

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA – EMESCAM

ANA BEATRIZ PARMA MARÇAL
ANA CAROLINA CAU
SOPHIA LIMA CASTRO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS
À CIRURGIA POR CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO**

VITÓRIA
2022

ANA BEATRIZ PARMA MARÇAL
ANA CAROLINA CAU
SOPHIA LIMA CASTRO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS
À CIRURGIA POR CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos

VITÓRIA
2022

ANA BEATRIZ PARMA MARÇAL
ANA CAROLINA CAU
SOPHIA LIMA CASTRO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA POR CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

FOLHA DE APROVAÇÃO DO TCC

Aprovado em _11_ de _Novembro_ de 2022_____

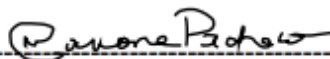
BANCA EXAMINADORA COM ASSINATURA

FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS:12408103770
Assinado digitalmente por FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS:12408103770
Razão: Eu estou aprovando este documento
Data: 2022.11.11 16:38:26 -0300'

Mestre, Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
ORIENTADOR



Mestre, Diana de Oliveira Frauches
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
AVALIADOR



Mestre, Mariana Poltronieri Pacheco
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
AVALIADOR

DEDICATÓRIA

À Luiza, minha mãe, que generosamente entendeu minha ausência física todos esses anos e por ser o colo para onde sempre posso correr; a meu pai, Jailson, que é meu exemplo de coragem, honestidade e justiça; e a minha irmã Gabriela, minha melhor amiga, por me ouvir com paciência e pela mulher forte e inspiradora que é.

Ana Beatriz Parma Marçal

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter me sustentado e abençoado meu caminho até aqui, sem Ele eu nada seria. Aos meus pais, Glaucia e Marco, os maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos. À minha família e amigos por todo o apoio e companheirismo nessa jornada. Agradeço ao nosso orientador, Prof^o Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos por todo ensinamento e dedicação para desenvolvimento desse trabalho.

Ana Carolina Cau

A Deus, em primeiro lugar, agradeço e dedico esse trabalho, pois sem Ele esta jornada não seria possível. Agradeço aos meus queridos pais, Sara e Ronaldo, pelo incentivo e amor incondicional a mim e à minha irmã, Sandy. À minha família, que mesmo a distância se fizeram presentes com todo carinho e suporte. Agradeço, ainda, ao nosso orientador e às demais colegas, Ana Beatriz e Ana Carolina, por toda dedicação e trabalho em equipe.

Sophia Lima Castro

AGRADECIMENTOS

Somos gratas a Deus, o maior orientador de nossas vidas, por permitir que nosso esforço gerasse frutos e por nos conduzir em segurança até o fim desta jornada.

Às professoras Graça Mattede e Marcela Souza, por todo suporte, atenção e carinho conosco na confecção deste trabalho.

Às cirurgiãs Lara Cossetti Antoniazzi e Letícia Gonçalves Marim, pelo esforço empregado para que este trabalho pudesse ser realizado.

Por fim, agradecemos a todos os mestres e professores que nos influenciaram durante nossa trajetória, e em especial ao nosso professor e orientador Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos, com quem compartilhamos todas as dúvidas e angústias que surgiram durante a escrita deste trabalho, e por seu profissionalismo, integridade, acessibilidade e paciência conosco durante todo o processo.

RESUMO

Objetivo: Traçar perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos a cirurgias colorretais por câncer num hospital de ensino entre 2010 e 2019, e estimar fatores relacionados à alta e reinternação. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo, analítico com coleta, processamento e análise de dados de pacientes submetidos a procedimentos colorretais no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que atende pacientes da rede pública e privada. A pesquisa foi aprovada pelo CEP da EMESCAM com parecer consubstanciado 4.167.383. **Resultado:** Foram incluídos dados de 350 pacientes. Observou-se maior proporção de pacientes de 45 a 75 anos (72,3%), sexo feminino (53,7%), pardos (71,1%), com companheiro (53,7%), e atendidos pelo SUS (88,9%). A maioria dos procedimentos foram eletivos (78,3%), com predomínio de tumores do cólon ascendente, seguido por reto e cólon sigmoide. Os pacientes em sua maioria não realizaram ostomia. Aproximadamente 46% dos indivíduos analisados apresentavam metástase, e 80% dos casos tiveram margens cirúrgicas livres. Comparando as variáveis sociodemográficas e clínicas ao motivo da alta e à reinternação pós-operatória, sugere-se que desfechos desfavoráveis se associam ao caráter da cirurgia ($p < 0,01$) e à situação conjugal ($p < 0,01$). **Conclusão:** O presente estudo sugere haver maior mortalidade em pacientes sem companheiro e submetidos à cirurgia de urgência, bem como maior tempo de internação no último grupo. Esse resultado é importante no estabelecimento de políticas públicas que melhorem o rastreamento e oportunizem tratamento precoce para esse agravo de saúde, e geram dados para melhoria da gestão hospitalar.

Palavras-chave: Câncer colorretal. Perfil epidemiológico. Tempo de internação. Estado civil. Cirurgia.

ABSTRACT

Objective: Describing the epidemiological and clinical profile of patients undergoing cancer-related colorectal surgery at a teaching hospital from 2010 to 2019, and estimating factors related to discharge and rehospitalization. **Method:** A cross-sectional retrospective analytic study with data collected from charts of patients undergoing colorectal procedures at Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, where both public and private patients are attended. The research was approved by EMESCAM's Ethical Committee, under the register n. 4.167.383. **Results:** Three hundred and fifty patients were included. There was a greater proportion of patients from 45 to 75 years old (72,3%), female sex (53,7%), brown skin-colored (71,1%), with a marital partner (53,7%) and attended by Unified Health System (88,9%). Most procedures were elective (78,3%), with a predominance of right colon tumors, followed by rectum and sigmoid. Most patients did not undergo ostomy procedures. Nearly 46% of all analyzed individuals presented metastasis and 80% of cases had tumor-free surgical margins. By comparing epidemiological and clinical variables to patient discharge and rehospitalization, there was an association between adverse outcomes and non-scheduled procedures (p -value < 0,01) and marital status (p -value < 0,01). **Conclusion:** This research suggests higher mortality amongst patients without a marital partner and amongst those who underwent non-elective procedures, as well as a higher length of hospital stay in this group. Such a result is important to establishing public health policies which can improve screening and allow early treatment of this health issue and generate data to improve hospital administration. **Keywords:** Colorectal cancer. Health profile. Length of stay. Marital status. Surgery.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva do perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à cirurgia por CCR	28
Tabela 2 – Estatística descritiva do tempo de internação dos pacientes submetidos à cirurgia por CCR.....	32
Tabela 3 – Aspectos clínicos dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais por CCR.....	33
Tabela 4 – Origem do paciente de acordo com as regiões.....	41
Tabela 5 – Associação da faixa etária com as variáveis relativas à internação.....	43
Tabela 6 – Associação do sexo com as variáveis relativas à internação.....	45
Tabela 7 – Associação da situação conjugal com as variáveis relativas à internação.....	46
Tabela 8 – Associação da origem do paciente com as variáveis relativas à internação.....	48
Tabela 9 – Associação de caráter da cirurgia com as variáveis relativas à internação.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas elencadas para o estudo.....	23
Quadro 2 – Variáveis clínicas elencadas para o estudo	24
Quadro 3 – Variáveis relativas à internação para o estudo	25

LISTA DE SIGLAS

ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCR	Câncer Colorretal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	<i>Tumor-Node-Metastasis</i>
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 OBJETIVO GERAL	15
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 METODOLOGIA	16
2.1 TIPO DE ESTUDO	16
2.2 LOCAL DE PESQUISA	16
2.3 CRITÉRIOS ÉTICOS	16
2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	17
2.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	18
2.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	19
2.4.3 VARIÁVEIS	19
2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	23
3 RESULTADO E DISCUSSÃO	24
3.1 DADOS DESCRITIVOS SOBRE A POPULAÇÃO DO ESTUDO	24
3.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	24
3.1.2 TEMPO DE INTERNAÇÃO	28
3.1.3 ASPECTOS CLÍNICOS	29
3.1.4 ORIGEM DO PACIENTE	37
3.2 RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELATIVAS À INTERNAÇÃO COM AS DEMAIS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS	39
3.2.1 ANÁLISE POR FAIXA ETÁRIA	39
3.2.2 ANÁLISE POR SEXO	40
3.2.3 ANÁLISE POR SITUAÇÃO CONJUGAL	42
3.2.4 ANÁLISE POR ORIGEM DO PACIENTE	43
3.2.5 ANÁLISE POR CARÁTER DA CIRURGIA	45
4 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
ANEXO A – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO	58
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO	59

1 INTRODUÇÃO

O câncer pode ocorrer em diversas partes do corpo humano e trata-se de uma doença que pode ser sistêmica, multifatorial e multifacetada. Sua grande complexidade enquanto doença merece perícia cuidadosa e idiossincrásica com relação aos indivíduos e aos grupos de risco, uma vez que gerar premissas para generalizar condutas em oncologia é algo que pode gerar iniquidades de atendimento pelos sistemas de saúde. ¹

Há, nas últimas décadas, a acentuação do debate sobre os mais variados tipos de câncer – enfermidade cuja importância aumenta cada vez mais, à medida que se consolida como a segunda causa básica de morte no Brasil ² e em diversos outros países. ³

Dentre os diversos tipos de neoplasia maligna, o câncer colorretal (CCR) permanece como um dos mais relevantes no cenário nacional. Sua importância é inquestionável pela sua incidência em constante elevação nos últimos anos, além de ser, em alguns estados do Brasil, a segunda causa de câncer - excluindo-se o câncer de pele não-melanoma. ²

Em dados específicos para o CCR, agravo que figura como importante motivador de procedimentos de ressecção colorretal, as estimativas para o ano de 2020 eram de 20.520 novos casos em homens e 20.470 em mulheres no país, sendo 240 novos casos para homens e 280 para mulheres estimados no estado do Espírito Santo. Tais estimativas caracterizavam o CCR como uma das neoplasias de maior incidência no Brasil para o ano de 2020 em ambos os sexos.⁴

Não obstante sua incidência em ascensão constante, o CCR apresenta características específicas que permitem ao sistema de saúde uma prevenção eficaz do surgimento do tumor, com políticas de rastreamento da doença para detecção precoce. Além disso, a história da evolução da doença (desde os fatores de risco à doença avançada) já é bem estudada, condicionando ao gestor público informação imprescindível para orientar políticas públicas em saúde. ⁵

Visando redução da mortalidade por CCR na população e baseado nos indicadores de saúde sobre esta neoplasia, medidas de rastreamento se fazem necessárias. Segundo a *American Cancer Society*, o início do rastreio para CCR deve ser realizado em adultos com idade igual ou superior a 45 anos, se classificados como risco médio, ou seja, risco igual ao da população em geral. Deve-se, nesse grupo populacional, realizar regularmente um teste de alta sensibilidade baseado em fezes ou, preferencialmente, um exame estrutural, como a colonoscopia. A realização dos testes depende da sua disponibilidade nos serviços de saúde e das escolhas do paciente. ⁶

É grande a variedade de opções para executar o rastreamento do CCR, como pesquisa de sangue oculto nas fezes, testes imunoquímicos fecais, pesquisa de ácido desoxirribonucleico (DNA) em fezes, colonoscopia virtual e o exame endoscópico do cólon - a retossigmoidoscopia e a colonoscopia. ⁷

