2904, 2014.

OJINNAKA, C. O.; CHOI, Y.; KUM, H.; BOLIN, J. N. Predictors of colorectal cancer screening: does rurality play a role? **Journal of Rural Health**, Oxford, v. 31, p. 254-268, 2015.

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

OLIVER, J. S. *et al*.
Differences in colorectal cancer risk knowledge among alabamians: screening implications. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 43, n. 1, p. 77-85, 2016.

ORTIZ-ORTIZ, K. J. *et al*. Effects of type of health insurance coverage on colorectal cancer survival in Puerto Rico: a population- based study. **PLoS One**, San Francisco*,* v. 9, n. 5, 2014.

PALMER, N. R. *et al*. Transitioning from active treatment: colorectal cancer survivors' health promotion goals. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 11, n. 2, p. 101-109, 2013.

PARTIN, M. R. *et al*. Levels and variation in overuse of fecal occult blood testing in the Veterans Health Administration. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 27, n. 12, p. 1618-1625, 2012.

PIGNONE, M. P. *et al*. Using a discrete choice experiment to inform the design of programs to promote colon cancer screening for vulnerable populations in North Carolina. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, p. 611, 2014.

PITTS, S. B. J. *et al*. “Fault-line of an Earthquake”: a qualitative examination of barriers and facilitators to colorectal cancer screening in rural, Eastern North Carolina. **Journal of Rural Health**, Oxford, v. 29, p. 78-87, 2013.

RHOADS, K. F. *et al*. How do integrated health care systems address racial and ethnic disparities in colon cancer? **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 33, n. 8, p. 854-860, 2015.

STOCK, D.; PASZAT, L. F.; 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. **Gastrointestinal Endoscopy**, St. Louis, v. 84, n. 1, p. 133-141, 2016.

WARD, P. R. *et al*. Institutional (mis) trust in colorectal cancer screening: a qualitative study with Greek, Iranian, Anglo-Australian and Indigenous groups. **Health Expectations**, Oxford, v. 18, n. 6, p. 2915-2927, 2015.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 210/2018, de 29/08/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 29 de agosto de 2018.

Protocolo CAAE: 90599518.9.0000.5393

Projeto: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS COM PATOLOGIAS COLORRETAIS NO SISTEMA PÚBLICO: A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Pesquisadores: Lívia Módolo Martins
Helena Megumi Sonobe (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Helena Megumi Sonobe
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - PROTOCOLO ENCAMINHAMENTO PARA COLONOSCOPIA DA SECRETARTIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO

COLONOSCOPIA

Principais motivos do encaminhamento:

- Suspeita de neoplasia colorretal, quando sintomáticos, na investigação de sangramento gastrointestinal, após no qual já foi excluída a origem do sangramento no trato gastrointestinal superior ou na suspeita de doença inflamatória intestinal;
- Investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida, tratada sem resposta, sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial;
- Sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orificial;
- Rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipo adenomatoso avançado;
- Pacientes acima de 50 anos com PSO positivo.

Acompanhamento de lesões pré-malignas com potencial neoplásico.

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
Pólipos hiperplásicos pequenos (< 10 mm) no reto ou sigmóide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (< 10 mm)	5 a 10
Lesões pré-malígnas de maior potencial neoplásico	Acompanhar em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
1 ou mais adenomas tubulares, maior 10 mm	3
1 ou mais adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo serrátil séssil < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrátil > 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrátil	1

Atualizado em agosto de 2020

Priorização:

- **Alta**: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória, muito sintomático e critério de alta suspeita de neoplasia colorretal*.
- **Média**: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória, sintomático.
- **Baixa**: sangramento gastrointestinal, doença inflamatória, assintomático.

