



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**CAIO GOMES MARTINS
CAMILA FREITAS NEVES**

**CÂNCER ANORRETAL: FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NO
TOCANTINS E GOIÁS**

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

**CAIO GOMES MARTINS
CAMILA FREITAS NEVES**

**CÂNCER ANORRETAL: FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NO
TOCANTINS E GOIÁS**

Artigo Científico submetido ao Curso de Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Esp. Viviane Tiemi
Kenmoti

**CAIO GOMES MARTINS
CAMILA FREITAS NEVES**

CÂNCER ANORRETAL: FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NO TOCANTINS E GOIÁS

Artigo Científico submetido ao Curso de Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Esp. Viviane Tiemi Kenmoti

Artigo Científico apresentado e defendido em 22/11/2018 e aprovado perante a banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. Esp. em Coloproctologia, Dra Viviane Tiemi Kenmoti
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientadora

Prof. Dr. Ronyere Olegário
Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Examinador

Ana Maria Dias do Carmo
Médica Anestesiologista - Examinadora

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

CÂNCER ANORRETAL: FATORES EPIDEMIOLÓGICOS NO TOCANTINS E GOIÁS**ANORECTAL CANCER: EPIDEMIOLOGICAL FACTORS IN TOCANTINS AND GOIÁS**Caio Gomes Martins¹Camila Freitas Neves¹Viviane Tiemi Kenmoti²¹ Acadêmicos do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos² Docente especialista em Coloproctologia – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
(Orientadora)

RESUMO: Introdução: As neoplasias anorretais, apesar de serem raras, tem aumentado a sua incidência. Esta categoria de câncer possui sintomas comuns aos das doenças orificiais benignas, o que pode levar a um atraso no diagnóstico dessas neoplasias. Diante das especificidades diagnósticas e clínicas, e do aumento gradativo de casos, percebeu-se a necessidade de fazer o levantamento dos casos de câncer anorretal notificados no Tocantins e Goiás. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, qualitativo e retrospectivo, cujos dados foram colhidos em outubro de 2018 a partir da plataforma de domínio público disponível na internet denominada Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Foram utilizados 16 autores como arsenal teórico. **Resultados:** Foram encontrados 1011 registros de neoplasias anorretal na base de dados utilizada durante os anos de 2002 a 2011. **Discussão:** Em divergência do que estabelece o padrão a nível mundial, a análise da variável de sexo no Tocantins e no Goiás revela um maior número de casos de câncer de reto acometendo mulheres em ambos os estados. **Conclusão** – As queixas clínicas além de serem comuns entre as doenças, podem mimetizar outras afecções benignas. Anamnese, exame físico e toque retal são fundamentais na suspeita diagnóstica.

Palavras-Chave: Ânus.Câncer. Doenças orificiais. Reto.

ABSTRACT: Introduction - Anorectal neoplasm, although rare, have increased their incidence. This category of cancer has symptoms common to benign hole diseases, which leads to a delay in the diagnosis of these neoplasms. They are symptoms such as bleeding, itching pain, anal discomfort, anus mass, anal discharge and change in the caliber of the stool. In front of the diagnosis and clinics specificities

explained and the gradual increase of cases it was noticed the necessity to ressearch about the anorectal cases of cancer in Tocantins. **Methodology** - This is a epidemiological descriptive and quantitative study. The data have been collected in 2018 october through the plataforma of public domination denominated Registro de Câncer de Base Populacional(RCBP) . There was studied 16 autors for theory arsenal. **Results** – There was founded 1011 results of anorrectal neoplasma at the data base between the years 2002 to 2013. **Discussion** – In disagreement than what is established in a world level, the analyze about gender in Tocantins and Goiás shows that the number of retal câncer are larger in womans from the two states. **Conclusion** – The clinical complents are common whith othes benign diseases. The interview and the fisical examination are very important for the diagnosis.

Keywords: Anus.Cancer.Hole diaseses. Rectum.

1 INTRODUÇÃO

O canal anal anatômico compreende a superfície que se estende desde a linha pectínea até a margem anal. Acima da linha pectínea, encontra-se o reto que se estende até a projeção da terceira vértebra sacral. Diversas patologias podem acometer essas regiões e, independentemente de serem malignas ou benignas, elas geralmente cursam com uma sintomatologia semelhante. Portanto, ao evidenciar sintomas anorretais, deve-se realizar uma avaliação completa, visto que, doenças proctológicas benignas podem coexistir com afecções anais de maior relevância diagnóstica como a neoplasia anorretal (GLYNNE-JONES et al., 2014).

