Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil clínico-epidemiológico dos casos de câncer colorretal em uma unidade de combate ao câncer em Anápolis-Goiás

Clinical-epidemiological - profile of colorectal cancer at the cancer unit in Anápolis-Goias

Perfil clínico-epidemiológico del cáncer colorrectal en la unidad oncológica de Anápolis-Goiás

Layanna Nayra dos Santos[1], Amanda Rezende de Medeiros[1], Murillo Santos da Cruz Vieira[1], Nathália Carolinne Rabêlo de Souza[1], Daniella Xavier de Souza Cerqueira Caçapava[1], Iago Gouveia de Melo[1], Constanza Thaise Xavier Silva[1].

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre julho de 2018 a julho de 2021 em uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - GO. **Métodos:** Estudo quantitativo, retrospectivo, com dados clínico-epidemiológicos dos pacientes diagnosticados na Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis-GO. Para análise estatística, utilizou-se o teste qui-quadrado com p<0,05. **Resultados:** Selecionou-se 231 pacientes com câncer colorretal, com maioria de indivíduos do sexo feminino (50,2%), na faixa etária de 61anos ou mais (55,0%), aposentados (32,5%) e não moradores do município de Anápolis -GO (53,2%), com desenvolvimento de tumor primário (52,8%), com o tipo de neoplasia adenocarcinoma (73,6%) na localização retossigmoide (36,8%), sendo os principais locais metastáticos o fígado (42,0%) e o pulmão (33,0%), onde a maioria dos adenocarcinomas e carcinoma se localizaram na região do retossigmoide, evidenciando uma diferença significativa (*p*=0,001). **Conclusão:** O perfil epidemiológico da neoplasia colorretal ocorreu em pacientes do sexo feminino, com idade maior de 60 anos, aposentadas, sendo que no perfil clínico evidenciou a predominância de neoplasias de origem primária, no retossigmóide, do tipo adenocarcinoma e com metástase pela via hematogênica.

Palavras-chave: Neoplasias colorretais, Perfil de saúde, Sinais e sintomas, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical-epidemiological profile of patients diagnosed with colorectal cancer between July 2018 and July 2021 at a Cancer Treatment Unit in Anápolis, Goiás. **Methods:** Quantitative, retrospective study with clinical and epidemiological data from patients diagnosed at the Cancer Treatment in Anápolis, Goiás. For statistical analysis, the chi-square test was used with p<0.05. **Results:** A total of 231 patients with colorectal cancer were selected, with a majority of females (50.2%), aged 61 years or older (55.0%), retired (32.5%), and non-residents of the municipality of Anápolis -GO (53.2%), with primary tumor development (52.8%), with the type of neoplasm adenocarcinoma (73.6%) in the rectosigmoid location (36.8%), with the main metastatic sites being the liver (42.0%) and lung (33.0%), where most adenocarcinomas and carcinomas were located in the rectosigmoid region, showing a significant difference (p=0.001). **Conclusion:** The epidemiological profile of colorectal neoplasia occurred in female patients over 60 years of age, retired, and the clinical profile showed a predominance of neoplasms of primary origin in the rectosigmoid, of the adenocarcinoma type and with hematogenous metastasis.

Keywords: Colorectal neoplasms, Health profile, Signs and symptoms, Epidemiology.

[1] Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Anapólis – GO.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal entre julio de 2018 y julio de 2021 en una Unidad de Lucha contra el Cáncer en Anápolis (GO). **Métodos:** Estudio cuantitativo retrospectivo con datos clínico-epidemiológicos de pacientes diagnosticados en la Unidad de Lucha contra el Cáncer en Anápolis, Goiás. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado con $p < 0,05$. **Resultados:** Se seleccionaron 231 pacientes con cáncer colorrectal, en su mayoría mujeres (50,2 %), con una edad de 61 años o más (55,0 %), jubilados (32,5 %) y no residentes en el municipio de Anápolis -GO (53,2 %), con desarrollo de tumor primario (52,8 %), con el tipo de neoplasia adenocarcinoma (73,6 %) en la localización rectosigmoidea (36,8 %), siendo los principales sitios metastásicos el hígado (42,0 %) y el pulmón (33,0 %), donde la mayoría de los adenocarcinomas y carcinomas se localizaron en la región rectosigmoidea, lo que evidencia una diferencia significativa ($p = 0,001$). **Conclusión:** El perfil epidemiológico de la neoplasia colorrectal se dio en pacientes de sexo femenino, mayores de 60 años, jubiladas, y el perfil clínico evidenció el predominio de neoplasias de origen primario, en el rectosigmoide, del tipo adenocarcinoma y con metástasis por vía hematógena.

