

Análise do conhecimento dos médicos da Atenção Primária sobre o rastreamento do câncer colorretal

Analysis of Primary Care doctors' knowledge about colorectal cancer screening

Análisis del conocimiento de los médicos de Atención Primaria sobre el cribado del cáncer colorrectal

Luiz Henrique Carvalho Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8128-1494>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: Luizkarvalho37@gmail.com

Eulálio Sotero Galvão Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6001-8614>

Universidade Estadual do Piauí, Brasil

E-mail: eulaliojr26@gmail.com

Resumo

Câncer Colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais prevalentes no Brasil. A história natural dessa neoplasia é bem consolidada. As lesões benignas inicialmente não causam sintomas e levam em média 10 anos para se transformarem em lesão maligna, fazendo com que o CCR seja um alvo ideal para programas de rastreamento e profilaxia. O objetivo geral é avaliar o conhecimento dos médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Teresina sobre o rastreamento do CCR, e se eles sugerem os exames preventivos aos pacientes. Esse artigo, tratou-se de um estudo quantitativo e qualitativo transversal, da avaliação do conhecimento de médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o rastreio do CCR. A pesquisa foi respondida por 167 médicos, 128 (76,6%) desses julgam possuir conhecimento para rastrear o CCR, 70,7% dos médicos alegaram não solicitar rastreamento por conta da indisponibilidade da colonoscopia. Por fim, concluiu-se, que a ausência da colonoscopia não justifica a não realização do rastreamento, pois a pesquisa de sangue oculto fecal (PSOF) é um método de triagem presente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com relação a resistência dos pacientes e a longa fila para conseguir realizar os exames, deve-se realizar campanhas para conscientização para a população e de disponibilizar meios mais ágeis para a realização da triagem. Por fim, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de divulgação dessa temática para a população médica, a fim de aumentar a porcentagem de médicos que fazem o rastreamento e atenuar a morbimortalidade pelo CCR.

Palavras-chave: Neoplasias Colorretais; Programas de Rastreamento; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Colorectal Cancer (CRC) is one of the most prevalent neoplasms in Brazil. The natural history of this neoplasm is well established. Benign lesions initially cause no symptoms and take an average of 10 years to transform into a malignant lesion, making CRC an ideal target for screening and prophylaxis programs. The general objective is to evaluate the knowledge of doctors at Basic Health Units (UBS) in Teresina about CRC screening, and whether they suggest preventive exams to patients. This article was a cross-sectional quantitative and qualitative study, assessing the knowledge of doctors from the Family Health Strategy (ESF) on CRC screening. The survey was answered by 167 doctors, 128 (76.6%) of whom believe they have the knowledge to screen for CRC, 70.7% of doctors claimed not to request screening due to the unavailability of colonoscopy. Finally, it was concluded that the absence of colonoscopy does not justify not carrying out screening, as fecal occult blood testing (PSOF) is a screening method present in Basic Health Units (UBS). In relation to patient resistance and the long queue to be able to take the exams, campaigns should be carried out to raise awareness among the population and provide faster means for carrying out screening. Finally, the research results point to the need to disseminate this topic to the medical population, in order to increase the percentage of doctors who carry out screening and mitigate morbidity and mortality due to CRC.

Keywords: Colorectal Neoplasms; Mass screening; Primary Health Care.

Resumen

El Cáncer Colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más prevalentes en Brasil. La historia natural de esta neoplasia está bien establecida. Las lesiones benignas inicialmente no causan síntomas y tardan un promedio de 10 años en transformarse en una lesión maligna, lo que convierte al CCR en un objetivo ideal para los programas de detección y profilaxis. El objetivo general es evaluar el conocimiento de los médicos de las Unidades Básicas de Salud (UBS) de Teresina sobre el tamizaje del CCR y si sugieren exámenes preventivos a los pacientes. Este artículo fue un estudio cuantitativo y cualitativo transversal, que evaluó el conocimiento de los médicos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) sobre el tamizaje del CCR. La encuesta fue respondida por 167 médicos, 128 (76,6%) de los cuales creen tener el conocimiento para realizar el tamizaje de CCR, el 70,7% de los médicos afirmó no solicitar el tamizaje debido a la indisponibilidad de la colonoscopia. Finalmente, se concluyó que la ausencia de colonoscopia no justifica no realizar el cribado, siendo la prueba de sangre oculta en heces (PSOF) un método de cribado presente en las Unidades Básicas de Salud (UBS). En relación a la resistencia de los pacientes y la larga cola para poder realizar los exámenes, se deben realizar campañas para concientizar a la población y brindar medios más rápidos para realizar el cribado. Finalmente, los resultados de la investigación apuntan a la necesidad de difundir este tema entre la población médica, con el fin de aumentar el porcentaje de médicos que realizan pesquisa y mitigar la morbilidad y mortalidad por CCR.

Palabras clave: Neoplasias Colorrectales; Tamizaje Masivo; Atención Primaria de Salud.

1. Introdução

O Câncer Colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais prevalentes no Brasil, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil. No país, o número estimado de casos novos de CCR para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 45.630 casos (Instituto Nacional do Câncer, 2022). Além disso, é esperado que haja um crescimento ainda maior da incidência, devido ao envelhecimento da população (Teixeira, 2017).

