



Conhecimento dos acadêmicos de medicina acerca do câncer colorretal em relação aos fatores de risco e rastreamento

Knowledge of medical students about colorectal cancer, risk factors and screening

Conocimiento de los estudiantes de medicina sobre cáncer colorrectal, factores de riesgo y seguimiento

Yaman Paula Barbosa¹, Maria Clara Emos de Araújo¹, Lucas da Mota Louredo¹, Allan Neves Junior¹, Pedro de Freitas Quinzani¹, Sara Fernandes Correia¹, Constanza Thaise Xavier Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos acadêmicos de medicina do ciclo básico (1° ao 4° período) e clínico (5° ao 8° período) de uma instituição particular em Anápolis, Goiás, sobre o câncer colorretal, fatores de risco e rastreamento. **Métodos:** Estudo descritivo realizado com acadêmicos de medicina matriculados do 1° ao 8° período, do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás, por meio da aplicação de questionário validado, que avalia o nível de conhecimento sobre o câncer de colorretal. **Resultados:** O ciclo básico foi composto por 148 participantes e o ciclo clínico com 178 acadêmicos, totalizando 326 acadêmicos. A população do estudo foi composta na maioria pelo sexo feminino (71,2%), na faixa etária de 18 a 21 anos (57,0%) e solteiro(a) (95,1%). A maioria dos acertos a respeito fatores de risco e rastreamento sobre o câncer colorretal foram realizados pelos acadêmicos de ciclo clínico, sendo que o conhecimento aumentou com o avanço do curso. Apesar do ciclo clínico acertaram a maioria dos itens, os resultados demonstraram a necessidade de uma melhor abordagem sobre a neoplasia no decorrer do curso de medicina. **Conclusão:** Portanto o conhecimento foi satisfatório no ciclo clínico em relação ao ciclo básico e apresentou progressivo ao longo do curso.

Palavras-chave: Carcinoma Colorretal, Medicina, Detecção Precoce de Câncer, Rastreamento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the knowledge of medical students of the basic cycle (period 1 to 4) and clinical (period 5 to 8) of a private institution in Anápolis, Goiás, about colorectal cancer, risk factors and screening. **Methods:** Descriptive study carried out with medical students enrolled from the 1st to the 8th term of the medical course at the University Evangelical of Goiás, through the application of a validated questionnaire, which assesses the level of knowledge about colorectal cancer. **Results:** The basic cycle was composed of 148 participants and the clinical cycle with 178 academics, totaling 326 academics. The study population was composed mainly of women (71.2%), aged between 18 and 21 years (57.0%) and single (95.1%). Most of the correct answers regarding risk factors and colorectal cancer screening were made by clinical cycle academics, and knowledge

¹ Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA), – Anápolis – GO.

increased as the course progressed. Despite the fact that most of the items were correct in the clinical cycle, the results demonstrated the need for a better approach to neoplasia in the course of medicine. **Conclusion:** Therefore, the knowledge was satisfactory in the clinical cycle in relation to the basic cycle and presented a progressive throughout the course.

Keywords: Colorectal Carcinoma, Medicine, Early Cancer Detection, Screening.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento de estudiantes de medicina del ciclo básico (período 1 al 4) y clínico (período 5 al 8) de una institución privada en Anápolis, Goiás, sobre cáncer colorrectal, factores de riesgo y tamizaje. **Métodos:** Estudio descriptivo realizado con estudiantes de medicina matriculados del 1º al 8º período de la carrera de medicina de la Universidade Evangélica de Goiás, mediante la aplicación de un cuestionario validado, que evalúa el nivel de conocimiento sobre el cáncer colorrectal. **Resultados:** El ciclo básico estuvo compuesto por 148 participantes y el ciclo clínico con 178 académicos, totalizando 326 académicos. La población de estudio estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (71,2%), con edades entre 18 y 21 años (57,0%) y solteras (95,1%). La mayoría de las respuestas correctas en cuanto a factores de riesgo y tamizaje de cáncer colorrectal fueron realizadas por académicos del ciclo clínico, y los conocimientos aumentaron a medida que avanzaba el curso. A pesar de que la mayoría de los ítems fueron correctos en el ciclo clínico, los resultados demostraron la necesidad de un mejor abordaje de la neoplasia en el curso de la medicina. **Conclusión:** Por lo tanto, el conocimiento fue satisfactorio en el ciclo clínico en relación al ciclo básico y presentó una progresiva a lo largo del curso.

