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

Câncer colorretal: análise da morbimortalidade no Brasil e em Goiás no período de cinco anos

Colorectal cancer: analysis of morbidity and mortality in Brazil and Goiás over a five-year period

Cáncer colorrectal: análisis de la morbilidad y mortalidad en Brasil y Goiás durante un período de cinco años

Júlia Alves Gonçalves Sobrinho[1], Laura Prudente de Souza Costa[1], Maria Eugênia Guimarães Silva[1], Edna Joana Cláudio Manrique[1,2].

RESUMO

Objetivo: Analisar a morbimortalidade por câncer colorretal (CCR) no Brasil e em Goiás entre 2020 e 2024. **Métodos:** Estudo epidemiológico observacional, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram analisados casos e óbitos, sexo, faixa etária, tempo para início do tratamento e estadiamento clínico, por meio de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** No período, registraram-se 205.768 casos e 88.610 óbitos por CCR no Brasil, e 5.099 casos e 2.757 óbitos em Goiás, com pico em 2023. Os casos predominaram em mulheres, e, em Goiás, os óbitos predominaram nos homens. Os diagnósticos prevaleceram em pessoas com mais de 50 anos, embora tenha sido observado morbidade crescente em adultos jovens. Mais de um quarto dos pacientes iniciou o tratamento após 60 dias do diagnóstico, e a maior parte foi identificada em estágios avançados (III e IV). **Conclusão:** O CCR segue como importante problema de saúde pública, demandando ampliar a vigilância, a detecção precoce e o tratamento oportuno, alinhados à nova diretriz do Ministério da Saúde, que propõe atualizar o protocolo e estruturar um rastreamento capaz de reduzir a morbimortalidade e qualificar a assistência.

Palavras-chave: Câncer colorretal, Indicadores de morbimortalidade, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze colorectal cancer (CRC) morbidity and mortality in Brazil and Goiás between 2020 and 2024. **Methods:** Observational, descriptive, and retrospective epidemiological study with a quantitative approach, using data from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System. Cases and deaths, sex, age group, time to treatment initiation, and clinical staging were analyzed using absolute and relative frequencies. **Results:** During the period, 205,768 cases and 88,610 deaths from CRC were recorded in Brazil, and 5,099 cases and 2,757 deaths in Goiás, with a peak in 2023. Cases predominated in women, and in Goiás, deaths were more frequent in men. Diagnoses prevailed in individuals over 50 years of age, although increasing morbidity in young adults was observed. More than one-quarter of patients began treatment more than 60 days after diagnosis, and most were identified at advanced stages (III and IV).

[1] Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), Goiânia – GO.
[2] Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO) e Residência Multiprofissional em Infectologia HDT/LACEN/SES-GO, Goiânia – GO.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | ACEITO EM: 1/2026 | PUBLICADO EM: 2/2026

Conclusion: CRC remains an important public health issue, requiring expanded surveillance, early detection, and timely treatment, in line with the new guideline from the Ministry of Health, which proposes updating the national protocol and structuring a screening plan capable of reducing morbidity and mortality and improving care.
Keywords: Colorectal cancer, Indicators of morbidity and mortality, Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la morbimortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en Brasil y en Goiás entre 2020 y 2024. **Métodos:** Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y retrospectivo, con enfoque cuantitativo, utilizando datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Se analizaron casos y muertes, sexo, edad, tiempo para inicio del tratamiento y estadificación clínica, a partir de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** En el período, se registraron 205.768 casos y 88.610 muertes por CCR en Brasil, y 5.099 casos y 2.757 muertes en Goiás, con pico en 2023. Los casos predominaron en mujeres y, en Goiás, las muertes fueron más frecuentes en hombres. Los diagnósticos prevalecieron en personas mayores de 50 años, aunque se observó morbilidad creciente en adultos jóvenes. Más de una cuarta parte inició tratamiento después de 60 días del diagnóstico y la mayoría fue identificada en estadios avanzados (III y IV). **Conclusión:** El CCR sigue como un importante problema de salud pública, requiriendo ampliar la vigilancia, la detección precoz y el tratamiento oportuno, en consonancia con la nueva directriz del Ministerio de Salud, que propone actualizar el protocolo y estructurar un rastreo capaz de reducir la morbimortalidad y calificar la atención.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, Indicadores de morbimortalidad, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

O câncer é um desafio de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade no mundo (INCA, 2023). O aumento da morbimortalidade é atribuído ao envelhecimento populacional e a fatores comportamentais e ambientais, como estilo de vida inadequado, obesidade e exposição a agentes nocivos (LI X, et al., 2024). Nesse contexto, o câncer colorretal (CCR) destaca-se como responsável por 9,3% das mortes por neoplasias no mundo, tornando-se o segundo mais letal, atrás apenas do câncer de pulmão (18,7%) (BRAY F, et al., 2024).

