Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção

Knowledge about colorectal cancer and its prevention among users of public health services

Thalita Pereira dos Santos[1], Luciano Pinto de Carvalho[2], Elziane Cruz Ribeiro e Souza[1], Marina Lise[1]

RESUMO

Introdução: O câncer colorretal (CCR) é comprovadamente prevenível. Apesar disso, é responsável por altas taxas de mortalidade. Uma das explicações para isso é a pouca compreensão da doença por parte da população, o que leva os indivíduos a adotarem hábitos de vida inadequados em relação à doença, além de dificultar a adesão dos mesmos a programas preventivos direcionados a essa neoplasia. O objetivo dessa pesquisa é estudar o conhecimento da população sobre CCR e sua prevenção. **Métodos:** Estudo transversal, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Canoas/RS, através de entrevista de 241 indivíduos. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012, após a aprovação da Secretaria de Saúde da cidade de Canoas e do Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Do total de entrevistados, apenas 52% souberam definir câncer colorretal e a maioria não conseguiu identificar corretamente os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. Dos 241 participantes da pesquisa, apenas 5,4% souberam responder de modo correto quando iniciar o rastreamento do CCR. Setenta por cento da amostra declarou não possuir informação sobre a prevenção e 85,5% dos entrevistados reconheceram a necessidade de mais informações sobre o mesmo. **Conclusão:** A população demonstrou baixo nível de conhecimento sobre CCR e sua prevenção. Os resultados apontam a necessidade de campanhas educativas sobre essa neoplasia e as medidas de prevenção.

UNITERMOS: Câncer Colorretal, Conhecimento, Informação, População.

ABSTRACT

Introduction: *Colorectal cancer (CRC) has been shown to be preventable. Nevertheless, it is responsible for high mortality rates. One explanation for this is the poor understanding of the disease by part of the population, which leads individuals to adopt inadequate lifestyle habits concerning the disease, and also hindering adherence to preventive programs targeted to this neoplasm. The goal of this study is to assess people's knowledge about CRC and its prevention.* ***Methods:*** *Cross-sectional study in Basic Health Units of Canoas/RS, through interviews of 241 individuals. Data were collected between December 2011 and February 2012, after approval by the Health Department of Canoas and the Ethics Committee of the Lutheran University of Brazil. The level of significance was set at 5% ($p \leq 0.05$).* ***Results:*** *Of the respondents, only 52% knew how to define colorectal cancer and most could not correctly identify the risk factors associated with its development. Of the 241 respondents, only 5.4% were able to answer correctly when CRC screening should be started. Seventy percent of the sample reported having no information about prevention, and 85.5% of the respondents acknowledged the need for more information about it.* ***Conclusion:*** *The population showed a low level of knowledge about CRC and its prevention. The results suggest the need for educational campaigns about this cancer and preventive measures.*

KEYWORDS*: Colorectal Cancer, Knowledge, Information, Population.*

[1] Graduação em Medicina.
[2] Doutor. Professor Adjunto da Universidade Luterana do Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é o segundo tipo de câncer mais diagnosticado entre mulheres e o terceiro entre os homens (1, 2). No período de 2003-2007 foi registrado no Brasil um aumento do índice de mortalidade por CCR quando comparado ao período de 1998-2002 (3), e a estimativa de novos casos da doença em nosso país, segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), é de 28.110 casos para o ano de 2010 (4).

Embora seja um problema de saúde mundial, o CCR é considerado um dos tipos de câncer mais responsivos às medidas preventivas, tanto a nível primário (controle dos fatores de risco), quanto secundário (rastreamento em estágios pré-clínicos).

Fatores de risco passíveis de prevenção, como dieta, estilo de vida sedentário e tabagismo foram associados ao desenvolvimento de CCR em estudos observacionais (5, 6, 7). Uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, demonstrou que o controle desses fatores de risco reduziu a incidência de CCR em 35% naquele país (8). Outros fatores comprovadamente relacionados ao desenvolvimento do câncer de cólon e reto são a idade maior que 50 anos, a história familiar de CCR, uma predisposição genética ao desenvolvimento de síndromes hereditárias e principalmente a presença de pólipos adenomatosos esporádicos (90% de todos os casos de câncer de cólon e reto) (6, 7).

O desenvolvimento do câncer colorretal a partir de um pólipo adenomatoso ocorre através de uma sequência denominada adenoma-carcinoma e resulta de uma complexa interação entre genética e meio ambiente. O processo evolutivo dura em média dez anos, período de carcinogênese relativamente lento, que faz com que esse tipo de neoplasia maligna se apresente como alvo ideal de programas de prevenção e rastreamento na população(9, 10, 11).

