

Avaliação da sobrevida de pacientes com câncer do trato gastrointestinal em uma cidade do interior de Minas Gerais

Overall survival of gastrointestinal cancer patients in a countryside city of Minas Gerais

André Assunção Reis Mendes¹; Fernanda Cristina Thereza dos Santos¹; Marcelo de Oliveira Assis¹; Raiane Monteiro¹; Samuel Sanches Garcia Junior¹; Willian Soares Neves¹; Márcio Heitor Stelmo da Silva¹; Antônio José Fonseca de Paula²; Priscilla Brunelli Pujatti^{3*}.

RESUMO

Introdução: Os estudos da sobrevida dos cânceres do sistema digestivo são de suma importância para avaliar a eficácia de tratamentos e prognósticos prováveis. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi correlacionar as variáveis clínicas e sócio epidemiológicas com a sobrevida dos pacientes diagnosticados com câncer do trato gastrointestinal em um hospital referência de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo clínico retrospectivo, transversal, através da análise de 426 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer do trato gastrointestinal, de 2010 a 2014. Os pacientes foram selecionados por meio de consulta ao Registro Hospitalar de Câncer. Calculou-se a probabilidade condicional de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Os pacientes eram, predominantemente, do sexo masculino (62,29%), na faixa etária de 70 a 95 anos (29,39%), leucodermo (65,80%), primeiro grau incompleto (54,39%), proveniente do SUS (78,29%), com histórico familiar de câncer (72,06%), sem histórico de tabagismo (44,59%) e etilismo (60,00%). A maioria dos pacientes apresentou estadiamento III (53,27%) e câncer colorretal (35,14%). Encontrou-se sobrevida média global de 16,5%. Pacientes encaminhados pelo SUS apresentaram menor tempo de sobrevida ($p=0,03$). **Conclusão:** As variáveis relevantes para a sobrevida foram local acometido pelo câncer, escolaridade, tabagismo, origem do encaminhamento, estadiamento clínico e base mais importante para o diagnóstico. O câncer esofágico apresentou a menor sobrevida (mediana=248 dias).

1-Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOB), Barbacena, MG, Brasil.
2-Hospital Ibiapaba de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.
3-Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Autor correspondente. Endereço: Praça Presidente Antônio Carlos, 08 – Barbacena – MG; CEP 36202-336. E-mail: pujatti.pb@gmail.com

Palavras-chave: Análise de sobrevida, câncer, trato gastrointestinal.

ABSTRACT

Introduction: Gastrointestinal cancers survival studies are important in evaluating efficacy of treatments and probable prognostic. **Objective:** To correlate clinical and socio-epidemiological variables with the survival of patients diagnosed with cancer of the gastrointestinal tract in a hospital in a countryside city of Minas Gerais. **Methods:** Retrospective, cross-sectional, clinical study carried out through the analysis of 426 medical records of patients diagnosed with gastrointestinal tract cancer from 2010 to 2014. Patients were selected by checking Hospital Cancer Records. The conditional probability of survival was calculated using the Kaplan-Meier method. **Results:** Most patients were male (62.29%), 70 to 95 years (29.39%), fair-skinned (65.80%), low education level (54.39%), from the Unified Health System (78.29%) with no history of tobacco (44.59%) or alcoholic consumption (60.00%). The most affected site was the large intestine (35.14%), and the predominant stage was stage III (53.28%). The overall survival was 16.5%. Conclusion: Variables relevant to survival were cancer site, educational level, history of tabagism, origin of cancer, clinical staging and basis for diagnosis. Esophagus cancer presented the lowest survival time, with a median of 248 days.

