

EXISTE DIFERENÇA NO ESTADIAMENTO ENTRE DOENTES OPERADOS DE CÂNCER COLORRETAL NO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E NA CLÍNICA PRIVADA?

THERE IS ANY DIFFERENCE IN STAGING BETWEEN PATIENTS OPERATED ON FOR COLORECTAL CANCER IN PUBLIC OR PRIVATE HOSPITAL?

Rodrigo Cuiabano Paes Leme¹; Kassius Gonzaga Pereira¹;
Filippo Gustavo Coutinho¹; Biazi Ricieri Assis¹; Marcelo Betim Paes Leme, TCBC- RJ²

RESUMO: Objetivo: Avaliar se existe diferença no estadiamento de doentes submetidos à ressecção intestinal por câncer colorretal no sistema previdenciário e na clínica privada. **Método:** Foram estudados de forma retrospectiva 41 doentes (16 homens e 25 mulheres) com idade média de 59,4 anos operados no sistema previdenciário (SP) e 33 doentes (18 homens e 15 mulheres) com idade média de 60,8 anos operados na clínica privada (CP). Foram avaliados o estadiamento TNM, a frequência de operações de urgência, de operações paliativas e do uso de colostomia. **Resultados:** Não se observou diferença entre o estadiamento dos dois grupos. A frequência de operações de urgência foi 26,8% no SP e 12,1% na CP ($p=0,100$). As operações paliativas (19,5% SP x 6,1% CP) e o uso de colostomia (26,8 SP X 15,2 CP) foram maiores no sistema previdenciário porém os valores não foram estatisticamente significantes, valores de $p=0,087$ e $p=0,352$ respectivamente. **Conclusão:** Não há diferença significativa entre o estadiamento TNM de doentes operados no sistema previdenciário e privado (*Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34(3): 166-169*).

Descritores: Neoplasias colorretais; Fatores socioeconômicos; Estadiamento de neoplasias; Sistemas de saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer colo-retal é uma doença com distribuição universal, entretanto sua incidência é variável em populações de diferentes regiões. No Brasil as regiões com maior estimativa de incidência são a Sul e Sudeste (até 22/100.000) e a menor é a região norte (até 4/100.000)¹.

Em relação ao prognóstico, observa-se que apesar de terem sido relatados avanços no tratamento desta doença, a redução da mortalidade nas últimas décadas foi pouco alterada². Entre nós, casos de câncer colo-retal diagnosticados em estádios iniciais, com chances reais de cura, ainda são raros^{1,3}.

Muitos fatores têm sido implicados como responsáveis por diagnósticos tardios do câncer colo-retal no Brasil. Entre eles, o baixo nível socioeconômico e educacional têm sido apontados como causa determinante⁴. Essa questão entretanto é controversa uma vez que há relatos de estadiamento equivalente entre doentes de grupos socioeconômicos diferentes³.

Assim, o objetivo desta pesquisa é avaliar se existe diferença no estadiamento TNM entre doentes submetidos à ressecção intestinal por câncer colo-retal na clínica privada e no sistema previdenciário.

MÉTODO

O presente estudo avaliou de forma retrospectiva 41 pacientes operados de adenocarcinoma colorretal pelo siste-

ma previdenciário (SP) no Hospital São João Batista em Volta Redonda e 33 pacientes oriundos de clínica privada (CP), na mesma cidade, no período compreendido entre Fevereiro 1997 e Novembro de 2005 (Tabela 1).

Foram excluídos pacientes submetidos à operações sem ressecção, tratados por ressecção local e doentes submetidos exclusivamente ao tratamento clínico.

As informações relativas aos doentes, às operações, aos exames histopatológicos e ao estadiamento foram obtidas pela revisão de prontuários. Foram registradas as seguintes variáveis: idade; sexo; localização topográfica do tumor, o estadiamento anátomo-patológico, se a intervenção foi de urgência ou eletiva; se a operação teve intenção de cura ou foi paliativa e se houve colostomia.

Considerou-se como operação radical quando o cirurgião relatou ressecção completa da lesão e o estudo histopatológico não demonstrou comprometimento dos bordos de ressecção. Foi definido como intervenção de urgência as situações onde os doentes foram operados em vigência de perfuração ou obstrução. Adotou-se como método de estadiamento a classificação TNM (UICC)⁵.

Os resultados dos dois grupos (doentes do sistema previdenciário e da clínica privada) foram comparados e aplicados testes estatísticos, Exato de Fischer e Qui-quadrado, para avaliar as diferenças entre eles, considerando-se como significantes os valores de $p < 0,05$.

1. Aluno do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

2. Professor de Clínica Cirúrgica do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA; Doutor em Medicina pela UNIFESP-EPM.

