

Registro de câncer colorretal no Sistema Público de Saúde do Brasil, de 2015 a 2023

Colorectal cancer registry in the Brazilian Public Health System, from 2015 to 2023

Mateus de Barros Carneiro Silva¹, Maria da Penha Zago-Gomes²

RESUMO

Introdução: Câncer colorretal é uma neoplasia comum acima de 50 anos. Estudos apontam aumento de casos na população jovem. **Objetivo:** Devido à alta prevalência, torna-se importante avaliar a mudança dos padrões epidemiológicos. **Método:** Estudo observacional, descritivo e transversal, o estudo utilizou bases de dados epidemiológicos do DataSus de pacientes internados por câncer colorretal no Brasil. **Resultados:** Entre 2015 e 2023 foram registradas 683.388 internações (422.100 de cólon e 261.288 de retossigmoide/canal anal), sendo 50,7% masculinos, 53% da cor/raça branca, 31,54% pardos e 4,2% pretos. A maioria dos casos são da região sudeste e 19,7% com menos de 50 anos. O Espírito Santo tem 1,87% da população brasileira e 3,54% das internações, o sexo feminino foi superior (50,1%) e distribuição de cor/raça predominou pardos (61%). Analisando os anos 2016 e 2023 mostrou: aumento de 39% para câncer de cólon e 38% de retossigmoide/canal anal; aumento de número de casos em indivíduos de cor/raça preta (96% das internações); aumento do câncer de intestino em 29,9% até 49 anos e 41,8% entre 50 anos ou mais. **Discussão:** Os dados brasileiros do DataSus não corroboram com estudos internacionais, quanto ao aumento de câncer colorretal precoce (abaixo de 50 anos), trazem informações importantes sobre cor/raça e diferenças epidemiológicas no Espírito Santo. **Conclusão:** O câncer colorretal é uma doença com crescente ônus nacional, passível de controle através de avanços em sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. Os dados epidemiológicos deste estudo apontam para diferenças locais que necessitam de mais estudos para compreensão.

Palavras-chave: Neoplasias Retais; Câncer de Intestino; Câncer de Cólon; Epidemiologia; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is a common neoplasm over the age of 50 years. Studies show an increase in cases in the younger population. **Objectives:** Due to its high prevalence, it is important to assess the changes in the epidemiological patterns. **Method:** Observational, descriptive and cross-sectional, the study used the DataSus epidemiological databases of patients hospitalized for colorectal cancer within Brazil. **Results:** Between 2015 and 2023, 683,388 hospitalizations were recorded (422,100 colon and 261,288 rectosigmoid/anal canal), of which 50.7% were male, 53% white, 31.54% brown and 4.2% black. Most cases are from the southeast region and 19.7% are under the age of 50 years. The state of Espírito Santo has 1.87% of the Brazilian population and 3.54% of hospitalizations, the prevalence rate on the female sex was higher (50.1%) and the color/race distribution was predominantly brown (61%). Analyzing the years 2016 and 2023 showed an increase of 39% for colon cancer and 38% for rectosigmoid/anal canal cancer; an increase in the number of cases in individuals of black color/race (96% of hospitalizations); an increase in bowel cancer of 29.9% up to 49 years of age and 41.8% between 50 years and over. **Discussion:** The Brazilian data from DataSus do not corroborate with international studies regarding the increase in early colorectal cancer (under 50 years of age), but they do provide important information on color/race and epidemiological differences in the nation and the state of Espírito Santo. **Conclusion:** Colorectal cancer is a disease with a growing national burden that can be controlled through advances in prevention, early diagnosis and treatment. The epidemiological data from this study point to local differences that require further studies to be understood.

Keywords: Rectal Neoplasms; Bowel Cancer; Cólon Cancer; Epidemiology; Unified Health System (SUS).

¹ Residência Médica de Clínica Médica, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

² Departamento de Clínica Médica, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência:

mateusbcsilva3@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2024 Mateus de Barros Carneiro Silva, Maria da Penha Zago-Gomes.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

11/9/2024

Aprovado:

11/10/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é o uma das mais estudadas doenças oncológicas do planeta^{1,2,3,4,5}, sendo originado do acúmulo gradual ou intempestivo de mutações oncogênicas nas células tronco presentes no cólon e reto, com subsequente formação de criptas aberrantes, pólipos, adenomas e, por fim, carcinomas¹. A condição é frequentemente assintomática em estágios iniciais, com sintomas inespecíficos como mudança do padrão evacuatório, perda de peso e fadiga aparecendo mais tardiamente^{1,2}. Está intimamente relacionado ao estilo de vida ocidental, tendo como principais fatores de risco a obesidade, o sedentarismo, uma dieta rica em carne vermelha, alimentos processados, bebidas açucaradas e pobre em cálcio e vitamina D, a diabetes mellitus tipo II e dependências como o alcoolismo e o tabagismo^{1,3,4,5,6,7}. Com a progressão desses fatores de risco em diversas nações^{1,2,3,5}, o impacto desta morbidade na condição física, psiquiátrica e frequentemente financeira da população é cada vez mais relevante.