Keywords: Survival analysis, cancer, gastrointestinal tract.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que atinge 14,1 milhões de pessoas no mundo, com uma mortalidade de 8,2 milhões. A previsão para 2030 é de 27 milhões de novos casos e a mortalidade de 17 milhões de pessoas.¹ Atualmente, o câncer é a segunda causa de morte mundial e a doença que mais debilita o paciente.² A incidência de câncer por região, no ano de 2012, classifica a Austrália e Nova Zelândia como os países com mais casos por 100.000 habitantes, seguidos pela América do Norte e Europa Ocidental, ficando a América do Sul no 7º lugar.³ A estimativa do Brasil, biênio 2016 – 2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer.⁴

De acordo com a ONG britânica Cancer Research UK, os cânceres de intestino, estômago e esôfago correspondem, respectivamente, ao 3º, 5º e 8º lugar dos tipos de câncer mais incidentes no mundo, totalizando 2,769 milhões de casos e são responsáveis por 1,817 milhões de mortes no ano de 2012. Estimam-se, para 2016, no Brasil, 34.280 casos novos de câncer de cólon e reto, 20.520 casos novos de câncer de estômago, 15.490 casos novos de câncer da cavidade oral e 10.810 casos novos de câncer de esôfago.⁴

A sobrevida relativa para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em 5 anos, de acordo com a literatura existente. Um dos fatores que influenciam fortemente a sobrevida é a extensão da doença no momento do diagnóstico. Essa extensão pode ser avaliada pelo estadiamento do tumor nesta fase, quando tem início o tratamento adequado e preconizado para cada tipo de câncer, seja ele cirúrgico e/ou clínico, com ou sem radio/quimioterapia.⁵

Os tumores do aparelho digestivo representam juntos uma grande fração dos tumores humanos. São praticamente incuráveis quando apresentam-se disseminados pelo organismo, daí a necessidade de um rastreamento precoce com o intuito de um diagnóstico da neoplasia na sua fase inicial, aumentando assim a possibilidade de cura e a melhoria da condição de sobrevida quando a cura não é possível.⁶

Os estudos da sobrevida dos cânceres do sistema digestivo são de suma importância para avaliar a eficácia de tratamentos e prognósticos prováveis, sendo úteis para os profissionais da saúde realizarem uma abordagem terapêutica adequada. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é correlacionar as variáveis clínicas e sócio epidemiológicas com a sobrevida dos pacientes diagnosticados com câncer do trato gastrointestinal em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais.

MÉTODOS

Seleção da amostra

Foi conduzido um estudo clínico retrospectivo, de corte transversal, por meio da análise dos prontuários e/ou dos dados armazenados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), com os pacientes diagnosticados com câncer do trato gastrointestinal no Setor de Oncologia de um hospital referência do interior de Minas Gerais, a partir de 2010 até 2014.

Os critérios de inclusão foram pacientes diagnosticados com câncer do trato gastrointestinal e submetidos ao seu primeiro tratamento no referido hospital, com diagnóstico no período indicado. O tamanho da amostra correspondeu a 426 pacientes.

Coleta de dados

Inicialmente, os pacientes foram selecionados por meio de consulta ao Registro Hospitalar de Câncer, em seu formato eletrônico. Nesse sistema, fez-se uma seleção dos pacientes atendidos, de acordo com o ano do diagnóstico. O sistema classificou os pacientes como analíticos ou não-analíticos, sendo que os pacientes analíticos correspondem àqueles que tiveram o seu primeiro atendimento na instituição que realizou o registro, no caso o hospital referência. Portanto, apenas os pacientes analíticos entraram no presente estudo.

Após o levantamento da lista dos pacientes analíticos de cada ano, foram consultados os formulários do Registro Hospitalar de Câncer, eletrônico ou em papel, bem como o prontuário do paciente para obtenção dos dados pessoais, sócio demográficos e clínicos dos pacientes. Esses resultados foram transcritos para formulário específico e os dados de acompanhamento/prognóstico foram transferidos para uma planilha de seguimento. No caso da ausência de dados de acompanhamento/prognóstico, retornou-se contato, utilizando o telefone indicado no prontuário, para obtenção dessa informação. Ainda assim não sendo possível determinar o desfecho do paciente, ele foi excluído da análise (censura). O desfecho clínico do paciente foi analisado após um, dois e cinco anos do diagnóstico.