A história natural dessa neoplasia é bem consolidada. A doença se inicia com o surgimento de tumores benignos, chamados de adenomas ou pólipos, na mucosa do cólon ou reto, que inicialmente não causam sintomas nos pacientes e levam em média 10 anos para se transformarem em uma lesão maligna, fazendo, com que o CCR seja um alvo ideal para programas de rastreamento e profilaxia (Menezes et al., 2016).

Fatores genéticos e ambientais estão envolvidos no desenvolvimento do CCR, entretanto o fator mais importante para o surgimento da doença é a idade, sendo que usualmente os indivíduos são acometidos após a 5^a década de vida (Bibbins-Domingo et al., 2016). Apesar disso, os casos de CCR em pessoas com menos de 50 anos vem crescendo nos últimos anos, e são causados por um grupo heterogêneo de doenças, com as síndromes genéticas e hereditárias sendo responsáveis, contudo, pela minoria dos casos, sendo que a maioria dos pacientes possui de fato doença esporádica que pode estar relacionada a vários fatores de risco como, obesidade, diabetes mellitus, consumo elevado de carnes e gorduras, baixo consumo de fibras, tabagismo entre outros (Connell et al., 2017).

A importância do aumento de casos em pacientes jovens e sem histórico da doença na família, foi evidenciada pela publicação de novas diretrizes pela *American Cancer Society*, em 2018, recomendando, nos Estados Unidos, o início do rastreamento para CCR aos 45 anos de idade para os pacientes assintomáticos e sem fatores de risco específicos, é possível que, futuramente, essa diretriz também se aplique em outros países (Wolf et al., 2018).

No Brasil, o Caderno de Atenção Primária emitido pelo Ministério da Saúde (MS), recomenda que o rastreio do CCR em adultos, seja feito entre 50 a 75 anos de idade, através da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), colonoscopia ou retossigmoidoscopia (Souza et al., 2014). Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus componentes: divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos, além do acesso ao tratamento adequado e oportuno (Atkin et al., 2017).

Apesar da alta incidência de CCR, não existe um programa para rastreamento dos pacientes assintomáticos no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, este tipo de política pública se restringe ao câncer de mama e ao de colo do útero. O MS não considera viável e custo-efetiva, atualmente, a implantação de programas populacionais de rastreamento para câncer colorretal no Brasil e recomenda abordagem individual para as situações de alto risco (Arnold et al., 2016). Dessa forma, é compreensível que no Brasil, o CCR seja normalmente diagnosticado em estágios avançados e de acordo com estimativas, o número de mortes devido a esta afecção aumentará em 75% entre os homens e 67,5% entre as mulheres nos próximos 20 anos (Souza et al., 2014).

A detecção precoce de adenomas na mucosa intestinal é essencial para evitar o surgimento do câncer, caso um tumor maligno se desenvolva a sobrevivência dos portadores de CCR depende de variáveis como: profundidade da parede intestinal acometida pelo tumor, número de linfonodos que contém metástase e metástase em órgãos à distância (Campos et al., 2011). A taxa de sobrevida em 5 anos para pacientes com o tumor de cólon ainda localizado (estágio I e IIa) é de cerca de 90%, já as neoplasias de cólon metastáticas, ou estágio IV, a taxa de sobrevida relativa de 5 anos é de cerca de 18% (American Cancer Society, 2023).

Dentre os métodos possíveis para o rastreio do CCR há exames como a PSOF, a sigmoidoscopia e o Teste Imunoquímico Fecal (FIT), qualquer paciente que testar positivo para esses exames deverá fazer uma colonoscopia, o método padrão-ouro que confirma o diagnóstico e pode ser utilizado como teste de rastreamento. A colonoscopia é a única ferramenta que, além de avaliar todo o intestino grosso, pode remover os adenomas em toda a extensão do cólon, evitando que ocorra transformação maligna dessas lesões (Gaspar & Moraes, 2020; Pires et al., 2021).

Não obstante, a colonoscopia apresenta um alto índice de rejeição pelos pacientes, por conta da preparação intestinal rigorosa que envolve jejum e soluções para limpeza do cólon, as quais podem induzir desconforto abdominal, tonturas, náuseas, vômitos e alterações hidroeletrolíticas (Loureiro et al., 2013). O risco destas alterações está relacionado com o tipo de preparação intestinal, idade e comorbidades dos doentes. Existem no mercado diversas formulações de soluções laxantes destinadas à preparação intestinal, portanto, é fundamental que o médico saiba orientar bem os pacientes, a fim de aumentar a adesão ao exame (Gaspar & Moraes, 2020).

Os médicos envolvidos na atenção primária e secundária são, em geral, os principais profissionais a realizarem o diagnóstico de neoplasia, desempenhando, portanto, papel fundamental no diagnóstico precoce dessas doenças, somado a isso, a inexistência de um programa de rastreamento em massa faz com que os pacientes dependam mais dos médicos para realização dos testes (Custódio et al., 2019 ; Sewitch et al., 2006).

Dessa maneira, o estudo sobre a avaliação do conhecimento dos médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o rastreamento do CCR é de extrema importância, uma vez que esse cancro possui alta incidência, tempo longo de progressão clínica, e um marcador pré-maligno reconhecido e tratável (Wilt et al., 2015). O levantamento de dados dessa pesquisa

poderá incentivar projetos de capacitação dos profissionais da ESF e promover campanhas que visem conscientizar a população sobre a doença.

