UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ROSEMEIRE APARECIDA DE OLIVEIRA DE CARVALHO

**Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes
com câncer colorretal em um hospital universitário de
2000 a 2010.**

RIBEIRÃO PRETO

2014

ROSEMEIRE APARECIDA DE OLIVEIRA DE CARVALHO

**Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes
com câncer colorretal em um hospital universitário de
2000 a 2010.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo Saúde – Doença e
Epidemiologia

Orientador: Thais de Oliveira Gozzo

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

CARVALHO, ROSEMEIRE APARECIDA DE OLIVEIRA DE

Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010. Ribeirão Preto, 2014.

84p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Thais de Oliveira Gozzo

1. Câncer Colorretal. 2. Perfil Epidemiológico. 3. Incidência. 4. Prevalência. 5. Sobrevida. 6. Atenção primária.

CARVALHO, ROSEMEIRE APARECIDA DE OLIVEIRA DE

Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Martino e Gentil**, por me ensinarem a importância da família e da educação. Ao meu pai que hoje não está mais conosco, mas que sempre se orgulhou das minhas conquistas, o melhor exemplo de ser humano que Deus podia me dar.

Ao meu esposo **Elias**, homem que Deus colocou na minha vida para eu saber o que é ser amada, respeitada, uma pessoa que sempre acreditou nos meus sonhos, me incentivou a buscá-los sempre, obrigada por entender as minhas ausências, e por me amar.

Às minhas filhas **Larissa e Isadora**, razão da minha vida, o presente que Deus me confiou para eu cuidar, amar e entender o que é um amor incondicional, meu maior tesouro, minhas amigas, companheiras, mesmo muitas vezes sentindo a minha ausência souberam entender o meu sonho e compartilharam a sua realização.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo seu amor por mim, pelo dom da vida, por estar presente em todos os momentos lado a lado e muitas vezes me colocando em seu colo.

As **minhas irmãs Rosane, Roselaine e Roselene** por estarem sempre ao meu lado e por acreditarem nos meus sonhos.

A minha **família e família do Elias**, que estiveram sempre presentes com palavras de apoio e incentivo nesta trajetória.

A todos os meus **amigos** que de alguma forma acompanharam este momento e entenderem a minha ausência.

À minha orientadora, Profa Dra **Thais de Oliveira Gozzo**, pela amizade, pela paciência, pelo aprendizado, por respeitar as minhas dificuldades e acreditar no meu trabalho.

À Profa Dra **Ana Maria de Almeida**, por suas valiosas contribuições, pelos ensinamentos e também por estar presente neste momento, passando tranquilidade, transparência e segurança.

Ao Prof. Dr. **Harley Francisco de Oliveira**, coordenador médico do Registro Hospitalar de Câncer, por confiar e acreditar no meu trabalho.

A estatística **Hayala C. Cavenague de Souza**, por seus ensinamentos e pelo trabalho realizado na análise do banco de dados.

A Profa Dra **Ione Carvalho Pinto** e Profa Dra **Gleici da Silva Castro Perdoná** pelas contribuições durante o exame de qualificação.

Aos demais **docentes, funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e funcionários da Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto**, que participaram desta caminhada.

A minha **chefia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, por me incentivar e proporcionar condições para desenvolver este trabalho.

A minha companheira de trabalho **Patrocinia Maria David** e aos estagiários do Registro Hospitalar de Câncer, **Flávia, Fernanda, Pedro, Gustavo, Carolina e André** que com o seu trabalho ajudam a construir este banco de dados, e compreender a sua importância para a pesquisa, para a Instituição e principalmente para os pacientes com câncer.

Aos amigos **do ambulatório e núcleo de vigilância epidemiológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, pelo incentivo e amizade.

Às minhas amigas **Aline Bonini Moysés, Ivany Facincani, Lílian de Andrade Sá e Renata Elisabete Pagotti** por estarem ao meu lado em todos os momentos, com palavras de estímulo, de conforto, chorando e rindo comigo, fazendo eu me sentir capaz em conquistar o meu sonho. “A amizade desenvolve a felicidade e reduz o sofrimento, duplicando a nossa alegria e dividindo a nossa dor.” – **Joseph Addison**

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem
sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que
ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura
enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

RESUMO

CARVALHO, R.A.O. **Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010.** 2014. 84f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O câncer colorretal (CCR) é o quarto tipo mais incidente mundialmente e a taxa de mortalidade ocupa a terceira posição. Apresenta desenvolvimento lento e bom prognóstico quando diagnosticado em estadio inicial. Apesar de ser um câncer que pode ter rastreamento populacional, as políticas públicas não têm conseguido estabelecer estratégias efetivas de prevenção e diagnóstico precoce. Este estudo teve como objetivo geral caracterizar o perfil epidemiológico da coorte dos pacientes diagnosticados com CCR, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Estudo de coorte retrospectivo, longitudinal, baseado em dados secundários do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HCFMRP-USP. As análises foram realizadas com o auxílio do Programa Excel 2010 da Microsoft e o Software R 3.0.1. Para análise da sobrevida, foi utilizado o método não paramétrico de Kaplan-Meier e para as associações foi aplicado o teste de Fisher e Qui-quadrado. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, nº 224.448/2012, Resolução CNS 466/2012. A população foi composta por 926 pacientes e os resultados evidenciaram prevalência do sexo masculino, com idade de 70 anos ou mais, 38,9% analfabetos/baixa escolaridade, 54,2% foram diagnosticados com o estadio III e IV e a localização predominante do tumor foi cólon e reto. O tempo médio entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de 19,8 dias e entre o diagnóstico e o tratamento, foi de 27,8 dias. Observou-se igual sobrevida para homens e mulheres, sendo que o tempo médio entre o início do tratamento e a ocorrência do óbito foi de 626,3 dias. Conclui-se que há necessidade de investir na prevenção primária do CCR, com ações que minimizem os fatores de riscos conhecidos e na prevenção secundária com testes efetivos, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Destaca-se ainda a urgente necessidade de políticas públicas mais direcionadas e investimento na educação permanente dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, que tem papel primordial na geração de conhecimento para esta população.

Palavras- chave: Câncer colorretal; Perfil epidemiológico; Incidência; Prevalência; Sobrevida; Atenção Primária.

ABSTRACT

CARVALHO, R.A.O. **Analysis of the epidemiological profile and survival of patients with colorectal cancer in a university hospital from 2000 to 2010.** 2014. 84f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

Colorectal cancer (CCR) is the fourth most incident cancer worldwide and is the third leading cause of cancer-related deaths. It develops slowly and has a good prognosis when identified in early stages. Even though it can be screened in the population, public policies have not established effective preventive measures or early diagnosis strategies. This study's general objective was to characterize the epidemiological profile of a cohort of patients diagnosed with CCR cared for by the *Hospital das Clínicas* at University of São Paulo at Ribeirão Preto, Medical School (HCFMRP-USP) from January 2000 to December 2010. This longitudinal, retrospective cohort was based on secondary data from the Cancer Hospital Record from HCFMRP-USP. Analyses were performed using Excel 2010, Microsoft and R software 3.0.1. For the analysis of survival, Kaplan-Meier non-parametric method was used and the Fisher's test and Chi-square were used for associations. The study was approved by the Institutional Review Board at the College of Nursing at Ribeirão Preto, USP according to CNS Resolution 466/2012 (No. 224,448/2012). The population was composed of 926 patients and the results show a prevalence of 70 years old or older males, 38.9% were illiterate or had low level of education, 54.2% were diagnosed at stages III and IV, while the predominant sites were colon and rectum. The average time between the first consultation and diagnosis was 19.8 days and 27.8 days between diagnosis and treatment. Equal survival rates were observed for both men and women while the average time between the beginning of treatment and death was 626.3 days. There is a need to invest in CCR primary prevention with actions that minimize known risks and secondary prevention with effective tests such as fecal occult blood test. We also highlight the urgent need of public policies focused on this condition and investment on the permanent education of healthcare professionals, especially nurses who play an essential role in transmitting knowledge to this population.

Key words: Colorectal Neoplasms; Health Profile; Epidemiology; Primary Health Care.

RESUMEN

CARVALHO, R.A.O. **Análisis del perfil epidemiológico y supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal en un hospital universitario de 2000 a 2010.** 2014. 84h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El cáncer colorrectal (CCR) es el cuarto tipo más incidente mundialmente y la tasa de mortalidad ocupa la tercera posición. Muestra desarrollo lento y buen pronóstico cuando diagnosticado en estadio inicial. A pesar de ser un cáncer con posibilidad de tamizaje poblacional, las políticas públicas no han conseguido establecer estrategias efectivas de prevención y diagnóstico precoz. El objetivo general de este estudio fue caracterizar el perfil epidemiológico de la cohorte de los pacientes diagnosticados con CCR, atendidos en el *Hospital das Clínicas* de la *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto* de la *Universidade de São Paulo* (HCFMRP-USP), en el período de enero de 2000 a diciembre de 2010. Estudio de cohorte retrospectivo, longitudinal, basado en datos secundarios del Registro Hospitalario de Cáncer (RHC) del HCFMRP-USP. Los análisis fueron desarrollados con ayuda del Programa Microsoft Excel 2010 y del *Software R 3.0.1*. Para análisis de la supervivencia, fue utilizado el método no paramétrico de Kaplan-Meier y para las asociaciones fue aplicada la prueba de Fisher y Chi-cuadrado. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto- USP, nº 224.448/2012, Resolución CNS 466/2012. La población fue compuesta por 926 pacientes y los resultados evidenciaron prevalencia del sexo masculino, con edad de 70 años o más, 38,9% analfabeto/baja escolaridad, 54,2% fue diagnosticado con el estadio III y IV y la localización predominante del tumor fue colon y recto. El promedio de tiempo entre la primera consulta y el diagnóstico fue de 19,8 días y entre el diagnóstico y el tratamiento 27,8 días. Fue observada igual supervivencia para hombres y mujeres, siendo que el promedio de tiempo entre el inicio del tratamiento y la ocurrencia del óbito fue 626,3 días. En conclusión, es necesario invertir en la prevención primaria del CCR, con acciones que minimicen los factores de riesgo conocidos y en la secundaria con pruebas efectivas, tales como la investigación de sangre oculta en las heces. Se destaca además la urgente necesidad de políticas públicas más dirigidas e inversión en la educación permanente de los profesionales de salud, principalmente el enfermero, que tiene papel primordial en la generación de conocimiento para esta población.

Palabras-clave: Neoplasias Colorrectales; Perfil de Salud; Incidencia; Prevalencia; Supervivencia; Atención Primaria de Salud.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início de tratamento segundo sexo dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto - SP, 2014.....48
- Gráfico 2** - Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento segundo a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto – SP, 201449
- Gráfico 3** - Tempo em dias decorrido para o início de tratamento dos pacientes que chegaram com ou sem diagnóstico de CCR e sem tratamento, dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto - SP, 201450
- Gráfico 4** - Tempo em dias de sobrevida entre o início do tratamento e o último seguimento dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 201451
- Gráfico 5** - Tempo em dias de sobrevida segundo sexo dos pacientes com CCR, conforme informação do último seguimento, dos casos registrados no RHC do HCFMRP – USP, de Ribeirão Preto - SP, 201452
- Gráfico 6** - Tempo em dias de sobrevida segundo a escolaridade dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP–USP, Ribeirão Preto - SP, 2014.54
- Gráfico 7** - Tempo em anos de sobrevida dos pacientes com CCR segundo ter ou não diagnóstico e tratamento anterior dos casos registrados no RHC do HCFMRP – USP, Ribeirão Preto-SP, 201455

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo, faixa etária e escolaridade (N=926), Ribeirão Preto – SP, 2014.....	41
Tabela 2 -	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo estadió clínico agrupado e topografia (N=926), Ribeirão Preto – SP, 2014.....	42
Tabela 3 -	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo Diretório Regional de Saúde (N=926), Ribeirão Preto - SP, 2014	43
Tabela 4-	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo e faixa etária (N=926), Ribeirão Preto - SP, 2014...44	
Tabela 5-	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo e estadiamento clínico (N=926), Ribeirão Preto - SP, 2014	44
Tabela 6 -	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo e topografia (N=926), Ribeirão Preto – SP, 2014	45
Tabela 7-	Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo DRS e estadiamento (N=926), Ribeirão Preto – SP, 2014	46
Tabela 8-	Tempo em dias decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico de CCR entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (N=880), Ribeirão Preto - SP, 2014	47
Tabela 9-	Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (N=897), Ribeirão Preto - SP, 2014	47
Tabela 10-	Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (N=897), Ribeirão Preto – SP, 2014.....	48
Tabela 11-	Tempo entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento de acordo com a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (N=897), Ribeirão Preto – SP, 2014.....	49
Tabela 12-	Tempo em dias decorrido entre o início do tratamento do CCR e o óbito entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. (N=864), Ribeirão Preto – SP, 2014.....	51

