



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**Orientando: Mayara da Silva Custódio
Orientador: Ana Maria Fantini Silva
Coorientador: Fernando Every Belo Xavier**

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA SOBRE RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL NO
MUNICÍPIO DE LAGARTO EM SERGIPE**

**Lagarto
2018**

Mayara da Silva Custódio

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA SOBRE RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL NO
MUNICÍPIO DE LAGARTO EM SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Ana Maria Fantini Silva

Coorientador: Fernando Every Belo Xavier

Lagarto - SE

2018

Mayara da Silva Custódio

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA SOBRE RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL NO
MUNICÍPIO DE LAGARTO EM SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Ana Maria Fantini Silva

Coorientador: Fernando Every Belo Xavier

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

Lagarto - SE

2018

RESUMO

O Câncer Colorretal (CCR) é constituído por neoplasias que acometem o segmento do intestino e reto, é derivado de pólipos adenomatosos e possui uma história natural bem esclarecida. Ele é a quarta neoplasia mais prevalente em homens e a terceira em mulheres no Brasil, sendo ainda a quarta causa de morte por câncer no país. Sua origem pode ser genética, a partir de heranças autossômicas dominantes ou relacionada a fatores ambientais, entre os quais a dieta hipercalórica e o tabagismo possuem papéis fundamentais na patogênese. O desenvolvimento do CCR é lento, as lesões levam mais de 5 anos em crescimento antes de se tornarem clinicamente significativas. O panorama atual mostra que o diagnóstico deste tipo de neoplasia tem sido realizado tardiamente, diminuindo as possibilidades terapêutica e o tempo de sobrevivência destes pacientes. Com uma história da doença bem esclarecida o CCR possibilita diferentes formas de prevenção, entre elas encontramos a prevenção secundária. Ela é realizada de forma que exames de rastreamento para população alvo identificam estágios precoces da doença e possibilitam o diagnóstico e tratamento adequado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o rastreamento sistemático de pessoas acima de 50 anos naqueles países com condições de garantir todas as etapas de cuidado ao paciente com este câncer. Evidências de alta qualidade apoiam uma estratégia de sangue oculto nas fezes a cada ano para triagem de câncer colorretal, com colonoscopia, utilizado como seguimento de um teste positivo. O objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento dos médicos prestadores de serviço na Atenção Primária à Saúde do município de Lagarto, Sergipe, sobre o rastreamento das neoplasias colorretais.

Descritores: Neoplasias Colorretais. Programas de Rastreamento.

Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) consists of tumors that affect the segment of the intestine and rectum, is derived from adenomatous polyps and has a well-established natural history. It is the fourth most prevalent neoplasm in men and the third in women in Brazil, and is still the fourth leading cause of cancer death in the country. Its origin may be genetic, from autosomal dominant inheritances or related to environmental factors, among which the hypercaloric diet and smoking have fundamental roles in the pathogenesis. The development of CRC is slow, lesions take more than 5 years to grow before they become clinically significant. The current panorama shows that the diagnosis of this type of neoplasia has been carried out late, reducing the therapeutic possibilities and the survival time of these patients. With a well-informed history of the disease, CRC makes possible different forms of prevention, among them we find secondary prevention. It is performed so that screening tests for the target population identify early stages of the disease and enable proper diagnosis and treatment. The World Health Organization (WHO) advocates the systematic screening of people over 50 years of age in those countries able to guarantee every step of caring for the cancer patient. High-quality evidence supports a fecal occult blood strategy each year for colorectal cancer screening with colonoscopy, used as a follow-up to a positive test. The objective of this study is to evaluate the knowledge of the medical service providers in Primary Health Care of the city of Lagarto, Sergipe, on the screening of colorectal neoplasms.

Descriptor: Colorectal Cancer. Mass Screening. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1- REVISÃO TEÓRICA.....	6
2- ARTIGO.....	11
3- REFERÊNCIAS.....	30
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	32
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	35
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE LAGARTO.....	38
ANEXO D – QUESTIONÁRIO	39
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	41

1 REVISÃO TEÓRICA

A neoplasia colorretal abrange as neoplasias localizados em cólon sigmoide e reto (INCA, 2017). É identificado pela Classificação Internacional de Doença (CID-10), em neoplasias de cólon (C18), da junção retossigmoide (C19), do reto (C20) e do ânus (C21) (MENEZES *et al.*, 2016). Ele representa uma das mais significantes e prevalentes causas de morte por câncer nos dias atuais. É um importante problema de saúde, pois a cada ano, no mundo, são diagnosticados cerca de um milhão de novos casos, sendo que deste número metade vai a óbito (ANDRADE, SOARES, 2016).

A neoplasia colorretal está em quarto lugar nacional nas estimativas do ano de 2016 (INCA), com um valor esperado de 16.660 novos casos, e para região nordeste estimou-se 1.940 novos casos. Na população feminina estes dados são ainda maiores, nacionalmente 17.620 novos casos eram aguardados e no Nordeste 2.530 casos (INCA, 2015). Para 2025, no Brasil, espera-se uma elevação dos casos de CCR. Esta expectativa é baseada na transição demográfica que o país está passando, culminando no envelhecimento populacional. A elevação da mortalidade ainda é identificada com maior intensidade nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, devido as inequidades sociais acentuadas nessas regiões (MEURER, 2016).

No Estado de Sergipe o CCR está classificado como quinto mais incidente. Estimou-se 70 casos novos, em 100 mil habitantes, para o gênero masculino. Já para o gênero feminino estimou-se 100 novos casos em 100 mil habitantes. Os índices de mortalidade nacionais estão em 15.415; sendo 7.387 homens e 8.024 mulheres (INCA, 2015).

Em relação à sua epidemiologia, ocorre uma discreta predileção pelo gênero masculino e com idade superior a 60 anos, embora que em indivíduos mais jovens ele venha a ser mais agressivo e indiferenciado (ANDRADE, SOARES, 2016).

Atualmente acredita-se que o CCR possua uma etiologia multifatorial, e que diferentes fatores influenciam levando a suscetibilidade a ele. Fatores genéticos e não genéticos são responsáveis por sua etiologia. A maioria dos casos (65%) são esporádicos, desenvolvendo-se em resposta a fatores ambientais e apenas 3% são devido a síndromes hereditárias como o Câncer de Colorretal Hereditário não Poliposo (HNPCC), Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) e síndromes hamartomatosas muito

raras. Os 32% restante são por uma combinação de fatores genéticos e ambientais (KAHN, et al., 2017).

Em sua análise histopatológica o adenocarcinoma é responsável por mais de noventa por cento dos casos, os demais são: tumor neuroendócrino (carcinoide) que é encontrado em 0,5 a 7% dos tumores gastrointestinais; o linfoma que corresponde a 0,5%; sarcoma, sendo o mais importante o leiossarcoma mais comum em colón e reto; o carcinoma de células escamosas, o carcinoma adenoescamoso, plasmocitoma e o melanoma (MEURER, 2016).

A combinação de eventos moleculares que levam ao adenocarcinoma colônico é heterogênea e inclui anormalidades genéticas e epigenéticas. Duas vias genéticas distintas foram descritas, que são elas, a via *APC/β-catenina*, que está associado a *WNT* e à sequência adenoma-carcinoma clássica; e a via da instabilidade das microssatélites, que está associada a defeitos no reparo mismatch do DNA (KUMAR, et al., 2010).

