

ESTUDO SOBRE A REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER COLORRETAL

DEBORA UGAYAMA BASSI

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do Título de Mestre
em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Dra Erika Maria Monteiro Santos

**Co-Orientadora: Dra Andréa Yamaguchi
Kurashima**

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Bassi, Débora Ugayama

Estudo sobre a realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal / Debora Ugayama Bassi – São Paulo, 2011.
57p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração:
Oncologia.

Orientadora: Erika Maria Monteiro Santos.

Descritores: 1. PREVENÇÃO 2. NEOPLASIAS COLORRETAIS
3. PREVENÇÃO PRIMÁRIA 4. ESTUDOS PROSPECTIVOS.

DEDICATÓRIA

A meus pais, Dalton e Terezinha, que sempre reforçaram a prioridade de valorizar a educação e o conhecimento como o maior bem adquirido.

A meu marido, Julio, que ao meu lado, motivou-me e acreditou em todos os momentos com seu carinho, amor e cuidado.

As minhas orientadoras, Dra. Erika Maria Monteiro dos Santos e a Dra. Andréa Kurashima, minha imensa admiração e gratidão pelo conhecimento e dedicação profissional à pesquisa. São minhas referências de ética, competência profissional e valores pessoais. Esta tese é tão especial como vocês.

AGRADECIMENTOS

Tudo isso foi possível por ter pessoas que me ajudaram na construção e finalização deste estudo.

À Dra. Erika Maria Monteiro dos Santos, pela paciência e dedicação, que sempre disponibilizou a ajudar-me em tudo o que foi necessário.

À Dra. Andréa Yamaguchi Kurashima, que acreditou na minha capacidade, sempre com carinho, apoio e paciência.

À Dra. Roselena Bazilli Bergamasco, que contribuiu na finalização deste trabalho com o seu conhecimento.

Ao Dr. Wilson Toshihiko Nakagawa, que contribuiu com seu conhecimento, expertise e vivência clínica para concluir este trabalho.

À amiga, Cida Sampaio Camilo, que acreditou em mim e incentivou-me nos momentos mais difíceis.

À amiga, Ana Carolina Paterlini, que ajudou com sua amizade e companheirismo ajudou-me nos momentos difíceis.

Ao Dr. Alexandre Sadeeh, Bete, Deborah, Ingrid, Luciano, Raphael e Rodrigo que com suas palavras fizeram-me acreditar no potencial que muitas vezes eu duvidava possuir.

A Michele Artioli, que me ajudou com suas palavras doces e amigas.

A Thais Safranov, que me auxiliou na coleta de dados dos pacientes.

As minhas amigas, Elisa Bartié e Vanessa Cristina de Moraes, que foram amigas em todos os momentos.

Ao Tiago, Milena, Jonathan e Juliana, que sempre me ajudaram com a sabedoria e amizade.

A Cristiane Gonçalves pela amizade e força.

A minha amiga Cassia Silva, que me ajudou com suas palavras no dia-a-dia do trabalho e com seu profissionalismo.

A Dra Cecilia Maria Lima da Costa pelo apoio para a finalização deste trabalho.

A Suely Francisco da biblioteca pela paciência e atenção.

Ao chefe do Núcleo de Tumores Colorretais, Dr Samuel Aguiar Junior, pela colaboração na realização deste trabalho.

A meus chefes, Dr. Claudio Galvão de Castro Júnior e Dra Carla Renata Donato Pacheco Macedo, que me incentivaram e possibilitaram que este trabalho fosse finalizado.

.

A Ana Kuninari, Vanuza e Luciana, que foram sempre atenciosas e competentes em seu trabalho exercido no curso de Pós-Graduação.

A minha família, pais e irmãos, que sempre estiveram ao meu lado e apoiaram-me em todos os momentos.

Ao meu marido, Julio Renó Sawada, que me confortou com suas palavras em todos os momentos.

RESUMO

Bassi DU. **Estudo sobre a realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal**. São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado - Fundação Antônio Prudente].

O Câncer Colorretal (CCR) está entre os mais frequentes na população adulta. A associação entre o diagnóstico tardio e a mortalidade destaca a importância do foco no processo preventivo. Este estudo tem como objetivos: verificar a frequência de indivíduos com CCR que realizaram o diagnóstico do câncer por meio de sintomas, ou pela realização de exames para detecção precoce; identificar as razões pelas quais pacientes com CCR não são submetidos a exames para detecção precoce. É um estudo descritivo, transversal com amostra de conveniência. Foram incluídos pacientes com CCR que compareceram à consulta médica no Núcleo de Tumores Colorretais. Foram excluídos pacientes com diagnóstico clínico de Polipose Adenomatosa Familiar, Síndrome de Lynch e Doença Intestinal Inflamatória. Após assinatura do Termo de Consentimento, os sujeitos de pesquisa foram entrevistados para o preenchimento de um questionário com características sociodemográficas, questões sobre diagnóstico do CCR e razões pelas quais não realizaram exames para a detecção precoce. O questionário foi desenvolvido especificamente para o estudo em conjunto com a *Cleveland Clinic* com base em revisão da literatura. As razões para a não realização dos exames de detecção precoce foram agrupadas pela temática, pelas razões de ordem prática, pela falta de conhecimento e aspectos emocionais, e a média destas escalas foi utilizada para verificar a associação com as características sociodemográficas e clínicas por intermédio do teste de médias (teste t ou ANOVA). A amostra foi composta de 203 pacientes, havendo 4 exclusões por preenchimento indevido do questionário. Foram avaliadas 199 entrevistas, e a maioria dos pacientes apresentava no diagnóstico, idade superior a 50 anos (72,4%), declarou-se branca (76,9%), casada (70,4%), com nível superior de

escolaridade (39,2%) e com seguro saúde privado (82,4%). Em relação às características clínicas, a maioria dos pacientes tinha histórico familiar de câncer (59,7%), estadiamento I ou II (65,8%) e tumor localizado no reto (66,7%). Com relação ao questionário aplicado, verificou-se que a maioria dos pacientes (85,9%) não realizou exames preventivos para o CCR. Dentre as frases que explicam as razões pelas quais os pacientes não realizaram exames preventivos e que foram atribuídas valores de importância, a frase “Eu não tinha sintomas” apresentou maior média de importância (7,9L). As questões que pertencem a categoria relacionada à falta de conhecimento também obtiveram a maior média de importância (6,7). Houve associação entre o fator ter ou não seguro saúde e a realização de exames preventivos ($p=0,035$). Foi possível observar o fato de ter seguro saúde ser um facilitador para a realização dos exames preventivos para o CCR, além de identificar que é necessário implantar programas educacionais para aumentar a adesão dos pacientes aos exames preventivos para o CCR. Os modelos de crença em saúde que trabalham por meio de estratégias sobre o comportamento dos indivíduos têm se mostrado eficazes em programas que visam o aumento da adesão da população à realização de exames preventivos.

SUMMARY

Bassi DU. **[Study of early detection tests realization in colorectal cancer]**. São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Colorectal cancer (CRC) is one of the most frequent cancers among the adult population. The association between mortality and late diagnosis highlights the importance of focusing on preventive strategies. This study aims: to determine the frequency of individuals with CRC who underwent cancer diagnosis through symptoms or by tests for early detection, and to identify the reasons why patients with CRC are not subject to tests for early detection. This is a descriptive, cross-sectional study with a convenience sample. We included patients with CRC who attended the outpatient clinic of the Colorectal Tumor Group. Patients with clinical diagnosis of familial adenomatous polyposis, Lynch syndrome and inflammatory bowel disease were excluded. Following the research consent process, subjects were interviewed to fill a questionnaire with sociodemographic characteristics, questions about the diagnosis of CRC and the reasons why early detection tests were not performed. The questionnaire was developed specifically for this study, in a partnership with the Cleveland Clinic and based on literature review. The reasons for not performing the screening tests were grouped by: theme, practical reasons, lack of knowledge and emotional aspects. Each scale score average was used to verify the association with sociodemographic and clinical characteristics (t test or ANOVA). The sample consisted of 203 patients, with four exclusions due to improper filling of the questionnaires. We analysed 199 interviews. Most of the patients at diagnosis were over 50 years-old (72,4%), white (76.9%), married (70.4%), with higher level of education (39.2%) as well as private health insurance (82.4%). Regarding clinical characteristics, the majority of the patients had family history of cancer (59.7%), stage I or II (65.8%) and rectal cancer (66.7%). Results of the questionnaire showed that most patients (85.9%)

did not undergo preventive screening for CRC. Among the phrases that explain the reasons why patients did not undergo preventive examinations, the phrase "I had no symptoms" had a higher average on importance (7.8). The questions related to lack of knowledge also had the highest average of importance (6.7). There was an association between health insurance and preventive exams ($p = 0.035$). It was possible to verify that having health insurance could be a facilitator for preventive screening on regards of CRC, as well as the need to implement educational programs in order to increase patients' adherence to preventive tests. Health belief models which includes strategies on the behavior of individuals have shown to be effective in programs that aim at increasing the population's adherence to preventive examinations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema representativo da metodologia de recrutamento dos pacientes elegíveis para o estudo. São Paulo, 2011.....	20
Figura 2	Histograma da distribuição dos pacientes de acordo com a idade e em relação à curva de distribuição normal. São Paulo, 2011.....	26
Figura 3	Modelo decisório para implementação de programas de detecção precoce do câncer e rastreamento.....	39
Figura 4	Esquema de conceituação dos fatores associados com intenção em aderir e dar continuidade aos exames preventivos de CCR.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo, raça/cor da pele e seguro de saúde, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	25
Tabela 2	Medidas de tendência central da idade no diagnóstico, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	25
Tabela 3	Distribuição dos pacientes de acordo com o nível de escolaridade, estado civil e critério Brasil, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	27
Tabela 4	Distribuição dos pacientes de acordo com o Histórico familiar, Localização do tumor e Estadiamento Clínico, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	27
Tabela 5	Distribuição dos pacientes de acordo com a forma como o câncer foi diagnosticado e realização de exames preventivos, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	28
Tabela 6	Distribuição dos pacientes submetidos aos exames preventivos de acordo com a motivação e quais tipos de exames realizados, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	29
Tabela 7	Distribuição dos pacientes de acordo com as causas com maior importância, de acordo com a média, para a não realização de exames preventivos, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	30

Tabela 8	Médias e variações obtidas nas áreas temáticas referentes aos motivos de não realização de exames preventivos, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	31
Tabela 9	Associação da forma como o câncer colorretal foi identificado e características sociodemográficas, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.....	32
Tabela 10	Associação da forma como o câncer colorretal foi identificado e características e clínicas. São Paulo, junho de 2011.....	33
Tabela 11	Distribuição das médias das questões da subárea “Falta de informação” associado às variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital A. C. Camargo São Paulo, junho de 2011.....	34
Tabela 12	Distribuição das médias das questões da subárea “problemas de ordem prática” associado às variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital A.C. Camargo São Paulo, junho de 2011.....	35
Tabela 13	Distribuição das Médias das questões da subárea “aspectos emocionais” associado às variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital A. C. Camargo São Paulo, junho de 2011.....	36

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Câncer Colorretal	1
1.2	Prevenção	3
1.2.1	Rastreamento	4
1.2.2	Dificuldades no Rastreamento do CCR.....	7
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivos gerais.....	11
2.2	Objetivos específicos.....	11
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	12
3.1	Tipo e local de estudo	12
3.2	Casuística e critérios de elegibilidade	12
3.2.1	CrITÉRIOS de inclusão	12
3.2.2	CrITÉRIOS de exclusão	12
3.3	Métodos.....	13
3.3.1	Procedimentos.....	13
3.3.2	Instrumento de coleta de dados	13
3.4	Análise Estatística	21
3.5	Tamanho da amostra	22
3.6	Considerações Éticas.....	22
3.6.1	Confidencialidade	23
3.6.2	Eventos Adversos.....	23
3.6.3	Compensação e custo	23
4	RESULTADOS.....	24
4.1	Caracterização da amostra.....	24
4.2	Associação entre a realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal e as variáveis de estudo.....	32

4.3	Análise múltipla entre os motivos para realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal e as variáveis de estudo	37
5	DISCUSSÃO	38
6	CONCLUSÃO	50
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

APÊNDICES

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE-
Pacientes

Apêndice 2 Ficha clínica

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de avaliação da atividade física

Anexo 2 Instrumento de avaliação de tabagismo, etilismo e dieta

Anexo 3 Questionário de avaliação da realização de exames para a
detecção precoce do câncer colorretal

Anexo 4 Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER COLORRETAL

O Câncer Colorretal (CCR) está entre os mais frequentes na população adulta. De acordo com a *International Agency for Research Cancer* (IARC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi estimado que o número de casos de câncer seria correspondente a 152 milhões de casos novos no mundo, e o CCR corresponderia a 1,15 milhão destes casos, ocupando a terceira posição dos mais incidentes (WHO 2007a; IARC 2008).

