

**UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

**CÂNCER DE CÓLON, REFLEXO DOS HÁBITOS ALIMENTARES
CONTEMPORÂNEOS: UM RELATO DE CASO**

Ana Paula de França Dias - 4508343
Anderson da Cunha Gonçalves - 4508451

Duque de Caxias
Novembro/2024

Ana Paula de França Dias - 4508343
Anderson da Cunha Gonçalves - 4508451

**CÂNCER DE CÓLON, REFLEXO DOS HÁBITOS ALIMENTARES
CONTEMPORÂNEOS: UM RELATO DE CASO**

Projeto de pesquisa II, apresentado como requisito parcial de obtenção do título de Graduação em Medicina da Universidade do Grande Rio.

Orientadores: Prof. Marcello Di Blasi Franchini e Prof. Paulo Cavalcante Apratto Junior

Duque de Caxias
Novembro/2024

DEDICATÓRIA

Aos que caminham sob o peso da mortalidade e ainda assim se erguem para curar feridas alheias, dedico este trabalho como expressão da nossa mais profunda reverência à arte de viver e servir.

Que a medicina, tão imersa no rigor da ciência, encontre sua poesia na alma barroca, onde a impermanência da vida se transforma em propósito como Gregório de Matos cantava nas contradições da alma, assim trilhei os caminhos da medicina, entre luz e sombra, ciência e arte, certeza e mistério. Que esta jornada seja um reflexo dessa dualidade: a luta constante entre a luz e a sombra, a razão e o sentimento, a certeza e o mistério que definem o humano.

À minha família, meus alicerces que firmaram minha coragem, e aos amigos, que, como estrelas errantes, guiaram-me na vastidão da noite. A todos que, por amor ou dor, inspiraram-nos, agradecemos com a força da poesia de Vieira, que exaltava a arte como meio de redenção e a fé como bússola da existência.

Dedicamos, ainda, aqueles que sofrem, cuja dor nos concentrou a buscar cura, mesmo sabendo que esta é fugaz. Vocês, que vivem a finitude como um poema em andamento, são o motivo por que persistem.

Assim, entre a cadência do coração humano e a precisão do bisturi, entregamos este trabalho ao mundo como quem deposita uma oração no altar da existência: uma súplica pela harmonia entre o saber e o sentir, entre o efêmero e o eterno.

AGRADECIMENTO

Neste instante de conclusão, em que a jornada acadêmica encontra seu ápice e se transforma em legado, nos inclinamos com reverência para expressar nossa mais profunda gratidão àqueles que iluminaram este caminho com sua sabedoria, paciência e generosidade.

Ao professor Marcello Di Blasi Franchini, nosso orientador e guia, oferecemos um tributo de admiração e respeito. Com a maestria de quem molda mentes e inspira corações, contribuiu não apenas à construção deste trabalho, mas ao entendimento mais profundo daquilo que significa ser médico. Sua dedicação inflexível, sua atenção e seu olhar crítico foram guias, permitindo-nos navegar pelas complexidades do conhecimento com coragem e propósito. Sem sua orientação, este trabalho seria um rascunho de suas potencialidades.

Aos nossos mestres, cujas lições ecoam como vozes de sabedoria na construção de nosso saber, e aos profissionais do Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, que nos acolheram em suas rotinas e compartilharam conosco o ofício sagrado de cuidar.

À família, fonte inesgotável de força e consolo, que nos sustentou em cada desafio e celebraram conosco cada vitória. Aos amigos, que se tornaram nosso refúgio em momentos de exaustão, reafirmando que não caminhamos sozinhos.

Aos pacientes, que nos ensinaram sobre a empatia e cuja resiliência nos revelou o valor do humano. Vocês são os verdadeiros mestres, aqueles que nos lembram que a medicina é antes de tudo um ato de amor.

Por fim, agradeço à vida e às suas contradições, que, como em um poema, nos desafiam a buscar o equilíbrio entre a ciência e a arte, o saber e o sentir. Que este trabalho não seja apenas a conclusão de uma etapa, mas o início de um compromisso perpétuo com a excelência, a compaixão e a humanidade.

RESUMO

O câncer de cólon é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, estando fortemente associado aos hábitos alimentares contemporâneos. Este estudo teve como objetivo descrever um caso clínico de um paciente com câncer de cólon e explorar a relação entre dieta e desenvolvimento dessa neoplasia. Por meio da análise de dados clínicos e revisão bibliográfica, evidenciou-se que o padrão alimentar ocidental, caracterizado pelo alto consumo de carnes vermelhas e processadas e baixo consumo de fibras, contribui significativamente para o risco de câncer de cólon. O caso clínico destacou atrasos no diagnóstico e tratamento, refletindo desafios estruturais no Sistema Único de Saúde (SUS), como a falta de integração entre os níveis de atenção e a insuficiência de programas de rastreamento. Em contrapartida, as diretrizes nacionais apontam para a importância da educação alimentar e do rastreamento precoce como estratégias-chave na prevenção e manejo do câncer colorretal. Conclui-se que o câncer de cólon, enquanto reflexo dos hábitos alimentares contemporâneos, é amplamente evitável. Este trabalho ressalta a necessidade de investimentos em políticas públicas, ampliação da cobertura de rastreamento e promoção de hábitos alimentares saudáveis, afetando a redução da incidência e mortalidade associada a essa neoplasia no Brasil.

Palavras-chave: câncer de cólon; hábitos alimentares; dieta; rastreamento; Sistema Único de Saúde; prevenção.

ABSTRACT

Colon cancer is one of the main causes of morbidity and mortality in Brazil and around the world, being strongly associated with contemporary eating habits. This study aimed to describe a clinical case of a patient with colon cancer and explore the relationship between diet and the development of this neoplasm. Through the analysis of clinical data and literature review, it was evidenced that the Western dietary pattern, characterized by high consumption of red and processed meat and low fiber consumption, significantly contributes to the risk of colon cancer. The clinical case highlighted delays in diagnosis and treatment, reflecting structural challenges in the Unified Health System (SUS), such as the lack of integration between levels of care and insufficient screening programs. On the other hand, national guidelines point to the importance of nutritional education and early screening as key strategies in the prevention and management of colorectal cancer. It is concluded that colon cancer, as a reflection of contemporary eating habits, is largely preventable. This work highlights the need for investments in public policies, expansion of screening coverage and promotion of healthy eating habits, affecting the reduction of incidence and mortality associated with this neoplasm in Brazil.

Keywords: colon cancer; eating habits; diet; tracking; Unified Health System; prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Siglas/Abreviaturas	Significado
APC	Polipose Adenomatosa do Coli (Gene Supressor de Tumor)
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão
CIMP	Fenótipo Metilador da Ilha CpG
GLOBOCAN	Observatório Global do Câncer
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematócrito
INCA	Instituto Nacional de Câncer
KRAS	Homologo oncogênico viral do sarcoma de rato Kirsten (gene supressor de tumor)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
RNM	Ressonância Magnética
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	12
	2.1 Definição e Epidemiologia	12
	2.2 Fatores de Risco, Etiologia e Fisiopatologia	12
	2.3 Quadro Clínico	13
	2.4 Diagnóstico e Rastreamento	14
	2.5 Tratamento	16
3.	OBJETIVOS	17
	3.1 Objetivos Gerais	17
	3.2 Objetivos Específicos	17
4.	JUSTIFICATIVA CIENTÍFICA	18
5.	METODOLOGIA	19
	5.1 Desenho	19
	5.2 Metodologia de Pesquisa Bibliográfica	19
	5.3 Metodologia de Análise dos Dados	19
	5.4 Riscos	20
	5.5 Benefícios	20
	5.6 Critérios de Inclusão	20
	5.7 Critérios de Exclusão	21
6.	DESFECHO PRIMÁRIO	22
7.	RELATO DE CASO	23
	7.1 Identificação e Histórico Clínico	23
	7.2 História Patológica Pregressa (HPP)	23
	7.3 Exame Físico no Atendimento Inicial	23
	7.4 Exames Complementares	23
	7.5 Considerações Clínicas	24

	7.6 Plano Terapêutico e Conduta	25
8.	DISCUSSÃO	26
9.	CONCLUSÃO	29
10.	CRONOGRAMA	30
11.	ANEXOS	31
	ANEXO I - Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve Pré-cirúrgica	31
	ANEXO II - Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve Pós-cirúrgica	32
	ANEXO III - Anátomo Patológico	33
	ANEXO IV - Questionário de hábitos alimentares	37
	ANEXO V - Termo de Aceite para Orientação do TCC	38
	ANEXO VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39
	ANEXO VII - Termo de Autorização para Publicação do TCC no Repositório Institucional	40
12.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	41

1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal, que compreende principalmente adenocarcinoma do cólon ou reto, é causado pela proliferação aberrante de células epiteliais glandulares no cólon (1). O número estimado de novos casos de câncer de cólon e reto (ou câncer de intestino) no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025 é de 45.630, o que corresponde a um risco estimado de 21,10 casos por 100 mil habitantes, com uma prevalência maior em mulheres. Excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer mais comuns no Brasil (2).