Estudos de fatores de risco para o CCR revelam a associação entre a sua ocorrência e o desenvolvimento socioeconômico e da população, assim como moradores de áreas urbanas. Em populações com melhor nível socioeconômico, a sua ocorrência é maior consequente a padrões dietéticos, em especial o consumo *per capita* de calorias (LONGO, et al., 2013) (DIAS, et al., 2007).

O estilo de vida, idade e principalmente a dieta também são fatores de risco importantes que determinam a formação da neoplasia. Uma alimentação com alta ingestão de energia, proteínas, gorduras saturadas, colesterol e sódio aumentam o risco de desenvolver o CCR, enquanto uma dieta rica em Vitamina E e cafeína diminuiriam o risco (KAHN, et al., 2017). Além do que, dietas ricas em gorduras animais (porém não em gordura vegetais), também estão associadas a elevações do colesterol sérico, que por sua vez estão ligadas ao aumento do risco de adenomas e carcinomas colorretais (LONGO, et al., 2013).

A inatividade física está associada ainda à obesidade, que é outro fator de risco. Indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30kg/m² têm 19% de risco aumentado de desenvolver a neoplasia em comparação com valores de 20-25kg/m². O tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas também possuem seu papel de forma positiva na etiologia do CCR, de forma que estudos mostram que 12% dos CCR tem ligação com o tabagismo, o consumo de álcool e ao sexo masculino (KAHN, et al., 2017).

Silva et al., em 2011, em um estudo realizado com médicos da Equipe de Saúde da Família de Boa Vista demonstrou que os profissionais optaram pela opção de dieta balanceada e prática de atividade física como principais medidas de prevenção primária para o câncer colorretal (SILVA et al., 2011).

As manifestações clínicas desta neoplasia variam de acordo com a localização. Os cânceres de ceco e outros do cólon direito cursam com o aparecimento de fadiga e fraqueza devido a anemia por deficiência de ferro. As lesões desta região costumam ulcerar, o que leva a uma perda intermitente de sangue. O adenocarcinoma colorretal esquerdo pode causar mudança de hábitos intestinais ou cólicas no quadrante inferior esquerdo. Já os cânceres que surgem no retossigmoide estão associados a hematoquezia, tenesmo e diminuição do calibre das fezes (LONGO, 2013) (KUMAR, et al., 2010).

Sinais e sintomas menos comuns também podem aparecer como, dor em baixo ventre, queda do estado geral, tumor abdominal palpável, obstrução intestinal aguda, fístulas colônicas e peritonite fecal por perfuração intestinal, entretanto, também fazem parte do quadro clínico da doença (MENEZES, 2016).

O estadiamento da doença define o prognóstico do paciente, nele é avaliado a profundidade da invasão tumoral na parede intestinal, o acometimento dos linfonodos regionais e de metástases à distância (LONGO, 2013).

“O tempo estimado para o aparecimento de um adenoma, seu crescimento e transformação em tumor é superior a dez anos, período este suficientemente longo para permitir sua identificação, ressecção e, portanto, a prevenção do CCR” (DIAS et al., 2007).

Um estudo do perfil demográfico de CCR no Estado de Sergipe em 2008 caracterizou o estadiamento de seus participantes e os resultados foram “Em 134 (37,75%) casos havia informação a respeito do estágio do tumor no momento do diagnóstico. Houve uma predominância de tumores em estágio III (n=61; 45,52%), seguindo-se o estágio II (n=49; 36,57%), estágio I (n=17; 12,69%), estágio IV (n=6; 4,48%) e estágio 0 (n=1; 0,75%). Quanto à profundidade do tumor segundo o sistema TNM, foi possível identificar 94 (26,48%) casos. A maioria dos casos foi classificada como pT3 (n=69; 73,40%), seguido de pT2 (n=17; 18,09%), pT4 (n=4; 4,26%), pT1 (n=3; 3,19%) e pTis (n=1; 1,06%). Considerando apenas os que apresentam adenocarcinoma, em 88 casos (24,79%) tiveram informação a respeito do

estadiamento de Dukes. Houve um predomínio de Dukes C (n=46; 52,27%) e B (n=34; 38,64%), seguido de Dukes A (n=4; 4,55%) e D (n=4; 4,55%)” (TORRES, et al., 2008).

Entende-se como rastreo do CCR a pesquisa de neoplasias colorretais em indivíduos assintomáticos, sem história de adenoma colorretal ou câncer. Consiste na aplicação de provas simples, de fácil execução em grande massa populacional (grupo rastreo), com o objetivo de selecionar indivíduos que, mesmo sendo assintomáticos, devam se submeter a métodos mais específicos e de maior complexidade para a possível detecção de adenomas e de câncer precoce (DIAS et al., 2007). “Ensaio controlado mostraram menor mortalidade entre os pacientes submetidos triagem do que entre aqueles que não o fazem” (INADOMI, 2017).

Os exames de análise de sangue oculto nas fezes incluem dois tipos de testes, o Guaiáco e testes imunoquímicos que utilizam anticorpos para detectar o sangue humano. O Teste Imunoquímico Fecal (TIF) tem a vantagem de não exigir restrições dietéticas; tais restrições são necessárias com testes baseados em guaiáco, pois, sem elas, podem ser falsamente positivos na presença de sangue de carne vermelha ou de alimentos que reage com Guaiáco (INADOMI, 2017).

Evidências mostram que a pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada ano ou a cada 2 anos para triagem de câncer colorretal, com colonoscopia, utilizado como seguimento de um teste positivo reduzem até 32% da mortalidade comparado a não realização do rastreo (INADOMI, 2017).

Em 2008 um estudo cujo objetivo foi demonstrar a eficácia dos testes de rastreamento para CCR avaliou a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) em um grupo de pessoas e no outro grupo a Sigmoidoscopia Flexível (SF). Foi demonstrado que com a estratégia de PSOF anual ou de dois em dois anos houve uma redução de 15-33% de mortalidade e com uma única SF a redução da mortalidade foi de 44-70% e de incidência 55% (PINTO, 2012).

O Instituto Nacional do Câncer traz a pesquisa de sangue oculto nas fezes e o exame endoscópico como forma de rastreo. Estes devem ser solicitados em paciente sintomáticos ou que estejam inseridos em grupo de alto risco, como por exemplo indivíduos portadores de Doença Inflamatória Intestinal. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza rastreamento em todos aqueles acima de 50 anos nos países em que tenha condições de garantir todas as etapas de cuidado ao paciente com este câncer (INCA, 2017).

Estudos já demonstraram que o câncer colorretal é um dos mais negligenciados com relação a seu rastreamento. Em 2011, Silva et al., demonstrou que apenas 52% dos médicos avaliados tinham em sua conduta a realização do rastreamento e apenas 15,2% solicitavam uma PSOF a partir dos 50 anos. Ele ainda reafirmou o que havia sido demonstrado por Tucunduva et al., que o CCR estava entre os cânceres com menor conformidade de rastreamento com os consensos (SILVA et al., 2011) (TUCUNDUVA et al., 2004).