Nos Estados Unidos, o Instituto Nacional do Câncer apontou o câncer colorretal como o terceiro tipo mais comum em homens e o segundo em mulheres. São diagnosticados mais de 145 mil casos novos e mais de 49 mil óbitos nos últimos cinco anos (American Cancer Society-ACS 2008).

Dentre as causas de morte, de acordo com a OMS, o CCR é a terceira causa de morte provocada pelo câncer, o que correspondeu a 610 mil mortes no ano de 2008 (IARC 2008).

No Brasil, no ano de 2010, foram estimados 236.240 casos no sexo masculino e 253.030 no sexo feminino. Os diagnósticos de câncer de pele não-melanoma seriam os mais incidentes (114 mil), seguidos pelo câncer de próstata (52 mil), mama (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo de útero (18 mil). No sexo masculino, o câncer

colorretal é o quinto mais incidente (13 mil casos) e no sexo feminino o quarto (15 mil) (Ministério da Saúde 2009).

Categorizados por sexo e região, o sexo masculino apresenta o câncer colorretal como o terceiro tipo de câncer mais frequente na região Sul (21/100 mil) e Sudeste (19/100 mil), o quarto na região Centro-Oeste (11/100 mil), o quinto na região Nordeste (5/100 mil) e Norte (4/100 mil). Quanto ao sexo feminino, é o segundo mais frequente nas regiões Sul (22/100 mil) e Sudeste (21/100 mil), o terceiro nas regiões Centro-Oeste (11/100 mil) e Nordeste (6/100 mil) e o quinto na região Norte (4/100 mil) (Ministério da Saúde 2009).

O câncer colorretal em relação à história familiar pode ser categorizado em esporádico, familiar e hereditário. O mais frequente é o que corresponde ao tipo esporádico, representando cerca de 70% dos CCR, e está relacionado a mutações adquiridas (OLIVEIRA et al. 2008).

Dentre os fatores de risco associados ao CCR podemos citar:

- Idade maior ou igual a 50 anos;
- Histórico familiar, parentes de primeiro grau, com presença de adenomas ou outro tipo de câncer;
- Histórico pregresso de câncer de mama, ovário ou endométrio;
- Portadores de colite ulcerativa ou Doença de Crohn;
- Histórico de polipose adenomatosa ou Síndrome de Lynch (Ministério da Saúde 2002).

1.2 PREVENÇÃO

A prevenção pode ser focada na redução de riscos ou danos. Divide-se em primária, secundária e terciária.

A prevenção primária consiste em redução ou eliminação de ocorrência na fase precedente ao aparecimento de sinais ou sintomas da doença (fase assintomática). Neste caso, é importante ressaltar que o foco de ação é o estilo de vida ou fatores comportamentais (tabagismo, etilismo, dieta e atividade física) do indivíduo (Ministério da Saúde 2002; ALMEIDA FILHO 2000; FLETCHER et al. 2003; FREEDMAN et al. 2005).

A prevenção secundária propõe prevenir complicações e melhorar o prognóstico e sobrevida do indivíduo por meio da identificação precoce da doença, ainda assintomática, por meio da realização de exames e do tratamento precoce (ALMEIDA FILHO 2000; FLETCHER et al. 2003).

A prevenção terciária visa à reabilitação do indivíduo, minimizando sequelas e danos, após a cura ou ainda em tratamento, no momento pós-diagnóstico (ALMEIDA FILHO 2000; FLETCHER et al. 2003).

Dados da OMS, um manual que define as doenças nas quais políticas de rastreamento apresentam o impacto maior (WILSON e JUNGNER 1968). Segundo a OMS, o benefício ocorre se as condições a seguir forem observada (WILSON e JUNGNER 1968):

- A doença deve ser um problema de saúde importante;
- Existência de tratamento para a doença;
- Disponibilidade de locais para o diagnóstico e tratamento;

- Presença de um estado latente da doença;
- Existência de um teste ou exame para diagnóstico;
- O teste deve ser aceitável pela população;
- A história natural da doença deve ser compreendida adequadamente;
- Deve existir uma política para o tratamento;
- Benefício econômico: o custo com o rastreamento deve ser menor do que o gasto com o cuidado médico para o tratamento da doença;
- Existência de um processo contínuo de identificação de casos, e não projetos esporádicos.

Dessa forma, a WHO (2007b) recomenda o rastreamento e a detecção precoce do câncer colorretal (CCR) em países com condições financeiras para a realização de programas de rastreamento.

1.2.1 Rastreamento

O rastreamento é uma estratégia utilizada na população para a detecção do câncer em indivíduos sem sinais ou sintomas da doença. A intenção do rastreamento é identificar a doença precocemente e permitir a intervenção precoce, assim, o manejo adequado da doença tem como principal objetivo reduzir a mortalidade e o sofrimento pela doença (HOLLAND e STUART 2005).

Em um estudo de coorte norte americano foi observado que a realização de exames de rastreamento de CCR possibilita a detecção precoce da doença e a redução da mortalidade dos indivíduos com câncer em 44,1% em comparação ao grupo que não realizou exame de

rastreamento. Outro resultado de grande importância foi a redução de custos, sendo a média de US\$7.500,00 por vida/ano em diagnóstico precoce e US\$14.000,00 por vida/ano em exames preventivos de rastreamento (SUBRAMANIAN et al. 2009).

Nos Estados Unidos, recomendações atuais indicam rastreamento de indivíduos assintomáticos com idade igual ou maior do que 50 anos (WALSH e TERDIMAN 2003; KAHN et al. 2009). As opções de rastreamento incluem pesquisa de sangue oculto nas fezes (FOBT) anual e sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos, ou colonoscopia a cada 10 anos (WALSH e e TERDIMAN 2003, USPS 2008; LIEBERMAN 2009). A colonoscopia é um passo necessário em qualquer programa de rastreamento que reduz a mortalidade pelo CCR (KAHN et al. 2009).

I Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Segundo a *World Gastroenterology Organization* (WGO 2007), a pesquisa de sangue oculto nas fezes é definida como um teste guáico que reage com a atividade da hemeperoxidase e detecta a presença de sangue oculto nas fezes.

Este exame em razão do baixo custo e caráter não invasivo pode ser utilizado em população de baixo risco e reduzir a incidência em até 20% (MANDEL et al. 2000; ALTENBURG et al. 2007), entretanto, possui baixa sensibilidade e especificidade em pacientes assintomáticos e pode resultar em falsos positivos (KERR et al. 2007).

Na população de risco populacional, a recomendação para realização do exame de pesquisa de sangue oculto em fezes é fazê-lo anualmente. A coleta do exame de fezes deve ser feita por três dias consecutivos mediante o método guáico e submetido à dieta específica. No caso de um resultado positivo, há indicação de colonoscopia (SAMOWITZ et al. 2001; KERR et al. 2007).

Em publicação de 2003, o INCA apresentou as recomendações para rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes em indivíduos com risco populacional (50 anos ou mais de idade sem nenhum outro fator de risco adicional), com a colonoscopia para os pacientes com exames de FOBT positivos (Ministério da Saúde 2003).

II Sigmoidoscopia

A sigmoidoscopia apresenta baixo custo quando comparada à colonoscopia. É um exame com técnica endoscópica no qual 40 cm a 60 cm do cólon distal são inspecionados. É necessário um enema, de 30 minutos a 60 minutos antes do procedimento (DE WIJKERSLOOTH et al. 2011).

III Colonoscopia

Há evidências de que para o rastreamento (*screening*) do CCR em indivíduos de risco populacional (idade menor ou igual a 50 anos), o exame de colonoscopia possibilitaria a identificação de tumores em que o exame de sangue oculto nas fezes (FOBT) ou a sigmoidoscopia não conseguiriam detectar (LIEBERMAN 2009).

Apesar dessas recomendações, nos Estados Unidos, observa-se baixa adesão ao rastreamento de CCR. Segundo dados do ano 2000 do *National Health Interview Survey* (NHIS), apenas 45% dos homens e 41% das mulheres com 50 anos ou mais relataram realização do FOBT no ano anterior ou endoscopia colorretal nos últimos dez anos (SEEFF et al. 2004).

1.2.2 Dificuldades no Rastreamento do CCR

Os motivos pelos quais a adesão aos programas de rastreamento do CCR é baixa no Século XXI permanecem pouco esclarecidos. Possíveis explicações para a baixa adesão são preocupações com dor, vergonha, ausência de recomendação médica e custo (MCQUEEN et al. 2009; MCNEILL et al. 2009).

A dor é uma das barreiras ao rastreamento relatada com maior frequência. Essa razão é citada pelos indivíduos com frequência entre 28% e 70%. A vergonha também é uma barreira citada com frequência, especialmente pelos indivíduos que nunca foram submetidos à sigmoidoscopia ou colonoscopia (JAMES et al. 2002; ZHENG et al. 2006). CODORI et al. (2001) avaliaram 100 familiares de primeiro grau de indivíduos com CCR e verificaram que 46% dos indivíduos que não foram submetidos aos exames endoscópicos relataram a vergonha como uma razão para evitar o exame; entre os pacientes que foram submetidos ao exame, esta frequência foi de 10%.

O custo também é apontado como barreira ao rastreamento, com uma frequência entre 8,5% e 56,6% (CODORI et al. 2001; ZHENG et al. 2006; NG et al. 2007).

A ausência de indicação médica também é citada como uma barreira ao rastreamento. Em estudo com indivíduos saudáveis, KLABUNDE et al. (2006) concluíram que a ausência de reconhecimento do problema pelo paciente e a recomendação médica foram as principais barreiras para aderir adequadamente ao rastreamento. Os médicos também citaram frequentemente a vergonha e a ansiedade do paciente a respeito do teste, o custo e a falta de seguro como fatores importantes (KLABUNDE et al. 2006).

No estudo de ZHENG et al. (2006), o suporte social dos profissionais de saúde é indicado como um incentivo ao rastreamento. GIORGI ROSSI et al. (2005) verificaram que a primeira razão relatada para a não adesão pelos pacientes é a falta de tempo e o maior determinante de adesão é a distância entre a residência e o local de assistência à saúde.

O preparo para os exames (FOBT ou colonoscopia) também é citado como barreira ao rastreamento (JAMES et al. 2002; ZHENG et al. 2006).

O desconhecimento ou conceitos errados sobre o desenvolvimento do CCR e eficácia do rastreamento também são citados. ZHENG et al. (2006) verificaram que 11,4% dos avaliados afirmaram que os exames são necessários apenas quando um indivíduo apresenta sintomas. GREEN e KELLY (2004) verificaram que o desconhecimento quanto à marcação dos exames, citado por 54% dos afro-americanos entrevistados, pode ser uma das principais barreiras.

Em um estudo que avaliou o modelo de crenças em saúde em 125 familiares de pacientes com câncer colorretal em nosso país, SANTOS (2008) verificou que a principal barreira apontada pelos entrevistados é o medo em descobrir o CCR (32%); seguido do custo do exame (27,2%); demora do preparo (20%); vergonha em submeter-se ao exame (18,4%); e problemas com o agendamento (16% por se esquecer de marcar o exame e 15,2% por desconhecer os procedimentos para o agendamento); 12% referem dificuldade para locomover-se ao local do exame. Uma minoria afirmou que tem “coisas mais importantes para fazer do que a colonoscopia” totalizando 4,8% e 2,4% afirmaram que “a colonoscopia vai atrapalhar minha vida”.

