

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O perfil epidemiológico e clínico dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal em
uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - GO**

Amanda Rezende de Medeiros
Daniella Xavier de Souza Cerqueira Caçapava
Iago Gouveia de Melo
Layanna Nayra dos Santos
Murillo Santos da Cruz Vieira
Nathália Carolinne Rabêlo de Souza

Anápolis, Goiás
2023

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O perfil epidemiológico e clínico de pacientes diagnosticados com câncer colorretal em
uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - GO**

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob coorientação Prof. Esp. Maria Sônia Pereira e orientação da Profa. Dra. Constanza Thaise Xavier Silva

Anápolis, Goiás
2023

ANEXO V- CARTA DE ENCAMINHAMENTO

UniEVANGÉLICA
UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(a) Orientador Constanza Thaise Xavier Silva venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)** Amanda Rezende, Daniella Xavier, Jasp Gouveia, Kayanna Nayra, Murillo Vieira e Nathália Caroline Rabelo, estão com a versão final do trabalho intitulado O perfil epidemiológico e clínico pronta para ser entregue a esta coordenação. dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal em uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - GO

Declaro-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 24 de abril de 2023.

Constanza T. X. Silva

Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

O câncer colorretal mostra-se como uma das principais neoplasias de desenvolvimento lento e progressivo, normalmente, fruto de uma lesão benigna que passa ao longo do tempo por um progresso de malignidade. Dado a essa evolução, o rastreamento e o diagnóstico precoce são fundamentais para o bom prognóstico e para abordagens terapêuticas menos agressivas. Esse estudo tem como objetivo identificar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer de colorretal entre julho de 2018 a julho de 2021 em uma unidade de combate ao câncer de Anápolis - Goiás. Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo, com dados epidemiológicos, clínico-patológicos dos pacientes diagnosticados na Unidade de Combate ao Câncer no Hospital Evangélico Goiano em Anápolis - GO. Para análise estatística, foi utilizado o teste qui-quadrado com nível de significância 5% ($p < 0,05$). Selecionou-se 231 pacientes com câncer colorretal, a população do estudo constituiu-se 50,2% de indivíduos do sexo feminino e 49,8% do sexo masculino. A faixa etária mais prevalente no diagnóstico foi de indivíduos com mais de 60 anos (55,0%) e composta principalmente por pessoas aposentadas (32,5%), que não residem em Anápolis-GO. O perfil clínico apresentado pelos pacientes foi composto por queixas, pré-diagnósticas, de dor abdominal (19,5%) e sangue nas fezes (10%), sendo a principal localização no reto-sigmoide (36,8%), de surgimento primário (52,8%), do tipo histológico adenocarcinoma (73,6%) e com metástase pela via hematogênica (43,8%). Portanto, o estudo mostra 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. Ademais, o perfil clínico evidencia a predominância de neoplasias de origem primária, em reto-sigmoide, do tipo adenocarcinoma e com metástase pela via hematogênica.

Palavras chave: Neoplasias Colorretais; Perfil de Saúde; Sinais e Sintomas; Epidemiologia.

ABSTRACT

Colorectal cancer is one of the main neoplasms characterized by slow and progressive development, typically arising from a benign lesion that gradually progresses to malignancy over time. Due to this progression, screening and early diagnosis are crucial for a good prognosis and less aggressive therapeutic approaches. This study aims to determine the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with colorectal cancer between July 2018 and July 2021 in a cancer treatment unit in Anápolis, Goiás, Brazil. It is a quantitative and retrospective study that includes epidemiological and clinicopathological data of patients diagnosed at the Cancer Treatment Unit in the Hospital Evangélico Goiano in Anápolis, Goiás. The chi-square test with a significance level of 5% ($p < 0.05$) was used for statistical analysis. A total of 231 patients with colorectal cancer were selected, comprising 50.2% females and 49.8% males. The most prevalent age group at diagnosis was individuals over 60 years old (55.0%), mainly consisting of retired individuals (32.5%) who do not reside in Anápolis, Goiás. The clinical profile of the patients included pre-diagnostic complaints of abdominal pain (19.5%) and blood in the stool (10%), with the main tumor location being in the rectosigmoid region (36.8%), predominantly presenting as primary tumors (52.8%), histologically classified as adenocarcinoma (73.6%), and metastasizing through the hematogenous pathway (43.8%). Therefore, the study reveals that the epidemiological profile of colorectal cancer patients is predominantly female, over 60 years old, retired, and residents of cities in the central-northern macro-region, excluding Anápolis. Additionally, the clinical profile highlights the predominance of primary neoplasms in the rectosigmoid region, mainly adenocarcinoma type, with hematogenous metastasis.

Keywords: Colorectal Neoplasms; Health Profile; Signs and Symptoms; Epidemiology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos casos de câncer colorretal na Unicca de acordo com sexo, faixa etária, profissão e município de residência entre os anos de 2018 e 2021.

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.

Tabela 3. Correlação entre o tempo de início do tratamento após o diagnóstico com o tempo de diagnóstico dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021.

Tabela 4. Correlação entre as vias de disseminação metastáticas, tipo de neoplasia, localização tumoral e tempo de início do tratamento após diagnóstico e faixa etária dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021.

Tabela 5. Correlação entre a localização tumoral e o tipo de neoplasia dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 Origem do câncer colorretal	10
2.2 Aspectos epidemiológicos	11
2.3 Aspectos Clínicos	13
2.4 Diagnóstico	14
2.5 Tratamento	15
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 Tipo de estudo e local da pesquisa.....	18
4.2 População e Amostra	18
4.3 Coleta de dados	18
4.4 Análise dos dados	19
4.5 Aspectos éticos	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSSÃO	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
8. REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A	37
ANEXO 1.....	39

1. 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, em decorrência de fatores genéticos e questões associadas aos hábitos de vida, como consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, tabagismo e falta de exercícios (MARLEY; NAN, 2016; SANTOS *et al.*, 2019; INCA, 2023). Quanto aos aspectos clínicos, os sinais e sintomas são silenciosos, os quais dependem da região acometida variando entre cólicas abdominais até hematoquezia (MALLMANN *et al.*, 2017).

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 (BRAY *et al.*, 2018). 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 ambos os sexos (INCA, 2023). Já em relação à mortalidade de modo geral, no Brasil, as mulheres possuem maiores números em óbito do que os homens (INCA, 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 (SCANDIUZZI; CAMARGO; ELIAS, 2019). 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 (BRASIL, 2010).

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 paciente (BRASIL, 2014, 2019). 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 (LOPES *et al.*, 2022).

O CCR é um dos cânceres mais prevalentes e incidentes tanto na população brasileira, como na população de outros países, em que o diagnóstico, 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; CAMARGO;

ELIAS, 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 benignos (SANTOS *et al.*, 2019).

Além disso, 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 do CCR. Desta forma, 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 *et al.*, 2018).

Se faz necessário traçar o perfil epidemiológico e clínico da CCR na cidade de Anápolis - Goiás para auxiliar os programas de rastreamento e diagnóstico precoce do CCR, gerando benefícios no direcionamento dos recursos orçamentários para o município e reduzindo os gastos do serviço de saúde em 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, tem-se como objetivo identificar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre julho de 2018 a julho de 2021 atendidos em uma unidade de combate ao câncer em Anápolis - Goiás.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Origem do câncer colorretal

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia que atinge o cólon e/ou reto, ocupando a colocação de segundo tipo de câncer mais comum no Brasil. Essa neoplasia está entre as principais causas de morte no mundo, que tem uma tendência de aumentar a sua incidência e mortalidade entre os jovens adultos (MARLEY; NAN, 2016; INCA, 2023).

O CCR apresenta origem polipomatosa, em decorrência do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, tabagismo e falta de exercícios. Os pólipos encontrados são pequenos, frequentemente, pedunculados, podendo ter lesões sésseis grandes. Tais fatores somados à presença da displasia epitelial aumentam a probabilidade de desenvolver o CCR (TURNER, 2010; MARLEY; NAN, 2016).

