



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CURSO DE ENFERMAGEM

PRISCILA PRASERES NUNES

CÂNCER COLORRETAL: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.

São Luís
2019

Priscila Praseres Nunes

CÂNCER COLORRETAL: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha.

São Luís
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Praseres Nunes, Priscila.

Câncer Colorretal: Caracterização Sociodemográfica e
Clínica / Priscila Praseres Nunes. - 2019.

47 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luis, 2019.

1. Câncer Colorretal. 2. Perfil Epidemiológico. 3.
Rastreamento Populacional. I. de Lima Sardinha, Ana
Hélia. II. Título.

Priscila Praseres Nunes

CÂNCER COLORRETAL: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Poliana Pereira Costa Rabelo
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

“Dedico este trabalho a minha avó Maria Sebastiana Fernandes Praseres (in memoriam), que me permitiu ser o que sou hoje”.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado força e determinação para acreditar nas minhas escolhas e lutar por alcançar aquilo que acredito.

A minha família materna em especial a Jane Celes Praseres Batalha que sempre me acolheu e estendeu a mão nos momentos que mais precisei e a minha mãe Solange de Jesus Praseres Nunes por estar presente nessa reta final e tão importante em minha vida.

A Raimundo Nonato Araújo Mendes e Francisca das Chagas Sousa Mendes pelo apoio que tornaram os momentos difíceis em mais brandos, compartilhando da criação da minha filha e não permitindo que eu desistisse da graduação.

A Romulo Sousa Mendes pelos anos de companheirismo e força compartilhados.

A minha filha Maria Eduarda Praseres Nunes Mendes por ser o maior aprendizado da minha vida.

A minha orientadora Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha pela sua paciência e apoio nos momentos difíceis da minha vida acadêmica.

As Professoras Dras. Maria Lúcia Holanda Lopes e Poliana Pereira Costa Rabelo por aceitarem compor a minha banca e contribuírem em conhecimento e experiência a conclusão deste trabalho.

A Joelson dos Santos Almeida por partilhar comigo sua experiência e conhecimento me trazendo calma e confiança.

A Universidade Federal do Maranhão por ter me aberto caminhos e proporcionado recursos necessários para evoluir e alcançar todas as metas.

A todos os professores da graduação de Enfermagem da UFMA que me proporcionaram momentos e ensinamentos que vou levar comigo para sempre.

Ao serviço de saúde do Hospital Aldenora Bello por permitir a execução da minha pesquisa ao me receber de forma tão acolhedora e oportunizar este trabalho.

Aos meus colegas do Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região pelo enorme aprendizado e convivência cheia de experiências e lições. Aos médicos Ércio Murilo, Luis Carlos, Adriano Soares e Gustavo Duarte por partilharem dos seus conhecimentos, paciência e confiança. Em especial a Márcia Cristina Carvalho de Sousa pelo seu carinho e incentivo e a Rafaela David Brito Pinho por ter sido a

minha supervisora e essa pessoa extraordinária, de coração simples e alma leve que muito me ensinou e me inspirou a ser uma profissional a sua altura, apoiando-me durante essa reta final. A você, minha eterna gratidão.

E a Monica Correa de Sousa por ser minha amiga por mais de 10 anos e ainda assim sempre estar presente nos momentos importantes da minha vida.

RESUMO

O câncer é considerado atualmente um problema de saúde pública e a segunda principal causa de morte no mundo com 9,6 milhões de óbitos em 2018. O câncer colorretal está entre os cinco tipos de câncer que mais levam a morte. É uma neoplasia maligna que acomete o intestino grosso a partir de lesões benignas que crescem de forma lenta até tornarem-se malignas. Apresenta um bom prognóstico quando diagnosticado em estado inicial, porém o rastreamento populacional ainda não se consolidou como estratégia de prevenção. Este estudo teve como objetivo descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal atendidos no Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, baseados em dados das fichas de Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Após o atendimento dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, obteve-se uma amostra de 455 pacientes em que os dados foram apresentados por meio de tabelas, em números absolutos e percentuais e analisados através de uma estatística descritiva. Os resultados evidenciaram prevalência do sexo feminino, com idade entre 60-69 anos, 50,7% são analfabetos/baixa escolaridade, provenientes do interior do Estado do Maranhão. As topografias predominantes do tumor foram reto e colón, em sua maioria em estágio III e IV. O tratamento preponderante foi o combinado (local+sistêmico) seguido da cirurgia isolada. Cerca de 37,8% dos pacientes esperaram 61 dias ou mais do momento do diagnóstico até o início do tratamento. Conclui-se, então, que é necessário se pensar no fortalecimento da atenção primária no Estado, enquanto porta de entrada e meio de promoção de saúde. E que o rastreamento populacional e o diagnóstico precoce são ferramentas importantes na prevenção e redução de danos causados pela doença, sendo o enfermeiro um profissional de referência na educação e cuidado de saúde dessa população.

Palavras-chaves: Câncer colorretal. Perfil epidemiológico. Rastreamento Populacional. Prevenção.

ABSTRACT

Cancer is currently considered a public health problem and the second leading cause of death worldwide with 9.6 million deaths in 2018. Colorectal cancer is among the five leading cancers. It is a malignant neoplasm that affects the large intestine from benign lesions that grow slowly until they become malignant. It has a good prognosis when diagnosed at an early stage, but population screening has not yet been consolidated as a prevention strategy. This study aimed to describe the sociodemographic and clinical aspects of patients diagnosed with colorectal cancer treated at the High Complexity Oncology Care Center (CACON) from January 2010 to December 2014. This is a descriptive, retrospective study, with quantitative approach, based on data from the Hospital Registry of Cancer (RHC). After meeting the established inclusion and exclusion criteria, we obtained a sample of 455 patients whose data were presented through tables, in absolute and percentage numbers and analyzed using descriptive statistics. The results showed a prevalence of females, aged 60-69 years, 50.7% are illiterate / low education, coming from the interior of the State of Maranhão. The predominant tumor topographies were straight and colon, mostly in stage III and IV. The predominant treatment was combined (local + systemic) followed by surgery alone. About 37.8% of patients waited 61 days or more from the time of diagnosis until treatment initiation. It is concluded, therefore, that it is necessary to think about the strengthening of primary care in the state, as a gateway and means of health promotion. And that population screening and early diagnosis are important tools in the prevention and reduction of damage caused by the disease, being the nurse a reference professional in education and health care of this population.

Keywords: Colorectal cancer. Epidemiological profile. Population screening Prevention.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	O câncer colorretal	15
3.2	Epidemiologia	17
3.3	Fatores de Risco	17
3.4	Rastreamento	18
3.5	Diagnóstico	19
3.6	Estadiamento do Câncer Colorretal	21
3.7	Tratamento	23
3.8	Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer	24
3.9	Registro Hospitalar de Câncer	27
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de Estudo	29
4.2	Local e população de estudo	29
4.3	Instrumentos e técnicas de coleta de dados	30
4.4	Análise de Dados	31
4.5	Aspectos Éticos	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIA	40
	ANEXO I – Ficha de Registro de Tumor	46
	ANEXO II – Parecer de Aprovação do Colegiado do Curso de Enfermagem/UFMA	48

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um grupo de doenças que possuem como característica principal a formação desordenada de células anormais com capacidade de invadir outros tecidos e órgãos, sendo atualmente considerado um problema de saúde pública e a segunda principal causa de morte no mundo com 9,6 milhões de óbitos em 2018. A nível global uma em cada seis mortes são relacionadas à doença (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018; Organização Mundial da Saúde, 2018).

Ainda segundo Robbins e Cotran (2015), o câncer é um termo genérico para todos os tumores malignos, derivando do grego *karkínos*, que significa caranguejo, presumivelmente, porque assim como o crustáceo, o câncer agarra-se de uma maneira obstinada a qualquer tecido ou órgão empoderando-se deles.

Dentre os cinco tipos de câncer mais comuns temos o de pulmão, mama, colorretal, próstata e câncer de pele-não melanoma, sendo o de pulmão e colorretal os que mais levam a morte (OPAS, 2018).

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia maligna do trato digestivo que consiste no aparecimento de tumores que acometem o intestino grosso. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que crescem lentamente na parede do cólon e/ou do reto, podendo levar muitos anos para se tornarem malignos (OLIVEIRA, 2013; INCA, 2017; HCB, 2017).

Em 2018, o câncer colorretal causou 862 mil mortes no mundo. No Brasil estima-se 36.360 novos casos para cada ano do biênio 2018-2019, sendo o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres. No Maranhão, presumiu-se que para o ano de 2018, 5,72 novos casos por 100 mil habitantes para homens e 5,81 novos casos para mulheres, sendo o terceiro mais incidente em ambos os sexos (INCA, 2017).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017), o câncer colorretal é de caráter multifatorial influenciada por fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, que relacionado às diferenças geográficas, apresentam como comportamentos de risco, alimentação rica em carnes vermelhas, gorduras e processados, associado ao sedentarismo, obesidade, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Contudo, a prevenção do câncer colorretal, baseia-se na etiologia de que a doença se desenvolve lentamente, levando de 10 a 15 anos de intervalo de tempo

entre o início da lesão e a instalação do câncer, o que corrobora para implementação de rastreamento populacional com propósito de diagnóstico e tratamento precoce (COSTA *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2016). Ainda segundo a American Cancer Society (ACS) (2018), a taxa de sobrevida é de 92% e 87% para o câncer de cólon e reto respectivamente, em estágio I.

