

**Características sociodemográficas e clínicas de pessoas adoecidas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico**

**Sociodemographic and clinical characteristics of people sickened by colorectal cancer undergoing surgical treatment**

**Características sociodemográficas y clínicas de personas enfermas por cáncer colorrectal sometidos a tratamiento quirúrgico**

Recebido: 20/06/2020 | Revisado: 01/07/2020 | Aceito: 02/07/2020 | Publicado: 15/07/2020

**Marcos José Risuenho Brito Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4229-8808>

Universidade do Estado do Pará, Brasil

E-mail: [marcosrisuenho.1@hotmail.com](mailto:marcosrisuenho.1@hotmail.com)

**Antônio Jorge Silva Correa Júnior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-1521>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: [juniorjorge\\_94@hotmail.com](mailto:juniorjorge_94@hotmail.com)

**Natasha Cristina Oliveira Andrade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8396-3723>

Universidade do Estado do Pará, Brasil

E-mail: [Natasha.andrade88@hotmail.com](mailto:Natasha.andrade88@hotmail.com)

**Mary Elizabeth de Santana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3629-8932>

Universidade do Estado do Pará, Brasil

E-mail: [betemary@terra.com.br](mailto:betemary@terra.com.br)

**Resumo**

Objetivo: Analisar as características sociodemográficas e clínicas de pessoas adoecidas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico em um hospital de referência na Amazônia brasileira. Metodologia: Estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários dos prontuários de pacientes de uma clínica cirúrgica de um hospital referência no Pará. A coleta foi realizada de outubro de 2018 a abril de 2019, abrangendo variáveis clínicas e sociodemográficas. Resultados: Os dados foram coletados de 33 prontuários, houve prevalência de 19 pacientes homens (57,5%), em 11

prontuários a idade prevalente foi entre 48 e 57 anos (33,3%), 29 pardos (87,8%), 21 casados (63,6%), 11 com ensino fundamental completo (33,3%), 18 encaminhados do serviço de urgência (54,5%), com o tempo médio de 11,1 meses entre os primeiros sintomas e o início do tratamento cirúrgico, e a média de 12,2 dias entre a admissão e a realização da cirurgia. 11 (33,3%) pacientes realizaram retossigmoidectomia, 14 pacientes (27,4%) referiram dor abdominal, 18 pacientes (54,5%) apresentaram histórico de câncer na família e 29 (87,8%) passaram por processo de estomização. Conclusão: Com estes dados, é possível perceber que o câncer colorretal constitui um problema de saúde pública, além de dispor de dados do perfil dos pacientes que melhorem o planejamento e o atendimento hospitalar. Por fim, é importante incentivar o diagnóstico precoce e o rastreamento do câncer colorretal como formas de tratamento oportuno e prevenção dos estágios mais graves da doença.

**Palavras-chave:** Neoplasias colorretais; Epidemiologia; Cuidados pós-operatório.

### **Abstract**

**Objective:** To analyze the sociodemographic and clinical characteristics of people with colorectal cancer who underwent surgical treatment at a referral hospital in the Brazilian Amazon. **Methodology:** A descriptive prospective study with a quantitative approach, using secondary data from the medical records of patients at a surgical clinic in a reference hospital in Pará. The study was conducted from October 2018 to April 2019, including inpatients who underwent surgical treatment of colorectal cancer. **Results:** information was collected from 33 medical records, with a prevalence of 19 male patients (57.5%), in 11 medical records the prevalent age was between 48 and 57 years old (33.3%), 29 browns (87.8%) , 21 married (63.6%), 11 with complete elementary school (33.3%), 18 referred from the emergency department (54.5%), with an average time of 11.1 months between the first symptoms and the start of surgical treatment, and the average of 12.2 days between admission and surgery. 11 (33.3%) patients underwent rectosigmoidectomy, 14 patients (27.4%) reported abdominal pain, 18 patients (54.5%) had a family history of cancer and 29 (87.8%) underwent ostomy. **Conclusion:** With these data, it is noticeable that colorectal cancer is a public health problem, in addition to having patient profile data that improve hospital planning and care. Lastly, it is important to encourage early diagnosis and screening for colorectal cancer as forms of timely treatment and prevention of the most severe stages of the disease.