O acúmulo de modificações genéticas e epigenéticas nas vias que regulam a proliferação, apoptose e a angiogênese no tecido colônico também são responsáveis pelo desenvolvimento dos pólipos e, conseqüentemente do CCR. As mutações do gene homólogo do oncogene viral do sarcoma de rato Kirsten (K-RAS), neuroblastoma RAS viral - v-ras - oncogene homolog (N-RAS) e Gene homólogo B1 do oncogene viral de sarcoma de murino v-raf (BRAF V600E) são os responsáveis pelos tumores de cólon mais frequentes, já que são importantes marcadores moleculares em CCR. A mutação do K-RAS ou N-RAS confere pior prognóstico e indica resistência ao tratamento com anticorpos anti-EGFR. Já as mutações do BRAF, são um forte marcador de prognóstico negativo (SANTOS *et al.*, 2019).

Existem duas formas hereditárias mais comuns de CCR: câncer hereditário não poliposo hereditário (HNPCC) ou síndrome de Lynch e polipose adenomatosa familiar (FAP). O HNPCC é uma doença autossômica dominante desencadeada por mutação germinativa de um dos vários genes de reparo do ácido nucléico (MMR): MutL Homolog 1 (MLH1), MutS Homolog 2 (MSH2), MutS Homolog 6 (MSH6) e PMS1 Homolog 2 (PMS2). Geralmente ocorre em pacientes com idade de início precoce, localização proximal do tumor, histologia mucinosa e maior grau histológico no momento do diagnóstico. Na síndrome de Lynch, a colonoscopia deve ser realizada inicialmente entre os 20 e 25 anos. A FAP é uma síndrome autossômica dominante responsável por 0,5% a 1% dos tumores colorretais. Está relacionada à mutação herdada do gene adenomatous polyposis coli (APC), a chave reguladora da via Wnt-pathway, que ativa a transcrição de vários oncogenes (adenocarcinoma) (SANTOS *et al.*, 2019).

Porém, a forma de CCR mais encontrada é a esporádica, não hereditária, cerca de 75% dos casos diagnosticados. Os pólipos adenomatosos esporádicos são condições pré-neoplásicas, havendo transformação do epitélio do cólon normal em pólipo adenomatoso. Essa progressão para adenocarcinoma é lenta, fazendo com que esse tipo de neoplasia seja o alvo ideal de programas de prevenção e rastreamento da população. A maioria dos casos são identificados em pessoas com mais de 60 anos de idade associados a uma dieta rica em gorduras, cuja qual promove aumento na produção de ácidos biliares que são mutagênicos e citotóxicos, rica em produtos industrializados ou em conservas e pobre em fibras, mostrando a importância dos hábitos de vida para o surgimento e desenvolvimento da neoplasia (SILVA; ERRANTE, 2016).

2.2 Aspectos epidemiológicos

O CCR é a terceira neoplasia mais prevalente no mundo, sendo que anualmente milhares de casos são diagnosticados (MATOS; BARBOSA; TEIXEIRA, 2020). Ainda, tal neoplasia apresentou uma tendência de aumento na taxa de incidência, principalmente, em países desenvolvidos e em regiões urbanas dos países em desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Vários são os parâmetros que podem ser avaliados dentro dos aspectos epidemiológicos, porém os analisados nesta seção serão, principalmente, sexo, idade, relação de incidência e prevalência entre os estados brasileiros e condição socioeconômica.

O CCR é definido como o terceiro câncer mais frequente em homens, sendo precedido apenas por câncer de pulmão e de próstata no mundo (MATOS; BARBOSA; TEIXEIRA, 2020). As maiores incidências de câncer de cólon são observadas em partes da Europa, Austrália e América do Norte, principalmente, sendo que nessas regiões há maior prevalência no sexo masculino (BRAY *et al.*, 2018). No que se diz respeito à prevalência entre os sexos, foi observado que no Brasil, há um aumento nas taxas de mortalidade por CCR em todos os estados para o sexo masculino, mas também em grande maioria dos estados houve aumento dentro do sexo feminino (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Os estados brasileiros com maior taxa de incidência de CCR a cada 100 mil mulheres são Goiás, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina (INCA, 2023).

Quanto as taxas de mortalidade por CCR no Brasil foram, em 2012, de 7,3 por 100 mil homens, observadas principalmente nos estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. No caso da mortalidade deste câncer em mulheres, observou-se um padrão de prevalência nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Além disso, em ambos os sexos, a incidência aumentou

em todos os estados do Brasil, exceto Roraima - sexo masculino e feminino - e Amapá - sexo feminino (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A idade é outro fator que influencia no diagnóstico do CCR, na medida que a idade média de tal diagnóstico é de 63 anos em ambos os sexos em todo o mundo (MAURI *et al.*, 2018). Além disso, constatou-se que a incidência do CCR é baixa em idades abaixo de 45 anos e que a incidência aumenta com a idade na população mundial (MATOS; BARBOSA; TEIXEIRA, 2020). Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), apenas 5% dos cânceres colorretais são diagnosticados em menores de 45 anos e houve aumento desta incidência na Europa, no Irã e no Egito (MAURI *et al.*, 2018).

Houve um aumento no número de diagnósticos do CCR, especialmente, na população entre 20 e 35 anos. Dados epidemiológicos também demonstram que a incidência destes tumores vem aumentando 2% a cada ano, desde 1994 em pessoas com menos de 55 anos. Assim, em 2030 espera-se um aumento de 10% e 22% no diagnóstico de câncer de cólon e reto, respectivamente, nos EUA. Esse aumento na população jovem pode ser um reflexo do aumento da obesidade nos EUA, tendo em vista que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de CCR (MAURI *et al.*, 2018). No Brasil, estima-se que a cada três anos, de 2023 a 2025, surjam 45.630 novos casos de CCR, sendo 21.970 em homens e em 23.660 em mulheres, correspondendo a um risco estimado de 21,10 casos por 100 mil habitantes (INCA, 2023).

Fatores de risco relacionados ao estilo de vida, como alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo e consumo de álcool levam ao aumento do CCR. Esses hábitos sofrem mudanças de acordo com as condições socioeconômicas, em que nota-se que países em desenvolvimento aumentam a incidência do CCR uniformemente ao crescimento do índice de desenvolvimento humano - IDH (OLIVEIRA *et al.*, 2018; BRAY *et al.*, 2018). No Brasil, as diferenças entre os fatores de risco e as condições socioeconômicas contribuem para a prevalência destes cânceres em determinadas regiões do país (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

O aumento da incidência do CCR nas regiões do Brasil sofre bastante influência dos fatores de risco, do acesso tardio aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, além do maior número de notificações compulsórias sobre os casos (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Os estados do Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentaram a maior taxa de incidência desta neoplasia a cada 100 mil homens (INCA, 2023). No estado de Goiás, a quantidade de novos casos de CCR diagnosticados em 2023 foi de 1.110, sendo que em Goiânia foram identificados apenas 400 novos casos (INCA, 2023).

2.3 Aspectos Clínicos

O CCR é uma doença com sinais clínicos silenciosos, em que habitualmente o estado sintomático irá refletir o avanço da doença (MALLMANN *et al.*, 2017). Nestes tumores os sintomas podem variar dependendo da sua localização e do seu tamanho. Isso ocorre devido ao fato de que as fezes ao chegarem no cólon direito ainda são líquidas, o tumor capaz de promover uma obstrução precisa de um crescimento considerável para gerar sintomas. Especialmente, cânceres em cólon direito costumam provocar ulcerações que levam a sangramentos, os quais podem não ser perceptíveis nas fezes, mas ocasionam quadros de fadiga, palpitações, angina *pectoris*, anemia hipocrômica e microcítica (MALLMANN *et al.*, 2017; MAYER, 2020).

No entanto, os cânceres que se localizam no cólon transversal ou descendente podem levar a uma obstrução mais rápida, causando sintomas como cólicas abdominais, perfurações e obstipação. Já as neoplasias que surgem no retossigmoide estão mais associadas a hematoquezia, tenesmo e redução no calibre das fezes. Sintomas como dor abdominal, saciedade precoce, anorexia, perda de peso e/ou adenopatia supraclavicular podem estar correlacionados a disseminação pelo peritônio, perfuração intestinal, peritonite e metástases (MALLMANN *et al.*, 2017; MAYER, 2020).

Em relação à sintomatologia geral de CCR, são frequentes as queixas de hematoquezia, melena, dor abdominal, anemia de causa obscura, alteração do hábito intestinal, distensão abdominal, náuseas e vômitos decorrentes de obstrução intestinal. Devido ao fato de serem sintomas que podem participar da sintomatologia de outras doenças do trato gastrointestinal, é importante que durante a história clínica ocorra a descrição das características das fezes como consistência, odor, coloração, calibre, principalmente em pacientes com idade superior a 40 anos (MALLMANN *et al.*, 2017).

