



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CÂNCER COLORRETAL: uma análise
sobre a mortalidade no Brasil durante o período de 2010-2016**

**DA SILVA, ANNA KAROLINE ALVES¹
PESSOA, KARINE SYMONIR DE BRITO²**

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil epidemiológico do câncer colorretal (CCR) quanto à mortalidade por região geográfica, com a faixa etária no período de 2010-2016, além de instigar uma reflexão sobre atuação do enfermeiro frente a essa questão, os fatores e tratamento que estão associados ao CCR. Este tipo de neoplasia dissertada no presente artigo ocorre na última porção do intestino grosso sendo recorrente nos países ocidentais, apresentando-se em ambos os sexos em elevado nível de incidência com o avançar da idade. Foi realizado um estudo do tipo descritivo, analítico com abordagem quantitativa por meio de observação das taxas de mortalidade calculadas por sexo (masculino/feminino) e faixa etária, segundo dados obtidos no DATASUS/TABNET. O resultado da pesquisa mostra uma alta mortalidade em todas as regiões do país nos últimos períodos, contudo, enfatiza-se a região Sudeste e Sul por apresentar os maiores índices da doença. Em relação à faixa etária, observou-se que a maior parte dos óbitos é frequente em homens e mulheres de 50 anos ou mais, sem histórico familiar de câncer colorretal nem doenças intestinais hereditárias. Nesse contexto, cabe ao profissional da enfermagem aprofundar o conhecimento, como forma de auxiliar o paciente e sua família na prevenção, controle, diagnóstico e tratamento contínuo, de forma a contribuir com o cuidado com o paciente frente à neoplasia citada.

Palavras-Chave: Câncer Colorretal. Mortalidade. Enfermagem. Papel do enfermeiro.

¹ Graduanda em Enfermagem – anna-karoline12@hotmail.com

² Doutoranda em Educação – Orientadora – karine.symonir.edu@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Para Bifulco e Fernandes Júnior (2014), o câncer é um processo patológico que começa quando uma célula normal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula atípica forma um clone e começa se proliferar de maneira anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente que circunda a célula. É uma doença crônica, exigindo tratamento contínuo, que consiste em mais de cem afecções diferentes, caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células anômalas e sua disseminação. Ocorre modificação nos mecanismos normais de crescimento e proliferação, resultando em alterações morfológicas distintas da célula e em aberrações nos padrões histológicos.

Segundo Porth e Maftin (2010), o desenvolvimento do câncer segue as seguintes etapas: iniciação, promoção e progressão. A iniciação se perpassa pela exposição da célula saudável a agentes carcinogênicos, sendo eles físicos, químicos e biológicos que podem alterar o genoma celular, e consequentemente transformar a célula em maligna. Na promoção, os agentes carcinogênicos da etapa anterior favorecem a multiplicação desordenada das células atingidas. Esse estágio pode ser revertido caso a substância que induz ao crescimento acelerado seja retirado. Por fim, a progressão constitui o aparecimento de alterações fenotípicas malignas nas células tumorais contribuindo para a constante expansão e instabilidade cariotípica.

O câncer de cólon é uma das neoplasias mais frequentes nos países ocidentais, é considerado um dos tipos de câncer, ocorrendo em ambos os sexos e apresentando um aumento da incidência com o avanço da idade. O cólon e reto são segmentos do intestino grosso. O cólon é subdividido em quatro partes: o cólon ascendente que termina no ceco; o cólon transversal; o cólon descendente e o cólon sigmóide. Do sigmóide, o intestino continua no reto, que termina no canal anal. Os segmentos do cólon nos quais o câncer ocorre mais frequente são o sigmóide e o descendente, seguidos pelo cólon ascendente e o transversal (BRASIL, 2008).

O câncer colorretal, pode se iniciar tanto no cólon quanto no reto. A maioria desses tumores se inicia em pólipos, que são formações não cancerosas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Alguns tipos de pólipos eventualmente se tornam malignos. A prevenção, detecção e a remoção dos pólipos antes de se tornarem malignos é uma estratégia efetiva na assistência a esse tipo de neoplasia (BRASIL, 2008).

A maioria dos tumores de intestino grosso é chamada de adenocarcinomas, pois se originam da camada que recobre internamente o intestino grosso. Outros tipos de tumores que podem aparecer no cólon ou reto são os tumores carcinoides, tumores do estroma gastrointestinal e linfomas (BRASIL, 2008).

De acordo com Spence e Johnston (2003), o desenvolvimento de tumores no colorreto segue uma progressão clara de pólipos para adenoma benigno e depois para tumor maligno. Há uma nítida cascata de alterações cromossômicas nos tecidos anormais. Quando surge um tumor maligno na mucosa, este se dissemina para as camadas mais profundas da parede intestinal e acaba penetrando na serosa. A invasão da serosa acarreta um risco significativo de semear a cavidade peritoneal, o que pode produzir nódulos peritoneais, metástases ovarianas e ascite. As células também podem invadir canais linfáticos ou vasculares e disseminam-se ainda mais, as células malignas podem também se disseminar para os linfonodos e fígado.

Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (2018), a representação espacial das taxas brutas de incidências é por 100 mil homens e mulheres, estimadas para o ano 2018 na Unidade de Federação (neoplasia maligna de cólon e reto). Para o Brasil, estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres. É o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste (23,29/100 mil) e o terceiro nas Regiões Sul (22,17/100 mil) e Centro-Oeste (16,95/100 mil). Nas Regiões Nordeste (7,98/100 mil) e Norte (4,97/100 mil), ocupa a quarta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste (23,86/100 mil) e Sul (22,92/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (17,98/100 mil), Nordeste (9,52/100 mil) e Norte (7,38/100 mil), é o terceiro mais frequente (INCA, 2018).