Palabras clave: Carcinoma colorrectal, Medicina, Detección temprana del cáncer, Seguimiento.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia maligna que afeta o intestino grosso e/ou reto, sendo tratável e, na maioria dos casos, curável ao ser detectado no início do desenvolvimento da neoplasia. , ou seja, sobrevida do câncer colorretal é diretamente proporcional ao estágio da doença no momento do diagnóstico (LAGO MTSSM, 2017). O Instituto Nacional de Câncer (INCA), o CCR é o segundo de maior incidência entre o sexo feminino e masculino (INCA, 2022). No Brasil são esperados 625 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022, destes 41 mil novos casos de CCR, em ambos os sexos, o que equivale a aproximadamente 6,6% dos novos casos. O número de mortes em 2019, foram de 20.576, sendo 10.191 homens e 10.385 mulheres (INCA, 2020).

O CCR pode ocorrer com o desenvolvimento de um pólipos benigno que pode se tornarmaligno , dentre os tipos mais predisposto, estão os chamados pólipos adenomatosos ou adenomas, devido a sua condição pré-cancerosa (KELLOFF GJ, et al., 2004). Por sua vez, os pólipos hiperplásicos e pólipos inflamatórios, em geral, não são considerados pré-cancerosos, contudo, atualmente acredita-se que alguns tipos de pólipos hiperplásicos tem maior predisposição para desenvolver adenomas e câncer, principalmente quando se originam no colo ascendente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CCR, estão o histórico familiar do câncer, sedentarismo, infecção do trato gastrointestinal, pólipos, alta ingestão calórica (gorduras), diabetes mellitus 2 e tabagismo (BISHEHSARI F, et al., 2014).

Os sintomas do CCR são indefinidos e surge mais nos estados avançados sendo que a maioria deles ligado a alteração do hábito intestinal (diarreia e constipação alternados) e emagrecimento, estando ambos presentes em cerca de 75% dos casos; seguidos de dor abdominal (62,5%), hematoquezia e anemia (37,5%) (CARNEIRO NETO JD, et al., 2006). Esses sinais e sintomas também estão presentes em problemas como hemorroidas, verminose, úlcera gástrica e outros e devem ser investigados para seu diagnóstico correto e tratamento específico (INCA, 2020).

O diagnóstico precoce quer pela imediata investigação de sintomas suspeitos quer pelo rastreamento da população e de grupos de risco, permite diminuir a mortalidade. O correto diagnóstico anatomopatológico, bem como o estadiamento no momento da intervenção cirúrgica é de extrema importância, tanto para a definição do tratamento, quanto para o prognóstico dos pacientes (CARNEIRO NETO JD, et al., 2006).

A cirurgia nos casos de CCR é considerada padrão ouro, visto a possibilidade da ressecção do tumor primário e dos seus linfonodos regionais, predominante, seguido da quimioterapia e da cirurgia associada à quimiorradioterapia (CONDE-FLORES E, et al., 2019). O rastreamento da doença mostrou-se efetivo para reduzir a mortalidade pela pesquisa de sangue oculto nas fezes. Além de ser efetivo para redução da mortalidade, a retossigmoidoscopia e colonoscopia mostraram-se também efetivas para redução da incidência. O rastreamento é indicado em indivíduos entre 50 e 75 anos, sendo que após 75 anos o seguimento deve ser individualizado e deve ser uma decisão compartilhada entre médico e paciente, observando idade, estado de saúde e capacidade de tolerar os testes de triagem e intervenções, para que os benefícios superem os riscos (NOGUEIRA-RODRIGUES A, et al., 2019).