Os formulários contendo os dados pessoais, sócio demográficos e clínicos dos pacientes foram arquivados e os dados pessoais dos pacientes mantidos em sigilo, sob responsabilidade do pesquisador.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 1.102.465.

Análise estatística

Foi calculada a probabilidade condicional de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier, que permite comparar as curvas de sobrevida (tempo para o evento) das diversas categorias de uma única variável independente. Os intervalos de tempo não são fixos, mas determinados pelo aparecimento de uma falha (por exemplo, o óbito). Nessa situação, o número de óbitos em cada intervalo deve ser um. Esse é um método não paramétrico, ou seja, que independe da distribuição de probabilidade (Colton, 1979), e para calcular os estimadores, primeiramente, deve-se ordenar os tempos de sobrevida em ordem crescente. Os sobreviventes ao tempo t (lt) são ajustados pela censura, ou seja, os pacientes censurados entram no cálculo da função de probabilidade de sobrevida acumulada até o momento de serem considerados como perda.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2010 a dezembro de 2014 foram avaliados 426 pacientes com câncer do trato gastrointestinal que iniciaram o tratamento no hospital referência, conforme registro hospitalar de câncer (RHC) preenchido e arquivado para cada paciente. O período de análise dos dados foi de janeiro de 2016 a março de 2017. Foram excluídos 76 pacientes, baseado em critérios como data do diagnóstico não encontrada, primeiro diagnóstico estabelecido em outro hospital e pacientes com os quais não foi possível o contato.

As características da amostra quanto à idade, sexo, escolaridade, raça, tipo de convênio à entrada no hospital, história familiar de câncer, histórico do consumo de tabaco e álcool encontram-se descritas na (Tabela 1). Os pacientes eram, em sua maioria, do sexo masculino (62,29%), entre a faixa etária de 70 a 95 anos (29,39%), leucodermo (65,80%), com primeiro grau incompleto (54,39%), proveniente do Sistema Único de Saúde (78,29%), com histórico familiar de câncer (72,06%), sem histórico de consumo de tabaco (44,59%) e bebida alcoólica (60,00%).

As neoplasias malignas do trato gastrointestinal são classificadas por local de acometimento e estadiamento clínico do tumor. O grupamento TNM e tipo histológico não foi utilizado devido a abrangência dos tumores e suas variadas classificações. Conforme demonstrado na (Tabela 2), o local mais acometido é o intestino grosso (35,14%), e o estadiamento predominante é o estágio III (53,28%).

A sobrevida dos pacientes com tumores malignos do trato gastrointestinal é feita a partir da data do diagnóstico e é diferente conforme as características

dos pacientes e os grupamentos diagnósticos. Na (Tabela 3) é demonstrada a mediana do tempo de sobrevida para cada característica estudada, juntamente com o valor mínimo e total. Pode-se observar que os pacientes com menor mediana de tempo de sobrevida em dias eram em sua maioria analfabetos, diagnosticados nas fases mais avançadas da doença, provenientes do SUS, histórico positivo para tabagismo e o esôfago como local acometido pelo câncer. Já os pacientes com maior mediana de tempo de sobrevida em dias eram os que possuíam escolaridade mais elevada, diagnóstico nas fases mais iniciais da doença, origem do encaminhamento particular, sem histórico de tabagismo e o intestino grosso como local acometido pelo tumor.

Na (Figura 1) é apresentada a curva de sobrevida global em cinco anos, estimada pelo método de Kaplan Meier, dos pacientes com câncer do trato gastrointestinal, no período de cinco anos. O valor da sobrevida global é 16,5 % (FIG. 1A). Para cânceres da cavidade oral o valor da sobrevida global em cinco anos é 11,6 %, cânceres do esôfago é 1,6 %, cânceres do estômago o valor é 9,9 % e do intestino grosso é 23,3 % (Figura 1B).