Palabras clave: Neoplasias colorrectales, Perfil de salud, Signos y síntomas, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma doença que acomete regiões do intestino grosso como os cólons, o reto e o ânus e que apresenta origem polipomatosa, pode ocorrer de fatores genéticos ou questões associadas aos hábitos de vida, como consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, tabagismo e falta de exercícios. Quanto aos aspectos clínicos, os sinais e sintomas são silenciosos, os quais dependem da região acometida variando entre cólicas abdominais até hematoquezia (MARLEY AR; NAN H, 2016; SANTOS YF, et al., 2021).

O CCR é a terceira neoplasia mais prevalente no mundo, com um risco estimado de 26,6/100 mil casos para homens e 21,8/100 mil para mulheres. Já no Brasil, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CCR é o terceiro mais frequente em homens com incidência de 28,62/100 mil, e o segundo em mulheres na região Centro-Oeste com 16,92/100 mil, em Goiás as estimativas de número de casos para 2020 SÃO as mesmas para os dois sexos. Já em relação à mortalidade de modo geral, no Brasil, as mulheres possuem maiores números em óbito do que os homens, sendo que a incidência de CCR aumenta significativamente após a 5ª década de vida e continua aumentando com o avançar da idade (BRASIL, 2023).

A história natural do CCR propicia condições ótimas para a detecção precoce do tumor, por se desenvolver, muitas vezes, a partir de lesões que evoluem por um médio prazo, chegando a um estágio pré-clínico. Isso possibilita tanto a implementação de programas de rastreamento, quanto a detecção e tratamento das lesões em fases iniciais. O prognóstico e as chances de cura são ótimos para os casos diagnosticados em estágios iniciais, e para o câncer metastático, em estágios mais avançados, são mínimas (SCANDIUZZI MCP, CAMARGO EB, ELIAS FTS, 2019).

A origem do CCR envolve tanto fatores genéticos, como a predisposição hereditária, quanto fatores comportamentais ligados ao estilo de vida. A forma esporádica — responsável pela maior parte dos casos — surge da acumulação de variantes patogênicas ao longo da vida, muitas vezes influenciada por fatores de risco como obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo e uma dieta rica em alimentos processados e carnes vermelhas (CARVALHO TC, et al., 2021; MELLO MR, et a., 2020). Por outro lado, a prática regular de atividade física e a manutenção de um peso corporal adequado atuam como importantes fatores de proteção (PACHECO-PÉREZ LA, et al., 2019).

Em 2018, a Sociedade Americana do Câncer, publicou novas diretrizes recomendando que o rastreamento do CCR seja iniciado aos 45 anos em pacientes assintomáticos e sem fatores de risco específicos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018). Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere o rastreamento sistemático de pessoas com mais de 50 anos em países que disponham de condições para assegurar todas as etapas do cuidado ao paciente com a doença. Ressalta-se, contudo, que a estratégia de detecção precoce deve ser implementada em sua totalidade, incluindo: ampla divulgação dos sinais de alerta

para a população e profissionais de saúde; acesso imediato aos procedimentos diagnósticos para casos suspeitos, o que requer a expansão dos serviços de endoscopia digestiva e demais exames complementares; além da garantia de tratamento adequado e oportuno (BRASIL, 2023).

O diagnóstico do CCR, quando realizado tardiamente, aumenta as chances de uma abordagem terapêutica mais agressiva, eleva as taxas de mortalidade e influencia negativamente na expectativa de vida (SCANDIUZZI MCP, et al., 2019). Sendo assim, a mudança de hábitos de vida e o acesso à colonoscopia podem ser fatores que auxiliam na prevenção desse tipo de câncer, tendo em vista sua evolução crônica a partir de lesões com aspectos morfológicos (SANTOS YF, et al., 2021).

O tratamento do CCR é baseado no estadiamento clínico da neoplasia e tem-se como opções quimioterapia, radioterapia e ressecção cirúrgica, sendo esse último o tratamento padrão. A utilização da radioterapia é frequentemente contraindicada após o tratamento padrão. Já a associação entre quimioterapia de início precoce e cirurgia aumenta a sobrevida do pacientes (BRASIL, 2014). Somado a isso, o diagnóstico precoce e o tratamento dos pólipos precursores ou da neoplasia em fase inicial acarretam redução da prevalência e mortalidade da doença (BRAY F, et al., 2018; LOPES JC, et al., 2022).