Observa-se ainda que a aplicação de medidas de prevenção primária é difícil, pautadas essencialmente em modificação dos hábitos de vida, compelindo os sistemas de saúde a dirigir sua atenção com enfoque em um método de rastreio eficiente para detecção precoce, na perspectiva de diminuir a morbidade e a mortalidade do CCR, além de impactar nos custos relativos ao tratamento do câncer. No entanto, a heterogeneidade de procedimentos possíveis para rastreamento não permite ainda um consenso acerca de um método de rastreio utilizado mundialmente de modo uniforme. ⁷

Uma vez diagnosticado, procede-se ao estadiamento, que envolve a solicitação de exames séricos, exames de imagem e outros exames endoscópicos, a depender da topografia e de outras características da lesão neoplásica. Após esta etapa, propõe-se o método terapêutico ao paciente, que pode ser endoscópico, cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, imunoterápico, entre outros - podendo haver em muitas circunstâncias uma combinação de métodos. ⁸

Apesar da progressão positiva nas medidas para abordagem do CCR, sustenta-se importante discussão acerca das medidas em saúde pública com fins de se buscar resultados satisfatórios na condução destes indivíduos, já que métodos de rastreamento nos grupos de risco, diagnóstico adequado e execução de tratamento

em todas as modalidades em tempo hábil são imprescindíveis para minimizar o impacto da doença.⁹

Diversas afecções justificam a indicação de cirurgia colorretal tendo como desfecho o controle ou a cura da doença, como doença inflamatória intestinal, diverticulite aguda e trauma. No entanto, a principal causa para procedimento cirúrgico colorretal permanece o CCR, tendo em vista a alta incidência e a importância da intervenção cirúrgica para a condição. Há casos, como no Hospital da Santa Casa de Belo Horizonte, onde 59,7% dos casos de cirurgias colorretais foram executados por CCR.¹⁰

Dentre os procedimentos que são executados para o tratamento do CCR, consideram-se as colectomias segmentares, a proctocolectomia, a retossigmoidectomia e as ressecções multiviscerais. Para além das técnicas de exérese visceral, outros procedimentos podem ser realizados, tais como ostomias, cirurgias de desvio ileocólico e abaixamento colorretal.^{11, 12}

O registro desses procedimentos em sistemas eletrônicos possibilita o planejamento, gerenciamento e acompanhamento de situações de saúde e a tomada de decisões, com o propósito de gerar indicadores de saúde que possam subsidiar o estabelecimento de políticas públicas mais adequadas frente às necessidades de saúde da população.⁴

Prevista na Constituição Federal de 1988, a concepção ampliada de saúde é tratada como direito de todos e dever do Estado. Assim, a garantia desse direito pressupõe que o Estado deve adotar políticas sociais e econômicas que objetivem reduzir o risco de doenças e agravos, bem como deve interagir e dialogar com outros setores da sociedade.¹³

No contexto da geração de indicadores de saúde para gestão, desde 1995, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde, tem enfatizado a importância da informação epidemiológica na área da saúde, com o objetivo de se realizar o planejamento coerente com a atual realidade brasileira, permitindo, desse modo, ações efetivas.⁴

No entanto, apesar do fornecimento de dados amplos em bases de dados livres a partir do INCA, conhecer a realidade intra-hospitalar de cada serviço é de fundamental

importância, dado que otimizações de fluxo de atendimento podem ser pontualmente manejadas. Nesse contexto, os dados a serem analisados no microcosmo intra-hospitalar geram indicadores de saúde próprios para gestão interna, corroborando paralelamente com informações valiosas para a coordenação de ações desse nosocômio junto às redes de atenção à saúde, na perspectiva de se implementar de políticas públicas de saúde mais eficientes.¹⁴

Em um hospital de nível terciário situado em Vitória - ES, que atende às redes pública e privada de saúde, as cirurgias executadas por CCR representam importante demanda do departamento de cirurgia geral. Levando em consideração que os recursos materiais e humanos para atender tal demanda são limitados, surge a necessidade de se priorizar determinados problemas, sob a perspectiva de se garantir atendimento universal e integral aos pacientes que dependem do atendimento nessa instituição.

1.1 OBJETIVOS

Avaliar pacientes submetidos a procedimento cirúrgicos colorretais por CCR em um hospital de ensino localizado no estado do Espírito Santo.

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgicos colorretais por CCR em um hospital de ensino no período de 2010 a 2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais por CCR;
- Averiguar variáveis relativas à internação dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais por CCR;
- Estimar os eventuais fatores que possam interferir no tipo de alta hospitalar, na possibilidade de reinternação em 30 dias e na quantidade de tempo de internação;
- Conhecer a distribuição dos pacientes atendidos nesse nosocômio de acordo com as regiões de saúde do estado do Espírito Santo.

2 METODOLOGIA

Foram coletados, processados e analisados dados sociodemográficos e clínicos de pacientes submetidos a procedimento cirúrgicos colorretais por CCR em um hospital de ensino localizado na cidade de Vitória, estado do Espírito Santo, nos períodos de primeiro de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2019.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, transversal, retrospectivo, descritivo, analítico.

2.2 LOCAL DE PESQUISA

A busca dos dados foi feita em prontuários de pacientes atendidos no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - instituição de nível terciário de atendimento, filantrópica, caracterizada por ser campo de prática da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), localizada na cidade de Vitória, estado do Espírito Santo, Brasil, que atende pacientes oriundos da rede pública e privada de saúde.

2.3 CRITÉRIOS ÉTICOS

A despeito de riscos físicos diretos relacionados à realização da pesquisa não serem o caso deste estudo, uma vez que os dados serão obtidos a partir de prontuários e sem qualquer contato com o paciente, há o risco de quebra do sigilo médico durante a coleta de dados em prontuário. Na perspectiva de se mitigar o risco da exposição, os pesquisadores se comprometeram a não divulgar quaisquer dados coletados que possam identificar um participante de pesquisa, utilizando os dados somente com fins de elaboração de estudo científico e cuja divulgação dar-se-á nos meios apropriados, como congressos das áreas pertinentes e periódicos científicos indexados.

Não faz parte de instrumento de pesquisa qualquer método que envolva o contato com o paciente, seja por telefone ou por entrevista, uma vez que os dados que serão coletados serão retirados estritamente dos prontuários médicos alocados no local de pesquisa.

Essa produção científica terá a perspectiva de produzir benefício real à sociedade, uma vez que gerará informações importantes para a melhor gestão dos serviços em saúde, ampliando o conhecimento sobre o tema até o momento, principalmente com relação à realidade dos pacientes atendidos no hospital de ensino que será o local de pesquisa.

Ademais, solicita-se a dispensa da aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os indivíduos da pesquisa, uma vez que se trata de estudo com um grande número de pacientes que se submeteram a procedimentos colorretais por CCR nos últimos 10 anos de atuação da instituição hospitalar (com estimativa de cerca de 750 casos ao longo desse período), sendo que diversos desses pacientes serão de difícil contato, afora os já falecidos no momento do início da pesquisa. Dessa forma, reforça-se a lisura e o cuidado da equipe de pesquisa com os dados captados para o estudo.

À despeito da dispensa de TCLE, reitera-se a garantia integral de assistência clínica aos pacientes arrolados na pesquisa, caso haja qualquer intercorrência pela quebra de sigilo, resguardando ainda seu direito de indenização e de ressarcimento por eventuais custos.

Projeto de pesquisa submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, tendo como número do parecer consubstanciado de aprovação: 4.167.383.

2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Feito através da busca ativa em prontuários médicos dos pacientes que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa. Um banco de dados foi montado a partir da coleta de dados com a perspectiva de se realizar a fase descritiva do estudo.

2.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos tendo como indicação o diagnóstico de CCR, no período determinado. Os pacientes foram selecionados a partir dos códigos de procedimentos utilizados nas descrições cirúrgicas, seguindo o padrão de código de procedimentos da tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam:

Amputação abdominoperineal de reto em oncologia - 04.16.06.001-3

Amputação completa abdominoperineal de reto – 04.07.02.001-2

Colectomia parcial (hemicolectomia) – 04.07.02.006-3

Colectomia parcial (hemicolectomia) em oncologia – 04.16.05.002-6

Colectomia total – 04.07.02.007-1

Colectomia total em oncologia – 04.16.05.003-4

Exenteração pélvica posterior em oncologia – 04.16.05.009-3

Exenteração pélvica total em oncologia – 04.16.05.010-7

Proctocolectomia total com reservatório ileal – 04.07.02.033-0

Proctocolectomia total em oncologia – 04.16.05.011-5

Ressecção alargada de tumor de intestino em oncologia – 04.16.04.027-6

Retossigmoidectomia abdominal – 04.07.02.040-3

Retossigmoidectomia abdominal em oncologia – 04.16.05.007-7

Retossigmoidectomia abdominoperineal – 04.07.02.041-1

Em tempo, as codificações são utilizadas como métrica para faturamento das contas hospitalares e, portanto, em diversas situações, o procedimento executado não foi exatamente o descrito pelo código, assim como muitas vezes o diagnóstico de CCR é retroativo (após o procedimento), motivo pelo qual não se selecionou os pacientes

através do seu código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Destarte, para ser incluído no estudo, houve a necessidade de checagem criteriosa da descrição cirúrgica, assim como de todo o prontuário médico, a fim de categorizar o procedimento executado como do segmento colorretal tendo como indicação o CCR.

2.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes cujos procedimentos cirúrgicos não foram contemplados nos critérios de inclusão, como raias diretas por perfuração/lesão de camada serosa e cirurgias colorretais por diagnósticos que não foram por CCR.

Em tempo, os casos cujo prontuário foi inacessível, seja na forma física ou digital, foram desconsiderados para a pesquisa.

2.4.3 VARIÁVEIS

As variáveis cujas informações foram coletadas estão descritas nos Quadros 1, 2 e 3.