DISCUSSÃO

A análise de sobrevida é um instrumento importante para avaliar fenômenos relacionados aos dias de vida dos pacientes, transcorridos desde o diagnóstico de uma determinada doença até o óbito.⁷ As neoplasias malignas do trato gastrointestinal são frequentes na população e possuem uma alta taxa de mortalidade, ou seja, baixa sobrevida.⁴ O presente estudo evidenciou fatores epidemiológicos e diagnósticos que interferem na sobrevida dos pacientes com câncer do trato gastrointestinal. A sobrevida global de cinco anos foi de 16,5%. O nível de escolaridade, origem do encaminhamento, histórico de consumo do tabaco, local acometido pelo câncer, estadiamento clínico e base mais importante para o diagnóstico influenciaram no tempo de sobrevida. Além das variáveis supracitadas, outros fatores não avaliados podem influenciar nessa diferença, como por exemplo, um intervalo extenso entre o início do desenvolvimento da doença e o início das manifestações dos sintomas, postergando a procura por atendimento e, finalmente, o estabelecimento do diagnóstico. Vale ressaltar que o desenvolvimento tardio dos sintomas é uma característica marcante dos cânceres do trato gastrointestinal, o que reflete em diagnósticos em estágios mais avançados.

Analfabetos apresentaram menor mediana de tempo de sobrevida (303 dias) em relação aos pacientes que concluíram o 2º grau ou ensino superior (1157 dias), demonstrando que baixo nível

de escolaridade acarreta menor sobrevida ($P=0,01$). GAMMON e colaboradores (1997) relataram diminuição do risco para os cânceres de esôfago e cárdia do estômago com níveis crescentes de educação ou renda. A associação inversa com a renda foi mais pronunciada no carcinoma escamoso esofágico.⁸ Segundo SCOTT e colaboradores (2017), o baixo nível socioeconômico também está associado a um risco aumentado para o desenvolvimento de câncer colorretal, sendo observado que a incidência é cerca de 30% maior em classes socioeconômicas mais baixas.⁹

No presente estudo, os pacientes provenientes do SUS apresentaram uma menor mediana de tempo de sobrevida (457 dias) em relação aos pacientes com convênio (756 dias) ($P=0,01$). A procura por serviços de saúde é mais frequente entre os que possuem plano de saúde. Em uma análise no período de 2003 até 2008, manteve-se o gradiente de redução de utilização de serviços de saúde SUS, conforme o aumento de renda e escolaridade.¹⁰ Em trabalho recente envolvendo a população da mesma cidade do presente trabalho, os autores também encontraram uma sobrevida menor nos pacientes com câncer de mama com origem do encaminhamento pelo SUS.¹¹

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, a extensão da doença no momento do diagnóstico tem forte influência na sobrevida. O perfil apresentado pela amostra do presente estudo é caracterizado por pacientes diagnosticados nos estágios mais avançados (III e IV), com consequente diminuição do tempo de sobrevida dos pacientes. O estágio I não foi encontrado em nenhum dos pacientes e o estágio II ($n=40$ pacientes) obteve a maior mediana de tempo de sobrevida (1195 dias). Os estágios III ($n=130$ pacientes) e IV ($n=74$ pacientes) apresentaram menores valores de sobrevida, com medianas de 700 e 257 dias, respectivamente ($P=0,01$).