**Keywords:** Colorectal neoplasms; Epidemiology; Postoperative care.

## Resumen

**Objetivo:** analizar las características sociodemográficas y clínicas de las personas con cáncer colorrectal que se sometieron a tratamiento quirúrgico en un hospital de referencia en la Amazonía brasileña. **Metodología:** un estudio prospectivo descriptivo con un enfoque cuantitativo, utilizando datos secundarios de los registros médicos de pacientes en la clínica quirúrgica en un hospital de referencia en Pará La recopilación se llevó a cabo desde octubre de 2018 hasta abril de 2019, cubriendo variables clínicas y sociodemográficas. **Resultados:** se recopilaron datos de 33 registros médicos, con una prevalencia de 19 pacientes masculinos (57,5%), en 11 registros médicos la edad prevalente fue entre 48 y 57 años (33,3%), 29 marrones (87,8%) , 21 casados (63.6%), 11 con educación primaria completa (33.3%), 18 referidos del departamento de emergencias (54.5%), con un tiempo promedio de 11.1 meses entre los primeros síntomas y el inicio del tratamiento quirúrgico y el promedio de 12,2 días entre el ingreso y la cirugía. 11 (33,3%) pacientes se sometieron a rectosigmoidectomía, 14 pacientes (27,4%) informaron dolor abdominal, 18 pacientes (54,5%) tenían antecedentes familiares de cáncer y 29 (87,8%) se sometieron a ostomía. **Conclusión:** con estos datos, es posible darse cuenta de que el cáncer colorrectal es un problema de salud pública, además de tener datos sobre el perfil de los pacientes que mejoran la planificación y la atención hospitalaria. Finalmente, es importante alentar el diagnóstico temprano y la detección del cáncer colorrectal como formas de tratamiento oportuno y prevención de las etapas más graves de la enfermedad.

**Palabras clave:** Neoplasias colorrectales; Epidemiología; Atención postoperatoria.

## 1. Introdução

O câncer colorretal (CCR) consiste em um tipo de neoplasia que afeta o intestino grosso, especificamente cólon e reto, sendo classificada internacionalmente pelo CID-10 como: Neoplasia de cólon (C18), neoplasia de junção retossigmóide (C19) e neoplasia de reto (C20). Quando não tratado precocemente, o câncer colorretal pode ocasionar sintomas graves, levando o paciente a necessitar de abordagens terapêuticas no nível terciário da rede de atenção à saúde (Menezes et al., 2016).

É crescente o aumento na incidência do câncer em todo o mundo. No caso das neoplasias colorretais, é prudente considerá-las um problema de saúde pública global, pois é o terceiro câncer com maior taxa de mortalidade no mundo e o mais comum no trato gastrointestinal. No Brasil, para o triênio 2020-2022, estimam-se cerca de 19,63 novos casos

para cada 100 mil homens e 19,03 casos a cada 100 mil mulheres (Ministério da Saúde, 2019).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCCa) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, propõe que os profissionais devem desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, avaliar a aptidão para o autocuidado dos usuários com câncer, rastrear de acordo com protocolos e diretrizes federais sinais e sintomas de acordo com resultados de exames alterados, encaminhar para confirmação diagnóstica casos suspeitos e proceder com o tratamento adequado em tempo oportuno (Ministério da Saúde, 2013).

O diagnóstico é essencial para estabelecer o tratamento adequado para o CCR, pois o tamanho, localização do tumor, extensão e o estado geral do paciente influenciam na melhor conduta a ser seguida. Assim, o tratamento do CCR segue o padrão do tratamento dos outros tipos de câncer que são as cirurgias (curativa ou paliativa), radioterapia e quimioterapia; as quais podem ser utilizadas de maneira isolada ou associadas (Silva & Errante, 2016).

O foco deste trabalho é o tratamento cirúrgico, posto isto, é importante conceituar que a cirurgia para o CCR consiste na retirada do tumor, juntamente com a porção do cólon ou reto e os linfonodos adjacentes. Dentre as principais cirurgias realizadas no tratamento do CCR, destacam-se: ressecção local, retossigmoidectomia, colectomia, amputação abdominoperineal do reto e as ressecções ampliadas. Igualmente, outro procedimento cirúrgico comum no CCR é a confecção da colostomia. A colostomia é um procedimento no qual o cólon é exteriorizado para permitir um novo trajeto para a saída de material fecal (Silva & Errante, 2016).

No CCR, a capacidade de resolver as principais demandas nos níveis primário e secundário da rede de atenção à saúde gera como consequência uma sobrecarga na atenção terciária, aumentando os gastos com o tratamento e com a solicitação de exames desnecessários. Tal fato acarreta o aumento do tempo de internação e na demora da resolutividade do caso, fato que pode evoluir o quadro do paciente e reduzir as possibilidades de cura (Saldiva & Veras, 2018).

Tendo em vista tal realidade, faz-se necessário compreender as peculiaridades do CCR, seu perfil e apresentações no âmbito regional, a fim de gerar intervenções efetivas no controle e prevenção desse tipo câncer. O CCR possui uma lenta evolução, por isso é um dos que responde melhor ao rastreamento precoce, o que poderia gerar um impacto na redução de gastos em saúde pública (Menezes et al., 2016; Gasparini et al., 2018).

Tendo por base os pressupostos acima, estabeleceu-se como objetivo do estudo: analisar as características sociodemográficas e clínicas de pessoas adoecidas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico em um hospital de referência na Amazônia brasileira.

