Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32386

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE CÂNCER COLORRETAL DE INÍCIO PRECOCE NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2024

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF EARLY-ONSET COLORECTAL CANCER CASES IN BRAZIL FROM 2013 TO 2024

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE CÁNCER COLORRECTAL DE INICIO TEMPRANO EN BRASIL EN EL PERÍODO DE 2013 A 2024

Sara Carvalho dos Santos Omairi[1]
Claudia Tatiana Araújo da Cruz-Silva[2]

RESUMO: Este artigo analisou o perfil epidemiológico dos casos de câncer colorretal de início precoce (CCRIP) no Brasil entre 2013 e 2024. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com dados secundários do PAINEL-Oncologia/DATASUS. Analisaram-se: neoplasia informada no diagnóstico, sexo, faixa etária, região de residência, ano do diagnóstico, estadiamento clínico, intervalo entre exame diagnóstico e primeiro tratamento e tendência temporal pela variação percentual anual. Dos 329.038 registros de câncer colorretal, 20,16% eram CCRIP. Predominaram a neoplasia de cólon (67,47%), a faixa etária de 45 a 49 anos (35,4%) e o sexo feminino (53,2%). A região Sul apresentou a maior taxa padronizada por idade (6,35/100.000 habitantes). Dos casos com estadiamento informado, 76,7% foram diagnosticados nos estágios III e IV. Entre aqueles com informação do intervalo diagnóstico-tratamento, 62,97% receberam tratamento em até 60 dias. Nos períodos estáveis antes e depois da Portaria SAS nº 643/2018, não houve tendência temporal estatisticamente significativa no número de casos registrados. O CCRIP representou parcela relevante dos casos e, entre os registros com estadiamento informado, predominou o diagnóstico em estágios avançados, reforçando a importância do reconhecimento oportuno da doença em adultos jovens.

Palavras-chave: Neoplasias colorretais. Epidemiologia. Detecção precoce do câncer. Pólipos adenomatosos.

ABSTRACT: This article analyzed the epidemiological profile of early-onset colorectal cancer (EOCRC) cases in Brazil between 2013 and 2024. This is a descriptive and retrospective study with secondary data from the Oncology Panel/DATASUS. The following were analyzed: neoplasm reported at diagnosis, sex, age group, region of residence, year of diagnosis, clinical staging, interval between diagnostic examination and first treatment, and temporal trend by annual percentage change. Of the 329,038 colorectal cancer records, 20.16% were EOCRC. Colon neoplasm predominated (67.47%), along with the 45–49 age group (35.4%) and female sex (53.2%). The South region had the highest age-standardized rate (6.35/100,000 inhabitants). Of the cases with reported staging, 76.7% were diagnosed at stages III and IV. Among those with information on the diagnosis-treatment interval, 62.97% received treatment within 60 days. In the stable periods before and after SAS Ordinance No. 643/2018, there was no statistically significant temporal trend in the number of recorded cases. EOCRC represented a relevant proportion of cases and, among records with reported staging, diagnosis at advanced stages predominated, reinforcing the importance of timely recognition of the disease in young adults.

[1] Discente do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz.
[2] Orientadora. Bióloga, Doutora em Engenharia Agrícola e Especialista em Anatomia Humana e Educação Especial. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

Keywords: Colorectal neoplasms. Epidemiology. Early detection of cancer. Adenomatous polyps.

RESUMEN: Este artículo analizó el perfil epidemiológico de los casos de cáncer colorrectal de inicio temprano (CCRIT) en Brasil entre 2013 y 2024. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, con datos secundarios del PAINEL-Oncología/DATASUS. Se analizaron: neoplasia informada en el diagnóstico, sexo, grupo de edad, región de residencia, año del diagnóstico, estadificación clínica, intervalo entre examen diagnóstico y primer tratamiento y tendencia temporal por la variación porcentual anual. De los 329.038 registros de cáncer colorrectal, 20,16% eran CCRIT. Predominaron la neoplasia de colon (67,47%), el grupo de edad de 45 a 49 años (35,4%) y el sexo femenino (53,2%). La región Sur presentó la mayor tasa estandarizada por edad (6,35/100.000 habitantes). De los casos con estadificación informada, 76,7% fueron diagnosticados en los estadios III y IV. Entre aquellos con información del intervalo diagnóstico-tratamiento, 62,97% recibieron tratamiento en hasta 60 días. En los períodos estables antes y después de la Ordenanza SAS n.º 643/2018, no hubo tendencia temporal estadísticamente significativa en el número de casos registrados. El CCRIT representó una parte relevante de los casos y, entre los registros con estadificación informada, predominó el diagnóstico en estadios avanzados, reforzando la importancia del reconocimiento oportuno de la enfermedad en adultos jóvenes.