Observando tais componentes, e para otimizar as estratégias de promoção de saúde e de prevenção de agravos, tanto no que diz respeito à organização estrutural da oferta dos serviços quanto às características sociodemográficas da população dentro de um território, colocou-se a regionalização em saúde, prevista pela Constituição de 1988, como uma valiosa estratégia a fim de tornar eficazes os sistemas de saúde e de promover relações harmoniosas entre os diferentes níveis de governo. Ainda, a regionalização é de suma importância no tocante ao acesso à saúde de qualidade e à redução das desigualdades sociais, tendo em vista a garantia de integralidade e equidade na atenção à saúde.¹⁵

Para a variável *Origem Região de Saúde*, utilizou-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011 para alocar os pacientes a partir da origem municipal segundo as regiões Norte, Central, Metropolitana e Sul, dado que compõe as zonas de administração em saúde pelo governo estadual (conforme mapa - ver Anexo A) utilizadas em todo o período analisado. Os pacientes com logradouro em município de origem externa ao estado do Espírito Santo foram agrupados segundo o estado de origem.¹⁵

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas elencadas para o estudo

Idade na 1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> ● <45 ● 45-75 ● >75
Raça	<ul style="list-style-type: none"> ● Branca ● Preta ● Parda ● Indígena ● Amarela ● Sem informação
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ● Masculino ● Feminino
Situação conjugal	<ul style="list-style-type: none"> ● Com companheiro ● Sem companheiro ● Sem informação
Tipo de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> ● SUS ● Plano de Saúde ● Particular ● Sem informação
Ano de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> ● Ano em que foi realizado o ato cirúrgico do paciente
Origem Região de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Norte ● Central ● Metropolitana ● Sul ● Outro estado

(Continuação)

Quadro 1 – Variáveis sociodemográficas elencadas para o estudo

(Conclusão)

Origem Zona Metropolitana	<ul style="list-style-type: none"> ● Grande Vitória ● Outros municípios do estado ● Municípios de outros estados
---------------------------	---

Fonte: Elaboração própria, 2022

Quadro 2 – Variáveis clínicas elencadas para o estudo

Caráter da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> ● Eletivo ● Urgência
Local do tumor	<ul style="list-style-type: none"> ● Ceco ● Apêndice ● Cólon ascendente ● Ângulo hepático ● Cólon transverso ● Ângulo esplênico ● Cólon descendente ● Cólon sigmoide ● Não especificado ● Transição retossigmoidea ● Reto
Ostomia	<ul style="list-style-type: none"> ● Não ● Sim
Tipo de ostomia	<ul style="list-style-type: none"> ● Colostomia em alça ● Colostomia terminal ● Ileocolostomia ● Ileostomia em alça ● Ileostomia terminal ● Não realizado

(Continuação)

Quadro 2 – Variáveis clínicas elencadas para o estudo

(Conclusão)

Linfadenectomia	<ul style="list-style-type: none"> ● >25 ● 15-25 ● <15 ● Sem informação
Metástase	<ul style="list-style-type: none"> ● Não ● Sim
Margem cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> ● Livres ● Comprometidas ● Sem informação

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Quadro 3 – Variáveis relativas à internação para o estudo

Tempo de internação	Em número de diárias de internação
Tipo de alta	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorada ● Evasão ● Transferência ● Óbito ● Sem informação
Reinternação em 30 dias	<ul style="list-style-type: none"> ● Não ● Sim ● Não aplicável ● Sem informação

Fonte: Elaboração própria, 2022.

2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis foram estudadas separadamente segundo sua frequência no período estudado, com o propósito descritivo, com valores expressos em seus números absolutos e percentuais. A respeito dos dados quantitativos métricos, foram determinadas suas medidas de posição central e variabilidade, sendo elas mediana, média e desvio-padrão.

Com o objetivo de estudar medidas de associação, foram comparados os dados de parte das variáveis independentes com as variáveis relativas à internação, utilizando-se o teste do qui-quadrado para o cálculo do valor de p, o qual foi realizado por meio do programa *Office Excel/365*. Foi utilizado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 DADOS DESCRITIVOS SOBRE A POPULAÇÃO DO ESTUDO

3.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Os dados referentes ao perfil sociodemográfico dos pacientes analisados foram agrupados na tabela 1.

Tabela 1 - Estatística descritiva do perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à cirurgia por CCR.

Variáveis		N	%
FAIXA ETÁRIA	<45 anos	31	8,9
	>75 anos	66	18,9
	45-75 anos	253	72,3
SEXO	Feminino	188	53,7
	Masculino	162	46,3
RAÇA	Branco	92	26,3
	Pardo	249	71,1
	Preto	7	2,0
	Sem informação	2	0,6
SITUAÇÃO CONJUGAL	Com companheiro	188	53,7
	Sem companheiro	162	46,3
TIPO DE ATENDIMENTO	Particular	8	2,3
	Plano de Saúde	31	8,9
	SUS	311	88,9

(Continuação)

Tabela 1 - Estatística descritiva do perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à cirurgia por CCR.

		(conclusão)	
ANO	2010	20	5,7
	2011	38	10,9
	2012	24	6,9
	2013	45	12,9
	2014	31	8,9
	2015	33	9,4
	2016	33	9,4
	2017	40	11,4
	2018	36	10,3
	2019	50	14,3

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Em relação aos dados sociodemográficos e de atendimento expostos na tabela 1, a faixa etária mais prevalente foi entre 45 e 75 anos, correspondendo a 72,3% da amostra - fato este concordante com a literatura, que mostra a incidência de CCR aumentando significativamente após a 5ª década de vida e que continua progredindo a ocorrência com o avançar da idade. Por esse motivo, é preconizado, a partir dessa faixa etária, o início do rastreamento do CCR.¹⁶

Nota-se também que 8,9% tinham menos de 45 anos, o que representa um percentual expressivo da amostra abaixo da faixa etária de rastreamento. Estudos recentes apontam que a incidência de CCR em pacientes jovens tem aumentado em 2% ao ano. Tal expressividade pode se correlacionar aos diversos fatores de risco, como dieta ocidental não-mediterrânea, obesidade, alto consumo de carne vermelha e de alimentos processados, baixo consumo de fibras e sedentarismo. Além desses fatores comportamentais, se encontram as doenças inflamatórias intestinais e as síndromes hereditárias predisponentes ao câncer, que se mostram cada vez mais expressivas. Tendo como exemplo a polipose adenomatosa familiar (PAF), o risco de desenvolver CCR ao longo da vida é de 100%, com idade mediana de início aos 39 anos – portanto

abaixo da zona de rastreamento preconizada para indivíduos sem fatores de risco conhecidos.¹⁷

Em relação ao sexo, houve discreto predomínio em mulheres, com 53,7%, não concordante com a prevalência maior em pacientes do sexo masculino de qualquer idade, em relação sexo feminino, como é visto em algumas casuísticas.¹⁶

O CCR apresenta características moleculares e patológicas diferentes, dependendo da localização do tumor. As diferenças entre os cânceres de cólon do lado direito e esquerdo são possivelmente devido a diferenças na composição genética, estilo de vida e/ou hábitos alimentares. O câncer de cólon do lado direito é mais frequentemente encontrado em mulheres, e por sua vez, em um estágio mais avançado no momento do diagnóstico, o que implica em uma menor taxa de sobrevida neste grupo.¹⁸

Estudos sugerem que os fatores hormonais podem explicar uma grande porcentagem de CCR à direita em mulheres, tendo em vista que a exposição ao estrogênio é um fator protetor contra efeitos sobre a genética tumoral, como instabilidade de microssatélites, enquanto a falta de estrogênio em mulheres mais velhas aumentou o risco de câncer de cólon. No mesmo estudo, a terapia de reposição hormonal (TRH) foi associada ao risco reduzido de tumores instáveis.¹⁸

Há também fatores de risco dietéticos, segmentados por sexo, que são cruciais para estabelecer diretrizes de prevenção do câncer, apesar das diferenças associadas ao sexo e gênero no metabolismo de nutrientes e nas práticas alimentares.¹⁸

Em relação a raça dos pacientes atendidos, a maioria dos indivíduos se autodeclararam como pardos (71,1%). Tais informações se diferem de alguns estudos da literatura, como de um estudo americano que demonstrou uma incidência de CCR maior em pacientes autodeclarados brancos, representando 73.3 % dos casos.¹⁹ Em outro estudo, realizado no Brasil, a porcentagem de pacientes brancos com o diagnóstico de CCR foi equivalente a 92.5% da amostra avaliada, representando a grande maioria.²⁰

Esses aspectos de diferença com relação à raça na amostra podem corresponder a determinados aspectos metodológicos na determinação amostral e na determinação

do tipo racial, prejudicando uma comparação direta. Entretanto, há evidências de que a diferença de incidência entre as raças tem demonstrado diminuição com o passar dos anos.²¹ Embora em menor número, o grupo de pacientes pardos e negros está associado a uma maior mortalidade e diagnóstico em estágios mais avançado, sendo necessária uma devida atenção ao rastreio, diagnóstico e manejo de tais pacientes, que representam a maioria dos atendimentos no nosocômio estudado.^{19, 21}

Acerca da situação conjugal dos pacientes analisados, 53,7% encontravam-se, na época do atendimento, com um parceiro fixo, união estável ou casados. Esse fato é concordante com a epidemiologia de outros estudos, com aproximadamente 60% dos pacientes com parceiro.^{20, 22}

Além disso, o estado civil pode interferir diretamente como efeito protetor para o CCR. Por exemplo, pacientes casados geralmente possuem diagnóstico precoce e são mais propensos a receber tratamento cirúrgico, com maior sobrevida em longo prazo.²³

Há também maior participação de indivíduos casados com parceiro presente em programas de rastreamento de CCR, de 81,1%, em comparação com indivíduos casados sem o parceiro acompanhando. Corroborando, assim, com a ideia de que indivíduos acompanhados por parceiros têm maior probabilidade de participar de exames de CCR.²⁴

O tipo mais prevalente de atendimento foi através do SUS, com 88,9% dos casos, corroborando com a vocação do hospital filantrópico para o atendimento público em saúde. Essa classificação hospitalar merece atenção, já que compreende um terço do parque hospitalar brasileiro e compoendo grande porcentagem nas internações para o SUS.²⁵

Os demais atendimentos foram de pacientes de atendimento particular ou por meio dos planos de saúde, o que recentemente tem recebido atenção especial pelas unidades de atendimento filantrópico associados aos planos de saúde, visto que essa parceria público-privada pode implicar em maior estabilidade econômico-financeira e maior avanço na tecnologia de informação para os hospitais filantrópicos.²⁶

Entre 2010 e 2019, houve relativa estabilidade do número de casos atendidos, variando entre 20 casos (2010) e 50 casos (2019), com aumento no último ano. Há

algumas hipóteses para essa elevação, sendo uma delas o aumento no número de casos emergenciais, bem comuns em situações de subdiagnóstico.²⁷

Em outra análise, observa-se uma direta relação entre obesidade e o surgimento do CCR.²⁷ Obesos tiveram probabilidade 1,56 vez maior de apresentar adenoma colorretal que pacientes com peso normal. E tendo como fato marcante o crescente aumento da obesidade na sociedade, tem-se atenção especial a esse grupo no que tange ao aumento da prevalência de CCR no último ano analisado. Outra hipótese para explicar a tendência de elevação de número de casos atendidos é o crescimento dos diagnósticos em pacientes com menos de 45 anos.^{28, 29}

3.1.2 TEMPO DE INTERNAÇÃO

Os dados referentes ao tempo de internação dos pacientes analisados foram agrupados na tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva do tempo de internação dos pacientes submetidos à cirurgia por CCR em dias.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mediana	Máximo
TEMPO ATÉ A CIRURGIA	3,3	5,9	1,0	62,0
TEMPO DA CIRURGIA À ALTA	10,3	12,2	7,0	133,0
TEMPO TOTAL DE INTERNAÇÃO	13,5	14,2	8,0	150,0

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A respeito da permanência hospitalar, conforme exposto na tabela 2, a média do tempo de internação entre os pacientes atendidos no serviço foi de 13,5 dias. Tal cenário é condizente com o perfil de pacientes predominantes no hospital estudado, que apresentam quadros de CCR com estadiamento em geral mais avançado e muitas vezes em situações de urgência, que tendem a apresentar um tempo de internação mais prolongado. Existem evidências de que o tempo de hospitalização é o principal ponto envolvido no aumento do custo de tratamento do CCR, sendo, dessa

forma, um importante enfoque de políticas públicas e privadas para manejo adequado dos recursos aplicados em saúde.³⁰

Um maior tempo de internação hospitalar pode ser atribuído, também, ao tipo de abordagem cirúrgica utilizada. No serviço analisado, a maioria dos procedimentos cirúrgicos realizados por CCR foram do tipo ressecção com anastomose, sendo associado a um período de internação hospitalar mais prolongado em relação às cirurgias de ressecção com ostomias.³¹

Além disso, uma realização reduzida de cirurgias laparoscópicas pelo serviço, que cursam com menores períodos de recuperação quando em comparação com a abordagem cirúrgica por laparotomia, tem também como consequência um alargamento do período de internação total.³²

3.1.3 ASPECTOS CLÍNICOS

Os dados referentes aos aspectos clínicos dos pacientes analisados foram agrupados na tabela 3.

