



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE PESQUISAS EM ONCOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ONCOLOGIA E CIÊNCIAS
MÉDICAS

Meib Nascimento Marques

**CÂNCER GASTROINTESTINAL:
DIFICULDADES PARA O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO**

Belém - PA
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE PESQUISAS EM ONCOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ONCOLOGIA E CIÊNCIAS
MÉDICAS

**CÂNCER GASTROINTESTINAL:
DIFICULDADES PARA O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO**

Autora: Meib Nascimento Marques

Orientadora: Prof^a. Dra. Lizomar de Jesus

Maués Pereira Moia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Oncologia e Ciências Médicas, área de concentração: Medicina I, do Núcleo de Pesquisas em Oncologia da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Oncologia e Ciências Médicas.

Belém - PA

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE SEJA CITADA A FONTE.

Catálogo-na-Publicação
Biblioteca do ICS/UFPA

Meib Nascimento Marques.

Câncer Gastrointestinal: Dificuldades para o acesso ao diagnóstico e tratamento / Meib Nascimento Marques. – 2013.

74 f.: Il.

Orientadora: Prof. Dra. Lizomar de Jesus Maués Pereira Mória.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Pesquisas em Oncologia, Programa de Pós-Graduação em Oncologia e Ciências Médicas.

1. Câncer. 2. Estômago – Doenças. I. Mória, Lizomar de Jesus Maués Pereira, orient. II. Título.

CDD 23. ed.: 616.994

Meib Nascimento Marques

Câncer Gastrointestinal: Dificuldades para o acesso ao diagnóstico e tratamento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Oncologia e Ciências Médicas do Núcleo de Pesquisas em Oncologia da Universidade Federal do Pará, para a obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 24/01/2014

Banca Examinadora

Prof. Dra. Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Paulo Pimentel de Assumpção
Universidade Federal do Pará

Prof. Dra. Samía Demachki
Universidade Federal do Pará

Prof. Dra. Marília de Souza Araujo
Universidade Federal do Pará

Dedico essa pesquisa a todos os pacientes com câncer que conseguem manter a serenidade diante das adversidades durante o tratamento e, que ainda assim, mostram-se dispostos a colaborar com as pesquisas, nunca perdendo a esperança de cura.

AGRADECIMENTOS

Ao coordenador do curso, Dr. Paulo Assumpção, pelas ideias inovadoras e incentivo à pesquisa.

A minha orientadora Dra. Lizomar de Jesus Maués Pereira Moia por sua disposição e desejo de colaborar com a construção do conhecimento científico.

A minha amiga Ana Patrícia Vasconcelos por sua disposição em ajudar, sempre incentivando, dividindo experiências e, principalmente, por acreditar no meu trabalho.

Aos meus colegas de trabalho Socorro Lima, Helena Blanches, Elizabeth Pantoja, Maria José Nascimento, Edileuza Lima, Daniel Cohen e Rosinda Moreira pelo apoio, ideias e sugestões pontuais à realização dessa dissertação.

A todos os professores e colegas do curso, especialmente a Dra. Samia Demachki e Dr. Carlos Onete pelas discussões, orientações e experiências compartilhadas.

Aos colegas do UNACON e Ophir Loiola, por sua dedicação e esforço em colaborar com a pesquisa.

Ao meu esposo, Ivo Marques, por participação direta na construção do texto, além de todo carinho e compreensão demonstrado nas horas difíceis.

Aos meus pais e filhos, por todo amor dedicado, fonte de inspiração e força.

“Algo só é impossível até que alguém duvide e
acabe provando o contrário”

Albert Einstein

RESUMO

O câncer do trato gastrointestinal tem sua importância no perfil de mortalidade do Brasil, estando entre os dez mais incidentes do país. A detecção precoce garante uma melhor qualidade de vida para os doentes oncológicos, porém frequentemente estes chegam aos centros de tratamento em fase avançada da doença. O estudo objetiva investigar as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento para os pacientes com câncer gastrointestinal atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Com este intuito, realizou-se uma pesquisa observacional descritiva e sob a forma de um questionário foram coletados dados de pacientes em tratamento em dois hospitais públicos de Belém, no período de março a junho de 2013. Preencheram os critérios de inclusão 122 pacientes que foram agrupados em diferentes trajetórias de atendimento. Além disso, foram também obtidas informações registradas nos prontuários desses pacientes. A análise dos dados demonstrou que o diagnóstico da doença em 68,1% foi realizado pelo médico generalista; a maior dificuldade, nessa fase, foi o acesso ao diagnóstico gerando gastos com exames, pois a maioria dos pacientes (68,9%) não realizou exames especializados através do Sistema Único de Saúde, mas com recursos próprios. Nos centros/ unidades de referência em oncologia, as dificuldades relatadas por 56 pacientes começam com a marcação da consulta médica, ocorrendo demora do agendamento pela instituição para 94,6% desses doentes. A falta de leito para internação foi apontada como o maior entrave (54,4%) para iniciar a terapêutica cirúrgica, particularmente para o câncer gástrico e de cólon e reto. A análise das trajetórias percorridas pelos doentes, desde o início dos sintomas até o atendimento na unidade de referência, revela que o diagnóstico da doença em 50% dos pacientes ocorreu somente após 10 meses do início dos sintomas, e o tratamento iniciou só depois de 90 dias do diagnóstico. O tempo que os pacientes permanecem sintomáticos sem um diagnóstico impacta negativamente no prognóstico. Nesta pesquisa, os casos de câncer gástrico e de cólon e reto foram diagnosticados tardiamente (estádio IV e IIIB) e, por conseguinte o tratamento não ocorreu no prazo desejável.

Palavras-chave: Câncer gastrointestinal. Acesso ao Diagnóstico. Acesso ao Tratamento.

ABSTRACT

Cancer of the gastrointestinal tract has its importance in mortality profile of Brazil, being among the ten most incidents in the country. Early detection ensures better life quality for cancer patients, but often these arrive at treatment centers in advanced stage of the disease. The study investigates the difficulties of access to diagnosis and treatment for patients with gastrointestinal cancer treated by the Unified Health System. To this end, we performed a descriptive, in the form of a questionnaire survey observational database of patients undergoing treatment were collected in two public hospitals in Belém, in the period from March to June 2013.. Fulfilled the inclusion criteria 122 patients were grouped in different trajectories. In addition, were also obtained information registered in the records of these patients. The analysis of the data obtained showed that the diagnosis of the disease in 68.1% was held by the general practitioner; the greatest difficulty at that stage, was access to diagnostic tests, because spending generating the majority of patients (68.9%) did not carry out specialized examinations through the Unified Health System, but with its own resources. In the centers/units of references in Oncology, the difficulties reported by 56 patients begin with the appointment of medical consultation, schedule delay occurring by the institution for 94.6% of these patients. The lack of bed for hospitalization was cited as the biggest obstacle (54.4%) to start surgical therapy, particularly for gastric cancer and colon and rectum. The analysis of the trajectories followed by patients, since the beginning of the symptoms until the attendance in the references reveals that the diagnosis of the disease in 50% of patients occurred only 10 months after the start of symptoms, and the treatment began only after 90 days of diagnosis. The time that patients remain symptomatic without a diagnosis impacts negatively on the prognosis. In this research, the cases of gastric cancer and colon and rectum were diagnosed late (stage IV and IIIB) and therefore the treatment did not occur within desirable.

Keywords: Gastrointestinal Cancer. Access to diagnosis. Access to treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Estadiamento por grupos prognósticos e taxa de sobrevida em 5 anos para adenocarcinoma gástrico	23
Quadro 2 -	Estadiamento por grupos prognósticos e taxa de sobrevida em 5 anos para adenocarcinoma colorretal	27
Gráfico 1 -	Curvas de sobrevida em 5 anos segundo estágio clínico, para pacientes com câncer de cólon e reto assistidos no INCA/HCL, Rio de Janeiro (1992-1996)	31
Fluxograma 1 -	Linha de cuidado no Câncer	36
Esquema 1 -	Trajetórias percorridas por 122 pacientes com câncer GI desde o início dos sintomas até a chegada ao hospital/ unidade de referência oncológica	45
Gráfico 2 -	Curvas do tempo decorrido (meses) conforme as medianas das 3 trajetórias: Trajetória 1 (n=77), trajetória 2 (n=28) e trajetória 3 (n=14)	54
Gráfico 3 -	Curva do tempo decorrido entre o início dos sintomas de 122 pacientes com câncer GI até o diagnóstico da doença.	55
Gráfico 4 -	Curva do tempo decorrido entre o diagnóstico (biopsia) do câncer GI de 122 pacientes e o início do tratamento da doença	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária	19
Tabela 2 -	Pará e Belém. Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária	20
Tabela 3	Comparação entre os atendimentos de radioterapia, quimioterapia e cirurgias oncológicas e a demanda estimada, Brasil – 2010	38
Tabela 4 -	Comparação entre os procedimentos cirúrgicos e sua demanda estimada, Brasil -2010	39
Tabela 5 -	Déficit da capacidade instalada na Rede de Assistência Oncológica no Brasil	40
Tabela 6 -	Características gerais de 122 pacientes com câncer gastrointestinal.	47
Tabela 7 -	Distribuição da atitude dos pacientes ao se depararem com os sintomas iniciais do câncer GI	48
Tabela 8 -	Distribuição das características gerais da fase de realização de exames especializados pelos 122 pacientes com câncer GI	49
Tabela 9 -	Atendimento médico especializado realizado por 43 pacientes com câncer GI	49
Tabela 10 -	Dificuldades para marcar consulta para 56 pacientes com câncer GI nas unidades/centros de referência	50
Tabela 11 -	Dificuldades relatadas por 122 pacientes com câncer GI para iniciarem o tratamento nas Unidades de referência em oncologia	50
Tabela 12 -	Estadiamento dos 122 pacientes com câncer GI ao iniciarem o tratamento conforme os tipo histológicos de câncer mais frequentes: Cólon e reto (n=53) e Gástrico (n=57)	51
Tabela 13 -	Trajectoria 1: Tempo (meses) decorrido conforme os percentis (P20, P30, p40, P50, P60 e P70) em uma amostra de 77 pacientes	52

Tabela 14 - Trajetória 2: Tempo (meses) decorrido conforme os percentis (P20, P30, p40, P50, P60 e P70) em uma amostra de 28 pacientes	52
Tabela 15 - Trajetória 3: Tempo (meses) decorrido conforme os percentis (P20, P30, p40, P50, P60 e P70) em uma amostra de 14 pacientes	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AJCC	The American Joint Committee of Cancer
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CaG	Carcinoma Gástrico
CaGI	Câncer Gastrointestinal
CCR	Câncer Colorretal
CE	Câncer de Esôfago
CHC	Carcinoma Hepatocelular
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
GI	Gastrointestinal
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAO	Programa Nacional de Atenção Oncológica
RCU	Retocolite ulcerativa
RHC	Rede Hospitalar de Cancer
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UICC	International Union Against Cancer
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	14
I.1	OBJETIVOS.....	17
I.2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
I.2.1	O CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	18
I.2.2	O CÂNCER GASTROINTESTINAL	20
I.2.2.1	Câncer de esôfago (CE)	21
I.2.2.2	Câncer Gástrico (CaG)	22
I.2.2.3	Câncer de Pâncreas	24
I.2.2.4	Câncer do Fígado	24
I.2.2.5	Câncer Colorretal (CCR)	25
I.2.3	AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL	27
I.2.4	RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE	28
I.2.5	AUTOMEDICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER	29
I.2.6	ESTADIAMENTO E SOBREVIVÊNCIA	30
I.2.7	TRATAMENTO DO CÂNCER NO SUS	31
I.2.8	O PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA	32
I.2.9	LEIS QUE NORTEIAM A PNAO	34
I.2.10	LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER	35
I.2.11	ACESSO A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL	36
I.2.12	O PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO PARÁ	41
II	METODOLOGIA	43
II.1	TIPO DE ESTUDO	43
II.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	43
II.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
II.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	46
III	RESULTADOS	47
III.1	ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS DOS PACIENTES ATÉ O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA	51
III.2	ANÁLISE COMPARATIVA DAS 3 TRAJETÓRIAS	53
IV	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
V	CONCLUSÃO	60
VI	REFERÊNCIAS	62
VI	APÊNDICES	67

I INTRODUÇÃO

Em 1971, os Estados Unidos, por meio da publicação do *National Cancer Act* deflagrou uma guerra com um impacto midiático mundial que ecoa até hoje (HOFF et al, 2013). Uma guerra contra uma moléstia que se tornou comum a todos os países, e que tem assombrado a população do mundo inteiro, com índices de incidência que crescem a cada ano - o câncer. Essa doença, de origem genética, já é a segunda causa de óbito no mundo, tornando-se assim um grave problema de saúde pública. (BRASIL, 2003).

Gradativamente, nas últimas quatro décadas, o câncer deixou de ser uma doença dos países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) dos dez milhões de casos novos diagnosticados anualmente, cinco milhões e meio estão nos países em desenvolvimento. Há registros que, tanto em termos de incidência, quanto em mortalidade, existe uma maior carga de doença produzida por câncer nas regiões menos desenvolvidas do planeta, com um percentual de 56% dos casos novos e 645 das mortes só no ano de 2008 (HOFF et al, 2013).

Com o intuito de controlar esse mal, de um lado temos a ciência que avança com seus estudos pós-genômicos e moleculares em busca de maior precisão nos diagnósticos e indicação terapêutica dos tumores, de outro temos a multiplicação de estratégias de prevenção e tratamento, orquestradas pelas políticas públicas de saúde, voltadas para prevenção do câncer em todos os seus níveis.

No Brasil, a situação não tem sido diferente. Demonstrou sua preocupação com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade norteiam assistência à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Mas, foi somente em 1998 que entrou efetivamente nessa guerra, com a publicação da portaria nº 3.535/GM (BRASIL,1998), pioneira em estabelecer requisitos de garantia ao atendimento integral dos doentes e parâmetros para o atendimento da assistência oncológica e, mais ainda em 2005, quando o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria nº 2.439, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica no país (PNAO), contemplando ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados Paliativos, devendo ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e

as Secretárias de Saúde dos estados e municípios, respeitadas suas competências (BRASIL, 2005).

Toda essa organização tem como único objetivo a redução da incidência e a mortalidade por câncer no Brasil, por meio de ações contínuas que levem a conscientização da população quanto aos fatores de risco para o câncer, que promovam a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e que garantam o acesso a um tratamento equitativo e de qualidade para os doentes oncológicos em todo território nacional (INCA, 2006).

No entanto, Lopes et al. (2010) afirma que essas ações não podem deixar de considerar a distribuição diferenciada dos casos novos câncer entre os estados e capitais, que varia segundo o tipo de tumor e a região do país, o que possivelmente ocorre devido as diferentes exposições da população aos fatores de risco ambientais e das condições de vida resultante das desigualdades sociais existentes. Para Hoff et al (2013) deve considerar também as diferenças quanto ao risco absoluto de adoecimento e as taxas de sobrevida, acentuadas pelo desnível no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da doença.