Assim como o Brasil possui programas de rastreamento para o câncer de colo do útero e de mama, ainda se estuda a viabilidade da implantação de um programa específico para câncer colorretal (VALADÃO *et al.*, 2010).

A recomendação mais atual do Ministério da Saúde refere-se ao ano de 2014 considerando como conduta mais assertiva a ampla divulgação dos sinais de alerta para a população, acesso aos procedimentos de diagnósticos dos casos suspeitos, com oportuno e adequado tratamento e abordagem individualizada em casos de alto risco (BRASIL, 2014).

O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso do tratamento e aumento das chances de cura, sobrevida e qualidade de vida. Inúmeros testes como colonoscopia, retossigmoidoscopia, pesquisa de sangue oculto nas fezes estão disponíveis para o uso na prática clínica (CARVALHO, 2014).

Já o tratamento tem como possibilidades terapêuticas a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia, sendo que a escolha do tipo de tratamento irá depender principalmente do tamanho, localização e extensão do tumor (EISENHARDT, 2013; LOPES, 2016).

Diante desse cenário torna-se imprescindível o desempenho do profissional de enfermagem no que tange a orientação da população quanto aos fatores de risco e detecção precoce de lesões colorretais, contribuindo para um diagnóstico e tratamento em estágio iniciais da doença, além da recuperação e manutenção da saúde, planejamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos utentes e famílias (ALMEIDA, 2018; SALTORI, 2016).

O interesse pela temática surgiu durante a participação no grupo de pesquisa “Núcleo de Estudo, Pesquisa, Educação e Cuidado em Enfermagem (NUPECE): Um Enfoque Sobre a Saúde do Idoso”, que tem como um dos seus trabalhos a pesquisa “Homens e mulheres com câncer: significados, percepções e implicações”, na qual passei a participar a fim de estudar sobre os impactos e consequências que o câncer traz a vida das pessoas acometidas pela doença.

Ademais, a temática possui alta relevância, uma vez que trará para o Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB) os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes com câncer colorretal atendidos pela instituição, contribuindo dessa maneira para a adoção de estratégias, controle e prevenção no âmbito do estado do Maranhão, bem como auxiliar nas ações de políticas públicas e estruturação dos serviços de oncologia, visando um atendimento eficiente e de qualidade.

2 OBJETIVO

Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes com câncer colorretal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O câncer colorretal

O intestino grosso estende-se da parte distal do íleo até o ânus sendo composto pelo ceco, apêndice vermiforme, colo, reto e canal anal (GRAY'S, 2010).

O colo é dividido em quatro partes: ascendente, transversa, descendente e sigmoide, sendo que seus segmentos ascendentes e descendentes são retroperitoneais e seus segmentos transversa e sigmoide são intraperitoneais (GRAY'S, 2010).

O revestimento interno do colo consiste em epitélio cilíndrico simples que forma muitas glândulas tubulares retas, as criptas. Estas por sua vez são constituídas por células de absorção, caliciformes e granulares. As células de absorção apresentam microvilosidades que aumentam a superfície de contato durante a absorção de água e de sais inorgânicos para formação do bolo fecal. Enquanto, as células caliciformes produzem o muco responsável por facilitar a passagem das fezes e proteger as paredes do intestino grosso da irritação por ácidos e gases liberados pelas bactérias da flora intestinal (CORMAN *et al.*, 2017; GRAY'S, 2010; TORQUATO *et al.*, 2016).

O reto inicia-se no fim do colo sigmoide e termina no canal anal. O seu revestimento interno consiste em epitélio cilíndrico simples e muscular. Localiza-se na concavidade sacral e termina a 2 a 3 cm anteroinferior na ponta do cóccix. Nas mulheres, o reto relaciona-se anatomicamente com a cérvix uterina e a parede vaginal posterior e nos homens, encontra-se atrás da bexiga, vasos deferentes, vesículas seminais e próstata (CORMAN *et al.*, 2017).

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia maligna que acomete a parede intestinal, especificamente cólon e reto, podendo disseminar-se através das vias linfáticas ou hematogênicas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Segundo as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer Colorretal, as condições clínicas compreendidas nessas diretrizes são codificadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), correspondendo aos CID's C18 (cólon), C19 (junção retossigmóide) e C20 (reto). Esta classificação por sua vez é utilizada como forma de tipificar e localizar os tumores dentro do segmento digestivo (BRASIL, 2014).

Sabe-se que grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer no revestimento interno do cólon e reto. Porém, vale considerar que nem todo pólipo é um câncer, visto que existem características que precisam ser consideradas quanto seu potencial cancerígeno, como: os tipos de pólipo se são pólipos adenomatosos (adenomas) ou pólipos hiperplásicos e inflamatórios (ausência de potencial de malignidade), o tamanho, quantidade e grau de displasia epitelial (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; COTTI *et al.*, 2000).

Dentro da seara dos tipos de pólipos de importância epidemiológica temos os pólipos adenomatosos, os quais, cerca de 70 a 80% dos CCR têm em sua origem (GAGO *et al.*, 2017).

Estes apresentam um potencial de malignidade para displasia grave e, posteriormente, para adenocarcinoma invasivo nas estruturas intraepiteliais, perpassando por uma lesão pré-maligna denominada adenoma, até uma lesão maligna dita carcinoma (HUSSEIN *et al.*, 2018).

O adenocarcinoma clássico possui uma prevalência de 80-90% nos pacientes com CCR, sendo cerca de 10-20% os subtipos histológicos menos frequentes como: adenocarcinomas mucinosos (MUC) e adenocarcinomas de células em anel de sinete (SC) que estão associados a distintas características clínico patológicas e prognósticos (BAGANTE *et al.*, 2018).

De forma clínica-patológica, o CCR pode ser dividido em cinco fases. A fase 0, inicia-se por um tumor na região da mucosa ou revestimento interno do cólon. Na fase I, as células cancerígenas crescem em toda a mucosa e submucosa, mas sua capacidade invasiva é restrita à região muscular e não está presente nos tecidos vizinhos do cólon. Na fase II, pode ser subcategorizado em três tipos baseados no crescimento invasivo: nas paredes do cólon, na camada muscular do revestimento do abdômen e nos tecidos vizinhos. A fase III, o câncer cresce no revestimento interno da camada muscular do cólon e forma nódulos linfáticos nos tecidos circundantes. Durante a fase IV, há formação de um nódulo tumoral ao redor do tecido do cólon, as células cancerígenas aparecem dentro dos gânglios linfáticos e o câncer começa a metastatizar (PANDURANGAN *et al.*, 2018).

A gravidade da doença e as opções terapêuticas correspondentes dependem da fase em que o CCR é encontrado, sendo que, na fase inicial a taxa de sobrevivência relativa em 5 anos é de cerca de 90%. Considerando-se a sequência adeno-carcinoma, a remoção dos pólipos como medida preventiva, configura-se

uma ação em curso razoável (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; HUSSEIN *et al.*, 2018; PANDURANGAN *et al.*, 2018).

3.2 Epidemiologia

O câncer colorretal (CCR) é a segunda causa mundial de morte por câncer. A incidência de CCR na América do Norte foi estimada em 30,1 e 22,7 casos por 100.000 pessoas todos os anos para homens e mulheres, respectivamente, constituindo 9,2-10% de todos os novos diagnósticos de câncer em todo o mundo (GAITANIDIS *et al.*, 2019).

De 1994 a 2014 houve um aumento mundial de 51% na incidência de CCR em adultos com menos de 55 anos e um aumento de 11% na mortalidade de 2005 a 2015 (ACS, 2018; INCA, 2017).

Estudos tem demonstrado que na faixa de 20 a 34 anos a incidência de CCR tem aumentado, corroborando a dados da SEER (Surveillance Epidemiology and End Result) que indicou um aumento de 10% de CCR em pessoas abaixo de 50 anos, em contramão de uma queda de 20% naqueles com mais de 50 anos (CAMPOS *et al.*, 2017).

No Brasil, ocorreram em 2015, 16.696 óbitos por esse tipo de câncer estimando-se 36.360 novos casos para cada ano do biênio 2018-2019, um aumento de 6% em relação ao ano de 2017, sendo o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres. De 1990 a 2015 as taxas de mortalidade aumentaram no público masculino, sendo dos estados das regiões Sul e Sudeste os maiores valores. Observa-se uma correlação entre indicadores socioeconômicos e a mortalidade por CCR, explicando de maneira parcial as maiores taxas de mortalidade verificadas nessas regiões (INCA, 2017; GUERRA *et al.*, 2017).

No Maranhão, estimaram-se para o ano de 2018, 5,72 novos casos por 100 mil habitantes para homens e 5,81 novos casos para mulheres, sendo o terceiro mais incidente em ambos os sexos (INCA, 2017).

3.3 Fatores de Risco

O CCR é de caráter multifatorial, influenciado por fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. Acredita-se que as populações de países mais desenvolvidos, estejam sujeitas a maiores riscos de desenvolver o CCR, visto o estilo de vida mais ocidental. No entanto, existe uma série de fatores modificáveis e

não modificáveis que podem mudar o risco de se desenvolver e morrer da CCR, com alguns afetando adversamente o risco e alguns reduzindo esse risco (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; CARETHERS, 2018; INCA, 2017).