O câncer anal (CA) é uma doença rara, mais frequente em mulheres e cuja incidência de 1 em 100.000 pessoas está aumentando gradativamente. Os tumores malignos que acometem esta região representam 1-2% dos tumores malignos do aparelho digestivo (GLYNNE-JONES et al., 2014). Já é fato que o câncer está entre a lista de doenças e agravos não transmissíveis que mais matam, e essa realidade impacta principalmente os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e tende a piorar nas últimas décadas (INCA, 2017).

A maioria dos pacientes com CA apresenta sangramento retal. O diagnóstico pode ser tardio porque este sangramento é frequentemente atribuído a doenças orificiais benignas. Outros sintomas incluem dor retal, prurido e desconforto anal, podendo aparecer alterações no calibre das fezes, tenesmo, percepção de massa no ânus, secreção anal e mudança no hábito intestinal em casos mais avançados. Os sintomas e sinais clínicos do câncer anal, geralmente se apresentam tardiamente e guardam relação com o tamanho e a extensão da neoplasia (DUARTE et al., 2016).

Etiologicamente, os tumores anais geralmente são encarados como resultado de irritação crônica em condições benignas, incluindo hemorroidas e fissuras, podendo-se também associar a uma doença inflamatória intestinal. No entanto, outros fatores podem também estar relacionados à origem da neoplasia, incluindo histórico de infecção persistente pelo vírus do papiloma humano (HPV), infecção com vários tipos de HIV, soropositividade ao HIV, baixa contagem de CD4, tabagismo, relações sexuais anoreceptivas e imunossupressão após transplante de órgãos sólidos (URONIS; BENDELL, 2007).

A etiologia do câncer retal (CR) envolve múltiplos fatores na medida em que muitos estágios estão comprometidos com a sua patogênese. Possivelmente fatores exógenos, como a dieta alimentar, e hereditários correlacionam-se e contribuem no aparecimento desse tumor, variando a sua importância de acordo com cada caso. As lesões pré-malignas relacionadas compreendem os pólipos adenomatosos, principalmente os vilosos, e as lesões planas não-polipoides (ARAÚJO; SEID, 2013).

O sangramento é um dos sinais mais comuns do CR e geralmente ocorre em pequena quantidade. A eliminação de muco também é um sintoma comum, que somando-se ao aumento do número de evacuações, ao tenesmo e à urgência são considerados sintomas de alarme para suspeita diagnóstica (SANTOS JR, 2007; ARAÚJO; SEID, 2013).

Outros fatores que contribuem para suspeita diagnóstica e melhor investigação incluem idade superior aos 50 anos, história pessoal ou familiar de pólipos colorretais e câncer, e história de doença inflamatória intestinal (GAERTNER et al., 2015).

Dessa forma, aqueles pacientes que possuem os fatores de risco para câncer colorretal e apresentam sintomas devem ser submetidos a colonoscopia completa para investigação diagnóstica. No entanto, antes do exame complementar, deve ser feito o exame proctológico, incluindo o toque retal (TR), pois é o exame mais simples e ao mesmo tempo bastante informativo que se pode ter na atenção primária e pode-se detectar neoplasias em reto baixo e canal anal (GAERTNER et al., 2015).

Devido ao fato da sintomatologia do câncer anorretal ser comum à das doenças orificiais benignas, pode ocorrer atraso no diagnóstico dessas neoplasias. Isso se dá, pois, frequentemente, os sintomas são atribuídos a essas doenças e não

aos tumores (LINS NETO, 2017). Portanto, o toque retal deve ser considerado uma parte fundamental do exame clínico anorretal na presença destes sinais e sintomas. Ele permite avaliar as condições dos esfíncteres anais, a integridade do canal anal, a presença ou não de lesões e, caso sejam encontradas, ajuda a determinar a distância da neoplasia até a borda anal, a fixação tumoral e o envolvimento circunferencial. No entanto, a ausência de achados patológicos ao TR não permite descartar uma neoplasia (CANESSA, 2011).

Diante das especificidades diagnósticas e clínicas acima expostas, e do aumento gradativo de casos, este estudo tem o objetivo de fazer o levantamento do número de casos de câncer anorretal notificados no Tocantins no intuito de apreciação das estatísticas, compilação gráfica dos resultados e comparação com a realidade de outra unidade federativa (Goiás). Além disso, analisar sobre a atualização/desatualização dos dados de domínio público sobre este tema, dada a importância da epidemiologia na tomada de medidas no combate às enfermidades. O estado do Goiás foi escolhido para o presente estudo por sua proximidade geográfica com o Tocantins, além de possuir cultura e hábitos alimentares semelhantes ao estado do Tocantins que do Goiás derivou.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo qualitativo e retrospectivo, onde foram levantados e avaliados casos de câncer anorretal nos limites dos estados do Tocantins e do Goiás entre os anos de 2002 a 2011.