O rastreamento deve ser realizado de forma individualizada e periódica, de acordo com o risco de cada paciente. A detecção e remoção dos pólipos através de exames de rastreio é um poderoso método de prevenção secundária, sendo a colonoscopia o procedimento de escolha para triagem e tratamento dessas lesões . Esse exame foi capaz de reduzir significativamente a incidência de CCR na população em estudo realizado no Novo México (11, 12).

O pouco conhecimento da população sobre a importância dessa triagem contribui para o aumento da incidência do CCR e implica em um baixo índice de adesão aos exames diagnósticos utilizados no seu rastreamento, além de um manejo insatisfatório dos fatores de risco. Nos EUA, a mortalidade por esse tipo de câncer tem decaído nos últimos anos, fato relacionado ao desenvolvimento de um sistema de rastreamento efetivo e campanhas educativas realizadas nesse país (1, 13).

Um estudo norte-americano realizado após extensiva campanha educativa sobre CCR feita pelo Center for Disease Control and Preventions Screen for Life no país , mostrou um aumento significativo do conhecimento da população sobre o câncer colorretal e sua prevenção após a realização da campanha (14).

Dessa forma, conhecer a percepção da população sobre o câncer colorretal e sua prevenção torna-se peça fundamental na construção de políticas públicas direcionadas à divulgação e implementação de campanhas educativas e preventivas da doença em nosso país.

O objetivo desta pesquisa é investigar o conhecimento dos indivíduos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Canoas sobre câncer colorretal e sua prevenção (primária e secundária).

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012 nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Canoas -RS.

A população deste estudo foi composta de 241 sujeitos. O cálculo foi realizado com o software PEPI (Programs for Epidemiologists) versão 4.0. Em relação à distribuição da amostra, foram realizadas entrevistas em todas as UBS da cidade.

A população investigada foi selecionada de forma aleatória entre pacientes com mais de 25 anos de idade, do sexo feminino ou masculino, moradores de Canoas, RS, que frequentam as Unidades Básicas de Saúde dessa cidade e que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Os sujeitos da pesquisa foram submetidos à aplicação de um questionário, preenchido pela própria autora e colaboradores orientados, através da realização de entrevistas.

O questionário foi construído e adaptado para essa pesquisa com base no que foi usado no estudo Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy (15).

Esse questionário era composto por perguntas abertas e objetivas que exploraram variáveis relacionadas às características sociodemográficas, conhecimento sobre os fatores de risco (pólipos intestinais, história familiar de CCR, tabagismo, pouco exercício físico e elevado consumo de gordura) e "não risco" (hipertensão arterial, deficiência de ferro, anticoncepcional oral, diabete, exposição a radiações, infecção intestinal, dieta rica em furtas e vegetais) do CCR, exames preventivos (colonoscopia, pesquisa de sangue oculto nas fezes, enema opaco, sigmoidoscopia) e "não preventivos" (hemograma e ecografia abdominal), indicações para prevenção e acesso a informações sobre o CCR.

Essas questões continham múltiplas respostas, e mais de uma alternativa poderia ser marcada, sendo considerada(s) a(s) resposta(s) correta(s) selecionada(s) para os fatores de risco, para os exames de rastreio (nessa questão, as alternativas "não" e "não sei" também foram inclusas) e a idade de início indicada para realização de exames preventivos. Em relação à definição do CCR, foi considerada correta a alternativa "tumor maligno que atinge o intestino grosso". As variáveis relacionadas a necessidade e ao acesso às informações foram avaliadas através de respostas "sim" e "não", enquanto na variável relacionada à fonte de informações, a possibilidade de resposta era variada.

Em relação à análise estatística, as variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por média e desvio padrão (distribuição simétrica) ou mediana e amplitude interquartílica (distribuição assimétrica).

Para comparar médias foi aplicado o teste t-*student* ou a análise de Variância (ANOVA) one-way. Em caso de assimetria, os testes de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis foram utilizados.

Para a associação entre as variáveis qualitativas, o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e o intervalo de confiança adotado foi de 95%. As análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação da Secretaria de Saúde da cidade de Canoas e pelo Comitê de Ética da Ulbra. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue a cada participante no momento da entrevista.

RESULTADOS

Foram entrevistados um total de 241 sujeitos. As principais características sociodemográficas do grupo são apresentadas na Tabela 1. Quanto ao gênero, a maior parte dos entrevistados eram mulheres (70,5%) e a média de idade foi de 47,1 (± 12,5) anos. A grande maioria dos indivíduos (69,3%) tinha o ensino básico como nível de escolaridade. No que tange à profissão, 42,7% eram aposentados ou donas de casa e 54,4% estavam empregados no momento da entrevista.