Para Pollock (2006), o câncer de cólon aparece em homens e mulheres com mais de 50 anos e sem histórico familiar de câncer de cólon nem doenças intestinais hereditárias. O carcinoma colorretal origina-se a partir de células normais expostas a uma série de agressões, resultando no acúmulo de mutações em alguns genes importantes, que levam à proliferação clonal.

Para Coelho (2005), o câncer colorretal é uma doença com evolução geralmente silenciosa cujos sinais e sintomas são discretos na fase inicial e só são perceptíveis quando a doença já atingiu um estado avançado. Aproximadamente 65% dos pacientes apresentam doença avançada ao diagnóstico. Fatores de risco como idade superior a 50 anos, parentes de primeiro grau com câncer do intestino, síndromes genéticas, doença inflamatória crônica do intestino (colite ulcerativa ou doença de Crohn), consumo excessivo de bebidas alcoólicas e gordura animal, tabagismo e obesidade (BRASIL, 2003). Deve-se enfatizar que a ingestão de fibras insolúveis representa um fator de proteção contra o câncer pela redução da concentração fecal de ácidos biliares, maior velocidade do trânsito intestinal (BISHEHSARI et al., 2014; STIGLIANO et al., 2014).

O cólon é o local mais frequente de neoplasias primárias como adenomas e adenocarcinomas. Essa neoplasia acomete o segmento distal do reto e sigmóide, seguidos pelo ceco, cólon ascendente e transversos. Os adenocarcinomas representam a quase totalidade dos cânceres colorretais. O câncer colorretal surge a partir de alteração genética de células da mucosa colônica normal que evoluem para pólipos adenomatosos (BENSON, 2007).

Menezes et al (2016), afirma os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer colorretal: histórico familiar de CCR; idade; dieta baseada em gorduras animais; baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais integrais; etilismo e tabagismo; obesidade e sedentarismo. O alto consumo de peixes, o baixo consumo de carnes vermelhas processadas e a prática de exercícios físicos são fatores protetores.

Os sinais e sintomas iniciais do câncer colorretal, como dor abdominal intermitente, constipação ou diarreia, presença de muco nas fezes ou deficiência de ferro não inespecíficos. Quando a doença está mais avançada, sintomas mais alarmantes podem ocorrer, como perda de peso, fadiga, obstrução, sangramento ou perfuração. É possível aparecer uma massa palpável na doença avançada, principalmente no câncer do cólon direito. Raramente o sangramento é agudo, aparecendo de forma mais comum como sangue vivo misturado às fezes. Ocasionalmente, melena pode estar associada ao câncer de cólon direito. Um sangramento menor pode ser detectado no exame de sangue oculto nas fezes. A obstrução é, na maioria dos casos, secundária ao câncer do sigmóide. A perfuração aguda está associada a dor abdominal, febre e massa palpável. Também pode ocorrer perfuração bloqueada, com uma apresentação clínica mais insidiosa,

comumente associada a uma fístula para bexiga (prematúria, infecção do trato urinário) e, nas mulheres, para o útero e vagina (POLLOCK, 2006).

Com isso, tem-se o seguinte questionamento: quais os índices de mortalidade por câncer de colón e reto no Brasil segundo região, faixa etária e sexo?

Portanto, o interesse em realizar o referido estudo surgiu na necessidade do profissional enfermeiro em discutir a temática e difundir informações relativas ao assunto já que homens e mulheres são igualmente afetados no país. Parte também da curiosidade de conhecer mais sobre esta neoplasia e abordar sobre o papel do enfermeiro na área. Esta pesquisa tem a intenção de contribuir na concessão de informações verídicas sobre conhecimento, visando à necessidade de o profissional enfermeiro ter competência técnico-científica para aspectos da assistência ao paciente oncológico verificando suas alterações emocionais, físicas e fisiológicas.

Diante do exposto o presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico do câncer colorretal quanto à mortalidade por região geográfica do país, faixa etária no período de 2010-2016, além de instigar uma reflexão sobre atuação do enfermeiro frente essa questão, os fatores e tratamento que estão associados ao CCR. Como também identificar se existe diferença significativa na mortalidade por região e faixa etária; analisar a taxa de mortalidade específica por região geográfica e identificar a relação entre taxa de mortalidade por região e gênero (masculino e feminino).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer

Fundamentalmente, a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (portaria nº 874 criada em 16 de maio de 2013) institui a redução da mortalidade e incidência de alguns tipos de câncer tal como oferecendo ao paciente uma integralidade do cuidado por meio da promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Esta política reconhece o câncer como sendo uma doença prevenível e de cuidado integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale salientar que a formação de profissionais e a promoção à educação sejam permanentes, por meio da aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes profissionais de saúde para qualificação no cuidado nos diferentes níveis de atenção com a implantação dessa política.

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Dentre as doenças não transmissíveis destacam-se as neoplasias malignas, as doenças isquêmicas do coração, o diabetes *mellitus* e as doenças cérebro vasculares; nas Causas Externas predominam as agressões, os acidentes de transporte e os suicídios; e nas Doenças Infecciosas prevalecem as pneumonias/*influenza*, as doenças causadas pelo HIV e as diversas formas de tuberculose.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes e atingindo intensamente a população de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT, no Brasil, foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT se deve, em parte, à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo e alcoolismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010). (Plano Estadual de Saúde, 2016).

Na área oncológica, existem intervenções custo-efetivas em todas as abordagens de prevenção e controle - prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. O diagnóstico precoce, estimulado por políticas de alerta para os primeiros sinais e sintomas, pode resultar em melhora da sobrevida, para os cânceres de mama, do colo do útero, de pele, de cavidade oral, colorretal, entre outros, especialmente em regiões onde a detecção do câncer costuma ser tardia (Plano Estadual de Saúde, 2016).