No Brasil, o CCR é o segundo câncer mais incidente em homens e mulheres, excetuando tumores de pele não melanoma, com estimativa de 45.630 novos casos anuais para o triênio 2023-2025 (INCA, 2023). A maior incidência nas regiões Sudeste e Centro-Oeste reflete a transição socioeconômica, marcada pela redução dos cânceres relacionados a infecções por aqueles associados ao estilo de vida (SANTOS MDO, et al., 2023; SCHAEDLER AC, et al., 2022). Em 2021, essa doença foi responsável por 8,8% dos óbitos entre homens e 9,6% entre mulheres, tornando-se o segundo câncer mais mortal no país (INCA, 2023; TOFANI AA, et al., 2024).

Em Goiás, o CCR também é o segundo mais incidente, estimando-se 1.110 novos casos anuais para o triênio 2023-2025 (560 em mulheres e 550 em homens). Em Goiânia, projetaram-se 400 casos anuais (210 no sexo feminino e 190 no masculino) (INCA, 2023). Conforme a Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO), o CCR foi o segundo câncer que mais matou em 2023, totalizando 758 óbitos (390 homens e 368 mulheres) (GOVERNO DE GOIÁS, 2024).

Há uma tendência de aumento nacional na mortalidade por CCR entre 2026 e 2040, estimado em 36,3%, com impacto inclusive em pacientes mais jovens (SCHAEDLER AC, et al., 2022; DE CAMARGO CM, et al., 2023; FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2025). A elevação da morbimortalidade resulta da interação de múltiplos fatores, particularmente em populações com estilo de vida ocidentalizado. Entre os fatores modificáveis, destacam-se: consumo excessivo de carnes vermelhas e processadas, baixa ingestão de fibras, alcoolismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Entre os não modificáveis, sobressaem: idade superior a 50 anos, histórico familiar de CCR, doenças inflamatórias intestinais e síndromes genéticas, como a síndrome de Lynch e a Polipose Adenomatosa Familiar (SANTOS JA, et al., 2024; ROSHANDEL G, et al., 2024; INCA, 2021; BARALDI MDC, 2022; SOARES ADS e SALES CDBPM, 2023).

O CCR abrange os tumores do intestino grosso, reto e ânus (TOFANI AA, et al., 2024; GHARIB E e ROBICHAUD GA, 2024), registrados sob os respectivos códigos: “C18 - Neoplasia maligna do cólon”; “C19 – Neoplasia maligna da junção retossigmóide”; “C20 - Neoplasia maligna do reto”; “C21 – Neoplasia maligna do ânus e do canal anal”. O quadro clínico pode incluir hemorragia digestiva baixa, dor abdominal e alteração do hábito intestinal (diarreia e/ou obstipação intestinal) (DEMB J, et al., 2024), além de anemia, perda ponderal e tumoração abdominal (TOFANI AA, et al., 2024). Contudo, muitos pacientes permanecem assintomáticos nos estágios iniciais, sendo diagnosticados posteriormente (PIRES BB, et al., 2023).

Notadamente, o tempo médio entre o início dos sintomas até o diagnóstico é, em média, de 3 a 10 meses, mostrando-se maior em indivíduos jovens (DEMB J, et al., 2024; PIRES BB, et al., 2023), o que reforça a importância do rastreamento, visto que a doença tende a progredir e tornar-se mais agressiva com o tempo (DEMB J, et al., 2024). A principal via de formação do CCR é a adenoma-carcinoma, responsável por 80% dos casos (INCA, 2021; PIRES BB, et al., 2023). Nela, mutações em genes supressores tumorais (APC e TP53) e proto-oncogenes (KRAS) promovem proliferação celular desenfreada e resistência à apoptose (PIRES BB, et al., 2023; SANTOS JA, et al., 2024), originando adenomas displásicos que podem evoluir para adenocarcinoma (INCA, 2021; TOFANI AA, et al., 2024).

O diagnóstico baseia-se em métodos voltados à detecção precoce, considerando que parcela significativa dos pacientes manifesta sintomas apenas em estágios avançados, quando o prognóstico é menos favorável (PIRES BB, et al., 2023; SANTOS JA, et al., 2024; DEMB J, et al., 2024). Ademais, o estadiamento segue o sistema TNM, que avalia extensão tumoral, acometimento linfonodal regional e presença de metástases, variando do estágio 0, restrito a mucosa, ao IV, com metástases à distância (BRASIL, 2024).

Dessa forma, conforme o Caderno de Atenção Primária (CAB 29), no Brasil, recomenda-se rastreamento entre 50 e 75 anos, para ambos os sexos, por meio de pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou retossigmoidoscopia (PIRES BB, et al., 2023; SANTOS JA, et al., 2024; INCA, 2021). Entretanto, as recomendações da Sociedade Americana de Câncer (ACS), de 2018, apoiadas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) e pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP), indicam início aos 45 anos ou antes se histórico familiar positivo (INCA, 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2024).