Observa-se que os estudos que investigam as razões pelas quais os indivíduos não aderem ao rastreamento de CCR foram realizados com amostras de indivíduos saudáveis. Entretanto, as razões dos indivíduos saudáveis podem ter menor acurácia em comparação a pacientes com câncer colorretal. A maioria dos indivíduos saudáveis pode nunca ter pensado sobre o rastreamento de CCR antes de ser confrontado com um questionário de pesquisa. Por outro lado, pacientes com CCR provavelmente já refletiram sobre a questão e, dessa forma, suas respostas podem ser mais úteis na identificação de fatores de risco reais para a baixa taxa de adesão ao rastreamento de CCR.

Além disso, a literatura sobre o tema se refere a estudos norte-americanos e europeus, com poucos dados sobre os países em desenvolvimento. Uma vez que o CCR é um problema de saúde mundial, é

essencial compreender as razões pelas quais a detecção precoce não é realizada. O conhecimento das razões pelas quais os pacientes de CCR não realizam exames preventivos possibilitará o desenvolvimento de futuros estudos voltados para ações estratégicas de intervenção educacional. Acreditamos que em longo prazo essas ações possibilitarão a realização do diagnóstico do CCR em fase inicial, promovendo a redução de custos e minimizando a mortalidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Verificar a frequência de indivíduos com câncer colorretal que realizaram o diagnóstico do câncer por meio de sintomas, ou pela realização de exames para detecção precoce.
- Identificar as razões pelas quais pacientes com câncer colorretal não são submetidos a exames para detecção precoce.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e as razões para a não realização dos exames de detecção precoce.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Estudo descritivo, transversal, com amostra de conveniência, realizado no Núcleo de Tumores Colorretais do Hospital A.C. Camargo.

3.2 CASUÍSTICA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de câncer colorretal atendidos no ambulatório do Núcleo de Tumores Colorretais, ou internados no Hospital A.C. Camargo entre fevereiro e junho de 2011.

3.2.1 Critérios de inclusão

Pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico anátomo-patológico de câncer colorretal, em acompanhamento no Núcleo de Tumores Colorretais do Hospital A.C. Camargo.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos:

- Pacientes com polipose adenomatosa familiar (FAP), Síndrome de Lynch e Doença Intestinal Inflamatória.

- Pacientes com diagnóstico de outro tumor primário prévio ao diagnóstico do CCR.

3.3 MÉTODOS

3.3.1 Procedimentos

Os pacientes foram abordados em Ambulatório e em Enfermaria, no período de coleta de dados, sendo orientados quanto aos objetivos, riscos e benefícios do projeto. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), os pacientes foram submetidos à entrevista para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados descritos a seguir.

3.3.2 Instrumentos de coleta de dados

A Ficha clínica (Apêndice 2)

A ficha clínica utilizada para coleta de dados foi desenvolvida especificamente para este estudo e contém os itens descritos abaixo.

Dados sociodemográficos:

- Idade
- Raça/Cor da pele
- Nível de escolaridade
- Estado civil
- Classificação segundo critério Brasil
- Seguro-saúde

Dados clínicos:

- História familiar de câncer: ocorrência de história familiar de câncer em familiares.
- Data do diagnóstico
- Localização do tumor
- Estadio clínico do tumor, ao diagnóstico.

B Instrumento de avaliação da atividade física (Anexo 1)

A avaliação de atividade física e IMC foram realizadas por intermédio de um instrumento denominado Questionário Internacional de Atividade Física (OMS-6.0) – versão curta, validado em nosso meio por BENEDETTI et al. (2007) e considerado instrumento de domínio público. O questionário, contendo nove itens, avalia quais atividades são realizadas pelo indivíduo e qual a frequência de realização da atividade física. Posteriormente, a atividade física é classificada conforme abaixo:

- Caminhada;
- Atividades vigorosas;
- Atividades de moderada intensidade;
- Sedentarismo.

C Instrumento de avaliação de tabagismo, etilismo e dieta (Anexo 2)

Em relação ao tabagismo, etilismo e dieta, propusemos um instrumento adaptado do questionário epidemiológico utilizado pelo *National Cancer Institute* (NCI 2011).

O tabagismo foi avaliado em relação ao hábito atual e anterior, seguindo as principais características, a saber:

- Número de cigarros consumidos por dia;
- Tempo de consumo (em anos);
- Interrupção (sim ou não);
- Tempo de interrupção (em anos);
- Utilização de tratamento para a interrupção.

O etilismo foi avaliado em relação ao hábito atual e anterior, seguindo as principais características abaixo:

- Tempo de consumo de bebida alcoólica;
- Interrupção;
- Quantidade de bebida alcoólica consumida.

Em relação à dieta, coletamos dados relativos ao número de porções consumidas de frutas, vegetais e carne vermelha. Segundo o peso e altura referidos, foi possível obter o Índice de Massa Corpórea.

D Questionário de avaliação da realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal (Anexo 3)

O questionário de avaliação da realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal foi desenvolvido pelo grupo americano (*Cleveland Clinic*) especificamente para este estudo (multicêntrico), com base na revisão da literatura. Contempla questões sobre a forma como o tumor foi diagnosticado (por sintomas ou em exames de detecção precoce); os exames realizados e os motivos pelos quais o indivíduo não realizou os exames anteriormente, e neste item (item 5) o indivíduo deve caracterizar em ordem de importância (números), as razões pelas quais não realizou os exames de detecção precoce.

Conhecendo-se a importância da identificação de áreas temáticas com maior influência na realização dos exames, sob o ponto de vista dos pacientes, optamos por reagrupar as questões, delineando três grandes áreas, conforme seu conteúdo.

Área 1 – Falta de informação. Inclui as questões descritas abaixo:

- Eu não sabia que os exames preventivos estavam disponíveis.
- Eu não sabia da importância (ou utilidade) da prevenção.
- Eu não tinha sintomas.
- Eu não estava sob risco para o problema.

Área 2 – Problemas de ordem prática. Inclui as questões descritas abaixo:

- Falta de tempo para o teste.
- Eu tinha preocupações familiares mais importantes.
- Falta de convênio/custo dos exames.

- Eu tinha outros problemas de saúde mais importantes.

Área 3 – Aspectos emocionais. Inclui as questões descritas abaixo:

- Eu não queria saber o resultado.
- Vergonha sobre o processo dos exames.
- Eu temia que os exames apresentassem mais riscos do que benefícios.
- Eu temia que os exames fossem dolorosos/desconfortáveis.

Foi calculada a pontuação de cada área temática mediante a somatória dos valores pontuados em relação à importância e posteriormente apresentadas as medidas de tendência central obtidas.

Essas medidas refletem o grau de importância em cada área para os pacientes não realizarem exames preventivos, e menores valores significam uma área com maior importância para não realizar os exames e maiores valores significam uma área de menor importância para não realizar os exames.

E Considerações metodológicas para o uso do questionário de avaliação da realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal

Uma vez que o questionário foi desenvolvido na língua inglesa, é necessário traduzir e adaptar culturalmente o questionário. Para a tradução foram seguidas as recomendações de GUILLEMIN et al. (1993):

- Duas traduções do inglês para o português.
- Tradução de consenso T1.

- Duas traduções reversas (do português para o inglês).
- Tradução de consenso T2.
- Painel de juízes para avaliação da equivalência. Os juízes foram três: um médico, uma enfermeira e uma pedagoga com Mestrado em Letras.
- Pré-teste.

a Pré-teste

Foi proposto um pré-teste com 10 pacientes para verificar a adequação e compreensão do instrumento. Durante a entrevista, os pacientes foram questionados sobre a dificuldade no preenchimento do questionário para verificar a necessidade de possíveis adequações. Com base na observação do desempenho do questionário neste pré-teste, foi proposto, pelos pesquisadores, uma alteração no item 5. Os pesquisadores envolvidos no projeto sugeriram que fosse alterado o método de aplicação desse item. O novo método consistiu em:

1. Elaborar cartões com cada um dos itens, impressos separadamente e com fonte de tamanho maior e plastificados.
2. Entregar ao paciente os 13 cartões (cada um deles correspondente a uma das frases do item 5) (Anexo 3).
3. Explicar sobre a seleção dos cartões: de posse das 13 frases (13 cartões), o sujeito de pesquisa deveria selecionar 10 cartões levando-se em conta sua importância (sendo **10** a frase “mais importante” e **1** a frase “menos importante”).

4. Organizar os cartões sobre uma mesa. Os pacientes deveriam organizar os cartões (para melhor visualizá-los) e entregá-los, na ordem de importância, as frases que julgavam da mais para a menos importante.
5. Anotar a sequência dos cartões. O pesquisador deveria anotar em seus registros, o grau de importância, conforme a entrega sequencial dos cartões.

Após uma revisão desses dados preliminares do pré-teste pelo painel de juízes, o instrumento foi aplicado na casuística descrita anteriormente com essa metodologia.

b Aplicação de questionário

O sistema informatizado (MV) do Hospital A.C. Camargo possibilita a visualização do CID, agendamento ambulatorial ou internação, possibilitando o recrutamento de pacientes elegíveis ao estudo. Após consultar o nome do paciente, o entrevistador realizou os seguintes levantamentos, conforme figura a seguir:

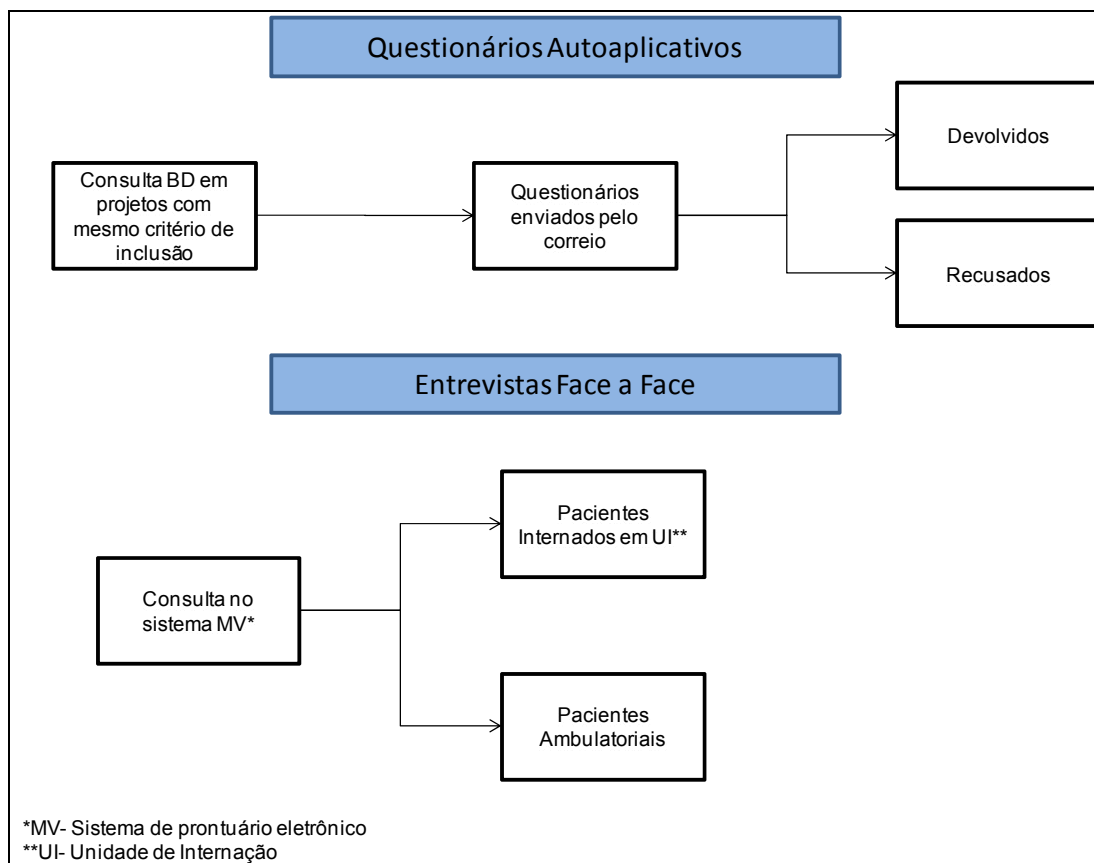


Figura 1 - Esquema representativo da metodologia de recrutamento dos pacientes elegíveis para o estudo. São Paulo, 2011.