Nesse contexto, o câncer do trato Gastrointestinal (GI) tem sua importância para perfil de mortalidade no Brasil, uma vez que está entre os dez mais incidentes no país. Na região Norte se destaca o câncer de estômago e o de colón e reto que são o segundo e quarto mais incidente entre os homens, respectivamente (INCA, 2012). Essas neoplasias pertencem a um grupo que pode ter melhora na qualidade e aumento na expectativa de vida, se detectados o mais cedo possível, com possibilidade de cura, particularmente, o câncer de intestino, que por suas características evolutivas, pode ser diagnosticado precocemente, pois permite rastreamento de lesões sabidamente pré- malignas com o os pólipos neoplásicos (adenomas) e a polipose adenomatosa familiar (BRASIL 2003; QUILICI e CORDEIRO, 2004).

A detecção precoce do câncer GI seria o ideal, porém não é o que acontece, os pacientes frequentemente chegam aos centros específicos de tratamento oncológico em fases avançadas da doença, o que propicia maiores gastos e menor efetividade no tratamento (HOFF et al, 2013), como acontece com um grande numero de pacientes com câncer gástrico que como são diagnosticados tardiamente apresentam uma sobrevida menor que 12 meses (CATALANO, 2005).

Uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a Política de Atenção oncológica no Brasil identificou carências na estruturação da rede de atenção oncológica que impossibilitam o acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer (TCU, 2011). Outra análise foi realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010) através dos dados da Rede hospitalar de Câncer (RHC) de cinco estados brasileiros, referente aos casos de câncer diagnosticados em 2007, onde demonstrou que o tempo médio de espera apurado para o início do tratamento é de 70,3 dias. Essa tempestividade detectada para o início do tratamento se contrapõe a lei nº 12.732/2012 que garante aos pacientes com neoplasia malignas, atendidos pelo SUS, o início do tratamento no prazo máximo de sessenta dias, a partir da confirmação do diagnóstico.

Nos estudos do INCA (2010), o Pará apresentou um dos menores percentuais de atendimento quimioterápico e cirúrgico do Brasil. Esses dados demonstram claramente que há dificuldades de acesso ao tratamento da doença pela população. Dessa forma tornou-se fundamental para nortear o planejamento e inclusão de ações alvo-específicas, que viabilizem o fluxo de atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, investigar onde estão realmente e quais são os gargalos da assistência prestada aos doentes com câncer GI, que buscam os serviços ofertados pelo SUS, e que podem retardar a implementação da terapêutica.

I.1 OBJETIVOS

➤ GERAL

- Investigar as dificuldades para o acesso ao diagnóstico e tratamento do Câncer Gastrointestinal.

➤ ESPECÍFICOS:

- Identificar os tipos de trajetórias que os doentes com câncer GI percorrem no Sistema único de Saúde para conseguirem diagnosticar e tratar a doença.
- Especificar o tempo decorrido entre o diagnóstico do câncer GI e o início da terapêutica.
- Identificar o estágio da doença quando os pacientes iniciam o tratamento.

I.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

I.2.1 O CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O termo câncer refere-se a um processo anômalo, lógico e coordenado de proliferação celular, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais, formando uma massa de células desordenadas, o tumor (OTTO, 2002).

Atualmente, o câncer é considerado um grave problema de saúde pública pelo crescente aumento no número de casos. Estima-se que 14,1 milhões de pessoas desenvolveram câncer em 2012, o que é cerca de 1,4 milhão a mais do que em 2008 (OMS, 2012). As previsões para os próximos anos quanto à incidência e mortalidade são sombrias. Em 2005, A *International Union Against Cancer* (UICC) estimou a ocorrência de 15 milhões de casos novos dessa doença para 2020. Segundo a OMS (2002), neste mesmo ano, 30 milhões de pessoas estarão vivendo com câncer. Os principais fatores que contribuíram para essa estimativa foi o aumento da população de idosos e de alguns tipos de cânceres relacionados ao uso do cigarro, redução global da mortalidade causada por doenças transmissíveis e das doenças cardiovasculares em alguns países.

Hoje, a maior parte do ônus global dessa doença está sendo atribuído aos países em desenvolvimento, especialmente àqueles com pequenos e médios recursos financeiros. Nestes, há um predomínio dos cânceres de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. No entanto, tem-se observado uma modificação nesse cenário, graças ao aumento progressivo dos cânceres de pulmão, mama e cólon e reto, que antes não tinham uma importância histórica significativa (INCA, 2012).

Segundo o INCA, o Brasil também vem seguindo a tendência mundial, apresentando, desde 1960, uma modificação no perfil das enfermidades, conhecida como transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer.

O aumento na incidência das doenças crônico-degenerativas, segundo Hoff et al. (2013), resulta do crescimento exponencial no número de idosos do país, que é

projetado pelas alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade, pelo prolongamento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Essa realidade retrata a necessidade de intervenções específicas para o controle dessas neoplasias.

Os cinco tipos de cânceres mais incidentes no Brasil, estimados pelo INCA para 2014, na população masculina, são o câncer de pele não-melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago; para o sexo feminino, são os tumores de pele não-melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão (Tabela 1).

Tabela 1 - Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capitais		Estado		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma de Hodgkin	1.300	1,28	410	5,72	880	0,83	420	8,64
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Glândula Tireoide	1.150	1,15	470	1,76	8.050	7,91	2.160	9,08
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24
Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
Outras Localizações	37.520	38,40	9.070	42,86	35.350	34,73	8.590	36,49
Subtotal	203.930	208,77	51.100	241,30	190.520	187,13	58.710	248,46
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
Todas as Neoplasias	302.350	309,53	70.750	334,08	274.230	269,35	81.250	343,85

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: INCA. Estimativas para o ano de 2014.

A distribuição dos casos novos de câncer pelos estados e capitais é bem diferenciada varia segundo o tipo de tumor e região do país, o que ocorre devido as grandes dimensões territoriais que contribuem para a existência de diferenças regionais importantes, tanto nos aspectos sócio-econômico-culturais, quanto na ocorrência das doenças e de seus fatores de risco (INCA, 2014).

No Pará, o câncer de estômago é a segunda neoplasia mais incidente. Para 2014, do total de casos estimados pelo INCA entre homens e mulheres, a maior parte se concentra no Estado (690), sendo que na capital, deverão ocorrer apenas 240 casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Pará e Belém. Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária*.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.000	25,09	330	48,30	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	830	21,17	360	46,78
Colo do Útero	-	-	-	-	830	21,13	260	34,57
Traqueia, Brônquio e Pulmão	260	6,50	100	14,13	160	4,12	60	7,58
Cólon e Reto	160	4,04	50	7,41	200	5,24	100	12,72
Estômago	450	11,37	140	21,13	240	6,16	100	12,51
Cavidade Oral	120	3,06	30	4,47	70	1,80	20	3,22
Laringe	80	1,92	30	4,15	**	0,37	**	0,62
Bexiga	70	1,79	30	3,76	20	0,58	**	1,36
Esôfago	50	1,31	20	2,41	30	0,70	**	1,67
Ovário	-	-	-	-	90	2,20	60	7,43
Linfoma de Hodgkin	30	0,64	**	1,17	20	0,43	**	0,99
Linfoma não Hodgkin	70	1,81	20	2,50	60	1,59	30	3,86
Glândula Tiroide	20	0,53	**	1,81	120	2,98	50	6,78
Sistema Nervoso Central	60	1,58	20	2,42	50	1,24	20	2,45
Leucemias	130	3,38	30	4,17	120	3,02	40	4,68
Corpo do Útero	-	-	-	-	70	1,77	20	2,32
Pele Melanoma	20	0,59	**	1,48	20	0,56	**	1,15
Outras Localizações	610	15,41	170	25,54	580	14,73	190	25,21
Subtotal	3.130	78,58	1.000	145,60	3.520	89,85	1.360	177,69
Pele não Melanoma	980	24,69	430	62,65	1.000	25,44	420	55,05
Todas as Neoplasias	4.110	103,19	1.430	208,21	4.520	115,37	1.780	232,57

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10 / ** Menores que 15 casos

Fonte: INCA. Estimativas de câncer 2014.

I.2.2 O CÂNCER GASTROINTESTINAL

As neoplasias do trato gastrointestinal representam uma grande fração de todos os tumores. Abrangem o câncer de esôfago, estômago, pâncreas, fígado e vias biliares, intestino delgado, cólon, reto e anus. Assim como todas as neoplasias, ocorrem devido a disfunções genéticas, que surgem quando genes críticos são

mutados, o que pode resultar em um mau funcionamento dos processos bioquímicos celulares, além de uma proliferação desregulada de células (SNUSTAD; SIMMONS, 2008).

I.2.2.1 Câncer de esôfago (CE)

O CE é uma neoplasia maligna altamente letal que acomete 450.000 pessoas a cada ano, com incidência aumentando rapidamente. É a sexta causa de morte por câncer no mundo todo. Apresenta um prognóstico ruim, devido às dificuldades para o diagnóstico precoce e tratamento, com taxa de sobrevida baixa (PENNATHUR et al, 2013).

O principal sintoma do CE é a disfagia, que surge quando há um comprometimento de 50% do órgão pela lesão, o que pode ocasionar uma perda de peso progressiva, desconforto retroesternal, odinofagia e vômitos.

O diagnóstico é feito por endoscopia digestiva com biopsia da lesão para estudo citológico. Após a confirmação, deverá ser feito o estadiamento preciso do tumor com ênfase na identificação de metástases para reduzir risco de ressecção cirúrgica desnecessária, sendo realizado por meio de ultrassonografia endoscópica, tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve (SEHDEY,2013).

A maioria dos pacientes com carcinoma de esôfago já chega ao cirurgião apresentando invasão tumoral local ou metástase em outros órgãos, não sendo mais passíveis de um tratamento curativo (QUEIROGA; PERNAMBUCO, 2005). A ressecção cirúrgica é a terapia padrão, porém só é recomendada para pacientes cuidadosamente selecionados com doenças localizadas, apesar da sobrevida não ser maior que 25% a longo prazo. Nos casos de doença avançada o tratamento acaba sendo apenas paliativo, sendo a quimioterapia combinadas ou radioterapia individuais, modalidades importantes (STAHL et al, 2010).

I.2.2.2 Câncer Gástrico (CaG)

O câncer gástrico é o segundo tipo mais frequente entre a população masculina no mundo, apesar de sua incidência ter reduzido nas últimas décadas. Sua distribuição geográfica não é uniforme entre as populações do globo, sendo as maiores taxas de incidência em países, como Japão, China, Korea, Chile, entre outros (CRISTIAN-STADTLANDER, 1999). Nos países do ocidente, muitos tumores são diagnosticados em estádios avançados ou disseminados, sendo que na Europa apenas 10% a 15% dos casos estão em estágio inicial. (MEYER; WIKE, 2011). Nesses países, apenas 21% dos pacientes sobrevivem mais de 5 anos após o diagnóstico (BERRINO et al, 1999). O Japão, apesar de ser local endêmico, apresenta taxa de sobrevida global de 5 anos em 40 a 60% dos casos, graças a rigorosos programas de prevenção rastreamento que permitem o diagnóstico precoce de 50% dos tumores gástricos (OHTSU, 2006).

No Brasil, a distribuição é inversamente proporcional a condição socioeconômica. O risco estimado para o ano de 2012 é de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 7 a cada 100 mil mulheres. Na região Norte é o segundo mais incidente nos homens e o terceiro, nas mulheres (INCA, 2012). Um estudo realizado em Campinas demonstrou que o CaG apresenta um risco de morte maior que a média dos registros europeus, com uma taxa de sobrevida em 5 anos de 9% (TEIXEIRA, 2006).

A etiologia do CaG é multivariada, sendo observado uma incidência maior em populações cuja dieta envolve a ingestão de alimentos com alto teor de sal ou defumados, além de deficiente em vegetais, frutas frescas, vitaminas e antioxidantes. O tabagismo e trabalhos em minas de carvão, com asbestos também são fatores de risco para esse câncer. Porém, o mais importante fator de risco é a infecção crônica pela bactéria *Helicobacter pylori* que está envolvida em cerca de 60% dos casos (FENOGILO-PREISER et al, 2000). O quadro clínico é pouco específico, principalmente quando o câncer é passível de cura cirúrgica, sendo mais frequentes, perda de peso, epigastralgia, plenitude pós-prandial, fadiga, anorexia, disfagia, saciedade precoce, hematêmese, melena.

A endoscopia digestiva alta é o mais específico e sensível método diagnóstico utilizado em indivíduos com suspeita de câncer gástrico. O sistema TNM (quadro 1)

é utilizado para o planejamento terapêutico e para determinar o prognóstico conforme as recomendações do *The American Joint Committee on Cancer (AJCC)*.

A cirurgia radical ainda oferece a única chance de cura para câncer gástrico invadindo a camada muscular. No entanto, somente metade dos pacientes tem doença operável no momento do diagnóstico (MENGES, 2011). A quimioterapia e radioterapia podem ser usadas associadas à cirurgia para melhorar a resposta ao tratamento, sendo indicadas de acordo com o estágio da doença.

Estágios	T	N	M	Sobrevida em 5 anos (%)
0	Tis	N0	M0	76
IA	T1	N0	M0	70,8
IB	T2	N0	M0	57,4
	T1	N1	M0	
IIA	T3	N0	M0	45,5
	T2	N1	M0	
	T1	N2	M0	
IIB	T4a	N0	M0	32,8
	T3	N1	M0	
	T2	N2	M0	
	T1	N3	M0	
IIIA	T4a	N1	M0	19,8
	T3	N2	M0	
	T2	N3	M0	
IIIB	T4b	N0	M0	14,0
	T4b	N1	M0	
	T4a	N2	M0	
	T3	N3	M0	
IIIC	T4b	N2	M0	9,2
	T4b	N3	M0	
	T4a	N3	M0	
IV	qualquer T	qualquer N	M1	4,0

Quadro 1 - Estadiamento por grupos prognósticos e taxa de sobrevida em 5 anos para adenocarcinoma gástrico.

Fonte: The American Joint Committee on Cancer (AJCC), 2010

I.2.2.3 Câncer de Pâncreas

Entre os tumores do trato digestivo, é um dos mais letais, com uma taxa de incidência muito semelhante à de mortalidade, o que pode estar relacionado ao diagnóstico, quase sempre tardio, e a seu comportamento agressivo. Constitui a quarta causa de morte por câncer e a segunda entre as doenças malignas do trato gastrointestinal nos EUA (ABRAHAM et al, 2002). No Brasil, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes por essa doença (BRASIL, 2003).

Atualmente, são utilizadas diversas modalidades de exames de imagens na tentativa de detectar lesões únicas de alto risco. Estes tipos de exames de imagem incluem a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, ultrassonografia endoscópica, ressonância magnética, tomografia computadorizada e até a laparotomia exploradora com ressecção parcial do pâncreas em certos grupos de risco (EGUIA; GONDA; SAIF, 2012).

A cirurgia é a única modalidade de cura possível para o câncer pancreático, sendo indicada para tumores ressecáveis ou limítrofes. Os pacientes com suspeita de apresentar ou que já tenham diagnóstico de tumor pancreático devem ser submetidos ao estadiamento para encaminhamento terapêutico. Para Hoff et al (2013), pode ser feito tratamento adjuvante com quimioterapia combinada ou não, com radioterapia para erradicar possíveis micrometástases remanescentes após a ressecção cirúrgica.