O câncer colorretal é o segundo câncer mais comum em mulheres e o terceiro em homens^{1,5}, sendo atribuído 10% das mortes por neoplasia no planeta^{1,3,4,7,8}. Ao avaliar individualmente as nações, existe uma dicotomia evidente: apesar de ser classicamente relacionada à idosos de países desenvolvidos, nestes a incidência da doença na faixa etária maior que 50 anos estabilizou ou mesmo reduziu^{2,7}, porém em pacientes pertencentes à parcela de baixa renda da população, grande parte da qual composta por etnias não-branca, houve aumento do câncer colorretal precoce (CCRP) nos indivíduos menores de 50 anos^{3,4,7}.

No Brasil a situação atual também é preocupante. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer colorretal é o segundo mais incidente e o terceiro que mais mata no país em ambos os sexos, num total de 45.630 novos casos em 2023 e 21.260 mortes em 2021⁹. No Espírito Santo, estado da região Sudeste do Brasil, não há estudos epidemiológicos do câncer colorretal. Considerando as alterações no padrão da doença no exterior e os possíveis impactos socioeconômicos relacionados à elas, esse

trabalho visa analisar as mudanças epidemiológicas nacionais e no estado do Espírito Santo, através da análise dos dados do DataSUS, sistema público do governo brasileiro onde são registrados as apenas as internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), analisando através do Código Internacional de Doenças (CID) da enfermidade motivadora da busca da assistência e os dados epidemiológicos dos pacientes, com atenção especial nas informações de faixa etária e cor/raça.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico observacional, descritivo e transversal com amostras constituídas por dados registrados no DataSus referentes aos pacientes internados nas unidades hospitalares de saúde pública no Brasil que apresentaram neoplasias, utilizando o CID 10^a edição (CID 10), com diagnóstico de neoplasia maligna de cólon (C 18.0 até C18.9) e Neoplasia de retossigmoide (C19), reto (C20) e ânus ou canal anal (C-21), esses últimos três agrupados no DataSUS como “Neoplasias de retossigmoide e canal anal”. Os dados disponíveis para consulta pública denominado “Neoplasia maligna do cólon”, provavelmente a maioria dos casos refere-se a adenocarcinoma de cólon. Enquanto o outro grupo denominado “Neoplasia maligna da junção retossigmoide, reto, ânus e canal anal” não é possível separar as informações e deve haver dados de pacientes portadores de adenocarcinoma e de carcinoma espinocelular. No DataSus existe os registros a partir de 2015, sendo selecionados todos os dados dentre os anos 2015 até 2023 e analisando o número de internações por região, sexo, raça/etnia e faixa etária. Foi avaliado também, em separado, os dados do estado brasileiro onde a instituição dos autores pertence, que é o do Espírito Santo, na região Sudeste do Brasil. Os dados extraídos do DataSus foram gerados em tabelas do programa Excel; posteriormente foram agrupados e organizados em novas tabelas de Excel, com a soma final dos 2 grupos (“Neoplasia maligna do cólon” + “Neoplasia maligna da junção retossigmoide, reto, ânus e canal anal”), sendo que os re-

sultados foram expressos em frequências. Como o ano de 2015 tinha vários estados brasileiros sem informação, optou-se por apresentar os dados contendo os casos destes anos apenas no número total e retirando o ano de 2015 na análise da evolução dos dados de internações.