Palabras clave: Neoplasias colorrectales. Epidemiología. Detección precoz del cáncer. Pólipos adenomatosos.

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia maligna que acomete o intestino grosso, abrangendo o cólon e o reto (DU et al., 2025). Atualmente, constitui um importante problema de saúde pública em escala mundial, sendo o terceiro câncer mais comumente frequentemente diagnosticado e a segunda principal causa de morte relacionada ao câncer (MATSUDA; FUJIMOTO; IGARASHI, 2025; SARAIVA; ROSA; CLARO, 2023).

Tradicionalmente associado a indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, o CCR tem apresentado mudanças em seu padrão epidemiológico. Embora a incidência da doença nessa faixa etária venha diminuindo em diversos países, possivelmente em decorrência da ampliação das estratégias de rastreamento e da utilização da colonoscopia, observa-se um aumento progressivo dos casos em adultos jovens com menos de 50 anos, condição denominada câncer colorretal de início precoce (CCRIP) (SPAANDER et al., 2023; SARAIVA; ROSA; CLARO, 2023). As projeções indicam que, até 2030, o CCRIP poderá representar entre 10% e 11% dos casos de câncer de cólon e entre 23% e 25% dos casos de câncer de reto, correspondendo a aproximadamente um terço de todos os diagnósticos de CCR (MAURI et al, 2025; ISSAKA; CHAN; GUPTA, 2023; SPAANDER et al., 2023).

A distribuição do CCR apresenta importantes diferenças entre os países. Nações com elevado índice de desenvolvimento humano tendem a registrar maiores taxas de incidência, associadas principalmente a padrões alimentares e hábitos de vida característicos de sociedades

industrializadas. Em contrapartida, países de baixo e médio desenvolvimento têm experimentado crescimento expressivo da incidência da doença em decorrência da urbanização, da adoção de dietas ocidentalizadas, do envelhecimento populacional e das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Entre os países pertencentes ao BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), a China apresenta o aumento mais acentuado das taxas de incidência nas últimas décadas, enquanto Brasil e África do Sul exibem níveis intermediários, marcados por importantes disparidades regionais e socioeconômicas (MATSUDA; FUJIMOTO; IGARASHI, 2025).

Diversos fatores têm sido associados ao desenvolvimento do CCRIP, incluindo sexo masculino, histórico familiar de câncer colorretal, doença inflamatória intestinal, sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial, síndrome metabólica, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e dieta rica em carnes vermelhas e processadas. Por outro lado, hábitos alimentares saudáveis e maior consumo de vegetais, frutas, peixes e micronutrientes específicos têm sido relacionados à redução do risco da doença (HUA et al., 2023; AKIMOTO et al., 2021).

A prevenção do câncer por meio da detecção e remoção de lesões pré-cancerosas é uma característica exclusiva do CCR e de apenas algumas outras neoplasias malignas (por exemplo, câncer cervical). Apesar dos avanços nas estratégias de prevenção e rastreamento, pacientes com CCRIP apresentam maior prevalência (53%–72%) de doença em estágio avançado (III–IV) no momento do diagnóstico, em comparação com pacientes com CCR de início padrão (41%–63%). Essa disparidade tem sido atribuída tanto a atrasos no diagnóstico quanto a uma biologia tumoral mais agressiva (SULLIVAN; NOUJAIR; ROPER, 2022). O atraso no diagnóstico de CCRIP tem sido consistentemente descrito, com uma série mostrando um atraso médio de 4 a 6 meses e até mesmo relatos de casos com atraso de 2 anos. Isso representa um aumento de 1,4 vezes no tempo em comparação com pacientes mais velhos (SARAIVA; ROSA; CLARO, 2023). Em pacientes com CCRIP, menor conhecimento sobre o CCR, falta de rastreamento, subestimação dos sintomas e relutância em procurar atendimento médico podem contribuir para o diagnóstico tardio e para o diagnóstico em estágio avançado (AKIMOTO et al., 2021). Além disso, tumores síncronos ou metacrônicos surgem com mais frequência no CCRIP, mas lesões adenomatosas precursoras são identificadas com menos frequência nos grupos de CCRIP em comparação com os mais velhos, o que também favorece a hipótese de carcinogênese acelerada (SARAIVA; ROSA; CLARO, 2023).