Classicamente, a doença acomete principalmente pessoas com mais de 50 anos. Portanto, recomenda-se o rastreamento a partir desta idade. Além disso, o câncer colorretal pode ser assintomático ao diagnóstico ou apresentar sintomas associados ao crescimento local do tumor (3), como alteração do hábito intestinal e emagrecimento, presentes em cerca de dois terços dos casos, além de dor abdominal, hematoquezia e anemia (4).

Durante o desenvolvimento dessa neoplasia, há transformação do epitélio normal do cólon e do reto em lesão pré-cancerosa (adenomatoso intermediário) e, eventualmente, em carcinoma invasivo (adenocarcinoma), que pode se espalhar para diferentes órgãos distantes e dar origem a lesões metastáticas, sendo o fígado o mais frequentemente afetado órgão. Este processo requer um acúmulo de mutações genéticas que são somáticas (adquiridas) e/ou germinativas (herdadas) durante um período de 10 a 15 anos (5).

Existem três tipos principais de câncer colorretal: esporádico, hereditário e associado à colite (1). Os fatores de risco não hereditários, tais como comportamentos alimentares e de estilo de vida e exposição a genotoxinas ambientais, estão ligados ao aparecimento de câncer colorretal esporádico. Em contraste, os tipos hereditário e familiar estão ligados a mutações herdadas de certos genes e à sua interação com fatores de risco ambientais (6).

Atualmente, o estudo dos riscos do câncer colorretal está se tornando um importante foco de pesquisa, uma vez que a maioria dos fatores de risco são modificáveis e evitáveis. Os hábitos alimentares e comportamentos relacionados podem alterar significativamente a composição dos nutrientes, tais como alterações nos padrões de energia, macronutrientes e micronutrientes, o que pode levar ao desenvolvimento de alguns tipos de câncer, sobretudo, o câncer de cólon (7).

Em revisão sistemática, seguida de uma meta-análise, publicada em 2017, foram sintetizadas as evidências sobre os fatores dietéticos e o risco de câncer colorretal, revelando que um consumo elevado de carne vermelha e processada está associado a um aumento no

risco dessa neoplasia maligna. Por outro lado, uma maior ingestão de grãos integrais, laticínios, vegetais e peixe demonstrou associações inversas com o risco de desenvolvimento do câncer (8). Tais evidências destacam a necessidade de investigar e compreender os fatores associados entre a relação de uma dieta não balanceada e o desenvolvimento de câncer colorretal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Definição e Epidemiologia

O câncer colorretal, ou câncer do intestino grosso, é definido aqui como um termo agregado que abrange os cânceres do cólon (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, código C18 da 10ª revisão [CID-10], o retossigmóide junção (código CID-10, C19) e o reto (código CID-10, C20). O câncer colorretal é o terceiro câncer mais comum em homens e o segundo câncer mais comum em mulheres em todo o mundo. De acordo com as estimativas mais recentes do GLOBOCAN, em 2018 registaram-se cerca de 1.006.000 novos casos em homens e 795.000 em mulheres. Esta neoplasia maligna representou mais de 10% dos cânceres a nível global; as proporções foram maiores apenas para câncer de pulmão e próstata (em homens) e câncer de mama (em mulheres) (9).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), excluindo o câncer de pele não melanoma, o câncer colorretal é a segunda neoplasia mais comum em termos de incidência para ambos os sexos. Em 2021, o câncer de cólon e reto representou 6,4% dos casos em homens, ficando atrás apenas do câncer de próstata, e 6,5% dos casos em mulheres, sendo a segunda neoplasia mais comum depois do câncer de mama feminino. Quanto à mortalidade, o câncer colorretal foi responsável por uma proporção de 8,8% das mortes por câncer em homens e 9,6% em mulheres, classificando-se como a terceira neoplasia mais fatal para ambos os sexos (10).

2.2 Fatores de Risco, Etiologia e Fisiopatologia

Diversos fatores de risco ambientais estão ligados ao diagnóstico de câncer colorretal. Estudos indicam que a obesidade, o consumo de álcool, o tabagismo e a ingestão de carnes vermelhas e processadas aumentam o risco. Em contrapartida, a prática regular de atividade física e a manutenção de um peso corporal adequado podem reduzir esse risco. Além dos fatores ambientais, há também uma forte associação hereditária, em que ter pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer colorretal eleva a probabilidade de desenvolver a doença. Adicionalmente, foi observado que indivíduos com mais de 50 anos têm uma maior propensão a desenvolver essa neoplasia (11).

O câncer de cólon surge de uma interação complexa entre fatores ambientais e genéticos, desenvolvendo-se a partir de pólipos. Esses pólipos resultam de uma

proliferação desordenada de células, formando uma massa que se projeta para dentro do lúmen intestinal. Os pólipos hiperplásicos, predominantemente encontrados no cólon sigmóide, são compostos histologicamente por células glandulares com pouco citoplasma mucoso, hipercromatismo nuclear reduzido, pouca estratificação e ausência de atipia. Já os pólipos adenomatosos (adenomas) são tumores benignos com maior potencial de se tornarem malignos e podem ser classificados em tubulares, vilosos ou túbulovilosos (12).

O câncer colorretal pode ser esporádico, hereditário ou proveniente de doença inflamatória intestinal. Existem múltiplas mutações que causam essa neoplasia, sobretudo do tipo esporádico, como alterações genéticas em genes supressores de tumor (APC, KRAS e p53), instabilidade de microssatélites ou disfunção da via mutadora e fenótipo metilador da ilha CpG (CIMP) ou disfunção da via serrilhada. As causas esporádicas dessa neoplasia ocorrem em 94%, 5% são de mutações herdadas e os 1% restantes são de doença inflamatória intestinal (13).

Em grupos de alto risco, a contribuição da herança genética é esmagadora, embora as influências ambientais possam modificar a gravidade da doença (fenótipo). É esta minoria (representando <5% do câncer do intestino grosso) com a herança predominantemente dominante de um único gene que é tradicionalmente descrita como estando em risco de “câncer do intestino hereditário”. Nos grupos de risco baixo e moderado, o genótipo ainda pode contribuir para o risco, mas de forma menos acentuada, e acredita-se que desempenhe um papel em cerca de 30% dos cânceres colorretais (14).

2.3 Quadro Clínico

O câncer colorretal precoce é frequentemente assintomático. Com o progresso da doença, geralmente ocorrem alguns sintomas, como hematoquezia, em pequena quantidade ou em quantidade moderada, com muco e sangue; obstrução intestinal, muitas vezes ocorrendo no estágio mais avançado; dor abdominal; distensão abdominal; náuseas; vômitos; massa abdominal, de localização usual em cólon direito; sinais e sintomas sistêmicos, como astenia, caquexia e emagrecimento; e metástase em estágios finais (15).

Devido às diferentes funções anatômicas e fisiológicas do cólon e do reto, as manifestações clínicas dos tumores em diferentes locais anatômicos também são diferentes. Geralmente, a massa abdominal e os sintomas sistêmicos são mais comuns

no câncer de cólon direito, fezes com sangue e obstrução são mais comuns no câncer de cólon esquerdo, e mudanças nos hábitos de defecação são mais comuns no câncer retal (15).

O câncer colorretal normalmente se espalha por extensão linfática, intraperitoneal ou disseminação hematogênica, e os locais mais comuns incluem fígado, pulmões e superfícies peritoneais. Um nódulo Virchow (região supraclavicular esquerda) e um nódulo Sister Mary Joseph (cicatriz umbilical) são outros achados incomuns que foram associados à disseminação distante do câncer colorretal (16).