Tabela 13-	Tempo de sobrevida em anos dos pacientes com CCR segundo o sexo dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (n=896), Ribeirão Preto - SP, 2014	52
Tabela 14-	Tempo em anos de sobrevida dos pacientes com CCR em relação a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP, (n=864), Ribeirão Preto - SP, 2014	53
Tabela 15-	Tempo de sobrevida dos pacientes com CCR em relação ao grau de escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (n=926), Ribeirão Preto - SP, 2014	53
Tabela 16-	Tempo em anos de sobrevida dos pacientes com CCR em relação: com ou sem diagnóstico anterior e sem tratamento anterior, dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP (n=926), Ribeirão Preto, 2014.	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ATHOS	Atendimento Hospitalar
CRACON	Centro de Referência de Alta Complexidade Oncológica
CCR	Câncer Colorretal
CID-0	Classificação Internacional de Doenças Oncológicas
CNCC	Campanha Nacional de Controle ao Câncer
C17	Intestino Delgado
C18	Cólon
C19	Junção Retossigmoideana
C20	Reto
C21	Canal Anal
DBF	Data Base File
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FOSP	Fundação Oncocentro de São Paulo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HNPCC	Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAF	Polipose Heredo Familiar
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
RCBP_(s)	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC_(s)	Registro Hospitalar de Câncer
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH	Sistema de Informação Hospitalares
SIS	Serviço de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Classificação dos Tumores Malignos
USP	Universidade de São Paulo
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
WCRF	World Cancer Research Fund

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Registro Hospitalar do Câncer	26
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo Geral	31
2.2 Objetivos Específicos	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1 Delineamento do estudo.....	33
3.2 Local do estudo	33
3.3 Princípios éticos	35
3.4 População do estudo.....	36
3.5 Procedimentos de coleta de dados	36
3.6 Variáveis do estudo	37
3.7 Análise dos dados	38
4 RESULTADOS	41
4.1 Análise descritiva	41
4.2 Análise de sobrevida	47
5 DISCUSSÃO	57
6 CONCLUSÃO.....	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	81
ANEXO A – Ficha de admissão	81
ANEXO B – Ficha de seguimento	82
ANEXO C – Ofício de aprovação do desenvolvimento da pesquisa pelo CEP da EERP - USP.....	83
ANEXO D – Parecer ético da Instituição Proponente.....	84

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Câncer Colorretal (CCR) é o quarto tipo mais incidente no mundo com 17,2 /100 mil pessoas. É responsável por 1.360.000 casos novos de câncer, e as localidades mais desenvolvidas apresentam 55% dos casos. As taxas de mortalidade por este tipo de câncer estão em torno de 8,4/100 mil, ocupando a terceira posição no mundo (WHO, 2012).

A estimativa no Brasil para 2014 e válida para 2015 é de 576.580 casos novos de câncer, incluindo o câncer de pele não melanoma, com o CCR ocupando a quarta posição de incidência, atrás dos tumores de pele não melanoma, próstata e de mama. Os dados mostram que o CCR acometerá 32.600 mil brasileiros, sendo que, entre os homens será o terceiro mais incidente, atrás de próstata e pulmão, com 15.070 casos, enquanto que entre as mulheres será o segundo mais incidente, atrás do câncer de mama com 17.530 casos (INCA 2014).

Destaca-se que no Brasil, entre 55 a 70% dos pacientes com CCR chegam aos serviços para diagnóstico e tratamento em estádios avançados (III e IV), o que compromete os índices de sobrevida dos mesmos (VALADÃO *et al.*, 2010; FEY *et al.*, 2010; SÃO PAULO, 2009). Entende-se por estádios avançados III e IV, os tumores com envolvimento regional de linfonodos e os tumores com metástase a distância, de acordo com a Classificação dos Tumores Malignos (TNM), (INCA 2012). Nos Estados Unidos como em países na Europa, os índices dos estádios avançados têm semelhança com o Brasil, estão em torno de 57% (FISHER *et al.*, 2010).

Estas informações apontam para a necessidade da detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno. Além disso, otimizar o planejamento das atividades para diagnóstico precoce e escolha de tratamento a ser utilizado torna os custos totais menores (BRASIL, 2004).

O CCR é considerado uma doença de bom prognóstico e a sobrevida das pessoas acometidas, quando o diagnóstico é feito em estádios iniciais, é de cerca 55% para os países desenvolvidos e de 40% para os países em desenvolvimento. Este prognóstico faz com que o CCR seja o segundo tipo de câncer mais prevalente em todo o mundo, com aproximadamente 2,4 milhões de sobreviventes, atrás somente do câncer de mama em mulheres (INCA 2014).

Os CCR podem ocorrer no cólon, na junção retossigmoideana, no reto, no ânus e no canal anal. Destas diferentes localizações, o câncer de reto é o mais incidente (INCA 2014; VIANNA 2008). O CCR tem origem na mucosa interna do intestino grosso e a maioria destes tumores se origina a partir de lesões denominadas de pólipos, que são estruturas formadas pelo crescimento indevido da mucosa intestinal. Apesar de benignos os pólipos são considerados precursores dos CCR, mas esta transformação é lenta, geralmente acima de 10 anos. É uma doença passível de identificação, ressecção e prevenção e a polipectomia endoscópica reduz a incidência do CCR em até 90% e de morte em até 100% (SANTOS JR, 2007; SÃO PAULO, 2009).

A sintomatologia deste tipo de câncer, em geral, manifesta-se e torna-se mais frequente à medida que o tumor progride. As queixas mais comuns incluem a mudança no hábito intestinal, perda de peso, dor abdominal, presença de sangue nas fezes e dor ao evacuar (JENKINSON; STEELE, 2010).

O diagnóstico precoce baseia-se no conceito de que algumas doenças têm maiores chances de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida quando diagnosticadas mais cedo. Inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos em uma população presumivelmente assintomática (BRASIL, 2010). Destina-se a identificar os indivíduos com uma alteração sugestiva de um câncer específico no período pré-clínico, antes que tenham desenvolvido sinais e/ou sintomas relacionados à doença. Esses indivíduos necessitam continuar a investigação para confirmar ou descartar o diagnóstico de câncer (JENKINSON; STEELE, 2010; STEIN *et al.*, 2009).

A pesquisa de sangue oculto nas fezes é o método mais utilizado, principalmente o que usa o guáiacó. Estudos mostram que este método demonstra uma redução de óbitos por CCR com exames bianuais de 14 a 18%, e anuais em 33%. Outro método de uso mais recente para a pesquisa de sangue oculto nas fezes é o imunoquímico, específico para hemoglobina humana. Nesta técnica a dieta ingerida pelo paciente antes do exame não interfere no resultado, apresentando grande vantagem sobre o método tradicional que exigia restrição alimentar nos três dias que antecediam ao exame, e é melhor aceito pela população. Embora este novo método tenha um custo maior em relação ao tradicional, é compensado pelo menor número de falso positivo, além de diminuir o índice de pessoas

encaminhadas para exames complementares considerados mais invasivos e de alto custo (SÃO PAULO, 2009; JENKINSON; STEELE, 2010).

A colonoscopia é um procedimento considerado padrão-ouro no diagnóstico do CCR, é um exame tido como sensível e próprio para a detecção de tumores com pelo menos um centímetro de diâmetro. É um procedimento invasivo e caro, o que provavelmente o torna impraticável para o rastreamento populacional, além disso, não existem ensaios aleatórios que avaliem a colonoscopia como um procedimento para triagem populacional (JENKINSON; STEELE, 2010).

Durante o procedimento é possível realizar a coleta de materiais para estudos diagnósticos e a polipectomia para remoção de adenomas. Estima-se 0,3% de possíveis complicações como hemorragia e perfuração intestinal, e o resultado depende da experiência do endoscopista (JENKINSON; STEELE, 2010).

A colonoscopia deve ser a escolha para as pessoas de alto risco a partir dos 40 anos e como exame de rotina para aquelas de risco moderado com resultado positivo na pesquisa de sangue oculto nas fezes. Enquanto que para pessoas após os 50 anos de idade, consideradas de risco baixo e moderado, é indicada a pesquisa de sangue oculto nas fezes realizada anualmente (HABR-GAMA, 2005).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do CCR estão a ingestão de alimentos com alto teor calórico e de gordura, a baixa ingestão de frutas, legumes e fibras, a mudança de hábitos de vida da população, o aumento na expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e os avanços tecnológicos em diferentes áreas. Outro fator de risco é o consumo elevado de carne vermelha que está relacionado diretamente com a quantidade consumida. Estes valores são variáveis, sendo que o Ministério da Saúde brasileiro recomenda em suas normas que uma pessoa consuma diariamente cerca de 100 gramas do alimento, diretriz que difere do recomendado pelo World Cancer Research Fund (WCRF), que sugere o consumo de 500 gramas por semana de carne vermelha ou processada, como hambúrguer, salsicha e nuggets (CHAN; GIOVANNUCCI, 2010; INCA, 2014; CARVALHO, 2012).

Além dos fatores de risco deve-se considerar que o CCR pode ocorrer de forma esporádica ou ter origem familiar. A forma esporádica é responsável por 70 a 75% dos casos e, na maioria das vezes, se desenvolve a partir de pólipos adenomatosos em pessoas com idade acima de 55 anos e geralmente não está relacionada a fatores de risco conhecidos, sejam genéticos ou ambientais. Enquanto

que de 25 a 30% dos casos podem ter o fator familiar favorável para desenvolver a doença. Entre estes está o CCR não relacionado à polipose heredofamiliar (HNPPC), que é uma doença autossômica, com um fator de risco ainda inevitável, e a polipose heredofamiliar (PAF), que é transmitida por gene autossômico dominante, podendo ocorrer em pessoas na faixa etária de 35 a 40 anos (SANTOS JR, 2007; TÁRRAGA-LOPEZ, 2011).

A população em geral pode ser classificada de acordo com o risco de apresentar o CCR. Esta classificação pode ser definida como (HABR-GAMA, 2005):

- **População de baixo risco:** pessoas com idade superior a 50 anos e que não apresentam outros fatores de risco.
- **População de risco moderado:** pessoas que têm um ou mais parentes de primeiro grau com CCR e apresentam pólipos maior do que um centímetro ou vários pólipos de qualquer tamanho.
- **População de alto risco:** pessoas com história pessoal de CCR e que já tenham sido tratadas de forma curativa, ou que têm história familiar de CCR hereditário como PAF ou HNPPC, ou ainda que apresentem doença inflamatória intestinal, como pancolite ou colite esquerda.

Segundo Andermann *et al.* (2008) critérios definidos são necessários para que uma determinada doença seja selecionada para o rastreamento. Os critérios definidos por Wilson e Jugner (1968) são clássicos, chamados de padrão-ouro e são classificados em: ser um importante problema de saúde; ter um tratamento aceito pelo paciente; ter uma fase de latência ou assintomática como característica; ter um exame para rastreio adequado, aceito e disponível; ter uma história natural da doença bem definida e compreendida; ter programas para o tratamento baseados em evidência.

O CCR é uma doença com grande potencial para o programa de rastreio, pois apresenta história natural bem definida e vários estudos sobre o prognóstico já realizados em diferentes países apontam para a importância da fase do diagnóstico e do tratamento baseado em evidência (JENKINSON; STEELE, 2010).

Entende-se por rastreamento as ações organizadas que envolvam o uso de testes simples aplicados a determinados grupos populacionais, em geral são direcionadas à população assintomática, na fase subclínica da doença (BRASIL, 2010; JENKINSON; STEELE, 2010). Tem a finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estadios iniciais em indivíduos com doença

assintomática e possibilitar a mudança em seu prognóstico. Para o rastreamento do CCR é preconizada a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia (BRASIL, 2010).

Segundo Silva *et al.* (2011) há um consenso entre o Instituto Nacional do Câncer (INCA), American Cancer Society e Canadian Task Force para o rastreamento e a prevenção dos cânceres de mama, colo do útero e CCR.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que o rastreamento pode ocorrer de três formas diferentes (WHO, 2007):

- **Rastreamento organizado:** quando há um planejamento com pessoas convidadas, tendo frequência e faixa etária pré-definidas.
- **Rastreamento seletivo:** quando um grupo é identificado como de maior risco para determinada doença;
- **Rastreamento oportunístico:** quando exames de rastreamento são solicitados em uma consulta realizada pelo paciente por algum outro motivo de saúde ou em consulta de rotina. Este é o rastreamento para o CCR praticado no Brasil (STEIN *et al.*, 2009).

O rastreamento deve ser realizado de forma individualizada e de acordo com o risco ao qual a pessoa está exposta. Um estudo de metanálise mostrou que realizar o rastreamento anualmente e fazer o seguimento reduz o risco de CCR em 16% (HABR-GAMA, 2005).

É importante que se amplie o alcance do rastreamento, de modo a oferecer acesso fácil aos serviços de saúde e realizar campanhas educacionais, organizar uma rede para que os pacientes com resultados alterados tenham um seguimento adequado, proporcionar acesso aos serviços de média complexidade nos quais possam realizar o diagnóstico e o tratamento, pois esse é um ponto crítico para a organização do rastreamento precoce (PARADA *et al.*, 2008).

O programa de rastreamento dos Estados Unidos oferece aos indivíduos com risco médio e com mais de 50 anos a pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente, a sigmoidoscopia flexível a cada cinco anos e a colonoscopia a cada 10 anos; para os indivíduos com alto risco é exigida uma maior vigilância, ou seja, os exames começam em torno dos 40 anos e recomenda-se especificamente a colonoscopia (SMITH *et al.*, 2013).