Tabela 3 - Aspectos clínicos dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais por CCR.

Variáveis		N	%
CARÁTER	Eletivo	274	78,3
	Sem informação	11	3,1
	Urgência	65	18,6

(Continuação)

Tabela 3 - Aspectos clínicos dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais por CCR.

(continuação)

LOCAL DO TUMOR	Ceco	21	6,0
	Apêndice	2	0,6
	Cólon ascendente	87	24,9
	Ângulo hepático	19	5,4
	Cólon transverso	16	4,6
	Ângulo esplênico	9	2,6
	Cólon descendente	27	7,7
	Cólon sigmoide	57	16,3
	Não especificado	9	2,6
	Transição retossigmoidea	39	11,1
	Reto	64	18,3
OSTOMIA	Não	238	68,0
	Sim	112	32,0
TIPO DE OSTOMIA	Colostomia em alça	23	6,6
	Colostomia terminal	66	18,9
	Ileocolostomia	3	0,9
	Ileostomia em alça	1	0,3
	Ileostomia terminal	19	5,4
	Não realizado	238	68,0
LINFADENECTOMIA	>25	109	31,1
	≤14	115	32,9
	15-25	121	34,6
	Sem informação	5	1,4
METÁSTASE	Não	188	53,7
	Sim	162	46,3

Tabela 3 - Aspectos clínicos dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais por CCR.

		(conclusão)	
MARGEM CIRÚRGICA	Comprometidas	52	14,9
	Livres	280	80,0
	Sem informação	18	5,1

Fonte: Elaboração própria, 2022.

No presente estudo, entre os 350 pacientes analisados, a maioria dos procedimentos foi realizada eletivamente, e 18,6% foram realizados em contexto de emergência. Em uma análise retrospectiva de 141.641 pacientes americanos acima de 18 anos de idade, diagnosticados com CCR e submetidos à ressecção colorretal durante a internação, 66% das admissões foram eletivas e 34% foram realizadas em contexto de emergência, isto é, quase o dobro de pacientes em situação de urgência encontrados em nosso estudo.³³ Em outra análise, que incluiu mais de 700 pacientes hospitalizados por CCR, 30,2% foram operados em contexto de emergência.³⁴

Tal diferença pode ter ocorrido em virtude do perfil de pacientes atendidos pela unidade hospitalar onde os dados foram coletados. Os casos urgentes atendidos no hospital em questão são a ele referenciados oriundos de certos serviços de urgência, ou seja, não há procura espontânea por atendimento a não ser por meio da regulação de outros serviços. Provavelmente por essa razão e também pelo baixo volume de atendimentos de urgência referenciados, a proporção de pacientes necessitados de intervenção urgente foi menor.

Os pacientes operados por CCR incluídos no presente estudo necessariamente deveriam ter, ao fim do procedimento, algum segmento intestinal ressecado, o que nem sempre se concretizou em meio aos atendimentos urgentes. Assim, não foram contabilizados pacientes submetidos a procedimentos de urgência em que não houve possibilidade ou indicação de ressecção, como por exemplo nos casos de raias diretas por perfuração de serosa, ou cirurgias colorretais por diagnósticos outros que não o CCR.

A localização de tumor mais comum foi no cólon ascendente, seguida pelos tumores do reto, de acordo com os achados de outros estudos de prevalência.³⁵ Os tumores do cólon direito/ascendente estão relacionados à maior ocorrência de complicações pós-operatórias, como infecção de ferida, formação de abscesso intra-abdominal e íleo paralítico, bem como aumento do tempo de internação, quando comparados a lesões no cólon esquerdo.³⁶ As taxas de complicação e morbidade também são maiores após procedimentos retais, possivelmente pelas diferenças anatômicas e pela dificuldade técnica de procedimentos cirúrgicos nessa região.³⁷

As diferentes localizações dos tumores colorretais determinam variações no que diz respeito aos fatores de risco, características bioquímicas, etiopatogenia e prognóstico. Em estudos anteriores, entre tumores de cólon, houve maior sobrevida global e específica associada aos de localização no cólon descendente, enquanto tumores do cólon ascendente apresentaram maior probabilidade de estadiamento avançado.³⁸

Comparando-se cólon e reto, em virtude de suas diferenças embriológicas e anatômicas, os tumores que se apresentam em uma ou em outra topografia também apresentam características diversas em relação à epidemiologia, ao estadiamento e ao prognóstico.³⁹ Devido ao padrão de drenagem venosa, os tumores de reto apresentam distribuição metastática diferente dos tumores de cólon.^{39, 40} Diferem também na proporção entre gêneros, sendo o câncer do cólon proximal mais comum em mulheres, enquanto os tumores retais são mais frequentes em homens.^{41 – 43}

Além do estadiamento pela classificação *tumor-node-metastasis* (TNM), que no câncer de cólon é de grande valor prognóstico, no câncer retal o comprometimento das margens cirúrgicas também é um fator considerável.^{39, 40} Outros fatores podem piorar o prognóstico no câncer retal, como o diabetes e a ocorrência de vazamento anastomótico.⁴⁴ Ainda, os carcinomas retais apresentam menor sobrevida em relação aos de cólon⁴⁵, e dados de estudos prévios sugerem relação entre maior proporção retal constituinte do tumor e pior taxa de sobrevida no CCR.^{44, 46}

Quanto à realização de ostomia, esse procedimento foi realizado em 32% dos pacientes, seguindo a tendência de outros estudos, como em um estudo descritivo

que incluiu 156 pacientes que se submeteram à cirurgia por CCR, sendo 30,2% deles submetidos à ostomia.⁴⁷

Embora as técnicas cirúrgicas utilizadas atualmente na construção das ostomias tenham evoluído, bem como as tecnologias e serviços de orientação ao alcance das pessoas ostomizadas, os cuidados e adaptações necessárias à convivência com uma intervenção dessa magnitude ainda causam repercussões negativas na vida dos pacientes, entre elas alterações fisiológicas, emocionais, psicológicas e físicas.^{48, 49}

É importante lembrar que os pacientes deste estudo foram ostomizados em decorrência de um câncer para o qual existem fatores de risco conhecidos - alguns deles evitáveis^{50, 51}, além de diversos exames de rastreio.^{52, 53} Nesse sentido, medidas de promoção de saúde e prevenção primária poderiam reduzir os casos de CCR, e a oferta do rastreio à população de acordo com as diretrizes atuais contribuiria para um diagnóstico precoce, podendo assim reduzir o volume de ostomizados por CCR e a morbidade associada ao procedimento.⁵

O tipo mais comum de ostomia foi colostomia terminal, seguida pela colostomia em alça e pela ileostomia terminal.

Em uma análise de 496 pacientes ostomizados, totalizando 504 ostomias, as colostomias representaram 67,5% dos casos, com predomínio de estomas permanentes, terminais e à esquerda. Na mesma análise, as ileostomias corresponderam a 23,2% da amostra, sendo a maioria delas temporárias, confeccionadas em alça e à direita. Em ambos os tipos, as ostomias foram motivadas, majoritariamente, por malignidade do reto e do cólon, nessa ordem.⁵⁴

O predomínio de colostomia terminal ou em alça em relação a outras ostomias pode ser explicado pelo fato de que mais de 75% dos tumores colorretais obstrutivos estão localizados à esquerda, distalmente à flexura esplênica⁵⁵, provavelmente em virtude do diâmetro relativamente mais estreito do lúmen intestinal e da consistência mais espessa das fezes nessa topografia⁵⁶, além da tendência a uma morfologia mais anular dos tumores que acometem tal área.⁵⁷

Com relação às obstruções malignas à direita, existe uma preferência pela ressecção primária associada à anastomose ileocólica. Já a escolha do tratamento no manejo das obstruções causadas por malignidade no cólon esquerdo não é unânime.⁵⁸

A colostomia terminal à Hartmann é uma das opções de tratamento cirúrgico e permite a ressecção do segmento colônico acometido sem a realização de anastomose primária.^{59, 60} Trata-se de um procedimento menos complexo, no entanto mostrou maior incidência de complicações.⁶¹

A colostomia em alça configura outra opção de tratamento para obstruções distais por malignidade. Tem por objetivo permitir uma ressecção definitiva do tumor por meio de uma abordagem estagiada, com o manejo inicial da obstrução por meio da ostomia, e posterior ressecção, associada ou não à reversão do estoma.^{56, 62}

As ileostomias, que totalizaram 6,6% dos casos incluídos neste estudo, embora sejam realizadas a fim de se reduzir ou prevenir o vazamento anastomótico, estão associadas à alta morbidade e a dificuldades de manejo⁶³, trazendo uma grande carga de complicações a seus portadores^{61, 64}, principalmente relacionadas à irritação da região cutânea periestomal, e a distúrbios hidroeletrólíticos.⁶⁵ Ainda, as complicações não se restringem somente à manutenção da ostomia nessa região, mas também ocorrem nos quadros em que se opta pela reversão da mesma, chegando a acontecer em até 20% dos casos.^{63, 66}

A realização de ostomias por CCR pode ser motivada por intercorrências no intraoperatório e em casos nos quais o estadiamento de doença seja mais avançado⁵⁶.⁶² Assim, o diagnóstico em estágios iniciais poderia permitir avaliação mais minuciosa das condições pré-operatórias e planejamento prévio da abordagem cirúrgica⁶⁷, a fim de reduzir tais complicações, bem como diminuir o volume de ostomias motivadas por CCR.