## **2. Metodologia**

Estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. Esse método permite que o pesquisador alcance esclarecimento acerca dos fenômenos que o interessam, usando informações colhidas que possibilitam a formação de uma imagem sobre os acontecimentos estudado (Polit & Beck, 2018).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público que é um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), especificamente na Clínica Cirúrgica Oncológica. Essa instituição pública estadual é considerada centro de referência em atendimento oncológico e humanizado de alta e média complexidade, além de um hospital escola credenciado.

A coleta de dados foi desenvolvida de outubro de 2018 a abril de 2019 na clínica cirúrgica do hospital, tendo como objeto de estudo os prontuários dos pacientes com câncer colorretal que estejam no perioperatório. Foram utilizados como critérios de inclusão prontuários de pacientes com câncer colorretal, maiores de 18 anos de idade submetidos ao tratamento cirúrgico, colostomia ou ileostomia no período da realização da pesquisa. E foram excluídos prontuários dos pacientes com câncer colorretal que estivessem de alta hospitalar.

Foi utilizado um formulário elaborado pelos pesquisadores contendo as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, faixa etária, raça/cor, região de saúde de origem, procedência, renda familiar, ocupação, estado civil, número de filhos, escolaridade e religião; E como variáveis clínicas: origem do encaminhamento, tempo entre diagnóstico e início do tratamento, tempo em admissão e realização da cirurgia, localização primária do tumor, tipo de cirurgia realizada, histórico familiar, primeiros sintomas, sintomas na admissão, presença de metástase e realização de estomia.

Quanto às questões éticas, este estudo seguiu os preceitos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas sobre aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012). De modo que ele foi desenvolvido como um dos objetivos de projeto guarda-chuva aprovado pelo comitê de ética sob o parecer número: 2.891.541; e CAAE: 90503818.8.3001.5550.

A análise dos dados deu-se por meio da estatística descritiva analítica. Por intermédio da elaboração de um banco de dados no software Microsoft Excel versão 2010, sendo a análise realizada por meio do software BioEstat 5.0. Foram aplicadas as medidas de síntese (média e mediana) e a medida de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis quantitativas e para as variáveis qualitativas foram produzidas tabelas descrevendo os valores absolutos e relativos.

### 3. Resultados

Do total de 33 prontuários consultados de pacientes acompanhados no período perioperatório do tratamento cirúrgico para o câncer colorretal, 57,5% (19) eram do sexo masculino e 42,4% do feminino (14). A média de idade foi de 57,3 anos, sendo 56,5 para homens e 58,5 para mulheres. Nove pacientes (27,2%) com a idade entre 33 e 42 anos conforme a Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição quanto ao sexo e faixa etária de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para o câncer colorretal. Belém-Pará, 2019.

Faixa Etária	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
33-42	4 (12,1)	1 (3,03)	5 (15,1)
43-52	5 (15,1)	4 (12,1)	9 (27,2)
53-62	4 (12,1)	4 (12,1)	8 (24,2)
63-72	3 (9,09)	4 (12,1)	7 (21,1)
73-82	1 (3,03)	0 (0,0)	1 (3,03)
83-92	2 (6,06)	1 (3,03)	3 (9,09)
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>33 (100,00)</b>

Fonte: Prontuário (Clínica Cirúrgica).

Quanto à raça/cor, 87,88% (29) pacientes pardos, 9,0% (3) brancos e 3,0% (1) negros. Durante o período em que se desenvolveu o estudo, não foram internados pacientes indígenas. Em relação ao estado civil, observou-se que 21 pacientes eram casados ou possuíam uma união estável (63,6%), 9 eram solteiros (27,2%), 1 viúvo (3,0%) e 2 divorciados (6,0%). Quanto ao número de filhos, 15 pacientes tiveram de 1 a 3 filhos (45,4%),

9 acima de 3 filhos (27,2%), 5 nenhum filho (15,1%) e 4 prontuários não constavam essa informação (12,1%).

Na variável escolaridade, 11 pacientes possuíam ensino fundamental completo (33,3%), 8 o ensino médio completo (24,2%), 6 o ensino fundamental incompleto (18,1%), 1 o ensino superior completo (3,0%), 3 não alfabetizados (9,0%) e 4 prontuários não constavam essa informação (12,1%). Quanto à religião, 15 pacientes eram católicos (45,4%), 16 evangélicos (48,4%), 1 afirmou que não possuía religião (3,0%) e em 1 prontuário (3,0%) não constava essa informação.

A maioria dos pacientes, 18 (54,5%), constava no prontuário com endereço da capital (Belém – Pará) e 15 do interior (45,4%). Levando em consideração a divisão da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA) o Estado é dividido em 13 Regiões de Saúde, sendo estas: Metropolitana 1, Metropolitana 2, Metropolitana 3, Tapajós, Carajás, Baixo Amazonas, Xingu, Araguaia, Lago Tucuruí, Marajó 1, Marajó 2, Lago Tucuruí, Tocantins, e Rio Caetés. Observa-se uma concentração na região metropolitana I, composta por Belém, Ananindeua, Santa Barbara do Pará, Benevides e Marituba (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição quanto região de saúde dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para o câncer colorretal.