A respeito do conhecimento da população sobre CCR, mais da metade da amostra (53,2%) respondeu corretamente a definição de câncer colorretal. Do total dos participantes, 34,9 % definiram CCR como um tumor maligno que atinge apenas o reto e 11,6% o classificaram como outro tipo de neoplasia maligna ou não souberam responder a questão.

Quanto ao conhecimento dos fatores de risco para a doença, 58,9% da amostra selecionou o tabagismo; 49% a história familiar de CCR; 47,3% o consumo elevado de gordura e 46,1% os pólipos intestinais. Dentre os fatores "não risco", o item infecção intestinal foi o mais escolhido (62,7%), seguido pela exposição a radiações e Diabete Melito (Tabela 2).

TABELA 1 – Características sociodemográficas da população estudada

Variáveis	n=241 n (%)
Idade (anos) – Média ± DP	47,1 ± 12,5
< 49	131(54,4)
≥ 50	110 (45,6)
Sexo	
Masculino	71 (29,5)
Feminino	170 (70,5)
Escolaridade	
Sem instrução	9 (3,7)
1º grau incompleto	125 (51,9)
1º grau completo	42 (17,4)
2º grau incompleto	15 (6,2)
2º grau completo	41 (17,0)
Superior completo	9 (3,7)
Profissão	
Empregado	131 (54,4)
Aposentado	30 (12,4)
Do lar	73 (30,3)
Desempregado	7 (2,9)

TABELA 2 – Conhecimento sobre câncer colorretal – Definição de CCR e conhecimento dos fatores de risco para a doença – distribuição por sexo

Variáveis	Amostra total (n=241) n (%)	Homens (n=71) n (%)	Mulheres (n=170) n (%)	P
O que você considera câncer colorretal?				0,759
Tumor maligno que atinge o intestino grosso	128 (52,7)	35 (49,3)	93 (54,7)	
Tumor maligno que atinge apenas o reto	85 (35,3)	28 (39,4)	57 (33,5)	
Outro	21 (8,7)	5 (7,0)	16 (9,4)	
Não souberam responder	7 (2,9)	3 (4,2)	4 (2,4)	
*Fatores de risco para câncer colorretal				
Pólipos intestinais	111 (46,1)	28 (39,4)	83 (48,8)	0,234
História familiar de CCR	118 (49,0)	36 (50,7)	82 (48,2)	0,835
Consumo elevado de gordura	114 (47,3)	43 (60,6)	71 (41,8)	0,012
Tabagismo	142 (58,9)	49 (69,0)	93 (54,7)	0,056
Pouco exercício físico	58 (24,1)	19 (26,8)	39 (22,9)	0,640
*Fatores de "não risco" para câncer colorretal				
Deficiência de ferro	49 (20,3)	15 (21,1)	34 (20,0)	0,982
Diabete Melito	68 (28,2)	27 (38,0)	41 (24,1)	0,042
Infecção intestinal	151 (62,7)	48 (67,6)	103 (60,6)	0,379
Hipertensão Arterial	45 (18,7)	15 (21,1)	30 (17,6)	0,652
Uso de anticoncepcional oral/pílula	39 (16,2)	9 (12,7)	30 (17,6)	0,445
Exposição a radiações	68 (28,2)	19 (26,8)	49 (28,8)	0,867
Dieta rica em frutas e verduras	11 (4,6)	1 (1,4)	10 (5,9)	0,182
Percentual de acertos nos fatores de risco e "não risco" – Média ± DP	66,1 ± 13,4	68,2 ± 12,2	65,3 ± 13,8	0,126

* Questões de múltipla escolha.

TABELA 3 – Conhecimento sobre câncer colorretal – Exames preventivos, rastreamento e acesso às informações sobre CCR e prevenção – distribuição por sexo

