



MARÇO AZUL

2025

Prevenção do Câncer Colorretal
Cidade de Goiás - GO



PREVENÇÃO DO CÂNCER COLORRETAL

CAMPANHA MARÇO AZUL 2025
CIDADE DE GOIÁS – GO



CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

Goiás (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Federação Brasileira de Gastroenterologia.

Prevenção do câncer colorretal: Campanha Março Azul/2025 – Cidade de Goiás (GO) / Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Federação Brasileira de Gastroenterologia, 2026.

70 p.: il.

Inclui referências

ISBN: 978-65-6246-990-5

1. Câncer colorretal 2. Colonoscopia 3. Teste de sangue oculto nas fezes 4. Programas de rastreamento I. Moreira Júnior, Hélio II. Tebet, Eduarda Nassar. IV Secretaria de Estado da Saúde de Goiás III. Título

CDU: 616.34-006.6(817.3)

Catalogação na publicação: Biblioteca Prof^a Ena Galvão da Escola de Saúde de Goiás

Títulos para indexação

Em inglês: Colorectal Cancer Prevention: Blue March 2025 Campaign – City of Goiás (GO)

Em espanhol: Prevención del cáncer colorrectal: Campaña Marzo Azul 2025 – Ciudad de Goiás (GO)

MENSAGEM DOS ORGANIZADORES

Ao completar cinco anos da campanha Março Azul, dedicada à conscientização, prevenção e combate ao câncer de intestino (também conhecido como câncer colorretal), tivemos a grata satisfação de realizar uma ampla ação de rastreamento populacional, em terras goianas.

A Cidade de Goiás, também chamada de Goiás Velho, é uma histórica cidade brasileira, antiga capital do Estado de Goiás, é o berço da poetisa Cora Coralina, reconhecida como Patrimônio Mundial da UNESCO desde 2001 devido à sua arquitetura barroca e colonial preservada.

Na iniciativa já tradicional das Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) e a Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG), os colegas médicos voluntários, com apoio total do Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e da Prefeitura Municipal de Goiás, além de várias instituições parceiras se uniram para promover na população-alvo o teste inicial e os exames de colonoscopia, visando o diagnóstico precoce e ampliando a conscientização sobre o câncer colorretal.

Queremos com esta publicação reforçar o caráter humanitário da ação, agradecendo a cada parceiro, cada agente de saúde, cada colaborador que participou conosco com o objetivo de manter acesa a chama azul da promoção da saúde. Mais de 50 mil brasileiros descobrem o câncer de intestino todos os anos e muitos deles, tardiamente, sem sentirem sintomas. Este cenário é calamitoso, pois são vidas em idades produtivas, interrompidas precocemente!

Nossa mensagem deve continuar sendo levada a cada estado, a cada família, pois somos nós, de braços dados com tantos homens e mulheres valorosos, que podemos cuidar e salvar vidas, com o nosso compromisso ético de manter o nível de nossas ações em consonância com a importância que a prevenção adquire frente a este agravo.

A todos que estiveram conosco em Março Azul 2025, nosso muito obrigado!

ORGANIZAÇÃO:



Presidente:
**Dr. Eduardo Guimarães H.
de Moura**



Presidente:
**Dr. Sérgio Eduardo A.
Araújo**



Presidente:
Áureo de Almeida Delgado

COORDENAÇÃO GERAL:



Dr. Hélio Moreira Júnior
Ex-presidente da Sociedade
Brasileira de Coloproctologia



Dra. Eduarda Nassar Tebet
Presidente do Núcleo de Ação
Social da SOBED

APOIOS GOVERNAMENTAIS:

Governador do Estado de Goiás
Ronaldo Ramos Caiado

Vice-Governador do Estado de Goiás
Daniel Elias Carvalho Vilela

Secretário de Estado da Saúde
Rasível dos Reis Santos Júnior

Prefeitura Municipal da Cidade de Goiás
Prefeito: Sr. Aderson Gouveia
Secretária Municipal da Saúde: Sra. Beatriz de Sá
Diretor de Atenção Primária de Saúde: Weder de Bastos Marques

Policlínica Estadual Rio Vermelho – Goiás
Diretora Geral: Sra. Débora Cordeiro

Superintendência da Escola da Saúde de Goiás
Edinalva Rodrigues Batista Gonçalves

COORDENAÇÕES SETORIAIS:

Secretaria de Estado da Saúde
Dr. Sérgio Alberto da Cunha Vencio – **Secretário Adjunto de Saúde**
Luciano de Moura Carvalho – **Subsecretário de Políticas e Ações em Saúde**
Erika Lopes Rocha Batista – **Superintendente de Regionalização**
Amanda Melo e Santos Limongi – **Superintendente de Políticas e Atenção Integral em Saúde**
Jaqueline Gonçalves Rocha de Oliveira – **Gerente das Regionais de Saúde**

Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Goiás
Weder de Bastos Marques – **Diretor da Atenção Primária à Saúde**

Policlínica Rio Vermelho de Goiás
Diretor de Ensino OSS: Dr. Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho

Sociedade Brasileira de Coloproctologia
Sr. Cesar Augusto Leme – **Superintendente da SBPC**

Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
Sra. Mariana Pierin Sbrighi - **Gestora de Comunicação e Eventos Científicos**

APOIOS DE SOCIEDADES MÉDICAS:

Sociedade de Anestesiologia do Estado de Goiás

Presidente: Dr. Filipe Maia Araújo

Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas de Goiás

Associação Médica de Goiás

Presidente: Dr Washington Luiz Ferreira Rios

Sociedade Goiana de Coloproctologia

Presidente: Dra. Noêmia Marra Canedo Guimarães Gomes

SOBED - Regional Goiás

Presidente: Dr. Reinaldo Falluh

Sociedade Goiana de Gastroenterologia

Presidente: Dr. Diogo Egídio Silva e Souza

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Presidente: Dr. Antônio Carlos Aguiar Brandão

Associação Médica Brasileira

Presidente: Dr. César Eduardo Fernandes

PARCEIROS:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Diretor: Dr. Waldemar Naves do Amaral Neto

Hospital das Clinicas da UFG/EBSERH

Diretor: Dr Jose Garcia Neto

Hospital de Urgências Governador Otavio Lage. (HUGOL)

Diretor geral: Dr Guilherme Socrates Pinheiro de Lemos

EMPRESAS PATROCINADORAS SOLIDÁRIAS



MÉDICOS VOLUNTÁRIOS:

MÉDICOS ANESTESISTAS:

Antônio Carlos de Oliveira e Ribeiro - GO
André Luiz Braga das Dores- GO
Amarildo Pedro Domiciano- GO
Dario Humberto Paiva - GO
Denise Tavares da Silva Bittar - GO
Fabrício Elias Leão Silveira- GO
Fernando Protássio Carneiro- GO
Filipe Maia Araujo - GO
Igor Reis- GO
Ítalo Aguiar - BA
Larissa Manzande Alcântara Borges- GO
Layara Karoline Pacheco Queiroz- GO
Leonardo Aquino de Souza - DF
Leonardo Brandão- GO
Matheus Ferreira Rodrigues de M. Paolini -
GO Marcos Felipe Braga de Oliveira- GO
Marcus Cavalcante de O. Araújo Néia - GO
Nara Costa Dutra- GO
Ronan Vieira Borba- GO
Vaneska Maria Mendes Barbosa Toledo - AL
Verônica Cândido de Freitas Marchiori- GO
Victor Sampaio de Almeida - BA
Victoria Alves Ferreira Coelho- GO
Zênio Daher Júnior - GO

Ofertas de Aninha (Aos moços)

Eu sou aquela mulher
a quem o tempo
muito ensinou.
Ensinou a amar a vida.
Não desistir da luta.
Recomeçar na derrota.
Renunciar a palavras e pensamentos
negativos.
Acreditar nos valores humanos.
Ser otimista.

Creio numa força imanente
que vai ligando a família humana
numa corrente luminosa
de fraternidade universal.
Creio na solidariedade humana.
Creio na superação dos erros
e angústias do presente.

