



Perfil epidemiológico de oncocirurgias realizadas em um hospital de ensino do Mato Grosso do Sul.

Epidemiological profile of oncological surgeries performed in a teaching hospital in Mato Grosso do Sul.

Abílio Torres dos Santos Neto¹, Ramon Moraes Penha², Camila Guimarães Polisel³, Maria de Fátima Meinberg Cheade⁴, Cláudio Cesar da Silva⁵, Stefani Carvalho dos Santos⁶, Edivania Anacleto Pinheiro Simões⁷, Michael Wilian da Costa Cabanha⁸, Roberta Salles Orosco Nunes⁹.

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

*Autor correspondente:
Abílio Torres dos Santos
Neto, Universidade
Federal de Mato Grosso
do Sul - UFMS.
E-mail do autor:
abilio.torres@hotmail.com

¹ Enfermeiro Mestre, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

² Enfermeiro Doutor, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

³ Farmacêutica Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁵ Administrador Doutor, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁶ Enfermeira Mestre, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁷ Enfermeira Doutoranda, Hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁸ Enfermeiro Especialista, Hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

⁹ Enfermeira Especialista, Hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Palavras-chave:
Oncologia.
Procedimentos
cirúrgicos de
citorredução.
Cirurgia geral.
Oncologia cirúrgica.

Key-words:
*Oncology. Surgical
procedures of
cytoreductio.
General surgery.
Surgical oncology.*

Resumo

Objetivo: Determinar o perfil epidemiológico de pacientes oncocirúrgicos assistidos na clínica cirúrgica de um hospital de ensino do Mato Grosso do Sul. **Método:** Quantitativo, retrospectivo e transversal. Os dados foram analisados pelo software IBM SPSS Statistics® versão 20, através de estratificação por frequência simples e múltipla. **Resultados:** Foram analisados dados de 605 registros de prontuários. A faixa etária mais prevalente foi de 50 a 59 anos, predominando sexo masculino, mas as mulheres tiveram uma maior prevalência na faixa dos 40 aos 49 anos n=69 (25,55%). Identificaram-se registros de n=177 pacientes tabagistas e n=144 pacientes etilistas. A região abdominal foi a região anatômica mais prevalente, com n=322 registros. O tumor gastrointestinal identifica-se em n=65 casos. **Conclusão:** Os resultados evidenciam alguns indicadores comuns sugestivos para o desenvolvimento da doença, e os tratamentos realizados. Sugere-se a realização de outros estudos na temática, buscando avanços no tratamento e na organização destes serviços em saúde.

Abstract

Objective: To determine the epidemiological profile of oncosurgical patients assisted in the surgical clinic of a teaching hospital in Mato Grosso do Sul. **Method:** Quantitative, retrospective and transversal. Data were analyzed by IBM SPSS Statistics® version 20 software through single and multiple frequency stratification. **Results:** Data from 605 medical records were analyzed. The most prevalent age group was between 50 and 59 years old, predominantly male, but women had a higher prevalence in the age range of 40 to 49 years n = 69 (25.55%). Records of n = 177 smoking patients and n = 144 alcoholic patients were identified. The abdominal region was the most prevalent anatomical region, with n = 322 records. The gastrointestinal tumor is identified in n = 65 cases. **Conclusion:** The results show some suggestive common indicators for the development of the disease, and the treatments performed. It is suggested to carry out other studies on the subject, seeking advances in the treatment and organization of these health services.

Introdução

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Na realidade brasileira, principalmente, a mortalidade ocorre por dois aspectos: o elevado número de casos diagnosticados associado a uma maior longevidade da população em decorrência ao desenvolvimento socioeconômico³. E o segundo aspecto, repercute o custo que a doença representa para o sistema de saúde no sentido de garantir acesso efetivo e equânime a essa população em um curto período a fim de um tratamento curativo breve⁴.