2.1.2 O câncer colorretal: a prevenção e tratamento

Com o aumento de números de câncer de cólon e reto no Brasil, os Órgãos de Controle à Saúde alerta à população sobre a necessidade do diagnóstico precoce. É fato notório implementar uma política de saúde que priorize pela prevenção do aparecimento de novos casos de CCR, devido a vários fatores de risco. Dessa forma é essencial fazer uma intervenção de saúde que provoque uma diminuição dos referidos comportamentos que são eles: bebidas alcoólicas, fumar, obesidade, alimentos com alta densidade energética, carnes vermelhas, sedentarismo, consumir poucas frutas e verduras.

A população deve ser orientada a mudança de comportamentos/hábitos diário para evitar ser acometido por essa neoplasia tais como: praticar atividade física regularmente, alimentação variada, consumir preferencialmente cereais integrais, como arroz, aveia, cevada, trigos e outros, tomar água frequentemente, diminuir o consumo de carnes vermelhas, evitar carnes salgadas e processadas: como presunto, mortadela, bacon, linguiça, salsicha e outros embutidos e defumados.

O diagnóstico precoce é dificultado pela ocorrência tardia dos sintomas e pelo preconceito que existe contra os métodos de diagnóstico. Existem vários exames disponíveis para rastrear o câncer colorretal são eles: toque retal; teste de sangue oculto nas fezes, usado para verificar se existe sangue não visível nas fezes que pode indicar a presença de pólipos ou câncer; sigmoidoscopia, colonoscopia, enema baritado, biópsia, marcador tumoral e exames de imagens (BRASIL, 2008).

Os pólipos pré-cancerosos e o câncer colorretal geralmente não causam sintomas no início. Em parte, isso confirma a recomendação de que fazer exames regulares é importante para descobrir pólipos pré-cancerosos e câncer do cólon em uma fase precoce. O câncer mais avançado pode causar quaisquer dos seguintes

sintomas: mudança nos hábitos intestinais, diarreia ou constipação, sangue nas fezes (vermelho vivo, preto ou muito escuro), fezes mais finas e estreitas que usual (“fezes em fitas”), edema, empachamento ou dores de barriga, anemia sem sangramento aparente em indivíduos acima de 50 anos, desconforto abdominal incluindo cólicas, excesso de gases, sensação de que o intestino não esvazia completamente, perda de peso sem dieta, fadiga constante e cansaço. (BRASIL, 2008). A indicação de procedimento adjuvante local (radioterapia) e sistêmico (quimioterapia) está na dependência do estadiamento patológico e localização da lesão, se reto ou cólon. A radioterapia não é empregada para o câncer de cólon, pela possibilidade de lesão actínica intestinal. No reto, indicam-se, conforme o grau de estadiamento, a quimioterapia e a radioterapia. Evidências veem sendo obtido com o emprego de tratamento neoadjuvante do câncer de reto, ou seja, utilizando-se quimioterapia ou radioterapia pré-operatória, observando-se a diminuição significativa da recidiva, diminuição da mortalidade sem alteração da sobrevida, principalmente em pacientes jovens (BRASIL, 2008).

A cirurgia é o método primário de tratamento para o câncer colorretal. A extensão da cirúrgia e a necessidade de tratamento adicional (com a quimioterapia ou radioterapia) dependem da fase da doença e se ela está no cólon ou reto. A conduta primária no tratamento do adenocarcinomacolorretal se baseia na ressecção cirúrgica do segmento intestinal comprometido, o mesentério adjacente e as respectivas estações linfonodais de drenagem. Assim, os procedimentos, mais frequentemente realizados são a colectomia direita e esquerda, a retossigmoidectomia e a amputação abdominoperineal do reto (BRASIL, 2008).

2.1.3 A enfermagem no processo de tratamento do câncer colorretal

Os profissionais da área de saúde necessitam estarem atentos para a presença dos sinais/sintomas do câncer colorretal no grupo de fatores de risco. Os usuários do Sistema de Saúde-SUS que apresentam sinais de risco, sem causas aparentes, ou com risco aumentado para o câncer colorretal, carecem ser avaliados pela equipe de profissionais da Atenção Básica. Observam-se os sinais e sintomas em conjunto com o exame físico e os complementares se são sugestivos ao câncer colorretal, eles devem ser encaminhados para o médico especializado devendo ter sua colonoscopia solicitada. A detecção do câncer colorretal em estágios iniciais permite a execução de intervenções de saúde, nos níveis secundário e terciário,

mais eficazes. É importante a orientações à população por meio de ações educativas quanto aos comportamentos de risco para o câncer colorretal.

O papel da enfermagem na assistência ao paciente com câncer colorretal é fundamental, pois o enfermeiro além de ser um cuidador, é um educador, tanto para o paciente quanto para a família, realizando orientações (REVELES e TAKAHASHI, 2007). De acordo Tulli, Pinheiro e Teixeira (2005), o enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto ao paciente com dor, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do paciente e aliviar sua dor, através de cuidados especiais. São importantes que as ações de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico sejam integrais, participativos e se resolutivas, os profissionais, em todos os níveis de atuação, devem possuir conhecimentos técnico-científicos e habilidades no relacionamento interpessoal, favorecendo ações de saúde e práticas educativas, no sentido de prevenir, detectar precocemente o câncer e contribuir no tratamento do mesmo (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Para Bittar, Pereira e Lemos (2006), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. O Processo de Enfermagem, considerando a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação.

2.2 METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo, analítico com abordagem quantitativa, os registros de óbitos foram com base na causa CID-10: 035- Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus e categoria CID-10: C18 neoplasias malignas do cólon, capítulo CID-10 II Neoplasias (tumores) no período de 2010-2016. Como metodologias de análise foram utilizadas o cálculo de indicadores epidemiológicos tais como: taxa de mortalidade geral e específica. Os dados da mortalidade foram segundo faixa etária e gênero obtido do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e os demográficos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

(DATASUS). Os índices de mortalidade pela neoplasia foram abstraídos das Informações de Saúde (TABNET) especificamente das Estatísticas Vitais.