Quanto à presença de metástases, comumente são encontradas junto ao diagnóstico da doença devido ao fato de ser uma neoplasia pouco sintomática. Os sítios mais afetados são o fígado, pulmão e peritônio. Sendo o fígado, o local de primeira disseminação metastática em diagnósticos de câncer de cólon direito e cólon esquerdo, devido a circulação portal, a qual pode intensificar a disseminação para o pulmão e cérebro (LINS; CAPARELI; HASHIMOTO, 2016).

Devido à alta letalidade do CCR, o conhecimento de sintomas como alteração do hábito intestinal, dor abdominal, sangue oculto e alterações nas fezes associados aos fatores de risco, é importante para o rastreamento dessa neoplasia (MALLMANN *et al.*, 2017). Nesse sentido,

é necessária uma anamnese cuidadosamente colhida e, apesar de não contribuir significativamente para o diagnóstico, um exame físico bem feito, o qual pode evidenciar massas, dor ou defesa à palpação, distensão, hepatomegalia e ascite (MALLMANN *et al.*, 2017).

Portanto, os aspectos clínicos somados aos exames complementares irão auxiliar no estadiamento da neoplasia para direcionar o tratamento. O objetivo do estadiamento é determinar a localização anatômica do câncer, extensão e a presença de metástases (SANTOS *et al.*, 2019).

2.4 Diagnóstico

O CCR tem uma história natural que oferece condições importantes e ideais para prevenção e detecção precoce, já que se desenvolve a partir de lesões benignas gradativamente por 10 ou 15 anos, com um longo período assintomático ou pré-sintomático (HABR-GAMA *et al.*, 2012). Isso permite não apenas a prevenção do câncer, como também o seu diagnóstico em estágios iniciais que pode aumentar para 90% a taxa de sobrevivência em cinco anos (SCANDIUZZI; CAMARGO; ELIAS, 2019).

A detecção precoce de tumores é uma das etapas mais relevantes nos programas de controle oncológico. A vigilância e triagem para detecção da neoplasia em desenvolvimento, enquanto a mesma está facilmente tratável e clinicamente benigna, implica em uma abordagem terapêutica menos agressiva, para diminuir a submissão do indivíduo a tratamentos mais conservadores, diminuindo assim as taxas de mortalidade e a influência negativa na sua expectativa de vida (SCANDIUZZI; CAMARGO; ELIAS, 2019).

Assim, o rastreamento é uma abordagem dirigida à população assintomática que se encontra na fase subclínica da doença, objetivando reduzir a incidência de câncer invasivos e a taxa de mortalidade. No entanto, o diagnóstico não é realizado somente com o exame de rastreamento, são necessários exames complementares e seguimento dos pacientes com alterações nos exames, além da ciclicidade dos testes em intervalos pré-estabelecidos para garantir o sucesso do rastreamento (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), através do Caderno de Atenção Primária, recomenda que o rastreio do CCR seja feito entre 50 a 75 anos de idade por meio da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), colonoscopia ou sigmoidoscopia (BRASIL, 2010). Contudo, desconhece-se que exista um programa de rastreamento de CCR efetivamente implantado no Brasil (SANTOS *et al.*, 2021).

A PSOF é um exame de baixo custo e não invasivo que baseia-se na busca de hemoglobina nas fezes, visto que os pólipos e o CCR sangram e podem ser vistos e detectados neste exame. A PSOF é considerada o método mais utilizado mundialmente, mas pode ser complementada para diagnóstico com a colonoscopia, que apesar de alto custo, é realizada quando o resultado da PSOF é positivo (SCANDIUZZI; CAMARGO; ELIAS, 2019).

A colonoscopia é o método diagnóstico preferencial devido à eficácia em pacientes que têm história pessoal de pólipos adenomatosos ou de neoplasia colorretal, endométrio, doença inflamatória, história familiar de CCR ou de pólipos adenomatosos e síndromes de neoplasia colorretal hereditária. A especificidade e a sensibilidade da colonoscopia são elevadas e permite o diagnóstico de mais de 25% das lesões avançadas que não foram detectadas por outros métodos (MEDEIROS *et al.*, 2018).

Contudo, ainda é essencial o exame proctológico, com inspeção, palpação, anuscopia, toque digital e retoscopia, visando o diagnóstico. Além de permitir a identificação da lesão, a superfície acometida, ainda permite avaliar a mobilidade da lesão e o grau de invasão do tumor na mucosa intestinal, sendo fundamental para o estadiamento clínico visando o tratamento (BRASIL, 2010).

2.5 Tratamento

Para definição da terapêutica é necessário que ocorra o estadiamento do tumor. O objetivo do estadiamento na neoplasia é o de identificar não somente a extensão loco-regional da lesão primária, mas também a sua extensão a distância (CORDEIRO *et al.*, 2001). O estadiamento também pode ser dividido em: Pré-operatório, Intra-operatório e Pós-operatório, em que cada fase haverá classificações e focos em diferentes características da doença sendo elas: tumores primários (T), linfonodos regionais (N) e metástase a distância (M) (BRASIL, 2014).

De acordo como preconiza o Ministério da Saúde sobre as possíveis opções terapêuticas para o tratamento de CCR: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. O tratamento padrão para o câncer de cólon e de reto envolve a ressecção cirúrgica no cólon por via aberta do tumor primário e linfonodos regionais, e no reto há a excisão total do mesorreto. Nos cânceres de cólon a cirurgia laparoscópica tem mostrado a mesma eficácia terapêutica que a cirurgia convencional, havendo benefícios com redução de um dia na permanência hospitalar, diminuição no uso de analgésicos e riscos associados ao procedimento. O tratamento cirúrgico também pode ter indicação em casos de doentes com metástase hepática ou pulmonar

ressecável, ou com finalidade paliativa, dependendo das condições do órgão afetado e sua funcionalidade (BRASIL, 2014).

Concomitantemente, a quimioterapia é indicada para pacientes que tratam do CCR no estágio III e em casos excepcionais, no estágio II (sendo o tumor histologicamente bem diferenciado grau I, moderadamente diferenciado grau II e mal diferenciado grau III). São utilizadas condutas terapêuticas quimioterápicas baseadas em flupirimidina, associada ou não a oxiliplatina. Não é definido o papel da quimioterapia com bevacizumabe ou cetuximabe no tratamento adjuvante, entretanto o início precoce do tratamento adjuvante gera ganhos em termos de sobrevida caso seja iniciado em até 12 semanas após o tratamento cirúrgico. A quimioterapia paliativa é indicada em casos inoperáveis e pode ser uma boa alternativa no retardamento da progressão da doença, já no caso da quimioterapia intra-arterial, pode-se reduzir o risco de metástases (BRASIL, 2019).

A radioterapia não é recomendada frequentemente no pós-operatório, pois há limitadas evidências que sugerem benefício nessa conduta. É necessário analisar o caso, grau e localização, sendo recomendada para doentes com CCR nos estágios II ou III, combinada a quimioterapia (BRASIL, 2019).

A monitorização pós-tratamento se baseia na avaliação da resposta à terapia, e deve ser baseada nos critérios Response Evaluation Criteria In Solid Tumours (RECIST), o qual avalia resposta completa, resposta parcial, progressão de doença e doença estável. Associado a esse critério há a escala de *Zubrod* que avalia a atividade do paciente, utilizando critérios como se há atividade normal, sintomas da doença mesmo assim deambula, se fica 50% do tempo fora do leito ou se fica mais de 50% no leito e se está preso ao leito (BRASIL, 2014).