O The New England Journal of Medicine publicou um trabalho onde avalia os testes utilizados para o rastreamento de CCR e faz recomendações para prática clínica. Sendo elas que pacientes com risco médio para o desenvolvimento de câncer colorretal devem começar a rastrear aos 50 anos de idade. O rastreio entre 76 e 85 anos de idade deve ser adaptado, e a triagem deve parar após 85 anos de idade. Nesses pacientes deve ser realizado a pesquisa de sangue oculto anual nas fezes anual ou colonoscopia a cada 10 anos (INADOMI, 2017).

A Sociedade Brasileira de Coloproctologia classifica os indivíduos em risco normal àqueles que não apresentam sintomas, não são portadores de doença inflamatória intestinal ou não possui história familiar. Nestas pessoas a recomendação é iniciar o rastreamento aos 50 anos com PSOF anualmente e retossigmoidoscopia anual ou bianual e colonoscopia a cada 10 anos. Estão no grupo de risco aumentado àqueles que apresentam sintomas, pessoas com antecedentes pessoal ou familiar de câncer de intestino, ovário, mama, endométrio ou tireóide ou ainda pessoas com doença inflamatória intestinal como retocolite ou doença de Crohn (SBC, 2017).

O Caderno de Atenção Primária, nº 29, publicado no ano de 2010, que serve de orientação para os profissionais de saúde, traz menção ao câncer colorretal e seu rastreamento. Refere que apesar da recomendação de pesquisa de sangue oculto nas fezes em pacientes de 50 a 75 anos, não recomenda este tipo de rastreamento pois o número de falso-positivo chega a 80% (MS, 2010).

A prevenção primária dos cânceres, redução dos fatores de risco, associado a secundária que consiste no diagnóstico precoce por meio de exames de rastreamento podem reduzir dois terços do o número de casos de câncer. Isto demonstra a importância da atualização dos profissionais de saúde quanto as medidas de prevenção primária e secundária. Os médicos não oncologistas são os principais diagnosticadores de neoplasias e desempenham um papel fundamental neste diagnóstico precoce (TUCUNDUVA, et al., 2004).

2 ARTIGO

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE LAGARTO EM SERGIPE

EVALUATION OF KNOWLEDGE OF PRIMARY ATTENTION PHYSICIANS ON COLORECTAL CANCER SCREENING IN A CITY OF LAGARTO IN SERGIPE

Mayara da S. Custódio¹, Anderson S dos Anjos¹, Debora do N. Santos², Fernando E. B. Xavier³, Ana M. F. Silva³,

1. Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe
2. Graduando em Fisioterapia pela Universidade Federal de Sergipe
3. Professor da Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Medicina - Lagarto

Endereço: Rua Manoel Damaceno, 110-A. Lagarto, Sergipe. CEP: 4900-000

Email: mayaracustodio001@hotmail.com

CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL

RESUMO

Modelo do estudo: Estudo observacional transversal. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos médicos prestadores de serviço na Atenção Primária à Saúde do município de Lagarto, Sergipe, sobre o rastreamento das neoplasias colorretais.

Metodologia: Estudo quantitativo e qualitativo transversal, realizado com médicos atuantes na Atenção Primária do município de Lagarto, Sergipe. **Resultados:** Vinte e cinco médicos (92,5%) responderam ao questionário. A maioria deles (76%) informou possuir conhecimento necessário para realização do rastreamento do câncer colorretal (CCR). Porém ao ser questionado sobre a idade para início do rastreio apenas 60% relata que deve ser aos 50 anos, assim como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dezesete (68%) referiram que não há limite de idade para encerrar o rastreamento. Entre os motivos justificados para não realização do rastreio 50% responderam que não o faz porque o paciente não aceita, 33,33% por não ter os exames disponíveis no sistema e 16,66% por não possuir conhecimento para conduta. A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) foi escolhida por 92% dos médicos, e a colonoscopia por 60% deles. Em relação à periodicidade, enquanto 72% informaram de forma assertiva que a PSOF deve ser realizada anualmente, apenas 36% relataram que a retossigmoidoscopia deve ser realizada a cada 5 anos. **Conclusão:** apesar de a maioria dos médicos inseridos na Atenção Primária do município de Lagarto referir possuir o conhecimento necessário para realização do rastreamento do câncer colorretal observou-se significativa não conformidade em relação às respostas sobre faixa etária alvo e métodos de rastreio quando comparadas ao que a Organização Mundial de Saúde e o Instituto Nacional do Câncer preconizam. A ausência de uma política de saúde pública de prevenção,

associada a falta de programas de formação e reciclagem dos profissionais sobre prevenção de câncer colorretal, podem impactar diretamente na manutenção dos altos índices de mortalidade por esta neoplasia.

Descritores: Neoplasias Colorretais. Programas de Rastreamento.

Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Study model: Cross-sectional study. **Objective:** To evaluate the knowledge of the medical service providers in the Primary Health Care of the city of Lagarto, Sergipe, on the screening of colorectal neoplasias. **Methodology:** Quantitative and qualitative cross - sectional study, performed with physicians working in Primary Care in the city of Lagarto, Sergipe. **Results:** Twenty-five physicians (92.5%) answered the questionnaire. Most of them (76%) reported having the necessary knowledge to perform colorectal cancer screening (RCC). However, when questioned about the age at which screening began, only 60% report that it should be at age 50, as recommended by the World Health Organization (WHO). Seventeen (68%) reported that there is no age limit to terminate the screening. Among the justified reasons for not performing the screening 50% answered that it does not do it because the patient does not accept, 33.33% for not having the exams available in the system and 16.66% for not having knowledge for conduct. Fecal occult blood screening (PSOF) was chosen by 92% of physicians, and colonoscopy by 60%. Regarding

periodicity, while 72% reported assertively that PSOF should be performed annually, only 36% reported that rectosigmoidoscopy should be performed every 5 years.

Conclusion: Although most of the physicians enrolled in Primary Care in the municipality of Lagarto reported having the necessary knowledge to perform colorectal cancer screening, there was a significant nonconformity with regard to the responses on target age group and screening methods when compared to the World Health Organization and the National Cancer Institute advocate. The absence of a preventive public health policy, coupled with the lack of training and retraining programs for professionals on the prevention of colorectal cancer, may directly affect the maintenance of high mortality rates due to this neoplasm.

Descriptors: Colorectal Neoplasms. Mass Screening. Primary Health Care

INTRODUÇÃO

O Câncer Colorretal (CCR) compreende as neoplasias malignas que acometem um segmento do colón, sigmoide e o reto. É a quarta causa de morte por neoplasia no Brasil¹. No sexo masculino é a quarta neoplasia mais prevalente e a terceira no sexo feminino. Possui uma história natural da doença bem esclarecida e um período longo de evolução, tornando-o um dos mais sensíveis as medidas preventivas e terapêuticas quando diagnosticado num estágio inicial². A etiologia do

CCR decorre de fatores ambientais e genéticos, com uma maior prevalência de neoplasia esporádicas pela ação dos fatores de risco³.

A população ainda possui pouco conhecimento sobre o rastreamento desta neoplasia, o que implica em um baixo nível de adesão ao diagnóstico⁴. Isto culmina em um dos fatores decisivos nas taxas de mortalidade por CCR que é o estadiamento da doença, ou seja, o grau de profundidade e invasão do câncer no momento de seu diagnóstico⁵. O rastreamento desta neoplasia é a principal forma de reduzir a mortalidade⁶.