Recebido em 03/10/2006

Aceito para publicação em 04/12/2006

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Hospital São João Batista - UniFOA.

Tabela 1 - Distribuição dos doentes segundo tipo de hospital, sexo, média de idade e localização do tumor.

	Clínica Privada (33 doentes)	S.Previdenciário (41 doentes)
Sexo		
Masculino	18	16
Feminino	15	25
Idade (média, em anos)	60,8	59,4
Variação da idade	38 - 81	28 - 80
Localização do tumor		
Cólon direito	8	12
Cólon esquerdo	14	18
Reto	12	11

RESULTADOS

Em relação ao estadiamento TNM pode-se observar que não houve diferença significativa entre os dois grupos estudados, nota-se, contudo que metade dos doentes foram operados em estádios avançados em ambos os grupos (Tabela 2).

Em relação às operações, pode-se verificar que o número de intervenções de urgência foi maior no grupo de doentes previdenciários (26,8%), mas a diferença não foi estatisticamente significativa em relação ao grupo doentes da clínica privada (12,1%), (Tabela 3).

Observou-se ainda que não houve diferença na frequência de operações paliativas e na utilização de colostomia entre os doentes dos dois grupos (Tabelas 4 e 5).

DISCUSSÃO

Alguns estudos sobre câncer colorretal têm evidenciado variações na sobrevida de doentes de diferentes gru-

pos socioeconômicos, sendo que aqueles com maior privação apresentam predominantemente pior prognóstico^{6,7}. Uma das hipóteses formuladas para explicar este fenômeno é que tais doentes teriam teoricamente menor acesso aos serviços de saúde, seriam diagnosticados mais tardiamente e portanto operados em estádios mais avançados da doença, obtendo-se assim menores taxas de sobrevida⁸.

De fato alguns autores detectaram estádios mais avançados do câncer colorretal em pacientes com baixo perfil socioeconômico^{7,9}, esses resultados contudo se contrapõem aos verificados nesta pesquisa e aos observados por Brambilla *et al.*³ e Lyratzopoulos *et al.*¹⁰, que relataram não haver diferença no estadiamento de doentes tratados no serviço público e na clínica privada.

Nos doentes avaliados em nossa pesquisa a investigação diagnóstica foi desencadeada a partir do início dos sintomas. Assim observou-se que metade dos doentes, independente do grupo socioeconômico, foram operados em estádios avançados da doença (III e IV), o que está de acordo com a maioria dos relatos da literatura^{3,11}.

Tabela 2 - Distribuição por estádios segundo o local de tratamento do doente.

Estádio	Clínica Privada		Sistema Previdenciário	
	N.	%	N.	%
I	6	18,2	7	17,1
II	10	30,3	15	36,6
III	15	45,5	13	31,7
IV	2	6,0	6	14,6
Total	33	100	41	100

Qui-quadrado $p > 0,05$

Tabela 3 - Tipo de intervenção, eletiva ou urgência.

Tipo de Intervenção	Clínica Privada		Sistema Previdenciário	
	N.	%	N.	%
Eletiva	29	87,9	30	73,2
Urgência	4	12,1	11	26,8
Total	33	100	41	100

Exato de Fischer $p = 0,100$

Tabela 4 - Tipo de operação, curativa ou paliativa.

Tipo de operação	Clínica Privada		Sistema Previdenciário	
	N.	%	N.	%
Curativa	31	93,9	33	80,5
Paliativa	2	6,1	8	19,5
Total	33	100	41	100

Exato de Fischer $p=0,087$

Tabela 5 - Frequência de realização de colostomia.

Colostomia	Clínica Privada		Sistema Previdenciário	
	N.	%	N.	%
Sem	28	84,8	30	73,2
Com	5	15,2	11	26,8
Total	33	100	41	100

Qui-quadrado $p=0,352$

Esta equivalência de estadiamento entre os dois grupos talvez possa ser explicada por ser o câncer colorretal uma doença insidiosa e com manifestação clínica tardia, assim quando surgem as manifestações clínicas, seguida do diagnóstico a doença já se encontra avançada, como verificado acima. Desta forma, é possível que neste momento a maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, característica das classes socioeconômicas mais elevadas, tenha pouco impacto para interferir beneficemente no estadiamento da doença. Contudo, não se deve desconsiderar o fato de que o pequeno tamanho da amostra avaliado em nossa pesquisa possa influenciar esse resultado.

Apesar do estadiamento ser o principal fator prognóstico do câncer colorretal, outras variáveis podem interferir na qualidade de vida e nos resultados de doentes operados de câncer colorretal. Desta forma avaliou-se também nesta

pesquisa a frequência de intervenções de urgência, de operações paliativas e do uso de colostomias (Tabelas 3, 4 e 5). Essas diferenças não foram estatisticamente significantes, entretanto apontam uma tendência de piores resultados operatórios nesses pacientes.