Tendo em vista que a prevenção é o método mais eficaz na redução do desenvolvimento de tumores em suas diversas formas como o colorretal, faz-se imperioso o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores de risco e como evitá-los (LE DUFF F, et al., 2019), ou seja, a necessidade de melhor preparar os profissionais de saúde no âmbito da prevenção é essencial. Neste contexto, é importante que médicos tenham informações suficientes sobre o CCR, tendo em vista o papel importante que desempenham na orientação da população e no esclarecimento de dúvidas aos pacientes.

Devido a escassez de estudo em relação ao tema em questão, faz necessário avaliar o conhecimento dos futuros médicos a respeito do CCR, tendo em vista às altas prevalências do câncer, questiona-se o real domínio sobre o conhecimento da doença e seus fatores de risco e rastreamento por parte dos acadêmicos de medicina. E indaga-se se há uma progressão desse conhecimento com os anos na faculdade de medicina. Portanto, o estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento dos acadêmicos de medicina do ciclo básico (1º ao 4º período) e clínico (5º ao 8º período) de uma instituição particular em Anápolis, Goiás, sobre o câncer colorretal, fatores de risco e rastreamento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, realizado entre os acadêmicos matriculados no curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA de 1º ao 4º período (ciclo básico) 5º ao 8º período (ciclo clínico).

Os critérios de inclusão foram alunos maiores ou igual a 18 anos de idade, matriculados no curso de medicina da referida instituição, e assinatura o Termo de Consentimento livre esclarecido (TCLE) e os critérios de exclusão foram a não concordância em participar do estudo e questionários incompletos.

A coleta de dados ocorreu entre setembro a dezembro de 2020, foi realizada mediante a aplicação de um questionário específico validado sobre o conhecimento, atitudes e práticas preventivas sobre o CCR em alguns adultos em uma área do sul da Itália (SESSA A, et al., 2008), traduzido e adaptado para o português. O questionário foi transformado em um formulário da plataforma Google Forms® e encaminhado aos participantes do estudo por WhatsApp® e por e-mail, com o convite para participação, mediante assinatura do TCLE.

O questionário constitui-se de 26 perguntas referentes aos conhecimentos e fatores de risco relacionados ao câncer colorretal. O questionário foi composto por perguntas objetivas que exploram características sociodemográficas (sexo, faixa etária e estado civil), conhecimento do câncer, fatores de risco, exames de rastreamento e prevenção. Os dados dos questionários foram transcritos para planilha do programa MS Excel Office 2007. Posteriormente, os dados foram analisados através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26, realizando a análise estatística descritiva com valores expressos em frequências e porcentagens, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$, com o uso do teste qui-quadrado.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA (UniEVANGÉLICA/CEP) de acordo com o número do parecer do 4.287.047 e do CAAE: CAAE: 25286819.0.0000.5076 em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos no questionário a população foi constituída por 326 acadêmicos matriculados de 1º ao 8º período do curso de medicina. O ciclo básico foi composto do 1º ao 4º período, com respectivamente 25, 25, 42 e 56 alunos, totalizando 148 participantes.

Já o ciclo clínico é integrado do 5º ao 8º período, com respectivamente 39, 34, 39 e 66 alunos, totalizando 178 acadêmicos. Observou-se predominância no sexo feminino (71,2%), na faixa etária de 18 a 21 anos (57,0%) e solteiro(a) (95,1%) como evidenciado na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos acadêmicos de medicina (n=326).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	232	71,2
Masculino	94	28,8
Faixa etária (anos)		
18-21	186	57,0
22-24	113	34,7
25-36	27	8,3
Estado civil		
Solteiro(a)	310	95,1
Casado(a)/união estável	16	4,9

Fonte: Barbosa YP, et al., 2023.

Em relação aos conhecimentos gerais dos acadêmicos sobre o câncer de colorretal foi evidenciado que 41,2% dos acadêmicos do ciclo básico obtiveram uma resposta mínima na definição, já em relação ao ciclo clínico a maioria (43,3%) obtiveram uma resposta completa, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$) como demonstrado na **tabela 2**.

Sobre a prevenção do câncer, 70,3% dos acadêmicos do ciclo básico e 78,7% dos acadêmicos do ciclo clínico relataram que o câncer tem prevenção, entretanto 29% dos acadêmicos do ciclo básico não sabia dessa informação contrapondo com 15,7% dos acadêmicos do ciclo clínico, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$).