Variáveis	Amostra total (n=241) n (%)	Homens (n=71) n (%)	Mulheres (n=170) n (%)	P
Você já ouviu falar sobre prevenção do câncer de intestino grosso e reto?				0,691
Sim	72 (29,9)	23 (32,4)	49 (28,8)	
Não	169 (70,1)	48 (67,6)	121 (71,2)	
*Se sim, através de qual fonte?				0,626
Médico	13 (18,1)	4 (17,4)	9 (18,4)	
Familiar	7 (9,7)	2 (8,7)	5 (10,2)	
Enfermeiro	1 (1,4)	1 (4,3)	0 (0,0)	
Amigo	9 (12,5)	2 (8,7)	7 (14,3)	
Meios de comunicação	42 (58,3)	14 (60,9)	28 (57,1)	
*Quando você acha que deve fazer exames para investigar câncer de intestino grosso e reto?				0,752
Quando tem familiar com câncer colorretal	37 (15,5)	8 (11,4)	29 (17,3)	
A partir de 40 anos	149 (62,6)	46 (65,7)	103 (61,3)	
A partir de 50 anos	11 (4,6)	3 (4,3)	8 (4,8)	
A partir de 60 anos	2 (0,8)	1 (1,4)	1 (0,6)	
Quando tem familiar com câncer colorretal e >40 anos	37 (15,5)	12 (17,1)	25 (14,9)	
Quando tem familiar com câncer colorretal e >50 anos	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (1,2)	
*Exames de ratreio				
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	127 (53,6)	40 (57,1)	87 (52,1)	0,555
Enema opaco (Raio-X com contraste do intestino)	123 (52,1)	36 (51,4)	87 (52,4)	1,000
Sigmoidoscopia (endoscopía do intestino sigmoide)	132 (55,7)	42 (60,0)	90 (53,9)	0,458
Colonoscopia	174 (73,4)	54 (77,1)	120 (71,9)	0,480
Exames de “não rastreio”				
Hemograma	112(46,5)	49 (69)	63 (37,1)	<0,001
Ecografia Abdominal	121 (51,2)	36 (50,4)	85 (50,0)	1,000
Percentual de acertos nos exames – Mediana (P25-P75)	50 (16,7-66,7)	50 (16,7-66,7)	50 (16,7-66,7)	1,000
O seu médico, em alguma consulta, já lhe passou informações sobre o câncer de intestino grosso e reto?				
Sim	29 (12,0)	7 (9,9)	22 (12,9)	
Não	212 (88,0)	64 (90,1)	148 (87,1)	
Se sim, ele solicitou algum exame preventivo?				0,004
Sim	14 (48,3)	0 (0,0)	14 (63,3)	
Não	15 (51,7)	7 (100)	8 (63,4)	
Qual exame ele solicitou?				
Colonoscopia	9 (64,3)	-	9 (64,3)	-
Não souberam responder	5 (35,7)	-	5 (35,7)	-
Você sente que precisa de mais informação sobre o câncer de cólon e reto?				0,293
Sim	206 (85,5)	57 (80,3)	149 (87,6)	
Não	35 (14,5)	14 (19,7)	21 (12,4)	

* Questões de múltipla escolha.

Ao analisarmos as respostas relacionadas aos fatores de risco e “não risco” quanto ao gênero, os homens identificaram mais do que as mulheres o fator de risco do consumo elevado de gordura (p=0,012). Eles também selecionaram mais vezes o fator de “não risco” Diabetes (p=0,042). De uma forma geral, o percentual de acertos nos fatores de risco foi semelhante entre os gêneros (Tabela 2). A média de acertos nos fatores de risco na amostra total foi de 66,1% (± 13,4%).

Em relação aos exames, 73,4% consideraram a colonoscopia um exame preventivo contra o CCR. Os outros exames mais selecionados foram sigmoidoscopia, pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e enema contrastado, em ordem decrescente, como demonstrado na Tabela 3. A mediana (P25-P75) de percentual de acertos em relação aos exames de rastreamento foi de 16,7- 66,7%.

Ao separarmos os grupos por nível de escolaridade, quanto menos instruídos (sem instrução ou 1º grau incom-

pleto), mais os indivíduos marcaram erroneamente a ecografia abdominal como exame de rastreio, em relação aos que tinham 1º grau completo ou 2º grau incompleto (p=0,005).

Na totalidade dos resultados, não houve diferença significativa nos percentuais de acertos de fatores de risco, exames e total de respostas corretas entre os graus de escolaridade.

Do total de participantes do estudo, 70,1% não tinham informação sobre prevenção de CCR e dos que tinham (29,1%), a obtiveram, na maioria das vezes (n= 42; 58,3%) através de meios de comunicação (Tabela 3).

Quanto às recomendações de quando iniciar a prevenção para o câncer colorretal, 62,6 % dos participantes da pesquisa consideraram que a idade de início para rastreamento é de 40 anos e 15,5% achavam que a necessidade de realizar exames de rastreamento é reservada apenas àqueles com história familiar de CCR. Apenas treze indivíduos (5,4%) selecionaram a opção de iniciar o rastreamento a partir dos 50 anos de idade (Tabela 3).

Ao analisarmos todas as questões que avaliam o conhecimento sobre câncer colorretal (definição, fatores de risco, exames de rastreio e quando devem ser feitos), a média do percentual de acertos na amostra total foi de 52,4% (± 12,0).

A idade do indivíduo se associou positiva e significativamente com o percentual de acertos dos exames preventivos (r_s=0,179; p=0,005) e o percentual de acertos total (r=0,152; p=0,018), sugerindo assim que, quanto maior a idade do indivíduo, maior o seu conhecimento sobre câncer colorretal (Figura 1).