O acompanhamento pós-tratamento tem como objetivo diagnosticar precocemente possíveis recidivas, aparecimentos de lesões pré-malignas ou segunda neoplasia em momento oportuno para tratamento. Assim, se preconiza que o paciente mantenha consultas regulares com o médico a cada três a seis meses nos primeiros três anos após o tratamento e a cada seis meses até o quinto ano após esse período. É recomendado também uma dosagem sérica do antígeno carcinoembrionário (CEA) de três em três meses nos primeiros três anos após o tratamento. A colonoscopia deve ser feita pelo menos um ano após a cirurgia, depois aumenta-se o intervalo para cinco em cinco anos, se anormal, voltar para o protocolo de ano em ano (BRASIL, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre julho de 2018 a julho de 2021 em uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - Goiás.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar perfil sociodemográfico (sexo, idade, profissão, município de residência) da população do estudo;
- Descrever o perfil clínico quanto aos principais sintomas, Índice de Massa Corpórea (IMC), ao surgimento secundário devido a metástases de outros cânceres, histórico familiar do câncer colorretal da população estudada, tipo de neoplasia, localização e local de metástase;
- Identificar a correlação entre tipo de neoplasia, localização tumoral, metástase, tempo de início do tratamento com a faixa etária, a correlação entre tempo da primeira consulta até o diagnóstico com tempo de início do tratamento após o diagnóstico, e a correlação entre tipo de neoplasia com a localização tumoral.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Em que foram utilizados dados clínicos e epidemiológicos de prontuários dos pacientes diagnosticados com câncer colorretal da Unidade de Combate ao Câncer (Unicca) Fanstone e Rosa do Hospital Evangélico Goiano (HEG) em Anápolis, Goiás entre os anos de 2018 a 2021.

4.2 População do estudo

O estudo foi realizado no município de Anápolis – GO, que se situa a 53 km da capital goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste. Segundo o último censo em Anápolis-GO do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020 a população estimada em 391.772 habitantes.

Compõem a população de estudo todos os pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre os anos de julho de 2018 a julho de 2021 na Unidade de Combate ao Câncer (Unicca) Fanstone e Rosa do HEG. No período de pesquisa foram diagnosticados 231 pacientes com câncer colorretal.

A UNICCA é um estabelecimento que recebe pacientes da macrorregião Centro-Norte do país, que é composta por 60 municípios. Os municípios atendidos na UNICCA que compõem a macrorregião Centro-Norte foram 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.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio do acesso a prontuários dos pacientes disponibilizados pela Unicca - Fanstone e Rosa do HEG em uma sala reservada para coleta dos

dados, sendo que neste local entrarão apenas os pesquisadores, desse modo eliminamos problemas que poderiam ocorrer com informações vazadas sem autorização.

Os critérios de inclusão do estudo foram pacientes que tiveram o diagnóstico confirmado em julho de 2018 de CCR, passaram por algum tipo de tratamento no período do ano do diagnóstico até julho/2021 e que fossem pacientes da Unicca. Já os critérios de exclusão foram os pacientes cujo os prontuários não foram acessados devido à retirada por óbito, portanto, os pacientes em óbito não entraram nos dados da pesquisa.

Como instrumento para coleta de dados (Apêndice 1), foi utilizado um instrumento criado pelos autores de acordo com os objetivos de pesquisa.

4.4 Análise dos dados

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 $p \leq 0,05$. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

4.5 Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA, com número do CAAE 58301022.3.0000.5076 (Anexo 1), o que vai ao encontro da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a fim de respeitar a dignidade humana e a especial proteção devida aos participantes desta pesquisa científica envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos por meio do instrumento de coleta dos prontuários da Unidade de Combate ao Câncer Fanstone e Rosa (Unicca) relativos ao período de julho de 2018 a julho de 2021, chegou-se a uma amostra final de 231 prontuários médicos de pacientes com neoplasias de cólon e/ou reto, que receberam o diagnóstico, o tratamento inicial ou final para CCR

Em relação ao perfil epidemiológico, constitui-se de 116 (50,2%) indivíduos do sexo feminino, em que 127 (55%) tinham mais de 60 anos, 75 (32,5%) eram aposentados, 123 (53,2%) não moradores de Anápolis, mas residentes da macrorregião de saúde Centro Norte (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos casos de câncer colorretal na Unicca de acordo com sexo, faixa etária, profissão e município de residência entre os anos de 2018 e 2021.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	116 (50,2)
Masculino	115 (49,8)
Faixa etária (anos)	
21 - 30	1 (0,4)
31 - 40	6 (2,6)
41 - 50	37 (16,0)
51 - 60	60 (26,0)
mais de 60	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	101 (43,7)
Outras cidades da Macrorregião CN*	123 (53,2)
Cidades fora da Macrorregião CN*	7 (3,0)

* Centro - Norte (CN).

No que se refere aos aspectos clínicos, foram analisados queixa principal, IMC, surgimento do CA como primário ou secundário, tipo de neoplasia e localização tumoral como descrito na tabela 2. Em que houve um maior número de queixas quanto à dor abdominal com 45 queixas (19,5%) de acometimento primário com 122 casos (52,8%) e 125 pacientes (54,1%) não apresentavam histórico familiar de CCR. Em relação ao IMC, foi informado em somente 91 prontuários (39,3%). Destacam-se 85 casos de CRR de localização retossigmoide (36,8%) e o tipo histológico adenocarcinoma teve 170 casos (73,6%).

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.

Variáveis	n (%)
Queixa principal	
Sangue nas fezes	23 (10,0)
Dor abdominal	45 (19,5)
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 (17,7)
Sobrepeso	25 (10,8)
Obesidade	6 (2,6)
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	
Cólon proximal	46 (19,9)
Cólon distal	67 (29,0)
Retossigmoide	85 (36,8)
Não informado	33 (14,3)

* Outros sintomas gastrointestinais: diarreia, vômito, constipação, perda de peso e distensão abdominal.

Em relação aos locais de metástase, apenas 71 prontuários possuíam essa informação. Os locais mais afetados são o fígado com 56% e o pulmão com 42%. 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.

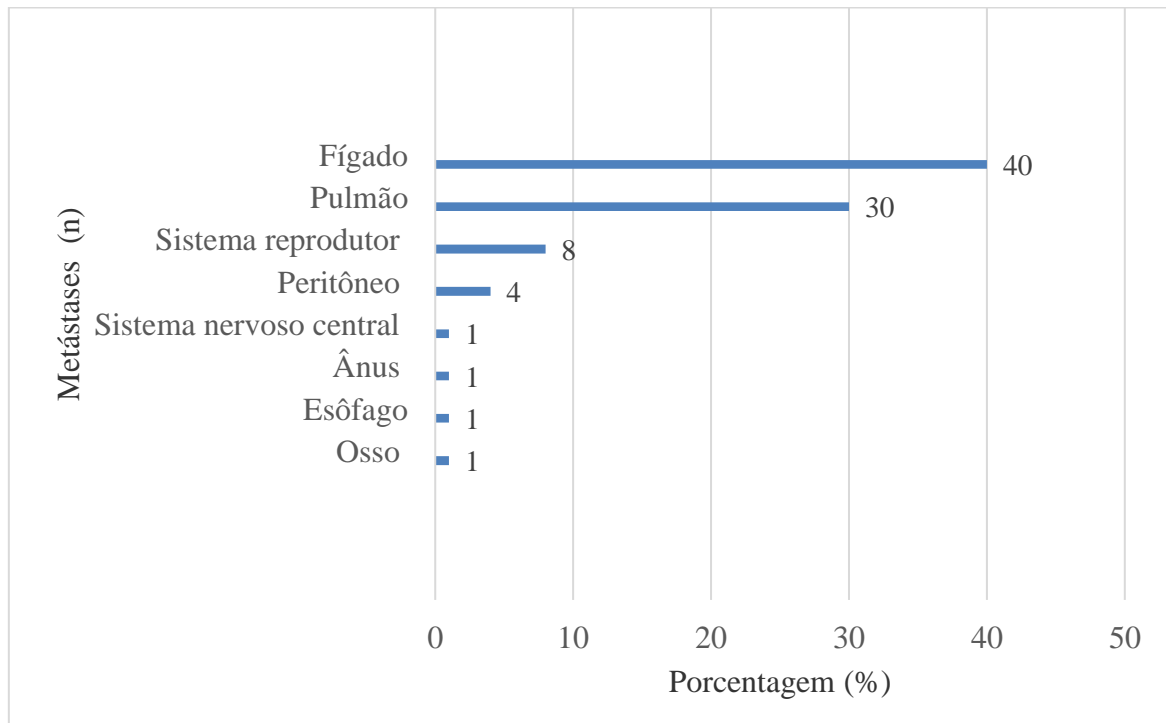


Figura 1. Distribuição dos principais sítios de metástases à distância entre os pacientes com câncer colorretal.