2.4 Diagnóstico e Rastreamento

Muitos pacientes são diagnosticados em estágio avançado, perdendo a oportunidade de um tratamento radical. Em geral, é clinicamente recomendado que aqueles com mais de 20 anos de idade com os seguintes sintomas necessitem de investigação mais aprofundada: desconforto abdominal persistente recente, como dor abdominal, gases, etc. alterações nos hábitos de defecação, tais como diarreia, obstipação ou ambas, e alterações na forma das fezes; sangue nas fezes ou sangue mucoso nas fezes; anemia inexplicável ou perda progressiva de peso; e massa abdominal (9).

Para os primeiros passos de um diagnóstico preciso, o exame físico deve incluir a avaliação de massa abdominal ou cicatrizes cirúrgicas, que podem influenciar as decisões diagnósticas e relacionadas ao tratamento. Para tanto, pode-se realizar o exame proctológico, que abrange inspeção, palpação, toque digital, anoscopia e retossigmoidoscopia, possibilita a identificação da lesão, a determinação de sua distância em relação à borda anal, a localização da superfície retal mais afetada e o grau de penetração do tumor na parede intestinal (17).

Além disso, a avaliação laboratorial sérica de rotina deve incluir hemograma completo, testes de função hepática e um painel químico. O nível sérico de antígeno carcinoembrionário (CEA) deve ser obtido antes da cirurgia eletiva para câncer de cólon para estabelecer um valor basal que seja prognóstico para recorrência e sobrevivência, e para fornecer um valor de referência para uso durante a vigilância (18).

A colonoscopia é o exame preferencial para o diagnóstico do câncer de cólon, devido à sua capacidade superior de identificar pequenas lesões e fornecer amostras para análise histopatológica. Na presença de determinados fatores de risco, os

pacientes são classificados como tendo alta predisposição para câncer colorretal e, portanto, necessitam de diferentes segmentos. Para aqueles com histórico pessoal de pólipos adenomatosos, após a realização de polipectomia endoscópica, o seguimento com colonoscopia é determinado pela histologia, tamanho e número das lesões removidas. Pacientes de menor risco devem realizar um teste de controle após cinco anos do procedimento curativo; aqueles com lesões de maior risco devem realizar o exame de controle após três anos; e para os pacientes com lesões malignas, recomenda-se controle endoscópico anual (19).

O exame radiológico contrastado do cólon, conhecido como enema opaco, deve ser reservado para situações em que a colonoscopia não esteja disponível ou haja contra indicações para sua realização (20). Em relação à biópsia, trata-se de uma etapa crucial para confirmar o diagnóstico e definir as características histológicas da lesão, como o grau de diferenciação celular e o conteúdo de DNA celular. Esse procedimento é essencial para possibilitar a aplicação de tratamentos neoadjuvantes não cirúrgicos, como a quimiorradiação, ainda no período pré-operatório (21).

A tomografia computadorizada (TC) é utilizada para avaliar a extensão local do câncer colorretal, incluindo a invasão da parede retal, o grau de comprometimento dos linfonodos e a infiltração em órgãos adjacentes, sendo também empregada como um dos exames disponíveis para determinar o estadiamento à distância do câncer colorretal, ou seja, para a investigação de metástases (22). Ademais, a colonografia por ressonância magnética (RNM) é um método diagnóstico alternativo à (TC), recomendado pela American Society for Gastrointestinal Endoscopy (23).

Em relação ao rastreamento, os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente por meio de dois exames principais: pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e endoscopias (como colonoscopia ou retossigmoidoscopia). Esses exames são recomendados para pessoas com sinais e sintomas sugestivos de câncer, visando ao diagnóstico precoce, ou como rastreamento em pessoas sem sintomas, mas que pertencem a grupos de médio risco (como indivíduos com 50 anos ou mais) e alto risco (como aqueles com história pessoal ou familiar de câncer de intestino, doenças inflamatórias do intestino ou síndromes genéticas como a de Lynch). A Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza o rastreamento com PSOF para pessoas com 50 anos ou mais, especialmente em países que possuem capacidade para garantir confirmação diagnóstica, encaminhamento e tratamento, adequados (24).

2.5 Tratamento

A terapia primária para o câncer colorretal ressecável é a remoção cirúrgica e, no tipo não ressecável, as terapias padrão incluem quimioterapia, radioterapia e imunoterapia. No entanto, estas terapias apresentam algumas desvantagens, como serem inespecíficas e citotóxicas para células normais, o que leva a complicações secundárias. Dependendo do confinamento e da progressão da neoplasia, estas terapias podem ser utilizadas em combinações (25).

A terapia neoadjuvante, incluindo radioterapia e quimioterapia quando usadas isoladamente ou em combinação, tem sido recomendada no câncer retal e reduziu efetivamente a carga tumoral no câncer em estágio intermediário e avançado. O objetivo principal da radioterapia é diminuir o risco de recorrência local e melhorar a sobrevida global. A radiação e a radioterapia adjuvante são as melhores opções para o tratamento do colorretal em estágios II e III. No entanto, as radioterapias têm alguns impactos plausíveis de toxicidade a longo prazo nos órgãos vitais (26).

Quando a intervenção cirúrgica se faz necessária, o procedimento mais comum é a colectomia, que pode ser parcial ou total dependendo do caso. Para lesões no cólon sigmóide e reto, é realizada a retossigmoidectomia. Em estágios avançados da doença e/ou dependendo da localização do tumor, pode ser necessária a amputação cirúrgica do reto, ou até mesmo a exenteração pélvica em casos em que o tumor se expande para órgãos adjacentes, como útero, próstata e bexiga (4).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o caso clínico de uma paciente adulta com câncer de cólon e realizar uma revisão bibliográfica sobre os hábitos alimentares contemporâneos.

3.2 Objetivos Específicos

- Apresentar o perfil da paciente com câncer de cólon (idade, sexo, histórico médico) e detalhar os sintomas apresentados;
- Analisar os fatores de risco associados ao câncer de cólon;
- Explorar a relação entre hábitos alimentares e câncer de cólon;
- Discutir o impacto da doença na qualidade de vida do paciente.

4. Justificativa Científica

Um dos fatores de risco primários relacionados ao câncer colorretal é a dieta, especialmente o consumo elevado de gordura animal e carne vermelha. Ademais, a obesidade e o sedentarismo têm sido consistentemente associados a um aumento no risco de câncer colorretal, possivelmente devido aos efeitos adversos do excesso de tecido adiposo e à diminuição da atividade física sobre os processos inflamatórios e metabólicos. Nesse sentido, entender os hábitos alimentares e como a dieta influencia na fisiopatologia do câncer de cólon é de suma importância científica (27).

O câncer de cólon é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, e sua associação com fatores dietéticos têm sido amplamente documentada, mas ainda existem lacunas significativas no entendimento das interações específicas entre dieta e câncer de cólon. Logo, este estudo visa preencher essas lacunas ao fornecer uma análise detalhada de um caso clínico concreto, complementada por uma revisão abrangente da literatura sobre hábitos alimentares contemporâneos. A integração de dados individuais e epidemiológicos permitirá uma visão mais completa dos mecanismos pelos quais a dieta pode influenciar o desenvolvimento e a progressão do câncer de cólon.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho

Este estudo consiste em uma pesquisa observacional e descritiva realizada no Rio de Janeiro, utilizando uma amostra composta por uma única paciente. Os dados foram obtidos através do prontuário clínico disponibilizado pelo serviço especializado do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, local onde a paciente foi atendida inicialmente com suspeita de apendicite aguda e, posteriormente, constatado e diagnosticado o câncer de cólon. Além disso, este estudo contará como uma revisão bibliográfica da literatura..

5.2. Metodologia de Pesquisa Bibliográfica

A revisão bibliográfica desse trabalho incluirá a busca nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. A pesquisa será conduzida utilizando palavras-chave como "câncer de cólon", "alimentação", "dieta", "nutrição" e "fatores de risco dietéticos", bem como suas versões em inglês ("colon cancer", "diet", "nutrition", "dietary risk factors"). O período de análise compreendeu os anos de 2010 a 2024 para garantir a inclusão dos estudos mais recentes e relevantes. Os idiomas escolhidos para a pesquisa serão português e inglês, considerando a maior disponibilidade de publicações científicas nessas línguas.

A estratégia de busca envolverá a combinação de termos através de operadores booleanos (AND, OR) para refinar os resultados e assegurar a abrangência necessária. Serão revisados os títulos e resumos dos artigos para triagem inicial, seguidos da leitura completa dos textos selecionados. A análise dos dados coletados será qualitativa, focando em identificar tendências, resultados consistentes e lacunas na literatura existente sobre a relação entre alimentação e câncer de cólon.