Sobre o questionamento se o câncer pode ser tratado quando diagnosticado precocemente, 93,3% dos acadêmicos do ciclo básico e 95,5% dos acadêmicos do ciclo clínico concordaram com a afirmação, não evidenciado diferença estatisticamente diferente ($p= 0,370$) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Conhecimento dos acadêmicos de medicina do ciclo básico e do ciclo clínico acerca do câncer colorretal.

Parâmetros	1 ^o - 4 ^o (Ciclo básico) n = 148 n (%)	5 ^o -8 ^o (Ciclo clínico) n=178 n (%)	p
Definição do câncer colorretal			
Resposta completa	13 (8,8)	77 (43,3)	0,01*
Resposta parcial	42 (28,4)	49 (27,5)	
Resposta mínima	61 (41,2)	37 (20,8)	
Resposta errada	30 (20,3)	13 (7,3)	
Não respondeu	2 (1,3)	2 (1,1)	
Câncer colorretal pode ser prevenido			
Concordo	104 (70,3)	140 (78,7)	0,01*
Discordo	1 (0,7)	10 (5,6)	
Não sei	43 (29,0)	28 (15,7)	
Câncer colorretal pode ser tratado quando diagnosticado precocemente			
Concordo	139 (93,9)	170 (95,5)	0,370
Discordo	-	1 (0,6)	
Não sei	9 (6,1)	7 (3,9)	

Nota: *Estatisticamente significativa. Qui-quadrado.

Fonte: Barbosa YP, et al., 2023.

Sobre os fatores de risco para câncer de colorretal, os dois ciclos acertaram nos itens: histórico familiar do câncer, pouca atividade física, infecção do trato gastrointestinal e alta ingestão calórica (gorduras). Contudo, somente o ciclo clínico acertou os fatores de risco incluindo, os pólipos (82,0%) e o tabagismo (68,5%), entretanto, ambos os grupos erram não evidenciando o diabetes mellitus tipo 2 como fator de risco (**Tabela 3**).

Em relação ao fator de risco tabagismo, 51,4% dos acadêmicos do ciclo básico não marcou este item como fator de risco, contra 68,5% dos acadêmicos do ciclo clínico relataram que o tabagismo é, sim um fator de risco, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$).

Já em relação aos pólipos 59,5% dos acadêmicos do ciclo básico não marcou os pólipos como fator de risco, *versus* 82,0% dos acadêmicos do ciclo clínico demonstraram que os pólipos é, sim um fator de risco, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Conhecimento dos acadêmicos de medicina do ciclo básico e do ciclo clínico acerca dos fatores de risco do câncer de colorretal.

Parâmetros	1º- 4º (Ciclo básico) n = 148 n (%)	5º - 8º (Ciclo clínico) n = 178 n (%)	p
Qual desses é considerado fator de risco para câncer de colorretal? (marque um ou mais).			
a. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)			
Sim	28 (18,9)	36 (20,2)	0,518
Não	120 (81,1)	142 (79,8)	
b. Consumo de frutas e verduras			
Sim	3 (2,0)	2 (1,1)	0,835
Não	145 (98,0)	176 (98,9)	
c. Histórico de câncer de colorretal familiar			
Sim	138 (93,2)	173 (97,2)	0,09
Não	10 (6,8)	5 (2,8)	
d. Diabetes mellitus 2 (DM2)			
Sim	35 (23,6)	43 (24,2)	0,915
Não	113 (76,4)	135 (75,8)	
e. Tabagismo			
Sim	72 (48,6)	122 (68,5)	0,01*
Não	76 (51,4)	56 (31,5)	
f. Exposição à radiação			
Sim	57 (38,5)	119 (66,9)	0,10
Não	91 (61,5)	59 (33,1)	
g. Pólipos			
Sim	60 (40,5)	146 (82,0)	0,01*
Não	88 (59,5)	32 (18,0)	
h. Pouca atividade física			
Sim	82 (55,4)	124 (69,7)	0,08
Não	66 (44,6)	54 (30,3)	
i. Contraceptivo oral			
Sim	9 (6,1)	17 (9,6)	0,250
Não	139 (93,9)	161 (90,4)	
j. Deficiência de ferro			
Sim	25 (16,9)	36 (20,2)	0,442
Não	123 (83,1)	142 (79,8)	
k. Infecções do trato gastrointestinal			
Sim	125 (84,5)	162 (91,0)	0,072
Não	23 (15,5)	16 (9,0)	
l. Alta ingestão calórica (gordura)			
Sim	96 (64,9)	126 (71,2)	0,223
Não	52 (35,1)	51 (28,8)	

Nota: *Estatisticamente significativa. Qui-quadrado.