Para a construção deste estudo, foram compilados dados a partir da plataforma de domínio público disponível na internet denominada Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), administrada pelo Instituto Nacional de Câncer Alencar Gomes da Silva (INCA), não necessitando ser submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP). O arsenal teórico do estudo também conta com levantamentos bibliográficos feitos a partir das bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sendo estes, "Câncer". "Ânus". "Reto". "Doenças orificiais"., obtendo-se através dos mesmos artigos, livros e publicações de revistas científicas.

Quantificados os dados, estes foram organizados com auxílio do software Microsoft Excel 2010. A partir de então, foram construídos gráficos com a análise estatística das informações colhidas. Os gráficos elaborados permitem a comparação entre o número total de casos notificados em cada estado no período, e possibilita também a análise dos casos em relação a idade, sexo e tipo histológico.

3 RESULTADOS

No período de 2002 a 2011, foram notificados nos estados do Tocantins e Goiás um universo de 1.011 casos de câncer retal e anal, com média de 101,1 casos/ano. Destes, 954 casos foram notificados no Goiás, sendo 100 de CA e 854 de CR. O Tocantins contribui para esse universo com 57 casos durante o período estudado, correspondente a 5 de câncer anal e 52 retal. O número de casos divididos por unidade federativa, tipo de câncer e ano de notificação podem ser analisados no quadro de número 1, juntamente com os números a nível nacional em cada um dos casos, através de valores absolutos. Esses valores foram utilizados com o objetivo de determinar o número de casos notificados, não sendo possível empregá-los a fim comparativo entre os estados devido à desproporção demográfica e extensão territorial divergente entre os mesmos.

Quadro 1 – Número de casos notificados de câncer retal e anal no Tocantins, Goiás e Brasil.

ANO	CÂNCER RETAL (TO)	CÂNCER RETAL (GO)	CÂNCER ANAL (TO)	CÂNCER ANAL (GO)	CÂNCER RETAL (BRA)	CÂNCER ANAL (BRA)
2002	-	58	-	7	1736	321
2003	2	57	-	3	1615	272
2004	2	85	2	13	1747	395
2005	2	99	-	7	1968	379
2006	5	85	-	9	1740	328
2007	5	91	-	13	1720	317
2008	8	68	1	13	1970	334
2009	8	100	-	10	2032	354
2010	6	116	2	15	1948	298