Região de saúde	Quantidade	Percentual (%)
Metropolitana I	21	63,6
Metropolitana II	2	6,06
Xingu	1	3,03
Carajás	4	12,1
Tocantins	1	3,03
Rio Caetés	4	12,1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Prontuário (Clínica Cirúrgica).

Na variável fonte de renda, obteve-se como resultado que 11 pacientes (33,3%) mantinham suas despesas com aposentadoria, 7 (21,2%) com benefício (auxílio doença ou bolsa família), 2 (6,0%) com o recurso oriundo do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), 1 (3,0%) não possuía renda e em 11 (33,3%) prontuários não constava essa informação, conforme Tabela 3.

**Tabela 3.** Distribuição quanto a ocupação de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para o câncer colorretal.

Ocupação	Quantidade	Percentual (%)
Do lar/Empregada do lar	7	21,21
Agricultor/Pescador	6	18,18
Autônomo (Comerciante, cabelereiro e taxista)	6	18,18
Técnico em mecânica e refrigeração	2	6,06
Porteiro	2	6,06
Caminhoneiro	1	3,03
Professor	1	3,03
Pedreiro	1	3,03
Religioso	1	3,03
Relojoeiro	1	3,03
Vigilante	1	3,03
Prestador de serviços gerais	1	3,03
Desempregado	1	3,03
Não informado	1	3,03
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Prontuário (Clínica Cirúrgica).

Os pacientes com câncer colorretal possuem características clínicas específicas deste tipo de câncer. Além disso, dentre os achados, observou-se que o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento cirúrgico foi de 11,1 meses, sendo o valor máximo 47 meses e o mínimo 1 mês. Já em relação ao tempo entre a admissão e a realização da cirurgia, verificou-se que a média foi de 12,2 dias, sendo o valor máximo 27 dias e o mínimo 2 dias.

Identificou-se na clínica cirúrgica que 18 pacientes (54,5%) oriundos do serviço de urgência e emergência do hospital, 12 (36,3%) do ambulatório de oncologia e 3 (9,0%) da clínica de cuidados paliativos oncológicos (CCPO). Quanto ao tipo de câncer referente à localização primária do tumor, 16 pacientes (48,4%) possuíam câncer na região do colón e 17 (51,5%) na região retal. Tal fato influenciou no tipo de tratamento cirúrgico realizado,

considerando também a capacidade do tumor de avançar para outras regiões, conforme a Tabela 4.

**Tabela 4.** Distribuição quanto a cirurgia realizada em pacientes com câncer colorretal.

<b>Cirurgia realizada</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual (%)</b>
Colectomia	7	21,2
Amputação abdominoperineal de reto	5	15,1
Confecção de colostomia	3	9,09
Retossigmoidectomia	11	33,3
Reconstrução de trânsito intestinal	2	6,06
Hemicolectomia	2	6,06
Exenteração pélvica	1	3,03
Não realizaram	2	6,06
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Prontuário (Clínica Cirúrgica).

A sintomatologia do câncer colorretal é diversificada, apresenta-se de forma mais branda às formas mais agravadas. Frequentemente, causando desconforto e prejudicando a digestão e excreção do paciente. Podem se observar os sintomas identificados nas evoluções dos prontuários na Tabela 5.

**Tabela 5.** Distribuição quanto aos primeiros sintomas e sintomas na admissão de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para o câncer colorretal.

Sintomas	Primeiros sintomas n (%)	Sintomas na admissão n (%)
Dor abdominal	14 (27,4)	14 (22,5)
Hematoquezia	11 (21,5)	7 (11,2)
Diarreia	3 (5,8)	4 (6,4)
Constipação	5 (9,8)	7 (11,2)
Perda ponderal	7 (13,7)	4 (6,4)
Dor retal	7 (13,7)	10 (16,1)
Melena	2 (3,9)	2 (3,2)
Prolapso	1 (1,9)	0
Astenia	0	4 (6,4)
Dor ao evacuar	0	2 (3,2)
Fezes mucopiosanguinolentas	0	2 (3,2)
Insônia	1 (1,9)	6 (9,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>51 (100)</b>	<b>62 (100)</b>

Fonte: Prontuário (Clínica Cirúrgica).

Outro dado importante foi a existência de histórico familiar de câncer. Dentre os prontuários analisados, identificou-se que 18 pacientes (54,5%) possuíam histórico familiar de câncer, 11 pacientes (33,3%) não possuíam e em 4 prontuários (12,1%) essa informação não estava presente.

Na variável presença de metástase em avaliação histopatológica descrita em prontuário, apenas 4 pacientes (12,1%) tiveram registro de metástase e 29 pacientes (87,8%) não tiveram em seus registros esse dado.