Em 2011, no Brasil, 16,4% do total de óbitos, estavam relacionados ao câncer. Além disso, no período de 2002 a 2012, constatou-se no sistema de internação do Sistema Único de Saúde, que as neoplasias foram à segunda causa de internação hospitalar⁵. Na perspectiva global é notório o aumento do número de casos de pacientes diagnosticados com câncer, ocupando a segunda causa de morte em diversos países, e fortalecendo a hipótese de que em alguns anos ultrapassará o número de doenças cardiovasculares.

Os principais fatores de riscos para desenvolvimento da doença, são os externos, dos quais destacamos: tabagismo, ingestão de alimentos gordurosos, pouca atividade física, contato com organismos infecciosos, ou seja, são características que podem, na maioria das vezes, ser controladas. Os fatores internos são: herança genética, instabilidade hormonal, sistema imunológico deficiente são variáveis de difícil controle^{6,7}.

O diagnóstico precoce implica na possibilidade de reduzir a morbidade. O tratamento do câncer é baseado no diagnóstico assertivo, que inclui o seu estadiamento e o planejamento terapêutico, no qual, é construído através da história clínica e do exame físico detalhado, além de diversos procedimentos disponíveis, como: broncoscopia, endoscopia, colonoscopia, histopatologia, citologia, exames de imagem, exames laboratoriais como imuno histoquímica e biologia molecular⁸.

Os tratamentos mais indicado/utilizado são quimioterapia, radioterapia, terapia com hormônios, terapia

autoimune, terapia alvo, ou até mesmo a cirurgia^{7,9}. O tratamento oncocirúrgico consiste na extração de tumores sólidos, seja uma retirada total ou parcial do órgão/tecido, assim como a área adjacente, minimizando o crescimento tecidual local, bem como promovendo área de segurança para metástases proximais. Vislumbra a cura, o diagnóstico pode ser através do método paliativo, já que reduz o número de células tumorais proporcionando assim, que os demais tratamentos sejam eficazes, sem o total comprometimento da qualidade de vida desse cliente¹⁰.

Após o exposto, este estudo teve como objetivo determinar o perfil epidemiológico de pacientes oncocirúrgicos assistidos na clínica cirúrgica de um hospital de ensino do Mato Grosso do Sul.

1. Material e Métodos

Estudo quantitativo, retrospectivo e de corte transversal¹¹. A coleta inicialmente ocorreu através do registro do Serviço de Patologia, no qual foram identificados os participantes do estudo. Posteriormente foram coletados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) os dados secundários oriundos de livros de registros e prontuários de pacientes que estiveram internados na clínica de cirurgia geral

A clínica de cirurgia geral é composta por vinte leitos e a clientela é predominantemente adulta. A idade dos pacientes varia de 18 a 83 anos, sendo 58% homens e 42% mulheres. A prevalência cirúrgica é de tratamento de distúrbios gastrintestinais (GI), tais como hernioplastia, pancreato duodenectomia, apendicectomia, laparotomia exploratória, colecistectomia, e tratamento/investigação de outras doenças do sistema gastrointestinal. O Hospital Universitário deste estudo é habilitado pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Os critérios de seleção utilizados foram: prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos que foram hospitalizados na clínica de cirurgia geral de ambos os sexos,

que apresentaram diagnóstico de doença neoplásica e submetidos a intervenção cirúrgica de emergência ou eletiva associado, tanto de caráter curativo, paliativo e/ou diagnóstico, entre o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016. O que determinou o período de coleta iniciar em 2006, foi que neste ano o serviço foi organizado a receber esta clientela, nos anos seguintes houve inúmeras intervenções administrativas que culminaram com a extinção desta clínica, no entanto, os pacientes continuaram a ser admitidos, em um menor fluxo. Após a mudança na gestão hospitalar, houve a iniciativa de reestruturar o serviço de oncologia.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2016 a dezembro de 2017, balizada por instrumento de pesquisa semiestruturado que objetivou análise das informações dos relatórios cirúrgicos e da equipe de enfermagem durante o perioperatório.