Os riscos modificáveis são capazes de influenciar a incidência de CCR tanto em níveis epidemiológicos e individuais, visto a pluralidade de populações. Tais riscos incluem: composição dietética, como o consumo de carne vermelha e processados, associado a uma baixa ingestão de fibras e vegetais, o microbioma intestinal, fatores socioeconômicos, o acesso à saúde e as possibilidades de rastreamento em tempo oportuno, nível de educação, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo entre outros (CARETHERS, 2018).

Os riscos não modificáveis incluem: idade, história familiar e pessoal e antecedentes raciais. Estudos mostram que o risco de desenvolver CCR aumenta com idade, principalmente após os 50 anos. Nos EUA, cerca de 94,5% de todas os diagnósticos de CCR, ocorre após essa idade. Os antecedentes mórbidos familiares e pessoais como histórico de síndromes de polipose adenomatosa germinativa hereditária, síndrome de Lynch e câncer colorretal familiar parecem existir em múltiplas populações raciais e étnicas. Condições médicas pessoais como doença intestinal inflamatória crônica e diabetes tipo 2, implica em um aumento do risco para o CCR (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; CARETHERS, 2018; SAMARAKOON, 2018)

3.4 Rastreamento

O rastreio para o câncer colorretal é eficaz na redução da morbimortalidade associada ao câncer (JACOBS *et al.*, 2018).

Em países da Europa e Austrália há programas nacionais de rastreamento utilizando testes de sangue oculto nas fezes associado a colonoscopia que é um exame considerado “padrão-ouro” para essa finalidade. Nos EUA, os grandes planos de saúde oferecem exames programáticos que através da abordagem oportunista conseguiram reduzir em 60% a incidência e mortalidade causada por esse tipo de câncer (RAY, 2017).

Em 2018, a ACS publicou novas diretrizes para a abordagem do CCR. De acordo com o documento, a triagem deve iniciar aos 45 anos, quando houver risco médio estimado, com base nos fatores de riscos existentes. Outro ponto a ser considerado, são os testes baseados em fezes de alta sensibilidade ou em exame

estrutural (visual), sendo que nos casos positivos, deve-se realizar triagem com a colonoscopia em tempo oportuno (MOONS *et al.*, 2019; REX, 2017).

A recomendação aos indivíduos com mais de 50 anos permanece, visto que, adultos em estado de saúde bom e expectativa de vida superior a 10 anos, o rastreamento deve ser realizado até aos 75 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018). No momento o Brasil, não conta com programas populacionais de rastreamento para câncer colorretal, visto que o considera inviável e de custo-efetivo alto, embora possua grande porcentagem de diagnósticos tardios. Até então, este tipo de política pública se restringe ao câncer de mama e ao de colo do útero (BRASIL, 2010).

Segundo boletim publicado pela Prefeitura de São Paulo (2012) existe o consenso de que o CCR se enquadra nos requisitos para um rastreamento populacional, por caracteriza-se como problema de saúde pública, em que há preponderação dos benefícios da triagem em relação a danos, principalmente no emprego de métodos de baixo custo e aceitáveis para aplicação em nível populacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2017).

No estudo de Perez (2008) constatou que no grupo do programa de rastreamento a incidência de CCR foi 16% menor no período de 5-7 anos após o término do programa, o que reforça já nesse tempo a importância do rastreamento populacional.

As Diretrizes Brasileiras (2014) recomenda a ampla divulgação para a população dos sinais de alerta, acesso aos procedimentos de diagnósticos dos casos suspeitos, com oportuno e adequado tratamento.

3.5 Diagnóstico

O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso do tratamento e aumento das chances de cura, sobrevida e qualidade de vida. Não há uma sequência prática para o uso de exames no diagnóstico do câncer colorretal, no entanto, inúmeros testes estão disponíveis para o uso na prática clínica. (CARVALHO, 2014; SANTA, 2017).

Na literatura há um consenso de que a colonoscopia é o exame “padrão-ouro” no diagnóstico de CCR. O seu uso é indicado na investigação de sinais e sintomas de alterações intestinais permitindo a visualização da mucosa do íleo

terminal, cólon e reto, além de uma análise macroscópica das lesões aparentes (ACS, 2018).

A sua preferência se dá também pela possibilidade de realizar procedimentos como biopsias e polipectomias, o que permite reduzir a incidência do CCR. Em indivíduos com um ou dois testes negativos, pode sinalizar a possibilidade de intervalo de 10 anos entre os exames, além de uma proteção vitalícia contra o CCR (GUINHAZI *et al.*, 2019; REX, 2017).

Entre as desvantagens da colonoscopia podemos elencar a necessidade do preparo do intestino que pode causar dores abdominais, tonturas e vômitos. Somado a isso, o risco de perfuração cólica está associado a taxas de mortalidade, morbidade e internações em conjunto com o alto risco de sangramento intestinal após ressecção de grandes lesões. Vale ressaltar que a colonoscopia exige do operador habilidade e experiência para detectar seguramente adenomas e lesões serrilhadas, além da ressecção efetiva de pólipos colorretais (GUINHAZI *et al.*, 2019; REX, 2017).

Existem outros métodos menos invasivos de que a colonoscopia para detecção precoce de tumores no cólon e reto. Dentre eles, podemos citar o exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) que possui uma sensibilidade de aproximadamente 30% para adenomas avançados, além de ser acessível e de baixo custo (MEDEIROS *et al.*, 2018; REX, 2017).

O PSOF quando positivo deve ser acompanhado da colonoscopia, visto que a pesquisa de sangue oculto não é determinante. Vale ressaltar que ao atribuir sangramento retal a hemorroidas ou outra causa anal, sem uma investigação clínica mais específica, sobretudo em pessoas jovens, é uma causa comum de erro, já que estudos recentes apontam uma incidência de 0,8% a 15% de CCR antes dos 40 anos de idade (CAMPOS, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2018).

As combinações dos métodos existentes para o diagnóstico precoce funcionam efetivamente para a redução da incidência do CCR. No entanto, é necessário trabalhar a educação populacional acerca dos sinais e sintomas de alerta, além de um sistema de saúde com profissionais preparados para atender a essa demanda.

3.6 Estadiamento do Câncer Colorretal

É constatado que as taxas de sobrevida são maiores nos casos em que o câncer é loco-regional em comparação àqueles que apresentam extensão além dos limites dos órgãos (INCA, 2010).

A taxa de sobrevida é de 92% e 87% para o câncer de colón e reto em estágio I, porém, no Brasil cerca de 55% a 70% dos pacientes são diagnosticados com a doença em estágio clínico avançado (estágio III e IV), o que contribui para um pior prognóstico (SOUZA *et al.*, 2016; ACS, 2018).

Conhecer a dimensão da doença é importante para o planejamento e acompanhamento da terapêutica, permitindo avaliar os resultados obtidos durante o tratamento, além de obter um prognóstico de evolução e cura da doença (INCA, 2010). Na prática clínica, os casos de câncer são divididos em grupos, de acordo com os estádios. De forma geral, o estadiamento reflete a taxa de crescimento e extensão do câncer, como também o comportamento biológico do tumor e a relação tumor-hospedeiro (INCA, 2010).

Na literatura, existem várias classificações que podem ser utilizadas para o estadiamento de câncer, mas, no Brasil, preconiza-se a Classificação de Tumores Malignos, mais conhecida pela sigla TNM, da União Internacional Contra o Câncer UICC (6ª edição), que é compatível com a CID-O/3 da Organização Mundial da Saúde, traduzida e editada pelo INCA desde 2005 (INCA, 2010).

Para o estadiamento do CCR é necessário segmentar os tempos de avaliação em: pré, intra e pós-operatório (SOUZA *et al.*, 2018).

No estadiamento pré-operatório o objetivo é identificar a extensão local e regional do tumor primário e a sua disseminação à distância. Inicialmente, tem-se realizado o estadiamento do CCR a partir da clínica e da realização de exames de imagem: Tomografia Computadorizada (TC), Raio-X, Ressonância Magnética (RNM) e Ultrassom transretal. Laboratorialmente, usa-se a dosagem do antígeno carcinoembriônico (CEA) como um indicador prognóstico (MEGIBOW, 2018;).

A TC abdominal/pélvica possui uma precisão em torno de 50% a 70%, variando diretamente com o estágio da lesão, além de uma especificidade na detecção de metástases no fígado. Nas radiografias de tórax é possível investigar metástases pulmonares. A ressonância magnética possui melhor resolução espacial ao nível do órgão, sendo capaz de determinar o grau de envolvimento dos órgãos adjacentes (SOUZA *et al.*, 2018). O ultrassom transretal é considerado “padrão

ouro” para estadiamento pré-operatório do CCR, visto que pode detectar o nível de penetração do tumor e a distinção entre as camadas da parede intestinal (SOUZA *et al.*, 2018; MEGIBOW, 2018).

Segundo a Classificação de Tumores Malignos - TNM (6ª edição - 2014), o CCR é agrupado nos tumores do aparelho digestivo. Para expressar o seu estadiamento o sistema TNM emprega a avaliação de três parâmetros para descrever a extensão anatômica da doença. Em que o T – representa o tamanho do tumor primário; N - presença ou a ausência de metástase em linfonodos regionais; e M - presença ou ausência de metástase à distância.