Foi realizado o cálculo da taxa de mortalidade específica por causas selecionadas, ou seja, o número de óbitos pela causa específica, expresso por 100 mil habitantes, ocorridos em local e período. Esse cálculo é feito dividindo o número de óbitos pela causa específica, em determinado lugar e período pela população total do mesmo local e período, multiplicando o valor por 100 mil. Utilizou-se a projeção da população por sexo disponibilizada pelo IBGE para o cálculo desse indicador. Para estruturação das informações de óbitos e da população, foi realizado construção de planilhas eletrônicas utilizando o programa Microsoft Excel.

Gil (2011) menciona que a pesquisa descritiva tem o objetivo descrever características da população ou fenômeno estudado, podendo estabelecer relações entre variáveis e utiliza técnicas padronizadas para coleta de dados. Segundo Marconi e Lakatos (2010) o estudo descritivo utiliza abordagens de diversas formas, promovendo uma descrição da pesquisa, além de uma interpretação sucinta dos fenômenos estudados.

Para Marconi e Lakatos (2010) a pesquisa é exploratória quando tem como objetivo a promoção de investigação de um problema por meio da formulação de questões, desenvolvendo assim hipóteses e promovendo uma maior aproximação do pesquisador com os fatos.

A abordagem quantitativa emprega a quantificação na coleta de informações e no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 2011).

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

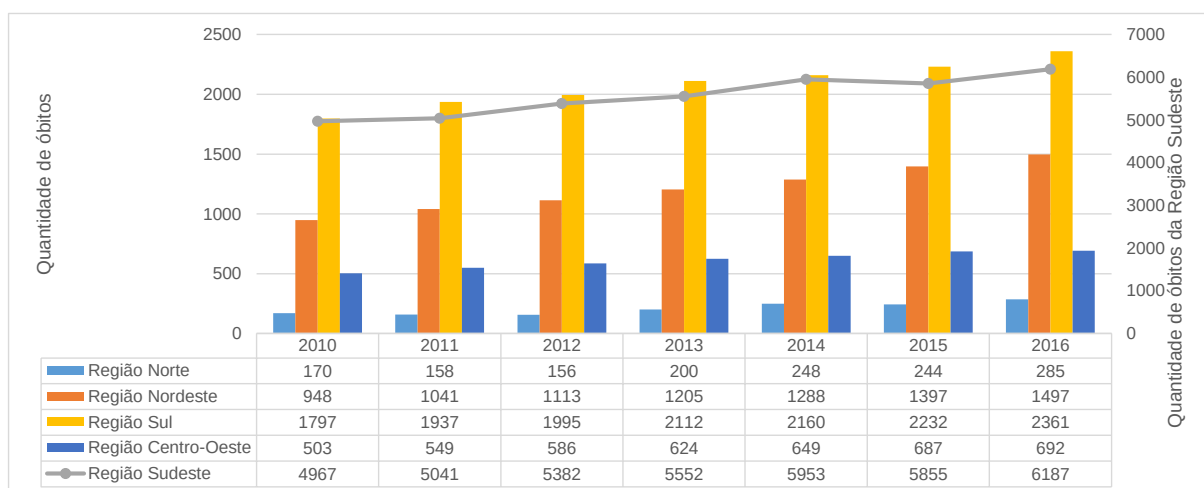
Os resultados da pesquisa foram expostos em tabelas de acordo com os objetivos propostos pelo estudo. Posteriormente, fez-se uma comparação com a literatura. A tabela 1 mostra a mortalidade pela neoplasia maligna do cólon e reto conforme regiões do Brasil entre os anos de 2010-2016. Como recorte metodológico foi selecionado as Regiões/Unidades da Federação que compõe a região Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste além de características especiais e demográficas como: faixa etária (50 a 59 anos), sexo (masculino e feminino) e local de ocorrência.

Tabela 01 - Número de óbito relacionado à Categoria CID-10: 035 Neoplasia maligna do colón, reto e ânus.

Região	Ano							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Região Norte	170	158	156	200	248	244	285	1461
Região Nordeste	948	1041	1113	1205	1288	1397	1497	8489
Região Sudeste	4967	5041	5382	5552	5953	5855	6187	38937
Região Sul	1797	1937	1995	2112	2160	2232	2361	14594
Região Centro-Oeste	503	549	586	624	649	687	692	4290
Total	8385	8726	9232	9693	10298	10415	11022	67771

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

Gráfico 01 - Número de óbito relacionado à Categoria CID-10: 035 Neoplasia maligna do colón, reto e ânus.



Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

De acordo com DATASUS/TABNET no ano de 2010 foi relatado que a região Sudeste é a de maior prevalência no câncer de cólon e reto, possuindo um maior número de óbitos com 4.967 óbitos, em seguida a região Sul com 1.797 mortes, Nordeste com 948, Centro-Oeste com 503 e Norte com 170 mortes, totalizando 8.385 óbitos pela neoplasia naquele ano. Em 2011, podemos verificar que houve um aumento no número de óbitos na região Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste, havendo queda nos números de óbitos na região Norte ao ano anterior. As demais regiões apresentaram um crescimento na mortalidade. Contudo, o Sudeste continua com maior índice de óbitos entre as regiões do país.

No ano de 2012, todas as regiões apresentaram aumento no número de óbitos em comparação com o ano anterior exceto a região Norte com a diminuição de apenas 2 casos e as regiões Sudeste e Sul ficaram à frente das outras com 5.382

e 1.995 mortes, respectivamente. Já em 2013, permanecem as regiões com aumento muito significativo em relação ao ano de 2012, sem haver nenhuma queda de números de óbitos.