Desse modo, o objetivo geral é avaliar o conhecimento dos médicos das UBS de Teresina sobre o rastreamento do CCR, e se eles sugerem os exames preventivos aos pacientes. Entre os objetivos específicos estão: identificar quais os exames de rastreamentos mais solicitados pelos médicos, identificar as barreiras que, segundo os médicos, dificultam o rastreio do CCR em Teresina, observar a idade mínima que o rastreamento começa, observar quais protocolos de conduta clínica os médicos mais utilizam nas consultas, observar se os médicos se consideram aptos a realizar o rastreamento do CCR.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo transversal, que, por consequência apresentou-se como uma fotografia feita em uma amostragem da população de médicos, esse tipo de trabalho possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento, é também chamada de estudo de prevalência, porque são feitos para estimar prevalências. (Vieira & Hossne, 2015).

Além de uma pesquisa transversal, esse trabalho também apresenta importantes elementos qualitativos, como a coleta direta de dados e o uso de questionário com questões abertas. Acerca das características quantitativas do estudo, destacamos a coleta de dados numéricos por meio do uso de medições de grandezas e a geração de conjuntos de dados que foram analisados por meio da estatística e porcentagem (Pereira et al., 2018).

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí-UESPI, e os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar do trabalho. A pesquisa obedeceu aos critérios éticos com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Os participantes da pesquisa foram médicos que atuam nas UBS de Teresina. Ser médico atuante na Atenção Primária à Saúde do município foi o critério de inclusão da pesquisa. Foram excluídos médicos que se recusaram a responder o questionário e assinar o TCLE. Das 92 UBS que Teresina possui, devidamente registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas uma parte foi cenário para o estudo, no intuito de atingir o número amostral da pesquisa.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado os dados da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e usada a seguinte fórmula:

$$\frac{Z^2 * P(1-P) / e^2}{1 + [Z^2 * P(1-P) / e^2 * N]}$$

De acordo com a FMS, a população total de médicos que trabalham nas UBS de Teresina atualmente é de 293 profissionais. Para efeito do cálculo do tamanho da amostra (n) foi considerado uma margem de erro (e) de 5% e nível de confiança de 95% ($z= 1,96$) com o valor do parâmetro, $p= 0,5$, considerando uma população finita (N) de 293 profissionais.

A amostra resultante foi selecionada por meio de uma amostragem probabilística do tipo casual simples sem reposição. Portanto, o número mínimo de médicos que deveria participar da pesquisa era de 167.

Os profissionais participaram de forma individual e foram apresentados aos objetivos da pesquisa com uma abordagem clara e objetiva. Os médicos foram interrogados sobre a sua disposição para responder ao questionário sem auxílio de qualquer material teórico e caso concordassem assinavam o TCLE. As respostas foram colhidas através de questionários impressos entregues aos participantes da pesquisa. O tempo estimado para responder as questões foi de 10 minutos.

O questionário elaborado para os médicos participantes conteve questões objetivas e subjetivas acerca do Câncer Colorretal, rastreamento, dificuldades encontradas para sua realização, público-alvo, exames utilizados e protocolo de referência utilizado pelo profissional médico. A análise das respostas foi baseada nas diretrizes da OMS e do ministério da saúde.

A pesquisa apresentou riscos, pois a abordagem direta dos participantes nas UBS poderia atrapalhar o andamento das consultas realizadas no local, para minimizar esse risco, a pesquisa foi feita prioritariamente no encerramento do turno de trabalho dos médicos nas respectivas UBS, além do mais, quando possível, os médicos foram contatados por mensagens e puderam informar o melhor dia para a coleta de dados. Outro risco era a violação do sigilo das informações ou mesmo a revelação da identidade do participante. Para amenizar tal possibilidade, a avaliação foi realizada de modo individual no próprio consultório médico.

Após o término da coleta de dados, foi feita a tabulação dos dados obtidos, separando-os por categorias. Com a análise dos questionários, foram elaborados gráficos e tabelas que demonstraram o conhecimento dos médicos sobre o rastreamento do CCR.

3. Resultados e Discussão

A pesquisa foi respondida por 167 médicos que atuavam na atenção primária no período em questão, o que constitui uma amostra estatisticamente relevante com intervalo de confiança (IC) igual a 95%. Do total de médicos, 128 (76,6%) julgam possuir conhecimento para rastrear o CCR, conforme a Tabela 1.