O tratamento varia conforme as condições do paciente e as características do tumor, como extensão e localização. A cirurgia é o método escolhido nos casos localizados, enquanto a quimioterapia segue como principal estratégia sistêmica, sobretudo em estágios avançados (PIRES BB, et al., 2023; SANTOS JA, et al., 2024). Assim, este estudo teve como objetivo analisar a morbimortalidade por CCR no Brasil e em Goiás no período de 2020 a 2024, visando contribuir para a compreensão da distribuição e evolução da doença e reforçando a importância do monitoramento contínuo e do planejamento em saúde.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como epidemiológico observacional do tipo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Investigou-se a morbimortalidade por CCR no Brasil e em Goiás, a partir de dados secundários disponíveis em bases oficiais do Ministério da Saúde (MS). O período analisado compreendeu os anos de 2020 a 2024 para morbidade e até 2023 para mortalidade, considerando que o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) disponibiliza dados consolidados apenas até esse ano.

Os dados foram obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da ferramenta Tabnet, com acesso ao Painel-Oncologia, que registra casos novos de câncer, e ao SIM, que reúne os óbitos declarados. A coleta ocorreu entre maio e junho de 2025, com revisão em setembro.

Para a seleção, foram considerados os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) correspondentes às neoplasias malignas do cólon (C18), junção retossigmóide (C19), reto (C20) e ânus e canal anal (C21). As variáveis incluíram número de casos e de óbitos, sexo, faixa etária, tempo para início do tratamento e estadiamento clínico. Os dados do Painel-Oncologia foram extraídos por “Região – Diagnóstico” para o Brasil e “UF do Diagnóstico” para Goiás; no SIM, coletaram-se informações por sexo e faixa etária segundo “óbitos por residência”.

Posteriormente, os dados foram exportados para o software Microsoft Excel®, organizados em planilhas e submetidos à análise descritiva. Frequências absolutas e relativas foram calculadas para cada variável, permitindo a comparação entre os anos e entre o panorama nacional e o estadual. Os resultados foram apresentados em tabela e gráficos e as análises concentraram-se em descrever as variáveis sem estabelecer relações de causalidade.

Esse estudo utilizou exclusivamente dados públicos, anônimos e de acesso irrestrito, sem envolvimento direto com seres humanos ou coleta de informações individuais, enquadrando-se na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Entre 2020 e 2024, o Brasil registrou 205.768 casos de CCR, com tendência de crescimento até 2023 (45.756 casos), seguida de leve redução em 2024 (42.162). Houve discreto predomínio no sexo feminino (106.136; 51,58%). A mortalidade apresentou comportamento semelhante, com 44.445 óbitos em mulheres (50,16%) e 44.159 em homens (49,83%), totalizando 88.610 mortes no país, além do crescimento progressivo das taxas durante o período, com 20.245 óbitos em 2020 e 24.773 em 2023 (**Tabela 1**).

A distribuição etária mostrou maior concentração de casos entre 60 e 69 anos, com 62.358 registros (30,31%), seguida por 50 a 59 anos (47.192; 22,93%) e 70 a 79 anos (42.013; 20,42%). Indivíduos com menos de 50 anos representaram 19,89% dos casos (40.935). No que se refere aos óbitos, as maiores proporções ocorreram nas faixas de 60 a 69 anos (22.923; 25,87%) e 70 a 79 anos (23.029; 25,99%), seguidas por 80 anos ou mais (19.289; 21,77%). Em menores de 50 anos, foram contabilizadas 9.048 mortes (10,21%) (**Tabela 1**).

Em Goiás, foram registrados 5.099 casos, com 1.012 em 2020, 942 em 2021, 1.059 em 2022, 1.106 em 2023 e 980 em 2024. Assim como no país, observou-se discreto predomínio feminino, com 2.650 casos (51,97%), frente a 2.449 em homens (48,03%). Já as faixas etárias predominantes foram as de 60 e 69 anos (1.414 casos; 27,73%), 50 a 59 anos (1.301; 25,51%) e 70 a 79 anos (847; 16,61%). A proporção de casos em menores de 50 anos (1.265; 24,81%) foi superior à observada no Brasil (19,89%) (**Tabela 1**).

No estado, foram registradas 2.757 mortes, com aumento até 2023 (781 óbitos). As proporções entre os sexos foram semelhantes às do Brasil, com 1.431 óbitos em homens (51,90%) e 1.325 em mulheres (48,06%). As faixas etárias mais atingidas foram: 60 a 69 anos (726; 26,33%), 70 a 79 anos (655; 23,76%) e 80 anos ou mais (475; 17,23%), seguidas por menores de 50 anos (383; 13,89%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição dos casos e óbitos por câncer colorretal segundo faixa etária, sexo e período, Brasil e Goiás, 2020–2024.