RESULTADOS

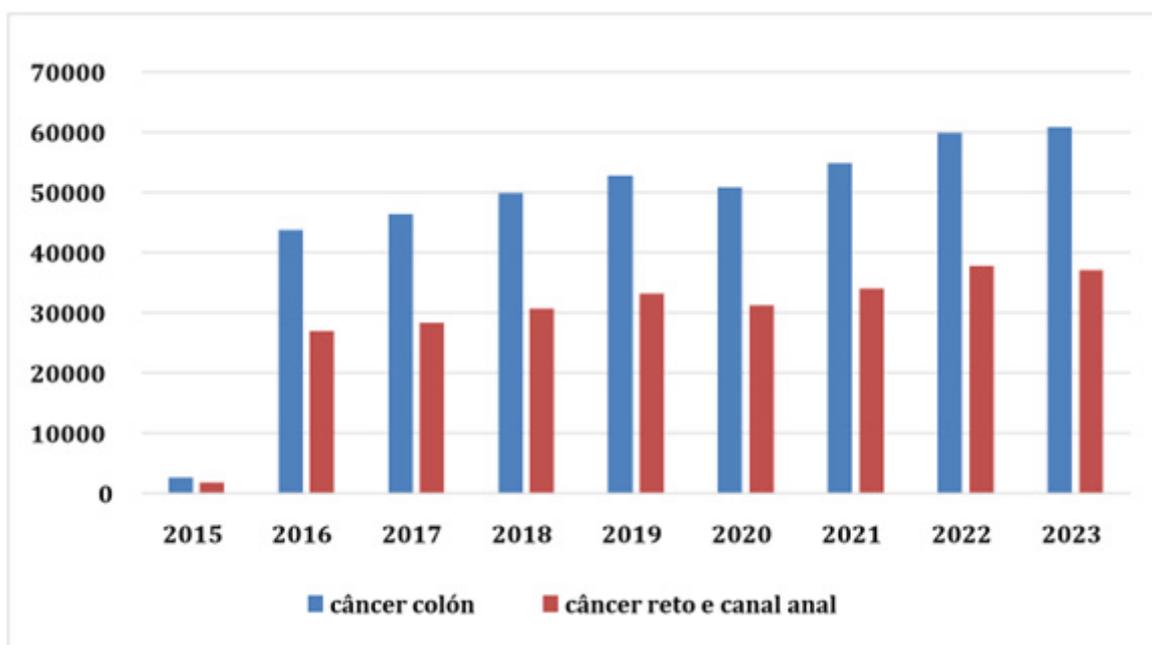
Quando somados os casos de internação clínicas e/ou cirúrgicas de câncer de cólon e câncer de retossigmoide + reto registrados no sistema SUS no Brasil entre os anos de 2015 e 2023 foram observadas de 683.388 internações, sendo 422.100 classificados com o “Neoplasia maligna do cólon” e 261.288 caso de “Neoplasia maligna da junção retossigmoide, reto, ânus e canal anal”. No ano de 2015 existem poucos registros, porém em 2016 foram registrados 43.804 registros de câncer de cólon e em 2023 esse número subiu para 60.867 internações, representando um aumento de 39%, representando uma tendência de progressão. Houve um comportamento semelhante no câncer retossigmoide + canal anal, com registro de 26.923 casos em 2016 e 37.148 em 2023, representando acréscimo de 38%.

A Figura 1 mostra a distribuição das internações e pode ser observado o crescimento dos casos com o passar dos anos, exceto no ano de 2020, período da pandemia do COVID-19, onde as internações ficaram bloqueadas e o tratamento e diagnóstico de neoplasias foi impactada no Brasil e em várias partes do mundo.

A Tabela 1 mostra os principais dados epidemiológicos extraídos dos dados oficiais do governo brasileiro sobre as internações de pacientes com câncer colorretal no período analisado. No Espírito Santo somente temos os dados a partir de 2016, quando foram realizadas 23.758 internações de pacientes com câncer colorretal, significando 3,47% dos diagnósticos no Brasil¹⁰. Esse dado é relevante, considerando que em 2022, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o Brasil tem cerca de 208.000.000 habitantes e o Espírito Santo tem cerca de 3.800.000 pessoas, representando 1,87% da população brasileira^{10,11}.

A distribuição de idade dos pacientes com diagnóstico de câncer colorretal internados mostrou o predomínio dos pacientes entre 60 e 69 anos, porém um grande número pode ser observado em menores de 50 anos, principalmente entre pacientes de 40 a 49 anos, como pode ser observado na Figura 2.

FIGURA 1. Internações por de câncer de cólon e câncer de retossigmoide e canal anal no Sistema Único de Saúde do Brasil, 2015-2023



Fonte: Dados extraídos do DATASUS/TABNET em 06 de junho de 2024.

