

Caracterização dos casos de câncer colorretal no estado do Maranhão, Brasil

Characterization of colorrectal cancer cases in the state of Maranhão, Brazil

Joelson dos Santos Almeida, Ana H. de Lima Sardinha,
Eloisa da Graça do Rosario Gonçalves e Maria L. Holanda Lopes

Received 3th May 2022; Send for modification 17th October 2022; Approved 23th October 2022

RESUMEN

Objetivo Descrever os casos de câncer colorretal quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos no estado do Maranhão, Brasil.

Métodos Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram exportados do sistema de informação de registro hospitalar de câncer, com recorte temporal de 2013 a 2017, sendo analisados por estatística descritiva.

Resultados Foram analisados 421 casos de câncer colorretal, houve a predominância do sexo feminino com (55,3 %), idade estava entre 60 a 70 anos (29,5 %), a raça/cor das pacientes era parda (67,7 %), o estado civil era casado (46,8 %), escolaridade ensino fundamental incompleto (42,3 %) e ocupação agricultoras (22,1 %). As topografias tumorais mais ocorrentes foram do colón (36,1 %), tipo histológico foi adenocarcinoma (71,3 %), os tumores foram classificados em estágio IV (27,4%) e sem registro de metástase (74,3 %), não apresentavam histórico de alcoolismo e tabagismo, 28 % e 29,2 %, respectivamente. Foram tratados com cirurgia e quimioterapia (19 %), apresentaram remissão da doença/cura (26,8 %) dos casos, não tinham histórico familiar de câncer (23,8 %), associaram múltiplos exames para o diagnóstico (79,1 %) e o tempo entre diagnóstico e o tratamento foi acima de 60 dias (37,5 %).

Conclusão O câncer colorretal é um problema de saúde pública devido ao desenvolvimento silencioso da doença, os fatores de risco da população e desafio de mudança no estilo de vida na população. Dessa forma, é necessário implementar estratégias de rastreamento, prevenção e diagnóstico precoce com finalidade de reduzir os impactos da morbimortalidade da neoplasia na população de idosos.

Palavras-Chave: Neoplasias colorretais; vigilância em saúde pública; oncologia (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To describe cases of colorectal cancer regarding sociodemographic and clinical aspects in the state of Maranhão, Brazil.

Methods This is a cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach. Data were exported from the hospital cancer registry information system, with a time frame from 2013 to 2017, being analyzed using descriptive statistics.

Results 421 cases of colorectal cancer were analyzed, there was a predominance of females (55.3 %), age was between 60 and 70 years (29.5 %), the race/color of patients was brown (67.7 %), marital status was married (46.8 %), incomplete elementary school education (42.3 %) and agricultural occupation (22.1 %). The most frequent tumor topographies were colon (36.1 %), histological type was adenocarcinoma (71.3 %), tumors were classified as stage IV (27.4 %) and no metastasis record (74.3 %), had no history of alcoholism and smoking, 28% and 29.2%, respectively. They were treated with surgery and chemotherapy (19 %), had disease remission/cure (26.8 %) of the cases, had no family history of cancer (23.8 %), associated multiple tests for diagnosis (79.1 %) and the time between diagnosis and treatment was over 60 days (37.5 %).

JDS: Enf. M.Sc. Saúde e Ambiente. Esp. Saúde Pública. Docente Assistente Substituto, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí (UESPI). cjoelsonalmeida2011@gmail.com
ADL: Enf. Docente Titular. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Professora Permanente, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Campus Bacanga, São Luís-Maranhão. ana.helia@ufma.br
EDR: MD. Docente Permanente, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Departamento de Patologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Campus Bacanga, São Luís. Maranhão, Brasil. eloisagrconcalves@gmail.com
MH: Enf. Docente Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Campus Bacanga, São Luís. Maranhão, Brasil. hollopes@hotmail.com

Conclusion Colorectal cancer is a public health problem due to the silent development of the disease, population risk factors and the challenge of lifestyle changes in the population. Thus, it is necessary to implement screening, prevention, and early diagnosis strategies in order to reduce the morbidity and mortality impacts of the neoplasm in the elderly population.

Key Words: Colorectal neoplasms; public health surveillance; medical oncology (*source: MeSH, NLM*).

RESUMEN

Caracterización de casos de cáncer colorrectal en el estado de Maranhão, Brasil

Objetivo Describir casos de cáncer colorrectal en los aspectos sociodemográficos y clínicos en el estado de Maranhão, Brasil.