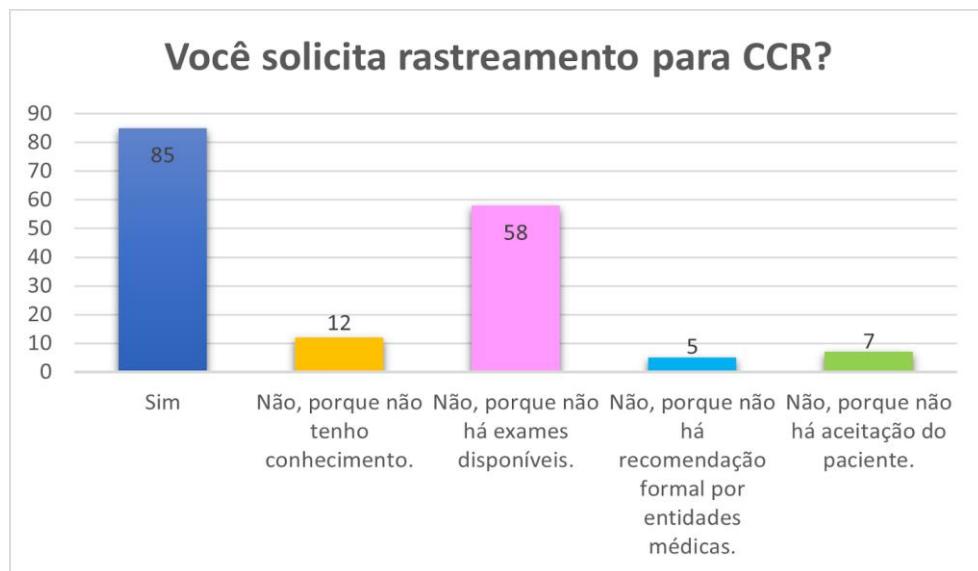
Tabela 1 - Frequência absoluta (N) e percentual (%) acerca do conhecimento sobre o rastreamento do CCR.

Julga possuir conhecimento para rastrear CCR	N	%
Sim	128	76,60%
Não	39	23,40%
Total	167	100%

Fonte: SILVA et al., 2025.

Os valores da tabela contrastam com o número de médicos que declarou realizar o rastreamento: 85 (50,9%), por outro lado 82 (49,1%) médicos declararam não fazer o rastreamento. Em torno de 70,7% dos médicos alegaram não solicitar rastreamento devido a indisponibilidade dos exames, especialmente a ausência da colonoscopia. Mais especificamente foi referido que a impossibilidade de a colonoscopia poder ser encaminhada a partir da UBS seria o motivo, sendo necessário que um médico especialista a solicite em um nível de atenção secundário ou terciário. O Gráfico 1 ilustra esses e outros dados.

Gráfico 1 - Frequência absoluta dos médicos que solicitam ou não rastreamento.

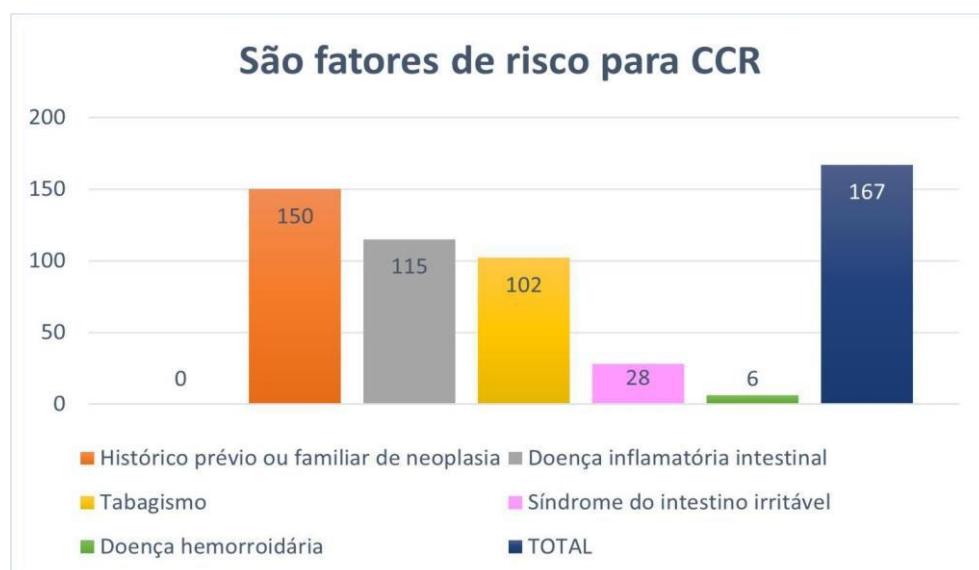


Fonte: SILVA et al., 2025.

Apesar de 43 (33%) dos médicos que julgam possuir conhecimento para o rastreamento não pedirem o mesmo, ainda existe uma relação muito significante entre conhecer e solicitar ($p<0,001$).

Sobre o reconhecimento dos fatores de risco para CCR, dos profissionais que responderam o questionário, 150 (89,8%) responderam que história familiar de neoplasia é um fator de risco, 115 (68,8%) reconheceram a doença inflamatória intestinal como fator de risco, 101 (61%) associaram o tabagismo como fator de risco, conforme mostrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - respostas sobre os fatores de risco para CCR.



Fonte: SILVA et al., 2025.

Relativo à idade que o paciente deve iniciar o rastreamento ser de 50 anos, pela Tabela 2 percebemos que, 117 (70,1%) médicos acertaram, enquanto a segunda opção mais marcada foi 60 anos.

Tabela 2 - Idade mínima para iniciar o rastreio do CCR segundo os médicos.

Idade mínima para iniciar o rastreio do CCR	N	%
40 anos	16	9,60%
50 anos	117	70,10%
60 anos	33	19,80%
Não há idade mínima	1	0,50%
Total	167	100%

Fonte: SILVA et al., 2025.