Houve um início de tratamento após o diagnóstico em até 6 meses com 145 pacientes (86,8%) daqueles que tiveram o diagnóstico, também, menos de 6 meses após a primeira consulta. Houve também prontuários que não apresentavam dados relativos ao tempo em que houve o primeiro tratamento associado ao tempo de diagnóstico após a primeira consulta que também estava sem informações com 42 (77,8%) prontuários. No entanto, foi constatado uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) na tabela 3.

Tabela 3. Correlação entre o tempo de início do tratamento após o diagnóstico com o tempo de diagnóstico dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021.

	Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico (meses)			p*
Tempo de início do tratamento após o diagnóstico (meses)	0 – 6 n (%)	6 – 12 n (%)	> 12 n (%)	Não informado

0 - 6	145 (86,8)	3 (37,5)	1 (50,0)	10 (18,5)	<0,001
> 6	4 (2,4)	3 (37,5)	-	2 (3,7)	
Não informado	18 (10,8)	2 (25,0)	1 (50,0)	42 (77,8)	

Teste de Qui-quadrado.*dados para $p < 0,05$.

Os locais de metástase encontrados neste estudo foram fígado, pulmão, sistema nervoso central, esôfago, ânus, sistema reprodutor (ovários, útero, próstata), peritônio e osso. Para a análise dos locais de metástase com a variável faixa etária, foi optado o agrupamento desses locais a partir da via de disseminação dos tumores, sendo que a via hematogênica contém as metástases de fígado, pulmão e sistema nervoso central, a via contiguidade contém ânus, sistema reprodutor e peritônio, e a junção dessas duas vias contém, além dos locais já mencionados, esôfago e osso.

Desse modo, a correlação com a faixa etária evidenciou que a via de disseminação hematogênica foi prevalente entre os pacientes, sendo que os indivíduos entre 61 anos ou mais foram 25 pacientes (19,7%), demonstrando ser significativo ($p=0,017$). Apesar da categoria de não informados ser predominante em todos os grupos. Houve uma maior prevalência de adenocarcinoma na faixa etária de 61 anos ou mais com 92 casos (72,4%) e acometimento no colo distal com 45 casos (35,4%). Além disso, houve o início do tratamento em 84 pacientes (66,1%) entre 0 a 6 meses após o diagnóstico na última faixa etária, contudo, não apresentou relevância significativa ($p=0,405$).

Tabela 4. Correlação entre as vias de disseminação metastáticas, tipo de neoplasia, localização tumoral e tempo de início do tratamento após diagnóstico e faixa etária dos pacientes com câncer colorretal na Unicca entre os anos de 2018 e 2021.

	Faixa etária				p*
	21 – 40 n (%)	41-50 n (%)	51-60 n (%)	61 ou mais n (%)	
Vias de disseminação metastáticas					
Via hematogênica	0 (0,0)	9 (24,3)	23 (38,3)	25 (19,7)	
Contiguidade	1 (14,3)	3 (8,1)	0 (0,0)	8 (6,3)	
Via hematogênica e Contiguidade	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	0 (0,0)	0,017

Não informado	6 (85,7)	25 (67,6)	35 (58,3)	94 (74,0)	
Tipo de Neoplasia					
Adenocarcinoma	4 (57,1)	27 (73,0)	47 (78,3)	92 (72,4)	
Adenoma	0 (0,0)	4 (10,8)	3 (5,0)	11 (8,7)	
Carcinoma	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	3 (2,4)	
Carcinoma Escamoso Celular	1 (14,3)	1 (2,7)	0 (0,0)	8 (6,3)	0,557
Granuloma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	
Não informado	2 (28,6)	4 (10,8)	10 (16,7)	12 (9,4)	
Localização tumoral					
Cólon proximal	0 (0,0)	12 (32,4)	10 (16,7)	24 (18,9)	
Cólon distal	2 (28,6)	8 (21,6)	12 (20,0)	45 (35,4)	
Retossigmoide	3 (42,9)	12 (32,4)	26 (43,3)	44 (34,6)	0,149
Não informado	2 (28,6)	5 (13,5)	12 (20,0)	14 (11,0)	
Tempo de início do tratamento após diagnóstico					
entre 0 e 6 meses	3 (42,9)	28 (75,7)	44 (73,3)	84 (66,1)	
>6 meses	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (1,7)	7 (5,5)	0,405
Não informado	4 (57,1)	8 (21,6)	15 (25)	36 (28,3)	

Teste de Qui-quadrado.*dados para $p < 0,05$.

Foi comparado o tipo de neoplasia com a localização tumoral, evidenciando uma notável relação entre tais fatores ($p=0,001$), na medida em que houve uma prevalência de adenocarcinomas (62,8%), adenoma (44,4%), carcinoma (100%) e carcinoma escamoso celular (90%) na localização de retossigmoide.

Tabela 5. 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 (%)	Adenoma n (%)	Carcinoma n (%)	Carcinoma Escamoso Celular n (%)	Granuloma n (%)	NI n (%)	

	n (%)						
Cólon ascendente	27 (15,8)	2 (11,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	<0,001
Cólon transversal e descendente	29 (17,0)	6 (33,3)	0 (0)	1 (10,0)	1 (100)	1 (3,5)	
Retossigmoide	106 (62,3)	8 (44,4)	4 (100)	9 (90,0)	0 (0)	3 (10,7)	
Não informado	8 (4,7)	2 (11,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	23 (82,1)	

NI: Não informado. Teste de Qui-quadrado.*dados para $p < 0,05$.

6. DISCUSSÃO

A análise do perfil epidemiológico dos pacientes com câncer colorretal evidenciou uma prevalência entre indivíduos com mais de 60 anos, aposentados ou autônomos, da macrorregião de Anápolis-GO e prevalência semelhante entre os sexos, com discreta predominância no feminino.

O predomínio ligeiro no sexo feminino concordou com outros estudos, os quais obtiveram resultados semelhantes ou predomínio mais acentuado (SARDINHA *et al.*, 2021; SOUSA *et al.*, 2022; FEY *et al.*, 2010). Contudo, há outro estudo que divergiu, demonstrando uma maior predominância no sexo masculino, com porcentagem de 53,5% (VALLE *et al.*, 2017). As diferenças de predominâncias entre os sexos podem variar de acordo com a região, devido o CCR ser uma neoplasia de desenvolvimento influenciado por fatores ambientais e diferenças regionais, como visto em alguns estados brasileiros, Piauí, Maranhão, Santa Catarina, São Paulo e Porto Alegre (SARDINHA *et al.*, 2021; SOUSA *et al.*, 2022; FEY *et al.*, 2010; VALLE *et al.*, 2017).

No que se refere à faixa etária, a maioria dos pacientes apresenta mais de 60 anos, seguido por pacientes entre 41-50 anos, assim como acontece no centro-oeste, em que 74,1% das pessoas possuem idade entre 55 e 74 anos (SARDINHA *et al.*, 2021; PULLIG *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2014). Quanto à profissão, encontrou-se que a maioria dos pacientes são autônomos e aposentados. Portanto, esses dados reafirmam a maior prevalência de câncer de colorretal de origem esporádica, pois os casos de CCR de origem genética, comumente ocorrem em pacientes mais jovens (SOUSA *et al.*, 2022; VALLE *et al.*, 2017).

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 (BRASIL, 2017).

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 foi mais frequente (FREITAS *et al.*, 2020; GOSSELIN *et al.*, 2016). Outra sintomatologia muito frequente, em pacientes com mais de 60 anos, foi de cunho psíquico (MOURA *et al.*, 2020). Contudo, não houve dados sobre tais sintomas no presente estudo.

O IMC não foi um dado presente em todos os prontuários, houve 91 pacientes que apresentavam esse dado. Desses, 12 pacientes são obesos, rotulados assim por terem IMC > 30kg/m². Há um maior acometimento por lesões pré-neoplásicas em pacientes eutróficos e com sobrepeso, enquanto em pacientes obesos há uma maior prevalência de neoplasias benignas (FREITAS *et al.*, 2020; JOCHEM; LEITZMANN, 2016; KWON *et al.*, 2017). Apesar de ter sido uma informação negligenciada dentro dos prontuários, os pesquisadores optaram por manter devido ao fato da obesidade ser fator de risco e a perda de peso ser um sintoma relevante na clínica dos pacientes com diagnóstico de CCR (LINS; CAPARELI; HASHIMOTO, 2016).