Métodos Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, con abordaje cuantitativo. Los datos fueron exportados del sistema de información del registro hospitalario de cáncer, con un marco temporal de 2013 a 2017, y se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados Se analizaron 421 casos de cáncer colorrectal: hubo predominio del sexo femenino (55,3 %); la edad osciló entre 60 y 70 años (29,5 %); la raza/color de los pacientes fue parda (67,7 %); el estado civil, casado (46,8 %), la enseñanza básica, incompleta (42,3 %) y la ocupación, agrícola (22,1 %). Las topografías tumorales más frecuentes fueron colon (36,1 %), el tipo histológico fue adenocarcinoma (71,3 %), los tumores se clasificaron como estadio IV (27,4 %) y sin registro de metástasis (74,3 %), el (28 %), y (29,2 %), no tenía antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, respectivamente. Fueron tratados con cirugía y quimioterapia (19 %), presentaron remisión/curación de la enfermedad (26,8 %) de los casos, no tenían antecedentes familiares de cáncer (23,8 %), múltiples pruebas asociadas para el diagnóstico (79,1 %) y el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento fue mayor de 60 días (37,5 %).

Conclusión El cáncer colorrectal es un problema de salud pública debido al desarrollo silencioso de la enfermedad, los factores de riesgo poblacionales y el desafío de los cambios de estilo de vida en la población. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias de tamizaje, prevención y diagnóstico precoz para reducir los impactos de morbilidad y mortalidad de la neoplasia en la población anciana.

Palabras Clave: Neoplasias colorrectales; vigilancia en salud pública; oncología (*fuentes: DeCS, BIREME*).

O câncer colorretal (CCR) envolve neoplasias que ocorre nos segmentos do intestino grosso (cólon ascendente, transversal e descendente), reto e ânus. Esse câncer é curável se diagnosticado e tratado precocemente, caso não tenha atingido outros órgãos. A formação das lesões tem início por pólipos classificados como tumores benignos tendo sua oncogênese na porção interna no intestino grosso podendo evoluir para formas malignas da doença (1).

O CCR apresenta diversos fatores de risco sendo eles: sedentarismo, etilismo, tabagismo, hábitos alimentares com pouca ingestão de vegetais e frutas, alimentos industrializados, obesidade, sobrepeso, idade > 50 anos, predisposição genética e histórico familiar. E ainda, a existência de alterações prévias no intestino como pólipos, doenças de Chron, colite ulcerativa e outras doenças inflamatórias do trajeto (2).

Estima-se que globalmente em 2018, 185 países tiveram 18,1 milhões de casos novos de câncer (17 milhões excluindo o câncer de pele não melanoma), 9,6 milhões de óbito por câncer geral e 9,5 milhões excluindo o câncer de pele não melanoma. Em relação ao câncer de colorretal, é o quarto mais incidente 6,1 % e o primeiro na mortalidade 9,2 %, quando analisados por sexos, é o terceiro mais incidente e para as mulheres é a segunda causa de incidência quanto para mortalidade (3).

No Brasil, as estimativas anuais para o triênio de 2020-2022 revelam que 20 520 casos câncer de cólon e reto para homens e 20.470 em mulheres que se refere ao risco pre-

visto entre 19,63 a 19,03 para cada 100 mil em homens e mulheres, respectivamente. E quando divididos por regiões geográficas, excetuando-se os cânceres de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto apresenta-se em homens como o terceiro incidente na região Nordeste com 10,79 casos por 100 mil habitantes. No estado do Maranhão, as estimativas para câncer colorretal estão em torno de 210 casos novos para homens e em mulheres 240 casos novos, com taxas ajustadas para homens 7,70 e nas mulheres 7,37. No tocante ao município de São Luís, presumem-se para 80 casos novos homens e 90 casos novos mulheres (4).

O diagnóstico do CCR se baseia nos aspectos preventivos com enfoque na melhoria do estilo de vida, na educação em saúde promovendo hábitos saudáveis e por fim, na detecção dos sinais e sintomas: hematoquesia, alterações do intestino como diarreia, constipação, perda ponderal de peso, cólicas abdominais, associando ao exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes, exames endoscópicos (sigmoidoscopia/colonoscopia) posteriormente a realização da biópsia (5).

No estadiamento, os tumores recebem a nomenclatura de estágio precoce a avançado. A exemplo dos cânceres colorretais, o estágio 0 é o início da lesão, que progressivamente tem variação do estágio I ao IV, na qual o estágio IV é mais agressivo e disseminado. E, além, disso cada variação apresenta uma subclassificação A, B e C, que os difere por meio das características histopatológicas, estruturais e de infiltração (6).

CCR possui diversos tipos de tratamentos recomendados tais como: o cirúrgico, a quimioterapia neoadjuvante, a radioterapia que interfere nas condições de saúde provocada

pelas reações da terapia antineoplásica. Dessa forma, essa terapêutica modifica as condições de vida e traz impactos na qualidade de vida, pois a taxa de sobrevivência do paciente está relacionada ao estágio da doença e sua morbimortalidade está ligada a fatores não modificáveis como a idade (7).