Conforme representação da Figura 1, os questionários autoaplicativos foram enviados pelo correio (17 questionários), contendo uma carta convite aos pacientes e orientações sobre a importância do preenchimento completo, a opção de entrega (via correio ou na próxima consulta do Núcleo de Tumores Colorretais), o TCLE (Apêndice 1) com duas cópias, os questionários (sociodemográfico, atividade física, tabagismo, etilismo e dieta, e o questionário de avaliação da realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal). Foi inserido um envelope resposta, selado. Os pacientes selecionados foram extraídos de um banco de dados de um

projeto de doutorado do mesmo departamento e que continham os mesmos critérios de inclusão do projeto em questão. Foram contactados, por meio telefônico, informando sobre o envio dos questionários e a importância da pesquisa.

Os pacientes entrevistados pessoalmente, representados na sequência pelas “entrevistas face a face” na Figura 1, foram submetidos às perguntas na sala de espera do ambulatório ou em uma sala reservada, destinada à pesquisa. Os pacientes submetidos às perguntas na sala de espera estavam aguardando sua consulta médica. A entrevista face a face também foi utilizada nos pacientes elegíveis da unidade de internação.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram expressas sob a forma de números absolutos e porcentagens.

Para verificar a associação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas e local de estudo) e as dependentes (forma de realização do diagnóstico e razões para a não realização de exames de detecção precoce) foram utilizados os testes de associação do qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

Para determinar a aplicação dos testes paramétricos ou não paramétricos, a pontuação das escalas foi avaliada segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov cuja significância estatística não rejeitou a hipótese nula.

As variáveis numéricas foram apresentadas sob a forma de medidas de tendência central e os testes realizados foram o teste *t-student* (para variáveis independentes com duas categorias) ou ANOVA (variáveis com três ou mais categorias). Em todos os testes estatísticos, o nível de significância para rejeição da hipótese de nulidade, foi fixado em um valor igual ou inferior a 5% ($p < 0,05$).

Após a análise univariada, foram selecionadas as variáveis com $p < 0,20$ e determinadas as variáveis independentes para compor o modelo de regressão linear múltipla.

3.5 TAMANHO DA AMOSTRA

Ao considerar uma margem de erro de 5% e um poder do teste de 80%, havíamos estimado ser necessária uma amostra de 200 indivíduos. Porém, com os 108 indivíduos já analisados, foi possível realizar as análises propostas.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado em 29 de junho de 2010 (Anexo 4).

Foi obtido termo de consentimento livre e esclarecido antes da inclusão de cada paciente no estudo.

3.6.1 Confidencialidade

Conforme normas relacionadas às Boas Práticas Clínicas em Pesquisa, nas fichas de coleta de dados não foram incluídos dados que possibilitassem a identificação dos pacientes. Cada ficha recebeu um número de identificação, em ordem crescente da inclusão do paciente no estudo. Para minimizar os riscos de exposição, os dados serão acessíveis apenas aos pesquisadores e à Comissão de Ética. Os dados eletrônicos foram armazenados em arquivos protegidos por senha.

3.6.2 Eventos adversos

Não são esperados eventos adversos neste projeto. Entretanto, caso os mesmos ocorram, o Comitê de Ética será notificado prontamente.

3.6.3 Compensação e custo

Os custos se referem à impressão dos questionários e os mesmos são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Não há ônus aos pacientes ou à instituição.

4 RESULTADOS

No período entre o início de fevereiro ao fim de junho de 2011, foram entrevistados 203 pacientes com diagnóstico de tumores de cólon e reto (de acordo com a classificação do CID-10).

Para fins de análise, optamos por excluir quatro pacientes por preenchimento incompleto do item 5.

A amostra atual é composta, portanto, de 199 pacientes que serão apresentados a seguir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Dados sociodemográficos e clínicos

A distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas está descrita na Tabela 1.

A maioria dos pacientes (52,3%) era do sexo masculino, com idade maior ou igual a 50 anos (72,4%), e autodenominados de pele branca (76,9%). Com relação ao seguro saúde, a maioria (82,4%) referiu possuir seguro saúde privado.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo, raça/cor da pele e seguro de saúde, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Sexo	Masculino	104	52,3
	Feminino	95	47,7
Idade	≤ 49 anos	55	27,6
	≥ 50 anos	144	72,4
Etnia referida	Branca	153	76,9
	Não Branca	46	23,1
Seguro saúde	Convênio/Particular	164	82,9
	SUS	35	17,6
Total		199	100

A idade dos pacientes no momento da aplicação do questionário variou entre 15 e 88 anos, com uma média de 57 anos e mediana de 56 anos (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 2 - Medidas de tendência central da idade no diagnóstico, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	MEDIDA	ANOS
Idade no diagnóstico	Média	57
	Mediana	56
	Mínima	15
	Mínima e máxima	88
	Desvio padrão	13

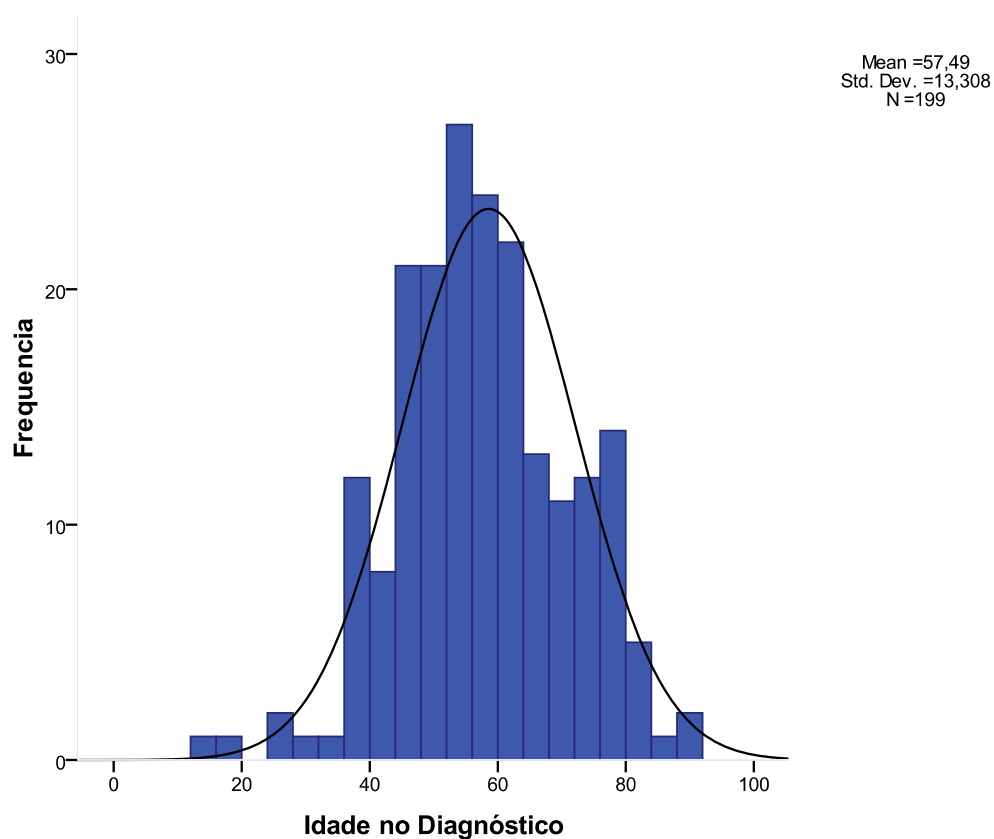


Figura 2 - Histograma da distribuição dos pacientes de acordo com a idade e em relação à curva de distribuição normal. São Paulo, 2011.

Houve distribuição equalitária no nível de escolaridade dos pacientes, nas categorias Ensino Médio e Ensino Superior com representação de 31,2% e 39,2%, respectivamente nos pacientes de cada grupo. Em relação ao estado civil, 70,4% eram casados. Na análise do Critério de Classificação Brasil, a maior parte dos pacientes (62,8%) pertencia à categoria B (Tabela 3).

Tabela 3 -Distribuição dos pacientes de acordo com o nível de escolaridade, estado civil e critério Brasil, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Nível de escolaridade	Ensino Fundamental	59	29,6
	Ensino Médio	62	31,2
	Superior	78	39,2
Estado civil	Solteiro	14	7,0
	Casado	140	70,4
	Divorciado	25	12,6
	Viúvo	20	10,0
Classificação critério Brasil	A	36	18,1
	B	125	62,8
	C, D e E	38	19,1
Total		199	100,0

Em relação aos dados clínicos, a maioria (53,8%) tem presença de histórico familiar de qualquer tipo de câncer (70,4%), com localização do tumor no Reto (59,3%) e estadiamento clínico II (39,7%) (Tabela4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes de acordo com o Histórico familiar, Localização do tumor e Estadiamento Clínico, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Histórico Familiar	Não	59	29,6
	CCR	33	16,6
	Outros	107	53,8
Localização do tumor	Cólon	81	40,7
	Reto	118	59,3
Estadiamento Clínico	I	52	26,1
	II	79	39,7
	III	44	22,1
	IV	24	12,1
Total		199	100,0

B Questionário de avaliação da realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal

Em relação à realização de exames preventivos para o diagnóstico do câncer colorretal, a maioria (85,9%) referiu não ter realizado exames preventivos de câncer colorretal antes do diagnóstico e tiveram seu diagnóstico realizado em razão de sinais e/ou sintomas.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes de acordo com a forma como o câncer foi diagnosticado e realização de exames preventivos, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº	%
Forma como o câncer foi diagnosticado	Exame preventivo	28	14,1
	Sinais e/ou sintomas	171	85,9
Realização de exame preventivo antes do diagnóstico	Não	176	88,4
	Sim	23	11,6
Total		199	100

Dos 199 pacientes entrevistados, 85,9% referiram não ter realizado exames preventivos e a maioria (88,4) refere não ter realizado nenhum exame preventivo para CCR antes do diagnóstico. Dentre os 28 pacientes que realizaram algum exame preventivo, 32,1% foram submetidos por outros (solicitação da esposa, check-up) e 28,6% fizeram por recomendação médica (Tabela 6). Com relação aos tipos de exames preventivos realizados, a maioria (21,4%) foi submetida à colonoscopia.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes submetidos aos exames preventivos de acordo com a motivação e quais tipos de exames realizados, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	CATEGORIA	Nº*	%**
Motivação de realização dos exames preventivos	Recomendação médica	18	64,3
	História familiar de câncer de intestino	4	14,3
	Eu acho importante a prevenção	1	3,6
	Outros (<i>Check up</i> e esposa)	5	17,9
Exames realizados	Pesquisa de sangue oculto nas fezes		
	Enema contrastado com bário (enema opaco)	6	21,4
	Sigmoidoscopia	1	3,6
	Colonoscopia	5	17,9
	Outros	17	60,7

* O paciente poderia escolher mais de uma opção

** A porcentagem foi calculada sobre o total de pacientes que foram submetidos a exames preventivos

Para os 171 pacientes que não realizaram exames preventivos, as causas para a não realização de exames foram pontuadas em relação à sua importância, variando de 10 (Causa mais importante) a 1 (Causa menos importante). Na Tabela 7, apresentamos as dez causas com maior importância apontadas pelos pacientes de acordo com a média dos pontos atribuídos, e observa-se que a afirmação com maior grau de importância foi “Eu não tinha sintomas”, com média igual a 7,9.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes de acordo com as causas com maior importância, de acordo com a média, para a não realização de exames preventivos, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	CATEGORIA	MÉDIA*
Causas com maior importância para a não realização de exames preventivos	Eu não tinha sintomas.	7,9
	Eu não estava sob risco para o problema.	6,8
	Eu não sabia que os exames preventivos estavam disponíveis.	6,6
	Eu não sabia da importância (ou da utilidade) da prevenção.	5,5
	Eu tinha outros problemas de saúde mais importantes.	4,4
	Eu temia que os exames fossem dolorosos/desconfortáveis.	4,1
	Eu não queria saber o resultado.	3,8
	Eu tinha preocupações familiares mais importantes.	3,4
	Eu temia que os exames apresentassem mais risco do que benefícios.	3,3
	Falta de tempo para o teste.	3,0
	Vergonha sobre o processo dos exames.	3,9
	Falta de convênio/custo do exame.	1,7

*Média aplicada à pontuação atribuída à frase mais importante e menos importante, 10 a 1, respectivamente.