Tradicionalmente, três segmentos de localização do câncer definem os subtipos de CCR: cólon proximal, cólon distal e reto (KEUM; GIOVANNUCCI, 2019). Nota-se uma amostra, principalmente, de localização retossigmoide (36,8%) e cólon distal (29,0%), o que condiz com uma maior proporção de tumores colorretais localizados em cólon proximal, com o avanço da idade (MURPHY *et al.*, 2018).

A presença de fatores de risco de CCR em diferentes locais anatômicos tem sido relatada. O hábito de fumar é acompanhado de 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 *et al.*, 2018; BOTTERI *et al.*, 2018) 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; GIOVANNUCCI, 2019). O consumo de álcool foi identificado também como carcinógeno devido a seus danos à mucosa intestinal e à estimulação da proliferação celular com conseqüente desenvolvimento neoplásico (MURPHY *et al.*, 2018).

Com relação à histopatologia, nota-se que a amostra analisada, em concordância com outros dados na literatura, foi composta, predominantemente por CCR do tipo adenocarcinoma (SARDINHA *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 (OLIVEIRA *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2023). Os demais tipos histológicos representaram uma pequena fração dos registros, de modo que o segundo tipo mais frequente foi o adenoma, seguido do carcinoma escamoso celular. Esse achado foi discordante com o encontrado em outros estudos, em que o segundo tipo mais frequente foi o carcinoma (TEIXEIRA; VASCONCELOS, 2019).

O CCR é um tipo de câncer comumente primário, neste estudo obteve-se uma maior prevalência desse e uma menor de CCR secundário a outra neoplasia, como pulmão e próstata. O CCR metastatiza comumente para fígado, pulmão e SNC (LINS; CAPARELI; HASHIMOTO, 2016). A taxa de metastização do CCR é de aproximadamente 39%, de modo que 10% a 25% dos casos de CCR quando diagnosticados já apresentam metástase 25% (MOURA *et al.*, 2020; BITTENCOURT *et al.*, 2018; YILDIZ *et al.*, 2021; BARBOSA *et al.*, 2019). Além disso, a sobrevida em 5 anos é de menos de 10% nos casos da doença metastática (ABDALLAH, 2019).

No presente estudo, a maioria dos informados 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 *et al.*, 2021; ERNANI *et al.*, 2021). 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 (FILLMANN *et al.*, 2021).

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 (CARVALHO, 2019; ABDALLAH, 2019).

A partir da análise dos prontuários, notou-se que os pacientes já possuíam diagnóstico estabelecido em níveis menores de complexidade e foram referenciados para a Unicca com menos de 6 meses de sintomatologia. A importância do rastreio e, conseqüentemente, o diagnóstico precoce desse tipo de CA está relacionado aos exames utilizados para diagnóstico. Apesar da colonoscopia ser o exame padrão ouro para diagnóstico do CCR, é um exame que possui limitações, como a não percepção de lesões, com uma taxa média de até 24% de adenomas despercebidos em geral (FREITAS *et al.*, 2020).

A necessidade do diagnóstico precoce está diretamente ligada com o início de tratamento precoce. O presente estudo demonstrou uma relevância estatística no que se refere ao início do tratamento após o tempo de diagnóstico, tendo em vista que a maioria dos prontuários analisados tiveram o diagnóstico e o tratamento realizado em até seis meses. É importante ressaltar que a Lei nº12.732, estabelece o início do tratamento de cânceres malignos logo após o diagnóstico, no Brasil, em até 60 dias. Dessa forma, em geral, os pacientes estão dentro desse prazo. Outro fator que contribui para um diagnóstico mais rápido, é quanto a sintomatologia do câncer de colorretal, pois o desenvolvimento dos sintomas nessa neoplasia é tardio, facilitando o diagnóstico em tempo menor que 6 meses após o surgimento de queixas (GIRARDON; JACOBI; MORAES, 2022). Outro fator importante, é a correlação do tempo de diagnóstico com o estadiamento, sendo que 50% dos pacientes são diagnosticados já em estágios avançados do câncer, enquanto o diagnóstico em pacientes em estágios iniciais é mais demorado devido à dificuldade de acesso à profissionais especializados (GIRARDON; JACOBI; MORAES, 2022).

Em Goiás 34,4% dos casos de CCR obtiveram tratamento após 60 dias e mais de 50% desses casos já estavam em estágio avançado (3 e 4) do câncer (BORGES; RODRIGUES, 2021). Além disso, a espera pelo tratamento é um desafio, estima-se um tempo médio de espera de 62,2 dias, o que interfere na possibilidade de tratamento precoce e no possível uso de terapias mais agressivas devido ao avanço para estágios mais graves do câncer em estudo (LIMA *et al.*, 2019).

O presente estudo, encontrou como desafio a extração dos dados dos prontuários, devido a caligrafia médica trazer dificuldade para entendimento dos pesquisadores, assim como, a falta de dados em prontuários. Muitas variáveis se encontram comprometidas por falta de informação devido ao descuido dos profissionais ao preencher os dados exigidos no prontuário escrito. Portanto, é 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.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o período analisado, o perfil epidemiológico do CCR foi de 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, são pacientes com tumor em reto-sigmóide, 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 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 correto de prontuários.

8. REFERÊNCIAS

- ABDALLAH, E. A. **Identificação de células tumorais circulantes e outros componentes sanguíneos em pacientes com câncer de cólon localizado**. Tese (Doutorado em Oncologia) - Fundação Antônio Prudente, São Paulo, p. 176. 2019.
- BITTENCOURT, M. J. S., *et al.* Cutaneous metastasis of colorectal cancer. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, n. 93, v. 6, p. 884-886, 2018.
- BORGES, M. S. R.; RODRIGUES, A. P. S. Painel Oncologia – Goiás: tempo de diagnóstico até o início do tratamento oncológico. **Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Superintendência de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**. v. 22, n. 3, p. 1-10, 2021.
- BOTTERI, E., *et al.* Smoking and Colorectal Cancer Risk, Overall and by Molecular Subtypes: A Meta-Analysis. **The American Journal of Gastroenterology**. v. 115, n. 12, p. 1940-1949, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23** de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Fausto Pereira dos Santos. **Portaria nº 958, de 26 de setembro de 2014**. Aprova as Diretrizes e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. Ministério da Saúde. 2014 [cited 2021 Set 20]. Available: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/24/MINUTA-Portaria-SAS-DDT-Colon-e-Reto-23-09-2014-corrigido-em-24-11-2014.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária, n. 29**, Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 25ª Edição **Manual de Bases Técnicas da Oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais**. Maio de 2019.
- BRAY, F., *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. v. 68, p. 394-424, 2018.
- CARVALHO, R. A. O. **Análise do perfil epidemiológico e sobrevida de pacientes com câncer colorretal em um hospital universitário de 2000 a 2010**. 2014. p. 1-85. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2014.
- CARVALHO, T. C. **Câncer colorretal: estudo do efeito idade-período-coorte na incidência em quatro regiões da América Latina**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Ambiental. 2019. p. 1-126.

CORDEIRO, F., *et al.* Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. **São Paulo: AMB/CFM**, 2001. 12p.

ERNANI, L., *et al.* Protocolo de transplante hepático para metástase colorretal irresssecável. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 34, n. 4, 2021.

FEY, A. Perfil epidemiológico e evolução dos pacientes com câncer do cólon e reto atendidos no Hospital Regional Alto Vale no ano de 2008. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v, 39, n. 4, p. 62-67, 2010.

FILLMANN, L. S., *et al.* Ovarian Metastasis from Colorectal Adenocarcinoma. **Journal of Coloproctology**, v. 41, n. 2, p. 176–181, 2021.

FREITAS, B. A., *et al.* Obesidade e desenvolvimento de adenoma estão associados como precursores do câncer colorretal? **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**. v. 33, n. 1, 2020.

GIRARDON, D. T.; JACOBI, L. F.; DE MORAES, A. B. Epidemiologia de pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico em hospital público de referência. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. v. 10, n. 1, p. 01-05, 2022.

GOSSELIN, T. K., *et al.* The symptom experience in rectal cancer survivors. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 52, n. 5, p. 709-718, 2016.