No estado do Maranhão, este câncer pode ser considerado um problema de saúde pública, o que reforça a necessidade de estudos epidemiológicos para conferir a magnitude do agravo através da vigilância em saúde. Diante disso, este estudo teve como objetivo descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes que tiveram câncer colorretal no estado do Maranhão, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa. Realizado no Estado do Maranhão localizando-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, totalizando 6.574.789 habitantes (8). E assim, a capital São Luís é referência no âmbito da assistência de saúde no estado do Maranhão, o Hospital do Câncer Aldenora Bello é um dos serviços da rede de atenção oncológica do estado que possui um Centro de Alta Complexidade em Oncologia.

A população da pesquisa foi constituída de 421 casos de câncer colorretal no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, registrados no Sistema de Informação de Registro Hospitalar do Câncer (SIS-RHC). A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2020, as informações analisadas foram as variáveis da Ficha de Registro do Tumor (FRT) sendo elas: sexo, faixa etária, etnia, escolaridade, ocupação e estado civil. E, quanto aos aspectos clínicos: topografia do tumor, estadiamento, tipo histopatológico, exames relevantes para o diagnóstico, tratamento, evolução da doença após o primeiro tratamento, tempo entre o primeiro diagnóstico e o primeiro tratamento recebido no hospital.

A Classificação Internacional de Doenças 10^a revisão (CID-10) (9), considera que os códigos C18.0 a C21.0 recebem as nomenclaturas: (C18.0) para à neoplasia maligna do cólon, [C19.0] para neoplasia maligna da junção retossigmóide, (C20.0) para neoplasia maligna do reto e [C21] para neoplasia de canal anal e ânus. E para classificação dos tumores, foi normatizado por meio do sistema de estadiamento preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Para análise dos dados, as informações foram exportadas do SIS-RHC para planilha do Microsoft Office Excel 2018, na qual se tratou os dados

através de estatística descritiva em números absolutos e percentuais, por meio do software SPSS Statistics 20.0.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob parecer de N° 1.749.940, conforme exigido pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos.

RESULTADOS

No período de 2013 a 2017 foram registrados 421 casos de câncer colorretal em um hospital oncológico no estado do Maranhão, Brasil (Tabela 1).

Com relação às variáveis sociodemográficas, o sexo feminino apresentou 55,3 % [233] dos casos de câncer colorretal (Tabela 1). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Francisco *et al.* (10) em que ocorreu a predominância do sexo feminino (56,4 %) dos casos. Os autores mencionam que embora as mulheres tenham maiores proporções, nesse estudo, o sexo masculino apresentou maior ocorrência de algum dos cânceres e outras doenças, inferindo-se historicamente, que as mulheres buscam recorrentemente os serviços de saúde facilitando o diagnóstico de doenças e tratamentos adequados. Esse tipo de câncer é o quarto mais incidente na população feminina no estado do Maranhão (4-11).

Na faixa etária de 60 a 70 anos houve maior ocorrência em 29,5 % [124] dos casos. No entanto, as faixas etárias de 50 a 70 representam as maiores frequências 52,5 % [221] dos casos de câncer colorretal (Tabela 1). Esses achados são compatíveis com Assis (12) e Scandiuzzi *et al.* (13), na qual apontam a faixa etária dos casos entre 50 a 75 anos com maiores riscos de desenvolvimento de CCR. O câncer tem se acentuado na população idosa devido a fatores de idade, o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida que estão associados a presença de doenças crônicas (14).

Com relação a variável raça/cor, 67,7 % [285] eram pardos os pacientes acometidos por câncer colorretal (Tabela 1). Dados superiores foram encontrados na pesquisa de Silva *et al.* (15) realizado no Pará, na qual 87,8 % dos casos ocorreram em pardos. Assis (12) pontua que a incidência de CCR na população afrodescendente nas quais negros e pardos apresentam maior probabilidade de riscos. Vale ressaltar, que o Maranhão e o Pará apresentam maior proporção de pardos com respectivamente 80,4 % e 73 % autodeclarados (16).

No que se refere ao estado conjugal, 46,8 % [197] das pacientes eram casadas (Tabela 1). O estudo de Pérez-Pacheco *et al.* (17) realizado no México, 62,5 % dos acometidos pelo CCR eram casados. Dessa forma, reitera-se que os laços conjugais são essenciais durante o processo de diag-

nóstico ao tratamento, uma vez que nessas fases o paciente necessita de suporte emocional e familiar.