TABELA 1. Dados epidemiológicos de pacientes internados com câncer de colón e câncer de retossigmoide e canal anal no sistema público no Brasil e no Estado do Espírito Santo

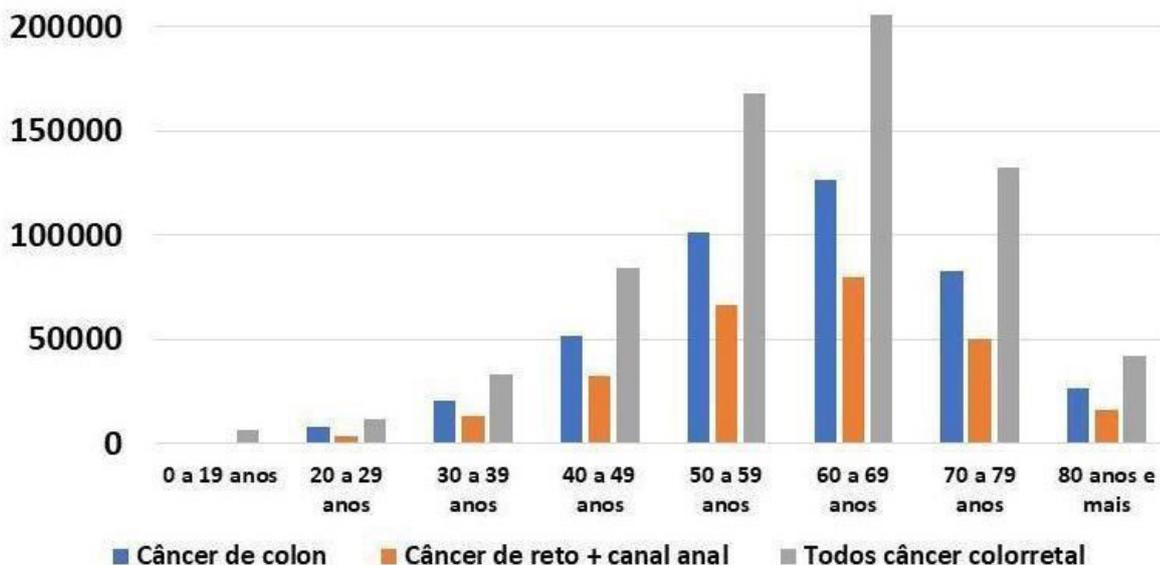
INTERNAÇÕES CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL 2015 -2023			
	Câncer de colón	Câncer de retossigmoide e canal anal	Total câncer colorretal
	N=422.100	N=261.288	N= 683.388
Sexo			
Masculino	209.679 (49,7%)	137.034 (52,4%)	346.713 (50,7%)
Feminino	212.421 (51,3%)	124.254 (47,8%)	336.675 (49,3%)
Cor/raça			
Branca	232.898 (55,12%)	133.860 (51,34%)	366.378 (53,64%)
Preta	16.908 (4,0%)	11.932 (4,5%)	28.840 (4,2%)
Parda	128.660 (30,4%)	86.714 (33,24%)	215.374 (31,54%)
Amarela	5.099 (1,25%)	3.017 (1,1%)	8.116 (1,2%)
Indígena	100 (0,03%)	65 (0,02%)	165 (0,02%)
Sem informação	38.435 (9,2%)	25.700 (9,8%)	64.135 (9,4%)
Regiões do Brasil			
Norte	8.058 (1,9%)	6.974 (2,6%)	15.032 (2,1%)
Nordeste	57.356 (13,5%)	41.311 (15,8%)	98.667 (14,4%)
Sudeste	189.630 (44,9%)	125.648 (48,0%)	315.278 (46,1%)
Sul	141.296 (33,4%)	73.152 (27,9%)	214.448 (31,8%)
Centro-Oeste	25.760 (6,3%)	14.203 (5,7%)	39.963 (5,6%)
Faixa etária			
Até 49 anos	86.176 (20,4%)	48.794 (18,6%)	134.970 (19,7%)
50 anos ou mais	335.924 (79,6%)	212.494 (81,4%)	548.418 (80,3%)
INTERNAÇÕES CÂNCER COLORRETAL NO ESPÍRITO SANTO 2016 -2023			
	Câncer de colón	Câncer de retossigmoide e canal anal	Total câncer colorretal
	N=14.970	N=8.788	N= 23.758
Sexo			
Masculino	7.580 (50,6%)	4.298 (48,9%)	11.878 (49,9%)
Feminino	7.390 (49,4%)	4.490 (51,1%)	11.880 (50,1%)
Cor/raça			
Branca	4.753 (31,7%)	2.486 (28,2%)	7.239 (30,4%)
Preta	612 (4,0%)	423 (4,8%)	1035 (4,3%)
Parda	8.898 (59,4%)	5.598 (63,7%)	14.496 (61,0%)
Amarela	55 (0,3%)	32 (0,3%)	87 (0,3%)
Indígena	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sem informação	652 (4,6%)	249 (3,0%)	901 (4%)
Faixa etária			
Até 49 anos	2.634 (17,5%)	1.906 (21,6%)	4.540 (19,1%)
50 anos ou mais	12.336 (82,4%)	6.882 (78,3%)	19.218 (80,8%)

Fonte: Dados extraídos do DATASUS/TABNET em 06 de junho de 2024.