Acredito nos moços.
Exalto sua confiança,
generosidade e idealismo.
Creio nos milagres da ciência
e na descoberta de uma profilaxia
futura dos erros e violências do presente.

Aprendi que mais vale lutar
do que recolher dinheiro fácil.
Antes acreditar do que duvidar.



Cora Coralina

MÉDICOS SOBED

Aline - GO
Ariana Cadurin - DF
Daniela Medeiros Milhomem Cardoso - GO
Daniel Tavares de Rezende - GO
Eduarda Nassar Tebet – MS
Eduardo G. Hourneaux de Moura - SP
Ernesto Quaresma Mendonça. - GO
Guilherme Gomes - PR
Hemanoel de Sousa Ribeiro. - GO
Herbeth José Toledo Silva - AL
Juliana Wanderley Roosevelt Coutinho - GO
Lucas Santana Nova da Costa – DF
Mirela Rebouças Fernandes de Lima - GO
Reinaldo Falluh - GO
Ricardo Anuar Dib - SP
Sylon Ribeiro de Britto Jr - BA
Victor Alves Galvão - BA
Victor Rossi Bastos - BA

MÉDICOS SBCEP

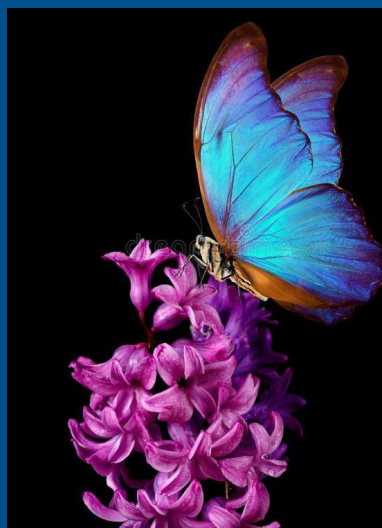
Ana Rosa Costa Melo - DF
Antônio Lacerda Filho - MG
Belisa Tiegs Ferreira - GO
Bruno Augusto Alves Martins - DF
Camila Lima - GO
Camila Pereira de Oliveira – GO
Carmen Ruth Manzione Nadal - SP
Maria Cristina Sartor - PR
Hélio Moreira Júnior - GO
João Batista de Sousa – DF
Lúcia Câmara de Castro Oliveira - RJ
Marcelo Averbach - SP
Marcelo de Melo Andrade Coura - DF
Noêmia Marra C. G. Gomes - GO
Pedro Carlos Basílio - RJ
Romulo Medeiros de Almeida – DF

MÉDICOS FBG

Américo de Oliveira Silvério - GO
Áureo de Almeida Delgado - MG
Carmem Alves Pereira - DF
Diogo Egídio Silva e Souza - GO
Rita de Cássia Silva - GO
Zuleica Barrio Bortoli- DF

No mistério do sem-fim
equilibra-se um planeta.
E, no planeta, um jardim,
e, no jardim, um canteiro;
no canteiro uma violeta,
e, sobre ela, o dia inteiro,
entre o planeta e o sem-fim,
a asa de uma borboleta.

Cecília Meirelles



AGENTES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÁS

Alberico Luiz Moreira Filho
Alcione Ferreira de Lima
Ana Maria dos Santos
Ana Maria Roberto Pontes
Aparecida Cardoso Barbosa Araújo
Benedita Ferreira Pinto de Almeida
Bruno Bento Duarte
Claudia da Silva Marques Peres
Dalva Moreira Abadia Ferreira
Daniela de Oliveira Silva
Delice de Oliveira Jacinto
Dinair Pires Ferreira Mendes
Dorcelina Dias da Silva
Elaine Candido Bento Xavier
Eva Aparecida Barbosa Gomes
Cleone Florambel Rodrigues
Edmaura Divina Beltrão Lima
Geisla Maria Passos
Geracina Nascimento de F. Lacerda
Gercina Espírito Santo C. Machado
Gernival Balbino da Rocha
Glaucia Maria Ribeiro de Souza
Joana Pires da Silva

Joelma Abadia de Santana
José Wilson Martins Pacheco
Junair Miguel de Oliveira Daúde
Lindomar R. dos Santos Junior
Luciano Ferreira da Silva
Maria de Jesus Francisco M. Silva
Maria de Lourdes Martins Botelho
Maria Sueli Seixo de Brito
Mizair Junior Barroso
Neusa Alencastro Veiga
Niraldo Sebastiao da Silva
Onilda Vieira dos Santos
Paulene Almeida Rodrigues
Romilda Ferreira da Silva
Rosimeire Mendanha Nascimento Saulo
Jose Gouvêa
Shirlen Marques Mendanha
Silvana Alves Martins Caetano Pires
Silvia de Fatima C. da Silveira Ortiz
Suely Caetano da S. Pinto Monteiro
Thor Anebrian Rapuci G. Rodrigues
Uender Araújo Santa Cruz
Ueslaine Cardoso Silva Azevedo

GRATIDÃO

O dia-a-dia dessas pessoas se repete... infinitamente, no avesso da fama, onde o trabalho é duro, sem as luzes da vitrine, nem o ecoar dos aplausos. O que os move não é somente o espetáculo da bondade, mas o peso silencioso da responsabilidade.

Servem porque compreenderam que a vida do outro também é sua obrigação. Sem vocação de querer dar visibilidade ao seu ofício, sustentam o mundo a sua volta apenas pelo dever ético de cuidar.

Pilares invisíveis de nossas vidas!



AGRADECIMENTOS ESPECIAIS:

Sra. Marlene Gomes de Vellasco
Presidente da Associação de Saúde São Pedro D´Alcântara

Frei Cristiano Bhering
Reitor do Santuário Nossa Senhora do Rosário

Sr Guilherme Antônio Siqueira
Presidente da Organização Vilaboense de Arte e Tradições

Larissa Ribeiro de Freitas Moreira.
Coordenação de logística e de recursos humanos

ALUNOS VOLUNTÁRIOS DA FM/UFG:

Ana Beatriz Silveira de Andrade
Beatriz Furtado Lourenço
Bruna Beatriz de Souza Santos
Bruno dos Santos Ferreira Roque
Giovanna Vasconcellos B. de Souza
Geovana de Melo Mendes

João Henrique Paz da Silva Ribeiro
Marcela Dourado Borges
Maria Luiza Doering de Castro
Mariana Mérida de Souza
Osmar Antônio Marçal Aleixo
Raiane Caputi Silva Dias



Assim Eu Vejo a Vida

A vida tem duas faces:
Positiva e negativa
O passado foi duro,
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria...
Que eu possa dignificar
minha condição de mulher,
aceitar suas limitações
e me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes.

Aceitei contradições
Lutas e pedras
Encargos e vazios.
O que ficou, ensinou.
O que virá, virá forte.
E não tenho medo de seguir,
nem de enfrentar o passo que não veio.
O que vale na vida não é o ponto de
partida
e sim a caminhada.
Caminhando e semeando,
no fim terás o que colher

Cora Coralina



Considerações Anodinas

Mais esperança nos meus passos
do que tristeza nos meus ombros.
Aprendi a viver o hoje
sem as mágoas do ontem,
sem as ansiedades do amanhã.
Não busco o que perdi,
mas o que posso conquistar.
Cada dia é uma página em branco,

uma nova chance de escrever
a minha história.
Que eu não perca a capacidade
de sonhar, de lutar, de vencer.
Que as pedras do caminho
sejam apenas degraus
para a minha ascensão.
Sou forte, sou resiliente,
sou a dona do meu destino.

Cora Coralina

**O inconformismo é um sentimento poderoso que
nos impulsiona a dar os primeiros passos....**

HOMENAGEM AOS PRECURSORES DESSA HISTÓRIA

Sempre que nos propomos a prestar homenagens, corremos o imenso risco de sermos omissos em relação a outros personagens que também desempenharam um papel relevante para a causa da honraria. E tentar resumir em poucas pessoas aqueles que se dedicaram à causa da prevenção do câncer colorretal, a possibilidade de sermos injustos é considerável. Já de antemão, dirijo-me a todos colegas que abraçaram essa ideia e se dedicam ao tema e que por ventura não terem sido mencionados, considerem meu sincero e profundo respeito e pedido de desculpas. Procurei nesta singela homenagem dar destaque às pessoas cujas ideias e iniciativas tiveram um grande impacto no desenrolar dos Eventos que culminaram na Campanha Março Azul, desde 2023 sendo conduzida pelas três Sociedades Médicas (SOBED, SBCP e FBG).