Também demonstrou-se correlação entre o tabagismo e a sobrevida do câncer no trato gastrointestinal. Dos 140 pacientes que nunca consumiram tabaco, os que foram a óbito em cinco anos representaram um total de 64,2%. Já entre os ex-tabagistas e tabagistas, 67,9% e 79,3% foram a óbito, respectivamente ($P=0,03$). A mediana do tempo de sobrevida desses pacientes foi 714, 667 e 379 dias, respectivamente ($P=0,02$), indicando diminuição na sobrevida em pacientes que fizeram uso de tabaco ($P=0,02$). Não foi observada influência do álcool no tempo de sobrevida na amostra estudada. De acordo com WU e colaboradores (2001), o tabagismo foi um fator de risco importante para o desenvolvimento de adenocarcinoma gástrico, com maior relevância para os localizados na cárdia e menor para os localizados em área mais distal do estômago. Consumo de álcool

não foi associado a um maior risco para este tipo de tumor.¹² O “*Journal of Epidemiology and Community Health*, 1991”, apontou significância na relação entre álcool e tabaco na incidência de cânceres no esôfago.¹³ Segundo SCOTT e colaboradores (2017), o tabagismo e alcoolismo foram fortes fatores que influenciaram tanto na incidência quanto na mortalidade do câncer colorretal.⁹

Não foi observada relação entre histórico familiar de câncer e o tempo de sobrevida pós-diagnóstico na amostra do presente estudo ($P=0,63$). Um estudo realizado por YUEQUAN J e colaboradores (2010) apontou significância entre tais fatores na neoplasia maligna do esôfago, apontando menor sobrevida naqueles pacientes com casos de neoplasias malignas na família.¹⁴

A base mais importante para o diagnóstico de câncer do trato gastrointestinal nos pacientes do presente estudo foi, predominantemente, histologia do tumor primário, correspondendo a 339 pacientes ($P=0,26$) com uma mediana de 544 dias de tempo de sobrevida ($P=0,01$). A clínica, exames de imagem e os dois métodos diagnósticos juntos apresentaram, respectivamente, 6, 3 e 2 pacientes apenas. A sobrevida aumentou consideravelmente com a junção da clínica e exames de imagem como base mais importante para o diagnóstico, apresentando uma mediana de 1031 dias, apesar do número de pacientes ser insuficiente para concluir que este seria o melhor método diagnóstico.

Ao comparar o tempo de sobrevida dos pacientes foi verificado valores de medianas de tempo de sobrevida e sobrevida global de cinco anos variáveis em relação ao local acometido. A sobrevida dos pacientes com câncer localizado no esôfago foi menor (1,6 % de sobrevida global de cinco anos; mediana de 248 dias de sobrevida). O diagnóstico do câncer de esôfago é geralmente tardio, uma vez que a disfagia, o principal sintoma, manifesta-se apenas quando já há comprometimento de dois terços da luz do órgão. Neste momento, a maioria dos pacientes apresenta doença localmente avançada ou metastática. A sobrevida média é de 4 a 6 meses, independente da terapêutica aplicada. A sobrevida global em 5 anos é de apenas 10% a 15%. Uma vez que o tratamento curativo não é mais possível, o alívio da disfagia e a melhora da qualidade de vida tornam-se os objetivos principais da terapêutica.¹⁵

No estudo apresentado também encontrou-se apenas um caso de câncer de intestino delgado, o que vai de encontro ao levantamento realizado pelo “*National Cancer Institute*” que confirma sua baixa prevalência, representando cerca de menos de 1% dos cânceres nos EUA.¹⁶ Baseado em dados do World Journal Gastrointestinal Oncology (2011) o prognóstico normalmente é reservado, uma