HABR-GAMA, A., *et al.* Prevenção e Rastreamento do Câncer Colorretal. In: CAMPOS, F.G.C.M; REGADAS, F.S.P; PINHO, M. Tratado de Coloproctologia. **Atheneu**. p. 331-338, 2012.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2023 Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 07/04/2023

JOCHEM, C.; LEITZMANN, M. Obesity and Colorectal Cancer. **Recent Results Cancer Research**. v. 208, p. 17-41, 2016.

KEUM, N.; GIOVANNUCCI, E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**. v. 16, n. 12, p. 713-732, 2019.

KWON, J., *et al.* Obesity Markers as Predictors for Colorectal Neoplasia. **Journal of Obesity & Metabolic Syndrome**. v. 26, n. 1, p.28 - 35, 2017.

LI, J.; BARBOSA, L.E.R. Carcinoma retal com metástases hepáticas sincrônicas. **Journal of Coloproctology**, n. 39, v. 4, p. 365-372, 2019.

LIMA, M. A. N. Fatores associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil (2006-2015). **Fundação Oswaldo Cruz**, 2019. (Tese de pós-graduação)

LINS, L.P.; CAPARELI, F.; HASHIMOTO, C.L. Câncer colorretal. In: MARTINS, M.D.A., *et al.* Clínica Médica, Volume 4: **Doenças do Aparelho Digestivo, Nutrição e Doenças Nutricionais**. Editora Manole LTDA, p. 458-468, 2016.

LOBO, F. L. R.; DEL GIGLIO, A.; AGUIAR, P. C. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER COLORRETAL. **Clinical Oncology Letters**. 2020. <https://doi.org/10.4322/col.2019.005>

LOPES, J. C., *et al.* Eficácia do uso do ácido acetilsalicílico na prevenção de câncer colorretal: revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**. n. 3, v. 5, p. 8085-8098, 2022.

MALLMANN, G. D. P. et al. Câncer colorretal. **Acta méd. (Porto Alegre)**; 38: [7], 2017.

MARLEY, A. R.; NAN, H. Epidemiology of colorectal cancer. **International Journal of Molecular Epidemiology and Genetics**, v. 7, n. 3, p. 105, 2016. Disponível em: [</pmc/articles/PMC5069274/>](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35069274/). Acesso em: 21 maio 2023.

MATOS, M. B.; BARBOSA, L. E.; TEIXEIRA, J. P. Narrative review comparing the epidemiology, characteristics, and survival in sporadic colorectal carcinoma/Lynch syndrome. **Journal of Coloproctology**. v. 40, n. 1, p. 73-78, 2020.

MAURI, G., *et al.* Early-onset colorectal cancer in young individuals. **Molecular Oncology**. v. 13, p. 109-131, 2018.

MAYER, R. J. Neoplasias do trato gastrointestinal inferior. In: JAMESON, J.L. Interna de Harrison, **Artmed**, 20ª edição, p. 571-577, 2020.

MEDEIROS, M.M., *et al.* Rastreamento e diagnóstico precoce de câncer colorretal: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar em Saúde**. v. 5, n. 2, p. 310-327, 2018.

MOURA S.F., *et al.* Padrão Sintomatológico em Pacientes do Câncer Colorretal de acordo com a Idade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 66, v.1, p. e-15474-e-15480, 2020.

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**. v. 17, n. 7, p. 1323-1331, 2019.

OLIVEIRA, C. V. C. **Impacto dos fatores histopatológicos no prognóstico das metástases hepáticas do câncer colorretal: revisão sistemática e metanálise**. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, p. x, 2019

OLIVEIRA, M. M., *et al.* Disparidades na Mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 21, 2018.

PUCCI, A. D. **Vista do Perfil Clínico-Epidemiológico do Câncer Colorretal na Região Oeste do Paraná, Brasil, 2016-2018**. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3143/2589>. Acesso em: 24 abr. 2023.

PULLIG, E.A. **Câncer colorretal no Brasil: aspectos topográficos e epidemiológicos (2000-2011)**. 2019. p. 1-69. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Iniciação Científica do Curso de Medicina - Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis-Goiás, 2019.

RIBEIRO, L. C. H. et al. Prevalência dos fatores de risco e sua relação com as neoplasias colorretais em um centro de endoscopia. **Journal of Coloproctology**. v. 42, 2022.

RIBEIRO, L. C. H. Prevalência de adenomas e adenocarcinomas colorretais e sua associação com fatores de risco em um centro de colonoscopia ambulatorial. **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**. 2023. (Tese de mestrado)

ROSSI, M.; JAHANZAIB, A. M.; USMAN, A.; KESHAVARZIAN, A.; BISHEHSARI, F. Colorectal Cancer and Alcohol Consumption-Populations to Molecules. **Cancers**. v. 10, n. 2 p. 38, 2018.

SANTOS, A.C.B., *et al.* O rastreio do câncer colorretal baseado em evidências. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v. 35, n. 2, p. 49-55, 2021.

SANTOS, M., *et al.* Diretrizes Oncológicas. **Doctor Press Ed. Científica**, capítulo 18 e 19, 2019.

SCANDIUZZI, M. C. P.; CAMARGO, E. B.; ELIAS, F. T. S. Câncer colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. **Revista Brasília Médica**. v. 56, p. 8-13, 2019

SILVA, M.; ERRANTE, P. R. Câncer Colorretal: Fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 33, p. 133-140, 2016.

SOUSA, D.A., *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de câncer colorretal notificados no estado do Piauí, Brasil. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 8, p. 1-8, 2022.

TEIXEIRA, A. K. S; VASCONCELOS, J. L. A. Histopathological profile of patients diagnosed with malignant tumors assisted in a hospital of reference of Agreste Pernambucano. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 55, n. 1, p. 87-97, 2019.

TURNER, J. R. O trato gastrointestinal. In: KUMAR, V; ABBAS, A.K; ASTER, J.C. **Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças**, Elsevier Editora Ltda, p.772-843, 2016.

VALLE, T.D.; TURRINI, R.N.T.; POVEDA, V.B. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 25. p. 1-9, 2017.

YILDIZ, O., *et al.* Survival outcome of pulmonary metastasectomy among the patients with colorectal cancers. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 67, n. 7, p. 1015-1020, 2021.

APÊNDICE A**Instrumento de Coleta de Dados**

1. Sexo () Masculino () Feminino
2. Idade:
3. Município de residência:
4. Profissão:
5. Peso:
6. Altura:
7. Queixa principal que levou à procura do serviço de saúde:
() cólica () dor () sangue nas fezes () outros
8. Sintomas gerais:
() cólica () dor () sangue nas fezes () outros
9. Achados do exame físico:
10. Exame complementar utilizado para diagnóstico:
() Tomografia Computadorizada () colonoscopia () biópsia () outros
11. Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico:
() menor 06 meses () 06 meses a 01 ano () acima 01 ano
12. Outras doenças associadas:
() HAS () Diabetes () outros tipos CA
13. Se é secundário ou metástase de câncer anteriormente diagnosticado se sim, qual?
14. Histórico familiar de câncer (familiares de primeiro grau - pai, mãe e irmãos)
15. Estadiamento tumoral:

tumores primários (T) linfonodos regionais (N) metástase a distância (M)

16. Início do tratamento pós diagnóstico:

a menos de 06 meses 06 meses a 01 ano mais de 01 ano

17. Qual tratamento utilizado:

quimioterapia radioterapia ressecção cirúrgica terapias associadas
outros

18. Qual tipo de neoplasia:

Adenocarcinoma Carcinoma Sarcoma Linfoma Tumor Estromal
Gastrointestinal

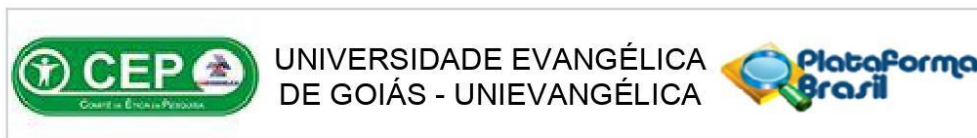
19. Localização tumoral:

Cólon Ascendente Cólon Transverso Cólon Descendente Sigmóide
) Reto Ânus

20. Local de metástase:

Não houve metástase Pulmão Fígado SNC

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico e clínico de pacientes diagnosticados com câncer de colorretal em uma Unidade de Combate ao câncer em Anápolis- Goiás