Em maio de 2004, em parceria com diversas associações que lidam com câncer digestivo, liderado pela profa. Angelita Habr-Gama, foi fundada a Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino, a ABRAPRECI. Essa associação surgiu com o intuito de divulgar informações relevantes e alertar sobre o câncer de intestino de toda a população brasileira, especialmente por já perceberem naquele tempo a crescente incidência da doença. Para tanto, como forma de auxiliar na divulgação e esclarecimento populacional, foi construído uma réplica de tamanho gigante do intestino grosso, no qual as

pessoas podiam caminhar por dentro do intestino, recebendo orientações e explicações didáticas das causas e efeitos da doença. A primeira exposição do Intestino Gigante ocorreu no Viveiro Manequinho Lopes no Parque do Ibirapuera em São Paulo em outubro de 2004. Desde então ele percorreu 75 cidades do Brasil, incluindo Recife, Rio de Janeiro, Goiânia, Maceió, Belo Horizonte, Vitória, Fortaleza, São José dos Campos, Santa Cruz das Palmeiras (SP). Nesta última cidade, no mês de outubro de 2006, foi realizada, além da exposição do intestino gigante, a oferta aos visitantes com idade superior a 40 anos do teste **Hemosure** para detecção da presença de sangue oculto nas fezes; para aqueles com resultado positivo, o próprio município ofereceu o exame de colonoscopia. Outros projetos semelhantes foram realizados no Bairro da Mooca, em São Paulo, em São José dos Campos, Guarulhos e Teresina. Ressalta-se, nesse período, o engajamento e participação ativa da Dra. Carmen Ruth Manzione Nadal, que ocupou a vice-presidência dessa Instituição no período de 2020 a 2025.

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Coloproctologia, sob a presidência do Dr. Ronaldo Salles, em conjunto com a ABRAPRECI, lançou a campanha Setembro Verde, com o objetivo de esclarecer a população sobre fatores de risco, detecção precoce e tratamento da doença. Já naquele momento os números levantados sobre a incidência da doença já assustavam, sendo registrados 33.000 novos

casos pelo INCA. Naquele ano, o intestino gigante visitou 4 capitais brasileiras, incluindo Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo. Desde então, ações relacionadas à divulgação, com elaboração de conteúdos educacionais, além de ações coordenadas pelas sociedades regionais foram desenvolvidas ao longo de 7 anos.

Em 2020, inspirado pelas ações de prevenção do Câncer colorretal desenvolvidas em Belterra no Pará pela ONG Zoé, sob a coordenação do Dr. Marcelo Averbach, Dr Herbeth Toledo realizou o rastreamento da população da cidade de Piranhas, em Alagoas, às margens do Rio

São Francisco. Um total de 2.152 pacientes, com idades entre 50 e 70 anos, foram incluídos na Campanha, dos quais 130 foram submetidos à colonoscopia. Várias lesões pré-neoplásicas foram detectadas em 58 pacientes. A taxa de detecção de adenomas (TDA) foi de 33,85%.

Mas foi somente em 2021 que, sob a presidência do Dr Ricardo Anuar Dib, foi registrada pela SOBED a marca Março Azul, quando então foi lançada a primeira campanha nacional Março Azul denominada: “Abraça essa ideia”.

Em janeiro de 2022, foi assinado um termo de cooperação técnica entre a SOBED e a SBCP, no qual as duas Sociedades se comprometem a cooperar conjuntamente em ações que visem à ampliação do combate ao câncer colorretal, por meio da CAMPANHA MARÇO AZUL. Foi então em Pilar/Alagoas, onde, pela primeira vez, as Sociedades SOBED

e SBCP, na época presididas pelos Drs. Ricardo A. Dib e Eduardo de Paula Vieira, respectivamente, com apoio da ABRAPRECI, passaram a realizar em conjunto ações relacionadas ao tema. A coordenação da campanha ficou a cargo do Dr Herbeth Toledo, na qual foi oferecido à população entre 50 e 70 anos daquela cidade o FIT teste, seguido de colonoscopia para os resultados positivos. Um outro aspecto relevante dessa campanha foi a elaboração de um Seminário voltado aos médicos da região e outro aos agentes de Saúde, sob nossa coordenação.

Nesse mesmo ano, o município de Belterra passou por uma ação de acompanhamento em que os pacientes indicados para colonoscopia foram reavaliados, sob coordenação do prof. Marcelo Averbach. Um total de 2022 pacientes entre 50 e 70 anos de idade foram rastreados ao longo de 19 expedições, sendo que 26% das colonoscopias diagnosticaram algum tipo de lesão colônica, sendo 5 casos de adenocarcinoma.

Em 2023, foi a vez da cidade arquipélago de Cairu, no estado da Bahia, receber a equipe multissociedade. Dessa vez, somando-se à SOBED e à SBCP, participou a FBG, que, desde então, passou a fazer parte dessa tríplice aliança, ainda com o apoio da ABRAPRECI. Sob a Coordenação de Sylon Britto, um total de 1.797 indivíduos foram submetidos ao teste de sangue oculto nas fezes, que apresentou taxa de positividade de 9,7%. Entre os encaminhados para colonoscopia, a taxa de detecção de adenomas (TDA) foi de 35%.

Em 2024, o desafio era rastrear indivíduos de 50 a 70 anos na histórica cidade de Óbidos, localizada no estado do Pará, na margem esquerda do Rio Amazonas. As barreiras logísticas eram imensas (somente se acessa a cidade por meio de barcos), mas mesmo assim, com a colaboração essencial da ONG Zoé, a Campanha foi um estrondoso sucesso. Mais uma vez Dr Sylon Britto, junto com Dr Bruno Augusto Alves Martins assumiram a responsabilidade ,junto com Dr Marcelo Averbach de organizar o que parecia impossível diante dos grandes desafios logísticos que representavam aquela campanha. Mas mais uma vez todos esforços foram compensados pelo grande sucesso daquela jornada. As pessoas do município, incluindo as populações ribeirinhas, atenderam ao convite de participarem na campanha, sendo submetidas ao teste de sangue oculto nas fezes, e aquelas com

resultados positivos encaminhados à colonoscopia.

Já em 2025, tivemos a honra e responsabilidade de realizar a Campanha aqui em Goiás, ao lado da Dra. Eduarda Tebet. Os dados coletados, as análises e sugestões de práticas serão descritos a seguir. Um detalhe importante dessa campanha foi a forte sensibilização política alcançada pela iniciativa, estando presentes na abertura do Evento a Ministra do Planejamento e Orçamento Dra Simone Tebet, o Exmo Governador do Estado de Goiás, Dr. Ronaldo Ramos Caiado, o Vice-Governador Daniel Vilela, Deputados Federais e Estaduais, o prefeito da Cidade de Goiás, Sr Aderson Gouveia, vereadores e lideranças comunitárias de toda região. O resultado desse alcance foi o interesse expressado pelas autoridades de viabilizar um programa Estadual permanente de rastreamento do câncer colorretal.

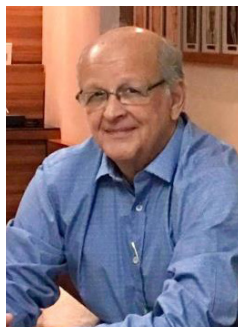
Todas as informações contidas nesse material, inclusive citações, referências e imagens, são de responsabilidade exclusiva dos autores.