sobrevida global de menos de 30% em 5 anos.¹⁷

CONCLUSÃO

A sobrevida global de cinco anos dos pacientes atendidos com câncer do trato gastrointestinal em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais foi calculada em 16,5%, sendo que o local acometido com a menor sobrevida global foi o esôfago (1,6%) e o maior valor foi no intestino grosso correspondendo a 23,3%. As variáveis que influenciam no tempo de sobrevida de cinco anos foram local acometido pelo câncer, o nível de escolaridade, histórico de consumo do tabaco, origem do encaminhamento, estadiamento clínico e a base mais importante para o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer [Capturado em: 18 out 2016]. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
2. Heidarnia MA, Monfared ED, Akbari ME, Yavari P, Amanpour F, Mohseni M. Social Determinants of Health and 5-year Survival of Colorectal Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(9): 5111-6.
3. CancerResearch UK [Capturado em: 18 out 2016]. Disponível em: http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/data-and-statistics?_adal_sd=publications.cancerresearchuk.org.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Capturado em: 18 out 2016]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/index.asp>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Capturado em: 18 out 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/ocorrencia_sobrevida.pdf.
6. Sociedade Brasileira de Cancerologia [Capturado em: 18 out 2016]. Disponível em: http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=115:cancer-do-aparelho-digestivo&catid=29&Itemid=123.
7. Bustamante-Teixeira MT, Faerstein E, Latorre MR. Técnicas de análise de sobrevida Survival analysis techniques. *Cad Saúde Publica* 2002; 18(3): 579-94.
8. Gammon MD, Ahsan H, Schoenberg JB, West AB, Rotterdam H, Niwa S, et al. Tobacco, alcohol, and socioeconomic status and adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia. *J natl cancer inst.* 1997; 89(17): 1277-84.
9. Scott DR, William MG. Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer, UpToDate. 2017.
10. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(9): 3807-16.
11. Alvarenga FV, Lage MJA, Muzel NA, Almeida SMM, Teixeira SPN, Muniz E, et al. Avaliação da sobrevida global de pacientes com câncer de mama atendidas em Barbacena, MG. *Rev méd Minas Gerais*, 27(1): S17-22.
12. Wu AH, Wan PBL. Um estudo multiétnico baseado na população de tabagismo, álcool e tamanho corporal e risco de adenocarcinomas do estômago e esôfago (Estados Unidos). *Cancer causes control.* 2001; 12(8): 721-32.
13. Cayuela A, Vioque J, Bolumar F. Oesophageal cancer mortality: relationship with alcohol intake and cigarette smoking in Spain. *J epidemiol community health.* 1991; 45(4): 273-6.
14. Yuequan J, Shifeng C, Bing Z. Prognostic factors and family history for survival of esophageal squamous cell carcinoma patients after surgery. *Ann Thorac Surg.* 2010; 90(3): 908-13.
15. Thuler FP, Forones NM, Ferrari AP. Neoplasia avançada de esôfago: diagnóstico ainda muito tardio. *Arquivos de Gastroenterologia.* 2006; 43(3): 206-11.
16. The Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program of the National Cancer Institute (NCI) [Capturado em: 18 may 2017]. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/smint.html>.
17. Pan SY, Morrison H. Epidemiology of cancer of the small intestine. *World J Gastrointest Oncol.* 2011; 3(3): 33-42.

IMAGENS

TABELA 1 – Características sócio demográficas dos pacientes diagnosticados com câncer do trato gastrointestinal.

Características Comparadas	Vivo		Óbito		X2/F	P
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	56	31,06	162	68,94		
Feminino	41	25,69	91	74,31		
Total	97	27,71	253	72,29		
Idade na primeira consulta						
16-49	21	34,43	40	65,57		
50-59	28	29,17	68	70,83		
60-69	23	26,14	65	73,86		
70-95	25	24,51	77	75,49		
Total	97	27,95	250	72,05		
Nível de Escolaridade						
Analfabeto	6	17,14	29	82,86		
1º grau incompleto	33	26,61	91	73,39		
1º grau completo	9	25	27	75		
2º grau e superior	19	57,58	14	42,42		
Total	161	29,39	67	70,61		
Raça						
Amarelo	0	0	3	100		
Pardo	28	30,77	63	65,7		
Branco	64	28,19	163	71,81		
Negro	4	16,67	20	83,33		
Total	96	27,83	249	72,17		
História familiar de câncer						
Sim	33	33,67	65	66,33		
Não	10	26,32	28	73,68		
Total	43	31,62	93	68,38		
Origem do encaminhamento						
SUS	67	24,45	207	75,55		
Particular	30	39,47	46	60,53	6,70	0,01
Total	97	27,71	253	72,29		
Histórico de consumo de tabaco						
Nunca	50	35,71	90	64,29		
Ex- consumidor	17	32,08	36	67,92		
Sim	25	20,66	96	79,34		
Total	92	29,30	222	70,70		
Histórico de consumo de bebida alcoólica						
Nunca	61	33,89	119	66,11		
Ex- consumidor	11	23,91	35	76,09		
Sim	17	22,97	57	77,03		
Total	89	29,67	211	70,33		