Identificar o perfil epidemiológico é essencial para conhecer melhor quais são as características da população diagnosticada, para identificar prevalência, incidência, índice de mortalidade, modalidades terapêuticas, entre outros aspectos que auxiliem no rastreamento, no diagnóstico precoce e no tratamento. Nesse aspecto epidemiológico, traçar o perfil de determinada doença em uma região específica contribui muito para o direcionamento dos serviços de saúde, principalmente os especializados na área da doença (OLIVEIRA MM, et al., 2018). Faz necessário traçar o perfil epidemiológico e clínico da CCR na cidade de Anápolis - Goiás para que auxilie nos programas de rastreamento e diagnóstico precoce da doença gerando benefícios no direcionamento dos recursos orçamentários para o município e redução de gastos do serviço de saúde de tratamentos prolongados.

A fim de se obter mais informações sobre o direcionamento das políticas públicas para o rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer colorretal o presente estudo, teve por objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre julho de 2018 a julho/2021 atendidos em uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - Goiás.

MÉTODOS

Estudo observacional, do tipo transversal, elaborado por meio da análise de prontuários do serviço de oncologia colorretal da Unidade de Combate ao Câncer (Unicca) em um hospital particular do estado de Goiás entre os anos de 2018 a 2021. A Unicca foi inaugurada no ano de 2018, sendo um estabelecimento que recebe pacientes da macrorregião do Centro-Norte do país, que é composta por 60 municípios. Os municípios atendidos pela Unicca que compõem a macrorregião Centro-Norte goiano são: Anápolis, Teresópolis, Rubiataba, Uruaçu, Niquelândia, Minaçu, Ceres, Itapaci, Pirenópolis, Jaraguá, Nova América, Formoso, Porangatu , Nova Glória, São Patrício, Cocalzinho, Inhumas, Assunção de Goiás, Abadiânia, Santa Terezinha, Goianésia, Campo Limpo, Corumbá de Goiás, Silvânia, Alexânia, Gameleira de Goiás, Alto Horizonte, Rialma, Mutunópolis, Barro Alto, Trombas, Crixás, Santa Rita, Itacaja, São Francisco de Goiás, Uruana, São Miguel do Araguaia, Guarinas, Itaguaru, Mara Rosa, Goianápolis, Rianápolis e Nova Glória, sendo uma unidade referência na cidade de Anápolis - GO. Essa unidade é de grande importância para a comunidade goiana, funcionando como um serviço de referência que oferece tratamento oncológico completo e acessível, inclusive para pacientes do sistema único de saúde (SUS).

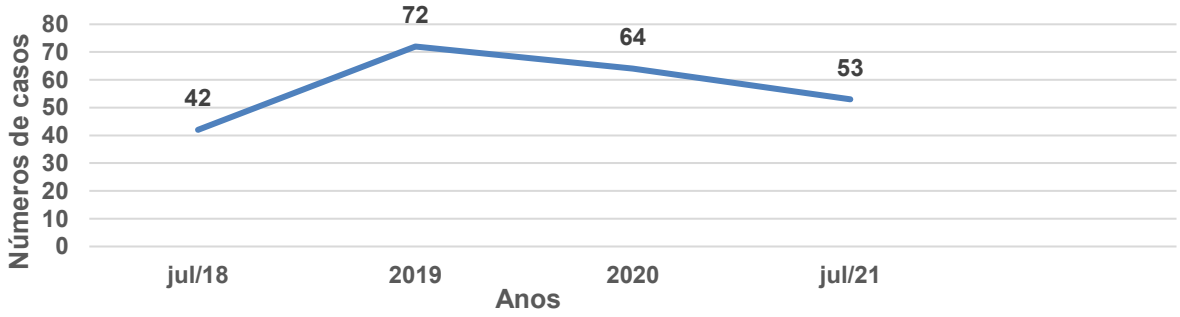
A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2023. As variáveis sociodemográficas analisadas foram: sexo, faixa etária, município de residência e profissão. Já as variáveis clínico-epidemiológicas foram: peso, altura, queixa principal, origem da neoplasia, histórico familiar, tempo de início do tratamento após o diagnóstico, tipo histológico da neoplasia, localização tumoral e locais de metástase. Os critérios de inclusão do estudo estabelecidos para os pacientes foram: ter diagnóstico de CCR confirmado entre julho de 2018 até julho de 2021. Foram excluídos os casos de pacientes que não deram continuidade ao tratamento na Unicca e prontuários cujo os pacientes vieram á óbito. Os dados foram transcritos para