Considerando o aumento da ocorrência do câncer colorretal de início precoce em diferentes populações e a relevância dessa condição para a saúde pública, torna-se necessário compreender seu comportamento epidemiológico no contexto brasileiro. Contudo, ainda são limitados os estudos que descrevem a distribuição dessa neoplasia em âmbito nacional.

Diante desse cenário, questiona-se: qual é o perfil epidemiológico do câncer colorretal de início precoce no Brasil no período de 2013 a 2024? Assim, este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico do câncer colorretal de início precoce no Brasil entre os anos de 2013 e 2024.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários referentes a casos de câncer colorretal registrados no Brasil. O estudo foi realizado com informações provenientes dos sistemas nacionais de informação em saúde disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), abrangendo o período de 2013 a 2024.

As informações foram obtidas no PAINEL-Oncologia do DATASUS, alimentado pelos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Deve-se enfatizar que as informações do PAINEL-Oncologia não correspondem à incidência de câncer no Brasil, uma vez que limitam-se aos casos que entraram no fluxo de diagnóstico e tratamento oncológico cujo dados estão disponíveis nas bases de dados utilizadas no SUS (ATTY et al., 2020).

Foram incluídos todos os registros de pacientes diagnosticados com neoplasia maligna do cólon (CID-10 C18), neoplasia maligna da junção retossigmóide (CID-10 C19) e neoplasia maligna do reto (CID-10 C20), notificados entre 2013 e 2024. Para calcular o impacto regional e nacional das patologias na população brasileira, utilizaram-se as estimativas populacionais anuais obtidas da Projeção da População das Unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa etária: 2000-2070 (edição 2024) disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e DATASUS via TABNET. A coleta dos dados foi realizada entre os dias 19 e 29 de setembro de 2026.

Foram analisadas as seguintes variáveis: neoplasia informada no momento do diagnóstico (CID-10), sexo, faixa etária, região administrativa de residência do paciente, ano do

diagnóstico, estadiamento clínico, intervalo entre a data do exame diagnóstico e o início do primeiro tratamento e tendência tempora pela variação percentual anual. O tamanho amostral foi definido pelo número total de notificações das neoplasias de interesse para o estudo dentro do período analisado, disponíveis no PAINEL-Oncologia, estabelecendo uma amostra final de 329.038 casos de câncer colorretal.

Por utilizar bases secundárias de abrangência nacional, o estudo está sujeito a limitações inerentes aos sistemas de informação, incluindo subnotificação, inconsistências de preenchimento, registros incompletos e diferenças regionais na cobertura e no acesso aos serviços de saúde. Os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel® e analisados por meio de estatística descritiva. A caracterização da amostra e a distribuição dos casos segundo as variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas (n) e relativas (%). O estadiamento clínico e o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento foram descritos considerando-se apenas os registros com informações disponíveis.

As taxas de casos registrados por 100.000 habitantes foram calculadas para o período de 2013 a 2024, utilizando-se as estimativas populacionais anuais do IBGE como denominadores. A análise da distribuição regional dos casos foi realizada de forma descritiva, de acordo com a região de residência. Para cada região, foram calculadas a taxa bruta, obtida pela razão entre os casos acumulados e a soma das populações anuais de 0 a 49 anos, multiplicada por 100.000, e a taxa padronizada por idade. Utilizou-se a padronização indireta, tendo o Brasil como população de referência e as taxas específicas nacionais por faixa etária - as faixas etárias são 0-19 (soma das quatro faixas quinquenais de 0 a 19), 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49. Os intervalos de confiança de 95% da taxa padronizada foram estimados pelo método de Byar, que expressa a precisão da estimativa sem constituir teste de hipótese.

A tendência temporal foi analisada separadamente da análise descritiva, considerando os períodos de 2013 a 2017 e de 2020 a 2023. Os anos de 2018 e 2019 foram excluídos da análise segmentada por corresponderem ao período de transição dos registros associado à Portaria SAS nº 643/2018. O ano de 2024 foi mantido na análise descritiva, mas não foi incluído na análise principal da tendência posterior à portaria, devido à incompletude dos dados disponíveis. A variação percentual anual (APC) foi estimada por regressão log-linear, utilizando-se o logaritmo natural do número anual de casos em função do ano. A significância estatística foi avaliada considerando-se nível de 5%.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição anual dos casos de câncer colorretal de início precoce (CCRIP) registrados no PAINEL-Oncologia apresentou variações ao longo do período de 2013 a 2024 (Tabela 1). Entre 2013 e 2017, o número de registros variou de 2.965 a 3.200 casos por ano. Em 2018, foram registrados 5.057 casos, correspondendo a um aumento de 58,0% em relação ao ano anterior. Em 2019, o total chegou a 7.231 casos, com variação positiva de 43,0%. Nos anos seguintes, os números oscilaram entre 7.418 e 8.174 casos, alcançando 7.929 registros em 2023. Para 2024, foram contabilizados 7.289 casos, resultado que deve ser interpretado com cautela, uma vez que, no momento da coleta os dados referentes ao ano de 2024 ainda não estavam consolidados.