Fonte: Barbosa YP, et al., 2023.

Em relação ao exame hemograma a maioria dos acadêmicos do ciclo básico 60,8% não sabiam se o exame fazia ou não parte do rastreamento *versus* 53,4% dos acadêmicos do ciclo clínico relataram que o hemograma não é exame de rastreio, ou seja, o ciclo clínico acertou o item, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$) (**Tabela 4**).

No exame do ultrassom foi demonstrado que 50,0% dos acadêmicos do ciclo básico relataram que o exame é utilizado com rastreio *versus* 46,6% dos acadêmicos do ciclo clínico relataram que o ultrassom não

é exame de rastreio, ou seja, o ciclo clínico acertou o item, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$). Em relação a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia a maioria do ciclo básico e o ciclo clínico acertaram nos exames de rastreamento do câncer, entretanto 41,2% dos acadêmicos de ciclo básico *versus* 13,5% dos acadêmicos do ciclo clínico não sabiam responder o questionamento, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$).

Em contrapartida, 64,9% dos acadêmicos do ciclo básico não sabiam que o exame retossigmoidoscopia é utilizado também para rastreio *versus* 65,2% dos acadêmicos do ciclo clínico relataram que o exame não é utilizado para rastreio, ou seja, ambos os grupos erram este item, evidenciando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,01$) (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Conhecimento dos acadêmicos de medicina acerca dos exames de rastreamento do câncer de colorretal.

Parâmetros	1º- 4º (Ciclo básico) n = 148 n (%)	5º - 8º (Ciclo clínico) n = 178 n (%)	p
Hemograma			
Sim	43 (29,1)	35 (19,7)	0,01*
Não	15 (10,1)	95 (53,4)	
Não sei	90 (60,8)	48 (27,0)	
Ultrassom			
Sim	74 (50,0)	34 (19,1)	0,01*
Não	14 (9,5)	83 (46,6)	
Não sei	60 (40,5)	61 (34,3)	
Retossigmoidoscopia			
Sim	10 (6,8)	14 (7,9)	0,01*
Não	42 (28,4)	116 (65,2)	
Não sei	96 (64,9)	48 (27,0)	
Pesquisa de sangue oculto nas fezes			
Sim	84 (56,8)	140 (78,7)	0,01*
Não	3 (2)	14 (7,9)	
Não sei	61 (41,2)	24 (13,5)	
Colonoscopia			
Sim	83 (56,1)	138 (77,5)	0,01*
Não	6 (4,1)	18 (10,1)	
Não sei	59 (39,9)	22 (12,4)	

Nota: *Estatisticamente significativa. Qui-quadrado.

Fonte: Barbosa YP, et al., 2023.

Foram abordados ao final do questionário as informações em gerais quanto ao profissional a ser procurado em caso de sintomas do câncer colorretal, se o aluno já participou de uma atividade preventiva relacionado ao câncer e se o acadêmico vê a necessidade de mais conhecimento sobre a área. Observou-se que 61,7% dos acadêmicos relataram que o primeiro setor médico a ser procurado é um especialista, sendo que 93,9%

dos acadêmicos nunca participaram de uma atividade preventiva e 95,1% dos acadêmicos relataram necessidade de mais informações (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Distribuição dos casos de acordo com o primeiro setor médico a ser procurado, participação de alguma atividade preventiva e sentimento de necessidade de mais informações dos acadêmicos de medicina.