I.2.2.4 Câncer do Fígado

O carcinoma hepatocelular (CHC) é o mais frequente dos tumores primários do fígado, ocorrendo em 80% dos casos de câncer hepático. Aproximadamente 750.000 casos novos ocorrem anualmente em todo o mundo, sendo o quinto tipo mais comum e a terceira causa de morte por câncer, atrás apenas do câncer de pulmão e do estômago. Estudos populacionais de Jemal et al (2011) demonstram que as taxas de incidência se aproximam da taxa de morte por essa doença, indicando que a maior parte dos pacientes que desenvolvem CHC morre em

consequência disso. A maior parte dos CHC está relacionada às infecções pelos vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), alcoolismo, aflatoxina e esteatose não alcoólica. Qualquer causa que leve a injúria crônica e eventualmente a cirrose hepática é um agente oncogênico (BRUIX et al, 2004).

O CHC é muito agressivo e evolui rapidamente, sendo geralmente detectado em estágios avançados. Os critérios para diagnóstico incluem a descoberta da lesão, seu estágio e presença de metástases. Os exames utilizados para o diagnóstico do câncer do fígado são os testes laboratoriais e os de imagem como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada (SBC, 2012). A determinação da função hepática de pacientes cirróticos e sua evolução é o passo inicial fundamental que definirá a agressividade do tratamento para CHC. Atualmente, as únicas estratégias terapêuticas curativas para o CHC são o transplante hepático e ressecção cirúrgica. Nos casos de CHC em fígado não cirrótico, a ressecção cirúrgica é a melhor opção (BUZAID; MALUF, 2012).

I.2.2.5 Câncer Colorretal (CCR)

O CCR é o terceiro tipo mais comum de câncer no mundo entre a população masculina e o segundo entre a população feminina. No Brasil, para 2012, tem-se um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2003). A faixa etária que normalmente é acometida é principalmente dos 60 aos 70 anos (HOFF, 2013). Melhorias no sistema de rastreamento e na terapêutica tem aumentado as taxas de sobrevida global em 5 anos do câncer colorretal de 51% em 1976 para 66% em 2006 (DELINGER; ENGSTROM, 2011).

Uma dieta altamente calórica, com consumo exagerado de carnes vermelhas, alcoolismo, obesidade e sedentarismo aumenta consideravelmente o risco para esse tipo de neoplasia. As doenças inflamatórias intestinais e doenças genéticas (polipose adenomatosa familiar e câncer colorretal hereditário sem polipose) são outros fatores de risco para o desenvolvimento do CCR.

A sintomatologia varia de acordo com o local de acometimento tumoral. O tumor inicialmente não produz sintomas, podendo manifestar-se como uma

obstrução intestinal com parada de eliminação de fezes e gases associado a vômitos ou mesmo como uma perfuração causando um quadro grave com forte dor abdominal. Muito comum é a perda de sangue em pequena quantidade e por períodos prolongados (sangue oculto nas fezes), causando um dos sinais mais comuns que é a anemia. Outros sintomas gerais incluem alterações no padrão de evacuação, anorexia, fraqueza, flatulência, perda de peso, má digestão.

A carcinogênese do CCR é um processo sequencial que envolve a transformação adenoma (pólipos) - carcinoma e pode levar em média 20 a 25 anos, portanto, favorece a adoção de programas de rastreamento capazes de interferir benéficamente no prognóstico da doença, através de confirmação diagnóstica e tratamentos precoces, assim como a detecção e retirada das lesões pré-malignas, ou seja, dos pólipos adenomatosos (ROSSI, 2004). Um bom método de rastreamento para populações de baixo risco é a pesquisa de sangue oculto nas fezes, a qual tem baixo custo e caráter não invasivo, apesar de baixa sensibilidade e especificidade (ALTENBURG et al, 2007)

A detecção precoce é fundamental. O rastreamento pode ser feito por meio de um exame simples, como pesquisa de sangue oculto nas fezes, que está indicada anualmente para pessoas com risco normal para essa neoplasia a partir de 50 anos e, a colonoscopia, quando se detecta alguma alteração no primeiro. Porém, em pessoas que apresentam alto risco (historia familiar, polipose ou doenças inflamatórias) é recomendado fazer o exame endoscópico a partir de 30 anos com intervalo de 1 a 3 anos. O diagnóstico requer biopsia do tecido neoplásico através do exame endoscópico.

O tratamento depende do tamanho, extensão da localização do tumor. Inicialmente, é feita a cirurgia de ressecção do cólon e linfonodos adjacentes. Pode ser feita uma colostomia e ressecção abdominoperineal. Deve-se enfatizar, como refere Rossi (2004), que o tratamento do CCR pode ter altos índices de cura quando ainda está limitado à parede abdominal.

O estadiamento do CCR também segue as recomendações do AJCC, sendo feito de acordo com o Sistema TNM (Quadro 2).

Estágios	T	N	M	Sobrevida em 5 anos (%)
0	Tis	N0	M0	76
I	T1	N0	N0	74,0
	T2	N0	M0	
IIA	T3	N0	M0	66,5
IIB	T4a	N0	M0	58,6
IIC	T4b	N0	M0	37,3
IIIA	T1-T2	N1-N1c	M0	73,1
	T1	N2a	M0	
IIIB	T3-T4a	N1-N1c	M0	46,3
	T2-T3	N2a	M0	
	T1-T2	N2b	M0	
IIIC	T4a	N2a	M0	28,0
	T3-T4a	N2b	M0	
	T4b	N1-N2	M0	
IVA	qualquer T	qualquer N	M1a	5,7
IVB	qualquer T	qualquer N	M1b	

Quadro 2 - Estadiamento por grupos prognósticos e taxa de sobrevida em 5 anos para adenocarcinoma colorretal.

Fonte: AJCC, 2010

I.2.3 AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

O aumento da incidência do câncer no Brasil acompanha a tendência mundial que resulta do envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. Todo esse processo teve origem nas modificações globais que ocorreram nas últimas décadas e que promoveram alterações nos padrões de saúde da população, ocasionado por uma urbanização acelerada, mudanças no estilo de vida e de consumo da população (BRASIL, 2006).

Para a redução da morbimortalidade do câncer é necessário à adoção de ações específicas e organizadas para o controle da doença, considerando-se a melhor utilização possível dos recursos disponíveis. Além disso, deve-se considerar a distribuição diversificada dos casos de câncer pelas regiões brasileiras,

decorrentes das diferenças quanto a exposição de fatores de risco, dos hábitos e estilo de vida resultantes das diversidades sócio-econômicas e culturais de cada região (LOPES et al, 2010).

Antes o principal foco para o controle do câncer era o tratamento, hoje, as ações abrangem todos os níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e devem ser priorizadas de acordo com o perfil de mortalidade de cada população, sendo custo-efetivas.

A prevenção primária consiste em medidas educativas para promoção e proteção da saúde. Tem maiores chances de dar certo, pois promovem modificações no meio ambiente e no comportamento das pessoas, iniciadas desde a infância, impedindo o aparecimento do câncer e promovendo a diminuição de óbitos pela doença.

A prevenção secundária visa à detecção do câncer ainda nos estágios iniciais, com possibilidades de cura e prevenção da disseminação da doença. Necessita de programas de rastreamento, de busca ativa e estratégias para o diagnóstico precoce (HOFF, 2013).

A prevenção terciária abrange medidas para prevenir complicações do câncer e de reabilitação, sendo importante nessa fase, que se incluam ações de cuidados paliativos que garantam controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida dos doentes, além de recursos diagnósticos, terapêuticos e a atenção ou cuidado multiprofissional.

I.2.4 RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

Lesões pré-cancerígenas ou tumores localizados no órgão de origem, quando detectados precocemente, tem maiores chance de serem curados, e melhorar sobrevida e qualidade de vida dos doentes. Para que ocorra devem ser estabelecidas estratégias de rastreamento e de diagnóstico precoce (BRASIL, 2006). O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de **detecção precoce** (OMS, 2002).

O rastreamento visa descoberta das lesões em fase inicial nos indivíduos assintomáticos. É feito através da realização de testes direcionados a populações

alvo ou que procuram espontaneamente os serviços de saúde. Quando as lesões estão em fase inicial, mas já existem sinais e/ou sintomas da doença, deverão ser utilizados métodos de diagnóstico precoce, mas os profissionais de saúde devem estar atentos e treinados para reconhecer tais sintomas (BRASIL, 2010). O sucesso do rastreamento depende da existência de um número suficiente de pessoas para realizar os testes e da disponibilidade de instalações para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento subsequentes (OMS, 2002).

O diagnóstico do câncer deve constar de história clínica e exame físico detalhado, além de exames específicos endoscópios quando disponíveis, como broncoscopia, endoscopia digestiva alta, retossigmoidoscopia, colonoscopia, laringoscopia, colposcopia, laparoscopia e outros. Nas áreas alteradas, uma amostra do tecido deverá ser biopsiada e encaminhada para estudo histopatológico e confirmação do diagnóstico (SBC, 2012).

I.2.5 AUTOMEDICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

A automedicação é bem difundida não apenas no Brasil, mas também em outros países, particularmente naqueles cujo sistema de saúde é pouco estruturado. Nestes, a ida à farmácia representa a primeira opção que a população utiliza para resolver um problema de saúde, e a maior parte dos medicamentos consumidos pela população é vendida sem receita médica. Inúmeras são as razões que levam a essa prática. A dificuldade para conseguir assistência médica, os custos com os medicamentos prescritos, o desespero para aliviar os sintomas, a falta de programas educativos e a falta de fiscalização dos locais que vendem medicamentos indiscriminadamente são algumas dos motivos que contribuem para esse problema (AMB, 2001). Torna-se um problema à medida que pode mascarar o diagnóstico na fase inicial das doenças, como acontece com o câncer de estômago e intestino. Segundo Cruz (2012), para o câncer de estômago que tem uma sintomatologia inicial inespecífica, podendo ser confundido com outras doenças como gastrites, úlceras pépticas e doenças de refluxo, a automedicação passa a ser uma inimiga do diagnóstico precoce. O alívio dos sintomas resultante da automedicação retarda a procura por assistência médica. Apenas depois do agravamento do quadro, com a

doença já em estágio avançado é que ocorre a procura pela assistência médica, o que reduz as chances de cura.

I.2.6 ESTADIAMENTO E SOBREVIDA

O conhecimento da biologia dos tumores levou a Union for International Cancer Control (UICC) – União internacional de Controle do Câncer - a desenvolver um sistema que permitisse classificar a evolução das neoplasias malignas com a finalidade de planejar o tratamento mais adequado e determinar a sobrevida dos doentes. Este sistema, denominado, no Brasil, de “estadiamento”, é conhecido como Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos (BRASIL, 2010). É o sistema mais usado para classificar tumores malignos e descrever sua extensão anatômica. A prática de dividir os tipos de câncer por grupos segundo seus estádios resultou do fato de que doenças localizadas têm maiores taxas de sobrevida em relação às doenças estendidas a outros órgãos. Na verdade, o estágio da doença, no momento do diagnóstico, pode advir não somente da taxa de crescimento e extensão da neoplasia, mas também, do tipo de tumor e da relação tumor-hospedeiro (FOSP, 2013).

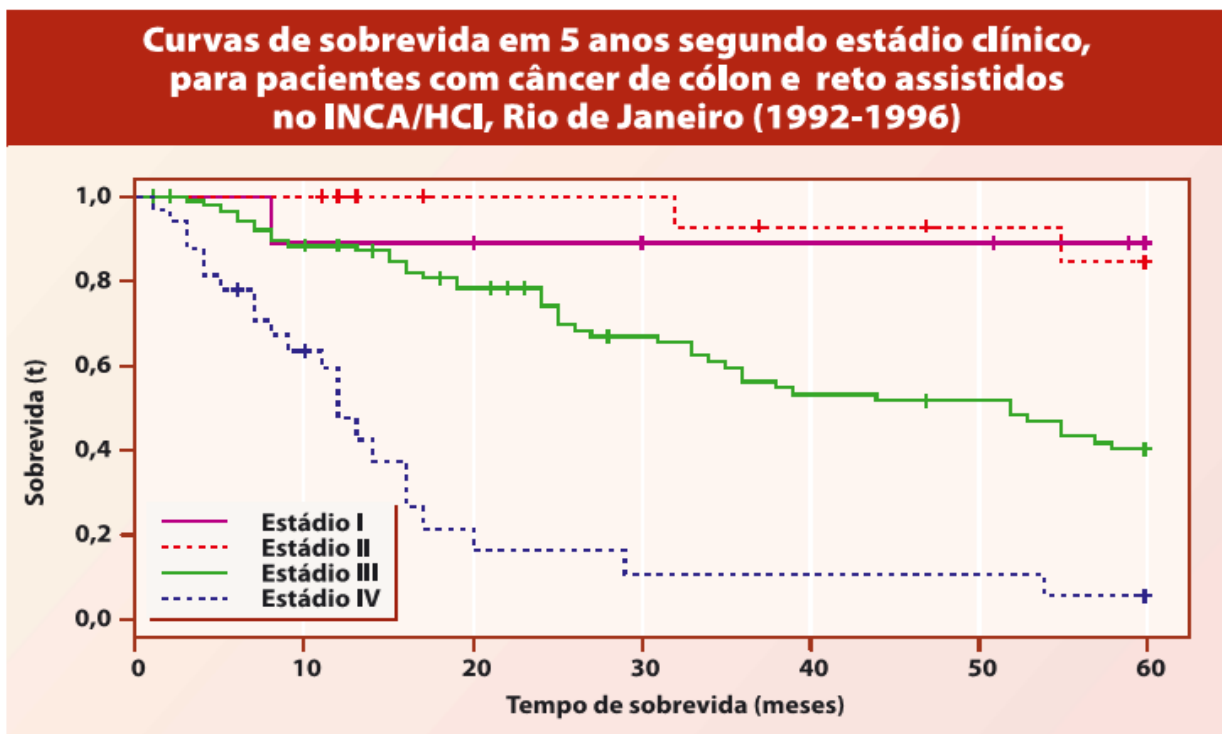
O sistema TNM baseia-se em três componentes (AJCC, 2010):

T – a extensão do tumor primário

N – a ausência ou presença e a extensão de metástases em linfonodos regionais.

M – a ausência ou presença de metástases a distancia.

A sobrevida relativa esperada de todos os tumores é de 50% em 5 anos. No Brasil, estudos do INCA apontaram a taxa de sobrevida geral em 5 anos para os cânceres de intestino de 46%; no estágio I, de 89%; no II, de 80%; no III, de 39%; e no estágio IV foi de 5%. (Gráfico 1), o que demonstra que um dos fatores que influenciam fortemente a sobrevida é a extensão da doença, no momento do diagnóstico, que é avaliada pelo estadiamento do tumor.



Fonte: Rebelo M, 2004.

Gráfico 1 - Curvas de sobrevida em 5 anos segundo estágio clínico, para pacientes com câncer de cólon e reto assistidos no INCA/HCL, Rio de Janeiro (1992-1996).

I.2.7 TRATAMENTO DO CÂNCER NO SUS

O tratamento é uma das fases importantes do programa nacional de controle do câncer. A cura da doença é seu objetivo principal, além do prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2006). As principais modalidades de tratamento são a cirurgia, a radioterapia e/ou quimioterapia. Uma abordagem multiprofissional integrada é indicada para um tratamento mais efetivo, mesmo que cada profissional tenha seu papel bem estabelecido na equipe (BRASIL, 2010).