continuação

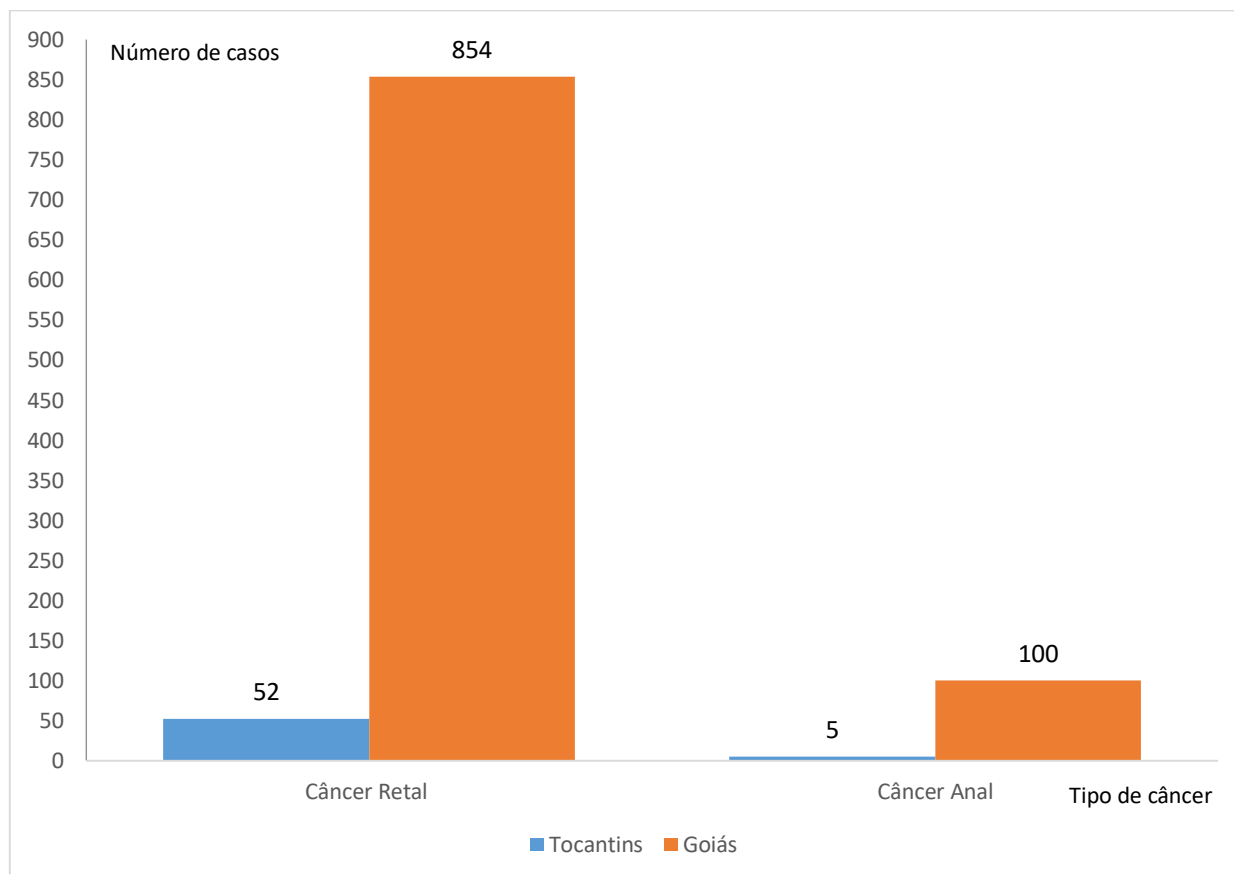
continuação

2011	14	95	-	10	1959	293
TOTAL	52	854	5	100	18.435	3.291

Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). **Nota:** Quadro elaborado pelos autores.

O câncer de reto obteve o maior número de notificação, com destaque para o estado Goiás, como demonstrado no gráfico de número 1.

Gráfico 1 – Total de casos de câncer retal e anal nos estados do Tocantins e Goiás.



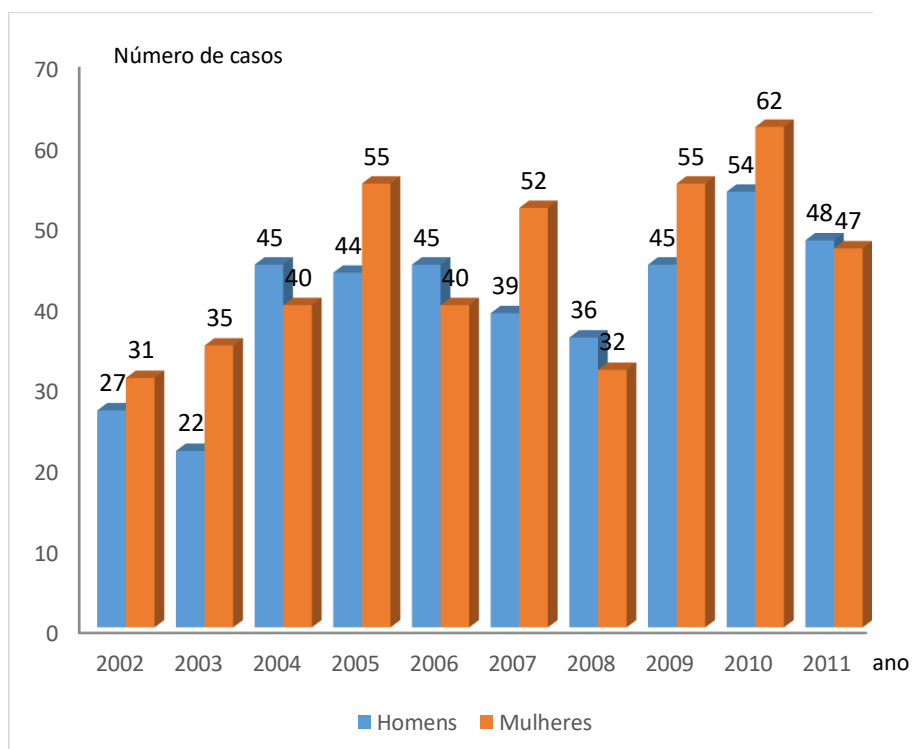
Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). **Nota:** Gráfico elaborado pelos autores.

Dentro do período analisado, foi possível estabelecer a média de casos de neoplasia de ânus e reto por ano em cada um dos estados. No Tocantins estabeleceu-se uma média de 0,5 casos/ano de câncer anal e 5,2 casos/ano de câncer retal. Já no Goiás foram 10 casos/ano de câncer de ânus e 85,4 casos/ano de câncer de reto.