Dessa forma, a classificação de tumores malignos do cólon e reto, resume-se (INCA, 2010):

TUMORES DO CÓLON E RETO - CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	
TX	O tumor não pode ser avaliado
T0	Não há evidência do tumor primário
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor que invade a submucosa
T2	Tumor que invade a musculatura própria
T3	Tumor que invade além da musculatura própria, alcança a subserosa ou os tecidos pericólicos ou perirretais, não peritonizados.
T4	Invade diretamente outros órgãos ou estruturas e/ou que perfura o peritônio visceral.
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodos regionais
N1	Metástase em 1 a 3 linfonodos regionais.
N2	Metástase em 4 ou mais linfonodos regionais
MX	A presença de metástase a distância não pode ser avaliada.
M0	Ausência de metástase a distância
M1	Metástase à distância.

Quadro-resumo do Sistema TNM dos tumores do cólon e reto (Adaptado). Fonte: INCA, 2010

A partir das informações obtidas pela classificação do tumor nas categorias T, N e M, é possível agrupar os tumores segundo os estádios descritos a seguir:

ESTADIAMENTO CÓLON E RETO – C18, C19 E C20.	
0	Tis N0 M0
I	T1 N0 M0 T2 N0 M0
IIA	T3 N0 M0
IIB	T4 N0 M0
IIIA	T1 N1 M0 T2 N1 M0
IIIA	T3 N1 M0 T4 N1 M0
IIIC	Qualquer T N2 M0
IV	Qualquer T Qualquer N M1

Quadro-resumo do Sistema TNM dos tumores do cólon e reto (Adaptado). Fonte: INCA, 2010

Atribuído o TNM após avaliação clínica e histopatológica, se faz necessário estabelecer o estadiamento do tumor e anotá-lo no prontuário do paciente. Uma vez estabelecido o estadiamento, o mesmo deve permanecer inalterado, visto que ele é usado como referência no momento de avaliar a progressão ou estabilização da doença (INCA, 2010).

Em casos de dúvidas no que concerne à correta categoria T, N ou M e no agrupamento por estádios, deve-se escolher a categoria menos avançada. Vale ressaltar, que os estadiamentos são grupamentos de tumores homogêneos, não podendo determinar a classificação TNM do tumor a partir do seu estadiamento (INCA, 2010).

O estágio clínico do tumor é fundamental para acompanhar e avaliar os resultados obtidos durante o tratamento no início, meio e fim, sendo possível mensurar o prognóstico da doença e cura (INCA, 2010; SOUZA, 2018).

3.7 Tratamento

O câncer colorretal é frequentemente curável quando diagnosticado e tratado precocemente. Há várias opções de tratamento como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia (MOREIRA, 2015).

A cirurgia é o tratamento inicial na maioria das vezes, retirando a parte do intestino afetado e os gânglios linfáticos adjacentes. Muitas das vezes, é necessário a realização de uma colostomia temporária ou permanente. A cirurgia pode-se considerar curativa quando é possível a ressecção completa do tumor primário e das áreas adjacentes comprometidas com metástase identificadas (MOREIRA, 2015). Em alguns casos de CCR localmente avançado emprega-se a terapia neoadjuvante que consiste em radioterapia pré-operatória (PRT) ou quimiorradioterapia (pCRT) seguido da cirurgia. As vantagens da terapia neoadjuvante incluem o controle local do tumor e a redução do seu tamanho, além do aumento da sobrevida (MOREIRA, 2015; SILVA, 2017).

Outras etapas do tratamento após a cirurgia incluem a terapia adjuvante com o uso da quimioterapia durante seis meses com ciclos de 21 dias de medicação, podendo estar associada ou não a radioterapia. Os principais fármacos utilizados no tratamento do câncer colorretal são: 5-fluorouracil (5FU) associada a leucovorina (ácido folínico), Capecitabina, Irinotecano, Oxaliplatina, Trifluridina e Tipiracil. O objetivo do tratamento é a possibilidade de reduzir as chances de recidiva do tumor (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; SILVA, 2017).

A radioterapia utiliza radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células anormais que formam um tumor. O seu uso tem como objetivo prevenir a recidiva da doença, destruir as células cancerígenas remanescentes, controlar a doença em pessoas que não tenham condições clínicas para a cirurgia, aliviar sintomas em pacientes com doença avançada, principalmente àquelas com dor e tratar a disseminação da doença para outros órgãos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; MOREIRA, 2015).

A escolha do tratamento irá depender principalmente do tamanho, localização e extensão do tumor. Quando há metástases para o fígado, pulmão ou outros órgãos, as chances de cura ficam reduzidas. É importante o acompanhamento médico após o tratamento, visto que existem as chances de recidivas ou de novos tumores, devendo o paciente sempre estar em monitoramento (INCA, 2018).

3.8 Política Nacional para Prevenção e Controle de Câncer

Instituída inicialmente em 2005 através da Portaria nº 2.439, a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, adotava parâmetros para a sua

implementação em todas as unidades federativas, de acordo com as competências das três esferas de gestão. A nova política instituía ações na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (MENDES, VASCONCELLOS, 2015).

Concomitante, a Portaria de nº 741/2005 estabelecia novas classificações e requisitos para os Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, além de propor parâmetros para o planejamento e a avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia (MENDES, VASCONCELLOS, 2015).

Em 2013, a Portaria nº 2.439/2005 foi revogada, dando lugar a Portaria nº 874, de 16/05/2013, a qual instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013). Definindo como objetivo:

[...] a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (BRASIL, 2013, p. 1).

Dentro das ações e programas implementados em âmbito nacional ao longo dos anos, desde a criação da Política Nacional de Câncer até os dias atuais pelo INCA (2019) temos: o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Programas de Qualidade em Mamografia; Programas de Qualidade em Radioterapia; Expansão da Assistência Oncológica (Projeto EXPANDE); Controle do Câncer do Colo do Útero; Controle do Câncer de Mama; Banco Nacional de Tumores e DNA; Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco e Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome).

No entanto, apesar de grandes avanços na área, ainda enfrentam-se problemas na gestão e gerenciamento da política de prevenção e controle do câncer. Segundo avaliação realizada pela Controladoria Geral da União (CGU) em 2017, há problemas na forma como os recursos federais são destinados havendo concentração de recursos em estabelecimentos de saúde privados que atendem pelo SUS e ausência de auxílio nas regiões com maior carência. Além disso, existem falhas na ordenação do fluxo dos pacientes na rede, capacidade de atendimento inferior a demanda, variações de preços nas aquisições de medicamentos e a existência de dados incompletos e/ou não fidedignos nos sistemas de informação.

Com base nisso, a CGU (2017) emitiu recomendações ao Ministério da Saúde para que adote providências a fim de sanar as falhas encontradas e aprimorar a execução da política.

É importante que a rede de assistência oncológica esteja adequadamente estruturada e que seja capaz de possibilitar a ampliação da cobertura do atendimento, de forma a assegurar a universalidade, equidade e integralidade da atenção oncológica aos pacientes de que dela necessitam (MIGOWSKI et al., 2018).

Em coerência com a relevância do assunto, na perspectiva de alcançar a atenção integral foi instituída a Lei Presidencial nº 12.732/2012, que estabelece o prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico o início do primeiro tratamento no SUS (MENDES, VASCONCELLOS, 2015).

No Brasil em geral, 20,4% dos casos demoraram, em média, mais de 60 dias para iniciar o tratamento após o diagnóstico. Em relação aos estadiamentos, a porcentagem de casos que conseguiu iniciar o tratamento em até 60 dias foi de: 83% (estádio I), 72% (estádio II e III) e 79% (estádio IV) (BRASIL, 2017). Muitas razões podem levar a esse desfecho desfavorável, desde o comportamento do paciente ao não procurar o serviço de saúde por desconhecimento ou medo, ou pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2014).

A lei por si só não impacta de maneira consistente nessa realidade, já que o SUS funciona organizado por redes de saúde. A ação da lei incide quando o paciente encontra-se no hospital oncológico especializado, sem levar em conta o tempo decorrido entre o início dos sintomas até os encaminhamentos necessários para chegar à atenção especializada (CARVALHO, 2014).

Vale ressaltar que a Atenção Primária de Saúde (APS) constitui-se de uma importante estratégia com capacidade de resolução quando bem gerenciada. As suas ações de rastreamento e diagnóstico podem melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes valendo-se das condições de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas, produtos e informações (CARVALHO, 2014; SOUZA et al., 2016)).

É imprescindível dizer que o tempo é elemento chave para que o tratamento oncológico seja efetivo ou não. O diagnóstico precoce é a primeira etapa do processo para uma possível cura e para um bom prognóstico. Cabendo ao poder público articular-se de maneira mais eficiente, direcionado o paciente oncológico

dentro do fluxo da rede de atenção à saúde, de modo que inicie o quanto antes seu tratamento.

3.9 Registro Hospitalar de Câncer

No Brasil a partir da década de 30, deu-se início ao funcionamento de um centro especializado para o tratamento do câncer no Rio de Janeiro. Deste a sua instalação reconhecia-se a importância dos estudos epidemiológicos do câncer e a sua difusão para o conhecimento do perfil da doença e sua detecção precoce (INCA, 2012).

Em 1947 foi instituído pelo Decreto 15.971, o Serviço Nacional de Câncer com o objetivo de abranger de forma nacional o controle do câncer através do levantamento da morbimortalidade da doença (INCA, 2012; SÁ, 2016).

Em 1967 foi criada a Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC) na estrutura organizacional do Sistema Nacional de Câncer (SNC) culminando na implantação do primeiro registro hospitalar de câncer em Pernambuco e posteriormente em São Paulo (INCA, 2012).