Parâmetros	1° ao 8° n= 326 n (%)
Primeiro setor médico a ser procurado	
Primário	72 (22,1)
Especialista	201 (61,7)
Hospital de emergência	21 (6,1)
Hospital	29 (8,9)
Outro	3 (0,9)
Participação em alguma atividade preventiva	
Sim	20 (6,1)
Não	306 (93,9)
Sentimento de necessidade de mais informações	
Sim	310 (95,1)
Não	16 (4,9)

Fonte: Barbosa YP, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Observou-se, no presente estudo, uma progressão dos conhecimentos sobre os fatores de risco e rastreamento acerca do CCR com os anos na faculdade, ou seja, acadêmicos do ciclo clínico obtiveram mais acertos que os acadêmicos do ciclo básico. Entretanto, foram evidenciadas informações errôneas e incompletos por parte dos acadêmicos do ciclo clínico, com isso, faz-se necessário uma melhor abordagem sobre essa neoplasia no decorrer do curso de medicina.

Em relação aos fatores de risco para CCR, os acadêmicos foram questionados sobre as causas para o desenvolvimento do câncer, pois os hábitos de vida podem intervir significativa no desenvolvimento de uma doença. Foi possível verificar que os dois ciclos acertaram nos itens: histórico familiar do câncer, pouca atividade física, infecção do trato gastrointestinal e alta ingestão calórica (gorduras). Contudo, somente o ciclo clínico acertou os fatores de risco incluindo, os pólipos e o tabagismo, entretanto, ambos os grupos erram não evidenciando o diabetes mellitus tipo 2 como fator de risco.

Sabe-se que o CCR possui um forte componente hereditário (KASPER DL, et al., 2017) sendo que aproximadamente 7% estão associadas a algumas condições hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar (GUINHAZI NP, et al., 2009) como evidenciado pelos estudantes, evidenciando um fator de risco de grande importância na decisão de quando iniciar o rastreio do CCR, e também a história pessoal de afecções intestinais, principalmente as de caráter inflamatório, sendo que as doenças inflamatórias intestinais fornecem um contexto pró-carcinogênico (SANTOS SCD e BARBOSA ER, 2016).

Além disso, outro fator evidenciado pelos estudantes foi a pouca atividade física (sedentarismo) que também é um fator de risco para o surgimento do CCR. Sendo que, os exercícios físicos representam uma forma importante de prevenção primária. Além disso, há uma maior incidência de câncer colorretal em mulheres, provavelmente relacionada ao fato de o sexo feminino apresenta maior porcentagem de gordura,

o que se relaciona com a maior quantidade de fatores pró-inflamatórios, como fator de necrose tumoral, interleucina 6, proteína C reativa e leptina (SOUZA VC, et al., 2013). Outra causa elencada pelos acadêmicos foi a alta ingestão calórica (gordura), obesidade como fatores importantes da patogênese do CCR, principalmente devido ao padrão de inflamação aguda que é característico do tecido adiposo e seu potencial carcinogênico (SIMÕES ML e BARBOSA LE, 2017).

Outro fator de risco apontado pelos acadêmicos do ciclo clínico foi o tabagismo que tem alto teor carcinogênico sendo considerado um fator de risco modificável importante no surgimento de CCR (BISHEHSARI F, et al., 2014). De acordo com Figueiredo JC, et al. (2015) em um ensaio clínico randomizado demonstraram que o tabagismo foi associado a um risco maior de um ou mais adenomas, e o ex-tabagista com um risco ligeiramente menor, mas ainda significativo em relação aos que nunca fumaram. Já em relação aos pólipos foram considerados como fator de risco pela maioria do ciclo clínico, por outro lado, o ciclo básico considerou como não sendo fator de risco. Essa grande diferença entre os dois ciclos pode se dar, pois o ciclo básico estuda a parte introdutória de neoplasias e o clínico estuda gastroenterologia em seu penúltimo período. Assim, pode-se dizer que o resultado foi um tanto quanto esperado. Diante disso, é importante ressaltar que a maior parte dos processos neoplásicos colorretais são originadas de pólipos adenomatosos que, eventualmente, podem tornar-se malignos (KASPER DL, et al., 2017).