Levando em consideração a variável de sexo, durante o período analisado as mulheres no Goiás superaram os homens em 44 casos de neoplasia de reto e 56 casos de neoplasia de ânus. No Tocantins, o sexo feminino superou o masculino em 8 casos de neoplasia retal e 1 caso de neoplasia anal. Os gráficos 2 e 3 demonstram os casos de câncer retal no Goiás e Tocantins, respectivamente, levando em conta o

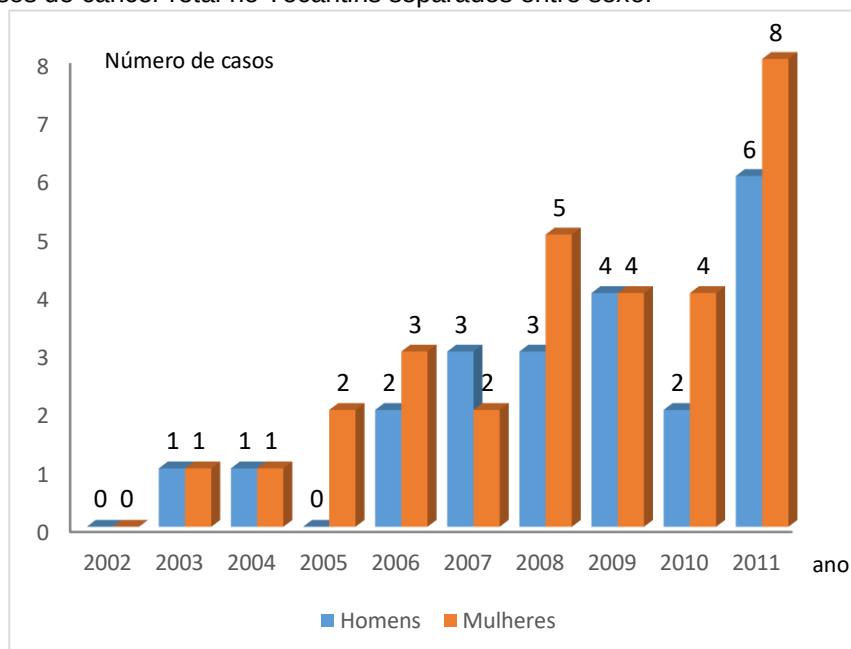
sexo acometido, e o gráfico 4 evidencia os casos de câncer de ânus, nos diferentes gêneros, em ambos estados.

Gráfico 2- Casos de câncer retal no Goiás separados entre sexo.

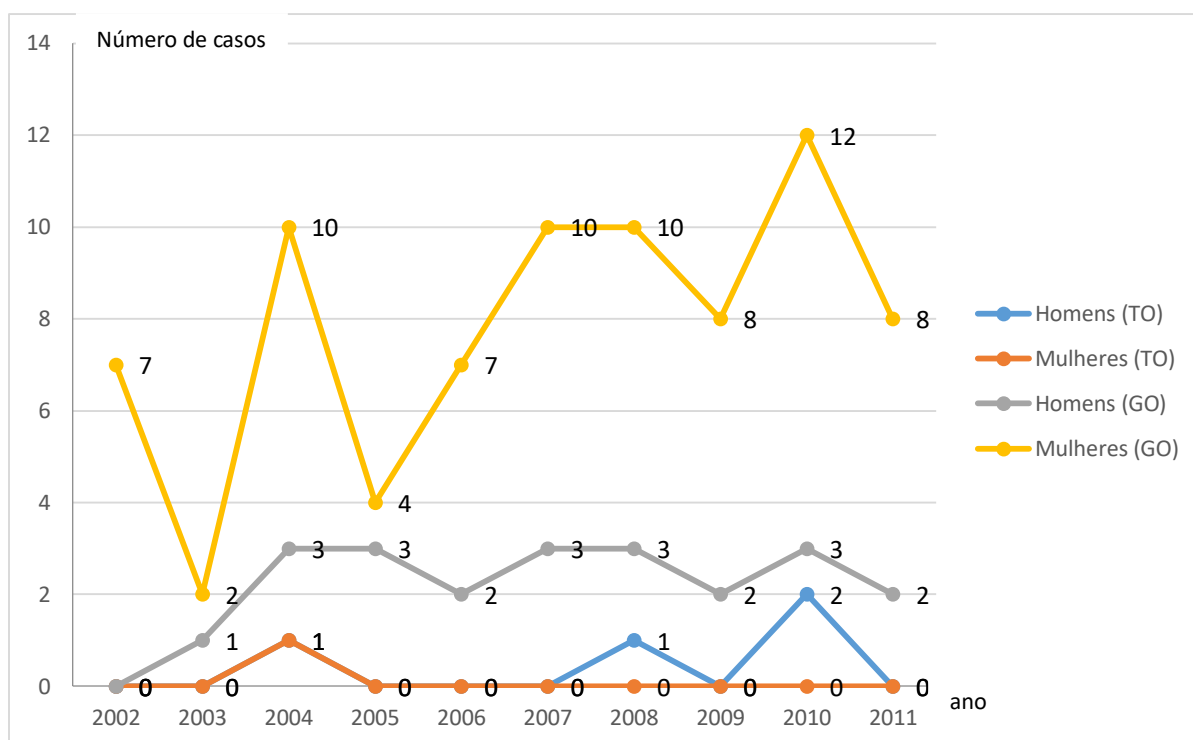


Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) **Nota:** Gráfico elaborado pelos autores.