planilha no Programa MS Excel Office 365. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste do Qui-quadrado ou quando necessário a correção de *likelihood-ratio* sendo que a análise foi adotada como critério de significância p≤0,05. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UniEVANGÉLICA, com número do CAAE 58301022.3.0000.5076, número do parecer: 5.585.655 de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a fim de respeitar a dignidade e privacidade do participante de pesquisa.

RESULTADOS

Foram selecionados 231 casos de CCR do serviço de oncologia da Unicca, no período de julho/2018 a julho/2021.

Figura 1 – Número de casos de câncer colorretal.



Fonte: Santos LN, et al., 2026.

A população do estudo foi constituída, de indivíduos do sexo feminino (50,2%), na faixa etária de 61 anos ou mais (55,0%), aposentados (32,5%) e não moradores do município de Anápolis -GO, (53,2%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos casos de câncer colorretal atendidos na Unicca, entre os anos de 2018 e 2021 (n=231).

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	116 (50,2)
Masculino	115 (49,8)
Faixa etária	
21 – 30 anos	1 (0,4)
31 – 40 anos	6 (2,6)
41 – 50 anos	37 (16,0)
51 – 60 anos	60 (26,0)
61 ou mais anos	127 (55,0)
Profissão	
Assalariado	36 (15,6)
Autônomo	64 (27,7)
Desempregado	2 (0,9)
Aposentado	75 (32,5)
Do lar	44 (19,0)
Não informado	10 (4,3)
Município de Residência	
Anápolis – GO	101 (43,7)
Outras cidades da Macrorregião Centro-Norte Goiano	123 (53,2)
Cidades fora da Macrorregião Centro-Norte Goiano	7 (3,0)

Fonte: Santos LN, et al., 2026.

Quanto às características clínicas avaliadas, a principal queixa foi à dor abdominal (19,5%), mas vale ressaltar que a metade dos prontuários não tinham essa informação (53,2%), o mesmo aconteceu quando avaliado o IMC, onde a maioria não apresentava essa informação (60,6%) em relação a origem tumoral a maioria do tumor era primário (52,8%) com a neoplasia do tipo adenocarcinoma (73,6%) com localização retossigmoide na maioria dos casos (36,8%) (**Tabela 2**).

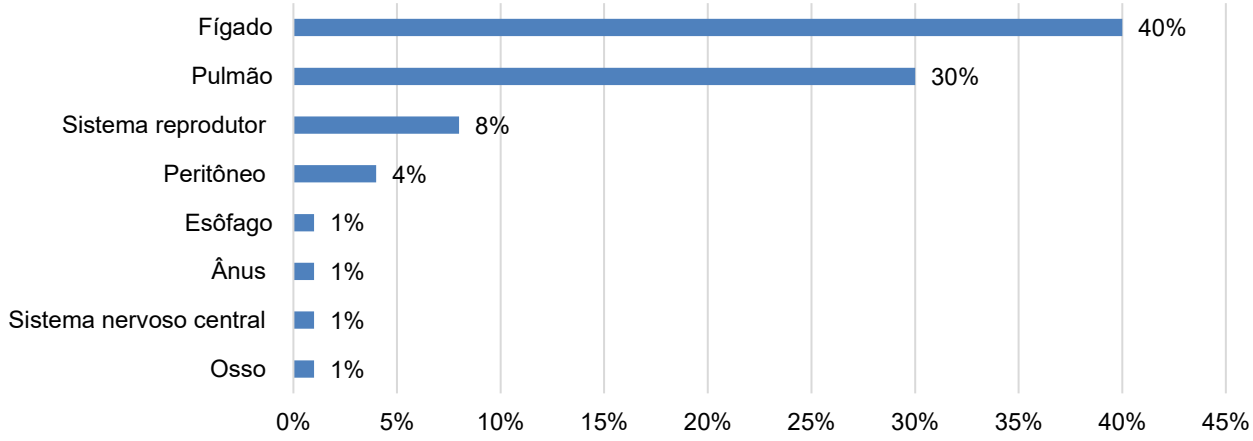
Tabela 2 - Distribuição dos casos de acordo com as características clínicas dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021 (n=231).