Observações importantes:

* alta suspeita de neoplasia colorretal:

- Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico e/ou de imagem: o encaminhamento pode ser feito ao especialista sem colonoscopia prévia;
- **Idade superior a 50** anos com sangramento retal e/ou outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente;
- **Idade superior a 50** anos com sangramento retal não atribuível à doença orificial;
- **Idade superior a 40** anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal e/ou retal, tenesmo sem origem identificada.

Informações necessárias para encaminhamento:

- **História clínica e exame físico**: sinais e sintomas, tempo de evolução, fatores associados à melhora ou piora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, frequência dos sintomas, etc;
- **Exames complementares**: descrever os exames realizados. (pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, ferro, ferritina, resultado de exame de imagem, se realizado, com data);
- Hipótese diagnóstica – enumerar;
- Resultado de colonoscopia prévia se realizada e biópsia, com data;
- História familiar de câncer colorretal ou pólipo adenomatoso (sim ou não) se sim, qual o parentesco;
- Paciente possui comorbidades associadas (HIV, hepatite, doença renal crônica, hepatopatia...)

Atualizado em agosto de 2020

ANEXO C - PROTOCOLO ENCAMINHAMENTO PARA PROCTOLOGIA DA SECRETARTIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO-SP

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA PROCTOLOGIA

Principais motivos do encaminhamento:

1. Hemorroidas internas ou mistas que continuam com sintomas após tratamento conservador por 02 meses (suplementação alimentar de fibras, aumento de ingesta hídrica, minimizar o uso de papel higiênico com uso de medicação específica de alívio com pomadas tópica e venotonicos).
2. Hemorroidas internas com grau III (prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal) e IV (sempre prolapsadas com redução manual inefetiva)

Grau	Apresentação Clínica
I	Sangramento, sem prolapso durante a evacuação
II	Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal
III	Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal
IV	Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva

3. Fissura anal recorrente / refratária ao tratamento clínico conservador por 02 meses
4. Fistulas anais (caso suspeito com secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes)
5. Condiloma acuminado/verrugas virais
6. Prolapso retal, retocele ou procedência retal
7. Prurido anal crônico (sem melhora com anti parasitários e sem existência de Tinea Cruris), tenesmo intestinal e plicomas.
8. Alteração do hábito intestinal: diarreia crônica (mais de 30 dias) ou constipação intestinal de inicio abrupto ou constipação refratária ao tratamento inicial (leite de magnésio, óleo mineral, lactulona, fibras solúveis e insolúveis, lactobacilos)
9. Doença diverticular do colon (casos sintomáticos e/ou casos com diverticulite recorrentes)
10. Pólipos de cólon (adenomas de baixo e alto grau, histórico familiar de polipose). OBSERVAÇÃO: POLIPOS HIPERPLASICOS PODEM SER SEGUIDOS NA UBS
11. Doença inflamatória intestinal (sinal de doença em atividade: sangramento abundante, mucorreia, diarreia com muco e /ou sangue, dor abdominal, emagrecimento, anemia, fistulas)

12. Cisto pilonidal (fase aguda deverá ser tratado com antibiótico ou enviado a nível hospitalar par drenagem cirúrgica)
13. Proctalgia crônica e persistente sem alterações detectáveis ao exame físico,
14. Incontinência anal com escape fecal

Informações necessárias para o encaminhamento:

1. Historia clinica sucinta: evolução do quadro , habito intestinal , dieta atual, presença de sangue nas fezes, medicamentos utilizados e tratamentos realizados, nos casos de cirurgia previa informar o serviço que foi realizado, informar doenças
2. Exame físico:descrição da lesão, presença de sangue, fissura, prolapso, hemorroida (grau) e sinais associados .
3. Exames complementares: enviar resultados de exames pertinentes ao caso
4. Hipóteses diagnosticas: enumerar
5. Tratamento: citar os tratamentos empregados previamente. Na ausência das informações necessárias, o encaminhamento será indeferido.
6. Comorbidades associadas
7. IMC
8. Numero cross

Atualização Outubro de 2019 pela equipe de proctologia da SMS