Gráfico 3- Casos de câncer retal no Tocantins separados entre sexo.



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) **Nota:** Gráfico elaborado pelos autores.

Gráfico 4- Casos de câncer anal no Tocantins e Goiás separados entre sexo.

Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). **Nota:** Gráfico elaborado pelos autores.

No Tocantins, os anos em que mais houve a ocorrência de neoplasia anal foram 2004 e 2010, 2 casos em cada, e em 2008, 1 caso registrado. Em contrapartida, no Goiás houve uma quantidade de registros muito mais significativa, sendo os anos com maior ocorrência: 2010 com 12 casos, 2004, 2007 e 2008 com 10 casos cada e os anos com menor quantidade de notificação foram 2002 e 2005 com 7 casos cada, 2003 com 2 casos, 2006 com 7 e 2009 com 8 casos.

Quanto ao tipo histológico, o mais prevalente foi o adenocarcinoma, chegando a 87% (795) dos casos de câncer retal, dentre outros tipos histológicos notificados (carcinoma, sarcoma estromal gastrointestinal e tumor carcinoide), e o carcinoma, alcançando 79% (83) dos casos de câncer anal. Pormenorizando os dados citados anteriormente, o adenocarcinoma representou 86,53% (45) das neoplasias do reto no Tocantins e 87,8% (750) no Goiás. Já em relação à neoplasia do ânus, o carcinoma constituiu 60% (5) da totalidade no Tocantins e 78% (78) no Goiás durante o período analisado (2002 a 2011), em detrimento dos outros tipos histológicos notificados, como rabdomiossarcoma alveolar, melanoma, leiomiiossarcoma e adenocarcinoma.

Os resultados relacionados à faixa etária revelaram que no Goiás o câncer de reto é mais prevalente em pessoas com mais de 60 anos de idade (54,3% - 464)

e a neoplasia de ânus é mais comum em pessoas com idade superior ou igual a 60 anos (52% - 52). Já no Tocantins, a neoplasia anal em pessoas com menos de 60 anos de idade supera (80% - 4) em relação aos idosos e segue também ao contrário do padrão Goiano em relação à faixa etária do câncer de reto, sendo a maioria em pessoas com menos de 60 anos de idade (57,6% - 30).

4 DISCUSSÃO

Para países em desenvolvimento como o Brasil, ainda é desafiador monitorar os casos de câncer em tempo real e manter as estatísticas atualizadas, devendo levar em conta também as dimensões continentais do país. Para enfrentar este problema a estratégia tem sido fortalecer os bancos de dados (Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalares – RCBP/RHC) que possibilitam o acompanhamento da situação do câncer no Brasil (INCA, 2017).

A dificuldade em manter registros de câncer atualizados relatada acima pode ter influência na grande disparidade de casos de câncer anal registrados na plataforma nos estados de Goiás e Tocantins.

4.1 CÂNCER ANAL

O câncer anal (CA) é uma doença rara, mais comum no sexo feminino, cuja incidência encontra-se em ascensão e representam 2% - 4% dos tumores do cólon, reto e ânus (GLYNNE-JONES et al., 2014). Os dados coletados no presente estudo demonstram que a neoplasia de ânus é mais comum em pessoas do sexo feminino em comparação com o sexo oposto, o que corrobora com os dados da literatura.

De acordo com Lins Neto (2017), a faixa etária mais comum para a ocorrência desse tipo de câncer se estende entre os 60 e 89 anos de idade. Com os dados colhidos no presente estudo, foi possível constatar que os casos Goiás estão de acordo com a faixa etária citada pela literatura, em contrapartida, no Tocantins a faixa etária mais prevalente foi entre 45 e 54 anos de idade.

A etiologia desses tumores é comumente atribuída à cronificação de doenças benignas na região anal, porém também está ligada a infecções virais por Herpes Vírus Humano e HIV, estando atrelada também ao hábito tabagista e a situações de imunodepressão (URONIS; BENDELL, 2007).