VOZES QUE INSPIRAM



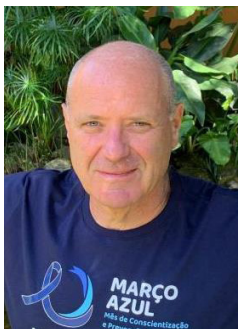
**Dra. Angelita
Habr-Gama**

Especialista em
Coloproctologia
Professora Titular e livre
docente da FM/USP
Ex-presidente da SBCP
Fundadora ABRAPRECI



Dr Ronaldo Salles

Especialista em
Coloproctologia
Ex-presidente da SBCP



Dr. Marcelo Averbach

Especialista em
Coloproctologia e
Endoscopia Digestiva
Livre-docente pela FMUSP
Fundador e Presidente da
ONG Zoé



Dr. Ricardo Anuar Dib

Especialista em
Gastroenterologia e
Endoscopia
Ex-presidente da SOBED



Dr. Eduardo de Paula Vieira

Especialista em
coloproctologia
Professor Adjunto do Dpto.
de Cirurgia da FM/UFRJ
Ex- presidente da SBCP



Dr. Antonio Lacerda Filho

Especialista em
Coloproctologia
Prof. Titular do Depto
Cirurgia da FM/UFMG
Ex presidente



Dr. Herbeth José Toledo Silva

Especialista em Cirurgia e
Endoscopia Digestiva
Ex-presidente da SOBED



Dr. Sérgio Pessoa

Especialista em
Gastroenterologia
Ex-presidente da FBG



Dr. Sylon Ribeiro de Britto Jr

Especialista em
Gastroenterologia e
Endoscopia Digestiva
Eleito Vice-presidente da
SOBED Nacional da gestão
2027/2028



Dr. Bruno Augusto Alves Martins

Membro Titular da SBCP
Professor do Serviço de
Coloproctologia da FM/UNB

**IMPACTO DA CAMPANHA
MARÇO AZUL/2025
PARA PREVENÇÃO DO
CÂNCER COLORRETAL
NA CIDADE DE GOIÁS – GO:**

**RESULTADOS
E LIÇÕES
APRENDIDAS**

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias de maior impacto na saúde pública brasileira e mundial. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que para cada ano do triênio 2023-2025, mais de 45 mil novos casos dessa doença sejam diagnosticados no Brasil, posicionando o câncer colorretal entre os tipos de câncer mais incidentes e como a segunda principal causa de morte por câncer no país (INCA, 2023). Essa estimativa é corroborada por estudos epidemiológicos que apontam para um aumento contínuo da incidência e mortalidade por CCR em países em desenvolvimento, atribuído em parte a mudanças nos padrões dietéticos e de estilo de vida ocidentalizados (FERNANDES; SILVA, 2022). Em Goiás, a situação não é diferente; a incidência do câncer colorretal segue as tendências de crescimento nacionais, representando um desafio crescente para o sistema de saúde e exigindo um foco contínuo na oferta de tratamentos eficazes e inovadores para a nossa população.

A “Campanha Março Azul 2025”, realizada na Cidade de Goiás com o apoio da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Federação Brasileira de Gastroenterologia e Órgãos governamentais municipal e do Estado de Goiás, representou um esforço crucial na luta contra o câncer colorretal. Campanhas de saúde pública são reconhecidas como ferramentas essenciais para aumentar a conscientização e a adesão a programas de rastreamento, especialmente em doenças com potencial de detecção precoce como o CCR (SILVA; OLIVEIRA, 2021). Além de oferecer uma oportunidade ímpar a população daquele município de ser devidamente rastreada, do ponto de vista epidemiológico, esta campanha fornece dados valiosos que permitirão avaliar a expansão de um programa de rastreamento populacional de forma eficaz e identificar os desafios e estratégias futuras das políticas de saúde pública para o combate dessa doença grave.

OBJETIVO

O objetivo primário da campanha foi o rastreamento e a detecção precoce do câncer colorretal (CCR) em uma população-alvo específica, pessoas com 45 a 75 anos de idade, habitantes da cidade de Goiás por meio do FIT teste, seguido por colonoscopia para aqueles que tivessem o resultado positivo. A escolha dessa faixa etária está alinhada com as recomendações atuais de diversas sociedades médicas que têm reavaliado a idade de início do rastreamento. Deve-se entretanto ressaltar que a incidência dessa neoplasia vem aumentando em indivíduos mais jovens, o que determina a necessidade de realizarmos revisões periódicas da incidência em pessoas abaixo de 50 anos e eventualmente modificar a faixa etária de entrada a ser rastreada em nosso país (GUIMARÃES et al., 2023; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020).

Os pacientes do município de Goiás e cidades adjacentes que aguardavam na fila de espera a realização de colonoscopia já previamente solicitada foram também encaminhados diretamente para a realização do exame, sem a necessidade de se realizar o FIT test.

METODOLOGIA

Foram avaliados 2 grupos distintos de pacientes nessa campanha:

Grupo “Fila de Espera”: Trata-se de uma **coorte diagnóstica**. Essas pessoas já apresentavam sintomas e, após consultas médicas prévias, foram diretamente encaminhadas para colonoscopia. Eles não passaram pelo rastreamento via FIT Test. Este grupo reflete a demanda por diagnóstico em um cenário de sistema de saúde que pode ter atrasos na oferta de exames especializados.

Grupo “FIT Test”: Esta é a coorte de rastreamento. São indivíduos que, até a campanha, não haviam procurado cuidados médicos preventivos para o câncer de intestino. Presume-se que a maioria deles fosse assintomática ou que apresentasse sintomas inespecíficos, sendo o FIT Test a primeira etapa do rastreamento populacional.

Teste imunohistoquímico para pesquisa de sangue oculto nas fezes

Para esse estudo foram utilizados os exames para pesquisa de sangue Oculto imunocromatográfico de detecção qualitativa (positivo ou negativo) de hemoglobina humana em amostra de fezes, de acordo com o princípio do método de fixação de duplo anticorpo. Ao adicionar a amostra, a mesma é absorvida por ação capilar,

se mistura com o conjugado anticorpo-corante específico da hemoglobina e flui através da membrana pré-revestida. Quando os níveis de antígeno de hemoglobina são iguais ou superiores ao valor do cut-off (limite de detecção do teste = 50ng/mL), o antígeno na amostra se liga ao conjugado anticorpo-corante e são capturados por anticorpos imobilizados na região de teste (T) do dispositivo, produzindo uma linha de teste colorida e indicando um resultado positivo. Quando os níveis de antígeno de hemoglobina são iguais a zero ou abaixo do valor do cut-off, não há nenhuma linha colorida visível na região de teste (T) do dispositivo. Uma linha colorida sempre aparecerá na área de controle (C) indicando que o teste foi realizado corretamente. Os pacientes foram orientados para que fizessem a coleta de amostra de fezes usando um recipiente limpo e seco (papel de coleta ou coletor limpo). A contaminação por água do banheiro e da urina deveria ser evitada. Uma vez coletada a amostra de fezes a haste era inserida em 6 locais diferentes da amostragem. Os testes foram realizados imediatamente após as amostras terem sido coletadas. A amostra não foi coletada durante ou dentro de três dias de um período menstrual, ou se a paciente sofre de sangramento, hemorroidas ou sangue na urina. O álcool, aspirina, ibuprofeno, dipirona, indometacina, reserpin, fenilbutazon, corticosteróides e outros medicamentos podem causar irritação gastrointestinal resultando em sangramento oculto. Com a autorização dos médicos, esses medicamentos foram interrompidos por 7 dias antes e durante o período de teste.

Sensibilidade e especificidade do teste

De acordo com o laboratório onde o teste foi produzido (§) e seu distribuidor nacional (¥) o teste utilizado apresentam as seguintes referências de efetividade:

- Sensibilidade: $173/173 = 1,00 * 100 = 100,0\%$
- Especificidade: $232/233 = 0,0,9957 * 100 = 99,57\%$

§ GUANGZHOU WONDFO BIOTECH CO., LTD.
No. 8 Lizhishan Road, Science City, Luogang District,
510663, Guangzhou, P.R. China.

¥ CEPALAB LABORATÓRIOS LTDA
CNPJ: 02.248.312/0001-44
Rua Governador Valadares, 104, Chácaras Reunidas São Vicente
São José da Lapa
MG - CEP: 33350-000
Resp. Téc.: Bárbara Thamyres Barra Gonçalves – CRBM-3: 14736
Reg. MS: 80258020128

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Apresentaremos dados de cada uma das características atribuídas com frequências e percentuais e para avaliar as diferenças entre os percentuais dos grupos iremos utilizar o *Teste Exato de Fisher*.