Quanto à escolaridade dos pacientes, o Ensino Fundamental incompleto representou 42,3 % [178] dos casos (Tabela 1). Na pesquisa de Moura *et al.* (18) realizada em Juazeiro-BA, encontrou-se 43,4 % dos pacientes com Ensino Fundamental incompleto. Os autores apontam que a baixa escolaridade é um fator que influencia no autocuidado com relação a neoplasia, a falta de acesso as instituições de saúde, o acompanhamento da condição de saúde interferindo, assim, no reconhecimento dos riscos expostos nas atividades socioeconômicas e laborais. O estado do Maranhão entre 2001 a 2015 apresentou a segunda maior taxa de analfabetismo do país, destacando os trabalhadores do campo como predominantes na população do estado

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer colorretal no período de 2013 a 2017 (n=421) no Maranhão, Brasil, 2020

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	233	55,3
Masculino	188	44,7
Faixa Etária		
20 - 30 anos	10	2,4
30 - 40 anos	32	7,6
40 - 50 anos	60	14,3
50 - 60 anos	97	23
60 - 70 anos	124	29,5
70 - 80 anos	69	16,4
80 - 90 anos	25	5,9
Maior que 90 anos	4	1
Raça/cor		
Parda	285	67,7
Branca	60	14,3
Preta	43	10,2
Amarela	33	7,8
Estado conjugal		
Casado	197	46,8
Solteiro	155	36,8
Viúvo	45	10,7
Separado	17	4
Sem informação	5	1,2
União estável	2	0,5
Escolaridade		
Nenhum	42	10
Fundamental incompleto	178	42,3
Fundamental completo	74	17,6
Nível médio	107	25,4
Nível superior incompleto	1	0,2
Nível superior completo	19	4,5
Variável	n	%
Ocupação		
Diversas profissões	145	34,4
Trabalhadores lavradores	93	22,1
Não se aplica	77	18,3
Trabalhadores não classificados segundo a ocupação	65	15,4
Agentes de administração	8	1,9
Condutores de automóveis	7	1,7
Pescadores	6	1,4
Costureiros	5	1,2
Professores	5	1,2
Trabalhadores de serventia	5	1,2
Vendedores de comércio	5	1,2
Total	421	100

Fonte: SIS-RCH (2020).

segundo IBGE (2017) em Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD).

No que concerne à ocupação, a maior proporção dos casos de CCR foi de 34,4 % [145] nas diversas profissões, tendo os trabalhadores lavradores 22,1 % [93] dos casos (Tabela 1). Nos estudos de Moura *et al.* (18) encontraram os agricultores em maiores proporções 43,3 % dos casos. No entanto, este estudo apresentou esse grupo de trabalhadores lavradores

em menor proporção pelo fato dos demais participantes do estudo apresentarem maior diversificação de profissões. Assim, vale ressaltar que os autores alertam para o uso de agrotóxicos na lavoura, pois os mesmos potencializam a contaminação e o desenvolvimento de doenças como os cânceres.

Com relação à localização dos tumores, o câncer de colón foi predominante com 36,1 % [152] dos casos, seguido do câncer de reto 34,2 % [144] dos casos (Tabela 2). No estudo de Fonseca *et al.* (19) realizado em Minas Gerais, os cânceres de cólon 65,8 % e reto 22,6 %, tiveram proporções superiores ao nosso estudo. Segundo o INCA (2019) a região centro-oeste apresenta maior ocorrência de cânceres digestivos em relação a região nordeste. Fonseca *et al.* (19) destacam que a alta demanda dos atendimentos e tratamentos do CCR em casos tardios ocorrem devido a procura tardia dos pacientes ao serviço.

A histopatologia predominante foi o adenocarcinoma, que representou 71,3 % [300] dos casos (Tabela 2). Em um estudo realizado por Teixeira e Vasconcelos (20) em Pernambuco, foi encontrada a presença de adenocarcinoma em 47,2 % dos casos diagnosticados. Essa neoplasia ocupa a terceira posição em termos de incidência mundial de tumores malignos em homens e mulheres com mais de

Tabela 2. Perfil clínico de pacientes com câncer colorretal de um hospital oncológico no período de 2013 a 2017 (n=421) no Maranhão, 2020, São Luís-MA, Brasil

Variável	N	%
Localização Tumor Primário		
Cólon (C-18)	152	36,1
Reto (C-20)	144	34,2
Canal Anal e Ânus (C-21)	86	20,4
Junção Sigmóide (C-20)	39	9,3
Tipo Histológico		
Adenocarcinoma	300	71,3
Carcinoma escamocelular	75	17,8
Diversos Tumores	19	4,5
Carcinoma	8	1,9
Adenocarcinoma Tubular	8	1,9
Neoplasia Maligna	4	1
Adenocarcinoma Mucinoso	4	1
Carcinoma Neuroendócrino	3	0,7

Fonte: SIS-RCH (2020).

60 anos, devido à elevada mortalidade e incidência nesse grupo populacional (21).