O aumento expressivo dos registros em 2018 e 2019 coincide com a implementação da Portaria SAS nº 643, de 17 de maio de 2018, que passou a exigir o registro do Cartão Nacional de Saúde e do diagnóstico por meio do código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no procedimento "exame anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama)"; é através de tal exame que a maioria das informações diagnósticas dos cânceres é obtida. As novas exigências possibilitaram a identificação e a recuperação de registros de casos de câncer nas bases de dados utilizadas pelo PAINEL-Oncologia (ATTY; TOMAZELLI, 2020). Dessa forma, a elevação observada nesse período não deve ser interpretada isoladamente como evidência de aumento real da ocorrência do CCRIP na população brasileira.

Os dados expostos no PAINEL-Oncologia possuem uma característica dinâmica devido à atualização mensal da plataforma, que pode gerar modificações nos totais apresentados anteriormente conforme a inclusão de novos dados (ATTY et al., 2020). Sendo assim, a adição posterior de informações nas bases de origem pode alterar os números referentes a anos anteriores, enquanto a consolidação incompleta dos registros mais recentes pode produzir reduções aparentes. Consequentemente, os dados referentes a 2024 possuem caráter preliminar, não correspondendo aos totais definitivos deste ano.

Tabela 1 – Número de casos de câncer colorretal de início precoce (CCRIP, 0 a 49 anos; CID-10 C18, C19 e C20) registrados no PAINEL-Oncologia e variação em relação ao ano anterior. Brasil 2013-2024

Ano do diagnóstico	Casos de CCRIP (n)	Variação em relação ao ano anterior (%)
2013	3.142	-
2014	2.965	-5,6
2015	3.040	+2,5

Ano do diagnóstico	Casos de CCRIP (n)	Variação em relação ao ano anterior (%)
2016	3.154	+3,8
2017	3.200	+1,5
2018[a]	5.057	+58,0
2019[a]	7.231	+43,0
2020	7.418	+2,6
2021	8.174	+10,2
2022	7.741	-5,3
2023	7.929	+2,4
2024[b]	7.289	-8,1

Fonte: Painel-Oncologia/DATASUS (casos de CCRIP, 2013-2024; extração de 19/09/2026).

[a] Anos atípicos: aumento de 58,0% em 2018 e 43,0% em 2019, associados a Portaria SAS nº 643/2018, que tornou obrigatório o registro do Cartão Nacional de Saúde e do CID-10 no exame anatomopatológico.

[b] Dado provisório, possivelmente incompleto por atraso na consolidação da base; a queda aparente provavelmente não é real.

3.1 Neoplasia informada no momento do diagnóstico (CID-10)

No período estudado, foram registrados 329.038 casos de CCR (CID-10 C18, C19 e C20), dos quais 66.340 (20,16%) correspondem a CCRIP; esses dados sugerem que cerca de 1 em cada 5 casos de CCR registrados nesse período ocorreu em indivíduos com menos de 50 anos. Entre os casos de CCRIP, 67,47% corresponderam à neoplasia maligna do cólon, 4,35% à neoplasia maligna da junção retossigmóide e 28,17% à neoplasia maligna do reto. Os casos de CCRIP representaram 21,9% de todos os registros de neoplasia maligna do cólon e 17,4% dos registros de neoplasia maligna do reto.

A falta de estratificação por subsítio anatômico do cólon (cólon distal ou esquerdo, cólon proximal ou direito) dificultou a análise comparativa com outros estudos.

3.2 Perfil demográfico

A faixa etária mais acometida pelo CCRIP foi a de 45-49 anos, concentrando 35,4% dos casos, seguida pelas faixas de 40-44 (23,3%) e 35-39 (15,1%). Esses resultados indicam maior concentração dos registros nas idades mais próximas do limite de 50 anos adotado para definir o início precoce. De forma semelhante, Daca-Alvarez et al. (2025) relataram que 67% dos pacientes incluídos em seu estudo tinham mais de 39 anos no momento do diagnóstico.