Em relação a estomização, 29 pacientes (87,8%) foram realizadas estomias e em 4 (12,1%) não foram realizadas. Dos pacientes que realizaram estomia, 24 (81,1%) fez colostomia e 5 (18,9%) ileostomia.

#### 4. Discussão

O câncer é uma morbidade capaz de interferir no bem-estar do ser humano nas esferas física, psicológica, espiritual, social e outras. O seu tratamento exige estruturas e tecnologias

complexas e com especificidade para combater um problema cuja gênese está na divisão celular. Quando detectado em um estágio avançado, as probabilidades de cura são reduzidas e podem comprometer o bem-estar do paciente (Souza et al., 2018).

O câncer colorretal (CCR) tem sua relevância epidemiológica dentro da oncologia por ser a terceira causa de câncer associada a morte no mundo. Conforme estudos realizados, o CCR é mais prevalente em pacientes com mais de 50 anos de idade, e o risco para desenvolvê-lo ao longo da vida é 5%, porém aumenta conforme a idade (Campos et al., 2017).

Em um estudo descritivo, prospectivo com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido em 2008 em São Paulo, foi identificado que houve uma discreta prevalência do sexo masculino em pacientes com idade acima de 70 anos atendidos no âmbito hospitalar. Fato esse que converge com os resultados encontrados neste estudo (Carvalho, 2014).

É interessante discutir em contraste com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o triênio 2020 – 2022, no qual serão esperados 20520 casos de câncer colorretal novos em homens e 20470 em mulheres. Embora haja uma prevalência de homens usufruindo dos serviços hospitalares, há um grande percentual de mulheres na atenção primária. Esses fatores irão impactar no perfil do câncer colorretal e na gravidade da doença diante do diagnóstico (Ministério da Saúde, 2019).

Em relação a raça/cor, constatou-se que a grande maioria dos pacientes eram pardos. Esse dado converge com o estudo realizado no Estado do Maranhão, o qual constatou em sua amostra de pacientes submetidos a cirurgia para tratamento cirúrgico do câncer colorretal cerca de 72,7% pardos. Sendo que na região norte e nordeste do Brasil, a maioria se declara pardo (Carneiro-Neto, 2006; Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2014).

A escolaridade está relacionada com a deficiência de conhecimento sobre os fatores de risco, os sintomas do CCR, a procura por exames, detecção precoce e os cuidados no período perioperatório. Além disso, essa variável está relacionada com a ocupação e a renda do indivíduo. Com isso, a maioria dos pacientes neste estudo apresentou baixa escolaridade, o que corrobora com os resultados de um estudo desenvolvido em São Paulo, no qual 38,9% dos pacientes apresentaram também escolaridade baixa (Carvalho 2014).

A renda constitui nesse contexto uma variável que expõe o indivíduo a condições físicas, sociais e culturais que aumentam a sua probabilidade de adoecimento e dificultam o seu acesso aos serviços de saúde. Além disso, levando em consideração que, neste estudo, grande parte dos pacientes possuíam como ocupação ser “dona de casa” e “lavradores”, e sendo muitos advindos do interior do Estado, pode-se imaginar as barreiras para chegar até o

nível mais alto da atenção à saúde e realizar um procedimento oneroso para o sistema (Valle, Turrini & Poveda, 2017).

O estado do Pará é dividido em 13 regiões de saúde, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). O CACON tem por objetivo atender a demanda de oncologia do Estado, juntamente com as Unidades de Atendimento em Alta Complexidade de Oncologia (UNACON's) presente em 3 hospitais do Estado localizados nas regiões Metropolitana 1, Baixo Amazonas e Lago Tucuruí, atendendo também as regiões adjacentes. A importância das UNACON's se dá no sentido de atender demandas ambulatoriais em oncologia e os tipos de câncer mais prevalentes, reduzindo a grande demanda no CACON (Secretaria de Saúde Pública do Pará, 2015).

Ao observar o câncer colorretal e a realidade epidemiológica brasileira, pode-se identificar que existem desigualdades entre as regiões do país, sobretudo na renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde. Essas questões influenciam em disparidades na apresentação das taxas de morbimortalidade do câncer colorretal entre as regiões norte, nordeste, sul e sudeste (Oliveira et al., 2018).

Os países da Europa vêm reduzindo significativamente as taxas de mortalidade por câncer colorretal, tal fato está associado com o aumento da realização de exames precoces, a ressecção endoscópica de pólipos adenomatosos e a melhoria da qualidade das técnicas de tratamento (Oliveira et al., 2018).