Segundo Santos Jr (2007) e Glynne-Jones et al. (2014), baseado na histologia celular, as lesões cancerígenas podem ser epitelióides ou epidermóides. As lesões que aparecem distais à linha pectínea são carcinomas de células

escamosas, também denominadas de epidermóides; as que estão logo acima da linha denteada são carcinomas de células escamosas chamadas de epitelióides. Dentre estes, o carcinoma mais comum é o epidermóide, responsável pela maioria das lesões malignas dessa região. Em ambas unidades federativas analisadas, o tipo histológico mais prevalente do câncer anal está de acordo com a literatura.

O diagnóstico de câncer anal é realizado através do exame histopatológico da biópsia da lesão. Após ser diagnosticado, é de suma importância realizar o estadiamento do tumor. O sistema de estadiamento clínico do tumor-nodometástase (TNM) é baseado em avaliação precisa do tamanho (estágio T), envolvimento ganglionar regional (N) e disseminação metastática (M), que permite a escolha do melhor método terapêutico (GLYNNE-JONES et al., 2014).

4.2 CÂNCER RETAL

A nível mundial, o câncer de reto apresenta grande importância epidemiológica, visto que é a terceira neoplasia, juntamente com a neoplasia de cólon, no ranking das mais diagnosticadas. Observa-se que dentre as variáveis de sexo e localização geográfica existe um padrão que demonstra uma maior incidência em homens e taxas mais elevadas em países desenvolvidos em detrimento dos menos desenvolvidos (INCA, 2017).

Em divergência do que estabelece o padrão a nível mundial, a análise da variável de sexo no Tocantins e no Goiás revelam um maior número de casos de câncer de reto acometendo mulheres em ambos os estados. No Tocantins, os casos em homens superaram os do sexo oposto apenas no ano de 2007. Já no Goiás, o mesmo aconteceu apenas nos anos de 2004, 2006, 2008 e 2011.

Hábitos alimentares e herança genética estão entre os vários fatores etiológicos do câncer retal (CR). As lesões pré-malignas relacionadas aos pólipos adenomatosos, principalmente os vilosos, e as lesões planas não-polipoides são as principais precursoras do CR (ARAÚJO; SEID, 2013). O tipo histológico mais comum das lesões tumorais do reto são os adenocarcinomas, originados de células glandulares epiteliais secretoras que evoluem de uma displasia grave para um carcinoma invasivo. Após a transformação maligna inicial, os adenocarcinomas crescem e são capazes de invadir a parede do reto e outros órgãos como útero, ovário, próstata ou dispersar suas células tumorais para linfonodos regionais e órgãos mais distantes (PEREIRA et al., 2014; ARAÚJO; SEID, 2013).

A amostra analisada encontra-se de acordo com as literaturas que fundamentam este estudo no que diz respeito ao tipo histológico mais prevalente nas lesões tumorais de reto, como pode ser observado no gráfico 4, construído baseado nos dados epidemiológicos de câncer retal no Tocantins.

Apesar de a maioria dos cânceres retais, principalmente os localizados no reto médio e inferior, serem facilmente diagnosticáveis pelo toque digital, a maioria destes não produz sintomas antes de se tornarem moderadamente avançados (SANTOS JR, 2007; ARAÚJO; SEID, 2013).

Os fatores que contribuem para suspeita diagnóstica incluem idade superior aos 50 anos, história pessoal ou familiar de pólipos colorretais e câncer, história de doença inflamatória intestinal e ausência de doenças proctológicas que justifiquem os sintomas (GAERTNER et al., 2015). Segundo Léon et al. (2017), esse tipo de câncer é mais prevalente em indivíduos com mais de 60 anos. Tendo mostrado o levantamento de dados que, tanto no Tocantins como no Goiás, a maior prevalência de casos de câncer de reto é acima dos 60 anos de idade, a amostra analisada está de acordo com a literatura, neste aspecto.

Pacientes com queixas proctológicas e que possuem os fatores de risco para câncer anorretal devem ser submetidos a exame proctológico completo e colonoscopia. O toque retal (TR) é o exame mais importante na avaliação dessas patologias no âmbito da atenção primária e nos dá informações importantes acerca das lesões que acometem o canal anal e reto baixo. Pode-se detectar massas suspeitas em reto baixo, canal anal, além de fornecer parâmetros como a condição dos esfíncteres anais, localização e fixação do tumor, e seu envolvimento em relação à circunferência do órgão (GAERTNER et al., 2015).

O estadiamento da doença é definido como o principal fator prognóstico para pacientes com câncer retal, dentre outros fatores utilizados para avaliação. O sistema TNM é o mais utilizado nesse processo e tem como parâmetro a profundidade da invasão local, extensão do linfonodo regional e presença da doença em locais distantes (GAERTNER et al., 2015).