Com relação ao ano de 2014, as regiões que apresentam aumento no número de óbitos, em comparação ao ano anterior, foram o Sudeste e o Sul e as demais regiões continuam crescendo de forma exorbitante. Em 2015, há uma queda de quatro mortes em relação ao ano anterior na região Norte, todavia o Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste mantêm-se em índice maior ao ano de 2014. No ano de 2016, todas as regiões tiveram aumento em confrontação aos anos anteriores. No geral, de 2010-2016, as regiões com maior número de óbitos foram o Sudeste e Sul.

O perfil de um país possui cânceres de próstata, pulmão e mama e cólon e reto como os mais incidentes (INCA, 2018).

Tabela 2- Taxa de mortalidade específica de neoplasia cólon, reto e ânus a cada 100.000 mil habitantes.

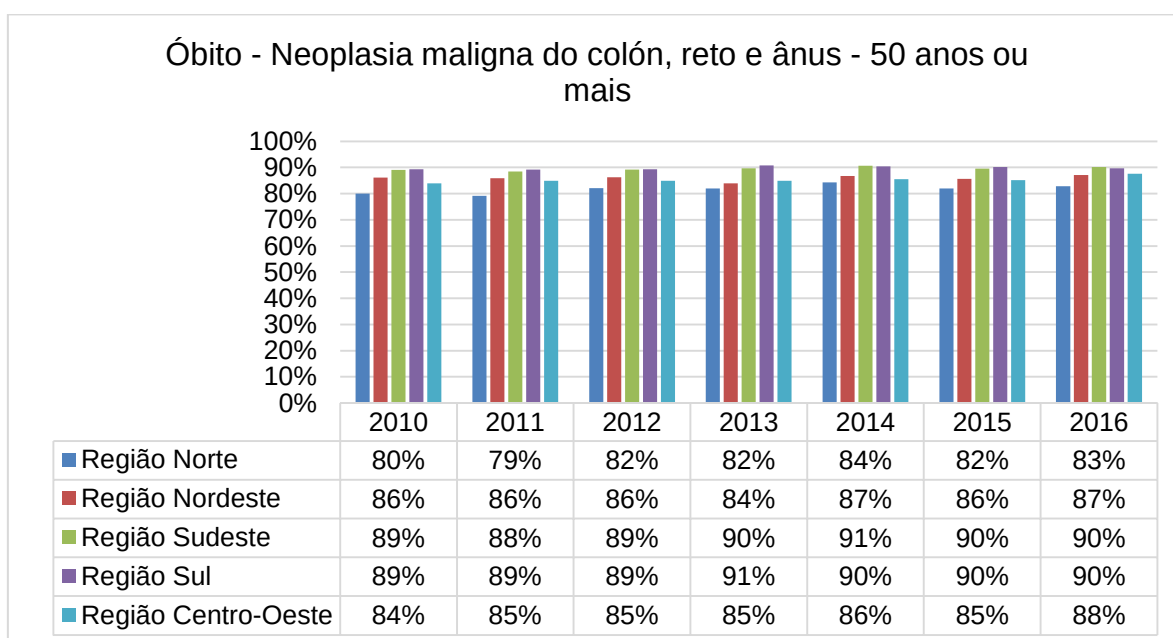
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Região Norte	1,0	1,0	0,9	1,2	1,4	1,4	1,6
Região Nordeste	1,7	1,9	2,0	2,2	2,3	2,5	2,6
Região Sudeste	6,0	6,1	6,4	6,6	7,0	6,8	7,2
Região Sul	6,4	6,8	7,0	7,3	7,4	7,6	8,0
Região Centro-Oeste	3,5	3,8	4,0	4,2	4,3	4,4	4,4
Brasil	4,3	4,4	4,6	4,8	5,1	5,1	5,3

Fonte: elaboração própria, com base nos dados do DATASUS.

A incidência pela neoplasia no Brasil de acordo com a tabela elaborada mostra a realidade da mortalidade nos últimos anos. Através da visualização gráfica foi possível observar tendências crescentes da mortalidade, a cada 100.000 mil habitantes no Brasil ocorrem cinco óbitos por câncer colorretal no ano de 2016 em que se estabiliza a tendência desde ano de 2014. Consequências que podem ser explicados pela causa de diversos aspectos. Percebe-se que há um aumento gradativo e de significância estatística da neoplasia no país em todas as regiões. Principalmente na região Sul cujo percentual é oito óbitos por cada 100 mil habitantes pode-se perceber magnitude das taxas em elevação devido aos fatores de risco relacionados ao câncer de cólon e reto. A região Sul trata-se de uma região desenvolvida com número populacional, porém em projeção é menor a sua estimativa de população em relação à região Sudeste, fato importante que mostra no

estudo um índice constante em óbitos no Sul e Sudeste do país. Já na região Nordeste por ter um número maior de população em comparação à região Sul somente há 2 óbitos por cada 100 mil habitantes no período de 2010-2016, em que a taxa de mortalidade é insignificativa em comparação com as demais regiões. O Norte e Centro- Oeste em população aproximado possui índices de mortalidades pequenas, no entanto o Centro-Oeste estar à frente em números de mortes por habitantes no qual o percentual é de quatro óbitos mesmo tendo um número menor de residentes.

Gráfico 2- Percentual geral de óbitos relacionados a homens e mulheres com 50 anos ou mais.



Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

A estimativa de novos casos de câncer colorretal vem aumentando no Brasil, passando a se constituir a terceira neoplasia mais incidente em homens e segunda em mulheres. A taxa de mortalidade do câncer de colón e reto é para cada 100 mil habitantes no Brasil e regiões brasileiras. Ao analisar as tabelas percebe-se quanto ao sexo feminino houve uma maior incidência no número de óbitos, no geral em comparação ao sexo masculino. No entanto, mostra-se que a região Norte é a de menor prevalência. A região Sudeste possui índice elevado de números de óbitos em uma ordem crescente de períodos. Observou-se que o grupo com homens com

mais 50 anos ou mais representa menos de 50% dos óbitos em relação às mulheres.