O estadiamento III apresentou 30,9 % ([130]) e o IV 27,6 % [116] casos diagnosticados, respectivamente quando juntos representaram 58,6 % dos casos tardios (Tabela 3). Na

pesquisa de Alhilfi *et al.* (22) realizado no Iraque, dados superiores foram encontrados para o estágio III foi de 49,3 % e o IV foi de 15,5 % juntos representaram 64,8 % dos casos. Esses achados revelam que diagnóstico e rastreamento não precoces do câncer em estágio tardio implicam na redução da taxa de sobrevivência dos pacientes. Além disso, o estadiamento tardio torna-se incurável possivelmente por baixas condições sócio-econômicas nas quais se destaca a pobreza, baixa escolaridade e a dificuldade de acesso às instituições de saúde (23). No entanto, o Ministério da Saúde (24) recomenda a detecção oportuna, pois os tumores surgem de pólipos adenomatosos que evoluem para lesões malignas ocorrendo cerca de 10 a 15 anos, o que reforça a necessidade de rastreamento dos casos pelo período de estágio pré-clínico da doença.

No tocante a metástase à distância, 74,3 % [313] dos casos não apresentaram disseminação para outros órgãos (Tabela 3). Na pesquisa de Vieira *et al.* (25) ao comparar a presença da metástase em 3 grupos de pacientes, observaram a ocorrência de >50 % dos casos avaliados e corroborando Vieira *et al.* (26) mencionam que a maioria

uma relação de causa e efeito direto com o CCR, pois essas categorias apresentaram a ausência de registros no prontuário. No entanto, os percentuais do item “nunca” corresponderam a 28 % [118] e 29,2 % [123] dos casos respectivamente (Tabela 3). Na pesquisa de Pasqual *et al.* (27) realizado no Rio Grande do Sul encontraram as maiores frequências de pessoas que nunca consumiram álcool 49,7 % e tabaco 37,5 %. Entretanto, o INCA (2019) ressaltava que o hábito de fumar e do consumo de álcool são fatores associados ao câncer. Além disso, a qualidade de vida precária, o consumo de alimentos processados, o sedentarismo e a exposição a agentes cancerígenos também são fatores encontrados na literatura que sustentam a possibilidade de desenvolvimento de cânceres no aparelho digestivo (28).

Nesse estudo, com relação ao tipo de tratamento a cirurgia e a quimioterapia foram predominantes com 19 % (80), seguidos de quimioterapia 14 % (59) dos casos (Tabela 4). No entanto, o estudo de Trinquinato *et al.* (29) constataram que o tratamento empregado no CCR apresentou intervenção cirúrgica em 95,8 % e quimioterápico 65,3 % nos casos. Para Silva e Errante³⁰ a decisão clínica do tratamento dependerá do estágio e das características da neoplasia podendo ocorrer de forma associada ou isolada.

No tocante ao estado no final do primeiro ano de tratamento, observou-se que 26,8 % (113) dos casos apresentam remissão completa (Tabela 4). Assim, destaca-se que é necessário um acompanhamento dos casos no que concerne a complicações e/ou metástase que por ventura possam ocorrer ao final da primeira terapêutica. Desse modo, é essencial que o seguimento seja realizado a fim de monitorar a recidiva da neoplasia (12-31).

Quanto ao histórico familiar de câncer, os registros sem informação predominaram com 53,4 % [225], seguidos dos pacientes que não possuíam histórico familiar de câncer 23,8 % [100] nos casos (Tabela 4). Nesse ínterim, observou-se que 225 prontuários não foram registrados, e por esse motivo, ocorreu nesse estudo um elevado percentual dessa variável não sendo, assim, possível estabelecer uma relação direta com os casos de CCR. Desse modo, apesar dos pacientes não possuírem histórico familiar de câncer apresentaram-se em segunda proporção. Esse fato é compatível com Murad-Regadas *et al.* (32) que não encontraram diferenças significativas entre os grupos de pacientes avaliados com e sem histórico familiar de CCR. Entretanto, segundo Wilkinson *et al.* (33) os pacientes com idade inferior a 50 anos apresentaram maiores riscos de desenvolver a neoplasia, por possuírem parentes de primeiro grau com CCR, em contrapartida, pacientes que não possuíam histórico familiar de câncer acima de 60 anos dispõem de maior risco para desenvolver a doença sendo, assim, recomenda-se o rastreamento a partir dessa faixa etária.

Tabela 3. Perfil clínico de pacientes com câncer colorretal de um hospital oncológico no período de 2013 a 2017 (n=421) no Maranhão, 2020, São Luís-MA, Brasil

Variável	N	%
Estadiamento clínico		
IV	116	27,6
II A	87	20,7
III B	77	18,3
I	41	9,7
III A	29	6,9
II	25	5,9
III C	24	5,7
II B	9	2,1
Não se aplica	9	2,1
0	4	1
Localização da metástase à distância		
Sem metástase	313	74,3
Com metástase (diversos órgãos)	108	25,7
Histórico de alcoolismo		
Não avaliado	209	49,6
Nunca	118	28
Ex-consumidor	45	10,7
Sim	45	10,7
Não se aplica	4	1
Histórico de tabagismo		
Não avaliado	181	43
Nunca	123	29,2
Ex-consumidor	93	22,1
Sim	23	5,5
Não se aplica	1	0,2

dos casos 61,9 % dos tumores não apresentam metástases a tecidos e órgãos vizinhos.