Os dados foram colhidos e preenchidos em um instrumento de coleta contendo informações sobre os aspectos sociais (idade, sexo, etnia, etilismo, tabagismo), informações sobre a internação (tempo de internação, óbito, doenças prévias, motivo de saída da enfermagem e motivo da alta hospitalar) além das informações sobre o procedimento cirúrgico (diagnóstico oncológico, local do tumor primário, método diagnóstico, tipo de procedimento, diagnóstico pós-operatório). Os dados foram tabulados, posteriormente analisados pelo software IBM SPSS Statistics® versão 20 e submetidos à estratificação por frequência simples e múltipla.

Foram respeitados os princípios éticos, conforme a Resolução 466/2012 da pesquisa que envolve seres humanos¹². O estudo possui aprovação do Comitê de Ética da UFMS com CAAE N° 61364516.8.0000.0021/2016, e liberação da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do referido hospital.

3. Resultados

Foram analisados 605 registros de prontuários, abordando dados referentes a idade e sexo, etnia, tabagismo e etilismo, doenças prévias, diagnóstico oncológico, local do

tumor tipo de procedimento, diagnóstico pós-operatório. Os dados serão apresentados conforme as variáveis previamente citadas.

3.1. Idade e Sexo

A relação dicotômica entre faixa etária e sexo foi evidenciada (Tabela 1). Houve maior prevalência em ambos os sexos entre a faixa etária de 50 a 59 anos com n=131 (21,65%) registros; entretanto, quando comparado os sexos, houve um predomínio do sexo masculino n=335 (55,37%) e maior prevalência na faixa acima dos 70 anos, n=137 (40,89%), porém as mulheres tiveram uma maior prevalência na faixa dos 40 aos 49 anos n=69 (25,55%).

Sexo	Idade (anos)						Total
	18 a 28	29 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	acima de 70	
Masc.	28	15	30	76	49	137	335
Fem.	16	54	69	55	39	37	270
Total	44	69	99	131	88	174	605

Tabela 1 - Faixa etária dos casos de câncer identificados, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 - 2016.

3.2. Etnia

Maior prevalência de câncer em pessoas brancas, n=381 (63%), quando comparada a pessoas negras, n=37 (6,1%) ou pardas n=160 (26,5%). Do total de N=605 (100%), n=37 (6,1%) informações não foram relatadas; a ausência dessa informação não influenciou na alteração da prevalência de câncer em pessoas que se declararam brancas.

3.3. Tabagismo e Etilismo

Em relação ao tabagismo, n=346 (57,2%) prontuários possuíam esta informação, sendo que destes n=177 (29,3%) registraram ser tabagistas ou ex-tabagistas e n=169 (27,9%) não fumantes ativos. Sabe-se que o tabagismo é um importante fator desencadeante de diversos tipos de neoplasia. O dado torna-se falho para análise, pois uma quantidade representativa da amostra investigada não

apresentação a descrição desta informação. Dados sobre o tipo de tabaco, quantidade e frequência não foram localizados em nenhum dos prontuários investigado.

Do universo de prontuários investigado, n=144(23,8%) afirmaram ter ingerido algum tipo de bebida alcoólica durante a vida. Infelizmente, n=287 (47,4%) prontuários não possuíam registro desta informação. Dados sobre o tipo de bebida, volume ingerido e frequência não foram localizados em nenhum dos prontuários investigado.

3.4. Doenças prévias

Em relação as doenças prévias no momento da admissão, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi mais prevalente às demais n=221 (29,50%); seguido pela diabetes mellitus n=60 (8%), pneumonia n=22 (2,90%) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com n=22 (2,90%); também foi observado que n=118 (15,80%) pacientes negaram ter alguma outra doença no momento da admissão. O total de N=749 (100%) agravos prévios indica mais de uma doença coexistente por paciente (Tabela 2).