Com relação a idade máxima que o paciente deve ser submetido aos exames de rastreamento, 78 médicos acreditam não haver uma idade limite em que se deve parar o rastreamento, 61 disseram ser 75 anos a idade máxima, os outros valores foram menos marcados pelos participantes da pesquisa, conforme listado na Tabela 3.

Tabela 3 - Idade máxima que o rastreamento do CCR deve ser mantido segundo os médicos.

Idade máxima para rastrear CCR	N	%
60 anos	4	2,39%
70 anos	16	9,58%
75 anos	61	36,52%
85 anos	8	4,79%
Não há idade máxima	78	46,72%
Total	167	100%

Fonte: SILVA et al., 2025.

Outro dado importante observado na pesquisa foi quais exames os médicos reconheciam como recomendados para o rastreamento do CCR, 154 reconheceram a colonoscopia, 136 a PSOF, 86 a retossigmoidoscopia, 4 a Tomografia Computadorizada (TC), 3 a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e 5 reconheceram o enema opaco. Não houve associação entre solicitar rastreamento para CCR e reconhecer a colonoscopia como exame recomendado ($p=0,08$), ou seja, mesmo os que não a solicitavam a reconheciam. Entretanto o reconhecimento da PSOF e a retossigmoidoscopia foi fortemente associado a prática ou não de rastreamento pelo médico ($p<0,001$), conforme a Tabela 4.

Tabela 4 - Relação entre médicos que solicitam rastreamento em sua conduta e o tipo de exame utilizado.

	Solicita rastreamento para CCR?		p-valor
Exames	Sim	Não	
TC	4	0	0,121*
RNM	3	0	0,246*
Enema opaco	1	4	0,205*
PSOF	80	56	<0,001**
Retossigmoidoscopia	77	9	<0,001**
Colonoscopia	83	71	0,08**

Análise por: *Teste exato de Fisher, ** Qui-quadrado. Fonte: Autoria própria (2024).

Ainda sobre os exames recomendados, os médicos também responderam acerca da frequência em que o exame deve ser solicitado, o que pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5 - Frequência dos exames recomendados para o rastreamento serem solicitados segundo os médicos.

Exame	Frequência	N (%)
PSOF	Anual	118(70)
	Bianual	31(18,5)
	A cada 5 anos	18(11,5)
Retossigmoidoscopia	Anual	9(5,3)
	Bianual	25(14,9)
	A cada 5 anos	101(60)
	A cada 10 anos	26(15,5)
	Uma única vez	8(4,3)
Colonoscopia	Anual	20 (0,12)
	Bianual	25 (0,15)
	A cada 5 anos	75 (0,45)
	A cada 10 anos	47 (0,28)
	Total	167 (100)

Fonte: SILVA et al., 2025.

Conforme evidenciado na tabela apenas 28% dos médicos sabem que a colonoscopia deve ser solicitada a cada 10 anos, quanto aos outros dois exames os índices de erro foram menores.

Dos participantes da pesquisa, 76% afirmaram possuir conhecimento para rastrear a neoplasia, esse achado é similar com o trabalho de Custódio et al. (2019) que estudaram a realização de rastreamento para CCR com médicos das UBS em um município de Sergipe. Esse resultado também se aproxima do valor de 80% encontrado por Souza et al. (2014) que estudaram a realização de rastreamento para CCR com médicos que trabalhavam no Hospital da Universidade Luterana do Brasil e em UBS no Rio Grande do Sul.

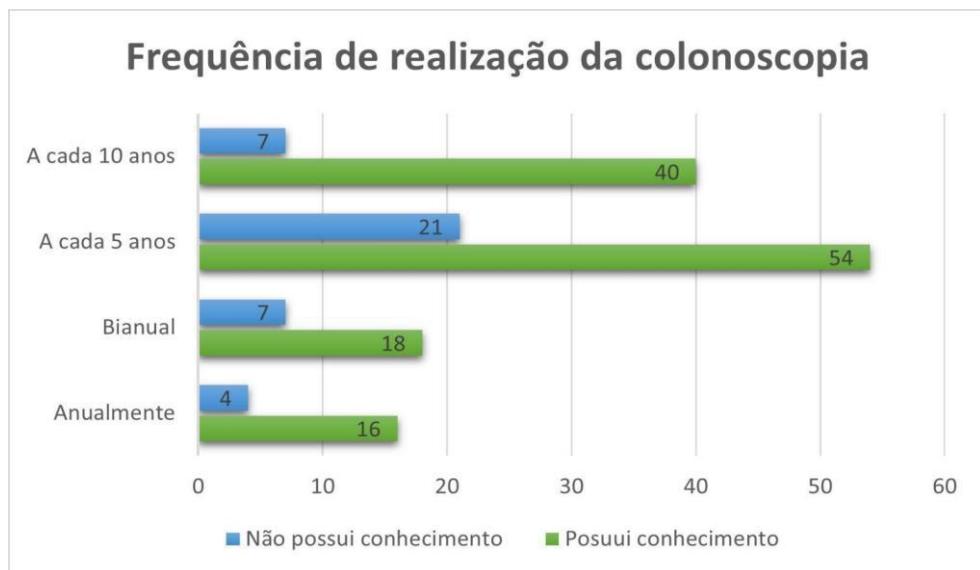
Uma proporção significativa, quase metade (82) dos médicos afirmaram não realizar a triagem do CCR, o que representa milhares de pacientes que não terão acesso aos exames que são indispensáveis para o diagnóstico precoce da doença. De acordo com 70% dos participantes que não rastreavam, a principal razão para não rastrear seria a ausência do exame. No estudo de Custódio et al. (2019) dos que não realizavam a triagem 16,66% julgaram não ter conhecimento; 33,33% alegaram não ter exames disponíveis na rede; e 50% afirmaram não haver aceitação do paciente para realização dos exames.