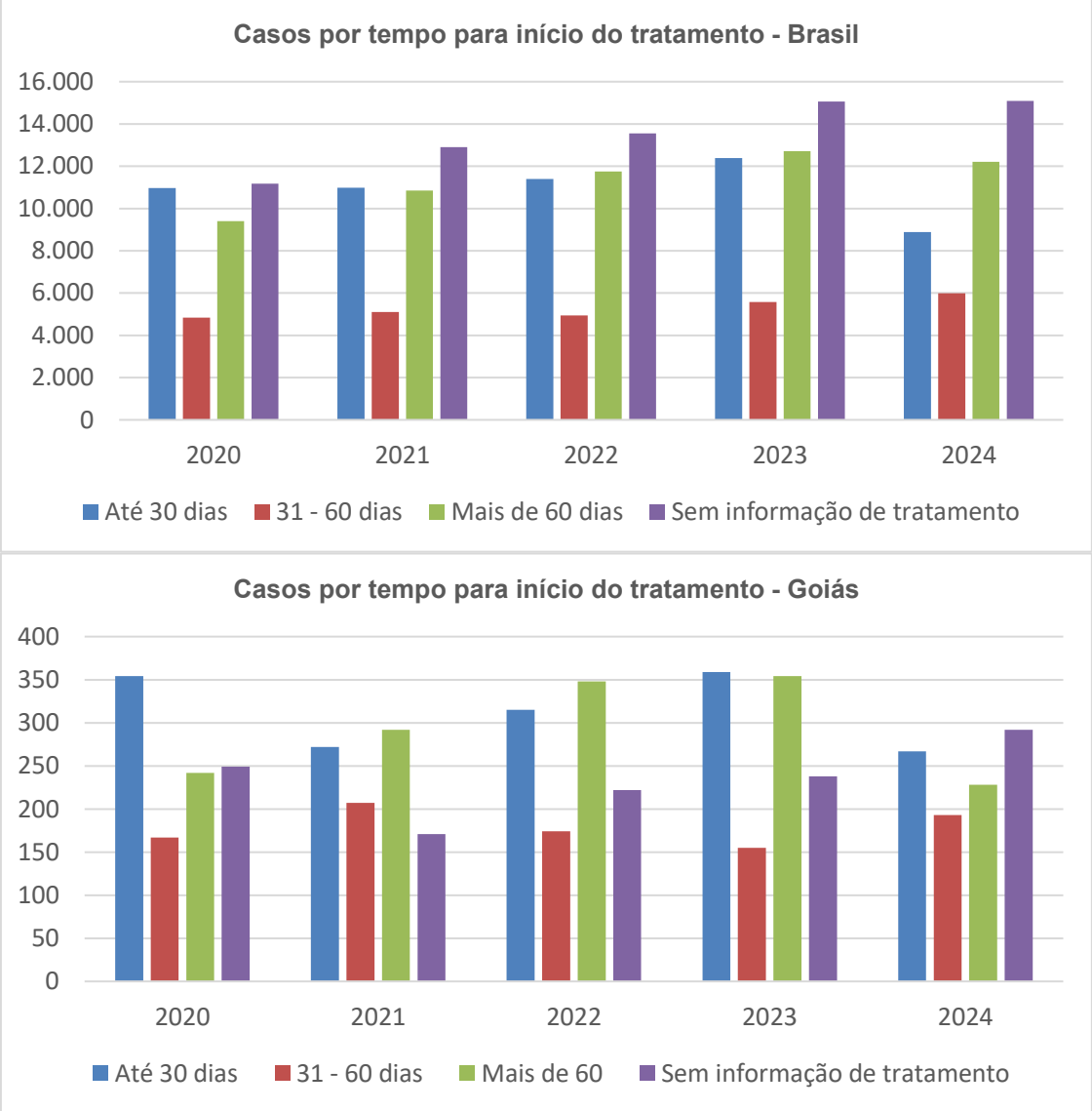
Variáveis	Brasil				Goiás			
	Casos		Óbitos		Casos		Óbitos	
Faixa etária (anos)	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Menos de 50	40.935	19,89	9.048	10,21	1.265	24,81	383	13,89
50 a 59	47.192	22,93	14.320	16,16	1.301	25,51	518	18,79
60 a 69	62.358	30,31	22.923	25,87	1.414	27,73	726	26,33
70-79	42.013	20,42	23.029	25,99	847	16,61	655	23,76
80 e mais	13.270	6,45	19.289	21,77	272	5,33	475	17,23
Ignorado	-	-	1	0,00	-	-	-	-
Total	205.768	100	88.610	100	5.099	100	2.757	100
Sexo								
Feminino	106.136	51,58	44.445	50,16	2.650	51,97	1.325	48,06
Masculino	99.632	48,42	44.159	49,83	2.449	48,03	1.431	51,90
Ignorado	-	-	6	0,01	-	-	1	0,04
Total	205.768	100	88.610	100	5.099	100	2.757	100
Período								
2020	36.379	17,68	20.245	22,85	1.012	19,85	633	22,96
2021	39.824	19,35	21.262	24,00	942	18,47	629	22,81
2022	41.647	20,24	22.330	25,20	1.059	20,77	714	25,90
2023	45.756	22,24	24.773	27,95	1.106	21,69	781	28,33
2024	42.162	20,49	-	-	980	19,22	-	-
Total	205.768	100	88.610	100	5.099	100	2.757	100

Fonte: Sobrinho JAG, et al., 2026; dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Ademais, no Brasil, observou-se variação significativa no tempo para início do tratamento. Em 2020, 10.975 pacientes iniciaram a terapêutica em até 30 dias, 4.833 entre 31 e 60 dias e 9.401 após mais de 60 dias. Nos anos seguintes, houve crescimento do número de pacientes com atraso superior a 60 dias, atingindo 12.713 em 2023 e 12.202 em 2024, enquanto o grupo que iniciou o tratamento em até 30 dias reduziu para 8.880 no último ano analisado. Ainda, no período, mais de 10.000 pacientes não tiveram informação registrada sobre o início do tratamento (**Figura 1**).