Na avaliação da evolução dos dados no período de 2016 até 2023, pode ser observado que a variável cor/raça apresentou diferença entre as duas apresentações do câncer colorretal, apresentando nítida prevalência de pacientes da cor/raça branca, com pequeno número de pacientes da cor preta nos

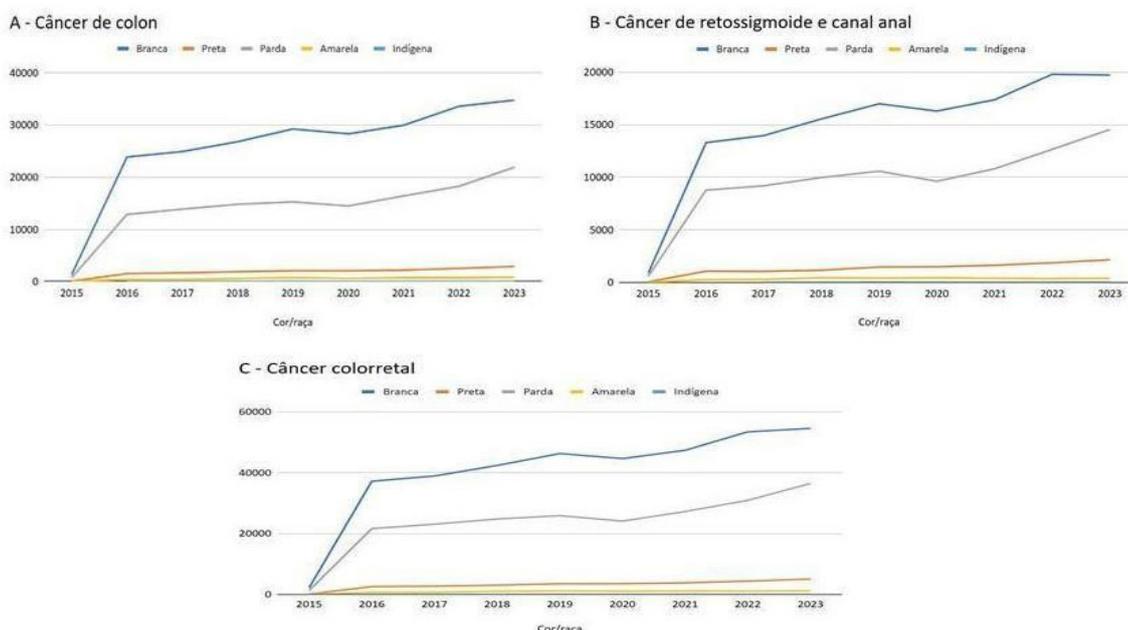
indivíduos com câncer de cólon, que divergiu no câncer de retossigmoide + canal anal, onde a maior frequência foi de preta e indígenas (Figura 3). Para análise em separado foi construída a Tabelas 2, na qual foi calculado o aumento em percentual (%), como pode ser observado a seguir.

FIGURA 2. Distribuição das faixas etárias de pacientes com internação por câncer de cólon e câncer de retossigmoide e canal anal no sistema público do Brasil, nos períodos de 2015 a 2023



Fonte: Dados extraídos do DATASUS/TABNET em 06 de junho de 2024.

FIGURA 3. Distribuição das informações sobre cor/raça dos pacientes com internação por câncer de cólon e câncer de retossigmoide e canal anal no sistema público do Brasil, nos períodos de 2015 a 2023, onde A se representa pacientes com câncer de cólon (CID 10: C-18), em B pacientes com neoplasia maligna de retossigmoide + canal anal ((CID 10: C20) e em C, representa a soma de A+B



Fonte: Dados extraídos do DATASUS/TABNET em 06 de junho de 2024.