Em nosso estudo, 70,1% dos participantes disseram que a idade mínima para iniciar o rastreamento é 50 anos, isso está conforme a diretriz do MS, por outro lado 60% dos médicos reportaram essa idade na pesquisa de Custódio et al. (2019) e em um trabalho feito por Perin et al. (2015) apenas 30% dos médicos iniciaram a triagem de rotina do CCR em pacientes com idade entre 50 e 55 anos. Iniciar a investigação nessa idade é o básico a ser feito, visto que nos Estados Unidos a recomendação é que o rastreamento se inicie aos 45 anos de idade, haja visto o aumento alarmante nos casos dessa neoplasia (Wolf et al., 2018).

Uma porcentagem muito baixa dos médicos das UBS de Teresina conhece que existe uma idade limite em que o CCR ainda deve ser investigado, 75 anos, visto que 63,48% dos médicos erraram a questão sobre esse tema. Apesar disso, o erro mais significativo foi na pergunta relacionada a frequência de realização da colonoscopia, 120 médicos erraram a resposta.

Dos médicos que informaram possuir conhecimento sobre o rastreio de CCR, 40 (31,25%) responderam corretamente a frequência do período de realização da colonoscopia, e o restante respondeu incorretamente, sendo a resposta mais frequente a cada 5 anos. Dos que afirmaram não possuir conhecimento, apenas 7 (17,94%) acertaram, conforme demonstrado no Gráfico 3. Demonstrando que esse conhecimento está pouco difundido entre os médicos da atenção básica.

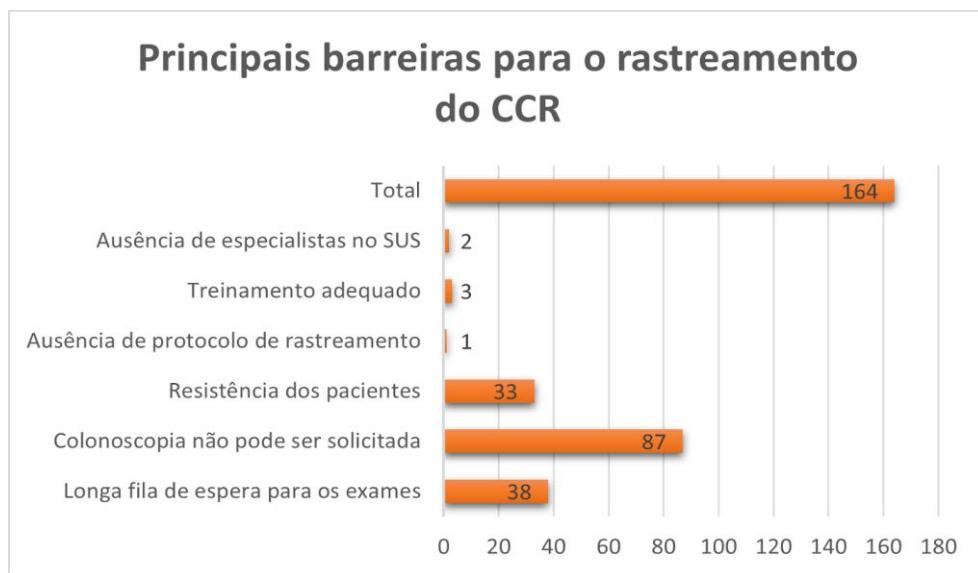
Gráfico 3 - Comparação entre a frequência de realização da colonoscopia segundo médicos que informaram ter o conhecimento e os que informaram não possuir.



Fonte: SILVA et al., 2025.

Na pesquisa organizada por Tucunduva et al. (2004), ao entrevistarem médicos não oncologistas da escola de medicina de São Paulo, 82,86% dos entrevistados afirmaram que a principal dificuldade para a realização do rastreamento era a falta de agentes educadores em saúde para população, contudo na nossa pesquisa, a principal dificuldade apontada foi a impossibilidade de a colonoscopia ser solicitada pela UBS e em segundo lugar a longa fila de espera pelos exames foi apontada, conforme o Gráfico 4.

Gráfico 4 - Dificuldades apontadas pelos médicos.