Da mesma forma, foi possível agrupar as questões em três grandes áreas, conforme a sua temática. Podemos perceber que a área com maior grau de importância está relacionada à falta de informação (6,7) e a com menor grau de importância está relacionada aos problemas de ordem prática (média de 3 pontos) (Tabela 8).

Tabela 8 - Médias e variações obtidas nas áreas temáticas referentes aos motivos de não realização de exames preventivos, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

ÁREA	Nº	MÉDIA	MEDIANA	MIN	MAX
Falta de informação	171	6,7	7,0	0	9
Eu não sabia que os exames preventivos estavam disponíveis	171	6,6	8,0	0	10
Eu não sabia da importância e da utilidade da prevenção	171	5,5	6,0	0	10
Eu não tinha sintomas	171	7,8	9,0	0	10
Eu não estava sob risco para o problema	171	6,7	8,0	0	10
Problemas de ordem prática	171	3,0	3,2	0	7
Falta de tempo para o teste	171	3,0	1,0	0	10
Eu tinha preocupações familiares mais importantes	171	4,3	3,0	0	10
Eu tinha outros problemas de saúde	171	3,3	5,0	0	10
Falta de convênio/custo do exame	171	1,6	0,0	0	10
Aspectos emocionais	171	3,5	3,5	0	7
Eu não queria saber o resultado	171	3,8	4,0	0	10
Vergonha sobre o processo dos exames	171	2,9	2,0	0	10
Eu temia que os exames trouxessem mais riscos do que benefícios	171	3,3	3,0	0	9
Eu temia que os exames fossem dolorosos	171	4,1	6,5	0	10

4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE A REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER COLORRETAL E AS VARIÁVEIS DE ESTUDO

A Forma como o câncer foi diagnosticado

Das variáveis sociodemográficas avaliadas, os pacientes com seguro saúde realizaram o diagnóstico por câncer mediante exame preventivo com maior frequência (16,6%) do que pacientes sem seguro saúde (2,9%), com diferença significativa ($p = 0,035$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Associação da forma como o câncer colorretal foi identificado e características sociodemográficas, Hospital A.C. Camargo. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	Fez exame preventivo		Exame por sintoma		Total		p*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Até 49 anos	2	3,6	53	96,4	28	100	0,009
Mais do que 50 anos	26	18,1	118	81,9	171	100	
Sexo							
Masculino	13	12,5	91	87,5	104	100	0,505
Feminino	15	15,8	80	84,2	95	100	
Etnia							
Não Branco	9	20,0	36	80,0	45	100	0,199
Branco	19	12,4	135	87,6	143	100	
Estado Civil							
Casado	20	14,3	120	85,7	140	100	0,893
Solteiro, viúvo e separado	8	13,6	51	86,4	59	100	
Escolaridade							
Ensino Superior	14	17,9	64	82,1	78	100	0,199
Ensino Médio	7	11,3	55	88,7	62	100	
Analfabeto e Ensino	7	11,9	52	88,1	59	100	
Classe socioeconômica							
A e B	24	14,9	137	85,1	161	100	0,726
C, D e E	4	10,5	34	89,5	38	100	
Seguro Saúde							
Sim	27	16,6	137	83,4	164	100	0,035
Não	1	2,9	34	97,1	35	100	

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos pacientes de acordo com a forma que o diagnóstico do câncer colorretal foi realizado segundo a história familiar de câncer e o estadiamento.

Tabela 10 - Associação da forma como o câncer colorretal foi identificado e características e clínicas. São Paulo, junho de 2011.

VARIÁVEL	Fez exame preventivo		Exame por sintoma		Total		p*
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Histórico familiar de câncer							
CCR	5	15,2	28	84,8	33	100	0,978
Outros tumores	15	14,0	92	86,0	107	100	
Não	8	13,6	51	86,4	59	100	
Estadiamento clínico							
I	10	19,2	42	80,8	52	100	0,212
II	6	7,6	73	92,4	79	100	
III	7	15,9	37	84,1	44	100	
IV	5	20,8	19	79,2	24	100	

*Teste de Pearson - qui-quadrado

B Motivos para a não realização de exames de detecção precoce

I Falta de informação

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e os motivos pertencentes à subárea “Falta de Informação” (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das médias das questões da subárea “Falta de informação” associado às variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital A. C. Camargo São Paulo, junho de 2011.

ÁREAS	CATEGORIA	Nº	MÉDIA	p*
Idade	Até 49 anos	53	6,8	0,501
	≥ 50 anos	118	6,6	
Gênero	Masculino	91	6,6	0,939
	Feminino	80	3,1	
Escolaridade	Ensino Fundamental	52	6,6	0,710
	Ensino Médio	55	6,6	
	Ensino Superior	64	6,8	
Etnia referida	Não brancos	36	6,5	0,438
	Brancos	135	6,7	
Estado civil	Solteiro/Separado/ Viúvo	51	6,7	0,620
	Casado	120	6,6	
Critério de Classificação Brasil	A	30	6,5	0,348
	B	107	6,6	
	C	34	7,0	
Seguro saúde	Convênio	137	6,7	0,146
	SUS	34	6,3	
História familiar de câncer	Não	51	6,57	0,595
	CCR	28	6,5	
	Outros Tumores	92	6,8	
Localização do tumor	Cólon	67	6,6	0,611
	Reto	104	6,7	
Estadio	I	42	6,7	0,849
	II	73	6,7	
	III	37	6,5	
	IV	19	6,5	

II Problemas de ordem prática

Em relação à média das questões do “Problemas de ordem prática” nas variáveis sociodemográficas e clínicas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Tabela 12).

Tabela 12 –Distribuição das médias das questões da subárea “problemas de ordem prática” associado às variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital A.C. Camargo São Paulo, junho de 2011.

ÁREAS	CATEGORIA	Nº	MÉDIA	p*
Idade	Até 49 anos	53	2,8	0,107
	≥ 50 anos	118	3,1	
Gênero	Masculino	91	3,0	0,929
	Feminino	80	3,1	
Escolaridade	Ensino Fundamental	52	3,1	0,774
	Ensino Médio	55	3,1	
	Ensino Superior	64	3,0	
Etnia referida	Não brancos	36	3,2	0,470
	Brancos	135	3,0	
Estado civil	Solteiro/ Separado/ Viúvo	51	2,9	0,458
	Casado	120	3,1	
Critério de Classificação Brasil	A	30	3,0	0,989
	B	107	3,1	
	C	34	3,0	
Seguro saúde	Convênio	137	3,0	0,478
	SUS	34	3,2	
História familiar de câncer	Não	51	3,0	0,839
	CCR	28	3,2	
	Outros Tumores	92	3,0	
Localização do Tumor	Cólon	67	3,0	0,535
	Reto	104	3,1	
Estadio	I	42	2,9	0,712
	II	73	3,0	
	III	37	3,1	
	IV	19	3,2	

*Significância estatística do Teste T de *Student*

III Aspectos emocionais

Em relação à média das questões agrupadas na temática “Aspectos emocionais” e as variáveis sociodemográficas e clínicas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em três variáveis (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das Médias das questões da subárea “aspectos emocionais” associado às variáveis sociodemográficas e clínicas. Hospital A. C. Camargo São Paulo, junho de 2011.

ÁREAS	CATEGORIA	Nº	MÉDIA	p*
Idade	Até 49 anos	53	3,6	0,524
	≥ 50 anos	118	3,6	
Gênero	Masculino	91	3,5	0,977
	Feminino	80	3,5	
Escolaridade	Ensino Fundamental	52	3,4	0,645
	Ensino Médio	55	3,5	
	Ensino Superior	64	3,6	
Etnia referida	Não brancos	36	3,6	0,778
	Brancos	135	3,5	
Estado civil	Solteiro/ Separado/ Viúvo	51	3,6	0,511
	Casado	120	3,5	
Critério de Classificação Brasil	A	30	4,0	0,054
	B	107	3,5	
	C	34	3,0	
Seguro saúde	Convênio	137	3,5	0,865
	SUS	34	3,5	
História familiar de câncer	Não	51	3,4	0,692
	CCR	28	3,7	
	Outros Tumores	92	3,5	
Localização do Tumor	Cólon	67	3,6	0,445
	Reto	104	3,4	
Estadio	I	42	3,6	0,751
	II	73	3,4	
	III	37	3,7	
	IV	19	3,5	

*Significância estatística do Teste T de Student

4.3 ANÁLISE MÚLTIPLA ENTRE OS MOTIVOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER COLORRETAL E AS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Visto que nenhuma das variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa nas médias das questões, não foi realizado modelo de análise múltipla.

5 DISCUSSÃO

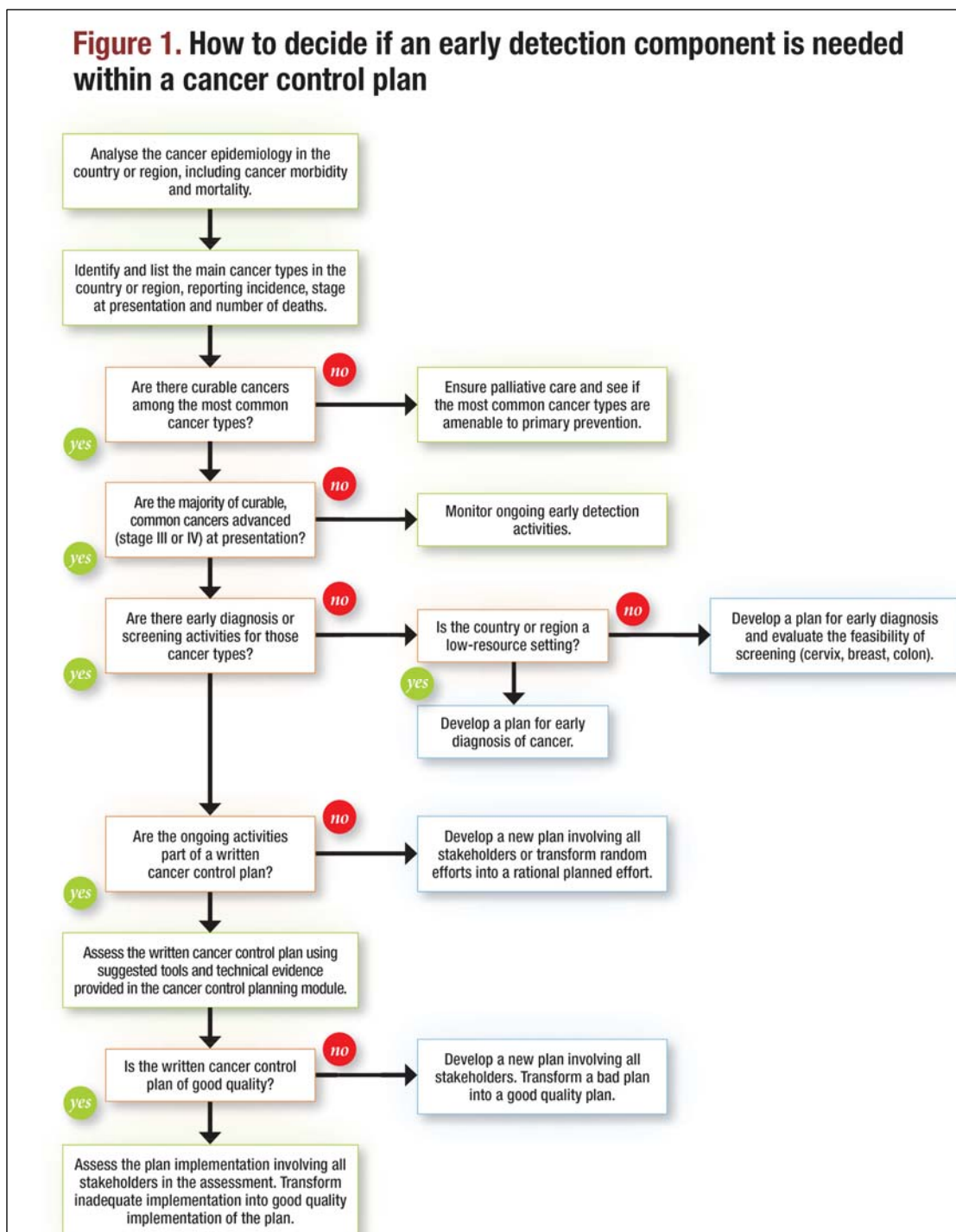
Mesmo nos dias de hoje, com toda a globalização e também um maior acesso ao conhecimento sobre o câncer, a falta de informação ainda se caracteriza como um dos principais motivos para a não realização de exames preventivos.