No Brasil, existem níveis de atenção a saúde com responsabilidades estabelecidas, dentre eles o nível de atenção primária em saúde (APS) deveria realizar o papel de ordenadora da rede de cuidados, diagnosticando e encaminhando o paciente em tempo oportuno. No entanto, em virtude da baixa cobertura de APS, falta de estrutura e subfinanciamento, os pacientes tendem a demorar mais para adentrar aos serviços de saúde e a realizar o diagnóstico precoce (Oliveira et al., 2018).

Essa conjuntura associa-se ao tempo de duplicação tumoral longa no CCR, isto entre 10 a 15 anos até aparecer os primeiros sintomas (Trindade et al., 2016). No presente estudo, o tempo médio entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento cirúrgico foi 11,1 meses. Sendo esse menor que o tempo constatado no estudo realizado em São Paulo no ano de 2017, em que o tempo médio entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento foi de 15,16 meses (Valle, Turrini & Poveda, 2017). O tempo desde o aparecimento dos sintomas até o início do tratamento implica em casos de CCR com maior estadiamento e, conseqüentemente, prognósticos desfavoráveis e menor qualidade de vida. Além disso, há o

aparecimento de casos graves, no qual existem presenças de metástases (Silva & Errante, 2016).

O quadro de sintomatologias é bastante variável. Neste estudo, os principais sintomas identificados foram a dor abdominal 14 (27,4%) e a hematoquezia n=11 (21,5%). Semelhante ao do estudo realizado em São Paulo no ano de 2017, que identificou como principais sintomas a dor abdominal em 47 (46,5%) e hematoquezia 47 (46,5%) dos pacientes (Valle, Turrini & Poveda, 2017).

Um dado que chama atenção no presente estudo é o agravamento dos sintomas ao comparar o perfil dos primeiros sintomas apresentados e dos sintomas na admissão. A insônia, por exemplo, recebe um aumento expressivo, o que denota as adversidades e os medos vivenciados pelo paciente diante do tratamento cirúrgico. É importante que o profissional note esses distúrbios e busque formas de melhorar o sono e repouso do paciente, pois esses também são parâmetros para um sucesso na recuperação pós-operatória (Menezes et al., 2016).

Em suma, as apresentações sintomáticas do CCR comprometem a qualidade de vida do paciente. Inclusive, existem casos em que esses sintomas permanecem por anos, no qual o paciente convive diariamente com a presença de sangue vivo nas fezes, a constipação, tenesmo, além dos sintomas obstrutivos e da dor. E, por vezes, em virtude da falta de cultura de prevenção e rastreamento, a presença de um sintoma é que faz com que o paciente procure o atendimento para realização de exames, detectando assim o câncer já em um estágio mais avançado (Menezes et al., 2016).

O tempo entre a admissão e a realização da cirurgia (Pré-operatório) também é determinante na qualidade de vida do paciente no âmbito intra-hospitalar. Existem riscos inerentes ao processo de internação hospitalar, de modo que quanto maior esse período maior são os riscos de infecção, além das influências na saúde mental do paciente. Além disso, o paciente faz uso de medicações para controlar os sintomas de sangramento, reduzir a dor e para realizar o preparo gastrointestinal da cirurgia (Silva & Errante, 2016).

A localização primária dos tumores influencia na abordagem cirúrgica realizada e no quadro clínico do paciente. O colón comporta geralmente, a maioria das apresentações do CCR, sobretudo, o esquerdo (Fey et al., 2010). Pesquisas justificam essa localização pelo fato de o colo ter características embriológicas e biológicas diferentes, influenciando a patogênese do CCR (Carneiro-Neto et al., 2006). Vale ressaltar que no presente estudo, a localização primária foi estatisticamente semelhante para o cólon e reto.

Em um estudo sobre perfil de pacientes de CCR operados em um hospital geral no Rio de Janeiro, identificou-se que maioria dos pacientes com estadiamento mais elevados passaram por cirurgias de urgência. Fato preocupante se observado por essa ótica nos resultados dessa pesquisa, em que a maioria dos pacientes n=18 (54,5%) foram advindos do serviço de urgência do hospital com agravo de sintomas (Valadão et al., 2010).

Diante disso, a cirurgia mais realizada no local em que foi desenvolvido este trabalho foi a retossigmoidectomia n=11 (33,3%), seguida da colectomia n=7 (21,2%). Dado semelhante a um estudo que identificou uma quantidade de 47 (46,5%) retossigmoidectomias e 7 (6,9%) colectomias. Sendo estas as cirurgias mais realizadas no tratamento do CCR (Valle, Turrini & Poveda, 2017).

No caso do CCR metastático, o principal órgão acometido é o fígado, seguido do pulmão. Mas o CCR pode acometer diversos órgãos. No presente estudo, foram identificados poucos casos de metástases descritos em prontuário 4 (12,1%), o que dificulta uma maior análise sob este fator de complicação (Ribeiro et al., 2016).