O Instituto Nacional do Câncer traz alguns exames para realização da detecção precoce desses tumores sendo preconizado a pesquisa de sangue oculto nas fezes anual e o exame endoscópico (colonoscopia e retossigmoidoscopia) com intervalo a cada dez anos. Ainda segundo o INCA estes exames devem ser solicitados nos indivíduos com sinais e sintomas ou naqueles que não possuem sinais e sintomas, mas se enquadram no grupo de maior risco. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza rastreamento em todos aqueles acima de 50 anos nos países em que tenha condições de garantir todas as etapas de cuidado ao paciente com este câncer¹. O rastreamento deve ser mantido até os 75 anos. Caso haja predisposição familiar ou fatores de risco que aumentem a chances de o indivíduo desenvolver este tipo de neoplasia o rastreamento deve ser iniciado precocemente⁷.

Profissionais médicos envolvidos na atenção primária e secundária são os principais a realizarem o diagnóstico de neoplasias, portanto desempenham papel fundamental no diagnóstico precoce dessas doenças. Em um estudo realizado com estes profissionais, demonstrou que dentre os tipos de câncer que cujo conhecimento médico sobre o rastreamento revelaram menor conformidade com consensos estava

o câncer colorretal. O conhecimento sobre as rotinas preconizadas aumenta a eficácia do rastreamento e diminuição da mortalidade⁸.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo quantitativo e qualitativo transversal, realizado no município de Lagarto, Sergipe. Lagarto fica à 82 quilômetros da capital, Aracaju, e é a maior cidade do interior do Estado. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no último censo, em 2010, possuía uma população de 94.861 habitantes⁹.

A população estudada foi de vinte e sete médicos que atuavam na Assistência Primária à Saúde da rede pública desta cidade no período analisado. O estudo foi realizado entre o período de março a abril do ano 2018. Ser médico atuante na Atenção Primária à Saúde do município de Lagarto foi o critério de inclusão da pesquisa. Foram excluídos médicos que atendiam exclusivamente a população pediátrica e aqueles que se recusaram a responder o questionário e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para avaliação, foi utilizado um questionário intitulado “Neoplasia Colorretal e sua prevenção na Atenção Primária” elaborado pelo autor da pesquisa. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe, aprovado, número do protocolo 2.484.673. A participação da pesquisa foi iniciada após esclarecimento de seu objetivo e assinatura do TCLE.

O questionário é composto por doze questões, das quais dez são objetivas e duas subjetivas acerca de Câncer Colorretal, rastreamento, dificuldades

encontradas para sua realização, público alvo, exames utilizados e protocolo de referência utilizado pelo profissional médico. Possui ainda área aberta para outras informações. A análise das respostas foi baseada tomando como referência a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹.

Os dados foram descritos por meio de frequência simples e percentual. As associações foram avaliadas por meio do teste Exato de Fisher. O software utilizado foi o R Core Team 2018 e o nível de significância adotado foi de 5%.

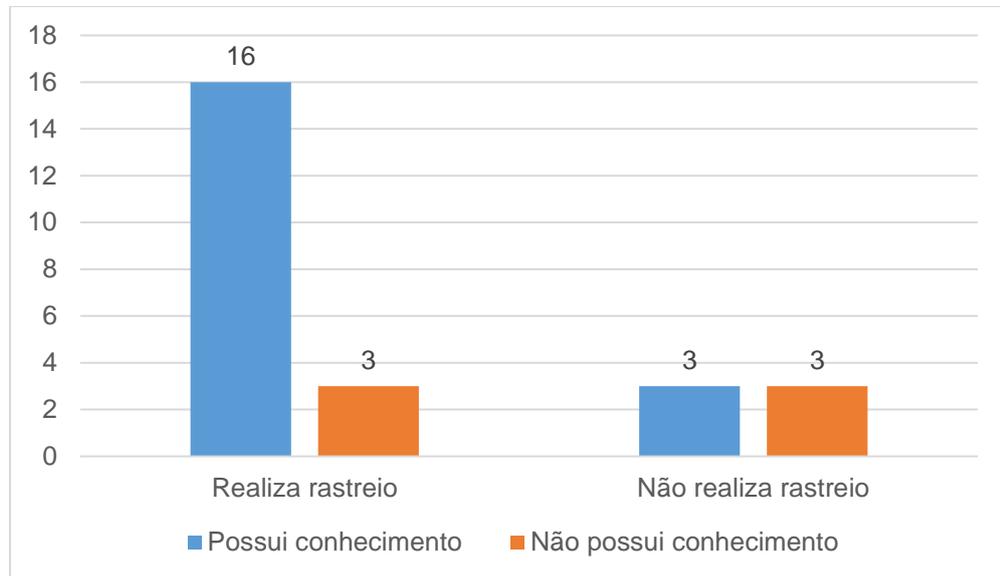
RESULTADOS

A pesquisa foi respondida por 92% dos médicos que atuavam na Atenção Primária no período em questão. Dos médicos atuantes, dois não participaram, um deles estava afastado de suas atividades e o segundo se recusou a assinar o TCLE.

Os valores encontrados foram que 19 (76%) dos profissionais médicos da rede de Atenção Primária julgaram ter conhecimento necessário para realização do rastreamento de CCR (Figura 1). Porém, ao ser questionado sobre a idade para início de rastreamento e para seu término, 60% optou por 50 anos como idade mínima e 68% marcou que não há idade máxima para sua realização (Figura 2). Setenta e cinco anos foi a segunda opção mais escolhida para idade máxima com 12% das respostas. Houve um empate de 8% para as idades de 85 e 70 anos como máximas.

Entre os 76% dos profissionais que julgaram possuir o conhecimento necessário 15,78% destes não solicitam o rastreamento desta neoplasia, já 3 (50%) dos que referem não ter conhecimento o realiza (Figura 1).

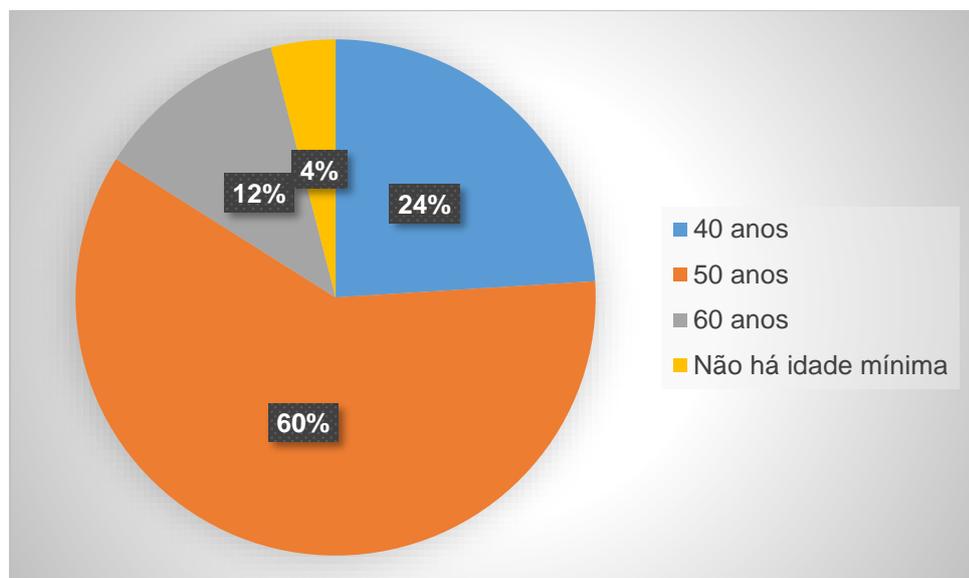
Figura 1 - Relação do conhecimento médico e solicitação de exames para rastreamento de câncer colorretal da Atenção primária de Lagarto – SE.