5.3. Metodologia de Análise dos Dados

Uma entrevista com a paciente será realizada a nível ambulatorial, no Rio de Janeiro, com o objetivo de coletar a história médica de forma cronológica. Esta consulta incluirá uma entrevista detalhada sobre a patologia atual, histórico médico prévio, antecedentes pessoais e familiares, estilo de vida e situação socioeconômica do paciente. Adicionalmente, serão obtidas informações sobre o manejo clínico, bem como resultados de exames de imagem e laboratoriais, disponíveis no prontuário do

Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo, local em que, inicialmente, a paciente foi abordada no setor de emergência devido à apendicite aguda e, posteriormente, foi constatado câncer de cólon.

Subsequentemente, será elaborado um relato de caso, abrangendo uma introdução que descreve a apresentação inicial do paciente, seguida por seções dedicadas à história médica, exame físico, resultados de exames relevantes, diagnóstico diferencial considerado, tratamento administrado e desfechos clínicos observados. O relato também incluirá um foco no seguimento do paciente e nas complicações decorrentes da patologia, bem como a relação entre padrões dietéticos e o desenvolvimento da mesma.

5.4. Riscos

Os riscos potenciais associados a este estudo de caso incluem a possibilidade de violação da confidencialidade, que pode ocorrer pela divulgação não autorizada de informações ou pela identificação da paciente. Tal violação pode resultar em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou a terceiros. Contudo, serão adotadas todas as medidas necessárias para proteger a identidade da paciente. A permissão para o uso de imagens será obtida explicitamente através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5. Benefícios

Este estudo de caso fornecerá uma perspectiva detalhada e individualizada sobre a progressão do câncer de cólon, resposta ao tratamento e influências dietéticas específicas, contribuindo para a compreensão das variabilidades interindividuais. Em paralelo, a revisão bibliográfica agregará um panorama amplo e atualizado das evidências científicas, identificando padrões e tendências nos hábitos alimentares atuais e suas implicações na incidência e no prognóstico do câncer de cólon. Esta abordagem combinada permitirá uma análise holística, que pode revelar associações significativas entre dieta e câncer de cólon, potencialmente informando estratégias de prevenção e intervenção dietética personalizadas.

5.6. Critérios de Inclusão

Não se aplica.

5.7. Critérios de Exclusão

Não se aplica.

6. DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se identificar padrões dietéticos específicos e seus impactos na progressão e prognóstico do câncer de cólon. Através da análise detalhada do relato de caso e da revisão bibliográfica abrangente, espera-se elucidar a correlação entre determinados hábitos alimentares contemporâneos e a incidência ou progressão desta neoplasia. Logo, será possível proporcionar uma compreensão mais aprofundada de como fatores dietéticos podem influenciar a evolução clínica do câncer de cólon.

7. RELATO DE CASO

Pelo presente, apresentamos o relato de caso de uma paciente com espessamento parietal do cólon ascendente e suspeita de lesão neoplásica.

7.1 Identificação e Histórico Clínico

Paciente FC, sexo feminino, 40 anos, residente em Vicente de Carvalho, Rio de Janeiro, deu entrada no Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo (HMRC) em 08 de junho de 2024. Durante a admissão na emergência, apresentava quadro de dor abdominal difusa há quatro dias, associados a um episódio de febre não aferida. Foi diagnosticada dois dias antes com gastroenterite em outro serviço. Informou que a última evacuação ocorreu na manhã do dia do atendimento, mas apresenta episódios recentes de constipação intestinal.

7.2 História Patológica Pregressa (HPP)

Paciente negava comorbidades crônicas, alergias e histórico familiar de doenças oncológicas. Como antecedente cirúrgico, referia-se a uma hernioplastia umbilical realizada há 20 anos.

7.3 Exame Físico no Atendimento Inicial

- Abdome : Sensibilidade difusa à palpação, com piora na descompressão em fossa ilíaca direita (FID).
- Outros sistemas : Sem alterações relevantes ao exame clínico.

7.4 Exames Complementares

- Laboratório (08/06/2024):
 - Leucócitos: 8590/mm³
 - Hemoglobina (Hb): 12,7 g/dL
 - Hematócrito (Ht): 37,2%
- Tomografia Computadorizada de Abdome pré-cirúrgica (11/06/2024 - Anexo I):
 - Apêndice cecal de calibre normal.
 - Espessamento parietal concêntrico do cólon ascendente, resultando em redução do calibre da luz intestinal.
 - Importante densificação da gordura adjacente.

- Linfonodos regionais proeminentes.
- Hipótese diagnóstica de lesão de origem neoplásica não descartada.
- Tomografia Computadorizada de Abdome pós-cirúrgica (17/06/2024 - Anexo II):
 - Cicatriz cirúrgica discreta na parede abdominal, com espessamento ao nível epigástrico, possivelmente associada a seroma.
 - Discreta ascite peri-hepática e periesplênica, estendendo-se à pelve.
 - Importante distensão de alças intestinais delgadas por conteúdo líquido.
 - Espessamento irregular questionável na parede do ceco, associado a infiltrado adjacente moderado, recomendando investigação adicional.
 - Diverticulose cólica.
- Anatomopatológico (17/06/2024 - Anexo III):
 - Linfonodos mesocólicos : Histologicamente normais.
 - Epíplon : Apresentando tecido adiposo congesto.
 - Material de colectomia direita : Diagnóstico de doença diverticular do cólon associada à diverticulite aguda purulenta, com margens cirúrgicas ileais e cólica livre do processo.
 - Apêndice cecal : Morfologia conservada, sem sinais de malignidade.

7.5 Considerações Clínicas

A paciente apresentou dor abdominal associada a alterações tomográficas sugestivas de espessamento parietal no cólon ascendente, inicialmente indicativo de doença neoplásica ou inflamatória intestinal. O diagnóstico anatomopatológico (Anexo III) confirmado trata-se de um caso de diverticulite pseudotumoral , uma condição que pode mimetizar lesões neoplásicas. É importante destacar que a diverticulite crônica, especialmente em sua forma pseudotumoral, pode estar associada a um risco aumentado de evolução para câncer intestinal a longo prazo.

Os hábitos alimentares da paciente, evidenciados pelo questionário alimentar (Anexo IV), mostraram elevado consumo de alimentos processados, carne vermelha, açúcar, carboidratos, café e refrigerantes. Esse padrão dietético não contribui apenas para o desenvolvimento de condições inflamatórias, como a diverticulite, mas também configura um fator de risco significativo para neoplasias colorretais. Tais características reforçam a necessidade de incluir o câncer intestinal como diagnóstico diferencial em casos semelhantes.

7.6 Plano Terapêutico e Conduta

O manejo inicial incluiu o controle da dor e acompanhamento clínico para monitorar a evolução dos sintomas. Diante do diagnóstico de diverticulite pseudotumoral, a abordagem foi direcionada para o tratamento da doença diverticular e medidas preventivas para reduzir o risco de progressão para malignidade. O seguimento incluído:

- Controle clínico periódico.
- Intervenção nutricional para redução do consumo de alimentos processados e introdução de fibras, frutas e vegetais.
- Acompanhamento endoscópico regular para rastrear possíveis alterações neoplásicas.
- Educação alimentar para conscientizar o paciente sobre a relação entre dieta e saúde intestinal

8. DISCUSSÃO

O câncer de cólon é uma das principais causas de morbimortalidade global, sendo especialmente relacionada aos hábitos alimentares contemporâneos e ao estilo de vida. Este relato de caso evidencia a necessidade de compreender a influência das práticas alimentares atuais na incidência dessa neoplasia e reforçar a importância do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e do seguimento terapêutico eficaz.

A alimentação é um dos fatores mais influentes na etiologia do câncer de cólon, que, em 2020, foi responsável por 1,9 milhão de novos casos e cerca de 935 mil mortes em todo o mundo (28). O padrão alimentar ocidental, caracterizado pelo alto consumo de carnes vermelhas e processadas, alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcares refinados e produtos ultraprocessados, contribuiu significativamente para o aumento da incidência dessa neoplasia (8,27 e 29).

Esses alimentos estão associados à formação de compostos carcinogênicos no trato gastrointestinal, como aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, que podem ser gerados durante o cozimento de carnes em altas temperaturas (7,27 e 30). Além disso, os conservantes presentes em carnes processadas, como nitritos e nitratos, formam nitrosaminas, reconhecidas como substâncias cancerígenas (31).