Já em Goiás, em 2020, 354 pacientes iniciaram o tratamento em até 30 dias, 167 entre 31 e 60 dias e 242 após mais de 60 dias. Em 2023, verificou-se aumento dos atrasos, com 359 pacientes tratados em até 30 dias, 155 entre 31 e 60 dias e 354 após 60 dias. Já em 2024, observou-se redução dos tratamentos iniciados precocemente (267 casos) e manutenção de altas taxas de atrasos e registros incompletos (**Figura 1**).

Figura 1 - Casos por tempo para início do tratamento, Brasil e Goiás, período 2020-2024.



Fonte: Sobrinho JAG, et al., 2026; dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Quanto ao estadiamento clínico, predominou o diagnóstico em estágios avançados (III e IV), tanto no Brasil quanto em Goiás. No país, os estágios III e IV aumentaram de 6.258 e 5.922 casos em 2020 para 8.729 e 7.689 em 2024, respectivamente, enquanto estágios iniciais permaneceram abaixo de 4 mil casos anuais.

Mais de 40 mil casos foram classificados como “não se aplica” e cerca de 65 mil como “ignorados”, evidenciando lacunas nos registros. Em Goiás, os estágios avançados também predominaram, com picos de 167 e 222 casos em 2020 e 161 e 255 em 2024, enquanto os estágios iniciais variaram entre 3 e 63 casos anuais; 1.302 registros foram “não se aplica” e 1.172 “ignorados”, o que reforça a inconsistência e a subnotificação dos dados também em nível estadual (**Figura 2**).

Figura 2 - Casos por estadiamento, Brasil e Goiás, período 2020-2024.



Fonte: Sobrinho JAG, et al., 2026; dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

DISCUSSÃO

Os achados reforçam o CCR como importante problema de saúde pública no Brasil, evidenciado pelo aumento do número de casos no período analisado (INCA, 2023; BRAY F, et al., 2024). Entre 2020 e 2024, foram diagnosticados 205.768 novos casos no país, número superior ao da década de 2010, quando ocorreram 145.627 notificações (DANTAS AAG, et al., 2024). Em Goiás, embora existam oscilações, a morbidade manteve-se elevada, totalizando 5.099 novos registros, também superior ao observado entre 2018 e 2022, período com 3.145 casos no estado (NETO JVS, et al., 2023).

O aumento da morbidade parece relacionar-se ao envelhecimento populacional, à urbanização acelerada, a fatores genéticos (histórico familiar, adenomas, CCR e doença inflamatória intestinal) e ambientais (exposição a poluentes e adoção de comportamentos de risco, como dietas pobres em fibras, alcoolismo e tabagismo, sedentarismo e maiores índices de obesidade) (SANTOS MDO, et al., 2023; SANTOS JA, et al., 2024; INCA, 2022; DANTAS AAG, et al., 2024).

Quanto ao sexo, identificou-se discreto predomínio de casos entre mulheres, tanto no Brasil (51,58%) quanto em Goiás (51,97%), o que concorda com a literatura (SILVA PHBDA, et al., 2024). Um estudo (COUTO FS, et al., 2025) analisou o período de 2019 a 2023 no Brasil e encontrou maior proporção de casos em mulheres (50,89%). Embora pequena, essa diferença parece relaciona-se à maior procura das mulheres por serviços de saúde e às elevadas taxas de sobrepeso e obesidade na população feminina, que atingem 62,6% (SOARES ADS e SALES CDBPM, 2023) e aumentam o risco para CCR.

Em relação às faixas etárias, as de 60 a 69 anos e 50 a 59 anos apresentaram o maior número de casos, tanto no Brasil (30,31% e 22,93%, respectivamente), quanto em Goiás (27,73% e 25,51%, respectivamente), o que concorda com estudos realizados em Alagoas (SOARES ADS e SALES CDBPM, 2023), Minas Gerais (SAMPAIO IC, et al., 2023) e Rio de Janeiro (BARALDI MDC, et al., 2022), e com a literatura que aponta maior incidência de CCR acima dos 50 anos (COUTO FS, et al., 2025; SILVA PHBDA, et al., 2024). Esse padrão etário resulta do envelhecimento demográfico brasileiro, marcado pela queda da fecundidade e da mortalidade, o que aproxima o país de nações desenvolvidas e aumenta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como o CCR (SCHAEDLER AC, et al., 2022).