Variáveis	n (%)
Queixa principal	
Dor abdominal	45 (19,5)
Sangue nas fezes	23 (10,0)
Outros sintomas inespecíficos	21 (9,1)
Dor abdominal e outros sintomas gastrointestinais*	9 (3,9)
Sangue nas fezes e outros sintomas gastrointestinais*	4 (1,7)
Seguimento de tratamento	6 (2,6)
Não informado	123 (53,2)
Índice de Massa Corporal - IMC	
Baixo Peso	19 (8,2)
Eutrófico	41 (17,8)
Sobrepeso	25 (10,8)
Obesidade	6 (2,6)
Não informado	140 (60,6)
Origem tumoral	
Primário	122 (52,8)
Secundário	7 (3,0)
Não informado	102 (44,2)
Tipo Neoplasia	
Adenocarcinoma	170 (73,6)
Adenoma	18 (7,8)
Carcinoma	4 (1,7)
Carcinoma escamoso celular	10 (4,3)
Granuloma	1 (0,4)
Não informado	28 (12,1)
Localização tumoral	
Colón proximal	46 (19,9)
Cólon distal	67 (29,0)
Retossigmoide	85 (36,8)
Não informado	33 (14,3)

* Outros sintomas: diarreia, vômito, constipação, perda de peso e distensão abdominal. **Fonte:** Santos LN, et al., 2026.

Os locais metastáticos mais acometidos foram o fígado (42,0%) e o pulmão (33,0%). É importante ressaltar que os sítios de metástases, em alguns indivíduos, se repetiram 2 ou 3 vezes em diferentes localizações, como fígado e pulmão, sistema nervoso e pulmão, peritônio e fígado. Em relação aos locais de metástase, apenas 71 prontuários possuíam essa informação (30,7%).

Figura 1 - Distribuição dos principais sítios de metástases à distância entre os pacientes com câncer colorretal



Fonte: Santos LN, et al., 2026.

Foi comparado a localização tumoral com o tipo de neoplasia, onde a maioria dos adenocarcinomas e carcinoma se localizaram na região do retossigmoide, evidenciando uma diferença significativa (p=0,001).

Tabela 3 - Correlação entre a localização anatômica e o tipo de neoplasia dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021.

Localização anatômica	Tipo de neoplasia					*p**
	Adeno carcinoma n (%)	Carcinoma n (%)	Carcinoma Escamoso Celular n (%)	Granuloma n (%)	Não informado n (%)	
Cólon ascendente	29 (15,4)	-	-	-	1 (3,5)	
Cólon transverso e descendente	35 (18,6)	-	1(10,0)	1 (100)	1 (3,5)	<0,001
Retossigmoide	114 (60,6)	4 (100)	9 (90,0)	-	3 (10,7)	
Não informado	10 (5,4)	-	-	-	23 (82,1)	

*Teste de Qui-quadrado. **Fonte:** Santos LN, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A análise do perfil epidemiológico dos pacientes com CCR na unidade oncológica foi mais prevalente nas mulheres, com faixa etária de 61anos ou mais, aposentados e não moradores do município de Anápolis -GO, com desenvolvimento de tumor primário, com o tipo de neoplasia adenocarcinoma na localização retossigmoide, sendo os principais locais metastáticos o fígado e o pulmão.

O padrão temporal dos números de casos de CCR obteve uma constância entre os anos com um discreto aumento no ano de 2019 e queda em 2021, fato esse justificado pelo isolamento da pandemia do coronavírus, no qual esse período pandêmico interrompeu vários níveis de atenção na prevenção de várias doenças evitáveis, incluindo o CCR. Dado o receio da transmissão do vírus em ambientes hospitalares, muitos procedimentos eletivos, como colonoscopias, foram descontinuados até novos e seguros protocolos. Como resultado, a maioria dos serviços médicos em vários países utilizou testes imunoquímicos fecais para continuar fornecendo rastreamento do CCR para evitar que os pacientes frequentassem hospitais e fossem potencialmente expostos ao vírus (KOPEL J, et al., 2022).

Estudos evidencia que a interrupção imediata das modalidades de rastreamento e diagnóstico de CCR como resposta à pandemia refletiu na diminuição drástica do diagnóstico dos novos casos de CCR (BYRNE H, et al., 2021; BAXTER et al., 2022).