A Espanha segue a recomendação de realizar rastreio de base populacional, que indica aos indivíduos de risco médio, com idade entre 50-74 anos, realizar a

pesquisa de sangue oculto nas fezes bianalmente, entretanto, a colonoscopia é indicada, apenas, para os indivíduos de alto risco. O Ministério da Saúde deste país estimou uma meta de cobertura de 50% para o rastreamento de indivíduos de risco médio para o CCR, em todo território nacional até o ano de 2015 (LOPEZ *et al.*, 2010).

A prevenção do CCR é de responsabilidade de todos os níveis de atenção à saúde, entretanto, a atenção primária favorece um maior alcance das ações, devido à relação próxima estabelecida com a população (LIEBERMAN, 2010). Segundo Mendes (2012), a Atenção Primária em Saúde (APS), como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, considera o sujeito na sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural. A APS tem responsabilidades quanto às ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos à população (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012; LIEBERMAN, 2010; BRASIL, 2010).

As ações de prevenção primária buscam identificar e remover causas e fatores de risco para um problema de saúde individual ou populacional, evitando que uma condição clínica se desenvolva em uma doença. É baseado em informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e como diminuir a exposição aos mesmos. Este tipo de prevenção trabalha com a comunidade, visando mudanças no estilo de vida do indivíduo, como a adoção de uma dieta saudável, rica em fibras, frutas e vegetais e pobre em gordura animal, além de estimular a prática de atividade física (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012; LIEBERMAN, 2010; BRASIL, 2010).

É neste nível de atenção à saúde que os métodos de rastreamento do CCR devem ser disponibilizados e fazer parte da rotina de atendimento conforme as diretrizes preconizadas no país. O acesso aos exames deve ser prático, mediante planejamento adequado e organização do serviço (LIEBERMAN, 2010).

Apesar de os exames e os procedimentos terem se estabelecido bem para o rastreamento e o diagnóstico precoce do CCR, existe dificuldade para a implantação destas estratégias. Mesmo em países com maior recurso, quando avaliada a relação custo-benefício em investimentos para estratégias que possibilitem a detecção e a prevenção do CCR, estes acabam inviabilizando o rastreamento populacional. Essas estratégias permitem não somente diagnosticar pólipos, mas principalmente diminuir a incidência e a mortalidade pelo CCR (LASSANCE *et al.*, 2012).

Para mudar o panorama atual do câncer, é imprescindível que haja estímulo à busca de informações precisas e de qualidade sobre a incidência e a prevalência da doença nas populações, e se propicie a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, visando à redução de danos, das taxas de mortalidade e das despesas públicas (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

O câncer, de modo geral, deve ser avaliado de modo abrangente, com medidas que englobem o ensino, a pesquisa, a prevenção e a assistência. Nesse sentido, a informação é uma importante ferramenta, que pode ser usada para fins de estudos epidemiológicos, para o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas para o controle do câncer, e para a avaliação da assistência prestada (PARADA *et al.*, 2008).

A participação governamental, bem como de agências que provêm seguros de saúde e do empresariado, é fundamental para implementar o programa. O Estado deve prover subsídios para difusão dos conhecimentos sobre saúde, para treinamento e capacitação de profissionais, para realização adequada dos testes e métodos diagnósticos em número proporcional à demanda e à criação de ambulatorios de atenção primária e especializados de referência. Além do benefício da cura desta doença que é frequente, de incidência em ascensão, evitável, curável quando com diagnóstico precoce, porém muitas vezes fatal, a implantação destas medidas seguramente se reverterá em economia de recursos para o país (HABR-GAMA, 2005).

A falta de informações precisas e de qualidade geradas pelos serviços prejudica a tomada de decisão por parte da administração dos serviços de saúde, no tocante à eficácia e à eficiência dos tratamentos ofertados, bem como da alocação de recursos necessários para o atendimento dos pacientes (KLIGERMAN, 2000).

Recomenda-se que estratégias para o diagnóstico precoce sejam implementadas com divulgação dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso rápido aos serviços de saúde que realizam os procedimentos de diagnóstico para os casos suspeitos e fácil alcance para o tratamento adequado quando necessário. São estratégias necessárias para consolidar os protocolos de descoberta precoce desse tipo de câncer, visando o futuro programa populacional de rastreamento (BRASIL, 2010).

A assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito da saúde, pois inclui os custos diretos com exames preventivos, testes diagnósticos e tratamentos. Acresce-se a isso os custos indiretos, em decorrência da incapacidade produtiva do indivíduo e da morbimortalidade relacionada ao câncer e/ou a seu tratamento (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

No Brasil, as diretrizes para o controle dos cânceres de colo de útero e mama são bem definidas, mas observa-se dificuldades em identificar entre as políticas públicas a assistência específica à oncologia, dirigida aos indivíduos com risco para o CCR. Pode-se observar que ações preventivas e de diagnóstico precoce foram incluídas nas diretrizes dos programas de controle das doenças crônico-degenerativas ou relacionadas aos grupos etários específicos como a criança, a mulher e o idoso (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

A falta de diretrizes para a detecção precoce parece estar desvinculada das ações propostas para o tratamento. Um exemplo disso é a Lei 12.732/12, sancionada pela presidente da República Dilma Rousseff e que entrou em vigor em 23 de maio de 2014, que define que todo o paciente com diagnóstico de câncer incluso em seu prontuário deve iniciar o seu tratamento no máximo em 60 dias, realizando cirurgia, sessões de quimioterapia ou radioterapia conforme protocolo definido pelo médico.

Até o momento não estão disponíveis estudos acerca do tempo gasto pelo paciente com CCR para avaliar o impacto da referida lei no tratamento oncológico. Entretanto, Paiva (2013) descreve que as pacientes com câncer de mama usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco levaram nove meses para percorrer o trajeto desde o início dos sintomas até o início do tratamento, de modo que as pacientes puderam observar a progressão de sua doença, comprometendo seu tratamento.

Apesar da importância da prevenção e do diagnóstico precoce do CCR, também são conhecidas as dificuldades da realidade brasileira relacionadas às condições socioeconômicas desfavoráveis, à falta de conhecimento sobre este tipo de câncer pela população, o que pode retardar e até mesmo dificultar o acesso ao sistema de saúde, como também à falta de condições para o diagnóstico precoce. Essa realidade é a responsável pelo atraso do diagnóstico e tratamento, sendo estes realizados com a doença em estádios avançados, o que torna os casos mais

complexos, demandando internações, tratamentos prolongados e agressivos (HABR-GAMA, 2005).

Além disso, cada região do país possui características particulares em relação às condições de saúde da população, e a assistência muitas vezes é influenciada por fatores históricos, sociais e políticos. As consequências dessa diversidade refletem tanto no processo de organização dos serviços de atendimento ao público, como no estabelecimento das políticas adotadas (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

Diante do que foi exposto entende-se que é de grande importância conhecer o perfil dos pacientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sendo este um Centro Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON) e referência para todo Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII e outros DRSs e estados.

Desta forma, a realização deste estudo traz para o HCFMRP-USP a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) que por meio de seu banco de dados pode proporcionar informações ao administrador sobre o atendimento e a qualidade do serviço prestado aos pacientes oncológicos. Além disso, pode contribuir para o planejamento estratégico e a tomada de decisão e auxiliar nas ações de políticas públicas, estratégias de prevenção, atendimento e seguimento dos pacientes oncológicos, e também com informações que podem ajudar na estruturação e planejamento do serviço de oncologia nas suas atividades assistenciais e gerenciais. A escolha do estudo do paciente com CCR foi pela sua alta incidência, por ser mais frequente em pessoas idosas com outras comorbidades, tornando os casos mais complexos, demandando cuidados especializados.

1.1 Registro Hospitalar do Câncer

Durante a Reforma Carlos Chagas em 1921 no Brasil, iniciou-se a preocupação com a epidemiologia; neste período foi criado o Departamento Nacional de Câncer para organizar e consolidar as estatísticas de câncer. Era preciso notificar os casos de cânceres e por isso o atestado de óbito passou a ter quesitos sobre a doença (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

O Decreto-lei 15.971 de 04 de julho de 1944 criou o Serviço Nacional de Câncer, que tinha como uma de suas atribuições colaborar com o Serviço Federal de Bioestatística e realizar um levantamento em todo território nacional acerca da morbidade e mortalidade do câncer. A Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) em 1968 tinha como objetivo incentivar a implantação de novos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBPs) em várias regiões do país, pois nesta época o único registro existente era o de Recife-PE. A partir de então, novos registros foram criados: em São Paulo (1969), em Fortaleza (1971) e em Porto Alegre (1973) (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

No Rio de Janeiro, em 1983, foi criado o primeiro RHC do Brasil, no INCA. Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.535/1998, definiu critérios para credenciar os centros de atendimento em oncologia, e estabeleceu a obrigatoriedade de formar e manter em funcionamento um RHC. Em janeiro de 2000 foi publicada a Resolução SS-15 da Secretaria do Estado de São Paulo, que incumbiu a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) de coordenar a implantação do RHC no estado de São Paulo (BRASIL, 2010).

O Brasil possui como fontes de informações específicas: o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), o RHC e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac-Oncologia), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), (BRASIL, 2010).

As informações dos RHCs são importantes para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer. É um instrumento que possibilita o aprimoramento do serviço prestado pela instituição aos seus pacientes. Os registros são baseados nos dados hospitalares, monitoram e avaliam os cuidados prestados aos pacientes com câncer.

Estas informações também contribuem para traçar o perfil dos pacientes atendidos, evidenciam os aspectos demográficos e apontam como os recursos estão sendo usados no diagnóstico e no tratamento, acompanhando a evolução da doença e o estado geral dos pacientes ao longo do tempo. Além disso, o RHC pode ser utilizado como fonte de informações para o planejamento administrativo da Instituição, oferecer dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados, possibilitar controle eficiente do seguimento dos pacientes e contribuir na formação dos profissionais e na melhoria da qualidade do prontuário médico (SHANMUGARATNAM, 1995).

A principal fonte de informação é o prontuário médico hospitalar, sendo que os dados nele coletados são registrados na folha de admissão da FOSP. Neste instrumento estão contempladas informações sobre a identificação dos pacientes, sua situação no momento do diagnóstico do tumor e da sua admissão na Instituição, informações sobre o tumor (topografia, morfologia, estadiamento, localização de metástases), sobre a proposta de tratamento e sobre a evolução da doença. A Instituição que registra o tumor é responsável pelo planejamento, tratamento e pelo seguimento deste paciente (BRASIL, 2010).

Considera-se que a informação na área da saúde não é somente um instrumental sistêmico-funcional, e sim um processo de relações que permite analisar os serviços, as intervenções em saúde, além de auxiliar na organização ou na reorganização do modelo assistencial (SÃO PAULO, 2005).

Para a elaboração dos registros, a estratégia utilizada é baseada na coleta, estruturação e análise de informações relativas às patologias diagnosticadas e tratadas nos hospitais. Com destaque para as informações relativas ao tratamento realizado na instituição e na evolução dos seus pacientes (ARREGUI, 2000).

A falta de informações precisas e de qualidade geradas pelos serviços prejudica a tomada de decisão por parte da administração dos serviços de saúde, no tocante à eficácia e eficiência dos tratamentos ofertados, bem como da alocação de recursos necessários para o atendimento dos pacientes (PINTO, 2008).

Os registros de câncer que são realizados por meio dos RHCs e os RCBPs se constituem um importante instrumento de apoio à formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica, ao planejamento de saúde, à avaliação da qualidade da atividade assistencial e também como um recurso para a elaboração de pesquisas clínicas e trabalhos científicos (INCA, 2010).

Com as informações do RHC e RCBP Brasil, os gestores do SUS nos três níveis de governo (Municipal, Estadual e Federal) têm à sua disposição esta ferramenta de apoio à avaliação, à tomada de decisão e ao planejamento das ações de saúde. Assim, suas ações passaram a ser baseadas em informações sobre as características dos pacientes, sua doença e as condições de atendimento nos hospitais de alta complexidade em oncologia de todo o país, o que inaugurou uma nova fase na gestão da rede de atenção. Espera-se que com a implementação do RHC Brasil seja possível a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes

e seus familiares e da qualidade de vida além da diminuição da morbimortalidade pelo câncer no país (BRASIL, 2007).

Além disso, localmente, os dados do RHC também auxiliam a gestão do hospital e o seu corpo clínico, por obter informações para definir os rumos e a condução da instituição, e a avaliação da qualidade do próprio trabalho, o que torna possível estabelecer comparações com outros serviços ou em diferentes momentos da própria instituição, bem como o desenvolvimento de pesquisas (MOURA *et al.*, 2008).

As informações em saúde são geradas para responder aos objetivos e finalidades da área e dos serviços de saúde. Na Espanha, o Serviço de Informação em Saúde (SIS) informatizou os Centros de Atenção Primária, o que contribuiu para a desburocratização das atividades realizadas nestes Centros. Esta experiência pode servir de exemplo para o Brasil, que por sua vez luta para a implementação de seu sistema de informação em saúde no SUS, o qual se encontra repleto de instrumentos, indicadores e sistemas para uma rede de intercomunicação otimizada e resolutiva (PINTO, 2008).