Do total, 35.269 dos indivíduos eram do sexo feminino (53,2%) e 31.071 do sexo masculino (46,8%). Lin et al. (2025) em estudo realizado no Leste Asiático também observaram

predominância do sexo feminino. Entretanto, Daca-Alvarez et al. (2025) identificou uma distribuição semelhante entre os sexos nos pacientes de seis países europeus.

A distribuição regional dos casos de CCRIP foi heterogênea. A região Sudeste concentrou o maior número absoluto de registros (28.273; 42,6%), enquanto a região Sul apresentou a maior taxa bruta (6,56 por 100.000 habitantes) e a maior taxa padronizada por idade (6,35 por 100.000 habitantes) (Tabela 2). Estudos anteriores também identificaram diferenças regionais na distribuição do câncer colorretal no Brasil, com taxas mais elevadas nas regiões Sul e Sudeste (AVERBACH; TEBET; MOURA, 2025; KUPPER et al., 2023). Essas diferenças podem estar relacionadas a fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e de acesso ao diagnóstico, embora os dados deste estudo não permitam determinar a contribuição específica de cada fator.

Tabela 2 – Casos de câncer colorretal de início precoce (CCRIP, 0 a 49 anos) registrados no PAINEL-Oncologia, taxa bruta e taxa padronizada por idade por 100.000 habitantes, segundo região de residência, 2013-2024

Região de residência	Casos (n)	Casos (%)	Taxa bruta[a]	Taxa padronizada por idade[b] (IC95%)
Norte	2.758	4,2	1,56	1,77 (1,71-1,84)
Nordeste	12.644	19,1	2,44	2,54 (2,50-2,59)
Sudeste	28.273	42,6	3,72	3,57 (3,53-3,61)
Sul	16.996	25,6	6,56	6,35 (6,25-6,44)
Centro-Oeste	5.669	8,5	3,78	3,76 (3,67-3,86)
Brasil	66.340	100,0	3,56	3,56 (referência)

Fonte: PAINEL-Oncologia/DATASUS (casos por região de residência, 2013-2024); IBGE/DATASUS, Projeção da População das Unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa etária, edição 2024; extração de 19/09/2026.

[a] Casos acumulados no período divididos pela soma das populações anuais de 0 a 49 anos da região (pessoas-ano) x 100.000.

[b] Padronização indireta por idade, com o Brasil como população referência e taxas específicas anuais por faixa etária (0-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49). Obtida multiplicando-se a razão entre casos observados e esperados pela taxa bruta do Brasil no período (3,56 por 100.000).

3.3 Estadiamento clínico

Os dados de estadiamento clínico indicaram que 76,7% dos casos de CCRIP com estadiamento informado foram registrados nos estágios III (38,2%) e IV (38,5%). Para essa análise, foram considerados 33.970 registros, excluindo-se as categorias "não se aplica" (n = 15.001) e "ignorado" (n = 17.369), conforme a classificação disponível no PAINEL-Oncologia (Tabela 3).

Esses resultados são compatíveis com achados de estudos internacionais. Daca-Alvarez et al. (2025) identificaram proporções superiores a 60% de diagnósticos em estágios avançados em países como Itália, Espanha, Luxemburgo e Países Baixos, embora tenham observado diferenças entre os países analisados. De forma semelhante, Lin et al. (2025), em estudo realizado no Leste Asiático, também relataram maior proporção de casos de CCRIP nos estágios III (36,8%) e IV (23,8%).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de CCRIP registrados no PAINEL-Oncologia segundo o estadiamento clínico, entre os casos com estadiamento informado. Brasil, 2013-2024

Estadiamento clínico	Casos (n)	Casos (%)
0	991	2,9
I	997	2,9
II	5.932	17,5
III	12.964	38,2
IV	13.086	38,5
Total	33.970	100,0

Fonte: PAINEL-Oncologia/DATASUS (casos de CCRIP, 2013-2024; extração 19/09/2026).