Somente 12% do total de entrevistados recebeu informações sobre o CCR de seu médico durante consulta, e dos que receberam, em menos da metade dos casos foi solicitado algum exame preventivo (Tabela 3).

De todos os indivíduos com 50 anos ou mais (n=110), em somente 8,1% dos casos (n=9) algum exame preventivo foi solicitado, sendo a colonoscopia o único método relatado, com um alto índice de adesão (88,8%), ou seja, dos nove pacientes para os quais a colonoscopia foi solicitada, oito seguiram essa recomendação.

Quando questionados sobre a divulgação do assunto para sociedade, 85,5% dos entrevistados reconheceram a necessidade de mais informações sobre CCR para a população (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma das principais causas de morte em todo mundo e, embora possa ser prevenido, a sua incidência continua a crescer em nosso país (1, 2).

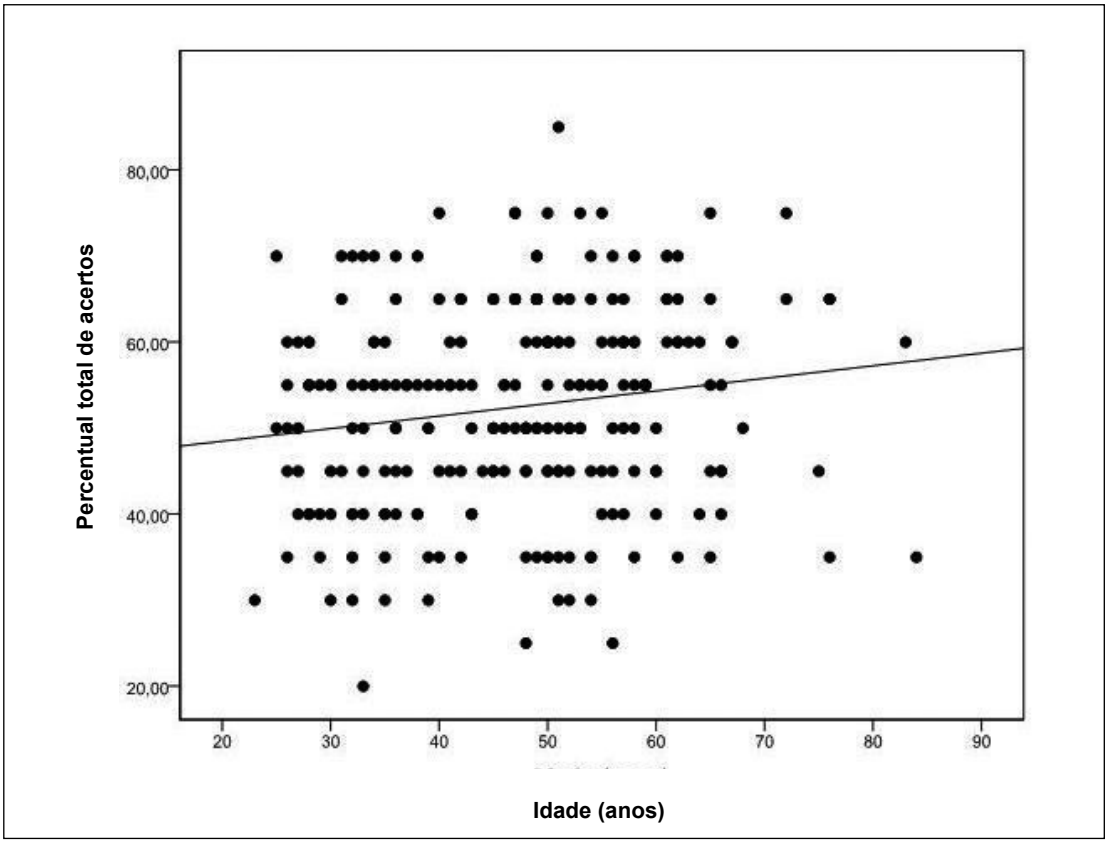


FIGURA 1 – Associação entre a idade do indivíduo e o percentual de acertos.

Nesta pesquisa, investigou-se o conhecimento da população usuária das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Canoas, RS, sobre o CCR e as formas de preveni-lo.

Em outros estudos similares (16, 17) a este, a população estudada foi tipicamente composta por indivíduos com mais de 50 anos (idade-alvo dos programas de rastreamento do CCR). A escolha em avaliar também a população mais jovem é baseada na crença de que a antecipação de informações para população que ainda não é foco de campanhas preventivas possa aumentar o conhecimento e a compreensão da sociedade sobre a importância da prevenção do CCR.