A cirurgia e radioterapia são indicadas quando a doença ainda está localizada com intenção curativa nos estádios precoces do câncer. Nos estágios avançados geralmente são limitadas. A quimioterapia pode curar alguns tipos de câncer como linfomas e leucemias, além de ser usada como medida paliativa de várias outras doenças. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica. Portanto é importante ter uma assistência integrada de

serviços oncológicos (de cirurgia, radioterapia e quimioterapia), entre si e com serviços gerais, em uma estrutura hospitalar (BRASIL, 2010).

Os serviços oncológicos dependem do apoio de uma estrutura hospitalar terciária, capaz de confirmar o diagnóstico, estadiar e tratar a doença, além de promover a reabilitação e os cuidados paliativos. Deve ser organizada na rede de serviços de saúde de forma integrada com os níveis primários e secundários de atenção a saúde. Porém o sucesso do tratamento está vinculado ao acesso a melhor terapêutica disponível, sendo esse um dos desafios da organização do tratamento do câncer no Brasil. O SUS vem tentando estruturar respostas a esse e outros desafios como (BRASIL, 2006):

- Integrar a detecção precoce ao tratamento, sem a qual tanto um quanto outro se tornam menos efetivo;
- Estruturar a informação hospitalar em câncer em todos os hospitais do SUS que tratam a doença, através da Rede Hospitalar de Câncer (RHC);
- Melhorar o acesso ao diagnóstico do câncer (estruturação da média complexidade);
- Adotar estruturas que regulem a Atenção Oncológica na Rede SUS, de modo a facilitar o acesso ao melhor tratamento disponível;
- Garantir que as unidades que tratam doentes com câncer ofereçam serviços integrados, assegurando as condições para a integralidade da assistência.

I.2.8 O PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005). A Portaria GM/MS 2.439/2005 que instituiu a PNAO estabelece que esta deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, respeitando-se as competências das três esferas de gestão.

Essa portaria foi concebida de forma a permitir uma série de ações, entre elas:

- A organização de uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, e de atendimento contemplados pela PNAO.
- A constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, com estabelecimento de fluxos de referência e contra referência, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais;
- A ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer, de forma a assegurar universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;
- O desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias malignas mais prevalentes e orientadas para o desenvolvimento de ações que promovam a redução de danos e a proteção da vida, de forma a assegurar a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;
- A qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação da Política, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização;
- O fomento à formação e à especialização dos recursos humanos para atuação na rede de atenção oncológica;
- O incentivo à pesquisa sobre a atenção oncológica; de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

O INCA é o órgão que coordena a PNAO. Desempenha um papel fundamental na indução e promoção da descentralização das ações de atenção oncológica, trabalhando em parceria com Estados e Municípios, de forma a contribuir para a consolidação da integralidade de todo o Sistema Único de Saúde. Atua estabelecendo prioridades com vistas ao fortalecimento das políticas de promoção e prevenção de saúde, melhoria da qualidade e no acesso aos serviços

de saúde disponíveis, capacitação dos profissionais da saúde e mobilização da sociedade (INCA, 2012).

I.2.9 LEIS QUE NORTEIAM A PNAO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos preceitua, no art. 25 que toda pessoa tem direito a saúde e a cuidados médicos quando doente. Esse direito é formalizado pela Constituição Federal (CF) de 1988, na Seção II do Título VIII – Da Ordem Social – que se dedica, especialmente, ao tema da Saúde. O art. 196 assevera que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantido por meio de políticas que visem ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Também o art. 198 da CF nomeia como um das diretrizes do SUS o atendimento integral da população, quando diz “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único.”

A Lei Orgânica do SUS (8.080/1990) regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Relaciona entre os princípios do SUS, o princípio da “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” e o princípio da integralidade de assistência. A mesma lei, ao delimitar os campos de atuação do SUS, estabelece que a execução das ações deva abranger a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (art. 6º, inciso I, alínea “d”). (TCU, 2011).

A Portaria SAS/MS 741, de 19/12/2005, pela qual a Secretaria de Atenção à Saúde substitui a 3.535/98 e estabelece novas classificação e exigências para hospitais que tratam câncer, através normas de classificação, credenciamento e habilitação, assim de parâmetros de distribuição demográfica, produção e avaliação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (INCA, 2006; TCU, 2011).

Outra importante Portaria foi a SAS 62, de 11/3/2009, que determinou que a Coordenação-Geral da Alta Complexidade, em conjunto com o INCA e com a

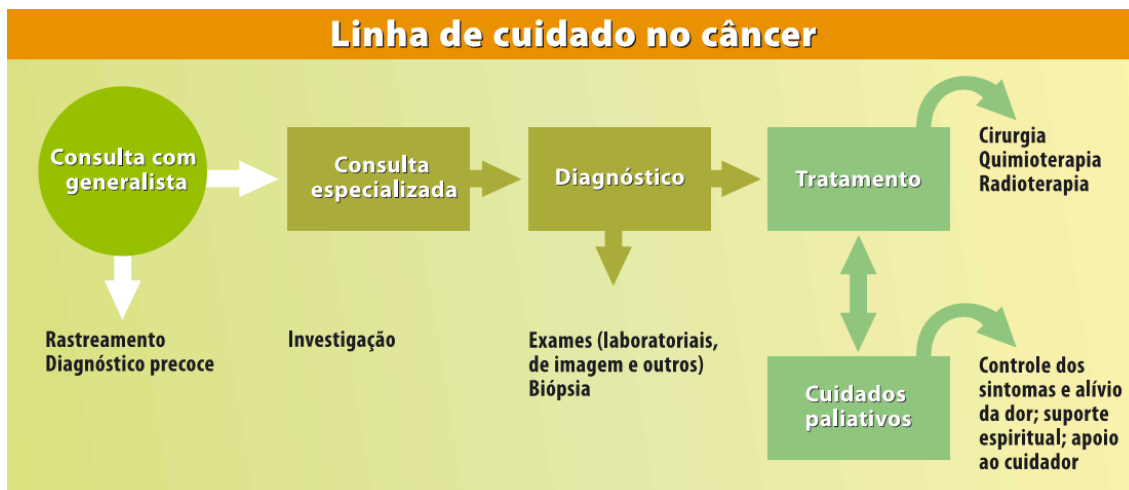
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação mantenham monitoramento e avaliação contínua e anual dos estabelecimentos habilitados para prestar serviços de oncologia.

As últimas diretrizes foram descritas pela lei nº 12.732/2012 que reforça a garantia do tratamento oncológico gratuito para pacientes com neoplasias malignas e ainda estipula prazo conforme o art. 2º que diz “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário único”.

Considerando a necessidade de orientar e coordenar a ação conjunta das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para atender, diagnosticar e iniciar o tratamento do paciente com neoplasia maligna no prazo máximo de 60 (sessenta) dias é que foi lançada a Portaria nº 876 de 16 de maio de 2013 pelo atual ministro de Estado e Saúde, dispondo sobre a aplicabilidade da Lei nº 12.732/2013.

I.2.10 LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER

A assistência prestada aos pacientes com câncer deve garantir o acesso a todos os serviços e cuidados integrais. Para que isso ocorra, o modelo assistencial precisa ser organizado e os recursos aplicados em todos os níveis de atenção. Os pacientes oncológicos devem ser vistos como pessoas singulares com história de vida, condições socioeconômicas e expectativas próprias. Para atender suas necessidades individuais, o fluxo de atendimento deve ser organizado por linhas de cuidados estabelecidas (fluxograma 1) por um percurso assistencial articulado (BRASIL, 2006).



Fluxograma 1 - Linha de cuidado no Câncer.

Fonte: INCA, 2006

No Pará, segundo o Plano estadual de atenção oncológica, para o fluxo de atendimento na da rede estadual de atenção oncológica, recomenda-se que a porta de entrada contemple ações em nível de atenção primária, configurada pela promoção, prevenção e detecção precoce do câncer que serão desenvolvidas nas unidades básicas de saúde. Quando houver suspeita de casos de câncer encaminhe-se para unidades de referência especializada. Mediante a confirmação dos casos os mesmos serão encaminhados para a UNACON (unidade de alta complexidade em oncologia) ou CACON (centro de alta complexidade em oncologia) existentes no Estado. Em casos especiais os portadores de câncer serão encaminhados para tratamento em outros estados. Ressalte-se que, todos os encaminhamentos aos diferentes níveis de atenção oncológica devem submeter-se a regulações estadual e municipal (SESPA, 2013).

I.2.11 ACESSO A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

Segundo relatório do TCU sobre a Política de Atenção Oncológica, a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar aos pacientes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento da doença, conforme preconiza a Portaria GM/MS 2.439/2005.

A Portaria SAS/ MS 741/2005, em seu Anexo III, também estabelece que, em geral, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, para cada 1000 casos novos de câncer, espera-se que 500 a 600 necessitem de cirurgia oncológica, 700 necessitem de quimioterapia e 600 necessitem de radioterapia, sendo número de UNACONs e CACONs calculado para atenderem a, no mínimo, 1.000 casos novos anuais.

Um levantamento realizado pelo INCA, atualizado até 2011, relata que no Brasil existe um déficit na capacidade instalada de 44 unidades de atendimento de cirurgia, 39 unidades de atendimento de quimioterapia e de 135 unidades de atendimento ou equipamentos de radioterapia (TCU, 2011), o que contribui para que a demanda dirigida ao SUS não seja atendida de forma adequada em todos os estados (tabela 3).

Em relação à produção dos atendimentos de quimioterapia ainda se encontra carências importantes, como em alguns estados do Norte, sendo que o Pará chama atenção pois supre apenas 40,4% da demanda estimada. Esse resultado é compatível com os relatos ouvidos nas entrevistas realizadas com os gestores de saúde do Pará e da cidade de Belém (PA), que apontaram dificuldades para o atendimento da demanda por quimioterapia, em razão de atrasos para a compra de fármacos e de falta de leitos para internação. (TCU, 2011).

Tabela 3 Comparação entre os atendimentos de radioterapia, quimioterapia e cirurgias oncológicas e a demanda estimada- Brasil- 2010.

UF	Radioterapia			Quimioterapia			Cirurgias oncológicas		
	Pacientes atendidos (SUS)	Demanda dirigida ao SUS	Atend. da demanda dirigida ao SUS	Pacientes atendidos (SUS)	Demanda dirigida ao SUS	Atend. da demanda dirigida ao SUS	Pacientes atendidos por hospitais habilitados	Demanda dirigida ao SUS	Atend. da demanda dirigida ao SUS pelos hospitais habilitados
AC	276	282	97,9%	481	309	155,7%	125	243	51,4%
AL	1.315	1.446	90,9%	2.750	1.531	179,6%	343	1.203	28,5%
AM	1.167	2.454	47,6%	1.954	2.558	76,4%	817	2.010	40,6%
AP	0	330	0,0%	149	349	42,7%	42	274	15,2%
BA	5.157	8.466	60,9%	11.898	8.940	133,1%	3.013	7.024	42,9%
CE	3.711	6.834	54,3%	13.885	7.073	196,3%	3.384	5.557	60,9%
DF	746	2.246	33,2%	4.208	2.621	160,5%	915	2.059	44,4%
ES	2.349	3.152	74,5%	6.735	3.677	183,1%	1.753	2.889	60,7%
GO	2.472	4.568	54,1%	5.311	5.329	99,7%	2.253	4.187	53,8%
MA	1.565	2.724	57,5%	2.153	3.034	71,0%	1.157	2.384	48,5%
MG	13.562	17.928	75,6%	33.710	20.916	161,2%	7.898	16.434	48,1%
MS	845	2.496	33,9%	3.790	2.912	130,2%	788	2.288	34,4%
MT	1.578	2.172	72,6%	2.798	2.534	110,4%	584	1.991	29,3%
PA	1.929	3.121	61,8%	1.471	3.641	40,4%	514	2.861	18,0%
PB	2.349	2.304	102,0%	4.573	2.459	186,0%	952	1.932	49,3%
PE	4.392	6.824	64,4%	14.717	7.962	184,9%	3.796	6.255	60,7%
PI	1.971	1.512	130,4%	3.820	1.662	229,9%	1.023	1.306	78,4%
PR	9.849	12.241	80,5%	19.478	14.281	136,4%	8.211	11.221	73,2%
RJ	7.461	17.903	41,7%	21.577	20.887	103,3%	4.773	16.411	29,1%
RN	2.272	2.004	113,4%	6.497	1.999	325,0%	923	1.571	58,7%
RO	587	996	58,9%	785	1.050	74,7%	49	825	6,0%
RR	0	312	0,0%	196	343	57,0%	113	270	41,7%
RS	8.383	18.950	44,2%	30.705	22.108	138,9%	6.150	17.371	35,4%
SC	3.882	5.587	69,5%	13.107	6.518	201,1%	3.075	5.122	60,0%
SE	560	1.524	36,7%	1.536	1.583	97,0%	340	1.244	27,3%
SP	32.417	39.881	81,3%	82.843	46.527	178,1%	18.008	36.557	49,3%
TO	769	1.080	71,2%	1.483	1.193	124,3%	285	938	30,4%
Total	111.564	169.337	65,9%	292.610	193.999	150,8%	71.280	152.428	46,8%

Fontes: INCA (Estimativas de Câncer 2010; e capacidade instalada da radioterapia não SUS); Datasus (ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar; população residente; e bancos de dados das Apacs).

Em sua análise, o TCU também aponta sérios problemas quanto à produção de cirurgias oncológicas em relação às necessidades estimadas. (tabela 4). No Pará, dos 2.861 pacientes que foram dirigidos ao SUS para cirurgias oncológicas, apenas 18% foram atendidos pelos hospitais habilitados. A necessidade de melhorar o acesso aos procedimentos cirúrgicos vinculados à oncologia, não é uma situação recente, já havia sido mencionada na Nota Técnica 26a (2005) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) sobre a PNAO, na qual consta que “atualmente um dos grandes problemas de assistência oncológica é a melhoria do acesso à cirurgia oncológica”.

Tabela 4 - Comparação entre os procedimentos cirúrgicos e sua demanda estimada-Brasil- 2010.