Para obter resultados positivos, é necessário que os profissionais utilizem o programa vigente de maneira correta, necessitando de aprendizagem para adaptar-se a uma nova forma de registrar e obter informações em saúde. Como afirma Pinto (2008), *“atributos da informação e a pertinência à situação possibilitam uma maior eficiência do sistema, e assim possibilitam sua utilização enquanto uma ferramenta analisadora no agir em saúde nos processos de intervenção”*.

Empregar dados provenientes de bases administrativas apresenta vantagens como o grande número de casos registrados, o reduzido tempo entre a ocorrência do evento e o seu registro no sistema, a possibilidade de identificação do paciente (pelo menos em alguns dos sistemas), a minimização de problemas relacionados ao viés de participação (mudança de comportamento do indivíduo devido à participação no estudo) e a possibilidade de realização de estudos com diversos enfoques em diferentes subgrupos populacionais (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil epidemiológico da coorte dos pacientes diagnosticados com CCR e atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com CCR inseridos no Registro Hospitalar de Câncer do referido hospital.
- Caracterizar os pacientes com CCR quanto ao estadio clínico da doença, topografia, patologia e sobrevida.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Delineamento do estudo

Estudo de coorte retrospectivo, longitudinal e baseado em dados secundários. É considerado coorte, pois após a identificação de um grupo de indivíduos, as informações de interesse são coletadas de modo que esse grupo pode ser seguido no tempo. Retrospectivo, pois o investigador tem conhecimento de que os fatos já ocorreram e que os dados de interesse podem ser coletados em arquivos; e longitudinal, pois cada indivíduo é observado em mais de uma ocasião (PEREIRA, 2002; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

O estado de São Paulo é dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) de forma regional e promover uma interface com os municípios e a população. Ribeirão Preto é a sede do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), que é composto por 26 municípios, com uma população que em 2010 era de 1.327.989 habitantes, de acordo com o último censo apresentado na Figura 1. Além disso, o DRS XIII também é sede da macrorregião noroeste do estado de São Paulo com aproximadamente 3.500.000 habitantes (CAPELI, 2008; CAMPOS, 2013).

Fonte: Prefeitura de Ribeirão Preto-SP

Figura 1 – Mapa dos municípios do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) de Ribeirão Preto – 2014.

O HCFMRP-USP está incluído na rede de assistência à saúde do DRS XIII, e localiza-se na cidade de Ribeirão Preto. É um hospital público, universitário e considerado uma autarquia vinculada à Secretaria da Saúde de São Paulo (SES-SP) e associado à Universidade de São Paulo por meio da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Foi criado por meio da Lei 3.274 de 23/12/1955 e iniciou suas atividades em 31 de junho de 1956, tem o compromisso de desenvolver ações de ensino, pesquisa e assistência à população atendida (CAPELI, 2008).

Atualmente conta com 850 leitos de internação, e no ano de 2013 realizou 440.953 procedimentos ambulatoriais, 35.666 internações, 2.793.650 exames laboratoriais e 32.967 cirurgias. Quanto às consultas, foram realizadas 541.674, dessas, 32.937 foram nos ambulatórios de oncologia e 3.313 no ambulatório de proctologia oncológica (HCFMRP, 2013).

Importante ressaltar que o HCFMRP-USP não atende somente o DRS XIII, pois após os pactos realizados no sistema de saúde para garantir o atendimento aos pacientes, o referido hospital também ficou responsável por servir de referência para os DRSs de Araraquara, Franca, Barretos e São João da Boa Vista. Além disso,

também recebe pacientes provenientes de outros DRSs do estado de São Paulo e de outros estados, principalmente de Minas Gerais (CAPELI, 2008).

O HCFMRP-USP é um hospital de nível terciário e quaternário, é também um Centro de Referência de Alta Complexidade Oncológica (Cracon), por isso é referência para essa população. Com este perfil e atendendo a um grande número de pacientes oncológicos, o HCFMRP-USP foi também definido como uma das 71 instituições para a organização e controle das informações referentes aos dados hospitalares desses pacientes (SÃO PAULO, 2009).

Definiu-se como local deste estudo o setor de RHC do HCFMRP-USP, que iniciou suas atividades no ano 2000. Na sua abertura contava apenas com um oficial administrativo e o enfermeiro foi inserido em 2008 com o objetivo de contribuir com a busca ativa da informação. Atualmente, além do enfermeiro e do oficial administrativo, as atividades do setor são realizadas por mais três estagiários que são alunos dos cursos de graduação da USP.

3.3 Princípios éticos

Este estudo foi autorizado pela Coordenadoria do Registro Hospitalar de Câncer do HCFMRP-USP e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, processo nº 224.448/2012, atendendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução CNS 466/2012.

Foi solicitada e aprovada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Justificou-se a solicitação por tratar-se de informações secundárias e de revisão de prontuários de pacientes submetidos ao tratamento de CCR, em que muitos usuários receberam alta do serviço, foram a óbito, perderam ou abandonaram o seguimento do tratamento. Destaca-se ainda que nenhum paciente foi identificado no estudo, preservando sua identidade.

3.4 População do estudo

Para a definição da população do estudo partiu-se dos dados constantes no banco do RHC em agosto de 2013, que contava com 931 pacientes cadastrados com CCR.

Os critérios de inclusão selecionados foram: homens e mulheres acima de 18 anos, de qualquer raça, que tiveram diagnóstico de CCR no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010, identificados no banco de dados do RHC. Para identificar o diagnóstico de CCR foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) e neste estudo foram incluídos: C17 (Intestino Delgado), C18 (Cólon), C19 (Junção Retossigmoidiana), C20 (Reto), C21 (Canal Anal).

Foram excluídos os pacientes que apresentavam metástases intestinais ou chegaram ao serviço com recidiva do CCR durante o período analisado.

No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010 foram cadastrados no RHC do HCFMRP-USP 931 casos de CCR e destes, cinco pacientes não preenchiam aos critérios de inclusão do estudo, pois apresentavam idade menor que 18 anos. A população foi composta por 926 pacientes.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Foi utilizado como referência, o RHC do HCFMRP-USP que faz uma coleta sistematizada dos dados, como características pessoais, diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes com câncer atendidos na instituição. Este RHC segue a padronização recomendada pela FOSP e contém dois instrumentos denominados folha de admissão (Anexo A) e folha de seguimento (Anexo B).

Para a coleta de dados, foi gerado um relatório em Data Base File (DBF) do banco de dados do RHC do HCFMRP-USP, em 14 de agosto de 2013, que continha as informações referentes aos dois instrumentos citados.

A complementação das informações foi feita a partir de uma revisão sistemática do prontuário médico do paciente, da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) para os

dados cadastrais e do Atendimento Hospitalar (ATHOS) para exames complementares. Destaca-se que estes dois últimos pertencem ao sistema eletrônico da instituição.

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis sociodemográficas foram definidas de acordo com o Manual de Registros Hospitalares de Câncer do INCA (INCA, 2010):

- Idade: definida a partir da data de nascimento constante no prontuário.
- Data da 1ª consulta: considera-se a data de atendimento do paciente pelo serviço responsável pelo seu diagnóstico/tratamento; desconsidera-se as consultas de triagem ou de orientação e as entrevistas sociais.
- Data do 1º diagnóstico: considera-se a data da confirmação anátomo-patológica do tumor.
- Localização primária: corresponde à localização anatômica do tumor.
- Estadio: é o registrado no prontuário pelo médico durante o diagnóstico.
- Data do início do tratamento: está relacionada ao início efetivo do tratamento antineoplásico específico para o tumor.
- Tratamento realizado: diz respeito ao conjunto de procedimentos que compõem o primeiro tratamento do paciente no hospital. Devem ser cadastrados, de forma cronológica e sequencial, todos os recursos de tratamento aplicados, especificamente para o tratamento do tumor ou suas metástases, possibilitando a repetição de uma mesma modalidade de terapêutica, caso tenha sido aplicada mais de uma vez.
- Data do óbito: informação utilizada para o cálculo de sobrevida do paciente.
- Tempo de espera: período da data da primeira consulta até o início do tratamento.
- Tempo de observação: período da data do primeiro diagnóstico até 31 de dezembro de 2012.

As variáveis para a caracterização sociodemográfica foram sexo e escolaridade.

3.7 Análise dos dados

Para atingir aos objetivos propostos neste estudo, a análise dos dados foi realizada em duas etapas, sendo: análise descritiva e análise de sobrevida. As análises foram realizadas com o auxílio do Programa Excel 2010 da Microsoft e o Software R 3.0.1.

Depois da geração do arquivo DBF com os dados do RHC do HCRFMRP-USP, estes foram digitados em planilhas do Excel 2010 e após dupla digitação, procedeu-se a validação e foram realizadas adequações conforme divergências identificadas. A seguir, foram desenvolvidas tabelas e gráficos.

Para análise descritiva, foi utilizada média e desvios-padrões para as variáveis quantitativas, e frequências absoluta e percentual para variáveis categóricas. Para comparação de variáveis categóricas em dois ou mais grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

A análise do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi realizada com o teste de Log-Rank. Os casos identificados por gênero foram avaliados separadamente e, buscando analisar se os tempos foram iguais, realizou-se um teste de igualdade, em que se verificaram as hipóteses:

H₀: Os tempos dos dois grupos são iguais.

H_a: Os tempos dos dois grupos são diferentes.

Para análise de tempos de sobrevida foram construídas as curvas de Kaplan-Meier e elas foram comparadas via teste Log-Rank. Foi considerado nível de significância de 0,05 e no caso de variáveis com mais de duas categorias, a correção de Bonferroni foi utilizada para comparação de categorias duas a duas, de forma que a significância passa a ser $0,05/K$, onde K é o número de comparações.

Os dados de análise de sobrevida consistem em estudar o tempo de vida de objetos ou pessoas, sendo que a variável resposta é por natureza longitudinal. Segundo Giolo e Colosimo (2006), dados de sobrevida são caracterizados pelos tempos de falha e, muito frequentemente, pelas censuras. Estes dois componentes constituem a resposta. Os autores dizem que o tempo de falha é o tempo até a ocorrência do evento de interesse e a censura é a observação parcial ou incompleta da resposta. Também ressaltam que, mesmo censurados, todos os resultados provenientes de um estudo de sobrevida devem ser usados na análise estatística,

pois a omissão das censuras no cálculo das estatísticas de interesse pode acarretar conclusões viciadas.

Para análise da sobrevida, foi utilizado o método não paramétrico de Kaplan-Meier (COLLET, 1994; COLOSIMO; GIOLO, 2006) e para as associações foi aplicado o teste de Fisher.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Análise descritiva

Entre os casos analisados, os resultados apontam que, em relação ao sexo, o CCR apresentou-se distribuído de maneira semelhante entre homens e mulheres, porém com ligeiro predomínio do sexo masculino, com 51,3% dos casos (Tabela 1).

A faixa etária predominante foi de 70 anos ou mais, com 34% do total de pacientes. Observa-se ainda que 58,4% dos casos foram diagnosticadas entre as faixas etárias de 40 a 69 anos. A média de idade dos casos estudados foi de 61,8 anos com desvio-padrão de 14,5 (Tabela 1).

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos indivíduos tinha baixa escolaridade com 38,9% de analfabetos e primeiro grau incompleto e 36% com primeiro grau completo, totalizando 74,9% dos sujeitos com oito anos ou menos de tempo de estudo (Tabela 1).