Pesquisador: Constanza Thaise Xavier Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58301022.3.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.585.655

Apresentação do Projeto:

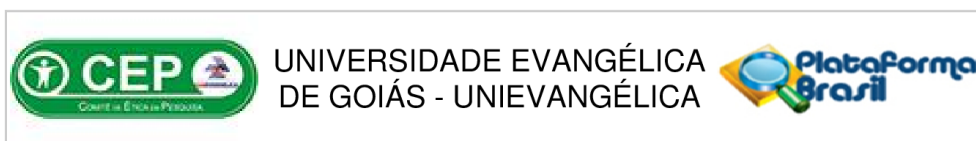
Informações conforme documentos: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1928082 e ProjetoTCC

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, em decorrência de fatores genéticos e questões associadas aos hábitos de vida, como consumo excessivo de bebidas alcoólicas, ingestão de gordura animal, tabagismo e falta de exercícios (MARLEY; NAN, 2016; SANTOS et al., 2019; INCA, 2020). Quanto aos aspectos clínicos, os sinais e sintomas são silenciosos, os quais dependem da região acometida variando entre cólicas abdominais até hematoquezia (MALLMANN et al., 2017)

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 (BRAY et al., 2018). Já no Brasil, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CCR é o segundo mais frequente em homens com incidência de 15,40/100 mil, e o terceiro em mulheres na região Centro-Oeste com 15,24/100 mil, em Goiás as estimativas de número de casos para 2020 são as mesmas para ambos os sexos (INCA, 2020). Já em relação à mortalidade de modo geral no Brasil as mulheres possuem maiores números em óbito do que os homens (INCA, 2020).

A história natural do CRR propicia condições ótimas para a detecção precoce, por se desenvolver,

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.585.655

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 em fases iniciais (CANDIUZZI; CAMARGO; ELIAS, 2019). O prognóstico e as chances de cura são ótimas para os casos diagnosticados em estágios iniciais, e para o câncer metastático, em estágios mais avançados, são mínimas (BRASIL, 2010).

O tratamento do CRR 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 paciente (BRASIL, 2014, 2019). 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 (MENEZES et al., 2016).

A fim de se obter mais informações sobre o direcionamento das políticas públicas para o rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer colorretal, tem-se como objetivo determinar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre julho de 2018 a julho de 2021 atendidos em uma unidade de combate ao câncer em Anápolis - Goiás.

Metodologia

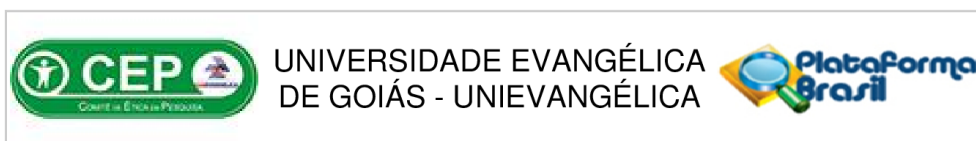
Tipo de estudo e local da pesquisa: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e retrospectivo. Será utilizado dados clínicos e epidemiológicos de prontuários dos pacientes diagnosticados com câncer de colorretal da Unidade de Combate ao Câncer (Unicca) Fanstone e Rosa do Hospital Evangélico Goiano (HEG) em Anápolis, Goiás entre os anos de 2018 a 2021.

População e Amostra: O estudo será realizado no município de Anápolis – GO, que se situa a 53 km da capital goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste.

Segundo o último censo em Anápolis-GO do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020 a população estimada em 391.772 habitantes.

Compõem a população de estudo todos os pacientes diagnosticados com câncer de colorretal entre os anos de julho de 2018 a julho de 2021 na Unidade de Combate ao Câncer (Unicca) Fanstone e Rosa do HEG. No período de pesquisa foram diagnosticados 274 pacientes com câncer colorretal.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.585.655

Coleta de dados: Os dados serão obtidos por meio do acesso a prontuários dos pacientes disponibilizados pela Unicca - Fanstone e Rosa do HEG em uma sala reservada para coleta dos dados, sendo que neste local entrarão apenas os pesquisadores, sem celulares e/ou aparelhos eletrônicos, desse modo eliminamos problemas que poderiam ocorrer com informações vazadas sem autorização.

Além disso, o estudo contará com a assinatura do responsável pela instituição com o termo de participante (Anexo A) e termo de autorização de manuseio de dados (Anexo B).

Os critérios de inclusão do estudo são pacientes que tiveram o diagnóstico confirmado em julho de 2018 de CCR, passaram por algum tipo de tratamento no período do ano do diagnóstico até julho/2021 e sejam pacientes do HEG. Já os critérios de exclusão serão pacientes que tenham interrompido o tratamento voluntariamente durante o tempo analisado e pacientes cujos dados nos prontuários apresentam-se incompletos.

Como instrumento para coleta de dados (Apêndice 1), será utilizado um instrumento criado pelos autores de acordo com os objetivos de pesquisa.

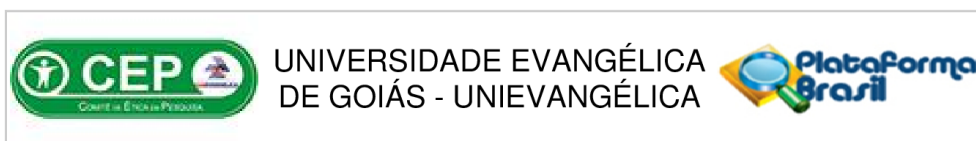
Análise dos dados: Os dados serão transcritos para planilha no Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados serão analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0, para a realização da análise estatística descritiva, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Determinar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com câncer de colorretal entre julho de 2018 a julho de 2021 em uma Unidade de Combate ao Câncer em Anápolis - Goiás.

Objetivos específicos: Identificar perfil sociodemográfico (sexo, idade, profissão, município de residência) da população do estudo; Descrever o perfil clínico quanto aos principais sintomas, ao surgimento secundário devido a metástases de outros cânceres e histórico familiar do câncer colorretal da população estudada; Avaliar os fatores prognósticos como manejo e acesso ao tratamento, idade e presença de metástases e locais afetados correlacionando com o tempo de diagnóstico.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.585.655

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos riscos: Os pesquisadores descreveram o risco de identificação dos prontuários e como serão manuseado no local, provavelmente não haverá risco de extravio.

Avaliação dos benefícios: os benefícios indiretos foram estabelecidos e dizem respeito ao possível surgimento de estratégias em saúde que possam auxiliar na assistência ao paciente com CCR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás, sob a orientação do Prof^a Constanza Thaise Xavier. É um estudo com prontuários e os pesquisadores previram os riscos e os benefícios inerentes a pesquisa com prontuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS No. 466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados e estão conforme o solicitado para aprovação ética.

Recomendações:

Ao manusear os prontuários impressos, não fazê-los se alimentando para evitar danos estruturais aos documentos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável atende todas as orientações da construção de um projeto de pesquisa e da Resolução CNS 466/12 e complementares.

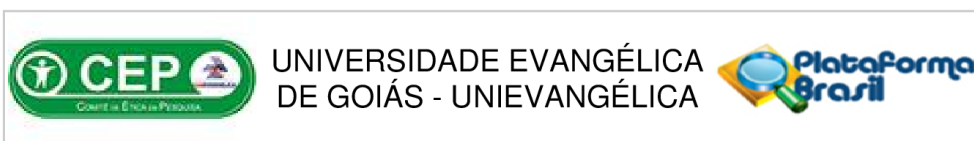
Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1928082.pdf	29/04/2022 14:48:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLE.pdf	29/04/2022 10:51:35	LAYANNA NAYRA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoTCC.docx	29/04/2022	LAYANNA NAYRA	Aceito

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 5.585.655

/ Brochura Investigador	ProjetoTCC.docx	10:39:11	DOS SANTOS	Aceito
Outros	ManuseiodeDados.pdf	28/04/2022 18:10:47	LAYANNA NAYRA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.pdf	28/04/2022 18:10:17	LAYANNA NAYRA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	28/04/2022 18:08:15	LAYANNA NAYRA DOS SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	RESPONSABILIDADEPESQUISADOR.pdf	22/04/2022 12:49:59	LAYANNA NAYRA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 16 de Agosto de 2022

Assinado por:
Lucimar Pinheiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br