TABELA 2. Dados epidemiológicos de pacientes internados com câncer de cólon e câncer de retossigmoide e canal anal no sistema público do Brasil, com foco na variação percentual dos valores no ano de 2016 e 2023

VARIÁVEIS	Câncer de cólon		Câncer de cólon		Câncer de reto-sigmoide e canal anal		Câncer de reto-sigmoide e canal anal		Câncer colorretal		Câncer colorretal	
	2016	2023	2016-2023	Variação %	2016	2023	2016-2023	Variação %	2016	2023	2016-2023	Variação %
	N=43.804	N=60.867			N=26.923	N=37.148			N=70.727	N=98.015		
SEXO												
Masc	21.878	30.247	38%		13.868	19.718	59%		35.746	49.965	40%	
Fem	21.926	30.620	40%		13.055	17.430	36%		34.981	48.050	37%	
IDADE (ANOS)												
<50	10.377	10.941	5%		5.332	6.518	22%		15.709	17.459	11%	
≥50	33.427	49.926	49%		21.591	30.630	42%		55.018	80.556	46%	
REGIÃO												
N	961	1.103	15%		730	1.089	49%		1.691	2.192	30%	
NE	5.863	8.190	40%		4.470	5.761	29%		10.333	13.951	35%	
SE	20.168	27.245	35%		13.471	17.532	30%		33.639	44.777	33%	
S	14.180	20.202	42%		6.641	10.572	59%		20.821	30.774	48%	
CO	2.632	4.127	57%		1.611	2.194	36%		4.243	6.321	49%	
COR/RAÇA												
Branca	23.873	34.788	47%		13.296	19.727	48%		37.169	54.515	47%	
Preta	1.515	2.903	92%		1.068	2.158	102%		2.583	5.061	96%	
Parda	12.866	21.904	70%		8.775	14.544	66%		21.641	36.448	68%	
Amar	424	821	94%		277	390	41%		701	1.211	73%	
Índig	11	13	18%		-	14	40%		11	27	147%	
Sem dado	5.115	438	-91%		3.507	315	-91%		8.622	753	-91%	

%; percentual; Masc: masculino; Fem: feminino; N: Norte; NE: Nordeste; SE: Sudeste; S: Sul; CO: Centro-Oeste; Amar: amarelo; indig: indígena. Fonte: Dados extraídos do DATASUS/TABNET em 06 de junho de 2024.

A partir dela se percebe um incremento de 46% no número de casos de câncer colorretal na população maior que 50, enquanto na população até 49 anos apresentou aumento de 11%, menor do que a população acima de 50 anos, porém ainda relevante. Mais significativo, porém, foi o aumento expressivo do número de internações pela neoplasia colorretal na população preta, com acréscimos de 96% em oposição ao de 47% na população branca. Já no Espírito Santo, indivíduos identificados como da cor/raça branca tiveram uma diferença de 35% entre 2016 e 2023 (743 aumentou para 1.101 internações), enquanto aqueles que se identificaram como pretos aumentaram de 51 para 2013 por ano (318% de aumento). Esses e outros dados referentes à evolução da enfermidade sob a luz de diferentes aspectos epidemiológicos também são apresentados na Tabela 2.

DISCUSSÃO

As mudanças nos padrões de vida e na medicina em geral tiveram impacto na epidemiologia de muitas doenças, o câncer colorretal não sendo exceção. Os dados do sistema público brasileiro mostram aumento de internações nos anos e também evidencia que esse aumento foi principalmente na população maior de 50 anos no Brasil. Esses dados são contrários aos padrões relatados nos estudos internacionais, deixado evidente uma sombria realidade: Não apenas os casos na população jovem, os quais são 95% são esporádicos^{3,4,7}, estão aumentando, como também houve falha considerável na tarefa de estabilizar o crescimento dessa neoplasia na população adulta/idosa nacional³, podendo apontar falha nos mecanismos públicos das medidas de prevenção, havendo grande chance de nas próximas décadas o Brasil e outros países subdesenvolvidos⁴ abrigarem a maior parte dos casos da doença.

Por outro lado, a análise demonstra o aumento no número de casos nas minorias étnicas encontrado pelos estudos estrangeiros^{3,6}, principalmente em afrodescendentes⁶, os quais tendem a apresentar a condição em estados mais avançados, apresentaram maior mortalidade e menor tempo livre

de doença após o tratamento^{3,6}. Os trabalhos estudados apontaram uma relação direta entre a mais precária situação socioeconômica dessa parcela da população, com menor acesso a planos de saúde, ambientes que estimulem hábitos saudáveis⁵ e menor entendimento sobre a enfermidade e a importância da aderência ao rastreamento^{3,5,6}. Apesar da população preta e parda, essa última apresentou maior aumento do número de casos no Espírito Santo, serem mais sujeitas à pobreza e baixa renda¹², esse trabalho não avaliou a relação da raça/etnia com aspectos relacionados ao prognóstico da doença da doença ou a renda média dos pacientes, logo generalizar esses resultados pode levar a equívocos. Vale lembrar também que no Brasil, principalmente na última década, houve uma maior conscientização do racismo estrutural, o que pode ser uma provável explicação para parte do aumento expressivo de registro de indivíduos de cor/raça preta.