Assim como outras pesquisas, esse estudo apresentou uma carência de conhecimentos gerais e específicos sobre o câncer colorretal.

Aproximadamente metade da população estudada não soube responder ou classificou o câncer colorretal como outro tipo de câncer (Tabela 2). Em um estudo feito na Itália (15) em 2008 e outro estudo português realizado no ano de 2009 (18), o índice de acertos referentes à essa questão foi de 30 e 40%, respectivamente. Contudo, o maior índice de acerto na nossa população não nos permite inferir que esse conhecimento seja suficiente para a sensibilização desses indivíduos aos testes de rastreio.

Já está bem estabelecido na literatura o desenvolvimento do CCR a partir de um pólipo adenomatoso e a comprovada influência da história familiar no aumento do risco para o CCR (até três vezes mais) (19), ainda assim, o índice de acerto para esses fatores de risco foi relativamente baixo. Em estudos similares em países europeus (15, 18), os participantes da pesquisa reconheceram de forma mais correta os pólipos como fator de risco para o desenvolvimento do CCR, assim como os norte-americanos, em estudo feito em 2008 (14). Apesar de a história familiar ser um fator de risco ignorado para a maior parte dos participantes dessa pesquisa, o índice de acerto da nossa população foi maior que o dos portugueses (18).

Embora ainda não esteja claro o mecanismo pelo qual um estilo de vida sedentário possa contribuir para o desenvolvimento de CCR, foi observado em alguns estudos uma maior incidência de câncer colorretal nas populações em que a prática de exercícios é escassa. Neste trabalho, a baixa atividade física foi o fator de risco menos reconhecido pela população, resultado muito similar ao encontrado por Sessa e colaboradores em 2008 (15). A elevada ingestão de gordura e o tabagismo foram os fatores de risco modificáveis mais citados pelos participantes da pesquisa (47,3 e 58,9%, respectivamente).

Dentre os fatores de "não risco", as infecções intestinais foram apontadas pela grande maioria dos entrevistados (62,7%) como um fator de risco para o CCR, e em Portugal, esse índice chegou a 81,6%, demonstrando a falta de informação da sociedade sobre o assunto.

É válido lembrar que o controle dos fatores de risco constitui o maior mecanismo de prevenção primária do CCR, reduzindo, inclusive, a incidência desse tipo de câncer (8). Isso denota a importância da conscientização da população sobre esses dados e do incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis entre os indivíduos.

Sobre a prevenção de CCR, de todos os entrevistados, 70,1% nunca tinham ouvido falar sobre assunto. Dos que afirmaram ter tido informações, a maior parte mencionou os meios de comunicação como fonte (Tabela 3). Somente 18,1% receberam esta informação de médicos, resultado semelhante ao obtido em estudo norte-americano realizado em uma clínica de medicina de família (14). O fato de terem recebido informações de médicos não se associou a um maior índice de acerto, diferentemente do que ocorreu em Portugal, onde os indivíduos que declararam ter obtido informações através desses profissionais eram mais propensos a responderem corretamente às questões sobre CCR.

Apesar de 29,9% dos participantes de nosso estudo terem declarado ter tido informações sobre CCR, um índice muito baixo dos indivíduos entrevistados (5,4%) soube responder corretamente em que idade iniciar o rastreamento de câncer colorretal, conforme preconiza as atuais diretrizes sobre o assunto, que recomendam a realização de exames preventivos a partir dos 50 anos de idade. A grande parte dos entrevistados (61,8%) acredita que a idade de início em que o rastreamento é indicado seja de 40 anos (Tabela 3). Em estudo retrospectivo norte-americano com 906 pacientes com idade entre 40-49 anos, foi detectada uma baixa prevalência de pólipos e nenhum caso de CCR, concluindo que o programa de rastreamento nesses pacientes torna-se pouco custo-efetivo (20). Além disso, uma parcela significativa da amostra considera a realização de rastreamento necessária apenas às pessoas com história familiar de CCR, como demonstrado na Tabela 3.

Ao serem interrogados quanto aos métodos de triagem, o exame preventivo mais reconhecido pela população foi a colonoscopia, seguida pela sigmoidoscopia e PSOF. Esse resultado é motivante e demonstra que, nessa questão específica, os entrevistados mostraram conhecimento similar ao apresentado em estudo americano realizado por Janz et al. em 2003 (21), em que aproximadamente 75% dos indivíduos selecionaram a colonoscopia como método de rastreio para esse câncer.

A colonoscopia foi também o exame mais solicitado pelos médicos, em detrimento aos demais, o que está de acordo com as recomendações da American Cancer Society e a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (22), que a descrevem como o método de rastreio mais efetivo, pois apresenta um grande potencial diagnóstico e terapêutico (remoção de lesões precursoras).