UF	Estimativa de casos novos de câncer	Cobertura dos planos de saúde na população	Pacientes atendidos em toda a rede SUS	Pacientes atendidos só por habilitados	Demanda estimada total	Atendimento da demanda total pelos habilitados	Demanda dirigida ao SUS II	Atendimento da demanda dirigida ao SUS por toda a rede	Atendimento da demanda dirigida ao SUS pelos habilitados
AC	470	6,0%	254	125	259	48,4%	243	104,6%	51,4%
AL	2.410	9,2%	2.033	343	1.326	25,9%	1.203	169,0%	28,5%
AM	4.090	10,7%	3.018	817	2.250	36,3%	2.010	150,2%	40,6%
AP	550	9,3%	167	42	303	13,8%	274	60,8%	15,2%
BA	14.110	9,5%	9.436	3.013	7.761	38,8%	7.024	134,3%	42,9%
CE	11.390	11,3%	8.499	3.384	6.265	54,0%	5.557	152,9%	60,9%
DF	4.930	24,1%	2.143	915	2.712	33,7%	2.059	104,0%	44,4%
ES	7.320	28,2%	3.808	1.753	4.026	43,6%	2.889	131,8%	60,7%
GO	8.650	12,0%	5.130	2.253	4.758	47,3%	4.187	122,5%	53,8%
MA	4.540	4,5%	4.003	1.157	2.497	46,3%	2.384	167,9%	48,5%
MG	38.360	22,1%	18.300	7.898	21.098	37,4%	16.434	111,4%	48,1%
MS	4.880	14,8%	1.973	788	2.684	29,3%	2.288	86,3%	34,4%
MT	4.050	10,6%	2.093	584	2.228	26,2%	1.991	105,1%	29,3%
PA	5.710	8,9%	2.341	514	3.141	16,4%	2.861	81,8%	18,0%
PB	3.840	8,5%	2.463	952	2.112	45,1%	1.932	127,5%	49,3%
PE	13.200	13,8%	10.546	3.796	7.260	52,3%	6.255	168,6%	60,7%
PI	2.520	5,8%	2.258	1.023	1.386	73,8%	1.306	172,9%	78,4%
PR	25.830	21,0%	14.698	8.211	14.207	57,8%	11.221	131,0%	73,2%
RJ	45.080	33,8%	13.893	4.773	24.794	19,2%	16.411	84,7%	29,1%
RN	3.340	14,5%	3.458	923	1.837	50,2%	1.571	220,2%	58,7%
RO	1.660	9,6%	354	49	913	5,4%	825	42,9%	6,0%
RR	520	5,7%	310	113	286	39,3%	270	114,9%	41,7%
RS	40.080	21,2%	16.694	6.150	22.044	27,9%	17.371	96,1%	35,4%
SC	11.970	22,2%	7.713	3.075	6.584	46,7%	5.122	150,6%	60,0%
SE	2.540	11,0%	880	340	1.397	24,3%	1.244	70,7%	27,3%
SP	111.580	40,4%	44.959	18.008	61.369	29,3%	36.557	123,0%	49,3%
TO	1.800	5,3%	1.018	285	990	28,8%	938	108,5%	30,4%
Total	375.420	22,0%	182.442	71.280	206.481	34,5%	152.428	119,7%	46,8%

Fontes: INCA (Estimativas de Câncer 2010 e capacidade instalada da radioterapia não SUS); Datasus (ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar; população residente; e bancos de dados das Apacs).

As carências estruturais descritas levam a atrasos na prestação da assistência oncológica e, ainda mais grave, constituem-se em barreiras para o acesso aos serviços. Também fica evidente a falta de equidade no acesso aos tratamentos, considerando as diferentes realidades vivenciadas entre os estados brasileiros, em termos de estruturação da rede de atenção oncológica (Tabela 5).

Tabela 5 - Déficit da capacidade instalada na Rede de Assistência Oncológica no Brasil.

UF	Necessidade de UNIAON/CACON	Total de estabelecimentos habilitados	Capacidade instalada					Déficit em radioterapia	Capacidade instalada de radioterapia no Setor não SUS	Déficit considerando setor privado não SUS	Quantidade de equipamentos de HDR
			Capacidade instalada de cirurgia	Capacidade instalada de quimioterapia	Capacidade instalada de radioterapia	Capacidade instalada de hematologia	Capacidade instalada de oncologia pediátrica				
AC	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
AL	2	4	4	5	3	2	2	-1	0	-1	2
AM	4	1	2	2	2	1	1	2	0	2	1
AP	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0
BA	13	10	12	14	11	4	2	2	0	2	3
CE	12	9	12	13	8	4	2	4	0	4	3
DF	5	3	4	4	3	1	1	2	4	-2	1
ES	7	5	5	5	3	3	1	4	1	3	1
GO	9	5	7	7	4	2	1	5	1	4	1
MA	5	2	3	3	2	1	1	3	0	3	1
MG	38	30	36	36	26	16	3	12	9	3	7
MS	4	5	5	5	3	1	1	1	1	0	1
MT	4	4	4	4	2	1	2	2	1	1	1
PA	5	2	5	5	5	1	1	0	1	-1	3
PB	3	4	6	6	4	1	2	-1	0	-1	1
PE	13	9	9	10	8	3	3	5	1	4	2
PI	3	1	3	3	3	1	1	0	0	0	1
PR	25	22	29	30	20	9	6	5	4	1	4
RJ	45	23	26	26	21	7	4	24	14	10	3
RN	3	5	6	7	3	1	2	0	0	0	1
RO	2	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1
RR	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0
RS	41	27	31	31	18	16	7	23	5	18	3
SC	12	14	15	16	10	5	1	2	3	-1	1
SE	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	1
SP	113	71	99	96	76	31	24	37	33	4	12
TO	2	2	2	2	1	0	0	1	0	1	1
Total	375	264	331	336	240	112	69	135	78	57	57

Fontes: Datasus/IBGE – 2010. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil – 2010

Segundo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (2007), muitos progressos foram alcançados naquele país desde a implantação de um plano de

combate ao câncer, a partir do ano 2000. Na década anterior, o Reino Unido apresentava taxas de sobrevivência de câncer inaceitáveis, com os pacientes enfrentando uma longa espera para o diagnóstico e tratamento. Com a reforma que definiu planos ambiciosos para melhorar os serviços de oncologia, essa realidade mudou gradativamente. Atualmente, 99% dos pacientes oncológicos iniciam tratamento dentro de um mês de diagnóstico, antes da reforma apenas 31% atingiam essa meta.

O padrão do Canadá em relação ao atendimento radioterápico é ter 75% dos tratamentos iniciados em até 28 dias da data em que o paciente está pronto para ser tratado. Foi feito um estudo comparativo entre as dez províncias canadenses acerca de tempos de espera em serviços de saúde, durante 6 meses, sendo constatado um resultado que superou o padrão estabelecido, visto que 88% dos pacientes iniciaram radioterapia dentro do prazo de 28 dias de espera em oito províncias. (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2010).

No Brasil, os tratamentos providos pelo SUS não tem sido tempestivos, com um tempo de espera dos pacientes oncológicos bem distante dos padrões internacionais relatados, conforme análise dos dados do RHC realizada pelo INCA, referente ao ano de 2007, em cinco estados brasileiros (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul), foi evidenciado um tempo médio de espera para início do tratamento de 70,3 dias. Para os pacientes inicialmente tratados somente com quimioterapia, o tempo médio de espera foi de 58,2 dias; para os pacientes cujo primeiro tratamento foi de radioterapia, o prazo médio apurado foi de 100,6 dias; e para aqueles pacientes que, inicialmente, foram submetidos à cirurgia, o prazo de espera foi calculado em 54,4 dias.

I.2.12 O PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA DO PARÁ

A Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA) para a implantação e organização da Rede Estadual de Atenção Oncológica do Pará, lançou o Plano Estadual de Atenção Oncológica do Pará, aprovado pela Resolução CIB/PA nº 171 de 2009, o qual é o instrumento essencial para assegurar o desenvolvimento de Projetos e Programas de fortalecimento da assistência

oncológica, norteadando ações que assegurem o atendimento integral aos usuários nos 144 municípios paraenses. Este Plano é fundamentado na Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída sob Portaria GM/MS Nº. 2.439, de 08/12/2005; Portaria MS/SAS Nº. 741, de 19/12/2005; Portaria GM/MS Nº. 399, de 22/02//2006 (Pactos pela Saúde); Plano Plurianual 2008/2011, e nos princípios que norteiam a doutrina e a organização do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação popular e complementaridade do setor privado.

O plano propõe uma série de metas e ações direcionadas a promoção e prevenção, a média e alta complexidade em oncologia e vigilância do câncer, como:

- Ampliar, fortalecer e qualificar as ações promoção e prevenção do câncer sob a ótica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Atenção Primária.
- Fortalecimento da atenção primária para melhoria da prevenção e controle dos cânceres mais prevalentes.
- Organizar a rede estadual de atenção oncológica, fornecendo apoio institucional e realizando acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços oncológicos.
- Garantia de qualidade na atenção oncológica baseada no preparo técnico e gerencial dos recursos humanos e na integração da assistência, ensino e pesquisa.
- Garantir o acesso aos serviços oncológicos de média complexidade reduzindo ao mínimo a demanda reprimida.

II METODOLOGIA

II.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional descritivo realizado com pacientes portadores de câncer do trato gastrointestinal que estavam em tratamento ou acompanhamento nos ambulatórios, clínicas ou enfermarias de quimioterapia no UNACON do Hospital Universitário Joao de Barros Barreto e Ophir Loiola, na cidade de Belém, no período de março a junho de 2013.

II.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos com câncer GI, maior ou igual a 18 anos, que nunca foram tratados de outro tipo de câncer, que aceitaram participar da pesquisa e que estavam em condições de atender à entrevista. Foram também inclusos na amostragem aqueles com indicação de cuidados paliativos por fazerem parte da investigação relacionada ao diagnóstico. Os critérios de exclusão abrangem os pacientes com câncer GI menores de 18 anos; pacientes que já haviam sido tratados de outro tipo câncer; pacientes que apresentavam recidivas da doença; pacientes que foram diagnosticados e/ou inicialmente tratados em outra cidade; pacientes que não tinham estadiamento expresso no prontuário; pacientes que estavam sem condições clínicas de responder as questões da entrevista.

II.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do HUIBB e da liberação da mesma pelo departamento de pesquisa do hospital Ophir Loiola, os pacientes foram abordados antes e durante seu atendimento nas referidas dependências, sendo orientados sobre os objetivos do estudo e convidados a participarem da pesquisa, sendo aceitos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir daí, realizou-se uma entrevista, seguindo-se um roteiro previamente estabelecido, contendo perguntas abertas e fechadas, onde os pacientes informavam toda sua trajetória de atendimento, desde a manifestação da doença até iniciarem o tratamento.

Ao término das entrevistas, foram feitas pesquisas junto ao Departamento de Arquivo Médico e Estatístico (DAME), onde se solicitou os prontuários de cada paciente para que as informações fornecidas fossem confrontadas com as descritas nesses documentos, sendo também preenchidas as lacunas no roteiro deixadas pelo desconhecimento ou falta de lembrança dos pacientes, referentes às datas dos atendimentos na unidade de referencia, dos encaminhamentos, exames realizados, do início da terapêutica proposta e estadiamento da doença.

Foi considerada a data do diagnóstico, aquela constando na cópia do exame de biopsia com laudo patológico anexados nos prontuários. Nos casos (n=6) que não foram encontrados a cópia desse exame, considerou-se como data do diagnóstico aquela do primeiro registro do diagnóstico no prontuário do paciente na unidade/centro de referencia oncológica. Nesta pesquisa, os exames de ultrassonografia abdominal, tomografia abdominal, colonoscopia, endoscopia digestiva alta e biopsia com histopatológico foram considerados como exames especializados. Para o tratamento, utilizou-se a data em que o paciente iniciou a primeira de qualquer modalidade de tratamento indicada (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia).

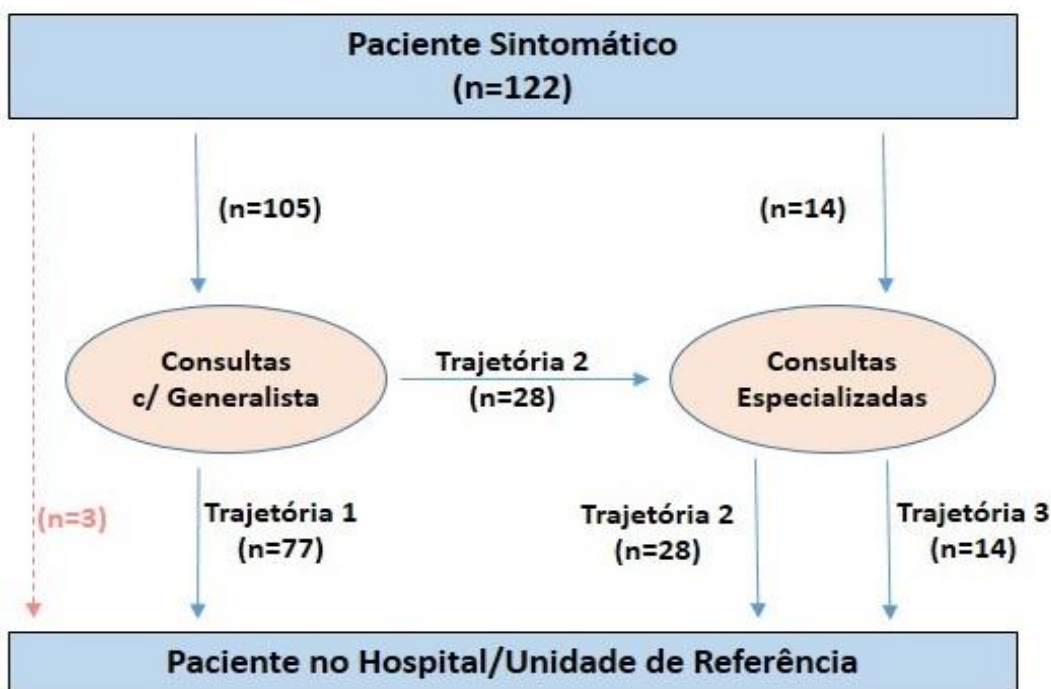
Dos 122 pacientes incluídos no estudo, 119 foram agrupados em três trajetórias diferentes percorridas pelos doentes, desde o início dos sintomas até o tratamento, designadas de Trajetória 1, Trajetória 2 e Trajetória 3 (esquema 1). As três trajetórias foram compostas da seguinte maneira:

Trajatória 1: constituída por 77 pacientes (63.1%) atendidos pelo médico generalista e encaminhados diretamente às unidades/centros de referência sem passar pelo médico especialista;

Trajatória 2: abrange 28 (23%) pacientes que chegaram à unidade de referência após passar pelo clínico geral e pelo médico especialista;

Trajatória 3: Composta por 14 (11%) pacientes que chegaram à unidade/centro de referência em oncologia após passar apenas pelo médico especialista.

Três pacientes (2.5%) seguiram outros padrões de trajetórias, diferentes entre si e das trajetórias acima descritas, os quais foram considerados exceções.



Esquema 1 - Trajetórias percorridas por 122 pacientes com câncer GI desde o início dos sintomas até a chegada ao hospital/ unidade de referência oncológica.

II.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para investigar as dificuldades relacionadas com diagnóstico e tratamento do câncer gastrointestinal foram coletados dados em uma amostra aleatória de 122 pacientes. Esta amostra foi dimensionada pela aplicação da técnica amostral de Cochran (1963) aplicada a do universo composto por 175 pacientes que satisfaziam os critérios de inclusão e exclusão, portanto o erro amostral foi estimado em 5%.

Na análise dos dados foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis quantitativas foram apresentadas por distribuição de percentis e por medidas de tendência central e de variação e tiveram a normalidade avaliada pelo teste de D'Agostino-Pearson.

Para descrever as curvas com os tempos da trajetória terapêutica foram aplicadas equações polinomiais para suavizar as curvas de distribuição dos percentis. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas. A comparação entre os tempos decorridos em cada fase da trajetória terapêutica foi realizada pelo teste de Friedman (Ayres et. al, 2007, p. 68) pois as variáveis aleatórias não apresentaram distribuição normal. A distribuição das variáveis qualitativas foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado. Foi previamente fixado o nível de significância $\alpha = 0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade. Todo o processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.4.