Com relação ao histórico de alcoolismo e tabagismo, apesar das categorias “não avaliado” possuírem as maiores frequências de 49,6 % [209] e 43 % [181] respectivamente não é possível, nessa pesquisa, estabelecer

Tabela 4. Distribuição dos dados clínicos de tratamento de pacientes com câncer colorretal de um hospital oncológico no período de 2013 a 2017 (n=421) no Maranhão, 2020, São Luís-MA, Brasil (continua)

Variável	N	%
Primeiro tratamento recebido no hospital		
Cirurgia + quimioterapia	80	19
Quimioterapia	59	14
Cirurgia	54	12,9
Radioterapia + quimioterapia	43	10,2
Nenhum	37	8,8
Quimioterapia + radioterapia	29	6,9
Radioterapia	25	5,9
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	52	12,4
Quimioterapia + cirurgia	13	3,1
Quimioterapia + radioterapia + cirurgia	8	1,9
Diversos tratamentos	8	1,9
Radioterapia + cirurgia	3	0,7
Cirurgia + cirurgia + quimioterapia	2	0,5
Cirurgia + quimioterapia + cirurgia	2	0,5
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia + cirurgia	2	0,5
Cirurgia + radioterapia	2	0,5
Radioterapia + quimioterapia + radioterapia	2	0,5
Estado da doença ao final do primeiro tratamento		
Sem evidência da doença (cura)	113	26,8
Doença em progressão	74	17,6
Doença estável	72	17,1
Óbito	59	14
Suporte terapêutico oncológico	40	9,5
Não se aplica	38	9
Remissão parcial	25	5,9
Histórico familiar de câncer		
Sem informação	225	53,4
Não	100	23,8
Sim	96	22,8
Exames relevantes para o diagnóstico		
Exame clínico e patologia clínica + exames por imagem + anatomia patológica	333	79,1
Exame clínico e patologia clínica + anatomia patológica	67	15,9
Exame clínico e patologia clínica + exames por imagem + endoscopia e cirurgia exploradora + anatomia patológica	17	4
Diversos exames	4	1
Tempo entre diagnóstico e tratamento		
0 Dias	119	28,3
1 – 30 Dias	7	1,7
31 – 60 Dias	137	32,5
Maior que 60 dias	158	37,5

Fonte: SIS-RCH (2020).

No que se refere aos exames relevantes para o diagnóstico, houve o predomínio do exame clínico, patologia clínica, exames por imagem e biópsia com 79,1 % [333] dos casos avaliados (Tabela 4). No estudo de Fernandes *et al.* (34) e Atzingen *et al.* (35) realizado em São Paulo, constataram que o diagnóstico por imagem (colonoscopia, retossigmoidoscopia, colonografia), histopatológico e cirúrgico foram os mais utilizados em 54,3 % dos pacientes. Nesse sentido, Steele *et al.* (36) recomenda que a vigilância dos pacientes com CCR deva ocorrer no diagnóstico realizado, no exame clínico até o processo de cura dos pacientes, uma vez que o monitoramento previne o surgimento do CCR de outros cânceres.

Com relação ao tempo (em dias) entre o diagnóstico e o tratamento, houve mais de 61 dias do tempo de espera o que correspondeu a 37,5 % [158] e 28,3 % [119] zero dias para o início da terapêutica (Tabela 4). Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Lima e Villela (37) ao

comparar as regiões brasileiras, observaram que a média em dias para início da terapêutica foi acima de 60 dias, destacando-se a região nordeste com o maior período para iniciar a terapêutica. Assim, destaca-se que esse fato pode ser justificado pelo tempo entre a admissão e tratamento no serviço oncológico. No entanto, fatores como acesso ao serviço de saúde e o tempo de regulação do paciente na rede oncológica podem elevar as taxas de mortalidade pelas desigualdades socioeconômicas da região (38-39).

As limitações do estudo estão relacionadas à atualização do banco de dados, campos não preenchidos, reflete na necessidade de sensibilização do preenchimento da ficha de registro de tumor. Para tanto, isso não compromete as informações apresentadas nesse estudo, visto que eles dispõem da identificação correta dos cânceres, histórico clínico completo e a série dos casos como pontos relevantes.

O câncer colorretal como problema de saúde pública é desafiador para a modificação dos fatores de risco da população no estado do Maranhão uma vez que a efetivação da rede de atenção primária junto a atenção oncológica necessita de ações integradoras dos diversos níveis de atenção em saúde para alcançar a população alvo objetivando realizar o rastreamento dos casos.