A implantação definitiva do primeiro RHC ocorreu em 1983, no INCA com apoio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Ao decorrer dos anos o Ministério da Saúde realizou diversas formações de coordenadores e registradores, sendo possível em até 1999 a implantação de 25 registros em âmbito nacional (INCA,2012; KLIGERMAN, 2001).

Através da Portaria MS/SAS nº 714/2005, em seu artigo 5º, foi estabelecido a obrigatoriedade do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) nas Unidades e Centros de Assistência e Referência de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2005). Sendo que desde 2007 é obrigatório o envio dos registros eletrônicos ao INCA (SÁ, 2016).

Assim conceituou-se RHC como:

[...] fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições, sejam públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias (INCA, 2010, p. 18).

Essas informações são de cunho estatístico e analítico, identificando o perfil do paciente com câncer e o acompanhamento de sua evolução. Os dados

possibilitam avaliar a eficácia de diagnóstico e tratamento, além do aprimoramento do serviço prestado pela instituição (CARVALHO, 2014; INCA, 2012;).

É fundamental dispor do prontuário do paciente, de maneira única, evitando erros de duplicidade, sendo necessário o acesso e preenchimento da ficha que consta no anexo 01 com os dados de identificação, diagnóstico, caracterização do tumor, tratamento, evolução clínica do paciente e estado da doença ao final do primeiro tratamento (INCA, 2010).

Anualmente, os dados são validados e consolidados para serem divulgados a toda população e comunidade científica. Sendo que a cada cinco anos uma nova ficha é implantada com adequação ao avanço tecnológico e terapêutico após a revisão de todas as informações coletadas durante esse período (INCA, 2010; KLIGERMAN, 2001).

A ausência de informações é uma barreira para a qualidade dos dados digitados. Dessa maneira, o comprometimento da equipe nos Registros de Câncer, é fundamental para o fortalecimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e para a gestão e gerenciamento de recursos destinados a assistência desses pacientes, além de contribuir a fins epidemiológicos (CARVALHO, 2014; INCA, 2010; SÁ, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa.

4.2 Local e população de estudo

O Estado do Maranhão localiza-se no oeste da Região Nordeste, com extensão territorial de 331.935,507 km², divididos em 217 municípios, conforme dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), totalizando 6.574.789 habitantes.

A economia maranhense baseia-se no setor de serviços. Na indústria destacam-se a transformação de alumínio e alumina, a produção de alimentos e a indústria madeireira. No extrativismo, o babaçu é o principal produto. Na agricultura predomina a produção de arroz, mandioca, soja, milho, laranja, banana, algodão e cana-de-açúcar (IBGE, 2010).

Os últimos estudos a respeito do perfil populacional do Maranhão datam do ano de 2014 e demonstram uma taxa de urbanização de 63,08%, com uma população predominantemente feminina. A taxa de envelhecimento populacional é de 6,02%. O perfil educacional das pessoas com idade igual ou maior que 25 anos mostram que 27,15% da população são analfabetas, 38,53% possuem o ensino fundamental completo, 26,36% possuem o ensino médio completo e 5,43%, o superior completo (IPEA, 2014)

São Luís é referência importante no âmbito da assistência de saúde no estado do Maranhão. Na cidade concentram-se as melhores unidades de saúde com uma ampla oferta de serviços à população. No que tange a rede de atenção à pessoa com câncer, São Luís é a única cidade maranhense a possuir um Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON) através do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB) - Fundação Antônio Jorge Dino.

Atualmente, o Hospital do Câncer Aldenora Bello possui uma área de 8.145,19m². Conta com 175 leitos de internação, divididos em enfermaria clínica, cirúrgica, pediatria, UTI e apartamentos. Oferece os serviços de radioterapia e braquiterapia, além de um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) exclusivo para

pacientes oncológicos. A equipe médica do hospital atua em todas as áreas da oncologia em conjunto com a equipe multiprofissional para o atendimento integral ao paciente oncológico (IMOAB, 2018).

Anualmente são diagnosticados mais de 3500 casos novos de câncer, o que representa mais de 50% do número de casos esperados para o Estado. São realizadas mais de 56.756 consultas, 896 cirurgias, 30.141 quimioterapias e 6.025 radioterapias ao ano (IMOAB, 2018).

Devido a sua importância e representatividade dentro da Rede de Atenção Oncológica definiu-se como local de estudo o IMOAB em especial o setor de RHC que funciona em conjunto com o setor de arquivos.

A população da pesquisa foi definida através dos dados constantes no banco do RHC no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, que contava com um quantitativo de 536 pacientes cadastrados com diagnóstico de CCR.

Adotou-se como critérios de inclusão:

- Pacientes com CCR com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados e tratados no hospital.

Critérios de exclusão:

- Registros, os quais, as variáveis estudadas não houvesse informações.

Esses dados foram disponibilizados pelo hospital após digitação no sistema do RHC com base no preenchimento inicial das Fichas de Registro do Tumor. Essas informações foram agrupadas de acordo com as variáveis a serem estudadas, aplicando os critérios de exclusão. Dessa forma, obteve-se uma amostra de 455 prontuários a serem descritos individualmente e tabulados posteriormente no Programa Microsoft Office Excel 2010.

4.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no RHC do IMOAB. A fonte de dados foram as Fichas de Registro de Tumor que reúnem informações dos pacientes atendidos no hospital no qual realizou diagnóstico e/ou recebeu tratamento. Esse conjunto de dados possibilita descrever o perfil do paciente com câncer que procura a instituição, a sua condição de chegada e os recursos utilizados para diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Nesta pesquisa as variáveis sociodemográficas estudadas foram: sexo, faixa etária, grau de escolaridade e procedência. Quanto aos aspectos clínicos

foram consideradas as variáveis: topografia do tumor, estadiamento, tipo histopatológico, base para diagnóstico, tratamento, evolução da doença após primeiro tratamento, data do primeiro diagnóstico e data do primeiro tratamento recebido no hospital.

4.4 Análise de Dados

Os dados foram importados para o Programa Microsoft Office Excel 2010, apresentando por meio de tabelas, em números absolutos e percentuais, analisados através de uma estatística descritiva.

4.5 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi desenvolvida no âmbito do projeto “Homens e Mulheres com Câncer: Significados, Percepções e Implicações” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra-HUUPD com parecer nº 1.749.940, conforme exigido pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 - Distribuição dos aspectos sociodemográficos da população (n=455) com câncer colorretal atendidos no Hospital do Câncer Aldenora Bello no período de 2010-2014. São Luís - MA, Brasil, 2019.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	227	49,89
Feminino	228	50,11
Faixa Etária		
20-29	23	5,05
30-39	34	7,47
40-49	64	14,07
50-59	97	21,32
60-69	127	27,91
+70	110	24,18
Escolaridade		
Nenhuma	51	11,21
Fundamental Incompleto	180	39,56
Fundamental Completo	57	14,73
2º Grau	104	22,36
Superior	23	5,05
Sem informação	30	6,59

Fonte: RHC/IMOAB

Dos 455 registros analisados encontramos uma média de idade de 58,3 anos com um desvio padrão de +/- 14 anos. A distribuição por sexo foi semelhante entre homens e mulheres com um ligeiro predomínio do sexo feminino com 50,1% dos casos (Tabela 1).

A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos, com 27,9% do total de pacientes. Observou-se também que a partir dos 40 anos há um crescimento em média de trinta casos por década de vida havendo uma pequena redução no público com 70 anos ou mais.

Baseada nessa observação ao estratificarmos os casos de CCR na faixa etária de 40 a 69 anos, nota-se uma maior ocorrência nesse grupo com 63,3% dos casos registrados. De acordo com as Diretrizes da ACS (2018) a incidência de CCR há um declínio nos últimos 20 anos na população com 50 anos ou mais. Em contrapartida houve um aumento dos casos entre os pacientes com menos de 50 anos desde 1994.

Em relação ao nível de escolaridade 39% das pessoas possuíam o ensino fundamental incompleto que somado aos que não possuíam nenhuma escolaridade totalizavam 50,7% da amostra estudada. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), o Maranhão é o estado com a segunda

maior taxa de analfabetismo do país, sendo que os trabalhadores do campo representam a ocupação mais predominante nessa população (IBGE, 2017).

O estudo realizado por Feitosa (2016) acerca do conhecimento dos pacientes sobre o diagnóstico e prevenção de CCR, mostrou que comparado o nível mais elevado de instrução ao menor nível educacional a diferença entre os dois patamares contribui de forma significativa para o reconhecimento precoce dos sinais de alerta, identificação dos fatores de risco, adesão ao tratamento e taxa de sobrevivência global.

Tabela 2 - Distribuição dos casos de câncer colorretal (n=455) segundo as macrorregiões de saúde do Maranhão no período de 2010-2014. São Luís - MA, Brasil, 2019.

Macrorregiões de Saúde	n	%
São Luís	329	72,15
Imperatriz	13	2,85
Coroatá	38	8,33
Caxias	2	0,44
Presidente Dutra	13	2,85
Balsas	1	0,22
Pinheiro	24	5,26
Santa Inês	33	7,24
Pará	2	0,44
Sem informação	1	0,22

Fonte: RHC/IMOAB

A maioria dos pacientes com diagnóstico de CCR atendidos no IMOAB vem da macrorregião de saúde de São Luís com 72,1%, seguido de Coroatá (8,3%) e Santa Inês (7,2%) (Tabela 2).