Tabela1 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	475	51,3
Feminino	451	48,7
Faixa Etária		
Até 19	01	0,2
20-29	17	1,8
30-39	52	5,6
40-49	111	12,0
50-59	213	23,0
60-69	217	23,4
70+	315	34,0
Escolaridade		
Analfabeto	78	8,4
1º Grau incompleto	282	30,5
1º Grau completo	333	36,0
2º Grau	155	16,7
Superior	51	5,5
Sem informação	27	2,9

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Os estadios III e IV foram os mais prevalentes (54,2%), enquanto que as topografias mais incidentes foram o câncer de cólon com 46,9%, e o de reto com 32,9% dos casos cadastrados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo estadio clínico agrupado e topografia. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

Variáveis	N	%
Estadio clínico agrupado		
0	14	1,5
I	140	15,1
II	200	21,6
III	310	33,5
IV	192	20,7
X*	15	1,6
Y**	55	6,0
Topografia		
Intestino delgado	55	5,9
Cólon	434	46,9
Junção retossigmoidiana	94	10,2
Reto	305	32,9
Canal anal	38	4,1

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Observou-se que a maioria (79,3%) dos pacientes atendidos no HCFMRP-USP era proveniente dos municípios que compõem a região do DRS XIII, 14,5% eram oriundos de outros DRSs, com destaque para Araraquara, Franca, Barretos e São João da Boa Vista. Além disso, também foram registrados pacientes provenientes de outros estados brasileiros, sendo o mais frequente o de Minas Gerais com 5,6% (Tabela3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP, segundo Diretório Regional de Saúde. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

Diretório Regional de Saúde	N	%
DRS I – SÃO PAULO	4	0,4
DRS II – ARAÇATUBA	2	0,2
DRS III – ARARAQUARA	21	2,3
DRS V – BARRETOS	15	1,6
DRS VI – BAURU	7	0,8
DRS VIII – FRANCA	40	4,3
DRS IX – MARÍLIA	2	0,2
DRS X – PIRACICABA	5	0,5
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	734	79,3
DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	35	3,9
DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	2	0,2
DRS XVII – TAUBATÉ	1	0,1
MINAS GERAIS	52	5,6
GOIÁS	2	0,2
SANTA CATARINA	2	0,2
PARAÍBA	2	0,2
Total	926	100,0

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

A média de idade entre os homens foi de 62,2 anos com desvio-padrão de 13,7 anos, e entre as mulheres foi de 61,4 anos com desvio-padrão de 15,3 anos. De acordo com o sexo e a faixa etária, observa-se que entre os homens na faixa etária de 70 anos ou mais, os casos de CCR alcançaram um percentual de 31,2%. Destaca-se a faixa etária de 50 a 69 anos que englobou 52,2% dos casos. Entre as mulheres, houve predomínio dos casos na faixa etária de 70 anos ou mais com 37% dos casos e as de 50 a 69 anos totalizaram 40,4%. Houve diferença significativa na distribuição dos casos de CCR na faixa etária de 60 a 69 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo e faixa etária. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

SEXO	Faixa etária							Total
		10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Masculino	N	1	3	25	50	114	134	148
	%	0,2	0,6	5,3	10,5	24	28,2	31,2
Feminino	N	0	14	27	61	99	83	167
	%	0,00	3,1	6	13,5	22	18,4	37
Total		1	17	52	111	213	217	315

Fonte: RHC/HCFMRP-USP (Valor de p= 0,001)

Quando relacionado o estadiamento clínico do CCR no diagnóstico ao sexo dos pacientes, observa-se que tanto para os homens quanto para as mulheres houve predomínio do estágio III com 32,2 e 34,8% respectivamente, não se observando diferença estatisticamente significativa (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo e estadiamento clínico. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

Sexo	Estadiamento Clínico						Total
		0	I	II	III	IV	Outros
Masculino	N	10	66	109	153	105	32
	%	2,1	13,9	23	32,2	22,1	6,7
Feminino	N	4	74	91	157	87	38
	%	0,9	16,4	20,2	34,8	19,3	8,4
Total		14	140	200	310	192	70

Fonte: RHC/HCFMRP-USP (Valor de p= 0,28)

Observa-se que os sítios de maior ocorrência de CCR dos casos estudados foram o C18 (cólon) e o C20 (reto), tanto em homens como em mulheres; para topografia C18 houve diferença significativa na distribuição entre os sexos, com predominância deste sítio de acometimento entre as mulheres, com 49,5%, conforme evidencia-se na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo sexo e topografia. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

SEXO	Topografia*					Total	
		C17	C18	C19	C20		C21
Masculino	N	20	211	48	175	21	475
	%	4,2	44,4	10,1	36,9	4,4	
Feminino	N	35	223	46	130	17	451
	%	7,7	49,5	10,2	28,8	3,8	
Total		55	434	94	305	38	926

Fonte: RHC/HCFMRP-USP (Valor de p=0,03)

Legenda: *C17- Intestino delgado, C18 - Cólon, C19 - Junção retossigmoidiana, C20 - Reto, C21 - Canal anal.

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos casos estudados de acordo com o estadiamento clínico, segundo o DRS de onde foram referenciados. Destaca-se que a maioria dos pacientes (53,3%) foi referenciada pelo DRS XIII – Ribeirão Preto e diagnosticada nos estádios avançados (III e IV). Observa-se ainda que a quase totalidade dos municípios que referenciaram pacientes para o HCFMRP-USP o fizeram com a doença avançada, destacando-se o estado de Minas Gerais com 57,7% dos pacientes.

Tabela 7 - Distribuição dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP segundo DRS e estadiamento. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

DRS (DRS)		Estadiamento						Total
		0	I	II	III	IV	Outros	
I – SÃO PAULO	N	0	1	2	0	1	0	4
	%	0	25	50	0	25	0	
II – ARAÇATUBA	N	0	0	1	0	0	1	2
	%	0	0	50	0	0	50	
III – ARARAQUARA	N	0	2	2	9	5	3	21
	%	0	9,5	9,5	42,9	23,8	14,3	
V – BARRETOS	N	0	1	5	4	3	2	15
	%	0	6,7	33,3	26,7	20	13,3	
VI – BAURU	N	2	2	1	1	1	0	7
	%	28,6	28,6	14,3	14,3	14,3	0	
VIII – FRANCA	N	1	4	8	16	10	1	40
	%	2,5	10	20	40	25	2,5	
IX – MARÍLIA	N	0	0	1	1	0	0	2
	%	0	0	50	50	0	0	
X – PIRACICABA	N	0	0	2	2	1	0	5
	%	0	0	40	40	20	0	
XIII – RIBEIRÃO PRETO	N	9	114	164	243	148	56	734
	%	1,2	15,5	22,4	33,1	20,2	7,6	
XIV – S. J. DA BOA VISTA	N	0	6	5	14	7	3	35
	%	0	17,1	14,3	40	20	8,6	
XV – SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	N	0	0	0	2	0	0	2
	%	0	0	0	100	0	0	
XVII – TAUBATÉ	N	0	0	1	0	0	0	1
	%	0	0	100	0	0	0	
MINAS GERAIS	N	1	10	7	16	14	4	52
	%	1,9	19,2	13,5	30,8	26,9	7,7	
GOIÁS	N	0	0	0	1	1	0	2
	%	0	0	0	50	50	0	
SANTA CATARINA	N	1	0	1	0	0	0	2
	%	50	0	50	0	0	0	
PARAÍBA	N	0	0	0	1	1	0	2
		0	0	0	50	50	0	
Total		14	140	200	310	192	70	926

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

4.2 Análise de sobrevida

Dos 926 pacientes cadastrados, 46 chegaram no serviço com diagnóstico, destes, seis com tratamento e 40 sem nenhum tratamento de CCR realizado, e 880 pacientes chegaram sem diagnóstico e sem tratamento. O tempo médio decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de 19,8 dias com desvio-padrão de 51,8 com mediana de seis dias (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo em dias decorrido entre a primeira consulta e o diagnóstico de CCR entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=880).

N	Média	D. P	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
880	19,8	51,8	0	0	6	19	925

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Entre os 926 casos analisados, observou-se que para 332 (37%) o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento foi zero, pois foram diagnosticados no momento do procedimento cirúrgico, que foi o primeiro tratamento recebido por este grupo; 333 (37,1%) iniciaram o tratamento entre um e 30 dias após o diagnóstico, 139 (15,5%) entre 30 e 60 dias e 93 (10,4%) com mais de 60 dias. Os outros 29 pacientes não receberam nenhum tratamento, pois 23 deles foram a óbito em seguida ao diagnóstico, dois recusaram o tratamento proposto e quatro apresentaram a doença avançada e não tinham condições clínicas para realizar o tratamento indicado.

Tabela 9 - Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=897).

Tempo (dias)	N	%
0	332	37
1-30	333	37,1
30 até 60	139	15,5
60 ou +	93	10,4
Total	897	100

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento teve média de 27,8 dias com desvio-padrão de 80,3 dias (Tabela 10).

Tabela 10 - Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=897).

N*	Média	D. P	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
897	27,8	80,3	0	0	7	31	1229

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

*Excluídos 29 pacientes que não receberam tratamento para o CCR.

No gráfico 1 os pacientes estão agrupados por sexo e foi realizado o teste de Log-Rank, com p-valor = 0,72. Conclui-se que o tempo (em dias) decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento foi igual para os dois grupos até cerca de 750 dias, e após esse tempo, foi maior para as mulheres.

Gráfico 1 – Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início de tratamento segundo o sexo dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N= 897).

Quando relacionamos o tempo entre o diagnóstico do CCR e a escolaridade, observamos que as curvas não são iguais e que o valor de p-Log-Rank = 0,034 rejeita a hipótese nula (não há diferenças), assim há diferenças entre o 1º grau incompleto com o 1º grau completo e 2º grau (Tabela 11).

Tabela 11 - Tempo entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento de acordo com a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014. (N=897)

Variáveis	Variáveis	P-VALOR
Analfabeto	1º Grau incompleto	0,143
Analfabeto	1º Grau completo	0,89
Analfabeto	2º Grau	0,478
Analfabeto	Superior	0,70
1º Grau incompleto	1º Grau completo	0,0159
1º Grau incompleto	2º Grau	0,00223
1º Grau incompleto	Superior	0,30
1º Grau completo	2º Grau	0,51
1º Grau completo	Superior	0,88
2º Grau	Superior	0,52

Fonte: RHC DO HCFMRP-USP

No gráfico 2 observa-se que até 400 dias não há diferença entre as curvas em relação à escolaridade e o início do tratamento, entretanto, após este período, até 900 dias observa-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior foi o tempo para o início do tratamento. Essa diferença para o início de tratamento pode estar relacionada ao fato de que é um banco de dados secundários e que pode haver falha na padronização para a coleta das informações pelos registradores.

Gráfico 2 – Tempo em dias decorrido entre o diagnóstico de CCR e o início do tratamento segundo a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Os pacientes admitidos no HCFMRP-USP sem diagnóstico/sem tratamento foram comparados com aqueles admitidos com diagnóstico/sem tratamento e pode-se observar curvas próximas entre as duas categorias até 200 dias. Após este tempo, nenhum dos pacientes do grupo com diagnóstico/sem tratamento iniciou tratamento, entretanto, o grupo de pacientes sem diagnóstico/sem tratamento iniciou algum tratamento em até 1200 dias. Apesar disso, o gráfico 3 mostra que não houve diferenças entre as curvas dos grupos (valor $p=0,74$).

Gráfico 3 – Tempo em dias decorrido para o início de tratamento dos pacientes que chegaram com ou sem diagnóstico de CCR e sem tratamento dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014.

Dos 926 pacientes cadastrados no RHC no período da coleta dos dados, foram excluídos 62 da análise de sobrevivência por impossibilidade no cálculo de tempo entre o início do tratamento e o óbito. Destes, 25 foram a óbito antes de iniciar qualquer tratamento; para 33 pacientes houve mudanças nos dados cadastrais, o que inviabilizou a busca de novas informações; e quatro não receberam nenhum tratamento e continuavam em seguimento. Quanto aos outros pacientes, segundo o seguimento concluído pelo RHC, 443 constavam como vivos e 421 foram a óbito.

O tempo médio de sobrevida entre o início do tratamento e o último seguimento realizado pelo RHC com a condição vivo foi de 1786 dias, com desvio-padrão de 1074,7 dias, e para a condição de óbito foi de 626,3 dias, com desvio-padrão de 712,2 dias (Tabela 12).

Tabela 12- Tempo em dias decorrido entre o início do tratamento do CCR e o óbito entre os casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=864).

	N	Média	DP	Mínimo	1º quartil	Mediana	3º quartil	Máximo
Vivo	443	1786	1074,7	152	1032	1465	2379	4856
Óbito	421	626,3	712,2	0,00	100	374	936	4206

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Observa-se no gráfico 4 que a curva de sobrevida geral em cinco anos foi cerca de 49%, e em 10 anos, cerca de 36%.

Gráfico 4 – Tempo em dias de sobrevida entre o início do tratamento e o último seguimento dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

Quando analisada a sobrevida em relação ao sexo em anos, observa-se que em 10 anos foi de 33,4% para homens e 40,5% para mulheres, ou seja, em 10 anos havia mais mulheres vivas, proporcionalmente, do que homens (Tabela 13).

Tabela 13- Tempo de sobrevida em anos dos pacientes com CCR segundo o sexo dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=896).

Sexo	5 anos (%)	10 anos (%)
Masculino	45,4	33,4
Feminino	53,7	40,5

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

Quando analisado o tempo de sobrevida em dias entre o sexo dos pacientes (p-valor do teste de Log-Rank= 0,06), não houve diferença significativa. Apesar disso, a gráfico 5 mostra uma tendência de sobrevida maior nas mulheres a partir dos 900 dias.

Gráfico 5 - Tempo em dias de sobrevida segundo sexo dos pacientes com CCR, conforme informação do último seguimento dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto - SP, 2014

O tempo de sobrevida em relação ao grau de escolaridade aponta que a sobrevida em cinco e em 10 anos foi maior para os pacientes com o primeiro grau completo, com 59,9% e 43,4%, respectivamente, quando comparadas a outras escolaridades (Tabela 14).

Tabela 14- Tempo em anos de sobrevida dos pacientes com CCR segundo a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=864).

	5 anos	10 anos
Analfabeto	47,2%	36,1%
1º Grau incompleto	41,2%	32,3%
1º Grau completo	59,9%	43,4%
2º Grau	44,6%	32,7%
Superior	54,8%	40%

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

A análise de sobrevida em relação ao grau de escolaridade dos pacientes com CCR apontou resultados estatisticamente significativos entre analfabetos e 1º grau completo e entre 1º grau incompleto e 1º grau completo (p-valor teste Log-Rank= 0,00898) como demonstrado na Tabela 15.