Fonte: o autor

Seis médicos relataram não realizar o rastreamento, dentre os motivos 16,66% julgaram não ter conhecimento, 33,33% não ter exames disponíveis na rede e 50% de não existir aceitação do paciente para realização dos exames.

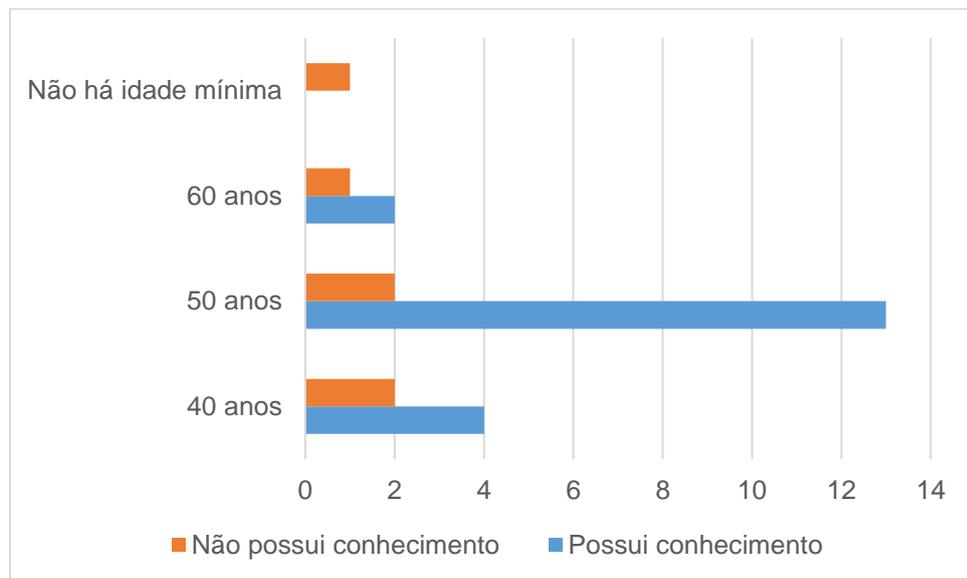
Figura 2 - Questionamento dos médicos sobre idade de início de rastreamento da Atenção Primária de Lagarto, SE.



Fonte: o autor

Realizando ainda um cruzamento entre àqueles que julgam possuir conhecimento necessário para realização do rastreamento e a idade selecionada para início do mesmo visualizamos que 68% dos médicos que informaram ter conhecimento optaram por 50 anos (Figura 3).

Figura 3 – Relação entre médicos que julgam possuir conhecimento para realização do rastreamento e idade de início na Atenção Primária de Lagarto, SE.



Fonte: o autor

Em relação às medidas utilizadas para realização do rastreamento adequado do CCR foi possível optar por mais de uma alternativa no questionário. (Tabela 1). Além dos exames utilizados a periodicidade com que eles devem ser solicitados também foi questionado. (Tabela 2)

Tabela 1 – Exames utilizados para rastreamento de câncer colorretal segundo médicos da Atenção Primária de Lagarto, SE.

Exame	N (%)
Tomografia Computadorizada	0 (0)
Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	23 (92)

Retossigmoidoscopia	15 (60)
Ressonância Nuclear Magnética	3 (12)
Colonoscopia	16 (64)
Enema Opaco	2 (8)

N – Frequência absoluta; % - frequência percentual

Fonte: o autor

Tabela 2 – Frequência para realização de exames para rastreamento segundo médicos da Atenção Primária de Lagarto, SE.

Exame	Frequência	N (%)
Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	Anualmente	18 (72)
	Bianual	7 (28)
Retossigmoidoscopia	Anualmente	6 (24)
	Bianual	6 (24)
	A cada 5 anos	9 (36)
	Uma única vez	4 (16)
Colonoscopia	Anualmente	6 (24)
	Bianual	4 (16)
	A cada 5 anos	12 (48)
	A cada 10 anos	0 (0)
	Uma única vez	3 (12)

N – Frequência absoluta; % - frequência percentual

*Teste Exato de Fisher

Fonte: o autor

Outro dado observado nos resultados foi que relacionando os médicos que referiram realizar o rastreamento de câncer colorretal em sua prática clínica 100% deles utilizam a Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes como exame de escolha ($p=0,05$). A retossigmoidoscopia foi escolhida por 68% dos que realizam e a colonoscopia por 63%. Ressonância Nuclear Magnética e Enema Opaco foram escolhidos por 10,53% dos entrevistados (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre médicos que solicitam rastreamento em sua conduta e o tipo de exame utilizado.

Exames	Em sua prática clínica você solicita rastreamento para colorretal?		p-valor*
	Sim N (%)	Não N (%)	
Tomografia Computadorizada	0 (0)	0 (0)	-
Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes	19 (100)	4 (66,67)	0,050
Retossigmoidoscopia	13 (68,42)	2 (33,33)	0,175
Ressonância Nuclear Magnética	2 (10,53)	1 (16,67)	1,000
Colonoscopia	12 (63,16)	4 (66,67)	1,000
Enema opaco	2 (10,53)	0 (0)	1,000

N – frequência observada; % - frequência percentual

* Teste Exato de Fisher

Fonte: o autor

O estudo analisou ainda os grupos de risco para o surgimento de CCR, os entrevistados podiam optar por mais de uma alternativa. Histórico prévio ou familiar

de neoplasia ficou com um total de 92%, portadores de Doença Inflamatória Intestinal (DII) com 80%, tabagista 64%, pessoas sintomáticas 44% e doença hemorroidária 32% da estatística.

O questionamento aberto foi sobre as principais dificuldades que o profissional encontrava para realização do rastreamento e a última foi para “outros comentários”. Dezesete dos médicos citaram a falta de exames disponíveis no sistema como a principal dificuldade. A falta de informação do paciente sobre a doença e a importância da realização do exame foi mencionada por 8 médicos. Um médico mencionou a qualidade dos laboratórios para realização da Pesquisa de sangue oculto nas fezes como dificuldade. A falta de serviço especializado para encaminhamento dos pacientes e falta de protocolo referente ao tema foram também citados por uma minoria dos entrevistados. Não houve respostas para a pergunta de “outros comentários”.

DISCUSSÃO

O estudo abordou o conhecimento e a atitude dos médicos da Atenção Primária à Saúde de Lagarto, Sergipe, com amostra satisfatória para pesquisa.

O Câncer Colorretal (CCR) é atualmente uma das mais prevalentes causas de morte por câncer. Isto o torna um importante problema de saúde, pois a cada ano, no mundo, são diagnosticados cerca de um milhão de novos casos, sendo que deste número metade vai a óbito¹⁰.