A média de linfonodos excisados no presente estudo foi de 20, sendo a maioria dos pacientes distribuídos na faixa de 15 a 25 linfonodos retirados. Dados de estudos prévios mostram uma média de excisão de 22 linfonodos.⁶⁸

Um dos fatores mais importantes que impactam na sobrevida e no prognóstico de pacientes com CCR é o estágio em que a doença se encontra.⁶⁹ A presença de metástase linfonodal é um marcador importante, sobretudo nos pacientes em que não há evidência de metástases à distância, pois nesses casos é definidora do estágio da doença.⁷⁰ Conseqüentemente, é fundamental que haja excisão linfonodal adequada, tanto no aspecto qualitativo como no quantitativo. Alguns fatores que podem interferir na qualidade da excisão e na quantidade de linfonodos retirados são idade acima de 80 anos, ASA \geq 3, e fatores modificáveis, como a técnica cirúrgica utilizada.^{68, 71}

Nesse contexto, diretrizes da década de 1990 recomendam a análise histopatológica de um mínimo de 12 linfonodos.⁷² Embora atualmente não exista um consenso a respeito do número de linfonodos necessários para o correto estadiamento, alguns autores mencionam que o exame de 12 linfonodos confere uma identificação correta de positividade em 90% dos pacientes, e que a chance de positividade pode ser aumentada em 30% com a retirada de 12 ou mais linfonodos.^{73, 74}

Em relação à existência de doença metastática entre os pacientes analisados, 46,3% apresentavam alguma metástase no dia da cirurgia, mais que o dobro do encontrado em estudos prévios.⁷⁵ O grande volume de pacientes apresentando estadiamento avançado, com doença já metastática no momento do diagnóstico, pode estar relacionado à falha no diagnóstico precoce, por deficiência no acesso da população a exames de rastreio e à prestação de serviços de saúde de qualidade^{76, 77}, além de atrasos no tempo de espera para início de tratamento do CCR.⁷⁷

A presença de metástases torna mais difícil o manejo da doença⁷⁸, e constitui um dos preditores de mortalidade utilizados para estimar o prognóstico pós-operatório dos pacientes.⁷⁹

Entre os fatores prognósticos para o CCR metastático, estão a extensão das metástases, o número de órgãos acometidos, o *status* performance do paciente e o uso de quimioterapia combinada⁸⁰, além da localização do tumor primário.^{81, 82}

Considerando apenas pacientes com câncer de cólon, a doença metastática mostrou-se um fator de risco significativo de morbimortalidade perioperatória, com taxas de mortalidade crescentes quanto mais avançado o estágio da doença.⁷⁸ Em comparação a pacientes sem metástase, notou-se risco de mortalidade 4 vezes maior no estágio IV, independentemente da realização eletiva ou de urgência do procedimento cirúrgico.⁷⁸

A detecção precoce do CCR é de suma importância, considerando a pior sobrevida de pacientes em estágios avançados e com metástases.^{83, 84} Dessa forma, medidas que promovam o rastreamento e possibilitem o diagnóstico em estágios iniciais devem ser incentivadas, a fim de reduzir a morbimortalidade associada aos estágios mais avançados da doença.⁸⁵

A fim de conhecer mais profundamente o impacto das metástases no prognóstico de pacientes com CCR, e de estabelecer comparação entre o prognóstico de pacientes com metástase no dia da cirurgia e aqueles que a desenvolvem ao longo do seguimento, é necessária a realização de mais estudos avaliando a sobrevida nesses dois grupos de pacientes.

Quanto ao comprometimento da margem cirúrgica, o presente estudo encontrou 14,9% de margens comprometidas.

No comparativo com dados da literatura, observa-se diferença relevante relativo ao percentual de pacientes com margens comprometidas. Em análise prévia de resultados de exame anatomopatológico em pacientes diagnosticados com neoplasia colorretal, 5,66% das peças apresentaram margem cirúrgica comprometida.¹⁶ Outro estudo, que incluiu dados de prontuário de 184 pacientes, mostrou margens comprometidas em 5,98% dos casos.⁸⁶

Essa maior prevalência de casos com margens comprometidas encontra possíveis explicações em vários aspectos. Com relação ao perfil do paciente, que em boa parte das abordagens se encontra com doença em estágio avançado, ou mesmo em condição de urgência, o que limita a capacidade de garantir ressecção total do bloco tumoral. Com relação ao profissional médico, que muitas vezes é um cirurgião de

formação generalista atendendo como plantonista e que atende o paciente em caráter de urgência, não tendo formação específica em cirurgia oncológica e, portanto, não tendo a capacidade de executar o procedimento com a mesma aptidão que um subespecialista da área.⁸⁷

Ainda, em pacientes cuja apresentação se dá em contexto de urgência, é suplantada a realização, interpretação e discussão minuciosa de exames de imagem, bem como a discussão do caso em equipe interdisciplinar - etapas importantes para traçar uma abordagem mais individualizada ao paciente, ao tumor e, assim, oferecer o melhor manejo clínico e cirúrgico possível ao doente. De forma semelhante, as cirurgias de urgência inviabilizam o uso de terapias neoadjuvantes, que poderiam reduzir a massa tumoral e facilitar a ressecção cirúrgica com margens livres.^{34, 88}

3.1.4 ORIGEM DO PACIENTE

Os dados referentes à procedência dos pacientes analisados foram agrupados na tabela 4.

Tabela 4 - Origem do paciente de acordo com as regiões.

Variáveis		N	%
ORIGEM REGIÃO DE SAÚDE	Central	15	4,3
	Metropolitana	312	89,1
	Norte	8	2,3
	Outro estado	2	0,6
	Sul	13	3,7
ORIGEM ZONA METROPOLITANA	Grande Vitória	274	78,3
	Municípios de outros estados	2	0,6
	Outros municípios do estado	74	21,1

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para fins de padronização da análise em relação a procedência dos usuários atendidos no serviço, foi utilizado o PDR desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, considerando as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos, na medida em que o funcionamento do sistema regional é fruto da pactuação entre os gestores do sistema de saúde.¹⁵

Dessa forma, percebe-se que a origem dos pacientes submetidos a procedimentos de ressecção por CCR no serviço em questão não está restrita apenas aos municípios que compõem a região metropolitana do estado, sendo um expressivo contingente de pacientes provenientes de outras regiões. Portanto, demonstra-se uma importante participação do hospital na assistência prestada ao tratamento do CCR em todo o estado, incluindo, ainda, cidades de estados próximos. Logo, corrobora-se a necessidade de políticas públicas para uma gestão de recursos adequada visando maior capacitação do atendimento integral do paciente oncológico, desde a prevenção até o tratamento do CCR.^{15, 89}

Sendo um grande centro de tratamento do CCR, o hospital se torna referência para o atendimento de diversos pacientes do Espírito Santo e demais estados. Visto que regiões além da zona metropolitana, como a região central e norte do estado, possuem poucos centros especializados para o atendimento de pacientes oncológicos, o encaminhamento de usuários com quadros mais avançados da doença e de difícil tratamento para regiões especializadas é frequente e mandatório para condução clínica adequada.^{15, 89, 90}

Uma vez que o distanciamento entre o local de tratamento do CCR e o local de residência do paciente está associado a um atraso no início do tratamento, é possível que esse fator corrobore o volume de casos atendidos em estadiamento mais avançado ou em maior nível de gravidade, afetando diretamente a morbimortalidade provocada pela doença.⁷⁷

3.2 RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELATIVAS À INTERNAÇÃO COM AS DEMAIS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

3.2.1 ANÁLISE POR FAIXA ETÁRIA

Os dados obtidos a partir da análise das variáveis relativas à internação por faixa etária foram agrupados na tabela 5.

Tabela 5 - Associação da faixa etária com as variáveis relativas à internação.

Variáveis		Faixa etária						p
		< 45		45 - 75		> 75		
		N	%	N	%	N	%	
REINTERNAÇÃO EM 30 DIAS	Não	22	84,6	202	91,0	53	86,9	0,440
	Sim	4	15,4	20	9,0	8	13,1	
ALTA	Melhorada	26	83,9	222	87,7	61	92,4	0,417
	Óbito	5	16,1	31	12,3	5	7,6	
INTERVALO DE TEMPO DA CIRURGIA À ALTA	≤7 dias	20	64,5	165	65,2	36	54,5	0,264
	7-30 dias	11	35,5	75	29,6	24	36,4	
	>30 dias	0	0,0	13	5,1	6	9,1	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Na análise por faixa etária (tabela 5), não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos em todas as variáveis relativas à internação. Dessa forma, a idade do paciente não impactou, à priori, no volume de reinternação, no tipo de alta e no intervalo de tempo da cirurgia à alta. No entanto, reitera-se que a população do estudo é limitada ao volume de casos atendido no nosocômio estudado entre os anos de 2010 e 2019, sendo possível que houvesse diferença significativa entre grupos caso a amostragem populacional fosse maior.

Dados da literatura sobre variáveis relacionadas à desfechos em cirurgia por câncer retal apontam a idade dos pacientes como fator preditor de risco para readmissão e reoperação, corroborando a ideia de que quanto maior a idade, maiores as chances de complicações ou desfechos pós-cirúrgicos que necessitem de reinternação.⁹¹

Na casuística do presente estudo, não há diferença significativa entre os grupos em relação à variável alta por óbito. Dessa forma, embora os pacientes mais jovens tenham teoricamente um maior potencial de sobrevida dado a uma provável melhor performance pela idade, é possível que o estadiamento tumoral nas faixas etárias mais novas justifique uma mortalidade equivalente aos grupos etários mais velhos. Em estudo que analisou pacientes menores de 50 anos submetidos à biópsia de tumores colorretais, houve maior ocorrência de tumores em estágios mais avançados e com margens cirúrgicas mais frequentemente comprometidas do que em indivíduos mais velhos.¹⁶

Nesse sentido, é possível considerar que esse grupo de pacientes requer um olhar mais atento dos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária, e necessita de esforços por parte do Poder Público no sentido de promover ações de educação em saúde, incluindo a discussão sobre os sinais e sintomas de alarme, importância e risco da história familiar em primeiro grau de CCR e métodos de rastreio.

3.2.2 ANÁLISE POR SEXO

Os dados obtidos a partir da análise das variáveis relativas à internação por sexo estão agrupados na tabela 6.

Tabela 6 - Associação do sexo com as variáveis relativas à internação.

Variáveis		SEXO				p
		Feminino		Masculino		
		N	%	N	%	
REINTERNAÇÃO EM 30 DIAS	Não	147	90,2	130	89,0	0,742
	Sim	16	9,8	16	11,0	
ALTA	Melhorada	163	86,7	146	90,1	0,321
	Óbito	25	13,3	16	9,9	
INTERVALO DE TEMPO DA CIRURGIA À ALTA	≤7 dias	124	66,0	97	59,9	0,241
	7-30 dias	57	30,3	53	32,7	
	>30 dias	7	3,7	12	7,4	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Em relação a associação entre o sexo dos pacientes com as variáveis relativas à internação, não houve diferença significativa entre os grupos. Com isso, é possível que medidas de manejo geral do CCR na abordagem perioperatória não necessitam prioritariamente de ser diferenciadas entre os grupos.

Resultados encontrados na literatura, demonstram o sexo feminino como uma variável independente para uma recuperação mais precoce em cirurgias por CCR, quando avaliado o tempo de internação total.⁹² Segundo estudos, indivíduos do sexo masculino possuem um risco aumentado de vazamento anastomótico, além de possuírem maior porcentagem de gordura visceral em comparação com o sexo feminino, contribuindo para uma maior morbidade pós-operatória nesses pacientes.^{93,}

94

Entretanto, sugere-se que o cuidado perioperatório adequado, com a devida escolha da técnica cirúrgica associada com a melhor indicação do procedimento contribuem de forma mais significativa para uma melhor recuperação e menores taxas de complicações do que o sexo do paciente de forma isolada.^{92, 95}

Desse modo, pode-se considerar que a ausência de diferença significativa entre o entre sexos em relação aos desfechos pós-operatórios encontrados no presente estudo reflita uma adequada assistência a esses pacientes, não prejudicada, a priori, por possíveis dificuldades técnicas e anatômicas encontradas nesses diferentes grupos.

3.2.3 ANÁLISE POR SITUAÇÃO CONJUGAL

Os dados obtidos a partir da análise das variáveis relativas à internação em relação a situação conjugal foram agrupados na tabela 7.

Tabela 7 - Associação da situação conjugal com as variáveis relativas à internação.