Este estudo nos permitiu identificar os aspectos sociodemográficos (sexo feminino, idosas, casadas, baixa escolaridade, ocupação de agricultores) e clínicos (câncer de colón e reto predominantes, tipo histológico adenocarcinoma e estágio IV avançado dos casos, tratamento cirúrgico e quimioterápico predominante, com mais 60 dias no tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento).

Portanto, percebeu-se ao logo do estudo a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde a realizar o preenchimento adequado da ficha de registro de tumor, visto que as informações desse registro geram dados em saúde que permitem delinear o perfil de pessoas acometidas pela CCR, a planejar ações de enfrentamento e elaborar estratégias de promoção e prevenção, controle da neoplasia com vistas a reduzir a morbimortalidade por este câncer.

Agradecimentos: A Coordenação de Aperfeiçoamento Superior de Pessoal (CAPES), a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) pelo financiamento da pesquisa intitulada "Homens e Mulheres com câncer: *significados, percepções e implicações*" e o Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, em nível de Mestrado da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Conflitos de interesse: Não.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
2. Huifang Si, Qing Yang, Hong Hu, Chunsheng Ding, Huichao Wang, Xuhong Lin. Colorectal cancer occurrence and treatment based on changes in intestinal flora. *Seminars in Cancer Biology* [Internet]. 2021 [citado em 1 de janeiro de 2020]; 70:3-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.semcancer.2020.05.004>.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 [citado em 1 de janeiro de 2020]; 68(6):394-424. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
5. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Ferreira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms, and Interventions to Reduce Onset and Mortality. *Clin Colorectal Cancer* [Internet]. 2016 [citado 2020 outubro 8]; 15(3):195-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2016.02.008>.
6. American Cancer Society (ACS). Fatos e figuras sobre câncer colorretal 2017-2019 [Internet]. ACS. 2020 [citado 2020 outubro 8]. Disponível em: <https://shorturl.at/bqs48>.
7. Souza JL, Nahas CS, Nahas SC, Marques CF, Ribeiro Junior U, Cecconello I. Health-related quality of life assessment in patients with rectal cancer treated with curative intent. *Arq Gastroenterol*. 2018; 55(2):154-159. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201800000-27>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 Maranhão: Estimativas [Internet]. IBGE. 2010 [citado 2020 outubro 14]. Disponível em: <https://shorturl.at/dE358>.
9. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, Taylor E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011.
10. Bergamo-Francisco PM, Friestino- Oliveira JK, Ferraz RO, De Olanda Ferraz R, Gomes de Macedo- Bacurau A, Stopa S, Moreira Filho DC. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020; 23 (2): e200023. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>
11. Oliveira AM, Pozer MZ, Silva TA, Parreira BDM, Silva SR. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012 [citado 2020 novembro 26]; 46(1):240-245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100032>.
12. Assis RVBF. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. *Gastroenterol Endosc Dig* [Internet]. 2011 [citado 2020 novembro 26]; 30(2):62-74. Disponível em: <https://shorturl.at/bktxG>.
13. Scanduzzi MCP, Camargo EB, Elias FTS. Câncer colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. *Brasília Med* [Internet]. 2019 [citado 2020 novembro 26]; 56:1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2019v56a02>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília; 2019.
15. Risuenho Brito MJ, Correa Júnior AJ, Andrade NCO, Santana ME. Características sociodemográficas e clínicas de pessoas adoecidas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [citado 2020 dezembro 3]; 9(8):1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5829>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2001 a 2015. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
17. Pacheco-Pérez LA, Ruiz-González KJ, Torre-Gómez AC, Guevara-Valtier MC, Rodríguez-Puente LA, Gutiérrez-Valverde JM. Fatores ambientais e conscientização sobre o câncer colorretal em pessoas com risco familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 2020 dezembro 3]; 27:e3195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3082.3195>.
18. Moura LTR, Aninger PRLC, Barbosa AV, Bedor CNG. Caracterização epidemiológica de trabalhadores com câncer em uma região de fruticultura irrigada. *Rev baiana saúde pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 dezembro 4]; 42(1):7-25. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n1.a2363>.
19. Fonseca LM, Quites LV, Cabral MMDA, Silva RG, Luz MMP, Lacerda Filho A. Câncer colorretal: resultados da avaliação patológica padronizada de 521 casos operados no Hospital das Clínicas da UFMA. *Rev Bras Colo-Proctol* [Internet]. 2011 [citado 2020 dezembro 4]; 31(1):17-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-98802011000100003>.
20. Teixeira AKS, Vasconcelos JLA. Perfil histopatológico de pacientes com diagnóstico de tumores malignos assistidos em um hospital de referência do Agreste Pernambucano. *J Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2019 [citado 2020 dezembro 5]; 55(1):87-97. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190002>.
21. Rêgo AGS, Borges ICV, Valença RJV, Teles JBM, Pinto LSS. Câncer colorretal em pacientes jovens. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2012 [citado 2020 dezembro 5]; 58(2):173-180. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n2.616>.