Já estão bem descritos na literatura médica as diretrizes que norteiam a triagem do câncer colorretal e o impacto positivo desse rastreamento na taxa de mortalidade e incidência por esse câncer, ainda assim, apenas 8,1% dos indivíduos com 50 anos ou mais que participaram dessa pesquisa foram orientados por seus médicos a realizarem algum exame preventivo. Em Portugal, a taxa de indivíduos

submetidos a pelo menos um método de triagem foi mais que o dobro do apresentado em nosso estudo (18).

A colonoscopia foi notoriamente o exame mais solicitado e o índice de adesão a esse método de rastreio entre os participantes da pesquisa chegou a 88,8%, um resultado muito acima do encontrado em estudos realizados em outros países (17, 21, 23).

De acordo com esses resultados, podemos inferir que o motivo pelo qual a grande maioria dos entrevistados com 50 anos ou mais (91%) nunca realizou nenhum exame preventivo deve-se ao fato de não terem recebido essa recomendação de seus médicos, e não por uma baixa adesão aos exames.

De fato, uma alta taxa de adesão é uma das características essenciais para que um programa de rastreamento seja efetivo. No entanto, essa adesão dependerá principalmente do fácil acesso às informações e aos exames preventivos disponíveis, o que não ocorre em nosso meio, seja pelos recursos limitados ou por outros fatores logísticos. Ainda assim, é dever do médico orientar seu paciente quanto a existência dos métodos de rastreamento, enfatizando o potencial diagnóstico e terapêutico que a colonoscopia oferece.

De uma foma geral, a média de acertos da população em relação aos fatores de risco, os exames de rastreio e quando iniciar a prevenção de CCR foi de 52,4% (± 12,0), não havendo diferença significativa entre os gêneros, diferentemente do que ocorreu em pesquisa realizada por Ramos et al. na Espanha (24), onde os homens demonstraram mais conhecimento do que as mulheres em relação à prevenção do CCR. O maior número de acertos entre os indivíduos com mais idade está de acordo com o que ocorreu Portugal, e reforça a teoria de estender as informações sobre CCR também a população mais jovem.

Como demonstrado nos resultados, não foi encontrado em nossa pesquisa diferenças significativas no percentual de acertos entre os diferentes níveis de escolaridade apresentados. Isso pode ser explicado pelo fato de que uma parcela muito reduzida da população estudada tenha o terceiro grau completo, formando assim uma amostra homogênea e tendenciosa, constituída, em sua maioria, por indivíduos com um baixo nível de escolaridade.

Quando interrogados sobre a necessidade de mais informações sobre câncer colorretal, a grande maioria dos participantes (85,5%) declarou desejar mais informações sobre o assunto, diferentemente do que ocorreu com os portugueses, onde apenas 46,6% dos inquiridos relataram querer mais esclarecimentos sobre CCR. Esse resultado demonstra o quanto campanhas preventivas poderão ser bem-sucedidas nessa população.

CONCLUSÃO

A população estudada demonstrou baixo nível de conhecimento sobre CCR e as maneiras de preveni-lo.

Do total de respostas corretas, não observou-se em nosso estudo diferenças significativas do conhecimento sobre CCR entre homens e mulheres e entre o grau de escolaridade. Demonstrou-se no entanto, uma relação estatisticamente significativa entre uma idade mais avançada com um maior número de acertos.

Considera-se preocupante o fato de que uma parcela reduzida da população tenha recebido informações sobre o assunto, especialmente de médicos e outros profissionais da saúde. Apesar disso, a grande maioria dos canoenses deram indicações de estarem receptivos a receber informações e, consequentemente, a aderir às práticas de prevenção do câncer colorretal.

É fundamental a construção de uma política pública que abranja essa questão, alertando a população sobre os riscos do câncer colorretal e incentivando-a a adotar comportamentos adequados em relação à doença. Contudo, a eficácia de um programa de rastreamento deverá alicerçar-se também em condutas médicas adequadas e do fácil acesso aos exames preventivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics [internet]. Ca Cancer J Clin. 2011;61:69 -90. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/pdf. Acesso em: 25 Jan 2012.
2. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology [internet]. Disponível em: http://www.guideline.gov/summary. Acesso em: 25 Jan 2012.
3. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de Mortalidade por Câncer [internet]. Disponível em: http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo03.action. Acesso em: 28 Dez 2011.
4. Instituto Nacional de Câncer. Câncer colorretal: estimativas de novos casos [internet]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao Acesso em: 18 Dez 2011.
5. Garófolo A, Avesani CM, Camargo KG, Barros ME, Silva SRJ, Taddei AAC et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico [internet]. Rev. Nutr. 2004; 17(4):491505. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732004000400009&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400009. Acesso em: 18 Dez 2011.
6. Santos Jr. JCM. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais II – câncer colorretal – fatores de riscos e prevenção [internet]. Rev bras. Colo-proctol. 2007;27(4):459-473. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010198802007000400016&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802007000400016. Acesso em: 18 Dez 2011.
7. Weitz J, koch M, Debus J, Kohler T, Galle PR, Buchler MW. Colorectal cancer. Lancet. 2005;365(9454):153-165.
8. Richardson LC, Tai E, Rim SH, Joseph D, Plescia M. Vital Signs: colorectal cancer screening, incidence, and mortality. United States. Mortal Wkly Rep. 2011;60(26);884-889.