Para as médias atributo ordinais (Escores, Pontuações) avaliamos as diferenças entre os grupos com o *Teste não-paramétrico de Wilcoxon*.

Consideramos o nível de significância de 0.05 equivalente a uma Confiança de 95%.

Para descrever os pacientes dos grupos, apresentaremos as frequências e percentuais para as medidas atributo assim como os Intervalos de Confiança¹. Para as medidas contínuas (Idade) vamos apresentar média, desvio padrão e demais medidas resumo, além de um histograma² e boxplot³.

Para as análises, foi utilizado o software JMP® Pro versão 13 - SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 1989-2019.

RESULTADOS

Comparação características Gerais dos pacientes entre os 3 grupos

Nossa primeira análise será identificar as características entre os 3 grupos incluídos (Fila de Espera, FIT positivo de FIT Negativo). Para tanto, utilizamos somente as informações que as duas bases tinham em comum

De modo geral verificamos se as diferenças entre os grupos foram significativas utilizando o Teste Exato de *Fisher* para os percentuais das características atributo e uma *Análise de variância para um fator fixo* para as médias das idades. Para as características ordinais, utilizamos teste *não-paramétrico de Wilcoxon*. Apresentamos os o p-values, pelo qual iremos concluir que houve diferença significativa se p-value < 0,05.

1 O Intervalo de Confiança é um intervalo que contém o verdadeiro valor da medida, na população que a amostra representa, com uma probabilidade de 95%

2 Um histograma apresenta distribuição da frequência de observações ao longo da variável em estudo. Através dele podemos verificar a dispersão dos dados, bem como as faixas com maior concentração de amostras.

3 Um boxplot é construído a partir da distribuição dos valores e com ele podemos ter ideia de como os dados se distribuem. Para construí-lo dividimos os valores em quatro grupos (quartis) com o mesmo número de amostras e utilizamos estes valores no gráfico. O segundo quartil é igual à mediana, ou seja, é o valor que divide os dados em dois grupos com a mesma quantidade de valores.

A caixa desenhada inicia-se no 1º quartil e termina no 3º e contém 50% dos dados mais centrais. O risco no meio da caixa é a mediana. Pontos marcados com círculo ou asterisco são valores que podem ser considerados como sendo extremos.

Um comentário válido é destacar que a grande quantidade de pacientes no FIT Test Negativo faz com que pequenas diferenças entre os grupos sejam identificadas como significativas.

Pelos resultados 9 (Gráfico 1 e Tabela 1) podemos afirmar que:

Gênero: notamos um percentual maior de Mulheres no grupo Fila de Espera (70,5%) em comparação aos demais grupos, sendo a diferença entre eles significativa (p-value = 0.0004)

Hipertensão: notamos uma certa diferença entre os grupos com o Fit Test Negativo com um menor percentual, mas a diferença entre eles não foi significativa (p-value = 0.2765)

Diabetes: notamos uma certa diferença entre os grupos com o Fit Test Negativo com um menor percentual, mas a diferença entre eles não foi significativa (p-value = 0.2765)

Doença Coronariana: notamos uma certa diferença entre os grupos com o Fila de Espera com um percentual um pouco maior, mas a diferença entre eles não foi significativa (p-value = 0.1488)

Fezes Afiladas: notamos um percentual menor no grupo Fit Test Negativo (10.9%), sendo a diferença entre eles significativa (p-value < 0,0001)

Cirurgia Prévia: notamos um percentual maior no grupo Fit Test Negativo (48.5%), sendo a diferença entre eles significativa (p-value < 0,0001)

Colonoscopia ou sigmoidoscopia anterior: notamos um percentual menor no grupo Fit Test Negativo (9.7%), sendo a diferença entre eles significativa (p-value < 0,0001)

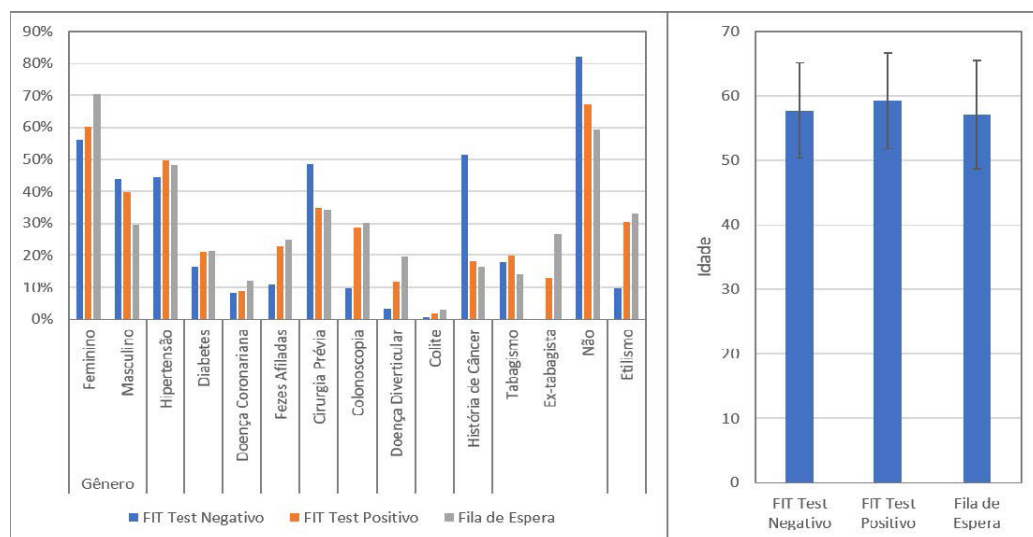
Doença Diverticular: notamos um percentual menor no grupo Fit Test Negativo (3.4%), seguido do Fit Test Positivo com 11.9% e Fila de espera com o maior (19.7%). A diferença entre eles foi significativa (p-value < 0,0001)

Tabagismo: notamos um percentual maior de Não tabagistas no grupo Fit Test Negativo (81.9%), sendo a diferença entre eles significativa (p-value < 0,0001)

Etilismo: notamos um percentual menor no grupo Fit Test Negativo (9.9%), sendo a diferença entre eles significativa (p-value < 0,0001)

Idade no exame: observamos certa diferença entre as médias dos grupos com Fila de espera com 57.1 anos, Fit Test Negativo com 57.8 anos e Fit Test Positivo com 59.3 anos. A diferença entre os grupos foi significativa (p-value = 0.0016)

Gráfico 1 – Percentuais e Médias ± Desvio padrão para as características entre os grupos



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela 1 – Percentuais e Médias ± Desvio padrão para as características entre os grupos

Características	Nível	FIT Negativo	FIT Positivo	Fila de Espera	P-value
Gênero	Feminino	631 (56,3%)	120 (60,3%)	155 (70,5%)	0,0004
	Masculino	489 (43,7%)	79 (39,7%)	65 (29,5%)	
Hipertensão	Sim	497 (44,5%)	99 (49,7%)	106 (48,2%)	0,2765
	Não	621 (55,5%)	100 (50,3%)	114 (51,8%)	
Diabetes	Sim	185 (16,5%)	42 (21,1%)	47 (21,4%)	0,0919
	Não	936 (83,5%)	157 (78,9%)	173 (78,6%)	
Doença Coronariana	Sim	90 (8,2%)	18 (9,0%)	27 (12,3%)	0,1488
	Não	1011 (91,8%)	181 (91,0%)	193 (87,7%)	
Fezes Afiadas	Sim	120 (10,9%)	19 (22,9%)	30 (25,0%)	<,0001
	Não	981 (89,1%)	64 (77,1%)	90 (75,0%)	
Cirurgia Prévia	Sim	536 (48,5%)	69 (34,8%)	75 (34,1%)	<,0001
	Não	570 (51,5%)	129 (65,2%)	145 (65,9%)	
Colonoscopia anterior	Sim	80 (9,7%)	50 (28,6%)	66 (30,1%)	<,0001
	Não	746 (90,3%)	125 (71,4%)	153 (69,9%)	
Doença Diverticular	Sim	37 (3,4%)	7 (11,9%)	13 (19,7%)	<,0001
	Não	1063 (96,6%)	52 (88,1%)	53 (80,3%)	
Colite	Sim	8 (0,7%)	1 (1,7%)	2 (3,0%)	0,0938
	Não	1088 (99,3%)	58 (98,3%)	64 (97,0%)	
História de Câncer na Família	Sim	545 (51,6%)	32 (18,2%)	36 (16,5%)	<,0001
	Não	512 (48,4%)	144 (81,8%)	182 (83,5%)	
Tabagismo	Sim	199 (18,1%)	35 (19,8%)	31 (14,1%)	<,0001
	Ex-tabagista	0 (0,0%)	23 (13,0%)	59 (26,8%)	
Etilismo	Sim	903 (81,9%)	119 (67,2%)	130 (59,1%)	<,0001
	Não	108 (9,9%)	54 (30,5%)	73 (33,2%)	
Idade	Sim	988 (90,1%)	123 (69,5%)	147 (66,8%)	<,0001
	Não	108 (9,9%)	54 (30,5%)	73 (33,2%)	
Idade		57,8 ± 7,4	59,3 ± 7,4	57,1 ± 8,4	0,0106