Sabe-se que a prevenção primária e secundária do câncer pode reduzir significativamente a mortalidade pela doença. O INCA, órgão responsável pela elaboração de políticas e planos estratégicos nos programas de prevenção primária, secundária e terciária no câncer, propõe recomendações para o CCR, a saber:

- Prevenção primária: adotar alta ingestão de fibras, frutas e vegetais, baixa ingestão de carne com gordura animal.
- Prevenção secundária (exames de detecção precoce por intermédio de programas de rastreamento): oferecer rastreamento por pesquisa de sangue oculto nas fezes para população com idade igual ou superior a 50 anos, anual (preferencialmente) ou bienal; oferecer colonoscopia quando o resultado de pesquisa de sangue oculto em fezes for positivo, e priorizar nos grupos de risco a realização de exames endoscópicos, anualmente (Ministério da Saúde 2002).

A OMS apresenta um modelo decisório para implementação de programas de detecção precoce do câncer e rastreamento. Nesse modelo, devem ser considerados o perfil epidemiológico do país ou da região, a

história natural da doença e os recursos econômicos disponíveis para a assistência à saúde.



Fonte: WHO (2007b).

Figura 3 - Modelo decisório para implementação de programas de detecção precoce do câncer e rastreamento.

Acreditamos que, em termos de CCR, temos em nosso país as recomendações do INCA, porém ainda não podem ser consideradas como um programa formal de atenção oncológica e rastreamento como ocorrem em outros países.

Na literatura, os dados reforçam a importância da realização dos programas preventivos. O acompanhamento dos indivíduos ao longo dos anos apontou a redução de mortalidade relacionada ao CCR. Estudos randomizados (em pacientes que não realizavam exames preventivos e indivíduos acompanhados bianualmente) realizados no Reino Unido e na Dinamarca demonstraram redução da mortalidade entre 15% e 18% mediante exames preventivos com seguimento médio de 8 anos a 10 anos, enquanto nos Estados Unidos, o acompanhamento variou entre 13 anos a 18 anos e a redução da mortalidade variou entre 6% a 33% (HANLEY 2011).

Existem custos relacionados aos programas preventivos eficazes que devemos considerar. A literatura aponta que o custo para o ano de vida, salvo com rastreamento em comparação aos que não fizeram exames preventivos, pode variar entre US\$50.000,00 a US\$60.000,00 (LANSDORP-VOGELAAR et al. 2011).

Mesmo considerando não haver programas formais de rastreamento populacional para CCR nas recomendações estabelecidas pelo INCA, consideramos importante para os profissionais de saúde, investigar os motivos pelos quais os pacientes não realizam exames de rastreamento.

Neste estudo, foi possível observar que não se encontrou significância estatística nos principais aspectos analisados, com exceção da associação

entre se ter ou não seguro saúde e a realização de diagnóstico por meio de exames preventivos, porém é importante discutir alguns achados na amostra entrevistada.

Identificamos a falta de informação como a principal razão para a não realização de exames preventivos para o CCR. Pudemos observar que frases como “Eu não tinha sintomas”, “Eu não sabia que os exames preventivos estavam disponíveis” e “Eu não estava sob risco para o problema” tiveram maior importância apontada pelos pacientes com CCR. Isso ressalta a necessidade de se realizar um trabalho educativo com a população e de divulgação por intermédio das redes de saúde e da mídia. Essas ações devem ser planejadas estrategicamente para que haja uma maior adesão da população.

A frase “Eu não tinha sintomas” foi a mais apontada (média 7,8). Este dado reforça a ideia de que muitas vezes, os pacientes não associam a presença de sintomas à doença avançada. Durante os relatos, os pacientes informavam que o sintoma, em princípio, por ser comum, não os motivava a ir ao médico. Muitos também mencionaram que a persistência dos sinais e/ou sintomas foi o que os levaram a pensar que “alguma coisa estaria errada”.

Os problemas de ordem prática, no presente estudo, estavam associados a frases como: “Falta de tempo para o teste”, “Eu tinha preocupações familiares mais importantes”, “Eu tinha outros problemas de saúde” e “Falta de convênio/custo do exame”.

Durante as entrevistas, muitas mulheres complementavam, após escolher as frases de importância, com considerações como “Minha mãe estava doente, eu precisava cuidar dela e não tinha tempo de fazer o exame”, “Eu cuido dos meus netos e da minha família, nunca tive tempo para mim” ou “Eu devia ter prestado mais atenção, porque tinha histórico familiar, mas o tempo foi passando e acabei deixando para lá”, o que não era tão comum no sexo masculino.

Entre as entrevistadas, foi possível notar que muitas das justificativas estavam relacionadas aos diversos papéis desempenhados pelas mulheres no contexto atual, tais como cuidar da casa, do marido, dos filhos e da família, estar envolvida como cuidadora de terceiros, oferecer suporte em um processo de doença na família e desempenhar a atividade profissional. Isso provavelmente pode ter diminuído as chances de se pensar na possibilidade de se estar sob risco de alguma doença.

Em um estudo norte-americano que comparou a realização de exames preventivos entre os gêneros, no ano de 2003, foi identificado que a frequência de realização de qualquer exame preventivo era maior em homens do que em mulheres. Vale ressaltar que o estudo aponta o crescimento, em ambos os sexos, na realização dos exames preventivos para o CCR após programa de divulgação de informações (MEISSNER et al. 2006).

Um dos fatores associados aos problemas de ordem prática, de grande importância na literatura, refere-se às questões econômicas, relacionadas ao custo dos exames preventivos ou à disponibilidade dos

exames na rede pública de saúde. Na literatura, pacientes com CCR relatam que seriam menos motivados a realizar os exames preventivos se tivessem preocupações relacionadas ao seguro saúde.

Outro obstáculo à realização de exames preventivos relatado na literatura é o longo período de espera entre o agendamento e a realização dos exames, além da dificuldade de realizar o agendamento (DENBERG et al. 2005; MCLACHLAN et al. 2011).

A não aderência aos exames preventivos está associada à ausência de seguro saúde, conforme o estudo de DENBERG et al. (2005). Os achados do presente estudo estão de acordo com esses dados (81,9% com seguro saúde e 17,6% de pacientes SUS).

Questões ligadas ao transporte para a realização do exame preventivo podem ser consideradas um problema de ordem prática, sendo vistas como uma das barreiras para a adesão (HAREWOOD et al. 2002; WALSH et al. 2004; MCLACHLAN et al. 2011).

Neste estudo, em adicional às frases distribuídas, a qualidade do atendimento médico foi apontada pelos entrevistados como um dos problemas de ordem prática. Muitos relataram que se submetiam aos exames periódicos ou *check-ups* e que depositavam confiança no médico, ou seja, para eles, o médico seria o responsável por identificar os fatores de risco e solicitar a colonoscopia quando houvesse necessidade. Não era claro para muitos a diferença conceitual entre o *check-up* e o exame preventivo para CCR, isto é, os indivíduos acreditavam que faziam exames preventivos porque anualmente realizavam o *check-up*; porém os médicos, de modo

geral, não solicitavam colonoscopia nem outros exames preventivos para CCR (MCLACHLAN et al. 2011).

Além disso, alguns indivíduos responsabilizaram os médicos pela não realização dos exames preventivos, alegando que, independente da especialidade, esses profissionais deveriam tê-los encaminhado. Em contrapartida, não assumiram a responsabilidade do conhecimento sobre a prevenção ou sobre a disponibilidade de exames preventivos para o CCR.

Acreditamos também que o enfermeiro deva se envolver na avaliação dos comportamentos de saúde, em especial, na área da oncologia. Ao conhecer as percepções do indivíduo e a sua relação com a adoção de comportamentos de saúde, pode ser possível desenvolver ações que aumentem a adesão às recomendações de seguimento. A enfermagem zela pela implementação do cuidado sistematizado baseado em evidências científicas. Essa avaliação sistemática pode ser também estabelecida em termos de prevenção primária e secundária, em particular na sua atuação como educador, proporcionando informação para que o indivíduo evite o aparecimento de problemas de saúde, reduza as consequências de um problema, ou recupere-se dele.

É vital que o enfermeiro instrumentalize o indivíduo para que ele decida adequadamente sobre a adoção de comportamentos de saúde apropriados ao seu risco para desenvolvimento de câncer. Ainda que os aspectos cognitivos em termos de educação sejam de maior relevância, não se pode desconsiderar o papel das emoções na tomada de decisão sobre os comportamentos de saúde.

De acordo com a literatura, aspectos de ordem emocional são frequentemente apontados como barreiras para a não realização de exames preventivos.

No presente estudo, foi possível observar entre os entrevistados do sexo masculino que alguns indivíduos, durante o momento de atribuir importância às frases, realizavam a leitura do cartão contendo a frase “Vergonha sobre o processo dos exames” em voz alta e justificavam a classificação dada dizendo “Vergonha eu não tinha!”. Todavia, entre as mulheres esta frase não foi muito comentada.

Esses pontos foram levantados em um estudo norte-americano, que realizou uma comparação entre os gêneros e identificou diferença estatística apenas relacionada à vergonha, justificada pelo fato de as mulheres estarem mais apreensivas que os homens para a realização da colonoscopia, e para os homens, seria socialmente menos aceitável esse tipo de comportamento (DENBERG et al. 2005). Além disso, as mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam mais vergonha ao realizar a colonoscopia com um profissional do sexo oposto (MCLACHLAN et al. 2011).

São destacados ainda o medo de perfuração ou de sangramento durante o exame, o medo de encontrar um tumor, a vergonha e o medo de dor ou de desconforto durante o exame (DENBERG et al. 2005).

Na análise dos resultados obtidos nesta pesquisa, consideramos importante discutir fatores que possam ter influenciado na aferição dos dados. O primeiro fator se refere ao local e momento de realização das entrevistas. Os pacientes foram abordados em quatro momentos distintos:

momento pré-consulta, momento pós-consulta, na unidade de internação (em apartamentos individuais ou enfermarias) e por meio do correio.

Os pacientes abordados no momento pré-consulta eram entrevistados na sala de espera, podendo haver a preocupação em manter a atenção no painel eletrônico e, normalmente, estavam rodeados por outros pacientes. Caso houvesse muitas pessoas a serem atendidas antes do entrevistado, a entrevista era um modo de “esperar” pelo atendimento e os indivíduos não se importavam em participar.

Assim, a unidade de internação se mostrou uma oportunidade importante para abordagem do paciente, pois os pacientes não se incomodavam em responder e detalhavam as respostas com justificativas e questionamentos. Relatavam que a entrevista ajudaria a mantê-los ocupados.

No momento pós-consulta, os pacientes eram abordados e convidados a ficar em uma sala reservada. Apesar de terem aceito participar da pesquisa, muitos se preocupavam com a questão do tempo, pois alegavam que tinham outras atividades, enquanto outros se sentiam confortáveis relatando sua história desde o aparecimento de sintomas, sentimentos sobre a descoberta do diagnóstico, dificuldades e sensações durante o tratamento e até mesmo o medo de saber que a doença poderia recidivar.

Acreditamos que a presença de familiares dos entrevistados, por solicitação deles, também foi um fator importante. Primeiramente, porque muitos familiares respondiam a algumas das perguntas antes mesmo do

entrevistado se manifestar. Nesses casos, a pergunta era refeita diretamente ao entrevistado, para validar a resposta. Além disso, a presença do familiar durante a entrevista também pode ter exercido influência nas respostas, de modo que o entrevistado concordasse com seu acompanhante.

Mesmo ao considerar as limitações deste estudo, os resultados permitiram identificar necessidades que possam levar ao estabelecimento de programas educativos relacionados à prevenção do câncer colorretal.