	N	%
Depressão	12	1,60%
Dislipidemia	18	2,40%
Pneumonia	22	2,90%
DPOC	22	2,90%
Diabetes Mellitus	60	8,00%
Nega	118	15,80%
Hipertensão Arterial Sistêmica	221	29,50%
Outras doenças	276	36,80%
Total	749	100,00%

Tabela 2 – Frequência de doenças prévias no momento da admissão dos pacientes com câncer atendidos na Clínica Cirúrgica I, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 - 2016.

3.5. Local do tumor primário

Houve prevalência de tumor primário prostático, n=80 (11,20%); porém quando considerados o conjunto cólon e reto, n=122 (17,1%) casos emergiram, sugerindo perfil de atendimento da clínica estudada (Tabela 3).

Membro inferior	12	1,70%
Rim	12	1,70%
Nariz	13	1,80%
Pâncreas	13	1,80%
Estômago	15	2,10%
Cólon transversal	15	2,10%
Tireóide	15	2,10%
Linfonodos	15	2,10%
Pele	16	2,20%
Cólon ascendente	18	2,50%
Pulmão	24	3,40%
Face	27	3,80%
Bexiga	27	3,80%
Fígado	31	4,30%
Reto	33	4,60%
Ovário	41	5,80%
Cólon sigmoide	56	7,90%
Útero	70	9,80%
Próstata	80	11,20%
Outros	180	24,90%
Total	713	100,00%

Tabela 3 – Local do tumor primário de pacientes com câncer atendidos na Clínica Cirúrgica I, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 - 2016.

3.6. Diagnóstico oncológico

O provável diagnóstico pós-operatório usualmente é dado pelo próprio cirurgião. Assim, foram identificados n=65 (8,70%) diagnósticos pós-operatórios a partir de achados macroscópicos; diferentemente, diagnósticos como adenocarcinoma moderadamente diferenciado úlcero infiltrativo, foi identificado em n=55 (7,40%), que já havia um diagnóstico prévio por meio de biopsia ou outro tipo de método utilizado (Tabela 4).

	N	%
Adenoma pleomórfico	12	1,60%
Carcinoma urotelial papilífero	12	1,60%
Carcinoma papilífero	12	1,60%
Linfoma não Hodgkin	12	1,60%
Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado metastático	12	1,60%

Adenocarcinoma pouco diferenciado invasivo	13	1,70%
Adenocarcinoma acinar usual	15	2,00%
Neoplasia maligna metastática	15	2,00%
Nevo melanocítico intradérmico totalmente ressecada	17	2,30%
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	18	2,40%
Lipoma	24	3,20%
Adenocarcinoma metastático	24	3,20%
Carcinoma basocelular	34	4,60%
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	35	4,70%
Leiomioma	58	7,80%
Adenocarcinoma invasivo moderadamente diferenciado	48	6,40%
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado úlcero infiltrativo	55	7,40%
Hiperplasia fibroadenomatosa da próstata	65	8,70%
Outros	226	35,10%
Total	747	100,00%

Tabela 4 – Diagnósticos oncológico de pacientes atendidos na Clínica Cirúrgica I, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006-2016.

3.7. Tipo de procedimento

Em relação ao tipo de procedimento cirúrgico, a laparotomia exploratória prevaleceu em n=109 (10,9%) casos, seguido de biopsias e exérese, n=81 (8,10%) e n=80 (8%) respectivamente. O universo de n=998 (100%) procedimentos cirúrgicos emergiu da análise dos prontuários (Tabela 5).