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

ANÁLISE DO GRUPO “FIT TEST” (COORTE DE RASTREAMENTO)

O FIT Test é amplamente reconhecido como uma ferramenta eficaz e não invasiva para rastreamento de CCR, com boa sensibilidade para detectar sangue oculto nas fezes, indicativo de lesões colorretais (NASCIMENTO et al., 2019).

Esse exame foi oferecido à população alvo que representava aproximadamente 9.300 pessoas no município de Goiás (faixa populacional entre 45 e 75 anos de idade). Agentes comunitários das unidades básicas de saúde foram orientados a passar informações sobre o câncer de intestino e a forma de prevenir seu surgimento a população usuária do SUS que eram assistidas por eles, reforçando a importância de rastrear uma doença grave e silenciosa, ou seja, que não apresenta quase nenhum sintoma na sua fase precoce, justamente quando o tratamento oferece altas taxas de cura. Além disso, foram feitas entrevistas em rádios da cidade sobre o tema, conclamando a população a participar da campanha, assim como atividades de panfletagem no centro da cidade de Goiás, com carros de som que rodaram todos os bairros da cidade alertando para a campanha e palestras sobre esse tema foram realizadas em igrejas e empresas com grande número de funcionários. Todo esse trabalho de divulgação iniciou-se 2 meses e meio antes da semana na qual se realizaram as colonoscopias dos pacientes que eventualmente fossem encaminhados para realização desse exame (pacientes FIT teste positivos).

O total de 1385 FIT testes foram realizados (14,9% do público alvo), sendo:

- **FIT Negativo:** 1158 casos
- **FIT Positivo:** 227 casos (16,3%)

A taxa de positividade de 16,3% é um dado epidemiológico relevante. Em programas de rastreamento populacional, uma taxa de positividade como essa indica que um número considerável de pessoas, submetidas ao FIT test, necessitará de investigação adicional (colonoscopia). Esta taxa está em uma faixa que, embora ligeiramente superior à média observada em alguns programas de rastreamento organizados que frequentemente reportam taxas entre 5% e 15% (REIS; SOUZA, 2020), não é incomum, especialmente em populações com acesso prévio limitado a rastreamento ou com maior prevalência de fatores de risco. Estudos demonstram que a taxa de positividade do FIT pode variar amplamente dependendo do ponto de corte utilizado, da prevalência da doença na população e da adesão ao exame (FERREIRA et al., 2018).

DESCRITIVA GERAL GRUPO FIT TEST NEGATIVO

Na **Tabela 2 e Gráfico 2** apresentamos as frequências e percentuais das características do tipo atributo. Pelos resultados temos que:

- **Gênero:** tivemos um percentual um pouco maior para o grupo feminino, com 56,4% dos pacientes

- **Hipertensão:** observamos um percentual de 44,4% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 41,6% a 47,3%

- **Diabetes:** observamos um percentual de 16,6% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 14,5% a 18,9%

- **Doença Coronariana:** observamos um percentual de 8,1% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 6,6% a 9,8%

- **AVC:** observamos um percentual de 2,9% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 2,0% a 4,0%

- **Neoplasias:** observamos um percentual de 3,1% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 2,3% a 4,3%

- **Constipação:** observamos um percentual de 14,9% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 13,0% a 17,1%

- **Fezes Afiladas:** observamos um percentual de 10,9% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 9,2% a 12,8%

- **Cirurgia:** observamos um percentual de 48,5% dos pacientes com a

característica, com o IC esperado da população sendo de 45,6% a 51,5%

- **Colostomia / Ileostomia:** observamos um percentual de 3,4% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 2,5% a 4,6%

- **Uso de Anticoagulantes:** observamos um percentual de 4,0% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 3,0% a 5,4%

- **Sangue nas fezes:** observamos um percentual de 6,5% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 5,2% a 8,1%

- **Diarreia:** observamos um percentual de 7,1% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 5,7% a 8,8%

- **Doença Diverticular:** observamos um percentual de 3,6% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 2,7% a 4,9%

- **Colite:** observamos um percentual de 0,7% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 0,4% a 1,4%

- **Etilismo:** observamos um percentual de 9,7% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 8,1% a 11,6%

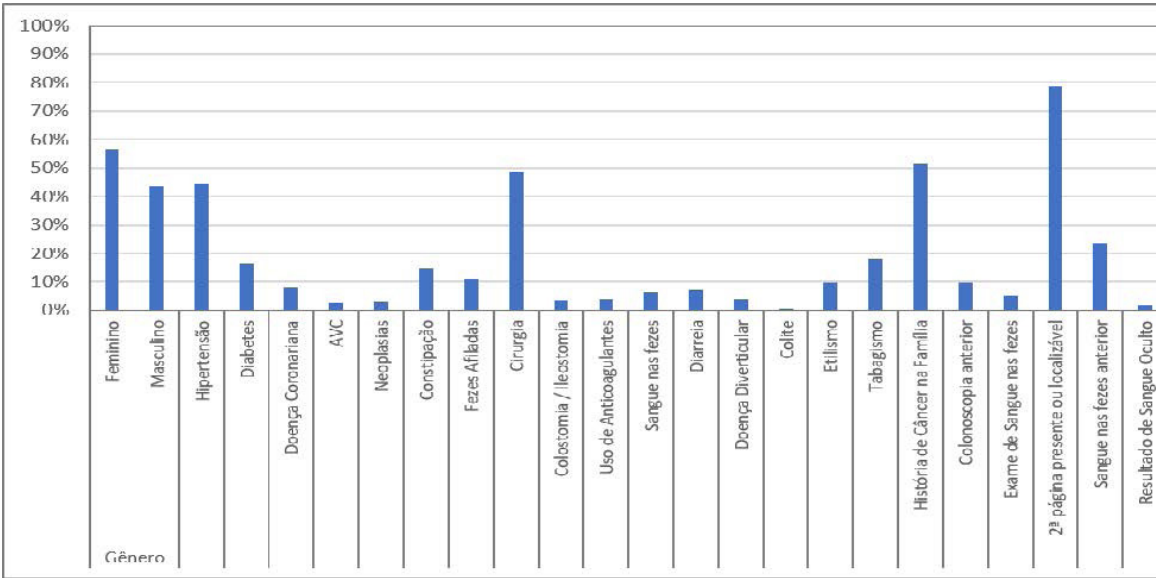
- **Tabagismo:** observamos um percentual de 17,9% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 15,7% a 20,2%

- **História de Câncer na Família:** observamos um percentual de 51,6% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 48,6% a 54,6%
- **Colonoscopia/sigmoidoscopia anterior:** observamos um percentual de 9,9% dos pacientes com a característica, com o IC esperado da população sendo de 8,1% a 12,1%
- **Idade no Exame:** a média foi de 57.8 anos com desvio padrão de 7.4 anos. Apesar da idade ter variado entre 31,8 anos e 76,7 anos, notamos pelo histograma poucos pacientes abaixo de 45 anos e acima de 70 anos (tabela 3 e Gráfico 3)