Ademais, o CCR de início precoce (aquele que acomete indivíduos com menos de 50 anos) representou 19,89% dos casos no Brasil e 24,81% em Goiás. Estudos apontam crescimento expressivo desse padrão, associando-o ao aumento da obesidade e do sedentarismo em pessoas mais jovens, bem como ao consumo de dietas inadequadas e ao uso precoce e excessivo de antibióticos, o que favorece a carcinogênese. Além disso, muitos desses pacientes se encontram em estágios avançados, possivelmente devido a atrasos no diagnóstico e particularidades biológicas do tumor nessa população, contribuindo para piores desfechos (PIÑERÚA-GONSÁLVEZ JF, et al., 2023; LEE J, et al., 2016; PUZZONO M, et al., 2021; SPAANDER MCW, et al., 2023).

O estadiamento ao diagnóstico é relevante, pois os estágios III e IV, considerados graves, concentraram os maiores registros tanto no Brasil (III: 37.401 casos; 18,18% e IV: 34.195; 16,62%) quanto em Goiás (III: 689; 13,51% e IV: 1.598; 31,34%). Esse cenário acompanha evidências que mostram aumento de diagnósticos em estágios avançados (DANTAS AAG, et al., 2024; SAMPAIO IC, et al., 2023). Entre 2010 e 2019, dos 145.627 casos registrados no país, 46,51% estavam em estágio avançado e 27,66% não tinham informação de estadiamento; e, nesse mesmo período, a região Centro-Oeste foi uma das três com maiores proporções de casos avançados (DANTAS AAG, et al., 2024).

Entre 2020 e 2024, entretanto, observou-se número expressivo de casos sem estadiamento definido, classificados como “Não se aplica” e “Ignorado”: mais de 1.500 em Goiás e mais de 105.000 no Brasil. Essa situação é preocupante, pois o estadiamento avalia a extensão tumoral e o prognóstico, orientando o tratamento. Estudo nacional mostra que regiões com menor cobertura de atenção primária ou menor desenvolvimento socioeconômico tendem a apresentar maior proporção de diagnósticos tardios, em estágios avançados, o que eleva significativamente o risco de mortalidade (DANTAS AAG, et al., 2024).

Esse achado reforça a preocupação com a ausência de um plano nacional de rastreamento formalmente estabelecido, comprometendo a detecção precoce do CCR (SAMPAIO IC, et al., 2023). Atualmente, o CAB 29 recomenda o rastreamento a partir dos 50 anos, enquanto a SBCO e a SBCP adotam as diretrizes da ACS, que orientam início aos 45 anos para indivíduos de risco médio, utilizando testes de fezes de alta sensibilidade ou exames estruturais, confirmados por colonoscopia (INCA, 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA, 2024; WOLF AMD, et al., 2018). Desde novembro de 2023, o MS discute a atualização do protocolo nacional, conforme a Portaria GM/MS nº 1.929, que propõe diretrizes mais amplas e alinhadas às evidências internacionais, embora ainda não foi oficialmente publicada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Em Goiás, 1.464 pacientes (28,71%) iniciaram o tratamento 60 dias após o diagnóstico, e, no Brasil, esse número chegou a 56.923 (26,54%), evidenciando descumprimento da Lei nº 12.732/2012 e da Portaria nº 876/2013, que estabelecem início da terapêutica em até 60 dias, prazo cujo extrapolamento compromete o prognóstico e reduz a sobrevida (BRASIL, 2013). Pesquisas mostram que cerca 25% dos pacientes não recebem tratamento no período legal e que fatores como idade acima de 60 anos, baixa escolaridade, ausência de companheiro, raça/cor preta ou parda e presença de comorbidades estão associados ao atraso (ZAGO PULIDO J, et al., 2023; LIMA MAN e VILLELA DAM, 2021; SOARES ADS e SALES CDBPM, 2023). Além disso, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, incluindo Goiás, apresentam maiores índices de atraso, decorrentes da distribuição desigual de serviços especializados na rede oncológica (LIMA MAN e VILLELA DAM, 2021).

As taxas de mortalidade por CCR apresentaram crescimento no Brasil e em Goiás, que registraram 88.610 e 2.757 óbitos entre 2020 e 2023. Esses resultados acompanham a literatura, que aponta tendência de aumento em todas as regiões e em ambos os sexos nos próximos anos. Ao considerar o desenvolvimento regional, o Sudeste e o Sul apresentam as maiores taxas, porém com menor tendência de crescimento, possivelmente devido ao melhor acesso ao diagnóstico e tratamento. Já Norte e Nordeste exibem taxas menores, mas com crescimento intenso, sugerindo barreiras de acesso, menor cobertura de rastreamento e maior proporção de diagnósticos tardios (GOMES HMDO, et al., 2025; DOBIESZ BA, et al., 2022; TOFANI AA, et al., 2024).

No âmbito local, Goiânia registrou 1.318 óbitos por CCR entre 2012 e 2022 (GOMES HMDO, et al., 2025), e a doença constitui a segunda principal causa de morte no estado (GOVERNO DE GOIÁS, 2024). A literatura também demonstra que a Região Centro-Oeste apresenta a maior tendência de aumento nas taxas de mortalidade, com dados mais heterogêneos e sujeitos a flutuações, o que reforça a percepção de crescimento acelerado no período (TOFANI AA, et al., 2024).