Em relação ao Diabetes mellitus do tipo 2 (DM2), os dois grupos o consideraram como não sendo um fator de risco para o CCR. No entanto, pessoas portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2 possuem uma maior chance de desenvolver o CCR (MAURÍCIO, JML, 2014). Dessa forma, existe uma demanda em melhorar a disseminação de informações e aumentar a frequência de atividades preventivas, o que pode melhorar a adesão aos programas de rastreamento e diminuir a mortalidade pelo CCR (BISHEHSARI F, et al., 2014).

Quanto aos exames de rastreamento em relação ao conhecimento dos acadêmicos identificou que o ciclo clínico acertou mais que o ciclo básico, evidenciando que os exames como hemograma e ultrassom abdominal são incorretos para o rastreamento. Por outro lado, ao serem questionados sobre os exames corretos que são utilizados para o rastreamento, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes, o teste que obteve maior índice de acerto, sendo maior no ciclo clínico do que no ciclo básico. No entanto, o exame correto que obteve menos respostas positivas foi a retossigmoidoscopia, sem diferenças significativas entre os ciclos.

Esses achados vão contra aqueles encontrados por Santos TP, et al. (2013), que evidenciaram a colonoscopia sendo o exame que os usuários do sistema de saúde mais relacionam com o rastreamento de CCR, e os exames com menos respostas positivas foram os errados, ou seja, o hemograma seguido pela ultrassonografia abdominal. Dessa forma, fica evidente a necessidade de abordar melhor forma de rastreamento do câncer no contexto da graduação médica.

Frente a um aumento significativo na incidência da neoplasia colorretal no Brasil, a sua prevenção precoce é a importante na redução da mortalidade por essa patologia. A prevenção primária almeja reduzir fatores de risco para o desenvolvimento do câncer como a promoção de orientações de alimentação e atividade física. Por outro lado, a prevenção secundária destina-se diagnosticar de forma precoce a doença em uma pessoa ou população com exames de rastreamento (NOGUEIRA-RODRIGUES A, et al., 2019).

No tocante ao profissional a ser procurado para rastreamento, a maioria dos acadêmicos relataram que primeiro setor médico a ser procurado seria o especialista. Diante desse aspecto, é necessário pensar no fortalecimento da atenção primária, enquanto porta de entrada e meio de promoção de saúde, à medida que os profissionais da área possam desenvolver atividades preventivas, atuando através de ações voltadas ao indivíduo e família a fim de ajudar no rastreamento e diagnóstico do CCR (SILVA FB, et al., 2018).

Em relação a possibilidade de prevenir a doença, a maioria dos acadêmicos relataram nunca ter participado de ações de prevenção (93,9%) com isso faz necessário campanhas educativas e de conscientização da sociedade e profissionais a cerca do CCR. Foi evidenciado no presente estudo que 95,1% dos acadêmicos relataram necessidade de mais informações. Nesse sentido, um estudo realizado em Sergipe com profissionais médicos da Atenção Básica foi observado que 24% dos entrevistados diziam não possuir conhecimento adequado para a prática de rastreamento. Além disso, dos 76% alegavam ter conhecimento,

15,78% afirmaram não realizar os exames de rastreio. Tal estudo evidenciou falhas no conhecimento sobre prevenção além de despreparo em como lidar com pacientes oncológicos e avaliou que as principais causas seriam a não aceitação dos pacientes, a falta de conhecimento pelos médicos e a indisponibilidade dos exames pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto a educação sobre câncer colorretal é de extrema importância no ambiente médico, mesmo após a formação (CUSTÓDIO MS, et al., 2019).

Dentre as limitações do estudo, destacam-se a baixa adesão por parte dos acadêmicos (taxa de participação de 54,2%), pois o ensino foi mais remoto por causa da pandemia da COVID-19 e a falta de estudos sobre a temática dificultando a comparação entre os estudos.

Um dos pontos positivos mais notáveis do trabalho foi evidenciar um tema, que ao mesmo tempo em que é tão relevante, é tão pouco representado na literatura científica. Destaca-se também dentre os aspectos positivos o bom delineamento da pesquisa, visto que houve uma avaliação do conhecimento dos futuros médicos a respeito do CCR, tendo em vista que são esses profissionais que irão conscientizar e informar a população. Além disso, houve a apresentação de um folder, que elucidou sobre o CRR com fatores de riscos e rastreamento, contribuindo como material informativo para os participantes.