O Maranhão em 2011 passou por um processo de regionalização para adequar-se a necessidade de ter um sistema de saúde com resolutividade. De acordo com a Comissão Intergestora Bipartite - CIB o estado passou a se organizar em 19 regiões de saúde e 08 macrorregiões, sendo São Luís a maior macrorregião, abrangendo 32 municípios maranhenses (CIB, 2011).

Observou-se também que as macrorregiões que menos procederam pacientes foi Caxias e Balsas, provavelmente pela questão geográfica, já que se situam em divisa com outros estados como o Piauí e Tocantins.

Segundo Oliveira et al. (2011) o planejamento adequado do processo de regionalização de saúde deve-se levar em conta a identificação dos pólos de atração, a organização do atendimento, as distâncias percorridas e os volumes envolvidos nesses deslocamentos pela população na busca pela assistência. O Maranhão por estar entre dez maiores estados em extensão territorial e o 4º do

Nordeste em quantidade de municípios, acaba por enfrentar problemas de cunho logísticos e operacionais quanto a organização da rede, como também em relação a condições econômicas e de desenvolvimento, visto que o estado por muitos anos ainda ocupa o penúltimo lugar no *ranking* de IDH. (IBGE, 2017)

Tabela 3 - Distribuição dos casos de câncer colorretal (n=455) segundo variáveis clínicas. São Luís - MA, Brasil, 2019.

Variáveis Clínicas	n	%
Topografia		
Colón (C18)	194	42,64
Junção Retossigmóide (C19)	26	5,71
Reto (C20)	235	51,65
Estadiamento clínico agrupado		
0	5	1,10
I	36	7,91
II	139	30,55
III	133	29,23
IV	142	31,21
Tipo Histopatológico		
Neoplasia Maligna SOE	7	1,51
Neoplasia Epitelial SOE	5	1,10
Neoplasia de células Escamosas	18	3,86
Adenocarcinomas	405	89,01
Neoplasias císticas, mucionosas e serosas.	18	3,96
Outros	2	0,44
Base do diagnóstico		
Pesquisa Clínica	1	0,22
Exame por Imagem	23	5,05
Marcadores Tumorais	1	0,22
Histologia das Metástases	1	0,22
Histologia do Tumor Primário	428	94,07
Sem informação	1	0,22
Tratamentos Realizados		
Cirurgia	75	16,48
Quimioterapia	76	16,70
Radioterapia	34	7,47
Quimioterapia e Radioterapia	80	17,58
Cirurgia e Quimioterapia	121	26,59
Cirurgia e Radioterapia	8	1,76
Cirurgia, quimioterapia e radioterapia.	61	13,41
Estado da doença ao final do 1º tratamento		
Sem evidência da doença	106	23,30
Remissão Parcial	17	3,74
Doença estável	116	25,49
Doença em progressão	80	17,58
Suporte terapêutico oncológico	31	6,81
Óbito	58	12,75
Sem informação	47	10,33

Fonte: RHC/IMOAB

Quanto aos aspectos clínicos as topografias mais incidentes foram o reto com 51,6% e o cólon com 42,6%, enquanto os estadiamentos II, III e IV

apresentaram taxas semelhantes de prevalência com 30,5%, 29,2% e 31,2% respectivamente. Somando-se os casos em estágio III e IV, observou-se que 60,4% dos pacientes encontrava-se em estágio avançado da doença (Tabela 3).

Estudos de Souza *et al.*(2016) e Valadão *et al.*(2010) mostraram percentuais parecidos, onde cerca de 55% a 70% dos pacientes são diagnosticados com a doença em estágio clínico avançado (estágio III e IV), evidenciando problemas como a falta de acesso da população a recursos médicos e tecnológicos que levem ao diagnóstico precoce da doença. Para Valadão *et al.*(2010) as lesões cancerígenas em estádios iniciais são em sua grande maioria assintomáticas, residindo nesse fato a importância do programa de rastreamento para CCR com objetivo de propiciar terapêuticas menos agressivas e maiores taxas de cura.

Considerando o tipo histopatológico o adenocarcinoma esteve presente em 89% dos casos estudados. Sabe-se que o CCR desenvolve-se a partir de lesões benignas, os adenomas, que possuem alto potencial de malignização, porém são de evolução lenta levando anos para tornarem-se adenocarcinomas. Na literatura vigente, encontramos percentuais semelhantes ao desse estudo, diferindo apenas nos graus de diferenciação desses tumores. (CARVALHO *et al.*, 2014; GIRARDON, 2016; INCA, 2012; VALADÃO *et al.*, 2010; ZANDONAB *et al.*, 2011).

A pesquisa histológica do tumor primário foi o exame base mais importante para o diagnóstico, totalizando 94% dos prontuários estudados (Tabela 3). A obtenção de material anatopatológico através de punção, biopsia ou peça cirúrgica é fundamental para definir as características histopatológicas da lesão como o grau de diferenciação ou conteúdo genético celular, viabilizando o estabelecimento da terapêutica mais eficaz ao paciente (INCA, 2010; SILVA, 2016).

Rotineiramente, a obtenção da amostra histológica é realizada junto a procedimentos endoscópicos, como a colonoscopia ou retossigmoidoscopia que possibilita a visualização, detecção e remoção de pólipos suspeitos.

Após a investigação e estabelecimento das características tumorais, inicia-se o planejamento da terapêutica a ser programada ao paciente. O tratamento compreende a cirurgia isolada ou a quimioterapia e a radioterapia de forma neoadjuvante ou adjuvante (MARTLING *et al.*, 2016; SILVA, 2016;).

Em 40% dos casos estudados o primeiro tratamento recebido no hospital se deu através do tratamento combinado (local + sistêmico), seguido da cirurgia isolada com cerca 16,4%. (Tabela 3)

As terapêuticas realizadas com maior frequência em estudos semelhantes apontam a mesma tendência, sendo a cirurgia o tratamento predominante, seguido da quimioterapia e da cirurgia associada à quimiorradioterapia (CONDE-FLORES *et al.*, 2019; MARCACINI, 2015; MARTELLETTI *et al.*, 2019;).

Até o momento o tratamento padrão é cirúrgico compreendendo a ressecção do tumor primário e dos linfonodos regionais. As intervenções cirúrgicas, assim como a quimioterapia e a radioterapia tem-se tornado promissoras ao combater o câncer com finalidade curativa ou paliativa (ROELANDS *et al.*, 2017).

O estado da doença ao final do primeiro tratamento envolve questões práticas. Avalia-se apenas a resposta do tumor sem levar em consideração o bem-estar ou qualidade de vida do paciente. Nesse estudo 25,4% dos pacientes apresentaram doença estável, ou seja, o câncer se mantém no mesmo estado sem sinais de progressão ou redução do tumor. E em 23,3% dos casos ao final do primeiro tratamento não havia evidência da doença no momento da avaliação, o que não significa que no futuro não venha apresentar complicações ou metástases.

No estudo de Souza *et al.* (2016), observou-se que as baixas taxas de diagnóstico precoce está associado também a resistência dos pacientes em procurar atendimento médico nos primeiros sinais de alerta. Em sua pesquisa cerca de 25% da população atribuiu a hemorroidas a origem do sangramento anal e 10% desconsideraram o início dos sintomas. Esse tipo de comportamento geralmente um diagnóstico tardio e aumento na espera para o início do tratamento.

Tabela 4 – Tempo decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento entre os casos registrados no RHC do HCAB no período de 2010-2014. São Luís - MA, Brasil, 2019.

Tempo (Dias)	n	%
0	146	32,16
1 – 30	48	10,57
31 até 60	89	19,38
61 ou +	172	37,89
Total	455	100,00

Fonte: RHC/IMOAB

Em relação ao tempo decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento, observou-se que 37,8% levou 61 dias ou mais para iniciar a terapêutica programada e que 32,1% dos pacientes receberam seu primeiro tratamento no momento do diagnóstico, provavelmente em decorrência da retirada do pólipó

durante o exame endoscópico ou da necessidade de cirurgia de urgência (RAMOS *et al.*, 2019) (Tabela 4).

É fato que o tempo pode ser determinante para o sucesso ou não do tratamento. Desde 2012 está em vigor a Lei nº 12.732 do Ministério da Saúde que estabelece no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor, o início do primeiro tratamento oncológico (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que esse prazo leva em consideração apenas o período transcorrido entre a admissão e tratamento do paciente na instituição especializada em oncologia, não avaliando o tempo de peregrinação dos encaminhamentos necessários até atendimento (VALLE *et al.*, 2017).

Segundo o Observatório de Oncologia (2017) no Brasil em geral, 20,4% dos casos demoram em média, mais de 60 dias para iniciar o tratamento após o diagnóstico e que quando analisado por região o Norte e Nordeste apresentam os maiores percentuais, 23,5% e 23,4% respectivamente.

O Maranhão por ser o segundo maior estado do nordeste e possuir 217 municípios em seu território, ainda encontra dificuldade ao que tange ao modo organizativo da rede de atenção oncológica, haja vista a forma como se concentra os hospitais de referência do Estado. Além disso, a falta de informação e a baixa escolaridade da população torna ainda mais difícil trabalhar os aspectos de prevenção e diagnóstico precoce.