Observou-se também discreto predomínio da mortalidade entre mulheres no Brasil (50,16%), totalizando 44.445 óbitos (286 a mais que entre homens). Embora pequena, essa diferença torna-se relevante diante do envelhecimento feminino e das projeções que indicam aumento futuro dos óbitos em mulheres (GOMES HMDO, et al., 2025; DOBIESZ BA, et al., 2022; DOMINGUEZ RGS e BIERENBACH AL, 2020). Em Goiás, porém, verificou-se predomínio masculino (51,90%), evidenciando variações regionais. O aumento entre mulheres pode estar relacionado à perda da proteção estrogênica após a menopausa e a fatores sociais e culturais, como diferenças na busca por serviços e desigualdades de acesso, que influenciam os padrões de mortalidade entre sexos e regiões (GOMES HMDO, et al., 2025; DOBIESZ BA, et al., 2022; DOMINGUEZ RGS e BIERENBACH AL, 2020).

Neste estudo, a mortalidade predominou em faixas etárias mais avançadas, em concordância com a literatura. No Brasil, 89,79% dos óbitos ocorreram entre 50 anos e 80 anos ou mais e, em Goiás, esses registros representaram 86,11%. Análises nacionais e regionais já apontam que a maior parte dos óbitos ocorre em pacientes acima de 50 anos, principalmente entre 60 e 80 anos, além de mostrar tendência crescente de internações e desfechos fatais em idosos (GOMES HMDO, et al., 2025; DOMINGUEZ RGS e BIERENBACH AL, 2020). As taxas aumentam progressivamente com a idade, com diferenças regionais marcantes e projeção de crescimento superior a 50% até 2040, impulsionado por mudanças demográficas e de estilo de vida (BARROSO PELEGRINI B, et al., 2023).

Os óbitos em indivíduos com menos de 50 anos representaram 10,21% no Brasil (9.048 registros) e 13,89% em Goiás (383 registros). No país, houve aumento contínuo desses óbitos ao longo do período analisado, enquanto em Goiás o comportamento foi mais irregular. Estudo indica que a maior gravidade observada entre pacientes jovens pode contribuir para esses resultados, já que frequentemente eles apresentam quadros mais agressivos e evolução rápida (PIÑERÚA-GONSÁLVEZ JF, et al., 2023).

Entre as limitações deste estudo, destaca-se que os dados do DATASUS são atualizados periodicamente, de modo que os resultados refletem apenas o cenário do momento da extração. Ainda assim, trata-se da principal fonte oficial sobre morbimortalidade por CCR, permitindo identificar tendências e lacunas assistenciais.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o CCR permanece um relevante problema de saúde pública no Brasil e em Goiás, com pico de mortalidade em 2023. Observou-se discreto predomínio de casos e óbitos entre mulheres no país, enquanto em Goiás os óbitos foram mais frequentes entre homens, além de expressivo número de diagnósticos em adultos jovens, embora a maioria ocorra a partir dos 50 anos. Destacam-se atrasos no início do tratamento, com mais de 25% dos pacientes iniciando terapêutica após 60 dias, e elevada proporção de diagnósticos em estágios avançados. As diferenças regionais na detecção e registro reforçam desigualdades no acesso a serviços de saúde, diagnóstico e tratamento. Isso ressalta a necessidade de fortalecer estratégias de rastreamento, como previsto no relatório preliminar "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Adenocarcinoma de Cólon e Reto, 2024" do MS, bem como investir na Atenção Primária, em tecnologias inovadoras e em campanhas educativas, favorecendo a detecção precoce, reduzindo a morbimortalidade e melhorando os desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. BARALDI MDC, et al. Análise epidemiológica do câncer de cólon no estado do Rio de Janeiro nos últimos 5 anos. REASE, 2022; 8(4): 647-55.
2. BARROSO PELEGRINI B, et al. Tendência da mortalidade por câncer colorretal em adultos no Brasil: Mortalidade por câncer colorretal no Brasil. SaBios, 2023; 18(1): 1-11.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Adenocarcinoma de Cólon e Reto: relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013; Seção 1.
5. BRAY F, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin., 2024; 74(3): 229-263.
6. COUTO FS, et al. Câncer colorretal no Brasil: evolução do perfil epidemiológico na população adulta entre 2019 e 2023. Asclepius Int. J. Sci. Health Stud., 2025; 14: 65.
7. DANTAS AAG, et al. Multilevel analysis of social determinants of advanced stage colorectal cancer diagnosis. Sci. Rep., 2024; 14: 9667.
8. DE CAMARGO CM, et al. Can the sustainable development goals for cancer be met in Brazil? A population-based study. Front Oncol., 2023; 12: 1060608.
9. DEMB J, et al. Red Flag Signs and Symptoms for Patients With Early-Onset Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open., 2024; 7(5): e2413157.
10. DOBIESZ BA, et al. Colorectal cancer mortality in women: trend analysis in Brazil and its regions and states. Rev. Bras. Enferm., 2022; 75(2): e20210751.
11. DOMINGUEZ RGS, BIERENBACH AL. Hospital morbidity and colorectal cancer mortality: implications for public health in Brazil. Arq Gastroenterol, 2020; 57(3): 283-9.
12. FUNDAÇÃO DO CÂNCER. 2025. Info.oncollect: Mortalidade por Câncer Colorretal — Projeção para os Próximos 15 Anos. Disponível em: https://www.cancer.org.br/wp-content/uploads/2025/08/info_oncollect_2025_volume9.pdf. Acessado em: 9 de outubro de 2025.
13. GHARIB E, ROBICHAUD GA. From crypts to cancer: a holistic perspective on colorectal carcinogenesis and therapeutic strategies. Int J Mol Sci, 2024; 25(17): 9463.
14. GOMES HMDO, et al. Perfil epidemiológico dos óbitos por câncer colorretal no Brasil, de 2012 a 2022. Rev. Contemp., 2025; 5(3): e7750.
15. GOVERNO DE GOIÁS. 2024. Governo de Goiás alerta para prevenção do câncer de colo de útero e de colorretal. Disponível em: https://goias.gov.br/saude/governo-de-goias-alerta-para-prevencao-do-cancer-de-colo-de-utero-e-de-colorretal/. Acessado em: 13 de outubro de 2025.