9. Bond JH. Clinical evidence for the adenoma-carcinoma sequence, and the managementof patients with colorectal adenomas. Semin Gastrointest Dis. 2000;11:185-193.
10. Leslie A, Carey FA, Pratt NR, Steele RJ. The colorectal adenoma--carcinoma sequence [internet]. Br J Surg. 2002;89(7):845-860. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=12081733&indexSearch=UI&lang=i. Acesso em: 21 Dez 2011.
11. Burnstein JM, Terry CH. Polyps. In: American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2004. 2ª ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2004; p. 364-369.
12. Muller AD, Sonnenberg A. Prevention of colorectal cancer by flexible endoscopy and polypectomy: a case-control study of 32 702 veterans [internet]. Ann Intern Med. 1995;123(12):904-910. Disponível em : https://annals.org/article.aspx?articleid=709280. Acesso em: 21 Dez 2011.
13. Fisher JA, Fikry C and Troxel AB. Cutting cost and increasing access to colorectal cancer screening: another approach to following the guidelines. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2008;15(1):108-13.
14. Schroy PC, Glick JT, Robison PA, Lydotes MA, Evans SR, Emmons KM. Has the surge in media attention increase public awareness about Colorectal Cancer and screening? [internet]. J Community Health. 2008;33(1):1-9. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18080203. Acesso em: 21 Dez 2011.
15. Sessa A, Abbate R, Di Giuseppe G, Paolo M, Angelillo IF. Knowledge, attitudes, and preventive practices about Colorectal Cancer among adults in an area of Southern Italy. BioMedCentral Cancer. 2008;(171):1-8.
16. Shokar NK, Vernon SW, Weller SC. Cancer and Colorectal Cancer: Knowledge, beliefs and screening preferences of a diverse patients population. Clinical Research and Methods. 2005;37(5):341-7.
17. Ng EST, Tan CH, Teo DCL, Seah CY, Phua KH. Knowledge and perceptions regarding Colorectal Cancer screening among chinese. A community-based survey in Singapore [internet]. Preventive Medicine 2007;45(5):332-5. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17707496. Acesso em: 22 Dez 2012.
18. Forno, SEA. O cancro colo-rectal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portuenses [dissertação de mestrado]. [Porto]: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2009. 114 p.
19. World Gastroenterology Organization/International Digestive Cancer Alliance Practice Guidelines: Triagem do câncer colorretal [internet]. 2007. Disponível em: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/06_colorectal_cancer_screening_pt.pdf. Acesso em: 22 Dez 2011.
20. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Results of screening colonoscopy among persons 40-49 years of age [internet]. N.Engl J Med. 2002;346(23):1781-5. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12050337. Acesso em: 21 Dez 2011.
21. Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study [internet]. Prev Med. 2003;37(6 Pt 1):627-34. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14636796. Acesso em: 21 Dez 2011.
22. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Projeto Diretrizes – Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal. Prevenção secundária e detecção precoce [internet]. 2008. Disponível em: http//:www.sobed.org.br/web/arquivos_antigos/pdf/http://www.diretrizes/Screening.pdf. Acesso em: 29 Nov 2011.
23. Walsh JM, Kaplan CP, Nguyen B, Gildengorin G, McPhee SJ, Pérez--Stable EJ. Barrier to colorectal cancer screening in latino and vietnamese americans, compared with non- latino americans. Journal of General Internal Medicine 2004;19(2):156-66. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009795. Acesso em: 21 Dez 2011.
24. Ramos M, Llagostera M, Magdalen E, Cabeza E, Cantero X, Segarra M et al. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer [internet]. BioMedCentral Cancer. 2011;11(1):408. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21942990. Acesso em: 21 Dez 2011.

✉ Endereço para correspondência
Thalita Pereira dos Santos
Rua Bolíivia, 1122/214
92.420-170 – Canoas, RS – Brasil
☎ (51) 8235-3823
thalitavedder@yahoo.com.br

Recebido: 29/10/2012 – Aprovado: 29/12/2012 17