No Estado de Sergipe o CCR está classificado como quinto mais incidente. Estimou-se 70 casos novos, em 100 mil habitantes, para o gênero masculino. Já para o gênero feminino estimou-se 100 novos casos em 100 mil habitantes. Os índices de mortalidade nacionais estão em 15.415; sendo 7.387 homens e 8.024 mulheres².

Já foi demonstrado que o fator decisivo nas altas taxas de mortalidade por CCR está no estadiamento avançado no momento de seu diagnóstico⁵. O rastreamento adequado desta neoplasia é a principal forma de reduzir as elevadas taxas de mortalidade⁶. Porém, para que isso seja feito é necessário conhecimento adequado dos médicos sobre os protocolos que determinam público alvo, grupos de alto risco e exames a serem solicitados.

Dos médicos participantes da pesquisa 76% referiram solicitar exames de rastreamento em sua conduta. Este resultado aproxima ao valor de 80% encontrado em 2011 por Souza et al., que estudou a realização de rastreamento para CCR com médicos que trabalhavam no Hospital da Universidade Luterana do Brasil e em unidades básicas de saúde no Rio Grande do Sul¹¹.

Entre os motivos pelos quais os médicos não realizam o rastreamento em sua conduta, 50% dos entrevistados responderam que não há aceitação do paciente para sua realização. Este dado vai ao encontro dos 82,86% encontrados em 2004 por Tucunduva et al., quando entrevistou médicos não oncologistas da escola de medicina de São Paulo, que afirmaram ter como barreira e fator de grande importância a falta de agentes educadores em saúde para população⁸.

Tucunduva et al., demonstrou ainda que 77,14% justificou a falta de conhecimento médico como de grande importância⁸. No presente estudo, no entanto, apenas 16,6% da amostra referiu que a não realização do rastreamento está ligada a falta de conhecimento sobre o tema. Os 33,33% restante de justificativas ficaram

sobre o fato de não ter exames médicos disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Analisando as respostas de acordo com o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que o rastreamento deve ser realizado a partir dos 50 anos para todos os indivíduos¹ o estudo mostrou que 60% dos médicos estão em concordância com esta recomendação. A mesma porcentagem foi demonstrada em um outro estudo realizado em 2011¹¹.

Segundo REX et al., 2017, o rastreamento deve ser feito com Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) anualmente e colonoscopia a cada 10 anos¹². Ao questionar sobre quais exames eram utilizados para o rastreamento, 92% dos participantes optaram pela PSOF, logo atrás veio a colonoscopia escolhida por 64% dos médicos. Isto difere do estudo realizado por Souza et al. em 2011 que mostrou uma prevalência de colonoscopia e PSOF em 83% e 73%, respectivamente, como exame de escolha para o rastreio.

O Caderno de Atenção Primária, nº 29, publicado no ano de 2010, que serve de orientação para os profissionais de saúde, traz menção ao câncer colorretal e seu rastreamento. Refere que apesar da recomendação de pesquisa de sangue oculto nas fezes em pacientes de 50 a 75 anos, não recomenda este tipo de rastreamento exclusivo pois o número de falso-positivo chega a 80%, dos achados¹³.

Silva et al., em 2011, demonstrou que a maioria dos médicos possuía um conhecimento limitado sobre diretrizes e recomendações do câncer colorretal, com valores inferiores a 11% de conformidades gerando condutas deficientes¹⁴. O mesmo foi possível ser visualizado nesse estudo onde a idade para início do rastreio, exames utilizados e periodicidade que devem ser realizados, em sua maioria, não condiziam com o recomendado. Tucunduva et al., em 2004 também demonstrou esta mesma

deficiência que com relação ao CCR nenhum médico informou conduta adequada para o rastreamento populacional⁴.

As limitações metodológicas deste estudo estão no número reduzido de profissionais na Atenção Básica deste município. Apesar da pequena amostra foi possível demonstrar que os resultados encontrados se assemelham a de outros estudos, sugerindo que há uma falha real em relação ao conhecimento acerca da prevenção e rastreamento do câncer colorretal.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que apesar da maioria dos profissionais médicos inseridos na Atenção Primária referir possuir o conhecimento necessário para realização do rastreamento do câncer colorretal, tais índices não foram observados após a análise de dados. Este fato pode contribuir para a manutenção dos altos índices de mortalidade por esta neoplasia.

Barreiras como não aceitação do paciente, não conhecimento médico e não disponibilidade dos exames na rede pública de saúde são fatores decisivos em suas condutas¹³.

Os resultados deste estudo apontam para necessidade de protocolos e divulgação deste rastreio para a população médica e usuários de forma a quebrar esta barreira. Efetivar a prevenção secundária deve ser o objetivo do sistema para reduzir mortalidade e gastos com prevenção terciária e quaternária.

Declaração de Conflitos de Interesse: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer [homepage na Internet]. Colorretal. [acesso em 18 jun 2018]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao>.
2. Instituto Nacional do Câncer [homepage na internet]. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. p 122. [acesso em 3 de ago 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>
3. Leser, SM.; Soares, EA. Aspectos nutricionais e atividade física na prevenção do câncer colorretal. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP. v.21, p. 121-145, jun., 2001 [acesso em 3 ago 2017]. Disponível em: http://sban.cloudpainei.com.br/files/revistas_publicacoes/20.pdf
4. Santos TP, Carvalho LP, Souza ECR, Lise M. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. AMRIGS. Porto Alegre. Vol 57. p 31-38. Mar. 2013. [acesso em 3 ago 2017]. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/57-01/1114.pdf>
5. Torres NJR., Teixeira FR., Prudente ACL., Silvino CJ., Arciere JS, Vieira FMC.. Estudo demográfico do câncer de cólon e reto no estado de Sergipe. Rev bras. colo-proctol. [Internet]. 2008 June [cited 2018 June 18] ; 28(2): 215-222. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000200010>.

6. Inadomi MD. Screening for Colorectal Neoplasia. The New England Journal of Medicine, Engl, p 149-156, Jan 12, 2017. [acesso em 3 ago 2017]. Disponível em: <https://sci-hub.cc/10.1056/NEJMcp1512286>
7. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. [homepage na internet] Prevenção do câncer ao alcance de todos. Guia prático para prevenção do câncer. Mai 2016. [acesso em 24 jun 2018]. Disponível em: https://www.s boc.org.br/images/downloads/pacientes/SBOC_Prevencao-do_Cancer.pdf
8. Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AF, Samano EST, et al . Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2004 Sep [cited 2018 June 18] ; 50(3): 257-262. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300030>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet]. Dados demográficos de Lagarto, Sergipe. 2018 [acesso em 18 jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/lagarto/panorama>
10. Andrade N, Soares AA. Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e o Diagnóstico de Câncer Colorretal. [apresentação na Seminário de

Iniciação Científica]. [acesso em 18 jun 2018]. Disponível em:
http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/96bb16bc249b151b7896fcb99a34ce71.pdf