CONCLUSÃO

A partir do estudo com os acadêmicos de medicina, pode-se perceber que o desempenho foi maior no ciclo clínico. Adicionalmente, percebe-se que, com o decorrer da formação no curso de medicina, houve uma progressão no conhecimento. Apesar do ciclo clínico acertaram a maioria dos itens, os resultados demonstraram a necessidade de uma melhor abordagem sobre a neoplasia no decorrer do curso de medicina. Vislumbram-se grandes possibilidades de continuação e aprofundamento da pesquisa, baseado no enfoque feito em outros estudos de temática semelhante.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. What is colorectal cancer? Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>. Acessado em 23 de outubro de 2022.
2. BISHEHSARI F, et al. Epidemiological transition of colorectal cancer in developing countries: environmental factors, molecular pathways, and opportunities for prevention. *World J Gastroenterol.* 2014; 20(20): 6055-6072.
3. CARNEIRO NETO JD, et al. Câncer Colorretal: Características Clínicas e Anatomopatológicas em Pacientes com Idade Inferior a 40 Anos. *Rev bras Coloproct.* 2006; 26(4): 430-435.
4. CONDE-FLORES E, et al. Epidemiological Profile of Patients of Aged 65 Years and Over in a University Private Hospital. *Case Rep Oncol.*, 2019; 12: 113-118.
5. CUSTÓDIO MS, et al. Avaliação do conhecimento dos médicos da atenção primária sobre rastreamento de câncer colorretal em um município de Sergipe. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2019; 52(2): 91-7.
6. FIGUEIREDO JC, et al. Riscos associados ao fumo de adenomas convencionais e pólipos serrilhados no colo-retal. *Cancer Causes Control.*, 2015; 26: 377-386.
7. GUINHAZI NP, et al. Indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais: uma revisão de literatura. *Revista Artigos.Com*, 2019; 1: e158.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Estatísticas de câncer. Brasília; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/>. Acessado em 2 de janeiro 2023.
9. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer de intestino. Estatísticas. Brasília; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino>. Acessado em: 10 de outubro de 2022.
10. KASPER DL, et al. Neoplasias do trato gastrointestinal inferior. In: MAYER, F et al. *Medicina interna de Harrison*, 2017; 2: 849-855.
11. KELLOFF, GJ. et al. Colorectal adenomas: a prototype for the use of surrogate ends in the development of cancer prevention drugs. *Clin Cancer Res.*, 2004; 11(10): 3908-3918.
12. LAGO MTSSM. Impacto do Estado Nutricional no Outcome dos Doentes com Cancro Colorretal [Tese de Licenciatura]. Porto: Universidade do Porto; 2017.

13. LE DUFF F, et al. Colorectal cancer screening in primary care pharmacy in Corsica: a support for the prevention in general medicine. *Sante Publique*, 2019; 31(3): 387-394.
14. MAURÍCIO JML. Diabetes Mellitus tipo 2 e Carcinoma Colorretal. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal. 2014.
15. NOGUEIRA-RODRIGUES A, et al. Rastreamento de câncer na prática clínica: recomendações para a população de risco habitual. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2019;17(4): 201-210.
16. SANTOS SCD e BARBOSA ER. Doença de Crohn: fator de risco para o carcinoma colorretal. [Dissertação de mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade de Porto; 2016.
17. SANTOS TP, et al. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. *Rev AMRIGS*, 2013; 57(1): 31-38.
18. SESSA A, et al. Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. *BMC Cancer*, 2008; 8(171): 1-8.
19. SILVA FB, et al. Câncer colorretal: promoção, prevenção e rastreamento. *Revista Científica FacMais* 2018;13(2): 1-9.
20. SIMÕES ML e BARBOSA LE. Obesidade: impacto no Carcinoma Colorretal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. 2017; 42: 17-32.
21. SOUZA VC, et al. Relationship between nutritional status and immediate complications in patients undergoing colorectal surgery. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro - online)*. 2013; 33(2): 83-91.