5 CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível levantar informações sobre os fatores epidemiológicos do câncer de ânus e reto nos estados do Tocantins e Goiás, e ter conhecimento sobre a situação dos dados epidemiológicos em uma das principais

plataformas utilizadas no Brasil, mais especificamente relacionado aos estados de Goiás e Tocantins.

Autores aqui estudados revelam que para um diagnóstico eficiente e oportuno é muito importante que o profissional esteja ciente da necessidade de uma boa anamnese e exame físico completo mesmo que a suspeita seja de doença benigna. Deve-se realizar principalmente o exame proctológico, com destaque para o toque retal, que possibilita instantaneamente a suspeita diagnóstica, e caso esta se concretize através da colonoscopia e biopsia, o diagnóstico precoce influenciará positivamente no curso da doença daquele paciente.

Este estudo revelou que apesar de esforços estarem sendo feitos para compor a epidemiologia das doenças cancerígenas no Brasil, ainda há um longo caminho a ser percorrido no que se refere a atualização de dados e, visto que a plataforma neste estudo analisada apenas continha dados até o ano de 2013.

Além disso, é impossível não levantar a hipótese de subnotificação diante da pouca quantidade de casos de câncer de ânus e reto notificados entre os dois estados analisados e da epidemiologia que vai de encontro ao padrão mundial, no que se refere à faixa etária nos dois tipos de câncer do Tocantins e na variável de sexo na neoplasia de reto em ambos os estados.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, S.E.A.; SEID, V.E. Câncer do reto. Colorretal.com.br. [S.l.], 2013. Disponível em: <http://www.colorretal.com.br/tratamento/cancer-do-reto/>. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

BARBOSA, F.S.; OLIVEIRA, J.C.; TESSER, C.D. Evidências sobre tratamentos clínicos conservadores para doença hemorroidária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 9, n. 31, p.149-58, [S.l.], 2014.

CANESSA, C.E. Examen proctológico y tacto rectal en el diagnóstico clínico de síntomas anorrectales. **Revista Médica del Uruguay**. v. 27, p. 2, [S.l.], 2011.

CHAVES, E.B.M. et al.. A citologia na prevenção do câncer anal. **Rev FEMINA**. v. 39, n. 11, [S.l.], 2011.

Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

DUARTE, B.F. et al.. Diagnóstico do câncer anal na coinfeção pelo papiloma vírus humano (HPV) e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Rev Inst Adolfo Lutz**. São Paulo, 2016.

FARGO, M. V.; LATIMER, K. M. Evaluation and Management of Common Anorectal Conditions. **American Family Physician**, v.85, p. 624-630, [S.I.], 2012.

GAERTNER, W.B.; KWAAN, M.R.; MADOFF, R.D.; MELTON G.B. Rectal cancer: An evidence-based update for primary care providers. **World J Gastroenterol**; v. 21(25): p. 7659-7671, [S.I.], 2015.

GUERINI, B.S. **Prevalência de adenoma em colonoscopia para rastreamento do câncer colorretal**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Comissão de Residência Médica de Coloproctologia. Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2013.

GLYNNE-JONES, R. et al.. Anal cancer: ESMO–ESSO–ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Radiotherapy and Oncology** v.111 p. 330–339, [S.I.], 2014.

MALHEIROS, A.P.R.; TEIXEIRA, M.G.; HABR-GAMA, A.; ALCÂNTARA, P.S.M. Resultados do tratamento cirúrgico do câncer colo-retal em doentes de idade até 64 anos e de 65 anos ou mais. **Rev bras Coloproct**, v.25(2): p.128-136, [S.I.], 2005.

LÉON, A.C. et al. Aspectos Epidemiológicos e Clínicos do Câncer Colorretal. **RESU –Revista Educação em Saúde**: V5, suplemento 2,2017.

LINS NETO, M.A. Melanoma Anorretal - Relato de Caso; **GEP NEWS**, Maceió, v.1, n.1, p.41-46, jan./mar 2017.

PEREIRA, L. P. et al.. Adenocarcinoma de colón direito em paciente jovem: relato de caso. p. 21. In: **Anais do I Congresso Norte e Nordeste da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica**, [S.I.], 2014.

SANTOS JR, J.C.M. Câncer Ano-Retal-Cólico - Aspectos Atuais: I – Câncer Anal. **Rev bras Coloproct**. v.27, n.2, p. 219-223, [S.I.], 2007.

URONIS, H.E.; BENDELL, J.C. Anal Cancer: AnOverview. **TheOncologist**. v. 12, p.524–534, 2007.