Variáveis		SITUAÇÃO CONJUGAL				p
		Com companheiro		Sem companheiro		
		N	%	N	%	
REINTERNAÇÃO EM 30 DIAS	Não	160	90,4	117	88,6	0,616
	Sim	17	9,6	15	11,4	
ALTA	Melhorada	177	94,1	132	81,5	<0,01
	Óbito	11	5,9	30	18,5	
INTERVALO DE TEMPO DA CIRURGIA À ALTA	≤7 dias	122	64,9	99	61,1	0,758
	7-30 dias	56	29,8	54	33,3	
	>30 dias	10	5,3	9	5,6	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A taxa de reinternação e o intervalo de tempo da cirurgia à alta foram variáveis que não apresentaram diferença significativa entre os grupos, conforme tabela acima. Entretanto, existem evidências de uma correlação positiva entre a presença de um

cônjuge e uma boa recuperação pós-operatória, conjecturando-se que haja fornecimento de apoio emocional e podendo desempenhar um papel crucial no monitoramento e modelagem do comportamento relacionado à saúde.⁹⁶

Com relação ao tipo de alta, nota-se diferença expressiva entre os grupos, com maior chance de óbito no grupo de pacientes sem companheiro. Destarte, ressalta-se que esse dado sociodemográfico pode ter impacto no desfecho do tratamento do CCR. Com isso, é possível que medidas de assistência social direcionadas ao grupo sem companheiro, tanto em fase pré-operatória, quanto em fase pós-operatória, possam repercutir positivamente na diminuição da taxa de óbito. Não há estudos no momento que avaliam se esse tipo de intervenção pode gerar impacto na mortalidade.

Ter um cônjuge pode ser visto, portanto, como uma importante estratégia de apoio social para o câncer de cólon, podendo o fornecimento de suporte social adicional para pacientes sem cônjuge levar a melhores resultados nesse grupo.⁹⁶

3.2.4 ANÁLISE POR ORIGEM DO PACIENTE

Os dados obtidos a partir da análise das variáveis relativas à internação em relação a origem do paciente estão agrupados na tabela 8.

Tabela 8 - Associação da origem do paciente com as variáveis relativas à internação.

Variáveis		ORIGEM ZONA METROPOLITANA						p
		Grande Vitória		Municípios de outros estados		Outros municípios do estado		
		N	%	N	%	N	%	
REINTERNAÇÃO EM 30 DIAS	Não	212	89,5	2	100,0	63	90,0	0,882
	Sim	25	10,5	0	0,0	7	10,0	
ALTA	Melhorada	237	86,5	2	100,0	70	94,6	0,138
	Óbito	37	13,5	0	0,0	4	5,4	
INTERVALO DE TEMPO DA CIRURGIA À ALTA	≤7 dias	170	62,0	2	100,0	49	66,2	0,616
	7-30 dias	87	31,8	0	0,0	23	31,1	
	>30 dias	17	6,2	0	0,0	2	2,7	
INTERVALO DE TEMPO TOTAL DE INTERNAÇÃO	≤7 dias	107	39,1	2	100,0	34	45,9	0,307
	7-30 dias	146	53,3	0	0,0	37	50,0	
	>30 dias	21	7,7	0	0,0	3	4,1	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Acerca da possível associação entre a origem dos pacientes e as variáveis relativas à internação, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos da população estudada. Assim, propõe-se que o local de origem dos pacientes analisados provavelmente não constituiu um fator preditor dos desfechos perioperatórios relacionados ao período da internação.

É fundamental, no entanto, ressaltar que os cuidados oncológicos ofertados em território brasileiro são baseados na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), a qual determina a oferta de cuidado integral ao usuário num formato regionalizado e descentralizado. Determina, ainda, que o tratamento do câncer deve ser feito em estabelecimentos de saúde habilitados - as chamadas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros

de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) - aos quais cabe oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer.⁹⁷

Analisando a relação entre origem geográfica e variáveis relacionadas à doença, dados de estudos prévios mostram disparidades entre pacientes de origem rural e de origem urbana, tanto na qualidade do cuidado oferecido, quanto nos desfechos relacionados ao tempo de permanência hospitalar.^{98, 99}

Num estudo que analisou a distância a ser percorrida por pacientes americanos na busca por um serviço de cuidado oncológico, indivíduos que moravam em áreas rurais necessitaram de maior deslocamento em relação a residentes de área urbana. Tal distância foi ainda maior se a busca fosse por um profissional mais especializado, incluindo nesse grupo os cirurgiões colorretais.⁹⁸

Também há evidências de que a distância entre o paciente e o local onde recebe o cuidado leva a uma pior adesão aos tratamentos oncológicos e, conseqüentemente, a piores prognósticos.^{100, 101}

Por fim, os resultados encontrados podem sugerir que a assistência hospitalar dos pacientes atendidos no hospital estudado não é prejudicada *a priori*, dado que não há diferenças entre as regiões de origem do paciente. Contudo, embora haja serviços de referência em Oncologia em todos os estados do Brasil assim como o hospital estudado, o desequilíbrio na distribuição geográfica dessas unidades de atendimento implica em dificuldades de acesso aos serviços de diagnóstico, relacionadas tanto à disponibilidade de serviços quanto de médicos especializados.⁹⁷

3.2.5 ANÁLISE POR CARÁTER DA CIRURGIA

Os dados obtidos a partir da análise das variáveis relativas à internação em relação ao caráter da cirurgia realizada estão agrupados na tabela 9.

Tabela 9 - Associação de caráter da cirurgia com as variáveis relativas à internação.

Variáveis		CARÁTER				p
		Eletivo		Urgência		
		N	%	N	%	
REINTERNAÇÃO EM 30 DIAS	Não	226	89,7	44	88,0	0,724
	Sim	26	10,3	6	12,0	
ALTA	Melhorada	252	92,0	50	76,9	<0,01
	Óbito	22	8,0	15	23,1	
INTERVALO DE TEMPO DA CIRURGIA À ALTA	≤7 dias	189	69,0	25	38,5	<0,01
	7-30 dias	70	25,5	36	55,4	
	>30 dias	15	5,5	4	6,2	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Pacientes atendidos em caráter de urgência encontram-se com frequência em estado mais grave e muitas vezes descompensados clinicamente, em decorrência de alterações metabólicas relacionadas à obstrução intestinal.¹⁰² Desse modo, nossa casuística corrobora a hipótese de pior desfecho para o grupo atendido em caráter de urgência, com maior possibilidade de óbito pela doença durante o atendimento e maior volume de diárias de internação hospitalar.

Tendo em vista que as manifestações agudas do CCR que podem cursar com atendimento de urgência geralmente ocorrem em casos de doença avançada, reforça-se que a atenção primária em saúde deve promover a avaliação periódica e as medidas de rastreamento pertinentes à doença, com diagnóstico precoce, de modo que o grupo de pacientes atendido em caráter de urgência seja o menor possível, dado o pior desfecho.^{102, 103}

Os dados apresentados corroboram a literatura atual, no sentido de que nos casos de cirurgia de urgência por CCR, as unidades hospitalares aumentam o tempo de ocupação de seus leitos, aumentando também o custo inerente ao tratamento por paciente, e gerando sobrecarga ao onerar recursos no atendimento ao câncer.^{102, 104}

O impacto financeiro poderia ser de menor monta, caso os pacientes tivessem sido conduzidos em situação ideal – com preparo pré-operatório e agendamento eletivo.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho cumpriu os objetivos a que se propôs, ao descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos colorretais no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, e averiguar características relacionadas à internação de tais pacientes.

Também foi possível, por meio de análise comparativa entre as variáveis sociodemográficas dos pacientes e os desfechos relacionados à internação, estimar eventuais fatores associados ao tipo de alta hospitalar e à reinternação.

No que diz respeito ao caráter da cirurgia, nossa análise sugere maior prevalência de alta por óbito e maior tempo de internação em pacientes submetidos à cirurgia de urgência em comparação àqueles que passaram por procedimentos eletivos.

O estado conjugal também esteve associado a desfechos desfavoráveis na população estudada, com maior prevalência de alta por óbito em pacientes sem companheiro, sugerindo que a presença de um companheiro conjugal tem repercussões no prognóstico dos pacientes.

Cabe ressaltar que, embora o desenho do presente estudo não permita afirmar definitivamente a associação entre aumento do tempo de permanência hospitalar e estado conjugal, os dados encontrados na literatura aventam que o fornecimento de algum tipo de assistência presencial aos pacientes, equivalente àquela prestada pelos companheiros conjugais, pode impactar nos gastos públicos relativos ao cuidado em saúde desses pacientes. São necessários mais estudos nesse sentido.

Diante do exposto, conclui-se que descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes operados por CCR em um hospital da cidade de Vitória – ES constitui uma importante ferramenta para conhecer a distribuição epidemiológica desse agravo de saúde nesse microcosmo, e assim, poder traçar estratégias de saúde pública de acordo com as características encontradas, de modo a oferecer assistência mais compatível com as necessidades da população em questão.

REFERÊNCIAS

1. Hamilton SR, Aaltonen LA. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. Lyon: IARC Press; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [texto da internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69–90.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [texto da internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
5. Assis RVBF. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. *GED Gastroenterol Endosc Dig*. 2011 mar;30(2):62–74.
6. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jul;68(4):250–81.
7. Joseph DA, King JB, Dowling NF, Thomas CC, Richardson LC. Vital Signs: Colorectal Cancer Screening Test Use - United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Mar;69(10):253–9.
8. Hashiguchi Y, Muro K, Saito Y, Ito Y, Ajioka Y, Hamaguchi T, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2020 Jan;25(1):1–42.
9. Da Silva MJS et al. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do sistema único de saúde. *Rev Bras Cancerol*. 2017;63(3):177-87.
10. Oliveira RG et al. Cirurgias êntero-colorretais: abordagem cirúrgica de 129 pacientes do SUS no Programa de Pós-Graduação Sensu Lato em coloproctologia. *Rev bras. colo-proctol*. 2010 set;30(3):333-343.
11. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet* (London, England). 2019 Oct;394(10207):1467–80.
12. Kuipers EJ, Grady WM, Lieberman D, Seufferlein T, Sung JJ, Boelens PG, et al. Colorectal cancer. *Nat Rev Dis Prim*. 2015 Nov;1:15065.
13. Lucchese PTR et al. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. Tema: políticas públicas em saúde. BIREME/OPAS/OMS, 2004. São Paulo (SP)

14. Guerra AL. O uso de indicadores e sua aplicação no ciclo de políticas públicas de pequenos municípios. *Pensamento e Realidade* 2014 Dez;1(29):67-78.
15. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Plano diretor de regionalização da saúde. Vitória (ES): Secretaria de Estado da Saúde; 2011. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf
16. Silva FMMDA, Duarte RP, Leão CCA, Vissoci CM, Alvarenga ALAT, Ramos ABS, et al. Colorectal cancer in patients under age 50: a five-year experience. *Rev do Col Bras Cir* 2020;47:e20202406.
17. Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. *Lancet (London, England)*. 2014 Apr;383(9927):1490–502.
18. Kim S-E, Paik HY, Yoon H, Lee JE, Kim N, Sung M-K. Sex- and gender-specific disparities in colorectal cancer risk. *World J Gastroenterol*. 2015 May;21(17):5167–75.
19. Galadima HI, Adunlin G, Hughes MS, Cropp CD, Lucero L, Akpinar-Elci M. Racial disparities and treatment trends among young-onset colorectal cancer patients: An analysis of a hospital cancer registry. *Cancer Epidemiol*. 2021 Jun;72:101911.
20. Rohenkohl CA, Pastorello J, Costa NR, Zobot GP, Cassol OS. Epidemiological Profile of Patients with Colorectal Cancer from a Hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. *J Coloproctology*. 2021;41(1):1–7.
21. Wu J, Ye J, Wu W, Fang D, Wang K, Yang L, et al. Racial disparities in young-onset patients with colorectal, breast and testicular cancer. *J Cancer*. 2019;10(22):5388–96.
22. Neto JRT et al. Estudo Demográfico do Câncer de Cólon e Reto no Estado de Sergipe. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 2008;28(2):215-222.
23. Li Z, Wang K, Zhang X, Wen J. Marital status and survival in patients with rectal cancer: A population-based STROBE cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2018 May;97(18):e0637.
24. Gram MA, Therkildsen C, Clarke RB, Andersen KK, Mørch LS, Tybjerg AJ. The influence of marital status and partner concordance on participation in colorectal cancer screening. *Eur J Public Health*. 2021 Apr;31(2):340–6.
25. Amorim DP de L, Souza AA de. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Cad Saúde Coletiva*. 2019;27(2):234–40.
26. Lima SML, Portela MC, Ugá MAD, Barbosa PR, Gerschman S, Vasconcellos MM. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):116–23.