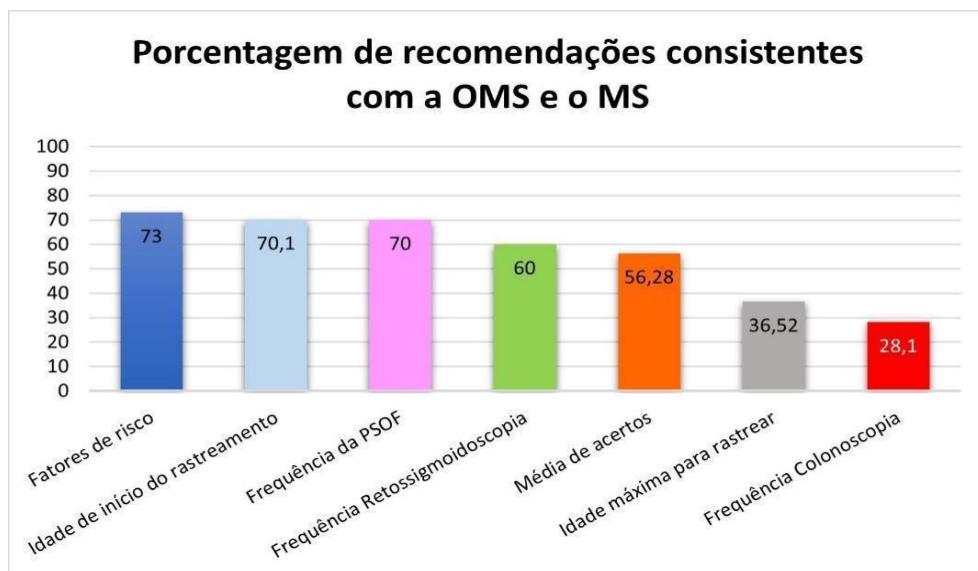
Fonte: SILVA et al., 2025.

O questionamento foi aberto e subjetivo, mais de um problema foi relatado por vários médicos, nem todos responderam, entretanto, assim como na pesquisa realizada em Sergipe a ausência de exame foi a mais apontada (Custódio et al., 2019). As variáveis desse estudo foram direcionadas ao paciente sem riscos adicionais, classificado como risco médio, ou seja, sem

diagnóstico prévio de câncer colorretal, pólipos adenomatosos ou doença inflamatória intestinal; nenhum diagnóstico pessoal ou histórico familiar de doenças genéticas conhecidas que os predisponham a um alto risco de câncer colorretal ao longo da vida como síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa familiar (Davidson et al., 2021). Assim, o questionário frisou as recomendações gerais e que abrangem a maior parte da população.

Por fim, conforme exposto no Gráfico 5, pouco mais da metade (56,28%) das recomendações foram consistentes com os protocolos da OMS e MS, e as duas perguntas mais erradas foram sobre a idade máxima para realização do rastreamento e sobre a frequência que a colonoscopia deveria ser realizada.

Gráfico 5 - Porcentagem de recomendações dos médicos avaliados consistentes com a OMS e o MS.



Fonte: SILVA et al., 2025.

4. Conclusão

Esse assunto exige muita atenção visto que no Nordeste o CCR é a quarta neoplasia maligna mais comum, tanto em homens como em mulheres, e no estado do Piauí estima-se que em 2023 ocorra 360 casos da doença a cada 100.000 habitantes, boa parte desses casos ocorrendo em Teresina (Instituto Nacional do Câncer, 2022).

Este estudo obteve uma amostra significativa de participantes e demonstrou que, apesar de a maioria dos médicos atuantes na atenção primária julgar possuir conhecimento necessário para realização do rastreamento do CCR, muitos erros foram cometidos. Ademais aproximadamente metade não solicita rastreamento, o que pode contribuir para o aumento da mortalidade pela detecção tardia dos cânceres.

A ausência da colonoscopia não justifica a não realização do rastreamento, pois a PSOF é um método de triagem presente nas UBS. Com relação a resistência dos pacientes e a longa fila para conseguir realizar os exames, é de competência do SUS a realização de campanhas para conscientização do CCR para a população e de disponibilizar meios mais ágeis para a realização dos procedimentos de triagem.

Frente a esses resultados, sugerimos que trabalhos futuros avaliem o conhecimento dos médicos que atuam nas UBS de outras cidades sobre o CCR, para verificar se esse é um problema nacional.

Em suma, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de divulgação dessa temática para a população médica, a fim de aumentar a porcentagem de médicos que fazem o rastreamento e atenuar a morbimortalidade pelo CCR.