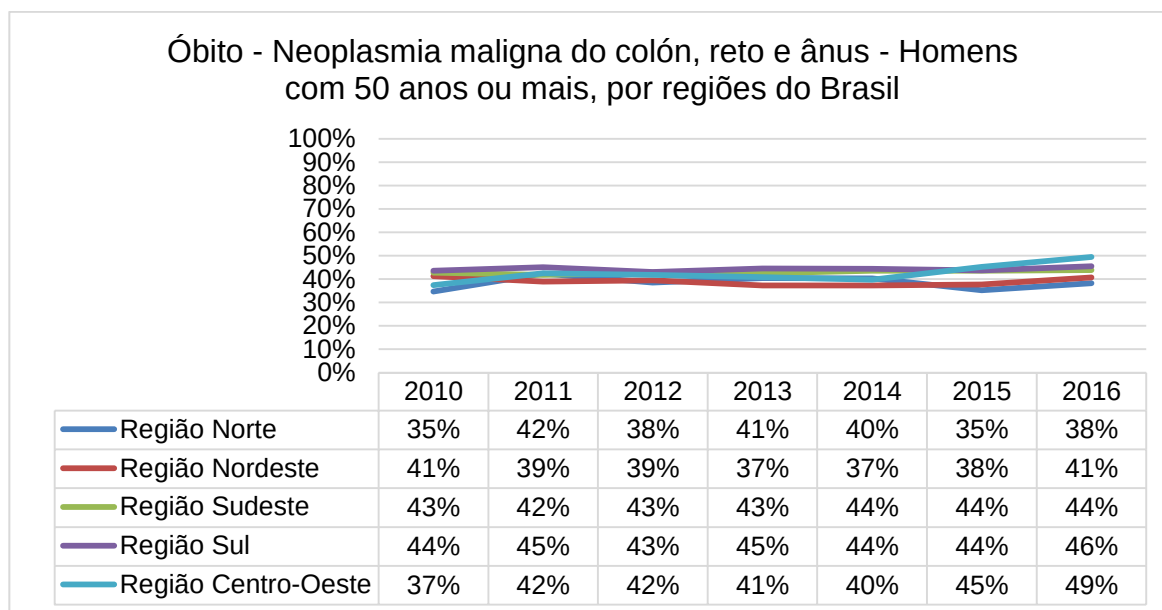
Os dados obtidos no resultado entram em consonância com a literatura visto que o câncer colorretal (CCR) é a neoplasia mais frequente em mulheres. O câncer de colón e reto conforme a literatura estudada é elevada com relação à idade sendo mais frequente em pessoas com idade mais avançada, todavia pode-se acometer em qualquer idade, porém mais agressivo no surgimento precoce. Ao analisar os dados obtidos no DATASUS/TABNET constatamos quanto ao número de óbitos pela neoplasia de colón e reto que o sexo feminino mostrou maior incidência no Brasil.

Conforme Menezes et al (2016) , a taxa de mortalidade para este câncer estar relacionado aos fatores de risco associados à doença tais como: alimentação rica em carnes vermelhas, sedentarismo, histórico familiar, etilismo, tabagismo, população com idade entre 50 anos ou mais. Para que sejam evitados esses fatores é preciso uma dieta balanceada e estilos de vida saudáveis.

Tabela 3 - Número de óbito relacionado à Categoria CID-10: 035 Neoplasia maligna do colón, reto e ânus - Homens de 50 anos ou mais

Região	Ano							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Região Norte	59	67	60	81	100	86	109	562
Região Nordeste	391	406	439	449	481	527	610	3303
Região Sudeste	2127	2106	2307	2360	2591	2553	2714	16758
Região Sul	783	874	859	941	958	976	1075	6466
Região Centro-Oeste	188	233	245	255	258	311	342	1832
Total	3548	3686	3910	4086	4388	4453	4850	28921

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

Gráfico 3- Percentual de óbitos de relacionados a homens de 50 anos ou mais

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

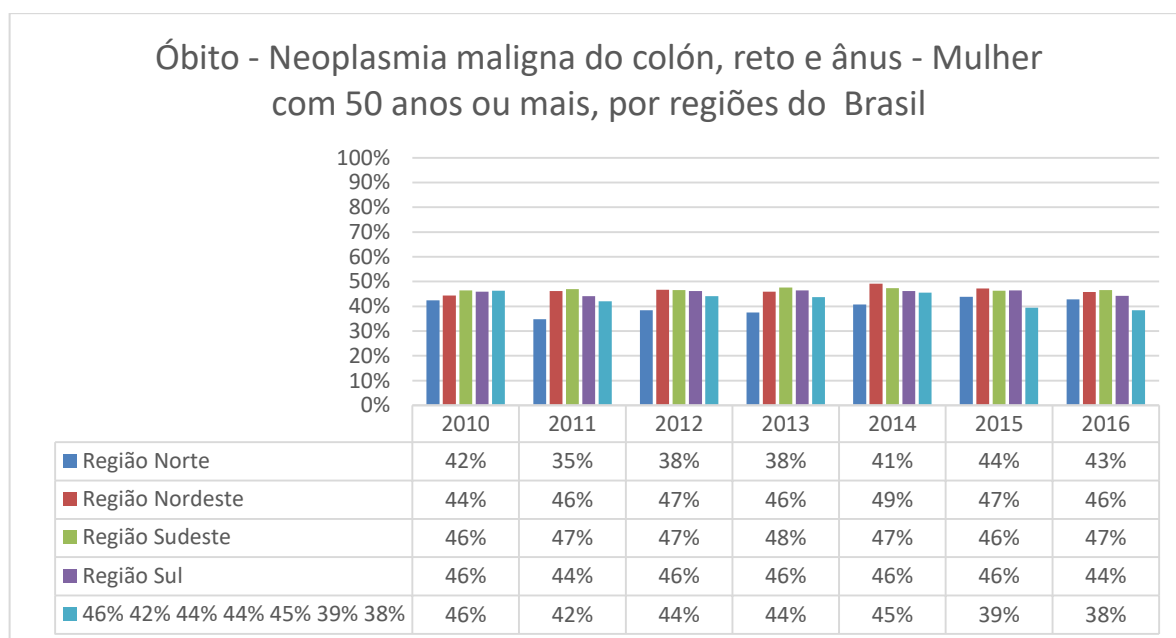
As taxas de mortalidade por câncer colorretal foram calculadas por regiões brasileiras estudadas. Analisando a tendência das taxas de mortalidade por câncer colorretal nas cinco regiões, segundo sexo e faixa etária, a análise da mortalidade por câncer colorretal nas cinco regiões brasileiras (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste) que mostrou uma tendência crescente e de redução mínima em alguma das regiões. Foi observado maior aumento da taxa de mortalidade na região Sul e Sudeste. Já na região Nordeste manteve constante em índice, na região Norte percebe-se um leve aumento no percentual de óbitos. Quando estratificado por sexo, houve aumento da taxa de mortalidade mais acentuado no sexo feminino com aumento estatisticamente significativo com relação ao sexo masculino. De acordo com o gráfico observa-se um aumento gradativo na região Centro-Oeste no ano de 2016 com (49%). A ampliação da incidência deve-se pelas mudanças e hábitos de vida da população. Os aspectos da população brasileira no que concerne aos fatores de risco estar relacionada aos hábitos de vida do país, ficando em destaque a maior incidência do CCR nas regiões Sul e, Sudeste e Centro- Oeste (regiões mais desenvolvidas e que apresentam padrões mais parecidos com os hábitos de vida dos países desenvolvidos).