Tabela 15- Tempo de sobrevida dos pacientes com CCR segundo a escolaridade dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

Variáveis	Variáveis	p-valor*
Analfabeto	1º Grau incompleto	0,97
Analfabeto	1º Grau completo	0,02
Analfabeto	2º Grau	0,38
Analfabeto	Superior	0,09
1º Grau incompleto	1º Grau completo	0,001
1º Grau incompleto	2º Grau	0,21
1º Grau incompleto	Superior	0,04
1º Grau completo	2º Grau	0,13
1º Grau completo	Superior	0,74
2º Grau	Superior	0,23

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

* Aplicado à correção de Bonferroni: nível de significância dividido pelo número de comparações, que resulta diferenças estatisticamente significantes para p-valor $\leq 0,005$.

O gráfico 6 mostra a sobrevida em dias segundo a escolaridade e pode-se observar que há diferenças entre os níveis de escolaridade até 1500 dias. A partir de 4200 dias há uma proximidade entre as curvas dos níveis de escolaridade.

Gráfico 6 - Tempo em dias de sobrevida segundo a escolaridade dos casos de CCR registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

A partir da análise de sobrevida em relação aos grupos de paciente com diagnóstico/sem tratamento e sem diagnóstico/sem tratamento na sua chegada ao serviço, observa-se que não há evidência de diferença entre as curvas (p-valor do teste de Log-Rank = 0,551). Porém, no gráfico observa-se que o paciente com diagnóstico/sem tratamento apresenta sobrevida maior até nove anos, após este período, os pacientes do grupo sem diagnóstico/sem tratamento se destacam com sobrevida acima de 12 anos.

Gráfico 7 - Tempo em anos de sobrevida dos pacientes com CCR segundo ter ou não diagnóstico e tratamento anterior dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

A sobrevida dos pacientes com CCR em cinco anos foi de 49,4% para os que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento, já entre os pacientes com diagnóstico e sem tratamento o índice foi de 52,1%. Em 10 anos a sobrevida dos pacientes que chegaram sem diagnóstico e sem tratamento foi de 37,4%, já entre os pacientes com diagnóstico e sem tratamento foi de 26%(Tabela 16).

Tabela 16 - Tempo em anos de sobrevida dos pacientes com CCR segundo ter ou não diagnóstico e tratamento anterior, dos casos registrados no RHC do HCFMRP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2014 (N=926).

	5 anos	10 anos
Sem diagnóstico/sem tratamento	49,4%	37,4%
Com diagnóstico/sem tratamento	52,1%	26%

Fonte: RHC/HCFMRP-USP

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Estima-se que nas próximas décadas o número de casos de CCR irá aumentar em torno de 62% entre os países desenvolvidos (KARSA *et al.*, 2010). Este aumento na incidência se reflete em um aumento na demanda dos cuidados com os pacientes para a detecção, o estadiamento e as intervenções terapêuticas, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia (BISHEHSARI *et al.*, 2014).

Neste estudo foi identificado um discreto predomínio do sexo masculino (51,3%) entre as pessoas acometidas pelo CCR, dados que também foram encontrados por Brambilla *et al.* (2012) no Brasil e por Hagggar e Boushey (2009), e Lee *et al.* (2013) nos Estados Unidos. Contrariamente, no estudo de Fey *et al.* (2010) houve predomínio de mulheres, resultado que vem ao encontro das estimativas do INCA (2014), em que se espera um número maior de mulheres diagnosticadas com este tipo de neoplasia.

Após os 40 anos de idade há um aumento progressivo no risco do indivíduo ser diagnosticado com CCR, risco que aumenta progressivamente após os 50 anos, sendo que mais de 90% dos casos diagnosticados são em pessoas com 50 anos ou mais (NCI, 2006). Dados semelhantes foram observados no presente estudo com 80,4% dos casos diagnosticados em homens e mulheres acima de 50 anos.

O predomínio da doença em indivíduos de faixa etária economicamente ativa também foi encontrado por Rodrigues e Ferreira (2010), que ressaltaram essa característica entre os indivíduos pesquisados no referido estudo. Este fato pode representar prejuízo financeiro para a família e para a sociedade, como ausências no trabalho, perda do emprego, além de incapacidade funcional quando associado ao tratamento, pois o fato de a maioria ser diagnosticada com doença avançada aumenta ainda mais os custos da doença.

O fato de 75% dos pacientes com CCR serem analfabetos ou com primeiro grau pode ter comprometido sua adesão às práticas de saúde adequadas para a prevenção e detecção da doença, apesar de tal associação não ter sido investigada. Para Brito *et al.* (2010), quanto maior o grau de escolaridade, melhor será o conhecimento em saúde e sobre o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, nos estudos realizados por Santos *et al.* (2013) e Melo *et al.* (2010), não foram

encontradas diferenças significativas entre o conhecimento sobre câncer, a sua prevenção e o grau de instrução dos pacientes.

Ainda analisando a escolaridade, Stumm, Oliveira e Kirschner (2008) constataram que a baixa escolaridade, também, está relacionada com a deficiência de conhecimento sobre os fatores de risco, como interpretar sinais e sintomas, sobre exames de rotina para detecção precoce e a prevenção do câncer em geral. Martins, Valente e Thuler (2009) afirmam que baixo grau de escolaridade é um dos fatores que, associado a outras variáveis como baixa renda *per capita*, velhice, estado civil, aumentam a prevalência de falhas no rastreamento do câncer em geral.

O CCR é uma doença que apresenta poucos sinais ou sintomas no início de seu desenvolvimento, o que contribui para que o diagnóstico seja realizado tardiamente. Este diagnóstico tardio e o estadió avançado da doença comprometem o prognóstico do paciente e a sua sobrevivência (SÃO PAULO, 2009).

É importante salientar que no estudo desenvolvido, os diagnósticos foram feitos com a doença em estádios III e IV (54,2%) e as principais topografias foram de cólon e reto. Esses dados são similares aos encontrados em outros estudos nacionais e internacionais (VALADÃO *et al.*, 2010; FEY *et al.*, 2010; SÃO PAULO, 2009; HELEWA *et al.*, 2013).

Um dos fatores que pode favorecer também o diagnóstico tardio destes pacientes é a dificuldade de acesso e/ou de atendimento nas diferentes unidades da Atenção Primária em Saúde (APS) (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Dentre os casos avançados, destaca-se que 12% eram provenientes de outros DRS ou de outros estados do país. Entretanto, a maioria dos casos era proveniente do DRS XIII e a caracterização desses pacientes pode trazer subsídios importantes para os gestores. Conhecer o perfil dos pacientes da sua região de abrangência possibilitará traçar políticas de rastreamento do CCR priorizando os grupos de risco, aumentando o acesso aos serviços de saúde na atenção básica e criando uma rede de atenção a prevenção e detecção precoce do câncer para seguimento dos pacientes com alterações nos exames de sangue oculto, bem como planejamento de metas para os exames complementares diminuindo o tempo de diagnóstico.

A implementação de ações de rastreamento do CCR na Atenção Básica à Saúde, porta de entrada no sistema de saúde, pode aumentar a detecção precoce

por alcançar a população de menor escolaridade e nível socioeconômico e com menor conhecimento da doença.

Observa-se que no Brasil, as ações para a detecção do CCR são realizadas por meio do rastreamento oportunístico. Em estudo realizado com o objetivo de analisar o efeito das medidas de prevenção e que avaliou a incidência e a redução de CCR por meio do rastreamento organizado em um município do estado de São Paulo, os autores não conseguiram estimar o efeito da campanha realizada. Porém, afirmaram que foi possível observar diagnósticos precoces, melhor prognóstico do paciente, além da redução do CCR a longo prazo (PEREZ *et al.*, 2008).

Resultados de estudos nacionais corroborados pelo INCA consideram que o rastreamento seletivo para a detecção precoce do CCR pode diminuir o índice de mortalidade, visto ser um câncer de crescimento lento, e o paciente leva em torno de cinco a dez anos para apresentar os primeiros sintomas (BRASIL, 2011; ROSTRIOLLA *et al.*, 2009; FEY *et al.*, 2010).

Diante do exposto e da constatação da necessidade de estratégias para diminuir o número de pacientes com diagnósticos tardios da doença, é importante salientar neste estudo as iniciativas do Ministério da Saúde sobre o tema. Com o objetivo de estimular as ações voltadas para o indivíduo e a coletividade, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) por meio da Portaria 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005. Estas ações têm foco na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, apoio ao tratamento do câncer, cuidados paliativos e seguimento do paciente oncológico e devem ser trabalhadas em todos os níveis de atenção, da Atenção Básica de Saúde (ABS) e Estratégias Saúde da Família (ESF) até os hospitais secundários, terciários e quaternários (CESTARI; ZAGO, 2005; SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010).

Uma das determinações da PNAO é integrar as ações desenvolvidas nas UBSs e ESFs para melhorar o fluxo do atendimento à população em atividades de prevenção e diagnóstico precoce de câncer, além de realizarem o seguimento dos pacientes oncológicos. Entretanto, a demora pelo agendamento e a qualidade questionável do atendimento nas UBSs e ESFs fazem com que aumente a procura pelo Pronto Atendimento (PA). Com isso, este serviço passa a ser a porta de entrada dos pacientes aos serviços de saúde, pois no PA toda a demanda espontânea da população deve ser atendida, além de dispor de equipamentos, exames e de distribuir os medicamentos (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Destaca-se que entre as premissas básicas do SUS, as ações de saúde devem ser descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, agregando os três níveis de atenção, o que se aplica para os casos oncológicos. Vale lembrar que as UBSs prestam atendimento ambulatorial e dispõem de profissionais com formação para oferecer cuidados básicos, promoção, manutenção, recuperação da saúde e uma atenção resolutive. As UBDS prestam os cuidados em várias especialidades para as doenças mais complexas. Enquanto que para a atenção terciária são encaminhados os pacientes que demandam cuidados de maior complexidade, muitas vezes sendo necessária internação hospitalar (SANTOS *et al.*, 2003). Mas essas premissas não garantem a redução do fluxo de indivíduos nos níveis de maior complexidade, como no caso do PA.

Entretanto, como apontam Marques e Lima (2007), o PA tem como demanda o atendimento de situações graves e de risco para o paciente, solução de situações pontuais que são caracterizadas como não urgentes e atendimento complementar ao que recebeu em outro serviço. O diagnóstico precoce do câncer requer ações de prevenção e promoção da saúde por meio de uma equipe multidisciplinar que tenha vínculo com sua população, e neste sentido o PA não seria indicado. Seu uso como porta de entrada para o sistema de saúde descaracteriza a sua finalidade de atendimento de urgência, podendo prejudicar o atendimento de situações reais de emergência devido à sobrecarga de atendimento de outras situações.

Dentro dessa temática, Silva *et al.* (2013), Rosa e Radünz (2013) afirmam que a organização do SUS, atualmente, coloca a APS como porta de entrada e esta é responsável pelo encaminhamento para os outros níveis de saúde, assim, espera-se que os usuários além de serem acolhidos na APS recebam uma atenção resolutive. O fluxo de atendimento dos pacientes no SUS é burocratizado, com necessidade de vários encaminhamentos para diversos serviços, o que impossibilita atendimentos em curto período de tempo e favorece o avanço e o agravamento de muitas doenças, como o câncer.

Desse modo, o modelo de assistência proposto para a atenção básica, que não tem priorizado as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tem dificultado o acesso dos pacientes com CCR para a detecção precoce. Visando minimizar os efeitos desta realidade que é também frequente em outros tipos de câncer, a Lei nº 12.732, regulamentada pelo Governo Federal em 22 de novembro de 2012, estabelece que o paciente que receber diagnóstico de câncer, com

resultado patológico registrado em seu prontuário, deve iniciar o tratamento no prazo de 60 dias.

Pode-se observar neste estudo que, quando analisado o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico definitivo de CCR dos pacientes, a média foi de 19,8 dias; o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, a média foi de 27,8 dias, e 52,6% iniciaram o tratamento em até 60 dias, conforme disposto pela referida lei.

Apesar de a maioria (52,6%) dos pacientes atendidos no HCFMRP-USP estar no prazo estabelecido pela Lei nº 12.732, os diagnósticos foram realizados em estádios avançados. Pelas informações avaliadas, não foi possível identificar o tempo entre o primeiro sinal ou sintoma até o diagnóstico, prazo que não está estabelecido pela referida lei, e é neste período que ocorre o maior atraso, seja porque o paciente não procura o serviço por desconhecimento ou medo, seja pelas dificuldades enfrentadas para adentrar ao sistema de saúde.

Para isso é necessário um sistema de saúde resolutivo, com políticas públicas direcionadas à APS. A APS pode ser definida como uma estratégia na atenção à saúde, mas para isso deve cumprir três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A resolubilidade é parte do cuidado primário, ela deve ser resolutiva, capacitada e com tecnologia, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A comunicação precisa ter condições de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes níveis da rede. A responsabilização é o conhecimento e o relacionamento próximo à população assistida (MENDES, 2012).