O histórico familiar também é um dado importante na análise de ocorrência e risco para o CCR, visto que existem formas hereditárias da doença: Polipose adenomatosa familiar e síndrome de Lynch. Existem estudos que afirmam que a hereditariedade é um fator que contribui para o surgimento da doença em pacientes jovens, apesar de que o prognóstico não seja o pior devido a “performance – status” do organismo diante do CCR (Campos et al., 2017).

No grupo estudado existiu uma prevalência de pacientes com histórico familiar de câncer n=18 (54,5%). Em um estudo realizado em 2010, também foi observado a importância do histórico familiar, sendo detectados 18 pacientes com histórico familiar de CCR em uma amostra de 158 pacientes. No entanto, no mesmo estudo, é ressaltado a dificuldade de realizar o rastreamento da doença em virtude da não adesão dos familiares (Fey et al., 2010).

Neste estudo, a grande maioria dos pacientes passou pelo processo de estomização 29 (87,8%). A confecção da estomia intestinal é necessidade em grande parte das cirurgias para o tratamento do CCR. Os tipos mais frequentes são a colostomia e ileostomia. Em virtude da remoção de partes do intestino ou reto, a estomia terá a função de promover função de eliminação para o meio externo. O maior desafio para o paciente é o processo de adaptação, no qual ele precisa conviver com os sentimentos relacionados ao estoma e enfrentá-los (Rodrigues et al., 2016).

É importante que no pré-operatório o profissional de saúde oriente quanto a possível estomia a ser realizada, de modo a preparar o paciente para o e reduzir as dificuldades

enfrentadas. Ao visar uma atenção integral e holística, devem ser observados aspectos não apenas relativos à cirurgia, mas também a saúde mental, o convívio familiar e social, a fim de entender a individualidade do paciente e melhorar sua autoestima (Camargo & Pereira, 2017).

Em face aos dados apresentados, também foram identificados dados incompletos nos registros dos prontuários dos pacientes. Sabe-se que os registros têm por função principal expressar a qualidade da assistência prestada, descrever os processos de trabalhos, ser uma ferramenta de comunicação entre os profissionais e respaldar o profissional de saúde em suas ações, sendo item necessário nos processos de auditoria hospitalar. Nesse sentido, o preenchimento dos prontuários constituiu uma limitação do estudo, porém é uma prática que deve ser incentivada, a fim melhorar os aspectos supracitados e servir até como instrumento ainda mais fidedigno de pesquisa e de avanço das práticas assistenciais num determinado serviço (Camargo & Pereira, 2017; Borges et al., 2017).

## **5. Considerações Finais**

Com o presente estudo, foi possível analisar características sociodemográficas e clínicas de pessoas adoecidas por CCR submetidas ao tratamento cirúrgico em um hospital de referência na Amazônia brasileira. O câncer ainda é considerado um dos mais relevantes problemas de saúde pública e é imprescindível a realização de estudos que propiciem reflexões acerca do tratamento e da realidade da assistência em locais com peculiaridades geográficas e culturais.

O diagnóstico precoce é um fator que possibilita o tratamento oportuno da doença, aumentando assim as possibilidades de cura. No entanto para que ele ocorra são necessárias estratégias de rastreamento, sobretudo, com os grupos de risco. Se o CCR tivesse um manejo mais amplo na atenção primária e secundária, seriam menos os casos que iriam para o nível terciário e necessitariam de abordagem cirúrgica.

Neste estudo, as variáveis sexo e idade ganham destaque por mostrar o público que mais usufrui do nível terciário de assistência no CCR. Nas literaturas e nesse estudo, ocorreram mais cirurgias em homens com CCR, pelo fato de a grande maioria dos homens procurarem o serviço de assistência à saúde mediante um sintoma mais agravado e, por vezes, recorrendo especificamente ao tratamento cirúrgico como medida capaz de combater o estágio avançado do CCR.

Diante dos dados apresentados, apesar do estudo contribuir para reflexões acerca da caracterização e da assistência ao paciente com CCR submetido ao tratamento cirúrgico,

salienta-se que há uma limitação no método prospectivo utilizado associado ao curto período de coleta de dados, o que impede a possibilidade de generalização do estudo.

Nesse sentido, maiores pesquisas podem ser realizadas, utilizando outras abordagens metodológicas, a fim de identificar novos dados e permitir comparações e análises multidimensionais do CCR. Ressaltando-se ainda a importância da produção científica acerca desta temática, e da necessidade de uma abordagem cada vez mais atualizada que impacte nas políticas públicas de saúde.