Ainda segundo Dutra (2018) as taxas de mortalidade por CCR aumentaram em todas as regiões brasileiras para homens e mulheres ao longo do período de 10 anos. Porém, nas regiões Norte e Nordeste a variação percentual anual de mortalidade por CCR é maior que nas regiões Sul e Sudeste. Vale ressaltar, que estas são as duas regiões menos desenvolvidas do país, sendo necessário considerar as diferenças socioeconômicas e culturais desses lugares. Para Oliveira (2018) tais diferenças nas taxas de mortalidade e sua evolução temporal podem ser reflexos das desigualdades socioeconômicas, relacionadas aos fatores de risco para o CCR e ao acesso aos serviços de saúde.

Diante desse aspecto, é necessário se pensar no fortalecimento da atenção primária no Estado, enquanto porta de entrada e meio de promoção de saúde. O enfermeiro dentro desse contexto é o profissional capacitado para estar à frente dessa população, observando as queixas suspeitas e realizando os encaminhamentos em tempo oportunos (CARVALHO, 2014; FLAVIANE, 2018).

O enfermeiro por estar mais próximo da comunidade pode desenvolver atividades educacionais e elucidativas, atuando em estudos de avaliação em pacientes com CCR através de ações de suporte psicossocial ao indivíduo e família, incentivando a realização de atividade física e mudanças de hábito de vida, podendo levar ao bem estar físico, mental e social da população (FLAVIANE, 2018).

6 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal atendidos em uma Instituição de saúde do Estado do Maranhão.

Observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 60 – 69 anos, com aumento na média dos casos em pessoas com menos de 50 anos. O nível de escolaridade em sua maioria corresponde ao ensino fundamental/analfabetismo. O maior percentual de pacientes vem do interior do Estado, pertencentes a maior macrorregião de saúde que é São Luís.

A pesquisa histopatológica é o exame base mais importante para o diagnóstico e planejamento da terapêutica. Nos casos estudados o tratamento predominantemente estabelecido se deu através do tratamento combinado (local+sistêmico), seguido da cirurgia isolada. O tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer colorretal e o início da terapêutica levou cerca de 61 dias ou mais para iniciar a intervenção, o que acaba entrando em desacordo com o estabelecido em lei.

Adotar critérios epidemiológicos para implantação dos serviços de saúde configura estratégia para a melhora do acesso aos serviços oncológicos. A descentralização e a regionalização dos serviços é uma forma de proporcionar equidade de acesso a essa população

O câncer é uma doença crônica prevenível, a qual cabe a criação de planos e estratégias para sua prevenção e controle. E o enfermeiro como está à frente dos serviços de saúde tem como possibilidades trabalhar diretamente com a população, ações de promoção, proteção e recuperação, proporcionando mais qualidade de vida e sobrevida a esses pacientes.

Portanto, os estudos epidemiológicos são uma fonte valiosíssima de dados que podem ajudar a trazer melhorias aos serviços de saúde e reduzir danos causados pela doença. O enfermeiro como parte desse processo possui como diferencial o seu conhecimento técnico-científico atrelado a sua forte presença junto à população, possibilitando, assim dessa forma, o trabalho de prevenção e controle de câncer em conjunto com as equipes multidisciplinares e os estabelecimentos de saúde.

REFERÊNCIA

AMERICAN Cancer Society: **Fatos e Figuras sobre Câncer Colorretal 2017-2019**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html#references>>. Acesso em: 1 dez. 2018.

ALMEIDA, M. C. C. Adesão dos Utentes face ao rastreio do cancro colorretal. **Instituto Politécnico da Guarda**. Set. 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10314/4388>>. Acesso em mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 958, DE 26 DE SETEMBRO DE 2014. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2014. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/ddt_Colorretal__26092014.pdf>. Acesso em 26 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Registro Hospitalar de Câncer - Integrador RHC**. Disponível em: <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>>. Acesso em: jul 2017.

BAGANTE, F. et al. Impact of histological subtype on the prognosis of patients undergoing surgery for colon cancer. **Journal of Surgical Oncology**, USA, v. 117, n. 7, p. 1355-1363, 2018. Disponível: < doi:10.1002/jso.25044>. Acesso em: jun. 2018.

CARVALHO, R. A. O. Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010. [dissertação]. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**, Ribeirão Preto, 84 p. 2014. Disponível em: < <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19022015-162305/pt-br.php>>. Acesso em: Dez. 2018.

COTTI, G.C.C. et al. Genética do câncer colorretal. **Rev Med**, São Paulo, v. 79, n.2, p. 45-64, dez. 2000.

CORMAN, M. L. et al. **Cirurgia Colorretal**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017. cap. 1.

CERATO M.M. et al. Variabilidade Interobservador no Diagnóstico Histológico dos Pólipos Colorretais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 7-15, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802007000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Fev. 2019.

CARETHERS, J. M. Clinical and Genetic Factors to Report Reduction of Colorectal Cancer Disparities in African Americans. **Frontiers in oncology**, v. 8, n. 531. nov. 2018 Disponível: < doi: 10.3389 / fonc.2018.00531>. Acesso jan. 2019.

CAMPOS, F. G. Câncer colorretal em adultos jovens: um desafio difícil. **World journal of gastroenterology**, v. 23 n. 28, p. 5041-5044. 2017 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537173/>>. Acesso em: jan. 2018.

CONDE-FLORES, E. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com 65 anos ou mais de idade em um hospital privado universitário. **Relatos de casos em oncologia**, v. 12, n.1 p.113-118. Jan. 2019. Disponível em:< doi: 10.1159 / 000496812>. Acesso em: 5 de abr. 2019.

CAMPOS, F. G. et al. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 2, p. 208-215, 2017

DUTRA, V. G. P.; PARREIRA, V. A. G.; GUIMARAES, R. M. Evolution of mortality for colorectal cancer in Brazil and regions by sex 1996-2015. **Arquivo de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 61-65. Mar. 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032018000100061&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2019.

FLAVIANNE B. S.; ANDRÉA, C. S.; SUE C. S. Câncer colorretal: promoção, prevenção e rastreamento. **Revista Científica FacMais**, v. 13, n. 2. Jun. 2018.

GUERRA, M. R. et al . Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 102-115, Mai. 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050009>>. Acesso em 18 de set. 2019

GAGO, T. et al. Pólipos colo-rectais e sua importância clínica. **Revista Portuguesa de Coloproctologia**, Lisboa, v. 14, n. 2, p. 50-59. Disponível em:<http://www.spcoloprocto.org/uploads/05b_artigo_revisao_vol14_n2_2017.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

GAITANIDIS, A. et al. Risk factors for cardiovascular mortality in patients with colorectal cancer: a population based study. **Internacional Journal of Clinical Oncology**, v. 24, n. 5, p. 501-507, 2019. Disponível em:< doi:10.1007/s10147-018-01382-x >. Acesso em: Fev. 2019.

GUINHAZI, N. P. et al. Indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais: uma revisão de literatura. **Revista Artigos. Com**, v. 1, p. e158-e158, 2019.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Câncer Colorretal** (Cólon, Reto e Intestino Grosso). 2016. Disponível em:<<https://www.hcancerbarretos.com.br/cancer-colorretal>>. Acesso em: Abr. 2018

HUSSEIN, K. M. et al. Adenoma Detection before and after the age of 50: A retrospective analysis of Lebanese outpatients. **BMJ Open Gastroenterology**, v. 5, N. 1, Nov. 2018. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/329271662_Adenoma_Detection_before_and_after_the_age_of_50_A_retrospective_analysis_of_Lebanese_outpatients>. Acesso em: Fev. 2019

Instituto Nacional de Câncer. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 536 p. 2010.

Instituto Nacional de Câncer. **Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos.** Rio de Janeiro, 100 p. 2012.

Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível:< file:///C:/Users/miocn/Documents/Priscila/Estomativa%20INCA%202018.pdf>. Acesso em: Maio 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades.** Rio de Janeiro, 2017 Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>>. Acesso em: jan. 2018

INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELLO. **O hospital.** 2017. Disponível:< <http://fundacaoantoniokino.org.br/hospitalaldenorabello/>>. Acesso em: Maio 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. Fundação João Pinheiro (FJP). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** Brasília: 2014. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-luis_ma>._ Acesso em: 04 jul 2018.

JACOB, K. Registro Hospitalar de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, Out/Nov/Dez. 2001. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/editorial.html>. Acesso em: jan 2019.

JACOBS, D. et al. Defining Early-Onset Colon and Rectal Cancers. **Frontiers in oncology**, v. 8, n. 504. Nov. 2018Disponível em:< 10.3389/fonc.2018.00504>. Acesso em: dez. 2018.

JESUS. M. L. B. S. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer internados em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 13, p. e985-e985, 2019.

LARA, M. et al. Sociodemographic factors and strategies in colorectal cancer screening: a narrative review and practical recommendations. **Acta Clinica Belgica**, v. 4, p. 1-9. Jan. 2019. Disponível:< DOI: 10.1080/17843286.2018.1563736>. Acesso em: Fev. 2019.

MEDEIROS, M. M. et al. Rastreamento e diagnóstico precoce de câncer colorretal: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 5, n. 2, p.310-327, abr./jun. 2018, Disponível em: <http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_18/Trabalho_09.pdf>. Acesso jan. 2019

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F.. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 881-892, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf>>. Acesso em: jan. 2018.

MARCACINI, S. F. B.; BARICHELO, E.; BARBOSA, M. H. Perfil de los pacientes sometidos a colonoscopia en un hospital universitario. **Enfermería Global**, v. 14, n. 39, p. 52-61, 2015.