22. Alhilfi ASOQ, Almohammadawi KOM, Alsaad RKA, Ameen NA, Aliedani BKA, Aldubaisi HJI, et al. Colorectal cancer epidemiology and clinical study in Misan. *Journal of Coloproctology* [Internet]. 2019 [citado 2020 dezembro 6]; 39(2):159-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.12.001>.
23. Drumond CA, Ferro RAF, Nogueira AMF, Profeta da Luz MM, Conceição SA, Silva RG, Lacerda-filho A. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Rev Bras Coloproct* [Internet]. 2003 [citado 2020 dezembro 6]; 23(3):147-154. Disponível em: <https://shorturl.at/FPR03>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília, DF; 2010.
25. Vieira RAC, Lopes A, Soares FA, Coudry RA, Nakagawa WT, Latore MRDO. Is the non-metastatic, locally advanced colon adenocarcinoma a distinct biological tumor variant? A study based on pathological evaluation, immunohistochemical panel and survival. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2019 [citado 2020 dezembro 7]; 46(3):e20192098. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192098>.
26. Vieira RAC, Lopes A, Almeida PAC, Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO. Prognostic factors in locally advanced colon cancer treated by extended resection. *Rev Hosp Clin* [Internet]. 2004 [citado 2020 dezembro 7]; 59(6):361-368. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0041-87812004000600009>.
27. Pasqual HM, Alt LL, Tres CP, Mânica M, Magalhães VS, Reichert PR, et al. Epidemiological surveillance of pancreatic cancer in the North region of the state of Rio Grande do Sul. *Braz J Oncol* [Internet]. 2020 [citado 2020 dezembro 7]; 16:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2526-8732.20200009>.
28. Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Gastroenterology Rev* [Internet]. 2019 [citado 2020 dezembro 7]; 14(2): 89–103. Disponível em: <https://doi.org/10.5114/pg.2018.81072>.
29. Trinquinato I, Silva RM, Benavente SBT, Antonietti CC, Calache ALCS. Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2020 dezembro 8]; 35(3):320-329. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a08>.
30. Silva M, Errante, PR. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquis* [Internet]. 2016 [citado 2020 dezembro 8]; 13(33):133-140. Disponível em: <https://shorturl.at/aijky>.
31. Antunes YPPV, Bugano DDG, del Giglio A, Kaliks RA, Karnakis T, Pontes LB. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. *Einstein* [Internet]. 2015 [citado 2020 dezembro 8]; 13(4):487-491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3067>.
32. Murad-Regadas SM, Bezerra CCR, Peixoto ALR, Regadas FSP, Rodrigues LV, Siebra JAG, et al. Is prevalence of colorectal polyps higher in patients with family history of colorectal cancer? *J Coloproctol* [Internet]. 2015 [citado 2020 dezembro 8]; 35(3):146-150. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.02.010>.
33. Wilkinson AN, Lieberman D, Leontiadis GI, Tse F, Barkun A, Abou-Setta A, et al. Colorectal cancer screening for patients with a family history of colorectal cancer or adenomas. *Can Fam Physician* [Internet]. 2019 [citado 2020 dezembro 9]; 65(11):784-789. Disponível em: <https://shorturl.at/uIZ26>.
34. Fernandes GMM, Leme CVD, Ruiz-Cintra MT, Pavarino EC, Netinho JG, Goloni-Bertollo EM. Clinical and epidemiological evaluation of patients with sporadic colorectal cancer. *J Coloproctol* [Internet]. 2014 [citado 2020 dezembro 9]; 34(4):216-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2014.08.001>.
35. Atzingen ACV, Tiferes DA, Deak E, Matos D, D'Ippolito G. Using computed tomography colonography in patients at high risk of colorectal cancer - a prospective study in a university hospital in South America. *Clinics* [Internet]. 2014 [citado 2020 dezembro 10]; 69(11):723-730. Disponível em: [https://doi.org/10.6061/clinics/2014\(11\)03](https://doi.org/10.6061/clinics/2014(11)03).
36. Steele SR, Chang GJ, Hendren S, Weiser M, Irani J, Buie WD, et al. Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 2015 [citado 2020 dezembro 10]; 58(8):713-725. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000410>.
37. Lima MAN, Villela DAM. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil, 2006-2015. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado 2020 dezembro 10]; 37(5):e00214919. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214919>.
38. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2020 dezembro 10]; 27(2):317-326. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200013>.
39. Ramos RF, dos-Reis LCS, Teixeira BEB, Andrade IM, Sulzbach JS, Leal RA. Colon cancer surgery in patients operated on an emergency basis. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2017 [citado 2020 dezembro 10]; 44(5):465-470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017005007>.