3.4 Intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento

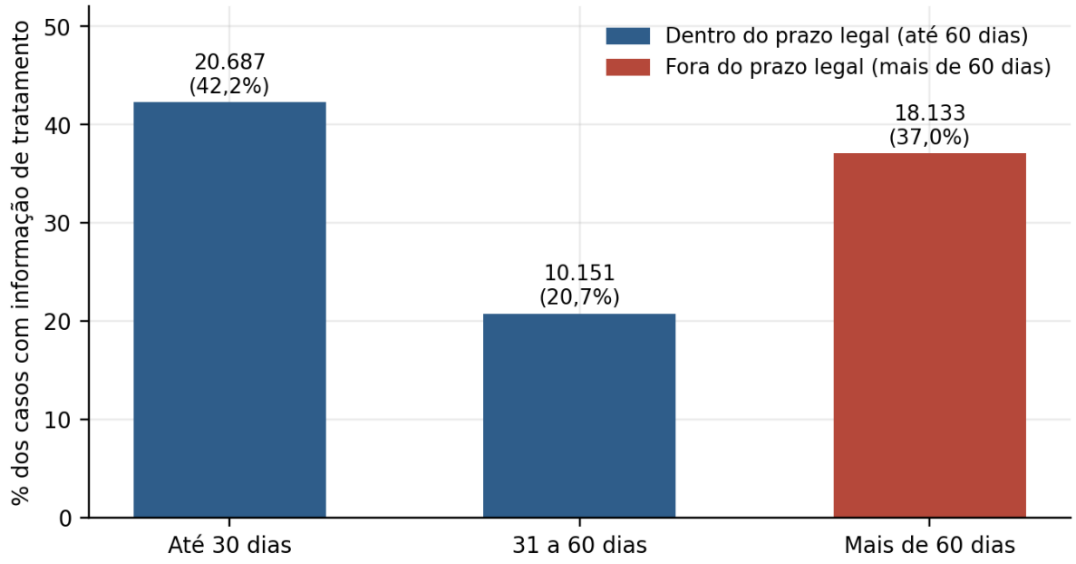
Em relação ao intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, 62,97% dos casos com informação disponível iniciaram o tratamento em até 60 dias, enquanto mais de um terço ultrapassou esse prazo (Gráfico 1). Para essa análise, foram considerados os 48.971 registros com informação sobre o intervalo até o tratamento, excluindo-se aqueles classificados como "sem informação de tratamento" (n = 17.369).

No Brasil, a Lei nº 12.732/2012 estabelece o direito ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em até 60 dias, contados a partir do diagnóstico confirmado, conforme as condições previstas na legislação (BRASIL, 2012). Embora a maioria dos casos com informação disponível tenha iniciado o tratamento dentro desse período, a proporção de registros com intervalo superior a 60 dias evidencia que ainda há uma parcela importante de pacientes que ultrapassa o prazo legal.

Em estudo sobre o tempo de espera para o tratamento oncológico no Brasil, Sobral et al. (2022) observaram que, entre 2013 e 2020, 58% dos casos de neoplasias malignas dos órgãos digestivos receberam tratamento em até 60 dias. A comparação deve ser interpretada com cautela, pois o estudo citado abrange neoplasias digestivas, enquanto a presente análise se restringe aos casos de CCRIP registrados no PAINEL-Oncologia.

O Ministério da Saúde implementou iniciativas para aprimorar a organização e o fluxo de atendimento aos pacientes com câncer no SUS. Entretanto, a acessibilidade geográfica aos serviços especializados permanece um desafio (DUARTE et al., 2026). Nesse contexto, Lima e Villela (2021) identificaram que a distância entre o município de residência e o município de atendimento constitui um fator relevante para compreender o tempo de espera pelo tratamento do câncer colorretal, especialmente em regiões com menor concentração de serviços especializados. Embora esses achados contribuam para contextualizar as dificuldades de acesso ao tratamento oncológico no Brasil, tais fatores não foram avaliados diretamente no presente estudo.

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos de CCRIP segundo o intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, entre os casos com informação de tratamento. Brasil, 2013-2024 (n=48.971)



Fonte: PAINEL-Oncologia/DATASUS (casos de CCRIP, 2013-2024; extração 19/09/2026).