	N	%
RTU de bexiga	12	1,20%
Tireodectomia	12	1,20%
Linfadenectomia	12	1,20%
Urectomia	12	1,20%
Nefrectomia	12	1,20%
Drenagem pleural	12	1,20%
Ooforectomia	13	1,30%
Prostatectomia transvesical	13	1,30%

Orquiectomia	13	1,30%
Ileostomia	15	1,50%
Colecistectomia	17	1,70%
Ressecção de face	22	2,20%
Transferência de retalho	26	2,60%
Hemicolectomia	31	3,10%
Colostomia	35	3,50%
Retossigmoidectomia	55	5,5%
RTU de próstata	61	6,10%
Histerectomia	73	7,30%
Exérese	80	8,00%
Biópsia	81	8,10%
Laparotomia exploratória	109	10,90%
Outros procedimentos cirúrgicos	282	28,20%
Total	998	100,00%

Tabela 5 – Tipo de procedimento cirúrgico realizado em pacientes com câncer atendidos na Clínica Cirúrgica I, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2006 - 2016

3.8. Diagnóstico pós-operatório

Em relação ao diagnóstico pós-operatório, a Hiperplasia Prostática Benigna permaneceu como um dos mais diagnosticado, n=71 (12,40%). O tumor de sigmóide apresentou n=37 (6,4%) casos, no entanto se analisarmos em conjunto o trato gastrointestinal identificam-se n=65 (11,2%) casos.x.

4. Discussão

Pesquisas recentes indicam que o diagnóstico oncológico está relacionado com o aumento da idade; e o reflexo disto, está no aumentando da prevalência entre os brasileiros, acompanhado pelo aumento da idade média, e o crescente aumento das doenças crônicas¹⁴. Houve maior prevalência em ambos os sexos entre a faixa etária de 50 a 59 anos com n=131 (21,65%) , houve um predomínio do sexo masculino n=335 (55,37%) e maior prevalência na faixa acima dos 70 anos, n=137 (40,89%), confirmando a relação entre o aumento da idade com a incidência da doença. Porém, as mulheres tiveram uma maior prevalência na faixa dos 40 aos 49 anos n=69 (25,55%). Por isso, podemos afirmar que a faixa etária entre homens e mulheres pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da doença.

O câncer varia de acordo com a etnia do paciente

Estudos genéticos prospectam o impacto da miscigenação na prevalência de câncer. Mesmo com a miscigenação que o Brasil apresenta, a maior prevalência em estudos de perfil foi observada em pessoas da raça/cor branca com uma taxa de 2,6%; 2,3 – 3,0¹⁵.

Em relação ao tabagismo, ele é considerado uma das principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo, sendo responsável por 30% dos óbitos por câncer³. Estima-se que a cada ano, o uso do tabaco e derivados são responsáveis por matar aproximadamente 3 milhões de pessoas em todo o mundo^{16,17}. No presente estudo, a fragilidade no sistema de informação em prontuário limitou a análise tendo em vista que o “missing” apresentado quanto ao tabagismo foi de n=259 (42,8%) e ao etilismo foi de n=287 (47,4%); estes valores apesar de não representar o coeficiente total, corresponde a uma parcela importante do total de dados pesquisado.

O etilismo, está associado ao maior número de casos para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer como o de cavidade oral, faringe, esôfago, mama e intestino. O álcool está ligado fortemente ao desenvolvimento de câncer de fígado, já que ele é uma das principais causas do desenvolvimento de cirrose hepática¹⁸.

Observamos neste estudo que apesar de uma parcela significativa da amostra não ter sido investigada, n=144 (23,8%), os dados analisados evidenciaram que os pacientes etilistas apresentaram câncer no trato gastrointestinal em n=65 (11,2%) casos. O mecanismo do câncer em relação ao etilismo não está muito bem esclarecido, porém existem teorias que relacionam que o etanol em contato direto com mucosas pode atuar como fator carcinogênico, agindo como um solvente nesses locais, facilitando assim o transporte de fatores causadores de câncer para o interior das células. Quando associado a outros fatores como o tabagismo, o qual foi evidente em n=177 (29,3%), ambos apresentam sinergismo, potencializando o efeito um do outro. A ingestão de álcool expõe o organismo ao acetaldeído sintetizado da própria bebida, sendo esta uma substância com propriedade genética tóxica. Além disso, o acetaldeído eleva o risco de desenvolverem câncer de cabeça, pescoço e esôfago; neste estudo foi observado que

n=112 (18,5%) cânceres abordados estavam localizados na região da cabeça e pescoço confirmando assim o impacto desta bebida no desenvolvimento desta doença¹⁹.