Observa-se, portanto, que há necessidade de maior investimento na APS para a ampliação do acesso, ações de rastreamento e diagnóstico dos diferentes tipos de cânceres em estadio inicial. Estas ações poderiam melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes; pela eficácia dos tratamentos e pela precocidade dos mesmos, haveria uma redução nos custos em saúde. Como referência para a organização de políticas públicas, na Europa, apesar de a maioria dos países não ter estabelecido triagem organizada para o CCR, Brenner *et al.* (2012) relatam que houve aumento na sobrevida em todas as regiões associado ao decréscimo das taxas de incidência do CCR.

Um exemplo de ação organizada é o estudo realizado por Parente e colaboradores (2009) com moradores na província de Lecco, na Itália. Os autores

avaliaram o rastreamento de CCR, realizado por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes de 38.693 indivíduos identificados no banco de dados do Serviço de Saúde Regional, com idade entre 50 a 69 anos. Para implementar as ações, farmacêuticos foram treinados para entregar e coletar os kits dos pacientes da região urbana, e voluntários da Cruz Vermelha ficaram responsáveis pelos pacientes da zona rural. Os exames foram processados por um único laboratório. Os pacientes com resultados negativos foram notificados pelo correio e aconselhados a repetir o exame após dois anos. Já os pacientes com resultados positivos foram contatados por uma enfermeira, com especialidade em endoscopia, e tiveram a colonoscopia agendada no prazo de vinte dias. De 2.392 amostras positivas, 340 foram excluídas, por estarem em vigilância endoscópica para CCR, terem realizado colonoscopia nos últimos cinco anos, apresentarem comorbidades que contraindicavam este procedimento, recusarem o exame endoscópico ou realizarem investigação de CCR em outros centros. Foram feitas 2.052 colonoscopias, nestas detectaram 4,6% de CCR, sendo que 81% em estádios iniciais (I e II) e os pacientes foram tratados com protocolos que visavam à cura. Além disso, constataram que a pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo método imunoquímico apresentou resultados mais precisos, o que proporcionou uma economia significativa para o sistema de saúde e melhor prognóstico para os indivíduos rastreados.

Em relação ao tratamento do CCR, na Espanha, Bujanda *et al.* (2010) referem que nas últimas décadas houve avanços, com a introdução de novas drogas no mercado e a diminuição de cirurgias de emergências, o que favoreceu a queda da mortalidade no pós-operatório. Estes avanços no tratamento podem ter contribuído para o aumento da sobrevida entre estes pacientes, sendo que o número de sobreviventes atualmente corresponde ao dobro do que há 20 anos.

Para realizar análise de sobrevida são utilizadas técnicas estatísticas que pretendem analisar um fenômeno em relação a um período de tempo, como o tempo transcorrido entre um evento inicial e a ocorrência do evento final, que pode ser o desenvolvimento de uma doença, a resposta de um tratamento, a recaída ou a morte (TEIXEIRA; FAERSTEIN; LATORRE, 2002).

A sobrevivência ao câncer é um indicador sobre a eficiência dos cuidados oferecidos pelos sistemas de saúde, mas é um critério complexo de análise. Em estudo de base populacional realizado na Europa, o EURO CARE-5, foi avaliado o câncer de cólon e o câncer de reto separadamente. Para o câncer de cólon não se

observou diferenças significativas entre homens e mulheres, enquanto que as mulheres com câncer retal apresentaram sobrevida maior do que os homens. Foi avaliada a sobrevivência em cinco anos para dois períodos de tempo (1999-2001 e 2005-2007), nos quais se observou o aumento de 54,2% para 58,1% para o câncer de cólon, e de 52,1% para 57,6% para o câncer retal (ANGELIS *et al.*, 2014).

Observou-se neste estudo que a sobrevida média entre o início do tratamento e o óbito foi de 626,3 dias com desvio-padrão de 712,2 dias, e que a sobrevida global variou de 11 a 13 anos e não houve diferenças entre os gêneros. Neste estudo observou-se sobrevida global em cinco anos de 49,3%.

Em estudo realizado na Espanha por Lopez-Abente *et al.* (2010), que avaliaram as mudanças na incidência e mortalidade por CCR, referiram que os pacientes com CCR apresentaram sobrevida geral de 53,6% em cinco anos, e que nos pacientes que sobreviveram ao primeiro ano após o diagnóstico foi de 70,7%; e também que a sobrevida entre as mulheres (54,5%) foi ligeiramente maior do que entre os homens (53,4%). Os autores relataram que na Espanha houve um aumento na sobrevida dos pacientes com CCR, em relação à média europeia.

O CCR está associado ao desenvolvimento econômico, é considerado uma epidemia moderna, entretanto, oferece oportunidades de prevenção primária já que os fatores de risco são conhecidos, e prevenção secundária com testes efetivos para a detecção precoce. É um tumor que representa um desafio para os próximos anos, quando se trata de prevenção primária, de implementação de rastreio da população e planejamento de assistência oncológica (LOPEZ-ABENTE *et al.*, 2010).

As informações produzidas pelos RHCs são importantes para análise de sobrevida dos pacientes cadastrados, pois, além de traçarem um perfil destes, favorecem a avaliação do atendimento e da assistência prestada pela Instituição. Entretanto, deve-se salientar que, como afirma Lee *et al.* (2013), a falta de padronização no preenchimento das fichas, interpretação errônea das informações coletadas, erros de digitação, apesar do treinamento dos registradores, e prontuário do paciente que possui dados registrados por vários profissionais, o banco de dados utilizado pode apresentar limitações que, de alguma maneira, pode interferir nos resultados apresentados.

Trabalhar com informações padronizadas e precisas auxilia no planejamento do tratamento, fornece indicação do prognóstico, ajuda na avaliação dos resultados

do tratamento, facilita a troca de informações entre centros e contribui para as pesquisas sobre o câncer (SÃO PAULO, 2009).

Estas informações também auxiliam no planejamento da atenção primária com a elaboração de estratégias para implementação de ações de prevenção e de diagnóstico precoce e, principalmente, de educação permanente para os profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2013; MELO *et al.*, 2010).

Destaca-se que em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, por meio da portaria 198/GS. Nesta portaria o MS define educação permanente como *“(...) aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades da saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho”* (BRASIL, 2004).

A equipe de saúde deve perceber que o seu papel é importante dentro da organização do serviço, e que profissionais qualificados e treinados podem detectar sinais e sintomas de possíveis cânceres, além de atuar junto à população para melhorar a adesão desta aos programas de prevenção do câncer e de promoção da saúde em geral (SIMINO; SANTOS; MISHIMA, 2010; CESTARI; ZAGO, 2005). Ressalta-se o papel do profissional enfermeiro na equipe de saúde, pois este apresenta conhecimento técnico e científico para atuar com a população do seu espaço territorial, conhecendo os seus atores e desenvolvendo a sistematização de enfermagem no seu atendimento.

Observou-se neste estudo que o perfil epidemiológico e a sobrevida dos pacientes com CCR inseridos no RHC do HCFMRP- USP condiz com o que está descrito na literatura. Apesar de o serviço estar de acordo com o que determina a Lei nº 12.732, quanto ao intervalo de tempo para o início do tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer, os dados coletados pelo RHC não possibilitam identificar o tempo entre os primeiros sinais e sintomas da doença e o diagnóstico.

Entretanto, como a maioria dos pacientes foram diagnosticados em estádios avançados do CCR, aponta-se para a necessidade de investimentos na APS para que o indivíduo tenha acesso rápido e efetivo ao serviço de saúde. Serviços com protocolos e exames para rastreamento e diagnósticos precoces de câncer, além de equipe multiprofissional treinada e com conhecimento para atuar no diagnóstico e na educação da população que é assistida pelos mesmos.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou caracterizar o perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes diagnosticados com CCR, e também caracterizar os pacientes com CCR quanto ao estadió clínico da doença, topografia, patologia e sobrevida.

Observou-se que 51,3% dos pacientes eram do sexo masculino, com predomínio da faixa etária de 70 anos ou mais (34%), média de idade de 61,8 anos e desvio-padrão de 14,5 e 75% eram analfabetos ou de baixa escolaridade. Os estadios III e IV foram os mais prevalentes com 54,2% e as topografias mais incidentes foram de cólon, com 46,9%, e de reto, com 32,9%.

Os pacientes atendidos no serviço eram provenientes dos municípios que integram o DRS XIII, como esperado em resultado das pactuações. Entretanto, o serviço recebe pacientes encaminhados de outros DRSs e de outros estados da federação com destaque para Minas Gerais. A maioria chegou sem diagnóstico ou tratamento, o tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico foi de 19,8 dias, o diagnóstico e o início do tratamento está dentro do prazo determinado pela Lei nº 12.732 que é de no máximo 60 dias.

A sobrevida, de acordo com o sexo, não apresentou diferenças estatisticamente significativas, porém pode-se observar que a sobrevida em cinco anos foi de 45,4% de homens e 53,7% de mulheres. Já em relação ao grau de escolaridade houve diferença estatisticamente significativa para o grupo analfabeto com primeiro grau completo e entre o primeiro grau incompleto e completo.

Os pacientes que chegaram ao serviço sem diagnóstico e sem tratamento apresentaram uma sobrevida global acima de 12 anos, e os que chegaram com diagnóstico e sem tratamento apresentaram sobrevida aproximada de 12 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que há necessidade de investimentos na prevenção primária do CCR, com ações que minimizem os fatores de riscos conhecidos, e na prevenção secundária com testes efetivos, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes, para o diagnóstico precoce.

As políticas de saúde devem ser um elo entre o governo e a sociedade, apesar de sofrerem influência de acordo com as mudanças dos governos, pois se observa atualmente que as políticas de saúde são criadas de acordo com os interesses do governo vigente. Os profissionais da saúde devem praticar a cidadania por meio de reivindicações, participação nas discussões dos conselhos de saúde do seu município, pois conhecem o processo de trabalho nas suas instituições, podendo fazer valer os direitos do indivíduo como também os seus deveres e assim termos uma sociedade mais participativa.

Nesse sentido, o principal desafio deste século é a valorização do conhecimento, das crenças e valores dos indivíduos. É importante o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde para prevenção e detecção precoce das doenças crônico-degenerativas.

Deve haver também mudanças na educação básica da população e no ensino específico dos profissionais da área de saúde, já que estes podem proporcionar aos indivíduos, conhecimento sobre as doenças e assim promover uma adesão aos programas de promoção da saúde e prevenção do câncer.

Com o elevado número de diagnósticos em estádios avançados do CCR, destaca-se a necessidade de investimentos em atividades de educação permanente com os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro que tem papel primordial na transmissão de conhecimento para esta população, muitas vezes de baixa escolaridade.

Desta forma, deve-se enfatizar a importância de políticas públicas que façam o intercâmbio entre as atividades da atenção primária com a atenção terciária, para que o encaminhamento dos pacientes para o tratamento seja eficaz, aumentando assim a sobrevivência destes, em sua maioria do sexo masculino, em idade produtiva e economicamente ativos na manutenção familiar, e também contribuam para o crescimento e o desenvolvimento do país.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

AMERICAN CANCER SOCIETY. Key Statistics for Colorectal Cancer. “Disponível em:” < <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/index>>. Acesso em 08 out. 2014.

ANDERMANN, A. et al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of the selection criteria over the last 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v.86, n.4, apr, 2008.

ANNING, L. et al. Management of young onset colorectal cancer: divergent practice in the East of England. **Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland**, London, v.13, n.9, p. 297-302, sept, 2011.

ANGELIS, R. et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of. EURO CARE-5 – a population based study. **The Lancet Oncology**, Roma, v.15, n.1, p. 23–34, jan, 2014.

ARREGI, M. M. U. Registro hospitalar de câncer: cinco anos de experiência no Instituto do câncer do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Fortaleza, v.46, n.4, p.377-387, 2000.

BISHEHSARI, F. et al. Epidemiological transition of colorectal cancer in developing countries: Environmental factors, molecular pathways, and opportunities for prevention. *World Journal of Gastroenterology*, Bethesda, v.20, n.20, p.6055-6072, mai, 2014.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre-RS. **Revista Brasileira Cancerologia**, Porto Alegre, v.50, n.2, p.95-101, 2004.

BRAMBILLA, E. et al. Estadiamento do câncer colorretal no serviço privado em relação Sistema Nacional de Saúde Pública brasileira: o que mudou depois de cinco anos?. **Jornal de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, abr/jun, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica. Nota Técnica nº 26^a**. Brasília, 2005.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

_____. Ministério da Saúde PORTARIA 198/GS – 2004. **Política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor**. Brasília, 13 de fev. de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Informe Técnico). Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 865-68, out/ 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/ Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais**. 2010. “Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf> Acesso em 10 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília, p.95, ISBN 978-85-334-1729-8, 2010

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, s.1, p.1, nov, 2012.

BRENNER, H. et al. Progress in colorectal cancer survival in Europe from the late 1980s to the early 21 st century: The EURO CARE study. **International Journal of Cancer**, Heidelberg, v. 131, n.7, p. 1649-1658, oct, 2012.