III RESULTADOS

Nos pacientes com câncer GI a idade predominante está na faixa de 50-69 anos(54.1%). As proporções entre os sexos não foram diferentes ($p=0.2031$, diferença não significativa). A procedência também não indicou diferença significativa, com 42,6% da amostra pertencentes à região metropolitana de Belém e, 57.4% dos municípios do interior do estado do Pará. Os tipos de câncer GI mais frequentes foram o Gástrico (47.5%) com p -valor $<0.0001^{**}$, seguido do colón e reto (43.4%) (tabela 6).

Tabela 6 - Características gerais de 122 pacientes com câncer gastrointestinal.

	n	%	p-valor
Idade			<0.0001*
≤29	2	1.6	
30 - 49	37	30.3	
50 - 69*	66	54.1	
≥ 70	17	14	
Sexo			0.2031
Feminino	54	44.3	
Masculino	68	55.7	
Procedência			0.1238
Belém	52	42.6	
Interior	70	57.4	
Tipo de câncer			<0.0001*
Esôfago	3	2.5	
Gástrico*	58	47.5	
Colón e Reto*	53	43.4	
Fígado e V. biliares	7	5.7	
Pâncreas	1	0.8	

*Qui-quadrado

A tabela 7 demonstra as atitudes dos 122 pacientes ao se depararem com os sintomas da doença. A automedicação destaca-se como a atitude mais frequente (32%) dos pacientes diante dos sintomas iniciais da doença.

Tabela 7 - Distribuição da atitude dos pacientes ao se depararem com os sintomas iniciais do câncer GI.

O que fez quando iniciaram os sintomas	n	%
Automedicação	39	32
Atendimento na UBS	31	25.4
Terapias alternativas	17	14
Consulta na rede particular	12	9.8
Nada fez	23	18.8

Durante a fase para diagnosticar a doença através da realização dos exames especializados, 96\122 (78,7%) pacientes relataram dificuldades para realização dos exames, sendo os custos com os exames a maior dificuldade (74%), considerando que 69,3% dos pacientes utilizaram recursos próprios. Não relataram dificuldades apenas 26 (21,31%) pacientes (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das características gerais da fase de realização de exames especializados pelos 122 pacientes com câncer GI.

	n	%	p-valor
Dificuldades com exames diagnósticos			<0.0001*
Custeio com exames particulares*	71	74	
Tempo de marcação e de resultados (>1 mês)	23	23.9	
Empecilhos do próprio paciente	2	2.1	
Meios para realização dos exames			<0.0001*
Recursos próprios*	85	69.3	
Através do SUS	37	30.7	

*Qui-quadrado

O médico especialista consultou 43 pacientes, sendo que 29 vieram encaminhados do médico generalista e 14 foram diretamente consultar o médico especialista. Nessa fase, a dificuldade para realizar atendimento especializado é o tempo de espera para o agendamento da consulta que foi superior a 30 dias para 79.1% dos pacientes. Dos 43 pacientes, 25 aguardaram o agendamento proposto e 18 pacientes procuraram consultório médico particular (tabela 9).

Tabela 9 - Atendimento médico especializado realizado por 43 pacientes com câncer Gastrointestinal.

	n	%	p-valor
Dificuldades para conseguir a consulta especializada			<0.0001*
Agendamento de consulta com prazo >30 dias *	34	79.1	
Demora para o encaminhamento	8	18.6	
Demora do paciente para ir marcar a consulta	1	2.3	
Realização da consulta especializada			0.3602
Através do SUS	25	58.1	
Recursos próprios	18	41.9	

Fonte: Protocolo de pesquisa

Entre 122 pacientes que foram encaminhados as unidades/centros de referencia em oncologia, 56 deles relataram dificuldade para marcar a consulta médica, sendo 53 (94.6%) devido a demora com o agendamento na instituição (tabela 10).

Tabela 10 - Dificuldades para marcar consulta para 56 pacientes com câncer GI nas unidades/centros de referência.

Dificuldades para marcar a consulta	n	%
Demora do agendamento pela instituição*	53	94.6
Empecilhos do próprio paciente	3	5.4

*p-valor<0.0001

Na unidade de referência em oncologia, o tratamento inicial indicado (tabela 11) mais frequente foi o cirúrgico (64.8%), seguidos dos demais tipos de tratamento.

De acordo com o relato dos pacientes (tabela 11), as dificuldades mais relevantes para iniciar a terapêutica oncológica proposta na unidade/centro de referência foram a falta de leito para o tratamento cirúrgico (54.4%), a demora em realizar exames de imagem nos casos de quimioterapia (45%) e a existência de uma longa lista de espera para realizar radioterapia (52.4%).

Tabela 11 - Dificuldades relatadas por 122 pacientes com câncer GI para iniciarem o tratamento nas unidades/centros de referência em oncologia.

Dificuldades para o início do tratamento	n	%	p-valor
Tratamento Cirúrgico			<0.0001*
Falta de leito*	43	54.4	
Realizar Exames por Imagem	13	16.5	
Demora para Autorização da AIH	6	7.6	
Falta de insumos materiais	6	7.6	
Condições clínicas do paciente	3	3.8	
Falta de leito no CTI	3	3.8	
Quimioterapia			n/a
Demora Exame Imagem	9	45.0	
Falta de medicamentos	2	10.0	
Falta de leito (lista de espera)	1	5.0	
Radioterapia			0.0019*
Longa lista de espera	11	52.4	
Equipamentos com defeito	7	33.3	
Demora exame imagem	3	14.3	
Demora resultado exame histopatológico	3	14.3	

Fonte: Protocolo de pesquisa

n/a: o teste estatístico não pode ser aplicado

A tabela 12 demonstra a análise comparativa do estadiamento apresentado pelos doentes oncológicos ao iniciarem o tratamento, segundo os tipos de câncer mais frequentes: Gástrico e cólon e reto. Dos 53 pacientes com CCR, 26.2%

estavam no estágio IIIB ao iniciarem o tratamento. Para o CaG, o estágio mais frequente foi o IV (31.6%), com uma tendência significativa.

Tabela 12 - Estadiamento dos 122 pacientes com câncer GI ao iniciarem o tratamento conforme os tipos histológicos de câncer mais frequentes: Cólon e reto (n=53) e Gástrico (n=57).

Estadiamento	Cólon e Reto		Gástrico	
	n	%	n	%
I	3	5.7	0	0.0
IA	0	0.0	2	3.5
IIA	0	0.0	1	1.8
IB	1	1.9	4	7.0
II	8	15.1	0	0.0
IIA	8	15.1	5	8.8
IIB	0	0.0	12	21.1
III	10	18.9	1	1.8
IIIA	1	1.9	2	3.5
IIIB	14	26.4	7	12.3
IIIC	1	1.9	5	8.8
IV	7	13.2	18	31.6

Cólon e Reto: p-valor <0.0001*, tendência para o estadiamento IIIB

Gástrico: p-valor <0.0001*, tendência para o estadiamento IV

III.1 ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS DOS PACIENTES ATÉ O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

TRAJETÓRIA 1: Constituída pelos 77/122 (63,1%) pacientes que foram somente ao médico generalista, o qual os encaminhou diretamente para a unidade/centro de referência em oncologia após o diagnóstico. Esses pacientes tem sintomas com duração de 7 (sete) meses, e somente após 8.5 meses (255 dias) ocorre a primeira consulta com o médico generalista. A chegada à unidade de Referência ocorre aos 8.8 meses (264 dias). O tratamento é iniciado aos 10.5 meses (315 dias). O tempo decorrido está descrito conforme os percentis (P20, P30, P40, P50, P60 e P70) da amostra composta apenas pelos pacientes que se encontram neste caso (tabela 13).

Tabela 13 - Trajetória 1: Tempo (meses) decorrido conforme os percentis (P20, P30, P40, P50, P60 e P70) em uma amostra de 77 pacientes.

PERCENTIS	Sintomas (meses)	Generalista (meses)	U. Referência (meses)	Tratamento (meses)
P10	0.7	1.2	1.3	1.5
P20	0.7	1.2	1.2	1.4
P30	3.0	4.0	4.2	4.9
P40	6.0	7.3	7.6	8.6
P50	7.0	8.5	8.8	10.5
P60	11.0	13.0	13.3	15.7
P70	12.2	15.2	15.6	19.0
P80	24.3	28.3	29.0	33.4
P90	36.7	42.3	43.3	50.3
P100	96.7	108.7	110.6	120.5

Fonte: protocolo da pesquisa.

TRAJETÓRIA 2: Inclui 28/122 (23%) pacientes que foram encaminhados ao especialista pelo médico generalista e, posteriormente, após o diagnóstico, foram encaminhados para a unidade/centro de referência em oncologia. O tempo decorrido está descrito conforme os percentis (P20, P30, P40, P50, P60 e P70). Na tabela 14, a linha azul (mediana) é a que melhor representa essa trajetória. Esses pacientes tem sintomas com duração de 5 meses. Após 5.3 meses (160 dias) do início dos sintomas ocorre a primeira consulta com o médico generalista. A consulta com o especialista ocorre aos 7.8 meses (234 dias). A chegada à unidade referência ocorre aos 8.1 meses (243 dias). O tratamento é iniciado aos 9.8 meses (294 dias).

Tabela 14 - Trajetória 2: Tempo (meses) decorrido conforme os percentis (P20, P30, P40, P50, P60 e P70) em uma amostra de 28 pacientes.

PERCENTIS	Sintomas (meses)	Generalista (meses)	Especialista (meses)	U. Referência (meses)	Tratamento (meses)
P10	0.2	0.3	0.7	0.8	1.2
P20	0.7	0.9	1.6	1.7	2.6
P30	2.0	2.3	3.3	3.5	4.6
P40	5.0	5.3	7.0	7.2	8.5
P50	5.0	5.3	7.8	8.1	9.8
P60	6.0	6.5	9.8	10.1	12.2
P70	10.0	10.7	15.7	16.1	19.4
P80	12.0	13.0	19.0	19.7	23.7
P90	36.5	37.5	44.2	45.0	50.8
P100	46.7	49.7	91.7	93.2	106.3

Fonte: Protocolo da pesquisa.

TRAJETÓRIA 3: Inclui 14/122 pacientes (11,5%) que após o início dos sintomas foram diretamente ao médico especialista. Este, após concluir o diagnóstico, encaminhou-os para a unidade/centro de referência em oncologia. O tempo decorrido está descrito conforme os percentis (P20, P30, p40, P50, P60 e P70). Na tabela 15, a linha azul (mediana) é a que melhor representa a trajetória 3. Esses pacientes tem sintomas com duração de 1(um) mês. Após 2.6 meses (78 dias) ocorre a consulta com o Especialista. A chegada à unidade de referência ocorre aos 2.9 meses (87 dias). O tratamento é iniciado aos 4.4 meses (132 dias).

Tabela 15 - Trajetória 3: Tempo (meses) decorrido conforme os percentis (P20, P30, p40, P50, P60 e P70) em uma amostra de 14 pacientes.

PERCENTIL	Sintomas (meses)	Especialista (meses)	U. Referência (meses)	Tratamento (meses)
P10	0.2	0.7	0.7	0.9
P20	0.5	1.2	1.2	1.5
P30	0.7	1.8	2.0	3.2
P40	0.8	2.1	2.4	3.7
P50	1.0	2.6	2.9	4.4
P60	1.0	3.2	3.6	5.2
P70	3.0	6.0	6.4	8.8
P80	4.0	7.1	7.6	10.4
P90	40.0	43.3	44.0	48.3
P100	60.8	69.2	70.7	76.5

Fonte: Protocolo da pesquisa.

III.2 ANÁLISE COMPARATIVA DAS 3 TRAJETÓRIAS:

Pelas medianas no Gráfico 2, constatou-se que os pacientes que foram diagnosticados diretamente pelo médico especialista levaram 4.4 meses (132 dias) dos sintomas da doença até o início do tratamento; os que procuraram o médico generalista e que foram encaminhados para o médico especialista, levaram 9.8 meses (294 dias); e os que foram diagnosticados pelo médico generalista levaram 10,5 meses (315 dias).

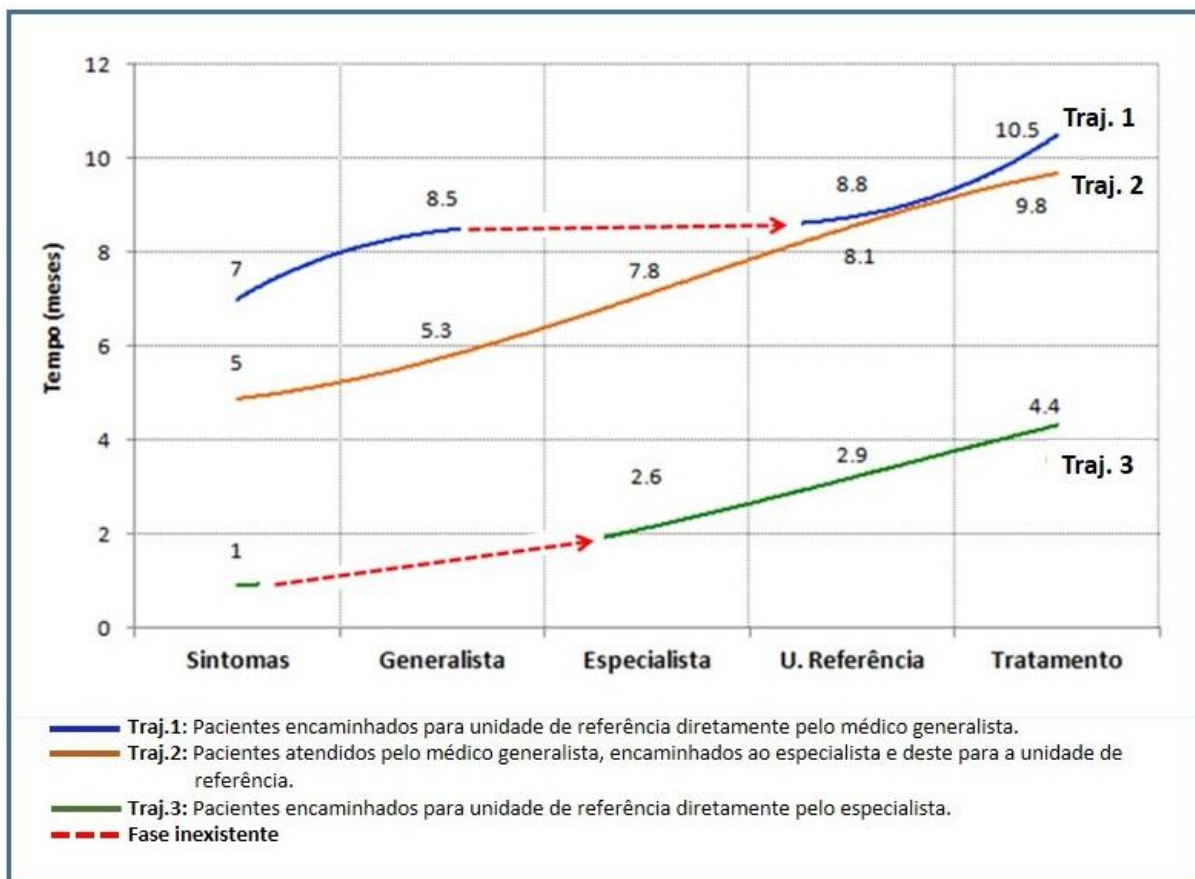


Gráfico 2 - Curvas do tempo decorrido (meses) conforme as medianas das 3 trajetórias: Trajetória 1 (n=77), trajetória 2 (n=28) e trajetória 3 (n=14).