Tabela 4 - Número de óbito relacionado à Categoria CID-10: 035 Neoplasia maligna do colón, reto e ânus - Mulheres de 50 anos ou mais

Região	Ano							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Região Norte	72	55	60	75	101	107	122	592
Região Nordeste	421	480	520	553	632	660	685	3951
Região Sudeste	2306	2368	2503	2639	2817	2712	2879	18224
Região Sul	824	854	921	979	997	1035	1043	6653
Região Centro-Oeste	233	231	258	273	295	271	266	1827
Total	3856	3988	4262	4519	4842	4785	4995	31247

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

Gráfico 4- Percentual de óbitos de relacionados a mulheres de 50 anos ou mais



Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

Corroborando com Coelho (2005), um dos fatores de risco mais importante é a idade, uma vez que o CCR é muito mais frequente em indivíduos acima de 50 anos, observando um aumento exponencial no número de diagnósticos a partir desta idade. Dessa forma, fica evidente que o aumento da incidência do CCR no Brasil possa ter sido influenciado pelo aumento da expectativa de vida no nosso país. Foi possível observar que as taxas de mortalidade. Os resultados deste estudo indicaram um aumento na mortalidade por câncer colorretal entre indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 50 anos de idade. Tais resultados confirmam estudos anteriores que ressaltavam a elevação das taxas de mortalidade

pela neoplasia ao longo do tempo no Brasil em mulheres, revelando diferenças entre regiões do país.

Possivelmente, uma das principais explicações deva ser o fato de que as mulheres apresentam maior procura no uso dos serviços de saúde, especialmente para a realização de exames de rotina e de prevenção, sendo essas diferenças entre os sexos mais acentuadas na idade reprodutiva. Outrossim, as mulheres são mais atentas e cuidadosas nos seus processos de adoecimento no que se refere as condições de saúde. Logo, os homens têm hábitos alimentares menos variados e altos consumo de álcool em relação às mulheres, fato que lhes cominam maior frequência de comportamentos pouco saudáveis. Neste estudo, o efeito da idade na distribuição das taxas de mortalidade por câncer colorretal em ambos os sexos no período foi estatisticamente significativo.

A idade é a mais importante fonte de variação nas taxas por causa do aumento do risco de morrer com o processo biológico do envelhecimento e, ainda, contribui para o desenvolvimento de vários tipos de tumores. Apoiam Bifulco e Fernandes Júnior (2014) durante esse processo, o número de divisões celulares aumenta e podem ocorrer erros de replicação de DNA que levam às mutações. Quando essas mutações ocorrem no mecanismo de reparo do DNA, resultam no desenvolvimento de tumores. Manifesta o acontecimento de uma transição nutricional global que afeta particularmente os estados desenvolvidos. No entanto no gráfico 4 observa uma pequena prevalência no sexo feminino visto a mudança nos hábitos atuais das mulheres por consequente papel frente a sociedade.

De modo geral às informações e dados estatísticos sobre a taxa de incidência no câncer de cólon e reto no Brasil, embasa o planejamento de ações preventivas. Porém, existe uma insuficiência no registro de dados que revelam a realidade hodierna do surgimento da neoplasia. Mesmo assim, o funcionamento do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) sobre a incidência de câncer colorretal estar representando em cinco cidades de cada macrorregião do Brasil cujo objetivo é de traçar um perfil dos novos casos de câncer colorretal, concebendo a extensão territorial do país a cada por 100 mil habitantes. Na década de 90 foi realizado o cálculo da taxa de incidência dividindo com o número de habitantes dessas regiões e os dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é uma contribuição para os profissionais de enfermagem conhecer com mais fundamento acerca da mortalidade causada pelo câncer de colón e reto e seus fatores associados, a fim de despertar a importância da informação e orientação profissional que trata a prevenção e controle para fins de evitar o acometimento da população relativa à neoplasia. Após análise dos dados coletados e a literatura, observar-se que a mortalidade pela neoplasia nas regiões do Brasil evidencia a faixa etária entre 50 ou mais anos, compreendidos entre os períodos de 2010 a 2016.