11. Souza ECR, Lise M, Santos TP, Carvalho LP. Knowledge and practice of physicians regarding colorectal cancer screening. J. Coloproctol. (Rio J.) [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 June 16] ; 32(4): 385-394. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632012000400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-93632012000400005>.
12. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach, et al.. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients From the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2017; Volume 153, Issue 1, Pages 307–323. [acesso em 10 jun 2018]. Disponível em: <http://sci-hub.tw/10.1053/j.gastro.2017.05.013>
13. Ministério da Saúde. Rastreamento. Caderno de Atenção Básica nº 29. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília 2010. [acesso em 3 de ago 2017]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
14. Silva LMC, Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Navarro C. Atitude e Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre Prevenção e rastreamento do Câncer. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(4): 525-534. [acesso em 16 jun 2018]. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/09_artigo_atitude_e_conhecimento_medicos_estrategia_saude_familia_sobre_prevencao_rastreamento_cancer.pdf

3 REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; KUMAR, V.; et al.: Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1458 p.
- ANDRADE, N.; SOARES, A.: Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e o Diagnóstico de Câncer Colorretal. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/96bb16bc249b151b7896fcb99a34ce71.pdf>. Acessado em 3 de ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Primária n. 29. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- DIAS, P. et al. **Câncer Colorretal. Rastreamento, prevenção e controle.** HU rev, Juiz de Fora, v.33, n.4, p.125-131, out./dez. 2007. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/67/53>>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- INADOMI, M. D. Screening for Colorectal Neoplasia. The New England Journal of Medicine, Engl, p 149-156, Jan 12, 2017. Disponível em: <<https://sci-hub.cc/10.1056/NEJMcp1512286>>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Dados demográficos de Lagarto, Sergipe. 2018. Acesso em 18 jun 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/lagarto/panorama>>
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Colorretal. Rio de Janeiro. Ago. 2017. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal>>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. p 122.. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/dados-apresentados.pdf>>. Acesso em 3 de ago 2017
- KHAN, A. Colorectal câncer-inflammatory bowel disease nexus and felony of Escherichia coli. Life Sciences. Vol 180. p 60-67. 1 Jul. 2017. Disponível em: <<https://sci-hub.cc/>>. Acesso em 11 de out . 2017.
- KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; et al.. Bases patológicas das doenças. 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010
- LESER, S.M.; SOARES, E.A. Aspectos nutricionais e atividade física na prevenção do câncer colorretal. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP. v.21, p. 121-145, jun., 2001. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/20.pdf>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- LONGO, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 1 v.
- MENEZES C. S.; FERREIRA, D. B. B.; FARO, F. B. A. et al.: Câncer colorretal na população Brasileira: Taxa de mortalidade no período de 2015-2015. Revista Brasileira em Promoção Da Saúde [en linea] 2016, 29 (Abril-Junio): [Data de consulta: 30 de agosto de 2017] Available in: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40848190004>> ISSN 1806 -1222

- MEURER, I. Prevenção do câncer colorretal (CCR): Avaliação da utilidade da pesquisa de sangue oculto nas fezes previamente à colonoscopia. Santa Cruz do Sul, Ago .2016. Disponível em: < <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1475/1/Rudimar%20Issler%20Meurer.pdf>>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- PINTO, A. Rastreamento do carcinoma do cólon e reto: Eficácia e adesão. *Jornal Português de Gastreenterologia*. vol 19. P 113. Jun. 2012. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S0872817812000136/1-s2.0-S0872817812000136-main.pdf?_tid=48ff89b0-8de8-11e7-ae76-00000aab0f6b&acdnat=1504141625_a91c864096e6bf8638ef6cbd07278504>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- ROSEWEIR, K. et al. Colorectal cancer subtypes: Translation of routine clinical pathology. *Cancer Treatment Reviews*. Vol. 57. p 1-7. Jun 2017. Disponível em: < <https://sci-hub.cc/>>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- SANTOS, P. et al. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. *AMRIGS*. Porto Alegre. Vol 57. p 31-38. Mar. 2013. Disponível em : < <http://www.amrigs.com.br/revista/57-01/1114.pdf>>. Acesso em 3 de ago. 2017.
- SILVA, L. M. C, et al.. Atitude e Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre Prevenção e rastreamento do Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(4): 525-534. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/09_artigo_atitude_e_conhecimento_medicos_estrategia_saude_familia_sobre_prevencao_rastreamento_cancer.pdf> Acesso em 16 jun 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Prevenção e rastreamento. Rio de Janeiro. Ago. 2017. Disponível em: <https://www.sbcop.org.br/?prevencao-e-rastreamento-conteudo&id=74>> Acesso em 3 de ago. 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Colonoscopia reduz em 56% risco de morte por câncer de intestino. Rio de Janeiro. Out 2013. Disponível em:< <https://www.sbcop.org.br/?noticias&id=475>>
- TORRES, N.; ROCHA, J.; et al.: Estudo demográfico do câncer de cólon e reto no estado de Sergipe. *Rev bras. colo-proctol.*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 215-222, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Mar. 2017.
- TUCUNDUVA, L. T. C. M.; et al . Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 50, n. 3, p. 257-262, Sept. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300030&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300030>

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA



Medicina (Ribeirao Preto. Online)

Diretrizes para Autores

Os manuscritos devem ser originais e se destinar exclusivamente a esta Revista. Os trabalhos aceitos e publicados são de propriedade da Revista MEDICINA-RP, sendo sua reprodução, total ou parcial, em outras publicações sujeita à autorização do Editor e à menção da fonte. Ao encaminharem os manuscritos, os autores assumem inteira responsabilidade pelos conceitos neles emitidos e pela observância das normas acima.

A seleção dos trabalhos para publicação é composta por duas fases: na primeira, a Comissão de Publicações analisa o interesse do tema para o público-alvo da Revista. Na segunda fase, a qualidade do artigo é examinada por dois ou mais revisores, mantendo-se sigilo sobre os autores do trabalho. Sempre que possível, os trabalhos serão publicados na ordem cronológica do recebimento da versão final (Data de aceitação), mas, a critério da Comissão de Publicação, poderá haver antecipações

Os trabalhos deverão ser escritos em Português, Inglês ou Espanhol e enviados por email para: revmed@hcrp.fmrp.usp.br, ou se enviarem impresso deve ser acompanhado do respectivo disquete / cd, digitado no Word for Windows. Para as figuras, fotografias, poderão ser utilizados os programas PowerPoint ou Excell, e/ou gravados em jpeg, tiff, gif.

Autores interessados em organizarem Simpósios Temáticos ou em publicarem trabalhos (ou resumos) apresentados em eventos científicos deverão contatar previamente a Comissão de Publicação.

Preparação do Manuscrito:

Página Inicial

Deverá conter o título do trabalho (em Português e Inglês), os nomes iniciais e finais dos autores (abreviando-se os intermediários), sua posição e afiliação institucional (na língua original e sem abreviações) e o endereço completo de um dos autores para correspondência (incluindo CEP e E-mail) e um título resumido (máximo de 60 caracteres).

Resumos

Deverão ser apresentados em português e inglês, de forma estruturada, contendo os seguintes itens: Modelo do estudo (Ex. Estudo Experimental, Caso-controle, cohort, estudo de prevalência); Objetivo(s) do estudo; Metodologia (e casuística, quando pertinente); Resultados; Conclusões, para todos os artigos originais. Se o Modelo do

Estudo for relato de casos ou de série de casos, os outros itens do resumo deverão ser: Importância do problema e Comentários.

Descritores

Para os resumos em português: 3 a 7 termos extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS) <http://decs.bvs.br> Consulta ao DeCS, e para o Abstracts devem ser extraídos do Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Artigos Originais

Deverão conter as seções "Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões" e não ultrapassar 20 laudas digitadas em espaço duplo. Em trabalhos curtos, as seções de Resultados e Discussão poderão ser fundidas.