Os gráficos 3 e 4 indicam os tempos (no eixo Y) nos quais os 122 pacientes (% no eixo X) demoraram entre o início dos sintomas e o diagnóstico (biópsia com laudo histopatológico) e deste para o tratamento.

A curva dos percentis demonstra que 50% dos pacientes levam quase 10 meses desde os sintomas até o diagnóstico da doença e outra metade com um tempo bem superior, podendo chegar aos 70 meses. A partir do diagnóstico, 50% dos pacientes levam 90 dias para conseguirem iniciar o tratamento.

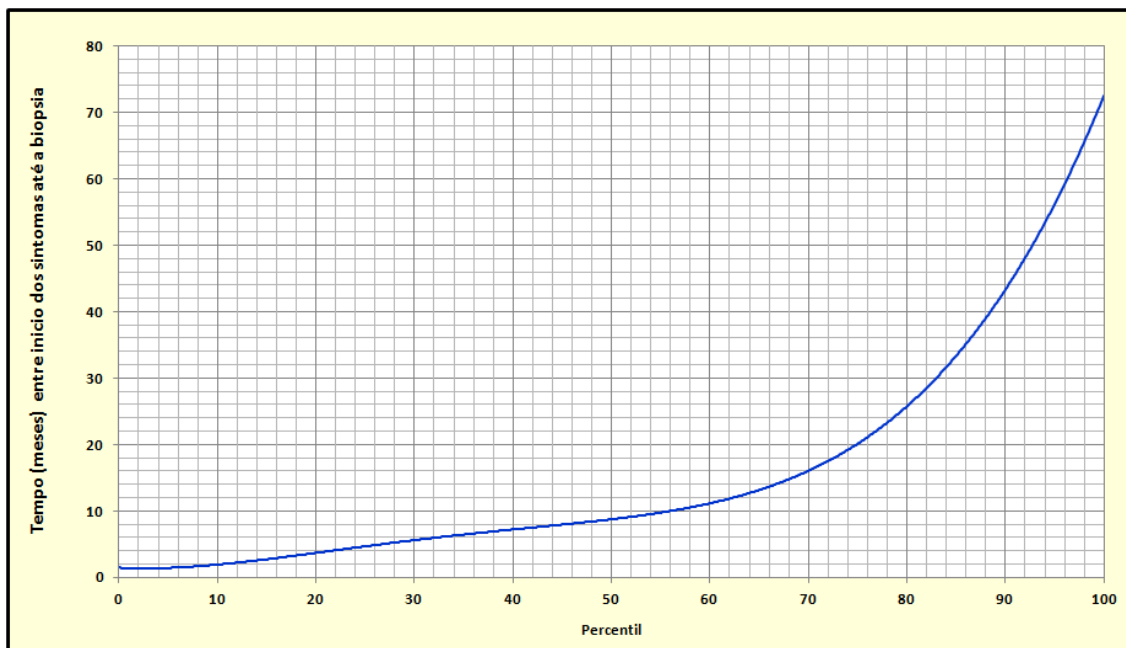


Gráfico 3 - Curva do tempo decorrido entre o início dos sintomas de 122 pacientes com câncer GI até o diagnóstico da doença.

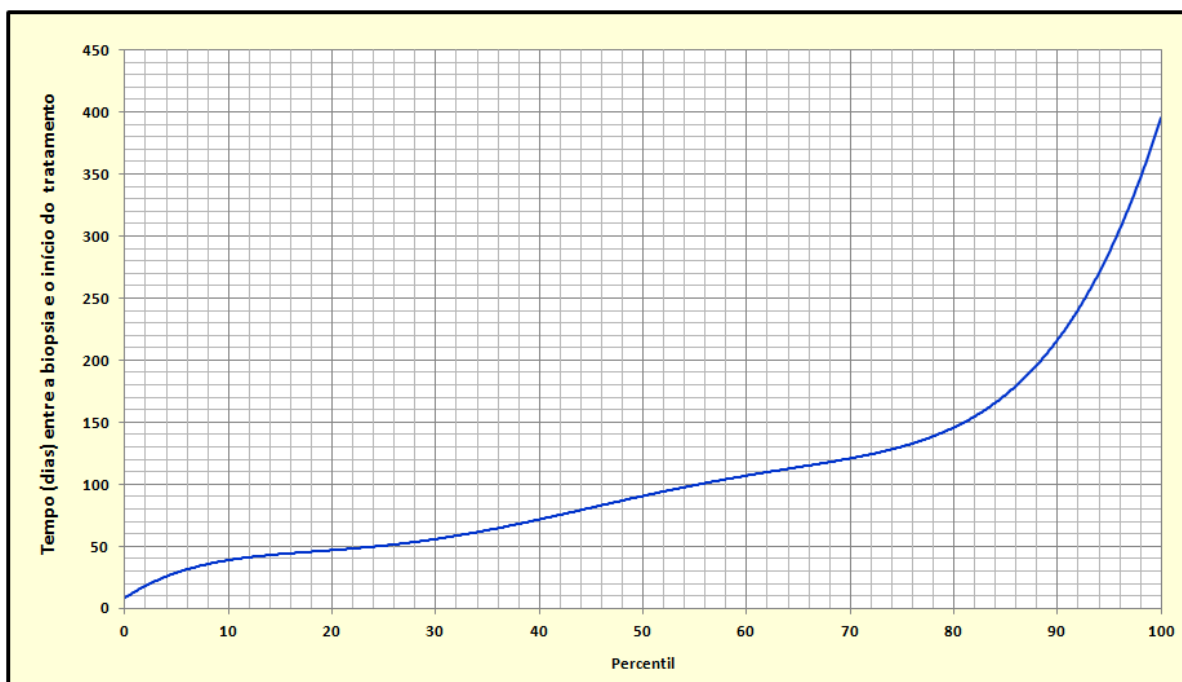


Gráfico 4 - Curva do tempo decorrido entre o diagnóstico (biópsia) do câncer GI de 122 pacientes e o início do tratamento da doença

IV DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo, de um modo geral, ratificou as informações que vem sendo reveladas por vários grupos e instituições de pesquisa (INCA, OMS, AJCC, FOSP) quanto às características dos tumores do trato gastrointestinal, sendo o câncer gástrico e de cólon e reto os mais incidentes desse grupo de neoplasias, com a população acima de 50 anos mais atingida. Apesar da diferença não ter sido significativa na amostra estudada, houve predomínio do sexo masculino, com a maioria dos casos procedente dos interiores, onde as condições de vida são mais precárias, o que por si só já é um fator de risco a mais para essa doença.

Desde 1988, com a promulgação da CF foi estabelecido que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado,” a partir daí uma série de leis, decretos e portarias foram sendo criadas para garantir esse direito. Um exemplo é a lei 8080/90 que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, estabelecendo as diretrizes do SUS, baseadas nos princípios de universalidade, integralidade e igualdade de acesso a esses serviços. No entanto, na prática, o que se viu aqui foi a total violação de um direito fundamental do ser humano, que é a saúde, e a incapacidade do Estado em “prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, na medida em que o SUS não consegue suprir as necessidades dos usuários, evidenciando falhas na rede de serviços ofertados considerando que quase 70% dos pacientes com câncer GI, ao buscarem os serviços de saúde pública, precisam arranjar recursos para financiar a execução de exames especializados e de consultas com médico especialista, a fim de conseguir diagnosticar a doença com maior celeridade e, apontam o custeio com esses procedimentos como uma das dificuldades para seu tratamento. Esse achado é um contrassenso a atual Política Nacional de Atenção Oncológica que determina que a rede de serviços deva ser estruturada de tal forma que garanta atenção integral à população e o acesso às consultas e exames para diagnóstico do câncer (Port. 2.439/2012).

A trajetória dos doentes que fazem o percurso assistencial, numa linha de cuidados que envolvem a consulta com médico generalista e diagnóstico feito pelo médico especialista, demonstrou que o tempo para iniciar o tratamento da doença é maior (84 dias), evidenciando que o modelo assistencial hierarquizado prejudicou os

doentes. Essa realidade difere do que é determinado pela Port. 876/ 2013 sobre assistência que deve ser organizada com fluxos de referência bem definidos para garantir que o paciente diagnosticado com neoplasia maligna seja atendido e inicie seu tratamento em até 60 dias.

Outras situações podem advir dos problemas de estruturação dos serviços oncológicos, como a demora em procurar atendimento médico, com uma parte significativa dos pacientes usando automedicação e terapias alternativas (45.9%) como vias de melhora dos sintomas iniciais da doença, quando esta se manifesta.

A automedicação retarda o diagnóstico e, por conseguinte, o tratamento. Segundo a Associação Médica Brasileira (2001) pode resultar de uma série de outros fatores que acabam por se tornar condicionantes para o diagnóstico tardio da doença, dentre eles a dificuldade e o custo de se conseguir uma opinião médica, o desespero e a angústia desencadeados por sintomas e a falta de programas educativos que por si só denotam falhas das medidas de prevenção contra o câncer nos níveis de atenção primária e secundária, o que também contraria os objetivos e atribuições do SUS quanto à prestação de “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”, conforme o art. 5º da lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

A demora em buscar o tratamento é caracterizada por uma população mediana que leva quase 10 meses para procurar assistência médica e outra metade acima desse tempo, chegando há quase 70 meses. Esse tempo perdido foi significativo para a determinação de um prognóstico sombrio, como foi demonstrado neste estudo, pelo estágio avançado que se encontravam 31.6% dos pacientes com CaG (estádio IV) quando iniciaram o tratamento. Este achado coincide com a literatura (CATALANO, 2005), a qual descreve que os pacientes com câncer gástrico são em sua maioria diagnosticados no estágio IV, onde não há mais nenhuma possibilidade de cura e com a terapia indicada apenas para prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida dos doentes. O prognóstico para os pacientes com CaG fica bem diferente quando o inverso ocorre, como para 3,5% da amostra estudada, a qual iniciou a terapêutica no estágio IA com possibilidades de cura exclusivamente por ressecção cirúrgica (SBC, 2012) implicando numa taxa de sobrevivência em 5 anos de 70,8% (AJCC, 2010).

A situação do CCR, o segundo mais frequente no estudo, é menos grave, considerando que 26.4% dos doentes iniciou o tratamento no estágio IIIB, nesses casos, conforme a *American Joint Committee on Cancer* (2010), a taxa de sobrevivência em 5 anos é de 46,3%, o que não é muito diferente da realidade no Brasil, considerando que os estudos realizados pelo INCA com pacientes assistidos no período de 1992 a 1996, demonstraram a taxa de sobrevivência para estágio IIIB foi de 39%. No entanto, esse quadro poderia ser facilmente modificado se no Brasil fosse implementado programas de rastreamento para esses tipos de câncer, que na maioria dos casos, como diz Rossi (2004) resulta de lesões pré-neoplásicas com uma carcinogênese sequencial e prolongada (20 a 25 anos), o que favorece sua detecção precoce e um prognóstico positivo. Portanto, é uma neoplasia facilmente curável quando detectada precocemente (INCA, 2012), o que pode ser feito através de um exame simples e de baixo custo, indicado para pessoas acima de 50 anos anualmente, que é a pesquisa de sangue oculto nas fezes com posterior confirmação dos achados através da colonoscopia.

De fato, o período de tempo entre o diagnóstico e tratamento das neoplasias tem sido alvo de discussões e preocupações no mundo inteiro, um bom exemplo pode ser visto no Japão que estabeleceu um programa de rastreamento para o câncer gástrico com o qual é possível fazer o diagnóstico precoce de 50% dos tumores, aumentando a taxa de sobrevivência global de 5 anos para 40 a 60% (OHTSU, 2006). A situação é diferente nos países em que não existem esses programas, como no Brasil, onde um estudo demonstrou uma taxa de sobrevivência de 9% após 5 anos nos pacientes com CaG do município de Campinas/SP (TEIXEIRA et al, 2006).

A preocupação com a tempestividade nesses casos motivou a criação da lei 12.732/12 que determina novas diretrizes para o atendimento aos pacientes oncológicos, evidenciando o desejo de se reduzir o tempo entre o diagnóstico e tratamento do câncer. Para isso foi estabelecido que cada doente com câncer tenha um prazo máximo de até 60 dias para iniciar seu tratamento, a partir da data do diagnóstico (BRASIL, 2012).

No entanto, os dados indicaram que metade dos doentes levam 90 dias para iniciarem seu tratamento depois do diagnóstico, demonstrando a fragilidade dos serviços ofertados aos pacientes quando chegam às unidades/centros de alta complexidade em oncologia, particularmente a falta de leitos para internação nos casos indicados de tratamento cirúrgico (54.4%). A necessidade de melhorar o

acesso aos procedimentos oncológicos, particularmente os cirúrgicos, é alvo de preocupações desde 2005, quando o Conass emitiu nota técnica 26^a, mencionando o problema. A necessidade de melhorias é agora ainda mais emergencial, visto que os pacientes precisam iniciar o tratamento no prazo estipulado pela legislação vigente.

Outro aspecto importante, que não se pode deixar de mencionar e que não foi considerado pela lei 12.732/2012, quando estabeleceu o prazo para o início do tratamento, diz respeito ao tempo antes do acesso ao diagnóstico. Basta analisar a linha de cuidados vivenciada por esses doentes que mostra que mesmo sendo diagnosticados pelo médico generalista, sem uma consulta especializada, ou seja, pulando-se etapas no atendimento e fazendo exames específicos, como biopsias, através recursos próprios, ainda sim, metade dos doentes leva quase 10 meses para chegarem ao diagnóstico e outra metade com um tempo superior, chegando a 5 anos até iniciarem o tratamento. Uma tempestividade importante para tratar uma doença cujo fator tempo é crucial para o sucesso terapêutico. Portanto, a efetivação do plano estadual de atenção oncológica, criado pela SESP/PA em 2013, cujas metas envolvem melhorias na assistência oncológica em todos os níveis de atenção a saúde, pode ser o passo inicial para a modificação desse cenário no estado.

V CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a maioria dos doentes com câncer GI quando procuram assistência médica no Sistema único de Saúde utiliza recursos próprios para realizar exames especializados, sendo os custos com esse serviço considerado a maior dificuldade para o diagnóstico da doença. O tempo de espera para marcar exames específicos é superior a um mês, o que também é um entrave para o diagnóstico dos pacientes que não tem recursos.

Para os pacientes com câncer gástrico e colorretal, com indicação de cirurgia, a falta de leito para internação é o maior gargalo para o início do tratamento nas Unidades e Centros de Assistência de alta Complexidade em Oncologia, assim como a demora em realizar exames de imagem e a longa lista de espera dificultam o início do tratamento quimioterápico e radioterápico respectivamente.