Em relação ao sexo, no presente estudo teve uma discreta prevalência do sexo feminino, sendo que esse predomínio ligeiro do sexo feminino também vem sendo retratado em outros estudos em diferentes regiões brasileiras (FEY A, et al., 2010; LIMA AHS, NUNES PP, SANTOS JA, 2021). Contudo, outro estudo no município de São Paulo - Brasil demonstrou uma modesta predominância do sexo masculino (53,5%) (VALLE TD, et al., 2017), evidenciando que o sexo pode não está diretamente relacionado no desenvolvimento do CCR.

No que se refere à faixa etária, a maioria dos pacientes apresenta mais de 60 anos, seguido por pacientes entre 41-50 anos, evidenciando que conforme a faixa etária aumenta, aumenta também o risco de desenvolver o CCR (CARVALHO RAO, 2014; LIMA AHS; NUNES PP; SANTOS JA, 2021).

Em relação ao município de residência, destaca-se que a maior parte dos pacientes atendidos na Unicca não são residentes de Anápolis, mas residem em municípios da macrorregião Centro-Norte, dado ao estabelecimento de Anápolis como município de referência para tal macrorregião. O estabelecimento do serviço de referência em oncologia em Anápolis baseia-se nas diretrizes e os critérios para regionalização e o Planejamento Regional Integrado no SUS, visando à organização da Rede de Atenção à Saúde, e orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio para essa área (SCANDIUZZI MCP; CAMARGO EB; ELIAS FTS, 2019).

No que concerne à queixa principal, dentre os informados, a dor abdominal foi a mais prevalente, seguida de sangue nas fezes. Como demonstrado neste estudo, queixas isoladas e gerais (dor abdominal e sangue nas fezes) são mais frequentes, o que dificulta um diagnóstico mais rápido, pois possibilitam vários raciocínios clínicos. Um fator importante para associar os sintomas são os fatores epidemiológicos, a exemplo, a perda de peso como sintoma mais prevalente em pacientes com mais de 60 anos, contudo, em pacientes mais jovens a queixa de dor é a mais frequente (GOSSELIN TK, et al., 2016; FREITAS BA, et al., 2020), vale a

pena ressaltar que a maior parte dos dados analisadas (53,2%) no presente estudo, a queixa principal não havia sido informada no prontuário.

Em relação ao IMC, diversos estudos evidencia um maior acometimento por lesões pré-neoplásicas em pacientes eutróficos e com sobrepeso, enquanto em pacientes obesos há uma maior prevalência de neoplasias malignas (JOCHEM C; LEITZMANN M, 2016; KWON JH, et al., 2017; FREITAS BA, et al. 2020). Apesar de ter sido uma informação sem dados nos prontuários no estudo em questão, a obesidade é um fator de risco e a perda rápida de peso pode ser um sintoma relevante na clínica dos pacientes com diagnóstico de CCR (FERNANDES SM, et al., 2020). O risco de CCR em homens obesos é 25% maior do que em homens eutróficos, enquanto há um aumento de apenas 10% em mulheres obesas, sem o aumento no risco de câncer retal (KEUM NN; GIOVANNUCCI E, 2019). O hábito de fumar também tem sido relatada como um maior risco de câncer de cólon proximal e retal, enquanto o sedentarismo correlaciona-se com o risco de câncer de cólon proximal e distal (MURPHY N, et al., 2019).

No que diz respeito, a localização do CCR nota-se uma maior prevalência no presente estudo da localização retossigmoide e do cólon distal, sendo que estudo europeu evidencia uma maior proporção de tumores colorretais localizados em cólon proximal, com o avanço da idade (MURPHY N, et al., 2019).

Com relação à histopatologia, nota-se que uma concordância com outros estudos com o tipo adenocarcinoma (FEY A, et al., 2010; LIMA AHS, et al., 2021) É perceptível que o número de casos de adenocarcinoma CCR tem apresentado uma tendência de aumento ao longo dos anos, como observado em algumas instituições hospitalares, sendo correlacionado com a presença de fatores de risco modificáveis, como o etilismo e, principalmente, com o sedentarismo - que, inclusive, está associado a uma maior taxa de mortalidade (CARVALHO RAO, 2014; RIBEIRO LCH, 2023).