No que tange à abordagem da condição neoplásica, tornou-se importante diferenciar os casos de CCRP dos cânceres colorretal clássico (CCRC). Em primeiro lugar, a natureza mais agressiva do tumor precoce, pela maior presença de oncogenes como o MMR, MUTYH, KRAS e os recém descobertos SFRP4 e COMP^{3,4,7}, além da baixa suspeição médica e retardo na busca de assistência pelos pacientes^{4,7}, fazem com que o diagnóstico se revele frequentemente nos estágios III e IV^{3,7}, limitando a utilização de técnicas endoscópicas, atualmente preferíveis em tumores T1 mesmo na invasão da submucosa¹, e aumentando o potencial mórbido das cirurgias ressectivas apesar dos avanços dos métodos laparoscópicos e da robótica nos tumores colônicos e retais, ainda que essas tecnologias necessitam de estudos¹.

Em terceiro lugar, o CCRP desenvolve-se com mais frequência no lado esquerdo do cólon^{3,4,7}. Apesar desse padrão precipitar emergências obstrutivas^{2,4}, ele também favorece o uso da retossigmoidoscopia flexível para diagnóstico precoce da doença, um exame não só menos custoso e desconfortável para o paciente, como também comprovadamente capaz de reduzir a mortalidade da doença em até 36%⁴, havendo sugestões de realizá-la de 5 em 5 anos^{4,5,8} a partir dos 40 anos³.

Ainda em relação ao rastreio do câncer colorretal, de forma geral, é atualmente indicado entre a idade de 45/50 até os 75 anos^{4,5,8} com as seguintes técnicas: Colonoscopia de 10 em 10 anos, retossigmoidoscopia de 5 em 5 anos, sangue oculto anual, o teste imunológico fecal (TIF) de anual ou bienal e o DNA fecal multialvo anual, bienal ou trienal^{4,5}. Todos os métodos mostraram redução da mortalidade pela doença, com a colonoscopia permanecendo o padrão ouro um decréscimo de 85%⁴. Apesar disso, os exames fecais têm ganhado destaque por sua associação não apenas com o câncer em questão, sendo capaz de detectar o sangramento intestinal indolor das lesões até 3 anos antes do surgimento de sintomas⁷, mas também com outras condições pró inflamatórias como neoplasias gástricas e pancreáticas além de doenças cardiovasculares, havendo possibilidade de usar o teste para avaliação geral da saúde do indivíduo⁸.

É preciso também considerar as consequências do diagnóstico para além da saúde física dos enfermos. Por se infringir em pessoas ainda em atividade a condição leva a um prejuízo considerável não apenas da qualidade de vida, mas também da capacidade de gerar renda para sustentar a si próprios e seus dependentes, criando a chamada toxicidade financeira^{4,7}, especialmente nas populações menos favorecidas⁶. Esse fenômeno, acompanhado das dificuldades reprodutivas que frequentemente acompanham o tratamento, dificultam o paciente de atingir seus projetos de vida, levando ao desenvolvimento de problemas psiquiátricos como ansiedade e depressão e consequente má aderência ao tratamento^{4,6}.

Esse trabalho tem limitações importantes, por se tratar de dados secundários, não sendo possível reavaliar dados que possam ser discordantes, além de registrar apenas pacientes internados no sistema público de saúde, não estando representados nestes grupos os pacientes da saúde suplementar e aqueles de diagnóstico ambulatorial, também não podendo ser avaliado o número de internações em que cada paciente foi submetido. Dados de cor/raça atualmente devem ser registrados com autodeclaração individual, porém nos dados apresentados não pode ser definido qual metodologia foi utilizada.

Não há nos dados o registro o CID-10, dessa maneira não se pode agrupar as neoplasias, com a finalidade de verificar diferenças de apresentação clínica, incluindo probabilidade de diferenças histológicas.