BRITO, L. M. O. et al. Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p, 241-246, mai, 2010.

BUJANDA, L. et al. Colorectal cancer prognosis twenty years later. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v. 16, n.7, p. 862-867, feb, 2010.

CAMPOS, P. L. S. **Tendência da mortalidade por câncer de mama no Departamento Regional de Saúde XIII – Ribeirão Preto do Estado de São Paulo no período de 1999 a 2010**. 2013. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

CAPELI, R. D. **Agendamento eletrônico, o sistema de agendamento eletrônico de consultas do HCFMRP-USP**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Especialização em Gestão Pública- FUNDAP, São Paulo, 2008.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 297-303, 2005.

CARVALHO, A. M. **Tendência temporal do consume de carne no Município de São Paulo: estudo de base populacional – ISA Capital 2003/2008**. 2012. 80f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.58, n.2, p. 218-221, mar/abr, 2005.

COLLET, D. **Modelling survival data in medical research**. 1º ed. Chapman & Hall:. London, 1994.

CHAN, A. T.; GIOVANNUCCI, E. L. Primary prevention of colorectal cancer. **NIH-PA Author manuscript**, v.55, n.5, p.1434-41, 2010. “Disponível em:” <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864330/pdf/nihms188992.pdf>>. “Acesso em: 12 out.2014”

COLOSINO, E.A., GIOLO, S.R. **Análise de sobrevivência aplicada**. Edgard Blucher: São Paulo, 2006.

FEY, A. et al. Perfil epidemiológico e evolução dos pacientes com câncer do cólon e reto atendidos no hospital regional alto vale no ano de 2008. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 39, n. 4, p. 62-67, 2010.

FISHER, S. A. et al. Determinants of medical system delay in the diagnosis of colorectal cancer within the veteran affairs health system. . **NIH-PA Author manuscript**. Disponível em”: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864330/pdf/nihms188992.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

GELLAD, Z. F.; PROVENZALE, D. Colorectal cancer: national and international perspective on the burden of disease and public health impact. **Gastroenterology**, Durham, v.138, n.6, p. 2177-2190, may, 2010.

GIOLO, S. R.; COLOSIMO, E. **Análise de sobrevivência aplicada**. 1.ed. **Edgard Blücher**: São Paulo, 2006

GOMIDE, M. F. S.; Pinto, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. esp. 2, p. 19-25, 2012.

HABR-GAMA, A. Câncer colorretal - A importância de sua prevenção. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 42, n.1, jan/mar, 2005.

HAGGAR, F. A.; BOUSHEY, R. P. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival and risk factors. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**. New York, v. 22, n. 4, p. 191-197, nov, 2009.

HELEWA. R. M. et al. Longer waiting times for patients undergoing colorectal cancer surgery are not associated with decreased survival. **Journal of Surgical Oncology**, Malden-Ma, v.108, n.6, p. 378-384, aug, 2013.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. GAD - Grupo de Avaliação e Desempenho. Ribeirão Preto, "Disponível em:" <http://10.165.5.50/intranet/download/Dados_Estatisticos_2013est_25072013150542.pdf> Acesso em: 06 mai. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Registro Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão**. Rio de Janeiro. 2ª ed, 536p., 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 128p., 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **TNM: Classificação de tumores Malignos/Tradução Ana Lúcia Amaral Eisenberg**. - Rio de Janeiro, 325p., 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativas 2014**. Rio de Janeiro, 2014. "Disponível em:" < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2> >. "Acesso em: 08 out. 2014".

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativas 2014. Síntese de Resultados e Comentários**. Rio de Janeiro, 2014. "Disponível em:" <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> "Acesso em: 08 out. 2014".

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Tipos de Câncer**. Rio de Janeiro, 2014. “Disponível em:” <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/prevencao>> “Acesso em: 08 out. 2014”.

JENKINSON, F.; STEELE. R. J. C. Colorectal cancer screening: methodology. **The Surgeon**, Edinburgh, n.8, p.164-171, 2010.

KARSA, L. V. et al. The dimensions of the CRC problem. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, Amsterdam, v.4, n.4, p. 381-396, aug, 2010.

KLIGERMAN, J. A ampliação da assistência oncológica no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.46, n.4, p.347-349, 2000.

LASSANCE, F. A. C. et al. Câncer colorretal e síndromes hereditárias. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v.1, n.1, p.34-50, abr, 2012.

LEE, Y.C. et al. Differences in survival between colon and rectal cancer from SEER Data. **PLoS ONE**, San Francisco, v.8, n.11, nov, 2013.

LIEBERMAN, D. Progress and challenges in colorectal cancer screening and surveillance. **Gastroenterology**, Oregon, v.138, p.2115-2126, may, 2010.

LOPEZ-ABENTE, G. et.al. Changes in colorectal cancer incidence and mortality trends in Spain. **Annals of Oncology**, Oxford, v.21, n. suppl. 3, may, 2010.

LÓPEZ, A. M. ET AL Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v.84, n. 6, p. 731-743, nov/dic 2010.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1. jan/fev, 2007.

MARTINS, L. F. L.; VALENTE, J. G.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao rastreamento inadequado do câncer cervical em duas capitais brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.2, abr, 2009.

MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.58, n.3, p. 351-355, jul/set, 2010.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, p. 512, 2012.

MOURA, L. *et al.* Avaliação do registro de câncer de base populacional do Município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 15, n. 14, out/dez 2006.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 25-32, 2009.

NCI. National Cancer Institute. **What You Need To Know About Cancer of the Colon and Rectum**. Department of Health and Human Services & National Institutes of Health; Bethesda, MD: U.S, 2006.

PAIVA, C. J. K. **Câncer de mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: perfil sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento**. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

PARADA, R. *et al.* A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.11, n.2, p.199-206, abr/jun, 2008.

PARENTE, F. *et al.* Faecal occult blood test based screening programme with high compliance for colonoscopy has a strong clinical impact on colorectal cancer. **British Journal of Surgery**, Glasgow, v.96, n.5, p. 533-540, 2009.

PEREZ, R. O. *et al.* Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. **ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. Curitiba, v.21, n.1, p. 12-15, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 6ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002.

PINTO, I. C. **Os sistemas de informação em atenção primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha**. 2008. 169f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PINTO, I. C. et al. Os sistemas de informação em atenção primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 291-297, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Artmed: Porto Alegre, 2004.

POTTER, M. B. et al. The Effectiveness of the FLU–FOBT Program in Primary Care: a randomized trial, **American Journal of Preventive Medicine**, Philadelphia, v. 41, n.1, p. 9–16, Jul, 2011.

RAMOS, M. et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. **BMC Cancer**, London, v.10, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/500>>. Acesso em: 04 out, 2014.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.4, p. 432-441, 2010.

ROSA, L. M.; RADÜNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, jul/set, 2013.

ROSTRIOLLA, R. A. et al. Desenvolvimento de neoplasias/adenomas avançados colorretais no seguimento a longo prazo de pacientes submetidos a colonoscopia com polipectomia. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 167-72, jul/set, 2009.

SANTOS, T. P. et al. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 31-38, jan/mar, 2013.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p. 498-515, abr/dez, 2003.

SANTOS JR, J. C. M. Câncer ano-reto-cólico: Aspectos atuais II – câncer colorretal – fatores de riscos e prevenção. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.27 n.4, p.459-473, out/dez, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde. A relevância do câncer colorretal. **Boletim Epidemiológico Paulista**. (online), São Paulo, v.6, n.68, 2009. ISSN 1806-4272.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde: Fundação Oncocentro de São Paulo. Sobrevida de pacientes com câncer no Estado de São Paulo: Seis anos de seguimento pelo registro hospitalar de câncer. **Cadernos FOSP**, São Paulo, v. 5, dez, 2009.

SHANMUGARATNAM, K. Introduction. In: JENSEN, O.M.; PARKIN, D.M.; MACLENNAN, R.; MUIR, C.S.; SKEET, R.G. **Cancer registration principles and methods**. IARC Scientific Publication: Lyon, n.95, p.1-2, 1991. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp95/>> Acesso em 12 out.2014.

SILVA, L. M. C. S. et al. Atitude e conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre prevenção e rastreamento do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.57, n.4, p.525-534, 2011.

SILVA, P. F. et al. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p. 361-367, 2013.

SIMINO, G. P. R.; SANTOS, C. B.; MISHIMA, S. M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, set./out, 2010.

SMITH, R. A. et al. Cancer screening in the United States - 2013: A review of current American cancer society guideline, current issues in cancer screening, and new guidance on cervical cancer screening and lung cancer screening. **A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, v.63, n.2, p.87-105, mar/apr, 2013.

STEIN, A. T. et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.4, p.438-446, out./dez, 2009.

STUMM, E. M. F.; OLIVEIRA, E. R. A.; KIRSCHNER, R. M. Perfil de pacientes ostomizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 26-30, jan/mar, 2008.

TÁRRAGA-LÓPEZ, P. J. Should we prevent colorectal cancer? **Revista Española de Enfermedades Digestivas**, Madrid, v.103, n.10, p. 503-507, 2011.

TEIXEIRA, M. T. B.; FAERSTEIN, E.; LATORRE, M. R. Técnicas de análise de sobrevida. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.579-594, mai/jun, 2002.

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**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, abr/jun, 2010.

VIANNA J.N. **Perfil epidemiológico e anatomo-patológico dos pacientes com câncer colorretal no município de Criciúma. 2008. Dissertação (Mestrado)**. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

WHO. World Health Organization. **GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer, Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Geneva: World Health Organization, 2012. “Disponível em:” http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx, Acesso em 8 out. 2014.

ZANDONAI, A. P.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. M. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.234-239, 2012.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de admissão

Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

FICHA DE ADMISSÃO

Data : 12/09/2014
pág.: 1 / 2

Instituição: 021130 - HOSP. CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO Número RHC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Categoria Atend.: ☐ 1. SUS / 2. Convênio / 3. Particular Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento 4. CPF / 5. Cartão SUS Nº: _____

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Escolaridade: ☐ 1. Analfabeto / 2. Ens. Fundamental incompleto / 3. Ens. Fundamental completo / 4. Ensino Médio completo / 5. Superior completo / 9. Ignorado

Estado/País de nascimento: _____

Residência atual

Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Tel.: _____ CEP: _____ - _____

Cidade: _____ UF: _____

SITUAÇÃO DO PACIENTE À ADMISSÃO

Data da primeira consulta: ____/____/____ Clínica do atendimento: _____

Diagnóstico/tratamento anterior: ☐ 1. sem diagnóstico/sem tratamento / 2. com diagnóstico/sem tratamento / 3. com diagnóstico/com tratamento 4. outros

Instituição de origem: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Data do 1º diagnóstico: ____/____/____

Base para realização do diagnóstico: ☐ 1. exame clínico / 2. recursos auxiliares não microscópicos / 3. confirmação microscópica / 9. sem informação

Caracterização do tumor principal

Localização primária: _____ Lateralidade: ☐ 0 - Não se aplica 1 - Direita 2 - Esquerda

Tipo histológico: _____

Estadio clínico: _____ T: _____ N: _____ M: _____ Outro estadiamento: _____

S: _____ G: _____ Fatores de Risco: _____

Estadio pós-cirúrgico: PT: _____ pN: _____ pM: _____

Metástases: _____

ANEXO B – Ficha de seguimento

Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

Data: 11/09/2014

FICHA DE SEGUIMENTO

Instituição: 021130 - HOSP. CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Número RHC:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento Nº: _____
4. CPF / 5. Cartão SUS
Dt. Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino
Nome: _____

ÚLTIMA INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Situação Atual: ☐ 1. Vivo com câncer / 2. Vivo, SOE / 3. Óbito por câncer / 4. Óbito, SOE

Data da Informação: ____ / ____ / ____

Tratamento Realizado no hospital: ☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia
☐ Hormonioterapia ☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros

Tratamento Realizado fora do hospital: ☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Hormonioterapia
☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros ☐ Sem informação

Recidiva: ☐ 1. Local / 2. Regional / 3. Não / 9. Sem Informação

Data da Recidiva/Metástase: ____ / ____ / ____

Metástase:

Data do Óbito: ____ / ____ / ____

Data do Preenchimento: ____ / ____ / ____

Registrador: _____

OBSERVAÇÕES

ANEXO C – Ofício de aprovação do desenvolvimento da pesquisa pelo CEP da EERP - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 69/2013

Ribeirão Preto, 20 de março de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 157ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de março de 2013.

Protocolo CAAE: 12425813.0.0000.5393

Projeto: Registro Hospitalar de Câncer no Serviço de Saúde: análise do perfil epidemiológico do Câncer Colorretal.

Pesquisadores: Thais de Oliveira Gozzo
Rosemeire Aparecida de Oliveira de Carvalho

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Thais de Oliveira Gozzo
Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO D – Parecer ético da Instituição Proponente

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 28 de março de 2013

Projeto de pesquisa: “REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER NO SERVIÇO DE SAÚDE: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL”

Pesquisadores responsáveis: ROSEMEIRE APARECIDA DE OLIVEIRA DE CARVALHO / PROF^a DR^a THAIS DE OLIVEIRA GOZZO

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica – HCFMRP-USP