Tabela 2 – Frequências e percentuais para as características demográficas dos pacientes

Característica	Nível	N	%	IC 95%
Gênero	Feminino	639	56,4%	53,5% ; 59,3%
	Masculino	493	43,6%	40,7% ; 46,5%
Hipertensão	Sim	502	44,4%	41,6% ; 47,3%
	Não	628	55,6%	52,7% ; 58,4%
Diabetes	Sim	188	16,6%	14,5% ; 18,9%
	Não	945	83,4%	81,1% ; 85,5%
Doença Coronariana	Sim	90	8,1%	6,6% ; 9,8%
	Não	1023	91,9%	90,2% ; 93,4%
AVC	Sim	32	2,9%	2,0% ; 4,0%
	Não	1088	97,1%	96,0% ; 98,0%
Neoplasias	Sim	35	3,1%	2,3% ; 4,3%
	Não	1077	96,9%	95,7% ; 97,7%
Constipação	Sim	167	14,9%	13,0% ; 17,1%
	Não	951	85,1%	82,9% ; 87,0%
Fezes Afiladas	Sim	121	10,9%	9,2% ; 12,8%
	Não	992	89,1%	87,2% ; 90,8%
Cirurgia	Sim	542	48,5%	45,6% ; 51,5%
	Não	575	51,5%	48,5% ; 54,4%
Colostomia / Ileostomia	Sim	38	3,4%	2,5% ; 4,6%
	Não	1076	96,6%	95,4% ; 97,5%
Uso de Anticoagulantes	Sim	45	4,0%	3,0% ; 5,4%
	Não	1070	96,0%	94,6% ; 97,0%
Sangue nas fezes	Sim	73	6,5%	5,2% ; 8,1%
	Não	1044	93,5%	91,9% ; 94,8%
Diarreia	Sim	79	7,1%	5,7% ; 8,8%
	Não	1032	92,9%	91,2% ; 94,3%
Doença Diverticular	Sim	40	3,6%	2,7% ; 4,9%
	Não	1072	96,4%	95,1% ; 97,3%
Colite	Sim	8	0,7%	0,4% ; 1,4%
	Não	1100	99,3%	98,6% ; 99,6%
Etilismo	Sim	108	9,7%	8,1% ; 11,6%
	Não	1000	90,3%	88,4% ; 91,9%
Tabagismo	Sim	199	17,9%	15,7% ; 20,2%
	Não	915	82,1%	79,8% ; 84,3%
História de Câncer na Família	Sim	552	51,6%	48,6% ; 54,6%
	Não	517	48,4%	45,4% ; 51,4%
Colonoscopia/sigmoidoscopia anterior	Sim	83	9,9%	8,1% ; 12,1%
	Não	753	90,1%	87,9% ; 91,9%
Pesquisa de sangue nas fezes anterior	Sim	42	5,0%	3,7% ; 6,7%
	Não	792	95,0%	93,3% ; 96,3%
Resultado sangue nas fezes anterior	Positivo	8	23,5%	12,4% ; 40,0%
	Negativo	26	76,5%	60,0% ; 87,6%

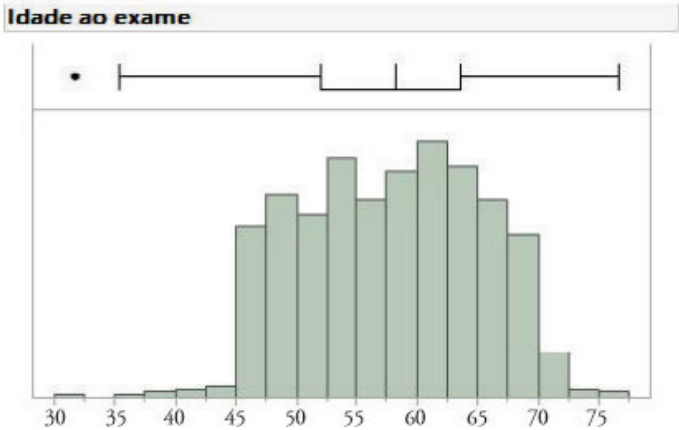
Gráfico 2 – Percentuais para as características dos pacientes no Grupo



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela e Gráfico 3 – Medidas resumo e Histograma Box-plot para Idades no dia do exame

Medidas	Idade no Exame
Média	57,8
Desvio Padrão	7,4
Mínimo	31,8
Q1	52,0
Mediana	58,2
Q3	63,7
Máximo	76,7



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

ANÁLISE DO GRUPO “FILA DE ESPERA” (COORTE DIAGNÓSTICA)

Este grupo, com 220 pessoas, representa uma demanda de saúde já estabelecida, onde os sintomas já haviam levado a uma consulta médica e indicação de colonoscopia.

- **Colonoscopias Realizadas:** 215 exames completados e 5 incompletos (total de 220).
- **Relevância Epidemiológica:** A identificação de lesões e cânceres nesta coorte serve para quantificar a carga de doença sintomática na população e destacar a necessidade de um acesso rápido e eficiente ao diagnóstico para aqueles com indicação clínica. A existência de uma “fila de espera” para colonoscopias é um desafio comum em sistemas de saúde públicos, o que pode levar a atrasos diagnósticos e a uma progressão da doença, com consequente piora do prognóstico (PINHEIRO et al., 2019).

DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO GRUPOS FIT TEST POSITIVO E FILA DE ESPERA

Preparo e Sintomas

Na **Tabela 4 e Gráfico 4** apresentamos as medidas resumo para as características. Para os sintomas, consideramos somente os pacientes que tiveram algum sintoma. Pelos resultados podemos afirmar que:

- **Qualidade do preparo:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor de Bom ou Excelente, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1920$)
- **Sintomas:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (43,0% contra 54,5%), sendo a diferença entre os grupos significativa ($p\text{-value} = 0,0305$)
- **Alteração do hábito intestinal:** percebemos valores quase idênticos entre os grupos (70,4% contra 70,0%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 1,0000$)
- **Sangramento:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (33,8% contra 35,0%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 1,0000$)

- **Mucorreia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (16,9% contra 11,7%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,3830)
- **Fezes afiladas:** percebemos os resultados muito próximos nos grupos (25,4% contra 25,0%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 1,0000)
- **Perda de peso:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (16,9% contra 20,8%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,5729)
- **Dor abdominal há mais de 3 meses:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (0,0% contra 6,7%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0267)

Antecedentes e Hábitos

Na **Tabela 5 e Gráfico 5** apresentamos as medidas resumo para as características. Para os tipos de achados, consideramos somente os pacientes que fizeram colonoscopia.

Pelos resultados podemos afirmar que:

- **História Familiar de Câncer de Intestino:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (15,2% contra 16,5%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,7791)
- **Colonoscopia Prévia:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (28,5% contra 30,1%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,7359)
- **Teve alterações:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (46,8% contra 37,9%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,4389)
- **Divertículos:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (8,5% contra 19,7%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,1170)
- **Pólipos:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (46,8% contra 34,8%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,2435)
- **Colite:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (2,1% contra 3,0%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 1,0000)
- **Câncer Colorretal:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test

Positivo com um percentual menor (2,1% contra 3,0%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 1,0000)

- **Não soube informar:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (2,1% contra 10,6%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,1365)

- **Tabagismo:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior de Não (64,8% contra 59,1%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0044)

- **Atividade Física:** percebemos poucas diferenças entre os grupos, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,5372)

- **Ingestão de álcool:** percebemos poucas diferenças entre os grupos, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,5927)

Comorbidades

Na **Tabela 6 e Gráfico 6** apresentamos as medidas resumo para as características.