CONCLUSÃO

O câncer colorretal é uma condição que promete permanecer um grande peso tanto para os pacientes afligidos, quanto para os diferentes sistemas de saúde mundiais, o SUS não sendo exceção. O extenso conhecimento da fisiopatologia da doença, a capacidade de intervir diretamente em uma grande porção de seus fatores de risco e os avanços técnico-científicos no diagnóstico e tratamento fornecem a capacidade para reduzir o ônus da doença. A importância da prevenção primária, desenvolvendo bons hábitos de alimentação e atividades físicas e a melhora das condições sócio econômicas; a prevenção secundária, com expansão do uso da retossigmoidoscopia flexível e do FIT, preferencialmente associados à colonoscopia, para população acima de 45 anos e também a população jovem, a melhoria da qualidade das técnicas de quimioterapia direcionadas contra alvos genéticos e confecção de normativas orientado o tratamento do CCRP são primordiais para redução de complicações na prevenção terciária. Além disso, a melhoria das condições de vida da parcela menos favorecida da população, incluindo melhoria da renda e do nível médio de educação, é essencial para assegurar aderência ao rastreio e tratamento. Mais estudos brasileiros são necessários para compreender as diferenças de idade e de cor/raça apontadas nesse trabalho em comparação aos estudos internacionais.

REFERÊNCIAS

1. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal Cancer. *The Lancet* [Internet]. 2019 Oct;394(10207):1467–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31631858/>
2. Mahmoud NN. Colorectal Cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*. 2022 Apr;31(2):127–41.

3. Nfonsam V, Wusterbarth E, Gong A, Vij P. Early-Onset Colorectal Cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*. 2022 Apr;31(2):143–55.
4. Baidoun F, Elshiwiy K, Elkeraiya Y, Merjaneh Z, Khoudari G, Sarmini MT, et al. Colorectal Cancer Epidemiology: Recent Trends and Impact on Outcomes. *Current Drug Targets*. 2021 Jun 21;22(9):998–1009.
5. Chan P, Ngu J, Poh Z, Soetikno R. Colorectal cancer screening. *Singapore Medical Journal*. 2017 Jan;58(1):24–8
6. Primm KM, Andrea Joyce Malabay, Curry T, Chang S. Who, where, when: Colorectal cancer disparities by race and ethnicity, subsite, and stage. *Cancer medicine*. 2023 May 22;12(13):14767-80.
7. Mauri G, Sartore-Bianchi A, Russo A, Marsoni S, Bardelli A, Siena S. Early-onset colorectal cancer in young individuals. *Molecular Oncology*. 2018 Dec 22;13(2):109–31.
8. Eng C, Jácome AA, Agarwal R, Hayat MH, Byndloss MX, Holowatyj AN, et al. A comprehensive framework for early-onset colorectal cancer research. *The Lancet Oncology*. 2022 Jan;
9. Estatísticas de câncer [Internet]. Instituto Nacional de Câncer - INCA. 2022. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>
10. IBGE. Panorama do Censo 2022 [Internet]. Panorama do Censo 2022. 2022. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
11. Resenha Estrutural População, Crescimento, Densidade Demográfica e Domicílios: Um Panorama do Espírito Santo e o Contexto Nacional [Internet]. Available from: https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/resenhas_pdf/IJSN_2023-Resenha_Estrutural_Um%20Panorama%20do%20ES%20e%20o%20contexto%20nacional_EDIT.pdf.
12. Blog sobre pobreza: Blog - Como Superar a Extrema Pobreza No Brasil [Internet]. pontesocial.org.br. [cited 2024 Jul 21]. Available from: https://pontesocial.org.br/post-como-superar-a-extrepobreza?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw4_K0BhBsEiwAfVVZ__yo1vBd6CBixjncIAHOZVVEW6SLg5H-H5KSj3S1k2rc-lMdj0Ka6RoCgPIQAvD_BwE.

Aprovação no comitê de ética

Não se aplica.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Neide Aparecida Tosato Boldrini, Ana Daniela Izoton De Sadovsky, Marcelo Ramos Muniz, Renata Scarpat Careta, Eliana Bernadete Caser, Lucia Martins Diniz, Fabio Petersen Saraiva, Maria da Penha Zago Gomes, Ketty Lysie Libardi Lira Machado, Vitor Fiorin de Vasconcellos, João de Siqueira Neto, Fernando Luiz Torres Gomes.

Endereço para correspondência

Alameda Dr. Carlito Von Schilgen, 145, Praia do Canto, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29055-430.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: MBCS, MPZG. Investigação: MPZG. Metodologia: MPZG. Coleta de dados: MBCS. Tratamento e análise de dados: MBCS, MPZG. Redação: MBCS, MPZG. Revisão: MBCS, MPZG. Aprovação da versão final: MPZG. Supervisão: MPZG.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.