MIGOWSKI, A. et al. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. cancerol**, p. 247-250, 2018.

NUNES, F. C.; MESQUITA, A. A. Adenocarcinoma de cólon originado de pólipos adenomatosos tubulares: relato de um caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 49-50, Jan/Mar, 2006. Disponível em: <<http://rmmg.org/sumario/26>>. Acesso em jan. 2019.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100411&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jan. 2019

OLIVEIRA, E.X.G et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n. 2, p. 317-326, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/13.pdf>>. Acesso em Out. 2019.

PANDURANGAN, A. K. et al. Colorectal carcinogenesis: insights into cell death and signal transduction pathways: a review. **World Journal of Gastrointestinal oncology**, USA, v. 10, n. 9, p. 244-259. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147765/>>. Acesso em Out. 2018.

PEREZ, R. O. et al . Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 12-15, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01067202008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2019.

PRODANOV, C. C. ERMANI, C. F. **Metodologia do trabalho científico métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROBBINS, M. R. N et al. **Bases patológicas das doenças**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1591 p. 869-913 p.

REX, D. K. et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the US Multisectoral Task Force on Colorectal Cancer. **American Journal of Gastroenterology**, v.112, n. 7, p. 1016-1030, jul 2017. Disponível em: < DOI: 10.1038/ajg.2017.174 >. Acesso em: set. 2018.

RAMOS, R. F. et al . Cirurgia no câncer de cólon em pacientes operados de emergência. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 465-470, Out.

2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017005007>>. Acesso em 18 de set. 2019.

ROELANDS, J. K. P. et al. Immunogenomic Classification of Colorectal Cancer and Therapeutic Implications. **International journal of molecular sciences**, v. 18, n.10, 2017. Disponível em:< [doi:10.3390/ijms18102229](https://doi.org/10.3390/ijms18102229)>. Acesso em jan. 2018.

SAMARAKOON, Y.M.; GUNAWARDENA, N.S.; PATHIRANA, A. Behavioral, familial and comorbid illness risk factors of colorectal cancer: a case control study. **Ceylon Medical Journal**, v. 63, n.3, p.113–118. 2018 Disponível em:<[DOI:http://doi.org/10.4038/cmj.v63i3.8725](https://doi.org/10.4038/cmj.v63i3.8725)>. Acesso em: dez. 2018.

Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. **Rastreamento do câncer colorretal é negligenciado no Brasil**. Disponível em:< <https://sboc.org.br/noticias/item/815-rastreamento-do-cancer-colorretal-e-negligenciado-no-brasil>>. Acesso em: jan. 2018

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Coordenação de Epidemiologia e Informação**. CEInfo. Boletim CEInfo Análise. n. 06, 35 p. nov. 2012.

SOUZA, G.D. et al. Métodos de imagem no estadiamento pré e pós operatórios do câncer colorretal. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. e1371. 2018. Disponível em:< DOI: /10.1590/0102-672020180001e1371>. Acesso em: Jan. 2019

MEGIBOW, A. J. et al. Estadiamento pré-tratamento do câncer colorretal. **Colégio Brasileiro de Radiologia**. Disponível em:<https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/06/03_08.pdf>. Acesso em: out. 2018

SILVA, M. A.; ERRANTE, P. R. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 33, p. 133-140, 2017.

SÁ, M.M.S. Registro Hospitalares de Câncer de São Paulo: produção e utilização de informações [Dissertação]. São Paulo: **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**; 2016.

TORQUATTO, E.F.B.; LIMA, B.; BRANCALHÃO, R.M.C.; GUEDES, N.L.K.O. **Tecido epitelial**, 2016. Disponível em:< http://projetos.unioeste.br/projetos/microscopio/index.php?option=com_phocagallery&view=category&id=10&Itemid=77>. Acesso em: 16 de jul. 2018.

VALLE, T. D.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2879, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104. Acesso em: 18 Set. 2019.

VALADÃO M. et al. Perfil dos Pacientes Portadores de Câncer Colorretal Operados em um Hospital Geral: Necessitamos de um Programa de Rastreamento Acessível e Efetivo. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.30, n.2, p.160-166, 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802010000200006>>. Acesso em: Fev. 2019.

ZANDONÁ B, C. L. P. et al. Prevalência de adenomas colorretais em pacientes com história familiar para câncer colorretal. Revista Brasileira de Coloproctologia, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 147-154, 2019.

Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n2/a06v31n2>>. Acesso em: Fev. 2019.

ANEXO I – Ficha de Registro de Tumor



FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

03 - TIPO DE DOCUMENTO

- 1 - Cartão SUS
 2 - CPF
 3 - Identificação de (RG)
 4 - Título de eleitor
 5 - PIS /PASEP
 6 - Certidão de nascimento
 7 - Outro
 9 - Sem informação

04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE

05 - NOME COMPLETO DA MÃE

06 - SEXO

- 1 - Masculino 2 - Feminino

07 - DATA DO NASCIMENTO

08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

09 - LOCAL DE NASCIMENTO

10 - RAÇA/ COR DA PELE

- 1 - Branca
 2 - Preta
 3 - Amarela
 4 - Parda
 5 - Indígena
 9 - Sem informação

11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

- 1 - Nenhuma
 2 - Fundamental incompleto
 3 - Fundamental completo
 4 - Nível médio
 5 - Nível superior incompleto
 6 - Nível superior completo
 9 - Sem informação

12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL

13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE)

ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

14 - ENDEREÇO PERMANENTE

15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA

16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA

17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA

18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA

19 - CEP DA RESIDÊNCIA

20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL

22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS ANTERIORES

- 1 - Sem diag./ Sem trat.*
 2 - Com diag./ Sem trat.*
 3 - Com dia./ Com trat.*
 4 - Outros
 9 - Sem informações

24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR

- 1 - Clínica
 2 - Pesquisa clínica
 3 - Exame por imagem
 4 - Marcadores tumorais
 5 - Citologia
 6 - Histopatologia da metástase
 7 - Histologia do tumor primário
 9 - Sem informações

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

27 - TNM

28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM)

28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS)

29 - pTNM

30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

 1
 2

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

- 1 - Recusa do tratamento
 2 - Tratamento realizado fora
 3 - Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
 4 - Abandono do tratamento
 5 - Complicações de tratamento
 6 - Óbito
 7 - Outras razões
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1 - Nenhum
 2 - Cirurgia
 3 - Radioterapia
 4 - Quimioterapia
 5 - Hormonioterapia
 6 - Transplante de medula óssea
 7 - Imunoterapia
 8 - Outros
 9 - Sem informação

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1 - Sem evidência da doença (remissão completa)
 2 - Remissão parcial
 3 - Doença estável
 4 - Doença em progressão
 5 - Suporte terapêutico oncológico
 6 - Óbito
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

37 - ÓBITO POR CANCER

- 1 - Sim
 2 - Não
 3 - Ignorado

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO

- 1 - Sim
 2 - Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGMENTO

- 1 - Sim
 2 - Não

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

 1
 2

41 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

- 1 - Solteiro
 2 - Casado
 3 - Viúvo
 4 - Separado judicialmente
 5 - União consensual
 9 - Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1 - Sim
 2 - Não
 9 - Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCÓOLICA

- 1 - Nunca
 2 - Ex-consumidor
 3 - Sim
 4 - Não avaliado
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1 - Nunca
 2 - Ex-consumidor
 3 - Sim
 4 - Não avaliado
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1 - SUS
 2 - Não SUS
 3 - Veio por conta própria
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

 1
 2

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1 - Exame clínico e patologia clínica
 2 - Exames por imagem
 3 - Endoscopia e cirurgia exploradora
 4 - Anatomia patológica
 5 - Marcadores tumorais
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- 1 - Direita
 2 - Esquerda
 3 - Bilateral
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1 - Não
 2 - Sim
 3 - Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1 - Pública (SUS)
 2 - Plano de saúde
 3 - Particular
 4 - Outros
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1 - Pública (SUS)
 2 - Plano de saúde
 3 - Particular
 4 - Outros
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

COMPLEMENTAR 2

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

COMPLEMENTAR 3

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

COMPLEMENTAR 4

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

COMPLEMENTAR 5

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

COMPLEMENTAR 6

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

COMPLEMENTAR 7

- 1 -
 2 -
 3 -
 4 -
 5 -
 6 -
 7 -
 8 - Não se aplica
 9 - Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

DATA COMPLEMENTAR 2

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

DATA COMPLEMENTAR 3

 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9

ANEXO II – Parecer de Aprovação do Colegiado do Curso de Enfermagem/UFMA.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM**

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** Câncer colorretal: caracterização sociodemográfica e clínica
2. **ALUNO(A):** Priscila Praseres Nunes
3. **ORIENTADOR(A):** Profa. Dra. Ana Héia de Lima Sardinha
4. **INTRODUÇÃO:** adequada
5. **JUSTIFICATIVA:** adequada
6. **OBJETIVOS:** adequados
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** adequada, porém sugiro mudar o tipo de estudo de transversal para descritivo (transversal precisa ter hipótese e verificar associação para testar a hipótese).
8. **CRONOGRAMA:** adequado
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** não consta
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** adequada
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** aprovado

São Luís, 27 de 04 de 2018

Rosângela F. do Batista

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30 / 04 / 2018
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / /
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /

Lena Maria Barros Fonseca
Prof.ª Dr.ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Prof.ª Dr.ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem
114