A baixa ingestão de fibras também desempenha um papel crucial. As fibras alimentares promovem o trânsito intestinal adequado, reduzindo o tempo de contato de substâncias ambientais carcinogênicas com a mucosa intestinal e favorecendo a produção de ácidos graxos de cadeia curta, como o butirato, que possuem propriedades anti-inflamatórias e anticancerígenas (8). No entanto, o consumo insuficiente de frutas, legumes e cereais integrais, predominantemente nas dietas ocidentais, limita esses benefícios.

O aumento da urbanização e a mudança nos padrões de trabalho desenvolvidos para a adoção de hábitos alimentares menos saudáveis, marcados pelo aumento do consumo de fast-foods e refeições prontas. A obesidade, muitas vezes resultante de dietas hipercalóricas e da inatividade física, também está associada ao câncer de cólon (32). Estudos indicam que a obesidade aumenta o risco de desenvolvimento dessa neoplasia em cerca de 30% nos homens e 12% nas mulheres, devido à inflamação crônica e à resistência à insulina (11,27,32 e 33).

A epidemiologia do câncer colorretal reflete essas tendências globais. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a incidência dessa doença tem aumentado significativamente, refletindo a transição nutricional e as mudanças no estilo de vida (34).

Esses dados reforçam a necessidade de intervenções que promovam hábitos alimentares saudáveis como estratégia de prevenção primária.

A detecção precoce do câncer de cólon está diretamente relacionada a melhores prognósticos e maior sobrevida (35). Programas de rastreamento, como a realização de colonoscopias, permitem a identificação e a remoção de pólipos adenomatosos antes de sua progressão para câncer invasivo. Contudo, no Brasil, a cobertura do rastreamento ainda é limitada, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde os recursos são mais escassos (3,4,20,24).

A falta de conscientização da população sobre a importância do rastreamento, combinada com a insuficiência de infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), resulta em diagnósticos tardios, como evidenciado no presente caso. A paciente relatada chegou ao atendimento com sinais de constipação crônica e alterações tomográficas sugestivas de neoplasia. Esses sintomas poderiam ter sido detectados precocemente por exames regulares, diminuindo a necessidade de intervenções terapêuticas mais invasivas.

O SUS oferece um arcabouço legal robusto para o cuidado oncológico, incluindo o rastreamento e o tratamento do câncer de cólon. A Política Nacional de Atenção Oncológica visa garantir o acesso integral e equitativo aos serviços de saúde, enquanto a Lei nº 12.732/2012 estabelece que o tratamento deve ser iniciado em até 60 dias após o diagnóstico (33,36).

Apesar dessas iniciativas, a prática clínica revela uma discrepância significativa entre as políticas e a realidade. Estudos mostram que os atrasos no diagnóstico e no início do tratamento são comuns, muitas vezes excedendo o prazo legal de 60 dias, especialmente em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica (36). Essa demora compromete os avanços clínicos e agrava a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Além disso, a falta de integração entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária dificulta o acompanhamento adequado dos pacientes, prejudicando o monitoramento de recidivas e a detecção de complicações (36).

A prevenção do câncer de cólon deve incluir ações de educação alimentar que promovam dietas saudáveis e sustentáveis. Campanhas de saúde pública devem enfatizar a redução do consumo de carnes processadas e ultraprocessadas, incentivando a ingestão de alimentos ricos em fibras, frutas e vegetais (2,10,24 e 37).

Além disso, é essencial integrar a educação alimentar aos programas de rastreamento, aproveitando as consultas para conscientizar a população sobre os fatores de risco associados

ao câncer de cólon. Tais cursos são particularmente importantes em comunidades com baixo nível socioeconômico, onde o acesso à informação e aos alimentos saudáveis é limitado (38).

O câncer de cólon, enquanto reflexo dos hábitos alimentares contemporâneos, é uma doença amplamente evitável. Este relato de caso evidencia não apenas a relação entre dieta e carcinogênese, mas também os desafios estruturais e organizacionais enfrentados pelo SUS no manejo dessa condição.

Para reduzir a incidência e a mortalidade associada ao câncer de cólon, é fundamental adotar uma abordagem integrada que inclua prevenção primária, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Investimentos em infraestrutura, formação de profissionais e educação alimentar são medidas essenciais para enfrentar essa epidemia silenciosa e promover a saúde intestinal da população brasileira.

9. CONCLUSÃO

O câncer de cólon é uma neoplasia de elevada relevância epidemiológica e clínica, sendo diretamente influenciada pelos hábitos alimentares contemporâneos. Este estudo reforçou a conexão entre o padrão alimentar ocidental — caracterizado pelo consumo elevado de carnes processadas, gorduras saturadas e alimentos ultraprocessados — e o aumento do risco dessa neoplasia. Por outro lado, evidencia-se o papel protetor de uma dieta rica em fibras, grãos integrais, frutas e vegetais, destacando a importância de intervenções educativas e preventivas na área da nutrição.

O relato de caso apresentado ilustra as consequências clínicas de atrasos no diagnóstico e tratamento, frequentemente observadas no Sistema Único de Saúde (SUS), em contraste com as diretrizes preconizadas na legislação brasileira. Além disso, foi destacada a importância de estratégias de prevenção primária, como o rastreamento regular e a educação alimentar, especialmente em comunidades mais vulneráveis.

É imperativo que os esforços sejam direcionados para a implementação de políticas públicas que promovam a detecção precoce, o tratamento oportuno e a educação alimentar como pilares na redução da morbimortalidade associada ao câncer de cólon. Concomitantemente, é necessário investir na formação de profissionais de saúde, ampliação da infraestrutura e integração dos níveis de atenção primária, secundária e terciária para garantir o cuidado integral ao paciente.

Compreender a influência dos hábitos alimentares na etiologia do câncer de cólon e investir em mudanças estruturais no sistema de saúde são passos essenciais para enfrentar essa deficiência de forma eficaz, diminuindo as desigualdades e promovendo a saúde da população brasileira.

10. CRONOGRAMA

2024	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Levantamento Bibliográfico	x	x					
Elaboração do Projeto e envio ao CEP		x	x				
Avaliação do Comitê de Ética			x	x			
Coleta de Dados					x		
Análise dos Dados						x	
Redação dos Resultados						x	
Entrega do Relatório ao CEP							x

11. ANEXOS

ANEXO I - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME E PELVE PRÉ-CIRÚRGICA



Paciente: FERNANDA DA COSTA
Data de Nascimento: 23/10/1983
Data do Exame: 11/06/2024
Médico Solicitante: IOURI BASTO
Exame: TC - TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

Aquisição volumétrica multiplanar em aparelho multidetectores, antes e após a administração do meio de contraste venoso.

Fígado com dimensões e contornos normais, com impregnação homogênea pelo meio de contraste e apresentando leve redução difusa dos coeficientes de atenuação do parênquima, sugerindo esteatose. Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Baço, pâncreas e adrenais sem alterações.

Rins tópicos, de configuração e dimensões normais, concentrando e excretando o meio de contraste simetricamente, sem evidência de hidronefrose ou de litíase radiopaca.

Aorta e veia cava inferior de curso e calibre normais.

Ausência de linfonodomegalias retroperitoneais ou pélvicas.

Apêndice cecal de calibre normal.

Espessamento parietal concêntrico do cólon ascendente, com realce pelo meio de contraste, determinando redução do calibre de sua luz, associado a importante densificação da gordura adjacente e linfonodos regionais proeminentes, podendo corresponder a lesão de origem neoplásica. Correlacionar com dados clínicos e laboratoriais e com estudo específico (colonoscopia).

Bexiga parcialmente repleta, de paredes finas.

Fossas isquio-retais com valores de atenuação normais.

Útero e anexo sem alterações ao método.

Mínima quantidade de líquido livre na pelve.

Flebolitos pélvicos.

Diástase da musculatura reto abdominal, notando-se pequena hérnia umbilical de conteúdo adiposo.

Sinais de manipulação com micronódulos e infiltrado de perimeio ao tecido celular subcutâneo dos glúteos. Metacrilato?

Dra ANA CLAUDIA GUIMARAES
5201088270

ANEXO II - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME E PELVE PÓS-CIRÚRGICA



Paciente: FERNANDA DA COSTA
Data de Nascimento: 23/10/1983
Data do Exame: 17/06/2024
Médico Solicitante: SAULO KHOURY
Exame: TC - ABDOMEN SUPERIOR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

Realizado estudo em equipamento "multislice", com aquisição volumétrica de dados e posteriores reconstruções multiplanares, sem contraste.