27. Jochem C, Leitzmann M. Obesity and Colorectal Cancer. Recent results cancer Res Fortschritte der Krebsforsch Prog dans les Rech sur le cancer. 2016;208:17–41.
28. Freitas BA, Loth CAT, Swarowsky GL, Lourenço GM, Fillmann LS, Fillmann HS, et al. ARE OBESITY AND ADENOMA DEVELOPMENT ASSOCIATED AS COLORECTAL CANCER PRECURSORS? Arq Bras Cir Dig ABCD 2020 Jul;33(1):e1500.
29. Mauri G, Sartore-Bianchi A, Russo A-G, Marsoni S, Bardelli A, Siena S. Early-onset colorectal cancer in young individuals. Mol Oncol. 2019 Feb;13(2):109–31.
30. Mar J, Errasti J, Soto-Gordoa M, Mar-Barrutia G, Martinez-Llorente JM, Domínguez S, et al. The cost of colorectal cancer according to the TNM stage. Cir Esp. 2017 Feb;95(2):89–96.
31. Constantin GB, Firescu D, Voicu D, Ştefănescu B, Mihailov R, Şerban C, et al. The Influence of the Type of Surgery on the Immediate Postoperative Results in Patients with Colorectal Cancer Operated in Emergency. Chirurgia (Bucur). 2020;115(2):227–35.
32. Hong D, Tabet J, Anvari M. Laparoscopicvs. open resection for colorectal adenocarcinoma. Dis Colon Rectum 2001;44(1):10–8.
33. Schlottmann F, Strassle PD, Cairns AL, Herbella FAM, Fichera A, Patti MG. Disparities in Emergent Colectomy for Colorectal Cancer Contribute to Inequalities in Postoperative Morbidity and Mortality in The US Health Care System. Scand J Surg SJS Off organ Finnish Surg Soc Scand Surg Soc. 2020 Jun;109(2):102–7.
34. Salibasic M, Pusina S, Bicakcic E, Pasic A, Gavric I, Kulovic E, et al. Colorectal Cancer Surgical Treatment, our Experience. Med Arch 2019 Dec;73(6):412–4.
35. Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. CA Cancer J Clin. 2014;64(2):104–17.
36. Mirón Fernández I, Mera Velasco S, Turiño Luque JD, González Poveda I, Ruiz López M, Santoyo Santoyo J. Right and Left Colorectal Cancer: Differences in Post-Surgical-Care Outcomes and Survival in Elderly Patients. Cancers (Basel). 2021 May;13(11):2647.
37. Leijssen LGJ, Dinaux AM, Kunitake H, Bordeianou LG, Berger DL. The impact of postoperative morbidity on survival in patients with metastatic colon and rectal cancer. J Surg Oncol. 2019 Sep;120(3):460–72.
38. Ulanja MB, Rishi M, Beutler BD, Sharma M, Patterson DR, Gullapalli N, et al. Colon Cancer Sidedness, Presentation, and Survival at Different Stages. J Oncol. 2019 Feb;21(2019):4315032.
39. Li F, Lai M. Colorectal cancer, one entity or three. J Zhejiang Univ Sci B. 2009 Mar;10(3):219–29.

40. Tamas K, Walenkamp AME, de Vries EGE, van Vugt MATM, Beets-Tan RG, van Etten B, et al. Rectal and colon cancer: Not just a different anatomic site. *Cancer Treat Rev.* 2015 Sep;41(8):671–9.
41. Jensen OM. Different age and sex relationship for cancer of subsites of the large bowel. *Br J Cancer.* 1984 Dec;50(6):825–9.
42. Fleshner P, Slater G, Aufses AHJ. Age and sex distribution of patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 1989 Feb;32(2):107–11.
43. Slattery ML, Friedman GD, Potter JD, Edwards S, Caan BJ, Samowitz W. A description of age, sex, and site distributions of colon carcinoma in three geographic areas. *Cancer.* 1996 Oct;78(8):1666–70.
44. Khalfallah M, Dougaz W, Jerraya H, Nourira R, Bouasker I, Dziri C. Prognostic factors in rectal cancer: where is the evidence? *Tunis Med.* 2017 Feb;95(2):79–86.
45. Gatta G, Faivre J, Capocaccia R, Ponz de Leon M. Survival of colorectal cancer patients in Europe during the period 1978-1989. EUROCARE Working Group. *Eur J Cancer.* 1998 Dec;34(14 Spec No):2176–83.
46. Xu FY, Zhai MJ, Dong JK, Wang FJ, Jin YS, Zhu YM, Lai MD. Clinical pathological factors function differently in colonic and rectal cancer prognosis. *Journal of Zhejiang University (Medical Science)* 2006;3(35):303-310.
47. Sun H, Lee J. Psychosocial Adjustment in Korean Colorectal Cancer Survivors. *J Korean Acad Nurs.* 2018 Oct;48(5):545–53.
48. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJ dos S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto Context - Enferm.* 2007;16(1):163–7.
49. Silva NM, Santos MA Dos, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2950.
50. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin.* 2018 Jan;68(1):31–54.
51. Moore HG. Colorectal cancer: what should patients and families be told to lower the risk of colorectal cancer? *Surg Oncol Clin North Am* 2010 Out;19(4):693-710.
52. Young PE, Womeldorph CM. Colonoscopy for colorectal cancer screening. *J Cancer* 2013 Mar;4(3):217-26.
53. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, Anderson RN, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer.* 2010 Feb;116(3):544–73.

54. Sirimarco MT, Moraes BHXDE, Oliveira DRLSDE, Oliveira AGDE, Schlinz PAF. Thirty years of the health care service for ostomy patients in Juiz de Fora and surroundings. *Rev Col Bras Cir.* 2021;48:e20202644.
55. Kleespies A, Füessl KE, Seeliger H, Eichhorn ME, Müller MH, Rentsch M, et al. Determinants of morbidity and survival after elective non-curative resection of stage IV colon and rectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2009 Sep;24(9):1097–109.
56. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer. *Surg Clin North Am.* 2017 Jun;97(3):529–45.
57. Wolmark N, Wieand HS, Rockette HE, Fisher B, Glass A, Lawrence W, et al. The prognostic significance of tumor location and bowel obstruction in Dukes B and C colorectal cancer. Findings from the NSABP clinical trials. *Ann Surg.* 1983 Dec;198(6):743–52.
58. Webster PJ, Aldoori J, Burke DA. Optimal management of malignant left-sided large bowel obstruction: do international guidelines agree? *World J Emerg Surg.* 2019;14:23.
59. Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. *Am J Surg.* 2014 Jan;207(1):127–38.
60. Trompetas V. Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction. *Ann R Coll Surg Engl.* 2008 Apr;90(3):181–6.
61. Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018 Sep;100(7):501–8.
62. Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg.* 2018;13:36.
63. Giannakopoulos GF, Veenhof AAFA, van der Peet DL, Sietses C, Meijerink WJHJ, Cuesta MA. Morbidity and complications of protective loop ileostomy. *Color Dis Off J Assoc Coloproctology Gt Britain Irel.* 2009 Jul;11(6):609–12.
64. Schiergens TS, Hoffmann V, Schobel TN, Englert GH, Kreis ME, Thasler WE, et al. Long-term Quality of Life of Patients With Permanent End Ileostomy: Results of a Nationwide Cross-Sectional Survey. *Dis Colon Rectum.* 2017 Jan;60(1):51–60.
65. Bafford AC, Irani JL. Management and complications of stomas. *Surg Clin North Am.* 2013 Feb;93(1):145–66.
66. Bakx R, Busch ORC, Bemelman WA, Veldink GJ, Slors JFM, van Lanschot JJB. Morbidity of temporary loop ileostomies. *Dig Surg.* 2004;21(4):277–81.