Referências

- American Cancer Society. (2023, March 1). *Colorectal cancer survival rates / colorectal cancer prognosis.* www.cancer.org. <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
- Arnold, M., Sierra, M. S., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2016). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*, 66(4), 683–691. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310912>
- Atkin, W., Wooldrage, K., Parkin, D. M., Kralj-Hans, I., MacRae, E., Shah, U., Duffy, S., & Cross, A. J. (2017). Long term effects of once-only flexible sigmoidoscopy screening after 17 years of follow-up: the UK Flexible Sigmoidoscopy Screening randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 389(10076), 1299–1311. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30396-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30396-3)
- Campos, F., Cecconello, I., Calijuri-Hamra, M. C., Rocco Imperiale, A., Roberto Kiss, D., & Carlos Nahas, S. (2011). Locally advanced colorectal cancer: Results of surgical treatment and prognostic factors. *Arquivos de Gastroenterologia*, 48(4), 270–275. <https://doi.org/10.1590/s0004-28032011000400010>
- Connell, L. C., Mota, J. M., Braghiroli, M. I., & Hoff, P. M. (2017). The rising incidence of younger patients with colorectal cancer: Questions about screening, biology, and treatment. *Current Treatment Options in Oncology*, 18(4). <https://doi.org/10.1007/s11864-017-0463-3-3>
- Custódio, M. da S., Anjos, A. S. D., Santos, D. do N., Xavier, F. E. B., & Silva, A. M. F. (2019). Avaliação do conhecimento dos médicos da atenção primária sobre rastreamento de câncer colorretal em um município de Sergipe. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 52(2), 91–97. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i2p91-97>
- Gaspar, H., & Morais, V. (2020). Colonoscopia: quando a preparação se torna uma complicação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 36(2), 186–193. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12461>
- Loureiro, J. F. M., Corrêa, P. A. F. P., Paccos, J. L., Fábio, R. G., da Silva, R. M. A., Perecco, T. B., Ilias, E. J., & Artifon, E. L. de A. (2013). Complicações em colonoscopia. *GED Gastroenterol. Endosc. Dig.*, 32(2), 44–49.
- Instituto Nacional do Câncer. (2022). *Estimativa / 2023 Incidência de Câncer no Brasil*. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
- Menezes, C., Ferreira, D., Faro, F., Bomfim, M., & Trindade, L. (2016). Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005–2015. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 29(2), 172–179. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p172>
- Perin, D. M., Saraiya, M., Thompson, T. D., de Moura, L., Simoes, E. J., Parra, D. C., & Brownson, R. C. (2015). Providers' knowledge, attitudes, and practices related to colorectal cancer control in Brazil. *Preventive medicine*, 81, 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.021>
- Pires, M. E. de P., Mezzomo, D. S., Moema Mendes Leite, F., Marinho de Lucena, T., da silva e silva, J., Alves Pinheiro, M. J., Jardim Vargas, L., Quaresma Quintairos, M., & Carvalho Oliveira, M. (2021). Rastreamento do câncer colorretal: Revisão de literatura / colorectal cancer screening: Literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6866–6881. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-233>
- Sewitch, M., Burtin, P., Dawes, M., Yaffe, M. J., Snell, L., Roper, M., Zanelli, P., & Pavilanis, A. (2006). Colorectal cancer screening: Physicians' knowledge of risk assessment and guidelines, practice, and description of barriers and facilitators. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 20(11), 713–718. <https://doi.org/10.1155/2006/609746>
- Silva, L. H. C., Galvão Júnior, E. S., Brito, F. N., Milanez, I. M. A., Nunes, R. S., Nascimento, A. B., & Sousa, F. C. A. (2025). Análise do conhecimento dos médicos da Atenção Primária sobre o rastreamento do câncer colorretal. *Research, Society and Development*, 13(12), e46140. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i12.46140>
- Souza, D. L., Jerez-Roig, J., Cabral, F. J., de Lima, J. R., Rutalira, M. K., & Costa, J. A. (2014). Colorectal cancer mortality in Brazil: predictions until the year 2025 and cancer control implications. *Diseases of the colon and rectum*, 57(9), 1082–1089. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000186>
- Teixeira, C. R. (2017). Clinical impact of the immunochemical fecal occult blood test for colorectal cancer screening in Brazil. *Annals of Gastroenterology*, 30(4). <https://doi.org/10.20524/aog.2017.0151>
- Tucunduva, L. T. C. de M., Sá, V. H. L. C. de, Koshimura, E. T., Prudente, F. V. B., Santos, A. F. dos, Samano, E. S. T., Costa, L. J. M., & Del Giglio, A. (2004). Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 50(3), 257–262. <https://doi.org/10.1590/s0104-42302004000300030>
- Vieira, S., Hossne William, S. (2015). *Metodologia Científica para a Área da Saúde*. 2ed. Elsevier Editora Ltda
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, F. J. (2018). *Metodologia da pesquisa científica* (1st ed.). UFSM/NTE.
- US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Curry, S. J., Davidson, K. W., Epling, J. W., Jr, García, F. A. R., Gillman, M. W., Harper, D. M., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kurth, A. E., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Owens, D. K., Phillips, W. R., Phipps, M. G., Pignone, M. P., & Siu, A. L. (2016). Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 315(23), 2564–2575. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5989>
- US Preventive Services Task Force, Davidson, K. W., Barry, M. J., Mangione, C. M., Cabana, M., Caughey, A. B., Davis, E. M., Donahue, K. E., Doubeni, C. A., Krist, A. H., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Owens, D. K., Pbert, L., Silverstein, M., Stevermer, J., Tseng, C. W., & Wong, J. B. (2021). Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 325(19), 1965–1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6238>
- Wilt, T. J., Harris, R. P., Qaseem, A., & High Value Care Task Force of the American College of Physicians (2015). Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 162(10), 718–725. <https://doi.org/10.7326/M14-2326>
- Wolf, A. M. D., Fontham, E. T. H., Church, T. R., Flowers, C. R., Guerra, C. E., LaMonte, S. J., Etzioni, R., McKenna, M. T., Oeffinger, K. C., Shih, Y.-C. T., Walter, L. C., Andrews, K. S., Brawley, O. W., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram-Baptiste, D., Siegel, R. L., Wender, R. C., & Smith, R. A. (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(4), 250–281. <https://doi.org/10.3322/caac.21457>