Sinais de manipulação prévia da parede abdominal (laparotomia) com cicatriz cirúrgica discretamente espessa sobretudo ao nível epigástrico, podendo corresponder a seroma.
Discreta ascite no andar superior peri-hepática e periesplênica, se estendendo a pelve
Importante distensão de alças delgadas por conteúdo líquido.
Fígado com dimensões e contornos normais, apresentando leve redução difusa dos coeficientes de atenuação do parênquima, sugerindo esteatose.
Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.
Vesícula biliar tópica, sem alterações ao método.
Pâncreas, baço e adrenais sem alterações morfológicas, com parênquima de densidade normal.
Rins tópicos, de morfologia normal.
Parênquima renal de espessura e densidade preservadas.
Ausência de sinais de nefrolitíase ou hidronefroze.
Aorta e VCI de curso e calibre normais.
Bexiga normalmente distendida, sem alterações evidentes ao método.
Nota-se questionável espessamento irregular na parede do ceco, associado a moderado infiltrado adjacente.
A critério prosseguir investigação.
Diverticulose cólica.
Reto centrado, com gordura perirretal preservada.
Fossas isquiorretais sem alterações.
Não se evidenciam linfonodomegalias mesentéricas ou retroperitoneais.
Sinais de manipulação com micronódulos e infiltrado de permeio ao tecido celular subcutâneo dos glúteos.
Metacrilato?
Discretos flebólitos na pelve esquerda.

JOÃO MANOEL DIAS NETO
5200931624

ANEXO III - ANATOMO PATOLÓGICO

CDAP
ANATOMIA PATOLÓGICA
E CITOPATOLOGIA



Nome.....: FERNANDA DA COSTA
Convênio: GEFER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Dr. (a)...: MARIANA KALE
Controle: 2401521501
Envio....: *

Idade.....: 40 Ano(s)
Data.....: 17/06/2024
Exame AP 001771913

ANATOMO PATOLÓGICO

MATERIAL: LINFONODOS MESOCÓLICOS

EXAME AP: 771913-B

EXAME MACROSCÓPICO:

Cortes representativos de linfonodos.

EXAME MICROSCÓPICO:

Os preparados corados pela hematoxilina - eosina mostram gânglios linfáticos com a estrutura conservada. Os folículos linfóides da zona cortical não apresentam alterações. A zona paracortical mostra regular população linfocitária. A cápsula e os seios marginais não apresentam alterações.

Não há indícios de neoplasia.

DIAGNÓSTICO: LINFONODOS HISTOLOGICAMENTE NORMAIS.

São Paulo, 12/08/2024

Assinado Eletronicamente por: Dra CINTIA CAMILLO NUNES CRM: 131296
Médico Responsável: Dr. James Cotaet Junior - CRM 108963

Rua Major Sertório, 463 - Cj. 72 - CEP: 01222-001 - Vila buarque - São Paulo - SP
Email: cdaplab@terra.com.br Site: www.cdapanatomia.com.br
Tel. (11)3258-6756 Cel./ WhatsApp: (11) 98107-9184

CDAP
ANATOMIA PATOLÓGICA
E CITOPATOLOGIA



Nome.....: FERNANDA DA COSTA
Convênio: GEFER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Dr. (a)...: MARIANA KALE
Controle: 2401521501
Envio....: *

Idade.....: 40 Ano(s)
Data.....: 17/06/2024
Exame AP 001771913

ANÁTOMO PATOLÓGICO

MATERIAL: EPIPLON

EXAME AP: 771913-C

EXAME MACROSCÓPICO:

Cortes representativos do epiplon.

EXAME MICROSCÓPICO:

Os preparados histológicos, corados pela hematoxilina-eosina permitem a seguinte conclusão:

DIAGNÓSTICO: TECIDO ADIPOSEO CONGESTO.

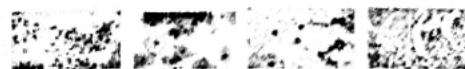
São Paulo, 12/08/2024

Assinado Eletronicamente por: Dra CINTIA CAMILLO NUNES CRM: 131296
Médico Responsável: Dr. James Cotaet Junior - CRM 108963

Rua Major Sertório, 463 - Cj. 72 - CEP: 01222-001 - Vila buarque - São Paulo - SP
Email: cdaplab@terra.com.br Site: www.cdapanatomia.com.br
Tel. (11)3258-6756 Cel./ WhatsApp: (11) 98107-9184

CDAP

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA



Nome.....: FERNANDA DA COSTA
Convênio: GEFER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Dr. (a)...: MARIANA KALE
Controle: 2401521501
Envio....: *

Idade.....: 40 Ano(s)
Data.....: 17/06/2024
Exame AP 001771913

ANATOMO PATOLÓGICO

MATERIAL: COLECTOMIA DIREITA

EXAME-AP: 771913-A

EXAME MACROSCÓPICO:

O material recebido para exame consiste de produto de hemicolectomia direita, medindo 26.0 cm de comprimento, dos quais 6.0 cm correspondem ao íleo. As margens cirúrgicas proximal e distal medem respectivamente 1.7 e 3.5 cm de diâmetro. Na mucosa observa-se área sobrelevada e espessada, distando 1.8 cm da válvula íleo-cecal e 7.8 cm da margem proximal. A lesão mede 3.0 x 2.5 cm nos maiores eixos, apresentando a superfície granulosa e acinzentada. Aos cortes é constituída por tecido friável e esbranquiçado, medindo 2.7 cm de espessura. No restante, a mucosa é granulosa e castanha, com pregueamento transversal preservado. Nota-se ainda, algumas formações diverticulares. O apêndice cecal mede 5.5 cm de comprimento por 0.7 cm de diâmetro externo médio. No tecido gorduroso adjacente foram dissecados nódulos, o maior medindo 1.0 cm de diâmetro, constituídos por tecido elástico e castanho. Acompanha retalho de epiplon que mede 10.0 x 5.0 x 1.5 cm. Aos cortes, está constituído por tecido mole e amarelado, de aspecto lobulado, com rede vascular evidente.

- A1- área sobrelevada
- A2- formações diverticulares
- A3/A4- margens íleo e cólon
- A5- apêndice cecal
- B- linfonodos
- C- epiplon

EXAME MICROSCÓPICO:

Os preparados histológicos, corados pela hematoxilina-eosina permitem a seguinte conclusão:

DIAGNÓSTICO: DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON ASSOCIADA À DIVERTICULITE AGUDA PURULENTA.
MARGENS CIRÚRGICAS ILEAL E COLÔNICA, LIVRES DO PROCESSO.

São Paulo, 12/08/2024

Assinado Eletronicamente por: Dra CINTIA CAMILLO NUNES CRM: 131296
Médico Responsável: Dr. James Cotaet Junior - CRM 108963

Rua Major Sertório, 463 - Cj. 72 - CEP: 01222-001 - Vila buarque - São Paulo - SP
Email: cdaplab@terra.com.br Site: www.cdapanatomia.com.br
Tel. (11)3258-6756 Cel./ WhatsApp: (11) 98107-9184

CDAP
ANATOMIA PATOLÓGICA
E CITOPATOLOGIA



Nome.....: FERNANDA DA COSTA
Convênio: GEFER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Dr. (a)...: MARIANA KALE
Controle: 2401521501
Envio.....: *

Idade.....: 40 Ano(s)
Data.....: 17/06/2024
Exame AP 001771913

APÊNDICE CECAL COM MORFOLOGIA CONSERVADA.
NÃO DETECTADO SINAIS DE MALIGNIDADE.