TABELA 2 - Grupamentos de caracterização do diagnóstico das neoplasias malignas do trato gastrointestinal da amostra deste estudo.

Características Comparadas	Vivo		Óbito		X2/F	P
	N	%	N	%		
Local acometido						
Cav. Oral /orof.	12	24	38	76		
Esôfago	6	8,82	62	91,18		
Estômago	23	21,7	83	78,30		
Intestino delgado	1	100	0	0		
Intestino grosso	54	43,9	69	56,1		
Ânus	1	50	1	50		
Total	97	27,71	253	72,29		
Base mais importante para diagnóstico do tumor						
Clínica	0	0	6	100		
Exame por imagem	0	0	3	100		
Clínica e Exame por imagem	1	50	1	50		
Histologia do tumor primário	96	28,32	243	71,68		
Total	97	27,71	253	72,29		
Estadiamento clínico do tumor						
II	23	57,5	17	42,5		
III	36	27,69	94	72,31		
IV	4	5,41	70	94,59		
Total	63	25,82	181	74,18		

TABELA 3 – Tempo de sobrevida dos pacientes com neoplasias malignas do trato gastrointestinal, conforme características clínicas e sócio demográficas.

Características clínicas e sócio demográficas	Sob. Min. (Dias)	Sob. Mediana (Dias)	Sob. Total (Dias)	X2/F	P
Sexo					
Masculino	-13	613	2433		
Feminino	-2	457,5	2529		
Idade na primeira consulta					
16-49	8	509	2223		
50-59	0	683	2404		
60-69	11	526	2452		
70-95	-13	387,5	2529		
Nível de Escolaridade					
Analfabeto	0	303	2452		
1º grau incompleto	-2	527	2382		
1º grau completo	28	347,5	1857		
2º grau e superior	20	1157	2404		
Raça					
Amarelo	20	49	77		
Pardo	16	593	2223		
Branco	-13	532	2452		
Negro	1	315	2127		
Base mais importante para diagnóstico do tumor					
Clínica	0	89,5	319		
Exame por imagem	8	9	32		
Clínica e Exame por imagem	89	1031	1973		
Histologia do tumor primário	-13	544	2529		

Estadiamento clínico do tumor				
2	146	1195	2223	≤0,01
3	22	700	2433	
4	-2	257	2452	
História familiar de câncer				
Sim	44	577	2178	
Não	-2	551,5	2177	
Origem do encaminhamento				
SUS	-13	457	2529	
Particular	-1	756	2433	
Histórico de consumo de tabaco				
Nunca	-13	714	2529	
Ex- consumidor	23	667	2300	
Sim	-2	379	2382	
Histórico de consumo de Álcool				
Nunca	-13	641,5	2529	
Ex- consumidor	32	385	1964	
Sim	-2	440,5	2223	
Local acometido				
Cav.Oral /Oróf.	0	599	2404	
Esôfago	7	248	1964	
Estômago	-2	414,5	2300	
Intestino delgado	1268	1268	1268	
Intestino grosso	-13	891	2529	
Ânus	341	1079,5	1818	

FIGURA 1 – Sobrevida global de cinco anos (2010 – 2014) dos pacientes com câncer do sistema gastrointestinal (A) e de acordo com cada local acometido (B), que iniciaram o tratamento no hospital referência de uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais.