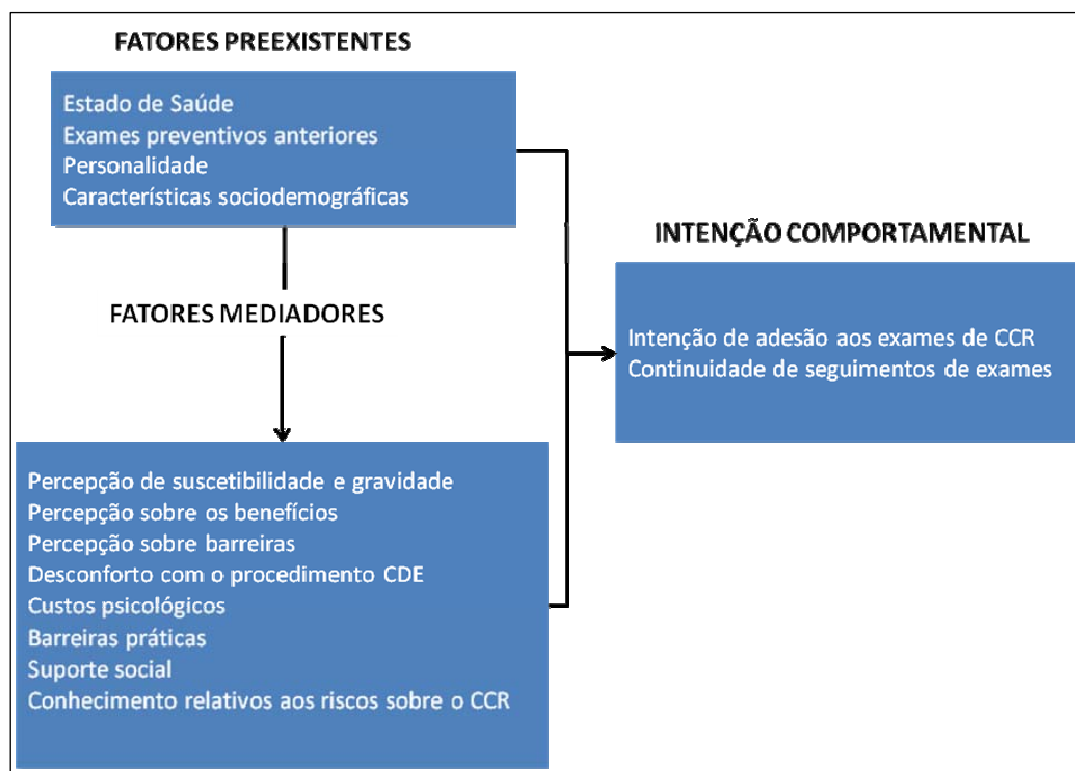
Intervenções educacionais são necessárias para se levar informações à população, possibilitando maior adesão aos exames preventivos. Na literatura, foi possível identificar que os Modelos de Crença em Saúde, atuando sobre o comportamento dos indivíduos, podem ser utilizados como ferramentas para implementações de programas voltados para uma maior adesão aos exames preventivos (SANTOS 2008).

Essa abordagem da utilização de modelos de crença em saúde já está bem estabelecida na literatura. BECKER et al. (1974b) postularam o Modelo de Crenças em Saúde, com o objetivo de compreender melhor os fatores que facilitam e dificultam a realização de exames de rastreamento para os indivíduos, segundo teorias psicossociais sobre crenças de saúde e comportamento em saúde preventiva. No ano de 1985, AZJEN desenvolveram a *Health Models Behavior*, modelo da *Theory Planned Behavior* (Teoria do Comportamento Planejado), incorporando o componente de percepção comportamental ao modelo de controle mudança de comportamento, porém as mudanças comportamentais são desafiadoras e envolvem recursos e experiência.

Esse processo busca estabelecer conexão entre o comportamento desejado e a busca da autoeficácia e compreender a participação de indivíduos em exames de rastreamento. Um dos fatores mais fortes que determina o comportamento é a intenção da realização dos exames preventivos, especialmente nos cânceres mais frequentes, como mama, próstata, útero e colorretal (BECKER et al. 1974a; AZJEN 1985; ZHENG et al. 2006; STIEFEL et al. 2008).

Para as mudanças de comportamento relacionadas à saúde, os Modelos de Crença em Saúde tem por finalidade agir sobre cinco fatores: percepção de suscetibilidade, percepção de risco, percepção de benefícios, percepção de gravidade e percepção de barreiras (JANZ et al. 1974). Os benefícios da ação são realizados sobre as barreiras, enquanto as percepções de gravidade e de suscetibilidade identificam maneiras de ações motivacionais sobre o indivíduo (STRETCHER e ROSENSTOCK 1997; JANZ et al. 2003).

Não se pode descartar, as diferenças culturais. No Japão, fundamentados em elementos do Modelo de Crença em Saúde, um estudo analisou fatores que poderiam afetar a intenção de realizar acompanhamento clínico em pacientes com CCR (Figura 3). Foram apresentados fatores prévios, associados aos fatores mediadores e a intenção comportamental. O estudo reforça ainda a educação populacional sobre os fatores de risco da CRC e uma melhor compreensão dos benefícios de exames preventivos (ZHENG et al. 2006).



Fonte: Adaptado de ZHENG et al. (2006)

Figura 4 - Esquema de conceituação dos fatores associados com intenção em aderir e dar continuidade aos exames preventivos de CCR.

Em nossa realidade, o modelo de SANTOS (2008), realizado em familiares de pacientes com CCR, no município de São Paulo, traduziu e validou o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), e destaca: maior percepção de gravidade associada à maior percepção de barreiras; maior percepção de suscetibilidade relacionada à maior percepção de benefício. E a maior percepção de susceptibilidade, maior percepção de gravidade e maior percepção de barreiras estão relacionadas à maior percepção com o câncer (SANTOS 2008).

6 CONCLUSÃO

Dentre os 199 pacientes 85,9% dos indivíduos com CCR realizaram diagnóstico por meio de sinais e/ou sintomas e apenas 14,1% por meio da realização de exames para a detecção precoce (21,4% através de colonoscopia).

As cinco principais razões pelos quais os pacientes com CCR não são submetidos a exames para a detecção precoce, segundo opinião dos próprios pacientes são: “Eu não tinha sintomas”(média de importância 7,9). “Eu não estava sob risco para o problema” (6,7), “Eu não sabia que os exames preventivos estavam disponíveis”(6,6) “Eu não sabia da importância (ou da utilidade? da prevenção”(5,8) e “Eu tinha outros problemas de saúde mais importantes”(4,3).

Foram encontradas associações entre as variáveis seguro-saúde e idade e a não realização de exames de detecção precoce, sendo que, pacientes com seguro-saúde ($p=0,0035$) e idade maior do que 50 anos ($p=0,009$) realizaram o diagnóstico mediante exame preventivo com maior frequência. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as demais variáveis estudadas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ACS] American Cancer Society. **Cancer Facts and Figures 2008**. Atlanta, GA: Retrieved August 10, 2008. Available from: <URL:<http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>> [2011 abril 20].

Almeida Filho N. **O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde**. Brasília: Anvisa, 2000. Seminários permanentes; p.1-24.

Altenburg FL, Maria DEL, Pessole BS, Santiago A. Pesquisa de sangue oculto nas fezes e correlação com alterações nas colonoscopias faecal. **Rev Bras Colo-Proctol** 2007; 27:304-9.

Azjen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckman J, editors. **Action-control: from cognition to behavior** Heidelberg: Springer; 1985. p.11-39.

Becker MH, Drachman RH, Kirsch JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. **Am J Public Health** 1974a; 64:205-16.

Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. Health behavior and health education: role behavior in low-income populations. **Am J Public Health** 1974b; 64:205-16.

Benedetti TR, Bertoldo PCA, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev Bras Med Esporte** 2007; 13:11-6.

Codori AM, Petersen GM, Miglioretti DL, Boyd P. Health beliefs and endoscopic screening for colorectal cancer potential for cancer prevention. **Prev Med** 2001; 33:128-36.

de Wijkerslooth TR, Bossuyt PM, Dekker E. Strategies in screening for colon carcinoma. **Neth J Med** 2011; 69:112-9.

Denberg TD, Melhado TV, Coombes JM, et al. Predictors of nonadherence to screening colonoscopy. **J Gen Intern Med** 2005; 20:989-95.

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3° ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003. Prevenção; p.175-94.

Freedman AN, Seminara D, Gail MH, et al. Cancer Risk Prediction Models: a workshop on development, evaluation and application. **J Natl Cancer Inst** 2005; 97:715-23.

Giorgi Rossi P, Federici A, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G. Understanding non-compliance to colorectal cancer screening: a case control study, nested in a randomised trial [ISRCTN83029072]. **BMC Public Health** 2005; 5:139.

Green PM, Kelly BA. Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans. **Cancer Nurs** 2004; 27:206-15.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol** 1993; 46:1417-32.

Hanley J. Measuring mortality reductions in cancer screening trials. **Epidemiol Rev** 2011 May 30. [Epub ahead of print]

Harewood GC, Wiersema MJ, Melton LJ 3rd. A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy. **Am J Gastroenterol** 2002; 97:3186-94.

Holland WSS, Stuart S. **Screening in disease prevention. What Works?**. Oxford: Radcliffe Pu; 2005. Historical, background, current definitions. p.1-16.

[IARC] International Agency for Research Cancer. **Globocan 2008**. Available from: <URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>> [2011 abril 20]

James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among african americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2002; 11:529-34.

Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. Origins and correlates in psychological theory. In: Glanz K, Maiman LA, Becker MH, editors. **The health belief model**. [Health Educ Monograph] 1974; 2:336-52.

Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. **Prev Med** 2003; 37:627-34.

Kahi C, Imperiale T, Juliar B, Rex D. Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality. **Clin Gastroenterol Hepatol** 2009; 7:770-5; quiz 11.

Kerr J, Day P, Broadstock M, Weir R, Bidwell S. Systematic review of the effectiveness of population screening for colorectal cancer. **N Z Med J** 2007; 120:U2629.

Klabunde C, Schenck A, Davis W. Barriers to colorectal cancer screening among Medicare consumers. **Am J Prev Med** 2006; 30:313-9.

Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Brenner H. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening. **Epidemiol Rev** 2011 Jun 1. [Epub ahead of print]

Lieberman D. Clinical practice: screening for colorectal cancer. **N Engl J Med** 2009; 361:1179-87.

Mandel JS, Church TR, Bond JH, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. **N Engl J Med** 2000; 343:1603-7.

McLachlan SA, Clements A, Austoker J. Patients' experiences and reported barriers to colonoscopy in the screening context: a systematic review of the literature. **Patient Educ Couns** 2011 Jun 1. [Epub ahead of print].

McNeill L, Coeling M, Puleo E, Suarez E, Bennett G, Emmons K. Colorectal cancer prevention for low-income, sociodemographically-diverse adults in public housing: baseline findings of a randomized controlled trial. **BMC Public Health** 2009; 9:353.

McQueen A, Bartholomew LK, Greisinger AJ, et al. Behind closed doors: physician-patient discussions about colorectal cancer screening. **J Gen Intern Med** 2009; 24:1228-35.

Meissner HI, Breen N, Klabunde CN, Vernon SW. Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2006; 15:389-94.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e Controle de Câncer Cancer control and Prevention. **Rev Bras Cancerol** 2002, 48:317-32.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer de intestino. orientações úteis ao usuário sobre fatores de risco e proteção.** Rio de Janeiro: INCA; 2003.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa/2010: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA; 2009.

Ng ES, Tan CH, Teo DC, Seah CY, Phua KH. Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese-A community-based survey in Singapore. **Prev Med** 2007; 45:332-5.

[NCI] National Cancer Institute. **Tobacco use supplement to the current population survey (TUS-CPS).** Available from: <URL:<http://riskfactor.cancer.gov/studies/tus-cps/>> [2011 fev 15].

Samowitz WS, Curtin K, Ma KN. Microsatellite instability in sporadic colon cancer is associated with an improved prognosis at the population level. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2001; 10:917-23.