São Paulo, 12/08/2024

Assinado Eletronicamente por: Dra CINTIA CAMILLO NUNES CRM: 131296
Médico Responsável: Dr. James Cotaet Junior - CRM 108963

Rua Major Sertório, 463 - Cj. 72 - CEP: 01222-001 - Vila buarque - São Paulo - SP
Email: cdaplab@terra.com.br Site: www.cdapanatomia.com.br
Tel. (11) 3258-6756 Cel./ WhatsApp: (11) 98107-9184

ANEXO IV- QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS ALIMENTARES

Carnes e ovos

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO						
	Nunca	Menos de 1 x por mês	1 a 3x por mês	1x por semana	2 a 4 x por semana	1x por dia	2x ou mais por dia
Carne de boi				X			
Frango			X		X		
Peixe fresco							
Peixe enlatado(sardinha, atum)	X						
Carne suína				X			
Ovo							
Embutidos(presunto, mortadela, salsicha, salame, linguiça)							X

Óleos e gorduras

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO						
	Nunca	Menos de 1 x por mês	1 a 3x por mês	1x por semana	2 a 4 x por semana	1x por dia	2x ou mais por dia
Maionese					X		
Manteiga/margarina							X
Óleo							X

Açúcares e doces

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO						
	Nunca	Menos de 1 x por mês	1 a 3x por mês	1x por semana	2 a 4 x por semana	1x por dia	2x ou mais por dia
Açúcar							X
Balas				X			
Doces(goiabada, banana, marmelada, etc)				X			
Chocolate/brigadeiro							

Diversos

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA DE CONSUMO						
	Nunca	Menos de 1 x por mês	1 a 3x por mês	1x por semana	2 a 4 x por semana	1x por dia	2x ou mais por dia
Café							X
Refrigerante							X
Suco artificial							X
Suco natural							
Salgados (coxinha, pastel, pizza, rissole, esfiha, cheetos, empada, sanduiches)					X		
Sorvete/picolés				X			
Sopa (canja, feijão, legumes)		X					
Farofa					X		

Quantas refeições você faz por dia:

3 vezes as vezes 4

Em qual local as refeições são realizadas:

Residência

Paciente:

Fernanda da Costa -

ANEXO V - TERMO DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO DO TCC

UNIGRANRIO
TCC

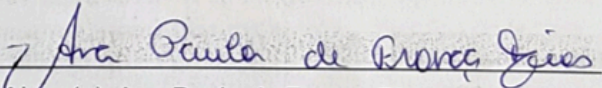
 UNIVERSIDADE
UNIGRANRIO |  Afva EDUCAÇÃO
TÉCNOLOGIA
INOVAR

TERMO DE ACEITE PARA ORIENTAÇÃO DE TCC

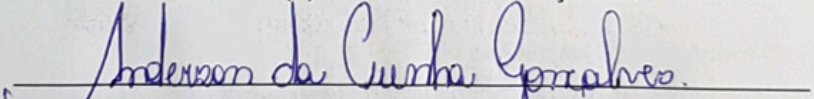
Eu, Marcello Di Blasi Franchini, na condição de Orientador (a), declaro aceitar os (aS) discentes Ana Paula de França Dias – mat. 4508343 e Anderson da Cunha Gonçalves – mat.4508541, regularmente matriculados (as) no 11º período do curso de Graduação em Medicina para orientá-lo (a), durante o 2º semestre de 2024, na elaboração do seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) 2 conforme estabelece o Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

Titulo do TCC: Câncer de Cólon, reflexo dos hábitos alimentares contemporâneos: Um relato de Caso.

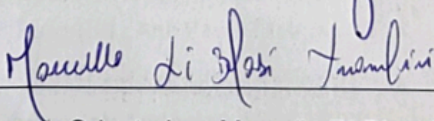
Rio de Janeiro, 10 de agosto de 2024



Aluno(a): Ana Paula de França Dias



Aluno(a): Anderson da Cunha Gonçalves



Professor Orientador : Marcello Di Blasi Franchini

Paulo Cavalcante Apratto Júnior
professor da disciplina

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre Câncer de Cólon e foi selecionado por apresentar caso clínico com potencial de pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição Unigranrio – Afya.

Os objetivos deste estudo são permitir um melhor conhecimento da etiologia, do diagnóstico e do tratamento, assim como suas complicações para os médicos generalistas.

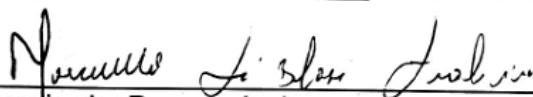
Sua participação nesta pesquisa consistirá em aceitar ter sua anamnese, exame físico e imagens divulgadas e publicadas em ambiente científico.

Os riscos relacionados com sua participação são a divulgação da imagem das suas lesões.

Os benefícios relacionados com a sua participação são melhorar o conhecimento do diagnóstico e do tratamento da sua patologia.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo só divulgado as iniciais do nome e as imagens serão protegidos por tarjas nos olhos e em tatuagens ou sinais que possam identificar o paciente.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis **Marcello Di Blasi Franchini, Ana Paula de França Dias e Anderson da Cunha Gonçalves** no e-mail flor_anadias@yahoo.com.br ou no telefone 21 99222-3024.

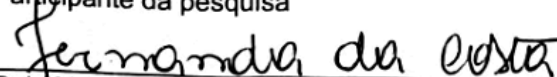

Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizado na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, 12 de 06 de 2024.

FERNANDA DA COSTA
Participante da pesquisa


Pai / Mãe ou Responsável Legal

ANEXO VII - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DO TCC NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DO TCC NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL (TRABALHO EM GRUPO)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA

Eu, Ana Paula de França Dias, portador (a) do registro de identificação 20666770-1 emitido por Detran, inscrito (a) no CPF: 100.934.637-74,

residente e domiciliado (a) em: Rua Coronel de Azevedo Jr. N° 302 Bairro Chatuba /Mesquita telefone 21 99222-3024 endereço eletrônico flor_anadias@yahoo.com.br

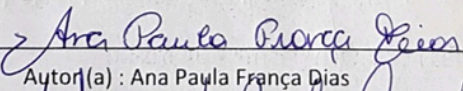
Eu, Anderson da Cunha Gonçalves, portador (a) do registro de identificação 20.260.416-1 emitido por Detran, inscrito (a) no CPF: 098.881.927-95,

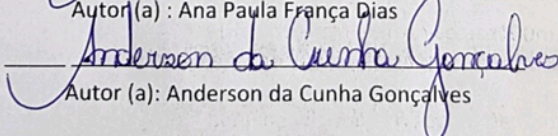
residente e domiciliado (a) em: Rua Paramopama N° 381 apt 201 Bairro: Ilha do Governador / RJ telefone 21 96440-7114 endereço eletrônico acg100mail@mail.com

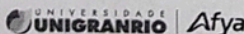
Declaramos para todos os fins e sob pena da lei, que o Trabalho de Conclusão de Curso Medicina, é de nossa exclusiva autoria.

Autorizamos a UNIGRANRIO a disponibilizar através de seu site ou portal ou delegar esta atividade, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir da data da defesa desta obra.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2024.


Autor (a) : Ana Paula França Dias


Autor (a): Anderson da Cunha Gonçalves



**UNIGRANRIO - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - "PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY"**
☛ Av. Perimetral Professor José de Souza Herdy, 120 - Jardim 25 de Agosto - Duque de Caxias / Rio de Janeiro - CEP 25.071-202
☛ Av. Ayrton Senna, 2.200 - Barra da Tijuca / Rio de Janeiro - CEP 22775-002
☛ Av. Dr. Mario Guimarães, 894 - Centro, Nova Iguaçu / Rio de Janeiro - CEP 26255-230
 UNIGRANRIO.BR

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hossain MdS, Karuniawati H, Jairoun AA, Urbi Z, Ooi DJ, John A, et al. Câncer colorretal: uma revisão da carcinogênese, epidemiologia global, desafios atuais, fatores de risco, estratégias preventivas e de tratamento. Cânceres [Internet]. 2022;14(7) : 1732 . Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8996939/>. Acesso em 08/06/2024.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de cólon e reto [Internet]. www.gov.br. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto>. Acesso em: 08/06/2024
3. Mello MRSP de, Moura SF, Muzi CD, Guimarães RM. Avaliação clínica e padrão de sintomas em pacientes com câncer colorretal. Arq Gastroenterol. 2020;57(2):131–6.
4. Lima JF de, Macedo AB, Panizzon CP do NB, Perles JVCM. Câncer colorretal, diagnóstico e estadiamento: revisão de literatura. Arq Mudi. 2019;23(3):315–29.
5. Alzahrani S, Al Doghaither H, Al-Ghafari A. Visão geral do câncer: Uma visão geral do câncer colorretal (Revisão). Mol Clin Oncol. 2021;15(6).
6. Jaspersen KW, Tuohy TM, Neklason DW, Burt RW. Câncer de cólon hereditário e familiar. Gastroenterologia. 2010;138(6):2044–58.
7. Mohammad MRS, Shahril MR, Shahar S, Fenech M, Sharif R. Associação entre comportamento relacionado à dieta e risco de câncer colorretal: uma revisão de escopo. J Cancer Prev [Internet]. 2022;27(4): 208–20. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9836915/>. Acesso em: 08/06/2024.
8. Vieira AR, Abar L, Chan DSM, Vingeliene S, Polemiti E, Stevens C, Greenwood D, Norat T. Alimentos e bebidas e risco de câncer colorretal: uma revisão sistemática e meta-análise de estudos de coorte, uma atualização das evidências do Projeto de Atualização Contínua WCRF-AICR. Ann Oncol. 2017 1 de agosto;28(8):1788–802. doi: 10.1093/annonc/mdx171. PMID: 28407090. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28407090/>. Acesso em: 08/06/2024.
9. Grupo de Trabalho sobre Avaliação de Intervenções Preventivas do Câncer (IARC). Câncer colorretal [Internet]. www.ncbi.nlm.nih.gov. Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer; 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553197/#>. Acesso em: 10/06/2024.