Em relação as comorbidades, a relação entre o câncer e as doenças cardiovasculares apresenta-se elevada, pois identificam-se diversos fatores de risco concomitante, tais como: etilismo, tabagismo, alimentação inadequada, ganho de peso, sedentarismo, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Esses fatores de risco são considerados como pontos iniciais para o surgimento do câncer devido a frequência de exposição²⁰.

Os estudos sobre os fatores de risco são necessários para o estabelecimento de estratégias de prevenção de diversas doenças crônicas não transmissíveis. Todavia, com o desenvolvimento dos fármacos quimioterápicos e o posterior aumento da sobrevida dos pacientes com neoplasia, o impacto do tratamento apresentou piora em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)²¹. Neste estudo observou que n=221 (29,50%) pacientes apresentaram HAS. A cardiopatia identificada anteriormente ao diagnóstico de câncer prevê a piora da miocardiopatia em decorrência do uso de quimioterápicos, assim é necessário avaliar a situação progressa e atual da saúde do indivíduo prevendo possíveis complicações²².

Em relação ao conduta terapêutica, a cirurgia oncológica é considerada uma das principais colunas quando relacionado ao tratamento e prevenção do câncer: possui caráter de prevenção, palição, reconstrução, diagnóstico, e principalmente curativa²³.

Em se tratando das regiões anatômicas abordadas neste atual estudo, as cirurgias abdominais ganharam destaque, sendo que a região abdominal foi abordada n=322 (53,2%) vezes, sendo que a técnica de laparotomia exploratória foi utilizada em n=109 (10,90%) casos; tal qual, uma revisão sistemática realizada em 2014, evidenciou resultados opostos, identificando que as intervenções cirúrgicas foram realizadas principalmente nas regiões de tórax, colorretal e próstata. Apesar disto, destacamos a escassez nos estudos de perspectivas gerais

Percebemos que em países em desenvolvimento e desenvolvidos existe a tendência em relação a fragmentação do câncer, o qual cada especialidade aborda seu grupo específico²³.

As neoplasias do cólon e reto neste estudo atingiram n=122 (17,1%) dos indivíduos selecionados. O câncer colorretal é o quarto tipo de câncer responsável pelas internações hospitalares. Na mais recente publicação sobre a estimativa nacional do câncer de 2018/2019, conferiu que as próximas incidências para o câncer de cólon e reto estima-se entre 17.380 casos novos entre os homens e 18.980 casos novos para as mulheres^{3,23}.

O câncer de cólon e reto é considerado uma doença multifatorial e apresenta impacto por estar acompanhada a outros fatores como aumento no nível socioeconômico da população e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), piora da qualidade do padrão alimentar com adição de alimentos embutidos, redução da prática de exercícios físicos, além de outros fatores²⁴.

A cirurgia oncológica é fundamental para o tratamento do câncer. Em relação a incidência de 2 milhões de câncer no mundo, mais de 80% do total seria indicado a cirurgia. Até 2030, estima-se que a cada ano 45 milhões de procedimentos cirúrgicos serão necessários para tratamento de pacientes com diagnóstico oncológico; entretanto, um valor inferior a 25% desses pacientes receberá o tratamento cirúrgico. As questões voltadas ao acesso, a incapacidade do treinamento dos cirurgiões, baixo investimento nas pesquisas, e o fortalecimento dos sistemas de saúde ainda é um grande desafio²⁵.

Em síntese, foram analisados no total 605 prontuários. A faixa etária com maior prevalência estabelecida foi de 50 a 59 anos, predominando sexo masculino. A etnia com maior prevalência foi em pessoas brancas. Um alto quantitativo de pessoas afirmou ser tabagistas e etilistas. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a doença mais prevalente. A região abdominal foi o local mais abordado. O método diagnóstico mais utilizado foi o anatomopatológico. O tumor gastrointestinal foi identificado na maioria dos casos.