No presente estudo, a maioria dos pacientes possuíam metástases pela via hematogênica com maior prevalência de acometimento do fígado e do pulmão. Em concordância, no momento do diagnóstico do CCR, 25% apresentam metástase e que o fígado representa 80% dos casos de acometimento metastático e que metade dos pacientes com CCR desenvolveram metástases hepáticas, com posterior acometimento pulmonar (YILDIZ O, et al., 2021). O CCR metastatiza comumente para fígado, pulmão e sistema nervosa central (MURPHY N, et al., 2019). A metástase ovariana também foi encontrada, porém é um local incomum de metástase para tal neoplasia. O tumor ovariano que tem origem metastática de uma neoplasia do trato gastrointestinal é denominado tumor de Krukenberg, dos quais 12,5% e 49% desses tumores são originários de adenocarcinomas de cólon e reto (FREITAS BA, et al., 2020). Além disso, a sobrevida em 5 anos é de menos de 10% nos casos da doença metastática (ABDALLAH EA, 2019).

Dentre os pacientes com metástases por via hematogênica, o predomínio foi de pacientes com mais de 61 anos, o que demonstra que a maior parte dos pacientes tiveram metástases à distância. Com isso, somado ao principal tipo de câncer que foi encontrado nessa faixa etária foi o adenocarcinoma, essas células epiteliais da mucosa colorretal produzem glândulas anormais que infiltram na submucosa, camada muscular e nos tecidos circundantes, e ao chegar na submucosa podem ganhar a corrente sanguínea e desenvolver metástases à distância (ABDALLAH EA, 2019).

Como limitações inerentes ao estudo, destacam-se dificuldades decorrentes do uso de dados secundários, delineamento transversal – inviabilidade de estabelecer relação causal, viés de memória, incompletude dos dados causados por falta de sensibilização ou treinamento profissional adequado – além do distanciamento do pesquisador dos participantes do estudo. Foi verificado uma proporção de incompletude das variáveis como: queixa principal, IMC e origem tumoral. Ressalta-se que a presença de registros incompletos, recorrente em estudos desse tipo, não invalida os achados, porém recomenda maior cautela em sua interpretação. Outra limitação do estudo é o fato do mesmo ter sido realizada em âmbito regional.

O presente estudo, encontrou também desafios na extração dos dados dos prontuários físicos, devido a caligrafia médica, trazendo dificuldade para entendimento dos pesquisadores, e cabe ressaltar que a variável óbito não foi possível avaliar, uma vez que no prontuário no qual o indivíduo foi á óbito são transferidos da unidade para outro local, não sendo possível correlacionar essa variável com fatores prognósticos.

Portanto, faz-se necessário a implantação de prontuários eletrônicos com campos de preenchimento obrigatórios, a fim de reduzir a negligência de dados importantes na clínica do paciente e facilitar a compreensão das informações por outros profissionais. Diante de tais desafios utilizou-se como estratégia para manter a qualidade do estudo a fundamentação em estudos semelhantes e cálculos estatísticos.

Os dados obtidos podem ainda ser representativos de outras regiões com populações que compartilhem características demográficas, socioeconômicas e estruturais semelhantes, sobretudo em municípios de porte similar. Assim sendo, este estudo poderá servir como referência comparativa para investigações em outras partes do país, contribuindo para análises mais amplas e aprofundadas sobre a temática.

CONCLUSÃO

Portanto, considerando o período analisado, tem-se que o perfil epidemiológico do CCR são pacientes do sexo feminino, com idade maior de 60 anos, aposentadas e residentes de cidades da macrorregião centro-norte, exceto Anápolis. Quanto ao perfil clínico, a maior predominância foram pacientes com tumor no retossigmoide, do tipo histológico adenocarcinoma, com metástase no fígado, cuja principal queixa foi de dor abdominal e sangue nas fezes, os quais foram diagnosticados e tratados em menos de 6 meses. Ressalta-se, também, que a falta do preenchimento de algumas informações nos prontuários (queixa principal, IMC e origem tumoral) implica diretamente no desenvolvimento de pesquisas na área, dessa maneira, há necessidade da qualificação adequada dos profissionais de saúde através da educação continuada para o preenchimento em completude dos prontuários.