3.5 Análise de tendência

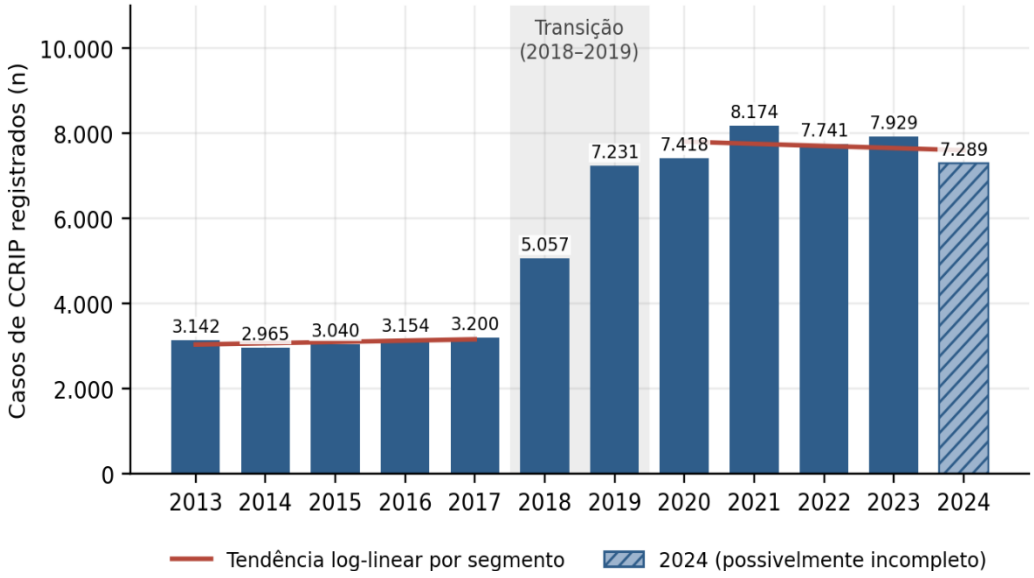
A tendência temporal foi avaliada através da Variação Percentual Anual (APC - Annual Percent Change) de forma segmentada, considerando dois períodos de registros estáveis antes (2013-2017) e depois (2020-2023) da implementação da portaria SAS Nº 643/2018, para possibilitar uma análise de tendência temporal sem inflar os resultados. No período pré-portaria, houve uma variação anual do número de casos pouco expressiva (APC +0,99%; IC95% -2,11 a 4,19; p=0,390). Sem considerar 2024, por estar incompleto, a estimativa pós-portaria é de +1,46% (IC95% -6,88 a 10,56; p=0,542). Em ambos os segmentos, a variação não difere de zero, ou seja, não foi identificada uma tendência estatisticamente significativa nos períodos analisados, não

sendo possível confirmar se os casos estão estáveis ou se existe uma tendência pequena ou moderada.

Ao analisar a série completa (2013-2024), sem segmentar, os resultados demonstram um crescimento médio dos casos de CCRIP de 11,95% ao ano (IC95% 7,85 a 16,22; p < 0,001); sem 2024, essa estimativa subiria para 13,53%, devido ao levantamento de dados parciais deste ano que simula uma queda no número de casos. Essa análise, sem levar em consideração o artefato de medição, interpreta toda a mudança como crescimento contínuo, não sendo adequada para avaliar o salto que ocorreu concomitantemente com a Portaria SAS nº 643/2018. Através da análise segmentada, foi possível determinar que não houve um crescimento anual contínuo e que o percentual alto identificado na análise da série completa está associado à mudança de registro (Gráfico 2).

Downham et al. (2025) analisaram dados sobre a incidência de CCRIP em países que tivessem dados referentes à incidência de CCRIP de longo prazo e de alta qualidade antes de 1995 e até 2017. Foram analisados, portanto, dados da Austrália, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos; nos quatro países foi possível detectar um aumento geral na incidência de CCRIP, diferentemente dos achados do presente estudo. A variação percentual anual estimada para o CCRIP variou de 3,4% nos Estados Unidos e na Austrália, e 3,5% no Canadá, a 4,5% na Inglaterra. O aumento da incidência de CCRIP identificado por Downham et al. (2025) foi compatível com o que tem sido relatado em diversos países.

Gráfico 2 – Número anual de casos de CCRIP registrados no PAINEL-Oncologia. Brasil, 2013-2024



Fonte: PAINEL-Oncologia/DATASUS (casos de CCRIP, 2013-2024; extração 19/09/2026).

4 CONCLUSÃO

Este estudo analisou o perfil epidemiológico dos casos de CCRIP registrados no PAINEL-Oncologia entre 2013 e 2024. Os casos de CCRIP representaram cerca de um quinto dos registros de CCR no SUS durante o período. Houve predomínio de neoplasias do cólon, da faixa etária de 45 a 49 anos e do sexo feminino. Observou-se uma distribuição regional heterogênea, com a região Sudeste concentrando o maior número absoluto de casos e a região Sul apresentando as maiores taxas bruta e padronizada por idade por 100.000 habitantes.

Entre os registros com informação sobre estadiamento, predominou o diagnóstico em estágios avançados, resultado que evidencia a importância do reconhecimento oportuno da doença em adultos jovens sintomáticos e da redução de possíveis atrasos diagnósticos nessa população. Quanto ao início do tratamento, entre os registros com informação disponível sobre o intervalo diagnóstico-tratamento, a maioria dos pacientes iniciou o primeiro tratamento em até 60 dias, conforme o prazo estabelecido pela Lei nº 12.732/2012. Entretanto, uma parcela expressiva ultrapassou esse período, indicando a persistência de desafios relacionados ao acesso oportuno ao tratamento no SUS.