O cenário apresentado projeta grandes conflitos na

organização do processo de trabalho, evidenciando uma realidade fragmentada e dispendiosa. Sugere-se que mais estudos abordem o perfil das cirurgias oncocirúrgicas, identificando os principais fatores de risco para a doença e os indicadores dos tratamentos realizados. Estudos com este delineamento possibilitam melhorias na assistência em saúde e no processo de acolhimento destes pacientes.

Declaração

Os autores declaram que o estudo atendeu aos padrões éticos da declaração de Helsinki e a ausência de conflito de interesses.

5. Referências

1. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014 [Internet]. France: International Agency for Research on Cancer (IARC). World Health Organization (WHO); 2014 [cited 2016 July 28]. Available from: http://www.thehealthwell.info/node/725845?&content=resource&member=572160&catalogue=none&collection=Conditions,Chronic%20Conditions,Cancer&tokens_complete=true
2. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
3. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
4. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 Mar 14]; 27(2): 317-326. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200013>.
5. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]

- 2014 Dec [cited 2018 Mar 14] ; 23(4): 599-608. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.
6. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol* 13(8): 790-801
7. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society; 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
9. Kaliks RA, Matos TF, Silva VA, Barros LHC. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. *Braz J Oncol* [Internet]. 2017 [cited 2017 July 20]; 13(44):1-12. Available from: <http://brazilianjournalofoncology.com.br/wpcontent/uploads/2017/06/BJO-artigo-83.pdf>.
10. Bonassa EMA, Gato IR. *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012.
11. Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
13. Fliesser M, Witt HJ, Wippert PM. The choice that matters: the relative influence of socioeconomic status indicators on chronic back pain- a longitudinal study. *BMC Health Services Research*. 2017;17:800. doi:10.1186/s12913-017-2735-9.
14. Miranda GMD, Mendes ADCG, Silva AL. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 19, n.3, 2016.
15. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Mar 24] ; 18(Suppl 2): 146-157. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>.
16. Teixeira LA. *O câncer no Brasil: passado e presente*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.
17. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(6):1283-1297, jun, 2015. Acessado online em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>
18. Valle TD, Turrini RNT, Poveda VB. Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2879. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879>
19. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Ferreira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms and Interventions to Reduce Onset and Mortality. *Clin Colorectal Cancer* [Internet]. 2016 [Access May 30, 2016];pii: S1533-0028(16)30020-2. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1533002816300202>
20. Lamarca LA, Molina VR, Navarro EF, Álvarez-Mon SM. Stomach cancer. *Medicine*. (Spain) [Internet]. 2013 [Access May 30, 2016];11(25):1512-8. Available from: <http://www.medicineonline.es/es/cancer-estomago/articulo/S0304541213704876/> doi: 10.1016/S0304-5412(13)70487-6
21. Kalil Filho R, Hajjar LA, Bacal F, Hoff PM, Diz M del P, Galas FRBG, et al. I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2011; 96(2 supl.1): 1-52.
22. Souza VB, Silva EN, Ribeiro ML, Martins WA. Hipertensão Arterial no Paciente com Câncer. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Mar 14] ; 104(3): 246-252. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000300011&lng=en. Epub Feb 27, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150011>.
23. Sullivan R, Alatise OI, Anderson BO, Audisio R, Autier P, Aggarwal A, et al. Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. *Lancet Oncol*. 2015;16(11):1193-224.
24. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray Fet al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *BMJ*, London, 2016. No prelo

Disponível em: <http://www-dep.iarc.fr/includes/Gut-2016-Arnold-gutjnl-2015-310912.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

25. Brierley R, Collingridge D. Cancer surgery: a vital speciality to prevent premature death. *Lancet Oncol.* 2015;16(11):1187.