10. Tofani AA, Verly-Miguel MVB, Marques MC, Almeida MR de, Rezende PM dos SM, Nobrega VA da, et al. Mortalidade por Câncer de Cólon e Reto no Brasil e suas Regiões entre 2006 e 2020. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2024 [citado 2024 27 de maio];70(1)–074404. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4404/3382>. Acesso em 10/06/2024.
11. Pacheco-Pérez LA, Ruíz-González KJ, de-la-Torre-Gómez ACG, Guevara-Valtier MC, Rodríguez-Puente LA, Gutiérrez-Valverde JM. Fatores ambientais e conscientização sobre o câncer colorretal em pessoas com risco familiar. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2019;27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7ffZb4dVYSZr7QwdDVR9kgD/?lang=en#> . Acesso em: 10/06/2024.
12. Silva IC. Mecanismos fisiopatológicos do câncer de cólon [Mestrado Integrado em Medicina]. [Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]; 2017.
13. Simonson C. Câncer Colorretal – Uma Atualização para Enfermeiros de Atenção Primária. J Nurse Pract [Internet]. 2018;14(4):344–50. Disponível em: [https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(18\)30003-5/fulltext](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(18)30003-5/fulltext) . Acesso em 10/06/2024.
14. Weledji EP. Clínicas em Oncologia A Etiologia e Patogênese do Câncer Colorretal [Internet] . 2024. Disponível em : <https://www.clinicsinoncology.com/open-access/the-etiology-and-pathogenesis-of-colorectal-cancer-9717.pdf> . Acesso em: 10/06/2024.
15. Duan B, Zhao Y, Bai J, Wang J, Duan X, Luo X, et al. Câncer colorretal: uma visão geral [Internet]. Morgado-Diaz JA, editor. PubMed. Brisbane (AU): Publicações Exon; 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586003/> . Acesso em: 10/06/2024.
16. Mahmoud NN. Câncer colorretal. Surg Oncol Clin N Am. 2022;31(2):127–41.
17. Grundei T. Proktologischer Alltag aus der Sicht eines Chirurgen. Hautarzt. 2015;66(6):423–9.
18. Thirunavukarasu P, Talati C, Munjal S, Attwood K, Edge SB, Francescutti V. Efeito da incorporação de níveis de antígeno carcinoembrionário sérico pré-tratamento no estadiamento AJCC para câncer de cólon na sobrevida de 5 anos. JAMA Surg. 2015;150(8):747.
19. Goldman L, Schafer AI. Medicina Goldman-Cecil. 26ª ed. Amsterdã: Elsevier; 2020.

20. Moreno C, Kim DH, Bartel TB, Cash BD, Chang KJ, Feig BW, et al. Critérios de Adequação do ACR ® Rastreamento do Câncer Colorretal. J Am Coll Radiol [Internet]. 2018;15(5):S56–68. Disponível em: [https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(18\)30340-5/pdf](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(18)30340-5/pdf). Acesso em: 11/06/2024.
21. Mergener K, Potter NT. Recomendações para triagem de câncer colorretal. JAMA. 2016 Jan;316(16):1716.
22. Li X, Man S, Zou J, Wang M, Liang F, Chen S, et al. Uma meta-análise de tomografia computadorizada com contraste no diagnóstico de câncer colorretal. J Cancer Res Ther. 2016;12(5):79.
23. Souza GD de, Souza LRQ, Cuenca RM, Vilela VM, Santos BE de M, Aguiar FS de. Métodos de imagem pré e pós-operatórios em câncer colorretal. ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo) [Internet]. 2018;31(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/psr4t6K9fGYsx3rpgChCtPJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11/06/2024.
24. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de intestino - Versão para profissionais de saúde [Internet]. Instituto Nacional de Câncer - INCA. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino/versao-para-profissionais-de-saude>. Acesso em: 11/06/2024.
25. Kumar A, Gautam V, Sandhu A, Rawat K, Sharma A, Saha L. Abordagens terapêuticas atuais e emergentes para câncer colorretal: uma revisão abrangente. World J Gastrointest Surg [Internet]. 2023;15(4) : 495–519 . Disponível em : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10190721/>. Acesso em: 11/06/2024.
26. van Gijn W, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Kranenbarg EMK, Putter H, Wiggers T, et al. Radioterapia pré-operatória combinada com excisão mesorretal total para câncer retal ressecável: acompanhamento de 12 anos do estudo multicêntrico, randomizado e controlado TME. Lancet Oncol. 2011;12(6):575–82.
27. Santos JA, Filho ACMN, Hissayassu GY, Piassa JPM, Silva PH de SS. Câncer colorretal - uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Braz J Saúde Rev [Internet]. 2024;7(2):e68695–5. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68695>. Acesso em: 11/06/2024.
28. GLOBOCAN 2020: Observatório Global do Câncer. Organização Mundial de Saúde. Disponível em : <https://gco.iarc.fr>. Acesso em: 16/11/2024.

29. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, Grosse Y, Ghissassi FE, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, Mattock H, Straif K; Grupo de Trabalho de Monografias da Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer. Carcinogenicidade do consumo de carne vermelha e processada. *Lancet Oncol*. 2015 dez;16(16):1599–600. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00444-1. Epub 2015 out 29. PMID: 26514947. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26514947/>. Acesso em 16/11/2024.
30. O'Keefe SJ. Dieta, microrganismos e seus metabólitos e câncer de cólon. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016 dez;13(12):691–706. doi: 10.1038/nrgastro.2016.165. Epub 2016 nov 16. PMID: 27848961; PMCID: PMC6312102. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27848961/>. Acesso em: 16/11/2024.
31. Kuipers EJ, Grady WM, Lieberman D, Seufferlein T, Sung JJ, Boelens PG, van de Velde CJ, Watanabe T. Câncer colorretal. *Nat Rev Dis Primers*. 5 de novembro de 2015;1:15065. doi: 10.1038/nrdp.2015.65. PMID: 27189416; PMCID: PMC4874655. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189416/>. Acesso em: 16/11/2024.
32. TOLEDO CM, ALMEIDA LMPR de, AVERBACH M, BARBOSA J de L e S. ANALYSIS OF THE TRACKING INITIATIVES OF COLORECTAL CANCER IN BRAZIL. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2023 Oct;60(4):450–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.230402023-93>. Acesso em: 16/11/2024.
33. 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 [Internet]. 2012. Disponível em: <https://www.pl.g.br>. Acesso em: 16/11/2024.
34. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K; Grupo de Trabalho do Manual da Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer. Gordura Corporal e Câncer - Ponto de Vista do Grupo de Trabalho do IARC. *N Engl J Med*. 25 de agosto de 2016;375(8):794–8. doi: 10.1056/NEJMSr1606602. PMID: 27557308; PMCID: PMC6754861. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27557308/>. Acesso em: 16/11/2024.
35. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Padrões e tendências globais na incidência e mortalidade do câncer colorretal. *Gut*. 2017 abr;66(4):683–91. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310912. Epub 2016 jan 27. PMID: 26818619. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26818619/>. Acesso em 16/11/2024.

36. Lombardo MS, Popim RC. Acesso do paciente à rede oncológica sob a “Lei dos Sessenta Dias”: Revisão Integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2020;73(5). doi : <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>. Acesso em: 16/11/2024.
37. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Alimentação [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/alimentacao>. Acesso em: 16/11/2024.
38. França CJ, Carvalho VCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Debate Saúde. 2017;41(114):932–48. doi: 10.1590/0103-1104201711421. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/932-948/pt/>. Acesso em: 16/11/2024.