REFERÊNCIAS

1. ABDALLAH EA. Identificação de células tumorais circulantes e outros componentes sanguíneos em pacientes com câncer de cólon localizado. [Doutorado] São Paulo. Fundação Antônio Prudente; 2019. Disponível em: http://accamargo.phlnet.com.br/Doutorado/2019/EAAbdallah/EAAbdallah.pdf
2. AMERICAN CANCER SOCIETY - Colorectal cancer screening for average risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society, CA Cancer J Clin 2018.
3. BAXTER NN. et al. Nimble Approach: Fast, adapting, calculating and ethically mindful approach to managing colorectal cancer screening programmes during a pandemic. BMJ Open Gastroenterology, 2022; 9(1): 1–10.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Estimativa | 2023 Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio De Janeiro: Inca; 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria No 958: Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia - Carcinoma Colorretal [Internet]. BRASIL; 2014. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/ddt_Colorretal__26092014.pdf . Acesso em 26 de junho de 2025.
6. BRAY F, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
7. BYRNE H. et al. Variations in colorectal cancer surgery practice across the United Kingdom during the COVID-19 pandemic–'Every land has its own law'. The Surgeon, 2021;19(5): e183-e192.
8. CARVALHO RAO. Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010. Ribeirão Preto; [Dissertação] Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. 2014. Disponível: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19022015-162305/publico/ROSEMEIREAPARECIDADEOLIVEIRADECARVALHO.pdf. Acesso em 13 de abril de 2024.
9. FERNANDES SM, et al. Padrão Sintomatológico em Pacientes do Câncer Colorretal de acordo com a Idade. Revista Brasileira de Cancerologia. 2020; 66(1): e15474.
10. FEY A, et al. Perfil epidemiológico e evolução dos pacientes com câncer do co-lon e reto atendidos no Hospital Regional Alto Vale no ano de 2008. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010; 39 (4): 62-67

11. FREITAS BA, et al. Obesity and adenoma development as colorectal cancer precursors: A study in Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. 2020;33(1):1–4.
12. GOSSELIN TK, et al. The Symptom Experience in Rectal Cancer Survivors. J Pain Symptom Manage. 1o de novembro de 2016;52(5):709–18.
13. JOCHEM C, LEITZMANN M. Obesity and colorectal cancer. Em: Recent Results in Cancer Research. Springer New York LLC; 2016:17-41.
14. KEUM NN, GIOVANNUCCI E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology. Nature Research; 2019; 16:713-732.
15. KWON JH, et al. Obesity markers as predictors for colorectal neoplasia. J Obes Metab Syndr. 1o de março de 2017;26(1):28–35.
16. LIMA AHS, et al. Epidemiologic profile of colorectal cancer cases in a cancer hospital in Maranhao, Brazil. Mundo da Saude. 2021; 45:606-614.
17. LOPES JC, et al. Eficácia do uso do ácido acetilsalicílico na prevenção de câncer colorretal: revisão sistemática. Brazilian Journal of Health Review. 2022;5(3):8085–8098.
18. MARLEY AR, NAN H. Epidemiology of colorectal cancer. Int J Mol Epidemiol Genet. 2016; 7(3):105-114.
19. MURPHY N, et al. Heterogeneity of Colorectal Cancer Risk Factors by Anatomical Subsite in 10 European Countries: A Multinational Cohort Study. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2019;17(7):1323-1331.e6.
20. OLIVEIRA MM, et al. Disparities in colorectal cancer mortality across Brazilian States. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2018; 27(21): e180012.
21. RIBEIRO LCH. Prevalência de adenomas e adenocarcinomas colorretais e sua associação com fatores em um centro de colonoscopia ambulatorial. [Dissertação] Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2023. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17137/tde-03022023-152520/publico/LETICIACRISTINAHIROTANIRIBEIROco.pdf. Acesso em 03 de abril de 2025.
22. SANTOS YF, et al. Câncer colorretal: a importância de um rastreio precoce. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(4): e7130.
23. SCANDIUZZI MCP, CAMARGO EB, ELIAS FTS. Câncer colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. Brasília Med. 2019; 56:8-13
24. VALLE TD, et al. Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25: e2879.
25. YILDIZ O, et al. Survival outcome of pulmonary metastasectomy among the patients with colorectal cancers. Revista da Associacao Medica Brasileira. Associação Medica Brasileira; 2021;67:1015-1020.
26. KOPEL, J. et al. Global Impact of COVID-19 on Colorectal Cancer Screening: Current Insights and Future Directions. Medicina (Lithuania), 2022; 58(1): 1–9.