Na análise de tendência temporal, não foi identificada variação estatisticamente significativa no número de casos registrados nos períodos considerados estáveis, antes e depois da implementação da Portaria SAS nº 643/2018. Assim, os resultados não demonstram uma tendência de aumento ou redução dos registros nesses períodos. A elevação observada na análise da série completa deve ser interpretada com cautela, considerando a mudança no padrão de registro e a incompletude dos dados de 2024. Além disso, por utilizar informações do fluxo de diagnóstico e tratamento do SUS, o estudo não permite estabelecer conclusões sobre a tendência da incidência de câncer colorretal na população brasileira.

As limitações do estudo incluem o período relativamente curto para a análise de tendência, a alteração no padrão de registro associada à implementação da Portaria SAS nº 643/2018, a incompletude dos dados referentes a 2024, a restrição aos casos registrados no fluxo de diagnóstico e tratamento do SUS e a elevada proporção de registros sem informação sobre estadiamento ou intervalo entre diagnóstico e início do tratamento.

REFERÊNCIAS

AKIMOTO, N. et al. Rising incidence of early-onset colorectal cancer - a call to action. Nature Reviews Clinical Oncology, v. 18, n. 4, p. 230-243, 2021.

ATTY, A. T. de M. et al. PAINEL-Oncologia: uma Ferramenta de Gestão. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 2, e-04827, 2020.

ATTY, A.; TOMAZELLI, J. Relatório do intervalo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer no SUS: dados do PAINEL-Oncologia. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2020.

AVERBACH, M.; TEBET, E. N.; MOURA, E. G. H. Colorectal cancer: global and brazilian perspectives, prevention, and the impact of the blue march campaign. Arquivos de Gastroenterologia, v. 62, 2025.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 226, p. 1, 23 nov. 2012.

DACA-ALVAREZ, M. et al. Regional patterns of early-onset colorectal cancer from the GEOCODE (Global Early-Onset COlorectal Cancer DatabasE)-European consortium: retrospective cohort study. BJS Open, v. 9, n. 2, 2025.

DOWNHAM, L. et al. Increase of early-onset colorectal cancer: a cohort effect. Journal of the National Cancer Institute, v. 118, n. 4, p. 751-756, 2025.

DU, M. et al. Early-onset colorectal cancer as an emerging disease of metabolic dysregulation. Nature Reviews Endocrinology, v. 21, n. 11, p. 686-702, 2025.

DUARTE, L. S. Regionalização e regulação: impacto na acessibilidade ao tratamento de câncer. Revista de Saúde Pública, v. 60, 2026.

HUA, H. et al. Risk factors for early-onset colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Frontiers in Oncology, v. 13, 2023.

ISSAKA, R. B.; CHAN, A. T.; GUPTA, S. AGA Clinical Practice Update on Risk Stratification for Colorectal Cancer Screening and Post-Polypectomy Surveillance: Expert Review. Gastroenterology, v. 165, n. 5, p. 1280-1291, 2023.

KUPPER, B. E. C. Colorectal cancer: association between sociodemographic variables and the adherence to cancer screening. ABCD — Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 36, 2023.

LIMA, M. A. N.; VILLELA, D. A. M. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo para o início do tratamento de câncer de cólon e reto no Brasil, 2006-2015. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 7, 2021.

LIN, C. et al. Early- vs. late-onset colon cancer: clinicopathological insights and survival outcomes in an East Asian cohort. International Journal of Colorectal Disease, v. 40, n. 1, 2025.

MATSUDA, T.; FUJIMOTO, A.; IGARASHI, Y. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Public Health Strategies. Digestion, v. 106, n. 2, p. 91-99, 2025.

MAURI, G. et al. Tumor "age" in early-onset colorectal cancer. Cell, v. 188, n. 3, p. 589-593, 2025.

SARAIVA, M. R; ROSA, I.; CLARO, I. Early-onset colorectal cancer: A review of current knowledge. World Journal of Gastroenterology, v. 29, n. 8, p. 1289-1303, 2023.

SPAANDER, M. C. W. et al. Young-onset colorectal cancer. Nature Reviews Disease Primers, v. 9, n. 1, 2023.

SOBRAL, G. S. et al.. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 68, n. 3, p. e–122354, 2022.

SULLIVAN, B. A.; NOUJAIM, M.; ROPER, J. Cause, Epidemiology, and Histology of Polyps and Pathways to Colorectal Cancer. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America,v. 32, n. 2, p. 177-194, 2022.