Nessa temporada, ressalta-se uma alta mortalidade nas regiões Sudeste e Sul, porém pode estar associado a fatores de risco como: alimentação inadequada, falta de atividade física, informação, acesso ao sistema de saúde, entre outros. Em relação à faixa etária, dos 50 anos ou mais se percebe que a maior parte dos óbitos está relacionada nos homens e mulheres. A região Sudeste apresentou um alto índice pelo câncer colorretal e as demais regiões apresentaram um aumento com leve diminuição.

Portanto, podemos citar a ausência de programas de rastreamento de câncer colorretal como um dos fatores mais impactantes para o aumento da taxa de mortalidade por câncer colorretal no Brasil. Outro feito implicado para a redução da taxa de mortalidade por CCR inclui-se a aquisição de novas tecnologias utilizadas no tratamento, destacando-se a incorporação de novos procedimentos de quimioterapia como também a utilização de técnicas cirúrgicas mais atuais. Vários estudos demonstraram que a incorporação desse novo instrumento terapêutico propiciou possibilidade de sobrevida aos pacientes acometidos pelo referido câncer, mesmo no cenário da doença avançada.

Tal cenário aponta que no Brasil, o baixo investimento em políticas públicas na área de saúde restringe a inclusão das novas técnicas terapêutica pelo Sistema Único de Saúde- SUS, contribuindo para que a taxa de mortalidade por CCR se mantenha elevada e sem declínio. Reforça-se implantação de estratégias de rastreamento visando ao diagnóstico e ao tratamento precoce de lesões precursoras da doença. Destarte, essas diferenças regionais apontam para o alerta de hábito alimentares, cultura, diferenças de estilo de vida e socioeconômicas da população, além do acesso aos serviços de saúde, a qualidade de profissionais qualificados

com conhecimento técnico-científico para o atendimento a população quanto aos serviços de prevenção à neoplasia.

É fundamental que o enfermeiro busque conhecer que a etiologia do câncer de cólon e reto ainda é insuficientemente esclarecida e certamente está relacionada a fatores genéticos e ambientais. Tratando-se de um tema pouco discutido pela população. Por conseguinte a importância de informação e elucidação a respeito sinais e sintomas sobre a neoplasia, bem como os fatores pertinentes a causa e origem. Nesse contexto, o papel do enfermeiro sendo o educador, esclarecendo aos usuários do serviço de saúde quanto aos fatores de risco da neoplasia e suas consequências, acompanhando o paciente e sua família contribuindo para o conforto e alívio da dor, proporcionando assim, os cuidados inerentes ao paciente oncológico.

TREND IN COLORECTAL CANCER MORTALITY: an analysis of mortality in Brazil during the period 2010-2016

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the epidemiological profile of colorectal cancer in terms of mortality by geographic region of the country, age group in the period 2010-2016, as well as to instigate a reflection on the nurses' performance in this regard, the factors and treatment that are associated to CCR. This type of neoplasm, discussed in the present article, occurs in the last portion of the large intestine, being recurrent in the western countries, presenting in both sexes at a high incidence level with advancing age. A descriptive, analytical study with a quantitative approach was performed by observing mortality rates calculated by gender (male / female) and age group, according to data obtained in DATASUS / TABNET. The result of the research shows a high mortality in all the regions of the country in the last periods, however, the Southeastern and Southern regions are emphasized because they present the highest rates of the disease. Regarding the age group, it was observed that most deaths are frequent in men and women aged 50 years or older, with no family history of colorectal cancer or hereditary intestinal diseases. In this context, it is up to the nursing professional to deepen the knowledge, as a way to help the patient and his family in the prevention, control, diagnosis and continuous treatment, in order to contribute with the care with the patient against the mentioned neoplasm.

Keywords: Colorectal Cancer. Mortality. Nursing. The role of the nurse.

REFERÊNCIAS

BIFULCO, Vera Anita; FERNANDES JÚNIOR, Hézio Jadir. **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Minha, 2014.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, out./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº874, de 16 de maio de 2013. 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). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 22 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Gomes Alencar da Silva. **Falando sobre Câncer de Intestino: Orientações Úteis ao Usuário Fatores de Risco e Proteção**. Rio de Janeiro, 2003.

BENSON, AB. Epidemiologia, progressão da doença e carga econômica do câncer colorretal. **Journal of Managed Care Pharmacy**.n.13, v.6, p.5-8, 2007.

BISHEHSARI F, Mahdavinia M, VACCA M, et al. Transição epidemiológica do câncer colorretal no desenvolvimento países: fatores ambientais, caminhos moleculares e oportunidades de prevenção. **World Journal of Gastroenterology**. n.20, 2014.

COELHO, José Celso Cunha Guerra Pinto. **Papel da colonoscopia com magnificação de imagem associada à cromoscopia no diagnóstico diferencial entre lesões neoplásicas e não neoplásicas do intestino grosso**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública/Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde, 2016. **Plano Estadual de Saúde PES 2016 a 2019**. Natal, 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENEZES, Camila et al. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 172-179, abr./jun. 2016.

POLLOCK, Rafael E. (Org.). **União Internacional Contra o Câncer – UICC: Manual de Oncologia Clínica**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. v. 1.

PORTH, Carol Mattson; MATFIN, Glenn. **Fisiopatologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. v. 1.

REVELES, Audrey Garcia & TAKAHASHI, Regina Toshie. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 245-250, jun. 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2011

SPENCE, Roy A. J.; JONHSTON, Patrick G. **Oncologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2011.

STIGLIANO V, SANCHEZ-METE L, MARTAYAN A, et al. Câncer colorretal de início precoce: esporádico ou hereditário. **World Journal of Gastroenterology**. n.20, 2014.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2008.

TULLI, Andrey C. P., PINHEIRO, Cláudia S. C., TEIXEIRA, Sinara Z. Dor Oncológica: os cuidados de Enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 7, p. 40-45, 1999.