16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer de intestino: versão para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
17. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2023.
19. LEE J, et al. Different clinical characteristics in sporadic young-age onset colorectal cancer. Medicine (Baltimore), 2016; 95(37): e4840.
20. LI X, et al. Accelerated aging mediates the associations of unhealthy lifestyles with cardiovascular disease, cancer, and mortality. J Am Geriatr Soc, 2024; 72(1): 181-93.
21. LIMA MAN, VILLELA DAM. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil, 2006-2015. Cad Saúde Pública, 2021; 37(5): e00214919.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.929, de 23 de novembro de 2023. Institui o Grupo de Trabalho para fortalecer a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer de cólon e reto no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2023; Seção 1.
23. NETO JVS, et al. Neoplasia colônica em Goiás: um estudo epidemiológico transversal e retrospectivo. J Coloproctol, 2023; 43(S01): A126.
24. PIÑERÚA-GONSÁLVEZ JF, et al. Early-onset colorectal cancer: an eleven-year analysis of clinicopathological characteristics at a tertiary healthcare center. Arq Gastroenterol, 2023; 60(3): 315-21.
25. PIRES BB, et al. Câncer colorretal e a importância da prevenção e diagnóstico precoce na promoção da saúde. Dissertação. Universidade Iguaçu, 2023.
26. PUZZONO M, et al. The role of diet and lifestyle in early-onset colorectal cancer: a systematic review. Cancers (Basel), 2021; 13(23): 5933.
27. ROSHANDEL G, et al. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and prevention. Cancers (Basel), 2024; 16(8): 1530.
28. SAMPAIO IC, et al. Análise do perfil epidemiológico do câncer colorretal no estado de Minas Gerais em 2022. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023; 15(3): e11789.
29. SANTOS JA, et al. Câncer colorretal - uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Braz. J. Hea. Rev., 2024; 7(2): e68695.
30. SANTOS MDO, et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. Rev. Bras. Cancerol., 2023; 69(1): e-213700.
31. SCHAEDLER AC, et al. Disparidades sociodemográficas no câncer colorretal no Brasil, 1990-2019. Saúde Debate, 2022; 46(132): 1065-81.
32. SILVA PHBDA, et al. Perfil epidemiológico dos casos de câncer colorretal no Brasil nos anos de 2013 a 2022. Braz. J. Hea. Rev., 2024; 7(4): e71762.
33. SOARES ADS e SALES CDBPM. Análise epidemiológica do câncer colorretal no estado de Alagoas, entre 2018 e 2022. Braz. J. Hea. Rev., 2023; 6(3): 13579-92.
34. SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. 2024. Rastreamento com colonoscopia possibilita diagnosticar lesões antes que possam evoluir para câncer de intestino. Disponível em: https://sbco.o.br/atualizações-científicas/ras-c-col-possível-diagnosticar-ele-antes-que-possam-evoluir-par-c-de-intestino. Acessado em: 03 de dezembro de 2024.
35. SPAANDER MCW, et al. Young-onset colorectal cancer. Nat Rev Dis Primers, 2023; 9(1): 21.
36. TOFANI AA, et al. Mortalidade por Câncer de Cólon e Reto no Brasil e suas Regiões entre 2006 e 2020. Rev. Bras. Cancerol., 2024; 70(1): e-074404.
37. WOLF AMD, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin., 2018; 68(4): 250-281.
38. ZAGO PULIDO J, et al. Lei dos 60 Dias: Realidade do Tratamento Tempestivo na Análise de uma Série de Casos de Câncer Colorretal. Rev. Bras. Cancerol., 2023; 69(4): e-114145.