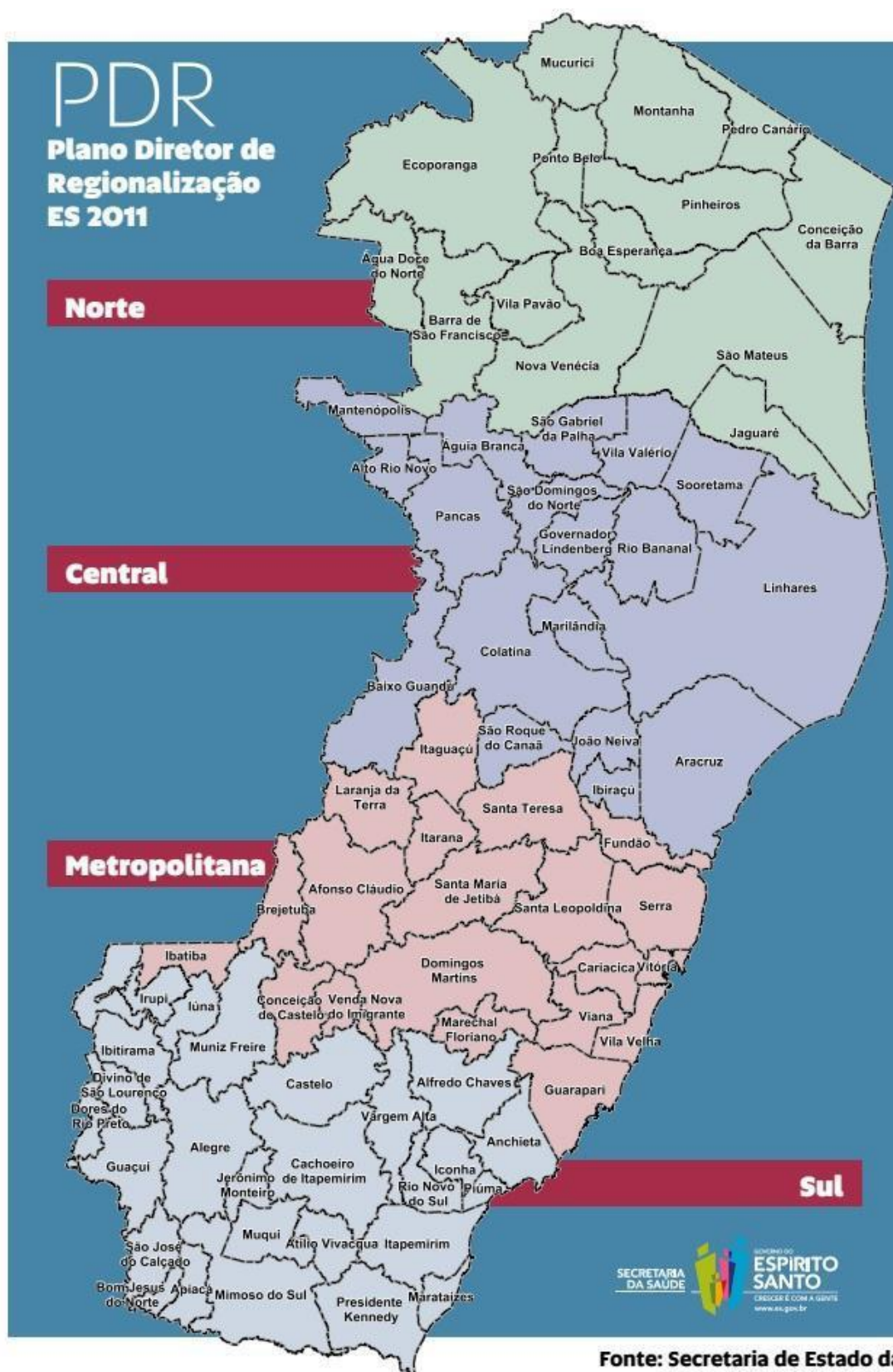
67. Vacante M, Cristaldi E, Basile F, Borzì AM, Biondi A. Surgical approach and geriatric evaluation for elderly patients with colorectal cancer. *Updates Surg.* 2019 Sep;71(3):411–7.
68. Tonini V, Birindelli A, Bianchini S, Cervellera M, Bacchi Reggiani ML, Wheeler J, et al. Factors affecting the number of lymph nodes retrieved after colo-rectal cancer surgery: A prospective single-centre study. *Surgeon.* 2020 Feb;18(1):31–6
69. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology.* 2020;76(2):182–8.
70. Stocchi L, Fazio VW, Lavery I, Hammel J. Individual surgeon, pathologist, and other factors affecting lymph node harvest in stage II colon carcinoma. Is a minimum of 12 examined lymph nodes sufficient? *Ann Surg Oncol.* 2011 Feb;18(2):405–12.
71. Li Destri G, Di Carlo I, Scilletta R, Scilletta B, Puleo S. Colorectal cancer and lymph nodes: the obsession with the number 12. *World J Gastroenterol.* 2014 Feb;20(8):1951–60.
72. Fielding LP, Arsenault PA, Chapuis PH, Dent O, Gathright B, Hardcastle JD, et al. Clinicopathological staging for colorectal cancer: an International Documentation System (IDS) and an International Comprehensive Anatomical Terminology (ICAT). *J Gastroenterol Hepatol.* 1991;6(4):325–44.
73. Resch A, Langner C. Lymph node staging in colorectal cancer: old controversies and recent advances. *World J Gastroenterol.* 2013 Dec;19(46):8515–26.
74. Mello MRSP, Moura SF, Muzi CD, Guimarães RM. CLINICAL EVALUATION AND PATTERN OF SYMPTOMS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS. *Arq Gastroenterol.* 2020;57(2):131–6.
75. Riihimäki M, Hemminki A, Sundquist J, Hemminki K. Patterns of metastasis in colon and rectal cancer. *Sci Rep.* 2016 Jul;6:29765.
76. Millas SG, Alawadi ZM, Wray CJ, Silberfein EJ, Escamilla RJ, Karanjawala BE, et al. Treatment delays of colon cancer in a safety-net hospital system. *J Surg Res.* 2015 Oct;198(2):311–6.
77. Lima MAN, Villela DAM. Sociodemographic and clinical factors associated with time to treatment for colorectal cancer in Brazil, 2006-2015. *Cad Saude Publica.* 2021;37(5): e00214919.
78. Moghadamyeghaneh Z, Hanna MH, Hwang G, Mills S, Pigazzi A, Stamos MJ, et al. Outcomes of colon resection in patients with metastatic colon cancer. *Am J Surg.* 2016 Aug;212(2):264–71.

79. Zhang Z-Y, Luo Q-F, Yin X-W, Dai Z-L, Basnet S, Ge H-Y. Nomograms to predict survival after colorectal cancer resection without preoperative therapy. *BMC Cancer*. 2016 Aug;16(1):658.
80. Kim YW. Ileal perforation following cetuximab and FOLFIRI chemotherapy in a patient with ascending colon cancer with peritoneal carcinomatosis. *J BUON*. 2017;22(3):804–5.
81. Kim YW, Kim IY. The role of surgery for asymptomatic primary tumors in unresectable stage IV colorectal cancer. *Ann Coloproctol*. 2013;29(2):44–54.
82. Tejpar S, Stintzing S, Ciardiello F, Tabernero J, Van Cutsem E, Beier F, et al. Prognostic and Predictive Relevance of Primary Tumor Location in Patients With RAS Wild-Type Metastatic Colorectal Cancer: Retrospective Analyses of the CRYSTAL and FIRE-3 Trials. *JAMA Oncol*. 2017 Feb;3(2):194–201.
83. Van der Geest LGM, Lam-Boer J, Koopman M, Verhoef C, Elferink MAG, de Wilt JHW. Nationwide trends in incidence, treatment and survival of colorectal cancer patients with synchronous metastases. *Clin Exp Metastasis*. 2015 Jun;32(5):457–65.
84. Klint A, Engholm G, Storm HH, Tryggvadóttir L, Gislum M, Hakulinen T, et al. Trends in survival of patients diagnosed with cancer of the digestive organs in the Nordic countries 1964-2003 followed up to the end of 2006. *Acta Oncol*. 2010 Jun;49(5):578–607.
85. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*. 2017 Apr;66(4):683–91.
86. Rêgo AGS, Borges ICV, Valença RJV, Teles JBM, Pinto LSS. Câncer Colorretal em Pacientes Jovens. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012 jun;58(2):173-180.
87. Archampong D, Borowski D, Wille-Jørgensen P, Iversen LH. Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Mar;(3):CD005391.
88. Merchant J, McArthur D, Ferguson H, Ramcharan S. Concepts and prospects of minimally invasive colorectal cancer surgery. *Clin Radiol*. 2021 Dec;76(12):889-895.
89. Coleman MP. Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet (London, England)*. 2014 Feb;383(9916):564–73.
90. Halpern MT, Ward EM, Pavluck AL, Schrag NM, Bian J, Chen AY. Association of insurance status and ethnicity with cancer stage at diagnosis for 12 cancer sites: a retrospective analysis. *Lancet Oncol*. 2008 Mar;9(3):222–31.
91. Quintana JM, Anton-Ladislaos A, Lázaro S, Gonzalez N, Bare M, de Larrea NF, et al. Predictors of readmission and reoperation in patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer* 2020 May;28(5):2339–50

92. Vlug MS, Bartels SAL, Wind J, Ubbink DT, Hollmann MW, & Bemelman WA. Which fast track elements predict early recovery after colon cancer surgery? *Colorectal Disease* 2012 ago;14(8):1001–8.
93. Kingham TP, Pachter HL. Colonic anastomotic leak: risk factors, diagnosis, and treatment. *J Am Coll Surg* 2009 Fev;208(2):269–78.
94. Nitori N, Hasegawa H, Ishii Y, Endo T, Kitagawa Y. Impact of visceral obesity on short-term outcome after laparoscopic surgery for colorectal cancer: a single Japanese center study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009 Ago;19 (4):324–7.
95. Wind J, Polle SW et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg* 2006 Jul;93(7):800–9.
96. Yang CC, Cheng LC, Lin YW, et al. The impact of marital status on survival in patients with surgically treated colon cancer. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(11):e14856.
97. Brasil. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília (DF); 2013.
98. Hung P, Deng S, Zahnd WE, Adams SA, Olatosi B, Crouch EL, Eberth, JM. Geographic disparities in residential proximity to colorectal and cervical cancer care providers. *Cancer* 2020 Mar;126(5):1068-76.
99. Henley SJ, Anderson RN, Thomas CC, Massetti GM, Peaker B, Richardson LC. Invasive cancer incidence, 2004-2013, and deaths, 2006-2015, in nonmetropolitan and metropolitan counties-United States. *MMWR Surveill Summ* 2017 Jul;66(14):1-13.
100. Ambroggi M, Biasini C, Del Giovane C, Fornari F, Cavanna L. Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: review of the literature. *Oncologist* 2015 Dez;20(12):1378- 85.
101. Rocque GB, Williams CP, Miller HD, et al. Impact of travel time on health care costs and resource use by phase of care for older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2019 Ago;37(22):1935-45
102. Bayar B, Yılmaz KB, Akıncı M, Şahin A, Kulaçoğlu H. An evaluation of treatment results of emergency versus elective surgery in colorectal cancer patients. *Ulus Cerrahi Derg*. 2015 Ago;32(1):11-7.
103. Ho KS, Quah HM, Lim JF, Tang CL, Eu KW. Endoscopic stenting and elective surgery versus emergency surgery for left-sided malignant colonic obstruction: a prospective randomized trial. *Int J Colorectal Dis*. 2012 Mar;27(3):355–62.

104. Goldsbury DE, Feletto E, Weber MF, Haywood P, Pearce A, Lew J-B, et al. Health system costs and days in hospital for colorectal cancer patients in New South Wales, Australia. Public Library of Science (PLoS) 2021 Nov;16(11):e0260088.

ANEXO A – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA POR CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Pesquisador: FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33925920.6.0000.5065

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.167.383

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional em prontuários de pacientes de um hospital (Santa Casa/Vitória, ES), submetidos a procedimentos cirúrgicos tendo como indicação o diagnóstico de CCR, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo visa avaliar e descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgicos colorretais por câncer nesse segmento anatômico em um hospital de ensino no período de 2010 a 2019, bem como estimar fatores que levaram à alta, o óbito ou reinternação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador cita que existe risco de quebra do sigilo médico durante a coleta de dados em prontuário, e que para minimizar os riscos os pesquisadores se comprometem a não divulgar quaisquer dados coletados que possam identificar um participante de pesquisa, utilizando os dados somente com fins de elaboração de estudo científico.

Como benefício cita gerar informações para a melhor gestão dos serviços em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador pede dispensa de TCLE e justifica que a quantidade de pacientes é muito grande para realizar o contato, e o mesmo seria inviável devido o período de estudo ser de 10 anos, sendo

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 4.167.383

muitos já até falecidos devido as características da doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1555874.pdf	22/06/2020 18:55:17		Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa.pdf	18/06/2020 11:07:42	Sophia Lima Castro	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_pesquisa.pdf	18/06/2020 11:07:17	Sophia Lima Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Plataforma_pesquisa.pdf	26/05/2020 18:26:30	Sophia Lima Castro	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_pesquisa.pdf	22/05/2020 17:31:22	Sophia Lima Castro	Aceito
Orçamento	Orcamento_pesquisa.pdf	22/05/2020 17:26:18	Sophia Lima Castro	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 4.167.383

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 21 de Julho de 2020

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br