## Referências

- Borges, F. F. D., Azevedo, C. T., Amorim, T. V., Figueiredo, M. A. G., & Ribeiro, R. G. M. (2017). Importance of nursing records according to nursing team: professionals and institutional implications. *Rev Enfer Cent-Oeste Min*, 7, 01-08. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0>. Acesso em 15 jun 2020.
- Camargo, L. R. L., & Pereira, G. R. (2017). Analysis of registries performed by nursing and possible audit impact: a review of national literature. *Rev Adm Saúde*. 2017. (68). Doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.68>. Acesso em 04 jun 2020
- Campos, F. G. C. M., Figueiredo, M. N., Monteiro, M., Nahas, S. C., & Cecconello, I. (2017). Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. *Rev. Col. Bras. Cir*, 44(2), 208-215. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017002004>. Acesso em 04 mai 2020.
- Carneiro-Neto, J. D., Barreto, J. B. P., Freitas, N. S., & Queiroz, M. A. (2006). Colorectal Cancer: Clinical and Anatomopathological Features in Patients Below 40 Years of Age. *Rev. bras. Colo-proctol*. 26(4):430-435, 2006. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802006000400009>. Acesso em 05 mai 2020.
- Carvalho, R. A. O. (2014). 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: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 26 abr 2020

Fey, A., Teixeira, J. V. C., Teixeira, J. V. C., Schinko, F. B., Vieira, A. M., & Becker, I.(2010). Trends and epidemiological profile of patients with cancer of the colon and rectum assisted on Hospital Regional do Alto Vale/Santa Catarina state in 2008. Arquivos Catarinenses de Medicina, 39(4), 62-67. <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/833.pdf>. Acesso em 15 mai 2020.

Gasparini, B., Valadao, M., Miranda-Filho, A., & Silva, C. M. F. P. (2018). Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer colorretal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no período 1980 a 2014. Cad. Saúde Pública, 34 (3), 1-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00038017>. Acesso em 25 abr 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (2014). Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Brasília (Brasil): Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE).

Menezes, C. C. S., Ferreira, D. B. B., Faro, F. B. A., Bomfim, M. S., & Trindade, L. M. D. F. (2016). Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. Rev. bras. promoç. Saúde, 29 (2), 172-179. Doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230>. Acesso em 18 mar 2020.

Ministério da Saúde. (2013). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em 21 mar 2020.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer- INCA. (2019). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional do Câncer – INCA.

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em 20 mar 2020.

Oliveira, M. M., Latorre, M. R. D., Tanaka, L. F., Rossi, B. M., Curado, M. P. Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. *Rev Bras epidemiol.* 2018; 21,1-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180012>. Acesso em 08 mai 2020.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 9ª ed. São Paulo: Artmed.

Ribeiro, H. S. C., Torres, O. J. M., Marques, M. C., Herman, P., Kalili, N. A., & Fernandes, E. S. M. I Brazilian consensus on multimodal treatment of colorectal liver metastases. Module 2: approach to resectable metástases. *ABCD arq. bras. cirur. dig.* 2016;29(1):09-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102>. Acesso em 17 mai 2020.

Rodrigues, S. C., Matos, S. S., Ferraz, A. F., Donoso, M. T. V., Borges, E. L., Silqueira, S. M. F., Mattia, A., & De Paula, D. M. (2016). Pós-operatório de pacientes com câncer colorretal estomizados: uma análise compreensiva. *Rev Sobecc.* 2016; 21(2), 90-96. Doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020005>. Acesso em 20 mai 2020.

Saldiva, P. H. N., & Veras, M. (2018). Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud. Av.* 32 (92),47-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>. Acesso em 01 abr 2020.

Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. (2015) *Coordenação estadual de atenção oncológica. Plano de Atenção Oncológica do Estado do Pará*. Pará (Brasil): Secretaria Estadual de Saúde Pública.

Silva, M., & Errante, P. R. (2016). Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 13 (33),133-140. <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/765>. Acesso em 27 mar 2020

Souza, G. D., Souza, L. R., Cuenca, R. M., Vilela, V. M., Santos, B. E. M., & Aguiar, F. S. (2018). Métodos de imagem no estadiamento pré e pós-operatórios do câncer colorretal.

ABCD arq. bras. cirur. dig, 31(2), 1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020180001e1371>. Acesso em 29 abr 2020.

Trindade, E. N., Ambrosini, L., Diemen, V. V., & Trindade, M. R. M. (2016). Pancreaticoduodenectomy and hemicolectomy in the treatment of advanced colon câncer. *Clinical Biomedical Research*, 36(4), 248-251. Doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730>. Acesso em 14 mai 2020.

Valadao, M., Leal, R. A., Barbosa, L. C., Carneiro, M., & Muharre, R. J. (2010). Profile of patients with colorectal cancer operated in a general hospital: We need an accessible and effective screening program. *Revista brasileira Coloproctologia*, 30(2), 160-166. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802010000200006>. Acesso em 16 mai 2020.

Valle, T. D., Turrini, R. N. T., Poveda, V. B. (2017). Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. *Rev. Latinoam. Enferm*, 25, 01-09. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1493>. Acesso em 07 mai 2020

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Marcos José Risuenho Brito Silva – 30%

Antônio Jorge Silva Correa Júnior – 25%

Natasha Cristina Oliveira Andrade – 15%

Mary Elizabeth de Santana – 30%