Mesmo sabendo das limitações de comparar nossos resultados com os observados em outros países, em função de diferenças educacionais, de atendimento no sistema público de saúde e nas possíveis diferenças metodológicas das pesquisas, é importante informar que outros autores não verificaram diferença na frequência de intervenções de urgência e de operações paliativas entre grupos socioeconômicos diferentes^{8,12}.

Como conclusão, podemos considerar que não há diferença significativa entre o estadiamento TNM de doentes operados no sistema previdenciário e privado.

ABSTRACT

Background: To examine whether there is any difference in staging between patients operated on for colorectal cancer in public or private hospital. **Methods:** This study included 41 patients (16 men and 25 women, mean age of 59.4 years old) who underwent colorectal resection for adenocarcinoma in public hospital (PU) and 33 patients (18 men and 15 women, mean age 60.8 years old) operated in private hospital (PR). They were evaluated regarding the TNM stage, mode of presentation (elective or emergency), type of resection (curative or palliative) and the use of colostomy. **Results:** There was no significant difference in the staging among the two groups. Emergency presentation were 26.8% in the PU group and 12.1% in the PR group ($p=0.100$). Palliative resection (19.5% PU x 6.1% PR) and the use of colostomy (26.8% PU X 15.2% PR) were more frequently in the patients operated in public hospital but differences were not significant, $p=0.087$ and $p=0.352$ respectively. **Conclusion:** These findings demonstrate that there was no significant difference in staging between patients operated on for colorectal cancer in public or private hospital.

Key words: Colorectal neoplasms; Socioeconomic factors; Neoplasm staging; Health systems.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Incidência de câncer no Brasil – estimativa 2006. [citado em 15 de Maio de 2007]. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>.
2. Ahmed S, Leslie A, Thaha MA, Carey FA, Steele RJC. Lower gastrointestinal symptoms are not predictive of colorectal neoplasia in a faecal occult blood screen-positive population. *Br J Surg.* 2005; 92(4):478-81.
3. Brambilla E, Chiele Neto C, Passarin TL, Pante SR, Dal Ponte M, Santos PC. Pacientes que possuem plano de saúde realizam

- diagnóstico mais precoce do câncer colorretal? Rev bras Coloproct. 2005; 25(3):223-5.
4. Santos J. Contribuição à campanha nacional de conscientização sobre o câncer de intestino grosso. Prevenção e diagnóstico precoce. Rev Bras Coloproct. 2003; 23(1):32-40.
 5. UICC. Union Internationale Contre le Cancer. TNM Classification des tumeurs malignes. 5^o ed. Paris: Cassini; 1998.
 6. Brenner H, Mielck A, Klein R, Ziegler H. The role of socioeconomic factors in the survival of patients with colorectal cancer in Saarland/Germany. J Clin Epidemiol. 1991; 44(8):807-15.
 7. Monnet E, Boutron MC, Faivre J, Milan C. Influence of socioeconomic status on prognosis of colorectal cancer. A population based study in Côte D' Or, France. Cancer. 1993; 72(4):1165-70.
 8. Hole DJ, McArdle CS. Impact of socioeconomic deprivation on outcome after surgery for colorectal cancer. Br J Surg. 2002; 89(5):586-90.
 9. Tazi MA, Roy P, Liabeuf A, Faivre J. Filières de soins et cancer colorectaux : Etude dans la population de la Côte-d'Or entre 1976 et 1990 . Gastroenterol Clin Biol. 1995; 19(6-7):604-12.
 10. Lyratzopoulos G, Sheridan GF, Michie HR, McElduff P, Hobbiss JH. Absence of socioeconomic variation in survival from colorectal cancer in patients receiving surgical treatment in one health district: cohort study. Colorectal Dis. 2004; 6(6):512-7.
 11. Mitry E, Bouvier AM, Esteve J, Faivre J. Improvement in colorectal cancer survival: a population-based study. Eur J Cancer. 2005; 41(15):2297-303. Epub 2005 Sep 1.
 12. Hall SE, Holman CDAJ, Platell C, Sheiner H, Threfall T, Semmens J. Colorectal cancer surgical care and survival: do private health insurance, socioeconomic and locational status make a difference? ANZ J Surg. 2005; 75(11):929-35.
- Como citar este artigo:
Paes Leme RC, Pereira KG, Coutinho FG, Assis BR, Paes Leme MB. Existe diferença no estadiamento entre doentes operados de câncer colorretal no sistema previdenciário e na clínica privada? Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2007; 34(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>
- Endereço para correspondência:
Marcelo Betim Paes Leme
Rua Moacir de Paula Lobo, 19
Limoeiro
27283-350 - Volta redonda – RJ
E-mail: marcelo.leme@uol.com.br