A tempestividade desde o diagnóstico até o início do tratamento é de 90 dias para 50% dos pacientes com câncer, contrariando o que a legislação determina. No entanto, o problema maior se concentra na fase anterior ao diagnóstico, no qual a metade dos doentes permanece por mais de 10 meses, podendo chegar a 70 meses, convivendo com os sintomas da doença, fazendo uso de automedicação ou terapias alternativas, o que implica diretamente para que iniciem o tratamento em fase avançada da doença, estando a maioria dos pacientes com câncer colorretal no estágio IIIB e àqueles com câncer gástrico no estágio IV.

RECOMENDAÇÕES

Os dados do estudo podem ser utilizados como instrumentos para estimular os gestores da saúde quanto à implantação e implementação de ações integradas nas redes de atenção à saúde previstas na PNAO e priorizar àquelas estabelecidas no Plano Estadual de atenção oncológica no Pará, como forma proporcionar maior celeridade ao fluxo de média e alta complexidade no sentido da oferta em número adequado dos exames diagnósticos, redução do tempo de agendamento e de entrega dos resultados desses exames e aumento do número de leitos cirúrgicos para início do tratamento oncológico, assim como utilizar estratégias nos programas de Saúde da família e nas unidades básicas como difusores de informações, educação, prevenção dos fatores de risco do câncer GI e detecção precoce.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, S.C. *et al.* Solid pseudopapillary tumors of the pancreas are genetically distinct from pancreatic ductal adenocarcinomas and almost always harbor β -catenin mutations. **American Journal of Pathology**, v. 160, n. 4, p. 1361-1369, 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943721>.> Acesso em: 10 ago. 2012.

ALTENBURG, F.L.; BIONDO-SIMOES, M.L.P; SANTIAGO, A. Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e correlação com alterações em Colonoscopia. **Rev. Bras. Coloproctologia**. V.27, n.3, p.304-309, 2007

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. **AJCC Cancer Staging Manual**. 7 ed. New York: Springer, 2010.

AUTOMEDICAÇÃO [editorial]. **Rev Ass Med Bras**. 2001;47:269-70. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7366.pdf>. Acesso em 12 de março 2013.

AYRES, M. *et al.* **BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas**. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p.

BERRINO F. *et al.* **Survival of cancer patients in Europe: The Eurocare-2 study**. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1999. Disponível em <http://www.eurocare.it/Publications/tabid/61/Default.aspx> Acesso em 19/11/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de atenção Oncológica: Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm> >. Acesso em: 17 Ago. 2012.

_____. **Portaria Nº 3.535, de 02 de setembro de 1998**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>>. Acesso em: 10 de setembro de 2012.

_____. **Portaria Nº 62, de 11 de março de 2009**. Disponível em: <<http://dtr2009.sau.de.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2009/GM/GM-62.htm> >. Acesso em: 17 Ago. 2012.

_____. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./sas/2005/prt0741_19_12_2005.html Acesso em 13 de março de 2013.

_____. **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). In: ANGHER, Anne Joyce (Org.). **Vade mecum acadêmico de direito**. 15. ed. São Paulo: Rideel, 2012.

BRASIL. Leis e decretos. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20.09.1990. Também disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12.09.2013.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23.11.2012. Também disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12.09.2013.

BRASIL. Portaria nº 876 de 16 de maio de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23.11.2012. Também disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12.09.2013.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Relator Ministro José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

BRUIX, J. *et al.* Focus on hepatocellular carcinoma. **Cancer Cell**, v. 5, n. 3, p. 215–219, 2004. Disponível em: < [http://www.cell.com/cancer-cell/issue?pii=S1535-6108\(00\)X0033-5](http://www.cell.com/cancer-cell/issue?pii=S1535-6108(00)X0033-5)>. Acesso em: 18 nov. 2012.

BUZAID, A.C.; MALUF, F.C. (Edt.). **Manual de Oncologia Clínica do Brasil**. 10. Ed. São Paulo : Dendrix, 2012. Disponível em: < <http://mocbrasil.com/manual/cancer-gastrintestinal/>> Acesso em: 12 de set. 2012.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Wait times tables: a comparison by province, 2010**. Disponível em: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/wait_times_tables_2010_e.pdf>. Acesso em: 19 de set. 2013.

CATALANO, V. *et al.* Gastric cancer. **Critical Reviews in Oncology/ Hematology**. V. 54, n.3, p.209-241, 2005. Disponível em [http://www.croh-online.com/article/S1040-8428\(09\)00004-3/abstract](http://www.croh-online.com/article/S1040-8428(09)00004-3/abstract). Acesso em 12 de julho 2013.

CHRISTIAN T.K- STADTLANDER, H.; WATERBOR, J.W. Molecular Epidemiology Pathogenesis and Prevention of Gastric Cancer. **Carcinogenesis**, v. 20, n. 12, p. 2195-2207, 1999.

COCHRAN, W. G., **Sampling Techniques**. 2nd. ed. New York : John Wiley & Sons, Inc., 1963.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Nota técnica 26^a** - Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, 2005.

CRUZ, L. Automedicação dificulta diagnóstico do câncer. **Assessoria de comunicação - Ophir Loiola**, 2012. Disponível em: <<http://www.ophirloyola.pa.gov.br/noticias/>> Acesso em: 30 de julho de 2012.

DENLINGER, C.S.; ENGSTROM, P.F. Colorectal Cancer Survivorship: Movement Matters. **American association for Cancer Research**, v. 4, n. 4, p. 502-511, 2011. Disponível em: < cancerpreventionresearch.aacrjournals.org>. Acesso: 05 set. 2012.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Cancer reform strategy**. Londres: DH, 2007. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/documents/digitalasset/dh_081007.pdf.> Acesso em: 2 jul. 2012.

EGUIA, V.; GONDA, T.A.; SAIF, M.W. Early detection of pancreatic cancer. **JOP. Journal of the Pancreas**, v. 13, n. 2, p. 131-134, 2012. Disponível em: < <http://www.joplink.net> > Acesso em: 29 ago. 2012.

FENOGILO-PREISER, C. *et al.* Gastric carcinoma. In: HAMILTON, S.; ALTONIN, L. *et al.* **Pathology and Genetics. Tumors of the Digestive System**. França: Lyon Press, 2000, p. 37–52. v. 1.

FERREIRA, C.G.; ROCHA, J.C. **Oncologia molecular**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2010.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Sobrevida de Pacientes com Câncer no Estado de São Paulo**, Dezembro, 2009. (Caderno FOSP), v. 5. Disponível em: http://www.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_5ed.pdf . Acesso em: 26 set. 2011.

HOFF, P.M.G. *et al.* **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Relatório de Gestão 2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/relatoriogestao2009> .

_____. **A Situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006.

_____. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em : <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acesso em: 07 jul. 2012.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER. **Introduction UICC Global Cancer Control**. Geneve, Switzerland, UICC, 2005.

JEMAL, A. *et al.* Global Cancer Statistics. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 61, p. 69-90, 2011. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com> >. Acesso em 25 jul. 2012.

LOPES, A. *et al.* **Prevenção do câncer**. São Paulo: Manole, 2010.

MEYER, J.H.; WIKE, H. Treatment strategies in Gastric Cancer. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 108, n. 41, p. 606-708, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221435/>. Acesso em: 25 ago. 2013

MENDES, E.V. As Redes de Atenção a Saúde. 2ed. Brasília: Organização Pan americana de saúde, 2011.

OTSU, A.; YOSHIDA S.; SAIJO, N. Disparities in Gastric Cancer Chemoterapy between the East and West. **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, p. 2188-2196, 2006. Disponível em <http://jco.ascopubs.org/content/22/2/330.short>. Acesso em 10 de setembro 2013.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de janeiro: Richmann& Affonso Ed., 2002.

PARÁ. Secretária de Estado de Saúde Pública. Diretoria de desenvolvimento das redes assistenciais e regionalização. Coordenação estadual de atenção oncológica. **Plano Estadual de Atenção Oncológica do Pará**. Belém : SESPA, 2013.

PENNATHUR, A. *et al.* O Esophageal Carcinoma. **The Lancet**, v. 381, p. 400-412, 2013. Disponível em <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60643-6/fulltext.](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60643-6/fulltext.)> Acesso em: 12 de março de 2014.

QUEIROGA, R.C.; PERNAMBUCO, A.P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 173-178, 2006.

QUILICI, F.A.; CORDEIRO, F.P. Pólipos Colorretais. In: *Conduitas em Gastroenterologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ROSSI B.M. *et al.* **Câncer de Colón, Reto e Ânus**. São Paulo: Artmed; 2004.

SEHDEY, A. Gastroesophageal cancer: focus on epidemiology, classification and staging. **Discovery Medicine**, v.16, n.87, p.103-111, 2013. Disponível em: <

SNUSTAD, D.P.; SIMMONS, M.J. **Fundamentos de genética**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Departamento de Cancerologia da Associação Médica Brasileira. **Câncer do aparelho digestivo**. 2012. Disponível em: < <http://www.sbcancer.org.br/> > Acesso em 20 nov. 2012.

STAHL, M. *et al.* Phase III Comparison of preoperative Chemotherapy compared with Chemoradiotherapy in patients with locally advanced adenocarcinoma of the esophagogastric junction. **J. Clin Oncol.** v. 27. n. 6, p. 851-856, 2009. Disponível em <http://jco.ascopubs.org/content/27/6/851.long>. Acesso em 10 set. 2013.

TEIXEIRA, M.T.B. et al. Sobrevida em pacientes com câncer gástrico em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Aug. 2006. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-9&script=sci_arttext> Acesso em: 23 de novembro de 2013.

VIEIRA, O. M. *et al.* **Clínica Cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos**. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 193-198.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer control Programmes: Policies and managerial Guidelines**. 2nd ed. Italy: Health & development Networks, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acesso em 27 de janeiro de 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA

Entrevista nº: _____ Data da entrevista: _____

1-IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: MASC FEM Idade: _____ anos

Escolaridade: analfabeto 1 a 5º ano 6 a 9º ano Ens. Médio Superior

Procedência: _____

Tipo histológico: _____

Diagnóstico: ____/____/____

II- Dados relativos à doença

1. Quando começaram os sintomas da doença?

2- Considerando o início dos sintomas, qual sua atitude?

- Nada fez automedicação Terapias alternativas
 consulta médica em UBS consulta médica particular

3- Quanto tempo se passou entre o início dos sintomas e a primeira consulta médica?

4- Qual a conduta médica do primeiro médico que o avaliou?

- Tratamento com sintomáticos. solicitou exames de rotina
 Solicitou exames especializados (USG, TC, EDA , colonoscopia, biopsia)
 Encaminhou para médico especialista. Solicitou Internamento hospitalar.

5- Quanto tempo se passou entre a 1º e a 2º consulta (dias), já com resultados de exames?

6- Qual a conduta do médico na consulta de retorno?

- Encaminhou para médico especialista (gastroenterologista, proctologista, hepatologista)

- Encaminhou para hospital de referencia em oncologia.
- Solicitou outros exames.
- Solicitou internamento hospitalar imediato.
- emitiu uma AIH padrão.

7- Quantos dias você demorou para conseguir atendimento especializado?

8- Quais as dificuldades para esse atendimento?

- Demora para ser encaminhado ao médico especialista.
- Erros na marcação de consulta.
- Demora do paciente para ir marcar consulta.
- Agendamento da consulta com prazo superior a 30 dias.

9- Quanto tempo demorou para realizar os exames especializados?

10- Como conseguiu realizar os exames especializados?

- Através do SUS.
- Utilizou recursos próprios.
- Através de conhecidos.

11- Quais as dificuldades para marcar exames especializados?

- Marcação com tempo superior a 1 mês e/ou demora para resultado
- empecilhos do próprio paciente.
- Não teve dificuldades
- Custeio com exames particulares

12- qual o tempo em dias entre a 1ª e 2ª consulta com médico especialista?

III- Na unidade de Referência em oncologia

13- quanto tempo você demorou pra ser avaliado?

14- Qual a dificuldade para essa avaliação?

- Empecilhos do próprio paciente.
- Demora para conseguir consulta.
- Remarcação de consultas pela instituição

15- Qual o tipo de tratamento inicial proposto?

- Cirurgia
- radioterapia
- quimioterapia
- cuidados paliativos

16- Qual o tempo entre a avaliação na unidade de referencia e o inicio do tratamento?

17- Quais as dificuldades para iniciar tratamento:

A) CIRÚRGICO:

- Falta de leito para internação
- Falta de insumos materiais
- Falta de leito em CTI
- Demora para autorização de AIH
- Condições clínicas do doente
- Falta de insumos biológicos
- Realização de exames por imagem

B) QUIMIOTERAPIA

- Demora para realização de exames por imagem
- Falta de medicamentos
- Falta de leito - lista de espera
- Condições clínicas do doente
- Demora para resultado de histopatológico.

C) RADIOTERAPIA

- Demora para realização de exames por imagem
- longa lista de espera
- Equipamentos com defeito
- Condições clínicas do doente
- Demora para resultado de histopatológico.

18- Qual o estadiamento da doença quando iniciou o tratamento?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Câncer Gastrointestinal: Dificuldades para o acesso ao diagnóstico e tratamento

O presente estudo, do tipo observacional transversal descritivo tem como objetivo Investigar as dificuldades vivenciadas pelos pacientes com câncer, desde a manifestação dos sintomas, e que se constituem em impedimentos para o diagnóstico precoce e tratamento imediato dessa doença. Será realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Convidamos você a participar desta pesquisa, respondendo um conjunto de perguntas sobre suas dificuldades, na forma de entrevista, que serão realizadas na enfermaria onde está internado ou no ambulatório. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque algum constrangimento, você tem a liberdade para não responder.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em nenhum momento a entrevista oferecerá riscos à sua dignidade, bem como não será feito nenhum procedimento que lhe trará qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Ao participar desta pesquisa você não terá benefícios diretos, entretanto esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a assistência que tem sido dedicada aos pacientes oncológicos para reduzir os danos causados por esta doença, de forma a servir de instrumento para a implantação de melhorias na qualidade do atendimento prestado no estado.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é Meib Nascimento Marques, que pode ser encontrado no endereço Rua Barão do Triunfo, 3314 apto 903, telefones 91-81299872/91-3228-4292, ainda como orientadora a Profª Dra. Lizomar de Jesus Maués P. Moia, telefone 91-8844-4844/9299-1269, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), no mesmo endereço ou pelo telefone 91-32016754, e e-mail: cepujbb@yahoo.com.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com

outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Em qualquer momento você tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores. Não haverá despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e guardados por cinco anos e os resultados divulgados em eventos e/ou revista científica.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo: “Câncer Gastrointestinal: Dificuldades para o diagnóstico e tratamento imediato”. Eu discuti com a pesquisadora Meib Nascimento Marques, sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta despesa e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito/ representante legal

Belém, ___/___/___

Assinatura da testemunha (para casos de sujeitos menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito que colheu o T.C.L.E.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Registro no Conselho:

Belém, ___/___/___

APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÉ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

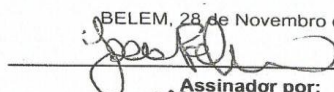
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela Aprovação do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Recomendamos a coordenação do estudo que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.
CEP/HUBB

BELEM, 28 de Novembro de 2012


Assinador por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Dr. João Soares Felício
Coord. do Comitê de Ética
em Pesquisa / HUBB
CRM: 4409

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA
UF: PA Município: BELEM CEP: 66.073-000
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephubb@yahoo.com.br