Revisões.

Tanto as de caráter isolado como as integrantes dos Simpósios Temáticos deverão conter uma atualização de conhecimentos derivada da literatura médica e, sempre que possível, descrição e análise da experiência dos autores ou da sua instituição no assunto tratado, inclusive com casos clínicos ilustrativos. Os textos terão, no máximo, 20 laudas digitadas em espaço duplo, além de figuras e tabelas, para cumprir seu objetivo didático.

Bibliografia

As citações deverão ser apresentadas no texto por uma numeração única e consecutiva, remetendo à lista de referências ao final do trabalho, na mesma ordem em que parecem no texto.

Referências bibliográficas devem ser de acordo com o "estilo Vancouver" – Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals of the International Committee of Medical Journals, cujo texto completo pode ser consultado em: *N Engl J Méd* 1997; 336: 309-315 ou *Ann Intern Med* 1997; 126:36-47.

Na lista de referências bibliográficas deverão ser citados até os seis primeiros autores. Mais de 6 autores devem ser seguidos de et al. Esta listagem deverá ser organizada pela ordem de citação no texto, abreviando-se os títulos dos periódicos de acordo com a List of Journals Indexed in INDEX MEDICUS. Consulte - web site: <http://www.nlm.nih.gov>.

Trabalhos apresentados em reuniões científicas mas não publicados e os ainda não aceitos para publicação deverão ser citados apenas no texto como comunicação pessoal, assumindo-se que tenha havido permissão da fonte citada

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL EM UM MUNICÍPIO DE

Pesquisador: ANA MARIA FANTINI SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81117917.6.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.484.673

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores pretendem avaliar o conhecimento dos médicos sobre o rastreamento adequado de Câncer Colorretal, que prestam serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) na rede pública do município de Lagarto, Sergipe. Realizado através de um estudo transversal. A população estudada será a de médicos, não oncologistas, que atuam na Assistência Primária à Saúde na rede pública desta cidade. A avaliação será feita por meio de questionário intitulado "Neoplasia Colorretal e sua prevenção na Atenção Primária" o qual é composto por perguntas objetivas e subjetivas sobre o conhecimento acerca de Câncer Colorretal, rastreamento, seu público alvo e protocolo de referência utilizado pelo profissional médico .

Objetivo da Pesquisa:

Avallar o conhecimento dos médicos sobre o rastreamento adequado de Câncer Colorretal, que prestam serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) na rede pública do município de Lagarto, Sergipe.

Objetivo Secundário:

- a. Avallar o conhecimento dos médicos da APS acerca dos exames utilizados para rastreamento do câncer colorretal;
- b. Conhecer as dificuldades enfrentadas por estes profissionais para realização dos exames de rastreamento de CCR.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Senador

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79) 3154-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2-494.673

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possibilidade de constrangimento ou stress ao responder o questionário

Benefícios: Conhecimento sobre rastreamento de câncer colorretal. Melhoria no atendimento da população ao lembrar sobre a importância do rastreio do câncer colorretal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ausência de riscos biológicos potenciais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Peia aprovação

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1007244.pdf	11/12/2017 11:47:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1.pdf	05/12/2017 23:43:56	MAYARA DA SILVA CUSTODIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	05/12/2017 22:29:21	MAYARA DA SILVA CUSTODIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPDF1.pdf	25/11/2017 19:39:37	MAYARA DA SILVA CUSTODIO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/11/2017 19:33:53	MAYARA DA SILVA CUSTODIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cláudio Betele s/nº

Bairro: Senador

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3104-7208

E-mail: cephu@ufs.br

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE LAGARTO

APÊNDICE 3

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGARTO, SERGIPE

Eu, Ana Maria Fantini Silva, principal responsável pelo projeto de pesquisa Avaliação do conhecimento dos médicos sobre o rastreamento adequado de Câncer Colorretal, que prestam serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) na rede pública do município de Lagarto, Sergipe, o qual pertence ao curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe, venho pelo presente, solicitar, através da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Lagarto, Sergipe, autorização da coordenadora da Atenção Primária à Saúde, para realizar a pesquisa com os médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde do município, com o objetivo de colher dados sobre a realização e conhecimento do rastreamento do câncer colorretal através de questionário. Orientado pela Professora Dr^a Ana Maria Fantini Silva.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados desse projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa coordenação.

Contando com a autorização desta solicitação, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Lagarto 05 de novembro de 2017.


Daniela Souza da Silva
Diretora do Núcleo de
Atenção Básica
Município de Lagarto

Coordenadora da Atenção Primária à Saúde - Lagarto

Atenciosamente,

Dr^a Ana Maria Fantini Silva
Universidade Federal de Sergipe
Telefone

8. Com que frequência deve ser realizado colonoscopia?

- anual a cada 10 anos bianual a cada 5 anos
 uma única vez

9. Quais grupos estão inseridos no grupo considerado alto risco para desenvolvimento de câncer colorretal?

- Tabagistas Histórico prévio ou familiar de neoplasia
 Portadores de doença inflamatória intestinal
 Pessoas sintomáticas Doença Hemorroidária

10. Em sua prática clínica qual o protocolo você utiliza para tomada de condutas com relação ao rastreamento de câncer colorretal

- Instituto Nacional do câncer Protocolos Internacionais
 Outros Não utiliza nenhum protocolo

11. Quais são as principais dificuldades encontradas para o rastreamento de câncer colorretal?

Resposta aberta

12. Outros comentários:

Resposta aberta

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar deste estudo pelo fato de ser médico prestador de serviço na Atenção Primária à Saúde do município de Lagarto, Sergipe. Este estudo tem a finalidade de coletar dados importantes sobre o rastreamento de Câncer Colorretal na Atenção Primária à Saúde. Todas estas informações servirão de fonte para a realização de um trabalho de conclusão de curso de medicina. Estas informações serão armazenadas em um banco de dados e mantidos em **caráter confidencial e sigiloso**, onde o seu nome não aparecerá em nenhuma publicação.

A sua participação é voluntária e o senhor (a) pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que esta atitude o prejudique. Por favor, sinta-se a vontade para discutir qualquer aspecto referente a esta pesquisa com a pesquisadora responsável Mayara da Silva Custódio pelo telefone (82) 9 99599615 ou e-mail mayaracustodio001@hotmail.com

Li e compreendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram sanadas. Recebi explicações sobre o objetivo de pesquisa e os procedimentos do estudo a que serei submetido. Portanto, aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Eu recebi uma cópia deste consentimento.

Os riscos da pesquisa são mínimos, uma vez que o voluntário não será exposto a nenhum tratamento ou outra exposição que afete diretamente o seu fisiológico. No entanto, pode gerar desconforto ou constrangimento devido às perguntas do questionário. No que se refere aos benefícios do estudo, após a análise dos dados do estudo será possível criar junto com os médicos assistentes da Atenção Primária programas com ações que visem a melhoria do atendimento à população ao relembrar a importância sobre o rastreamento do câncer colorretal. Além disso, o banco de dados da literatura será renovado com novas avaliações e interferências científicas, possibilitando que novas pesquisas sejam realizadas.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____