Santos EMM. **Modelo de crenças em saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal.** São Paulo; 2008. [Tese Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Seeff L, Nadel M, Klabunde C, et al. Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. **Cancer** 2004; 100:2093-103.

Stiefel F, Krenz S, Zdrojewski C, et al. Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. **Support Care Cancer** 2008; 16:1151-5.

Stretcher V, Rosenstock IM. Health behavior and health education: theory research and practice. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, et al. editors. **The health belief model**. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

Subramanian S, Bobashev G, Morris RJ. Modeling the cost-effectiveness of colorectal cancer screening: policy guidance based on patient preferences and compliance. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2009; 18:1971-8.

[WGO] World Gastroenterology Organization. **International Digestive, Cancer Alliance, Practice Guidelines**. Triagem do câncer colorretal. Gastroenterology: 1-19, 2007.

[WHO] World Health Organization. **Cancer fact sheet n° 297**. February 2006. [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; c2007 [cited 2007a oct. 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html> [2011 maio 12]

[WHO] World Health Organization. **Cancer control: knowledge into action. early detection (Module 3)**. Geneva: WHO; 2007b.

Walsh J, Terdiman J. Colorectal cancer screening: clinical applications. **JAMA** 2003; 289:1297-302.

Walsh JM, Kaplan CP, Nguyen B, Gildengorin G, McPhee SJ, Pérez-Stable EJ. Barriers to colorectal cancer screening in Latino and Vietnamese Americans. Compared with non-Latino white Americans. **J Gen Intern Med** 2004; 19:156-66.

Wilson JMG, Jungner G. **Principles and practice of screening for disease.** Geneva: World Health Organization; 1968. (Public Health Paper nº 34).

Zheng YF, Saito T, Takahashi M, Ishibashi T, Kai I. Factors associated with intentions to adhere to colorectal cancer screening follow-up exams. **BMC Public Health** 2006; 6:272.

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE

(Obrigatório para Pesquisa Clínica em Seres Humanos – Resolução N. 196/96 e Resolução CNS 251/97 do Ministério da Saúde)

PROJETO: Por que pacientes não realizam exames para a detecção precoce do Câncer Colorretal no Século 21?

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Paciente: _____

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ____/____/____

Documento de identidade: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ TEL: _____

Responsável: _____

Sexo: () masculino () feminino Data de nascimento: ____/____/____

Documento de identidade: _____

Endereço : _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ TEL: _____

OBJETIVOS DO ESTUDO

Você foi convidado(a) a participar deste estudo porque tem câncer de intestino grosso. Este estudo tem como objetivo verificar a forma como o tumor de intestino foi diagnosticado e razões pelas quais os indivíduos não realizam os exames para a detecção precoce do câncer de intestino grosso. Esperamos que 400 indivíduos com câncer de intestino grosso participem desta pesquisa: 200 serão recrutados aqui no Hospital A.C. Camargo e 200 serão recrutados na Clínica *Cleveland* nos Estados Unidos.

PROCEDIMENTOS

Seu tratamento não será alterado pelo estudo. Após a sua autorização, realizaremos uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos. Nesta entrevista você irá responder a um questionário para a identificação de dados sociodemográficos (idade, escolaridade, renda); e um questionário com perguntas sobre a forma com que o câncer colorretal foi diagnosticado (por meio de sintomas ou por exames para detecção precoce); realização de exames para detecção precoce do câncer de intestino grosso; e motivos pelos quais você deixou de realizar os exames para a detecção precoce do câncer de intestino grosso. Os 10 primeiros pacientes também serão questionados sobre a capacidade de compreensão do questionário e dificuldades no preenchimento. Você responde apenas às questões que desejar.

BENEFÍCIOS

Você não terá benefícios ao participar desta pesquisa. Porém, com esta pesquisa, esperamos compreender melhor os motivos pelos quais os indivíduos não são submetidos aos exames para a detecção precoce do câncer de intestino, proporcionando o estabelecimento de intervenções que aumentem a adesão ao diagnóstico precoce do câncer de intestino.

RISCOS

Este estudo não traz nenhum risco para os participantes.

OUTRAS INFORMAÇÕES

A sua participação neste estudo é voluntária, e você tem o direito a retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar o seu tratamento e acompanhamento.

A sua identidade será preservada, e somente os membros da equipe de pesquisadores e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Enfermeira Erika Maria Monteiro Santos no telefone (11) 2189-5000 ramal 1080. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital A.C. Camargo. – SP, pelo telefone (11) 2189-5020 (O Comitê de Ética em Pesquisa do

Hospital A.C. Camargo funciona de segunda a quinta-feira das 7 horas às 18 horas e às sextas-feiras das 7 horas às 16 horas).

Declaro que fui esclarecido: sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo; que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao meu tratamento; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura do paciente ou responsável/representante local

Assinatura do pesquisador ou representante

Apêndice 2 - Ficha Clínica

Número de identificação no estudo			
Idade na data da entrevista		Data da entrevista	
Gênero 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino			
Estado Civil 1 ☐ Solteiro 2 ☐ Casado 3 ☐ Divorciado/ Separado 4 ☐ Viúvo			
Raça 1 ☐ Amarela 2 ☐ Branca 3 ☐ Negra 4 ☐ Parda			
Escolaridade 0 ☐ analfabeto 1 ☐ Ensino Fundamental incompleto 2 ☐ Ensino Fundamental completo 3 ☐ Ensino Médio incompleto 4 ☐ Ensino Médio completo 5 ☐ Ensino Superior incompleto 6 ☐ Ensino Superior completo 7 ☐ Pós-Graduação			
Seguro-saúde/ medicina suplementar 0 ☐ Não 1 ☐ Sim			
História familiar de câncer (em familiares de primeiro ou segundo graus) 0 ☐ Não 1 ☐ CCR 2 ☐ Outros tumores			
Localização do tumor 1 ☐ Cólon direito 2 ☐ Cólon transversal 3 ☐ Cólon esquerdo 4 ☐ Reto			
Estádio ao diagnóstico			

Classificação socioeconômica (preencher o número de bens que o indivíduo possui)			
TV em cores		Rádio	
Banheiro		Automóvel	
Empregada mensalista		Aspirador de pó	
Máquina de lavar		Videocassete e/ou DVD	
Geladeira		Freezer	
Escolaridade do chefe de família (1) Analfabeto/primário incompleto (2) Primário compl/Ginasial incompl (3) Ginásial compl/Colegial incompl (4) Colegial compl/Superior incompl (5) Superior completo			

Anexo 1 - Instrumento de avaliação da Atividade física

Atividade Física (Questionário Internacional de Atividade Física)

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões lembre-se de que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por, pelo menos, 10 minutos contínuos de cada vez.

1a - Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por, pelo menos, 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b - Nos dias em que você caminhou por, pelo menos, 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ minutos: _____

2a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos, como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar

moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b - Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por, pelo menos, 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ minutos: _____

3a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos, como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b - Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por, pelo menos, 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo à TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a - Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

Anexo 2 - Instrumento de avaliação de Tabagismo, Etilismo e Dieta, e IMC

Identificação do Entrevistado (número no estudo_____)	
Nome: _____	
RGH: _____	
Data da entrevista: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____

Tabagismo

Você já fumou um total de 100 cigarros ou mais durante a vida?	SIM	NÃO	NA
Você já fumou cigarros regularmente, como, por exemplo, pelo menos, um por seis meses ou mais?	SIM	NÃO	NA
Qual era a sua idade quando você começou a fumar um cigarro ou mais por dia?	_____		
Qual era a sua idade quando você fumou pela última vez?	_____		
Você teve algum período maior que um ano que você não fumou?	SIM	NÃO	NA
Por quanto tempo você parou de fumar?	_____		
Quantos cigarros você fuma em um dia?	_____		
Você diminuiu o número de cigarros depois do diagnóstico de câncer?	SIM	NÃO	NA
Você pensou em parar de fumar nos últimos seis meses?	SIM	NÃO	NA

Uso de Álcool

Você já bebeu bebida alcoólica durante a vida?	SIM	NÃO	NA
Você bebeu bebida alcoólica nos últimos seis meses?	SIM	NÃO	NA
Qual era a sua idade quando você bebeu bebida alcoólica pela primeira vez?	_____		
Qual era a sua idade quando você bebeu bebida alcoólica pela última vez?	_____		
Você pensou em parar de beber álcool nos últimos seis meses?	SIM	NÃO	NA
Que tipo de bebida você consome?	_____		
Quanto de bebida alcoólica você bebeu entre segunda e quinta-feira?	_____		
Quanto de bebida alcoólica você bebeu entre sexta e domingo?	_____		

Dieta

Número de porções de frutas e vegetais por dia _____

Número de porções de carnes vermelhas por dia _____

Peso e Altura

Peso atual _____

Altura _____

IMC _____

Anexo 3 - Questionário de avaliação da realização de exames para a detecção precoce do câncer colorretal

Por favor, responda as questões a seguir selecionando a opção que melhor descreve a sua situação:

1	Como o câncer foi diagnosticado?
☐	Foi descoberto durante um exame preventivo.
☐	Eu fui submetido a uma colonoscopia por sintomas (sangramento retal, sangue nas fezes, perda de peso, dor ao tentar evacuar, alteração no hábito intestinal, etc.)
2	Antes do diagnóstico você fez exames para prevenção do câncer de intestino grosso?
☐	Sim
☐	Não

Se você respondeu “Sim” à pergunta 2,

por favor, responda as questões 3 e 4.

3	Por que você realizou exames preventivos de câncer de intestino?
☐	Recomendação médica
☐	História familiar de câncer de intestino
☐	Eu acho parte importante da prevenção
☐	Outra (por favor, escreva)
4	Quais os exames você realizou? (você pode escolher mais que uma alternativa)
☐	Pesquisa de sangue oculto nas fezes
☐	Enema contrastado com bário (enema opaco)
☐	Exame do reto (toque retal)
☐	Sigmoidoscopia
☐	Colonoscopia
☐	Outro (por favor, escreva)

Se você respondeu “Não” à pergunta 2,

por favor, responda a questão 5.

- 5 Escolha dentre as afirmações a seguir as razões pelas quais você não realizou exames preventivos do câncer de intestino antes do diagnóstico. (Por favor, escolha todos os que se aplicam e numere em ordem de importância, escolhendo números entre 1 e 10, sendo o número 1 a razão mais importante e o número 10 a razão menos importante)
- ☐ Eu não sabia que os exames preventivos estavam disponíveis.
 - ☐ Eu não sabia da importância (ou da utilidade) da prevenção.
 - ☐ Eu não tinha sintomas.
 - ☐ Falta de tempo para o teste.
 - ☐ Eu tinha preocupações familiares mais importantes.
 - ☐ Eu não queria saber o resultado.
 - ☐ Eu não estava sob risco para o problema.
 - ☐ Eu tinha outros problemas de saúde mais importantes.
 - ☐ Vergonha sobre o processo dos exames.
 - ☐ Falta de convênio/custo do exame.
 - ☐ Eu temia que os exames apresentassem mais risco do que benefícios.
 - ☐ Eu temia que os exames fossem dolorosos/desconfortáveis.
 - ☐ Nenhuma das razões acima (por favor, explique):

Anexo 4 - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital A.C. Camargo.



Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

São Paulo, 29 de Junho de 2010.

À
Enfª Érika Maria Monteiro Santos

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1404/10
“Por que Pacientes não realizam Exames para Detecção Precoce do Câncer Colorretal no Século 21”.

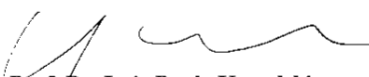
Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 08/06/2010, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 11/05/2010, **aprovaram** a realização do estudo em referência, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Questionário (Versão traduzida preliminar) e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração sobre os dados Coletados, Publicação dos dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração de Infra-Estrutura e Instalações;
- Declaração sobre o Plano de Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa, Circunstâncias e responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Orçamento Financeiro Detalhado;
- Lista de Centros Participantes;
- Centro Coordenador no Brasil;
- Declaração de Concordância do Pesquisador com o Delineamento do Protocolo;
- Carta de aprovação do Centro de Origem;
- Cronograma do estudo;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Cirurgia Pélvica.

Para iniciar o projeto, é necessário aguardar a aprovação da CONEP para este primeiro centro.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 06 meses.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1