Pelos resultados podemos afirmar que:

- **Comorbidades Crônicas:** percebemos diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (85,0% contra 72,7%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0036)

- **Hipertensão:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (50,3% contra 48,2%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,6916)

- **Diabetes:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (20,9% contra 21,4%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 1,0000)

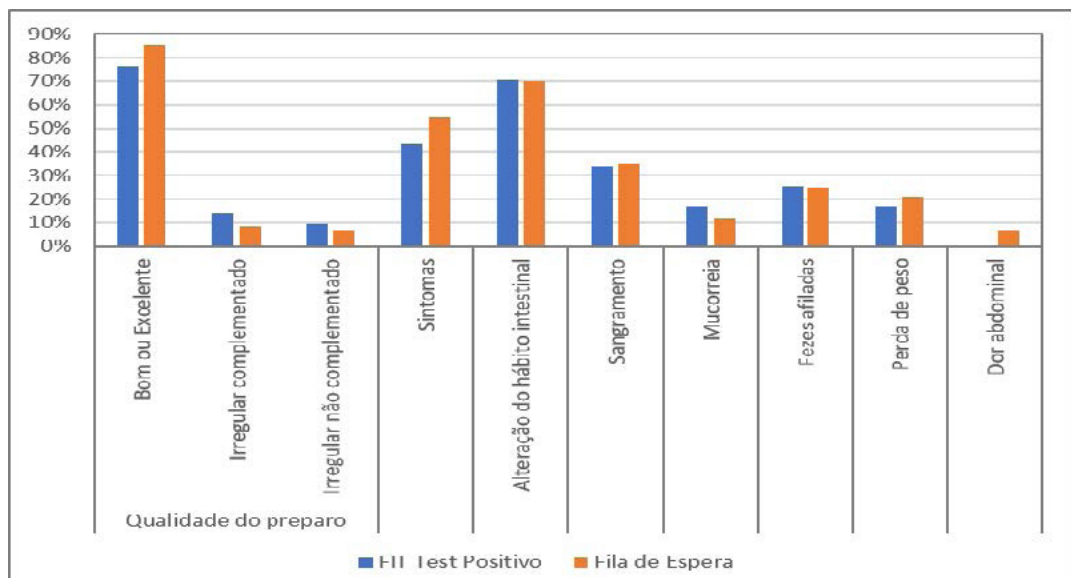
- **Hipotireoidismo:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (11,2% contra 12,3%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,7606)

- **Cardiopatia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (9,6% contra 12,3%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,4309)

- **Nefropatia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (7,0% contra 5,5%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,5422)

- **Pneumopatia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (2,7% contra 5,9%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,1476)
- **Outros:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (25,1% contra 25,9%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,9094)

Gráfico 4 – Percentuais para as características entre os grupos - Sintomas



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela 4 – Percentuais para as características entre os grupos - Sintomas

Característica	Nível	Grupo		P-value
		FIT Test Positivo	Fila de Espera	
Qualidade do preparo	Bom ou Excelente	98 (76,6%)	126 (85,1%)	0,1920
	Irregular complementado	18 (14,1%)	12 (8,1%)	
	Irregular não complementado	12 (9,4%)	10 (6,8%)	
Sintomas	Sim	71 (43,0%)	120 (54,5%)	0,0305
	Não	94 (57,0%)	100 (45,5%)	
Alteração do hábito intestinal	Sim	50 (70,4%)	84 (70,0%)	1,0000
	Não	21 (29,6%)	36 (30,0%)	
Sangramento	Sim	24 (33,8%)	42 (35,0%)	1,0000
	Não	47 (66,2%)	78 (65,0%)	
Mucorreia	Sim	12 (16,9%)	14 (11,7%)	0,3830
	Não	59 (83,1%)	106 (88,3%)	
Fezes afiladas	Sim	18 (25,4%)	30 (25,0%)	1,0000
	Não	53 (74,6%)	90 (75,0%)	
Perda de peso	Sim	12 (16,9%)	25 (20,8%)	0,5729
	Não	59 (83,1%)	95 (79,2%)	
Dor abdominal	Sim	0 (0,0%)	8 (6,7%)	0,0267
	Não	71 (100,0%)	112 (93,3%)	

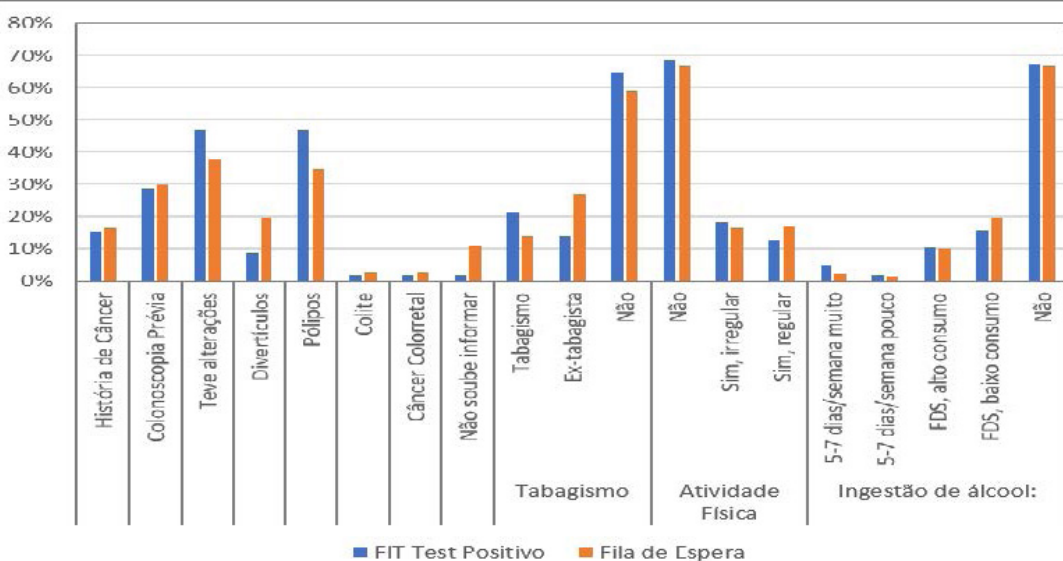
Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela 5 – Percentuais para as características entre os grupos: Antecedentes e Hábitos

Característica	Nível	FIT Positivo	Fila de Espera	p-value
História Familiar de Câncer de Intestino	Sim	25 (15,2%)	36 (16,5%)	0,7791
	Não	139 (84,8%)	182 (83,5%)	
Colonoscopia Prévia	Sim	47 (28,5%)	66 (30,1%)	0,7359
	Não	118 (71,5%)	153 (69,9%)	
Teve alterações	Sim	22 (46,8%)	25 (37,9%)	0,4389
	Não	25 (53,2%)	41 (62,1%)	
Divertículos	Sim	4 (8,5%)	13 (19,7%)	0,1170
	Não	43 (91,5%)	53 (80,3%)	
Pólipos	Sim	22 (46,8%)	23 (34,8%)	0,2435
	Não	25 (53,2%)	43 (65,2%)	
Colite	Sim	1 (2,1%)	2 (3,0%)	1,0000
	Não	46 (97,9%)	64 (97,0%)	
Câncer Colorretal	Sim	1 (2,1%)	2 (3,0%)	1,0000
	Não	46 (97,9%)	64 (97,0%)	
Não soube informar	Sim	1 (2,1%)	7 (10,6%)	0,1365
	Não	46 (97,9%)	59 (89,4%)	
Tabagismo	Sim	35 (21,2%)	31 (14,1%)	0,0044
	Ex-tabagista	23 (13,9%)	59 (26,8%)	
	Não	107 (64,8%)	130 (59,1%)	
Atividade Física	Não	113 (68,9%)	147 (66,8%)	0,5372
	Sim, irregular	30 (18,3%)	36 (16,4%)	
	Sim, regular	21 (12,8%)	37 (16,8%)	
Ingestão de álcool:	5-7 dias/semana muito	8 (4,8%)	5 (2,3%)	0,5927
	5-7 dias/semana pouco	3 (1,8%)	3 (1,4%)	
	Fim de semana, alto consumo	17 (10,3%)	22 (10,0%)	
	Fim de semana, baixo consumo	26 (15,8%)	43 (19,5%)	
	Não	111 (67,3%)	147 (66,8%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 5 – Percentuais para as características entre os grupos – Antecedentes e Hábitos



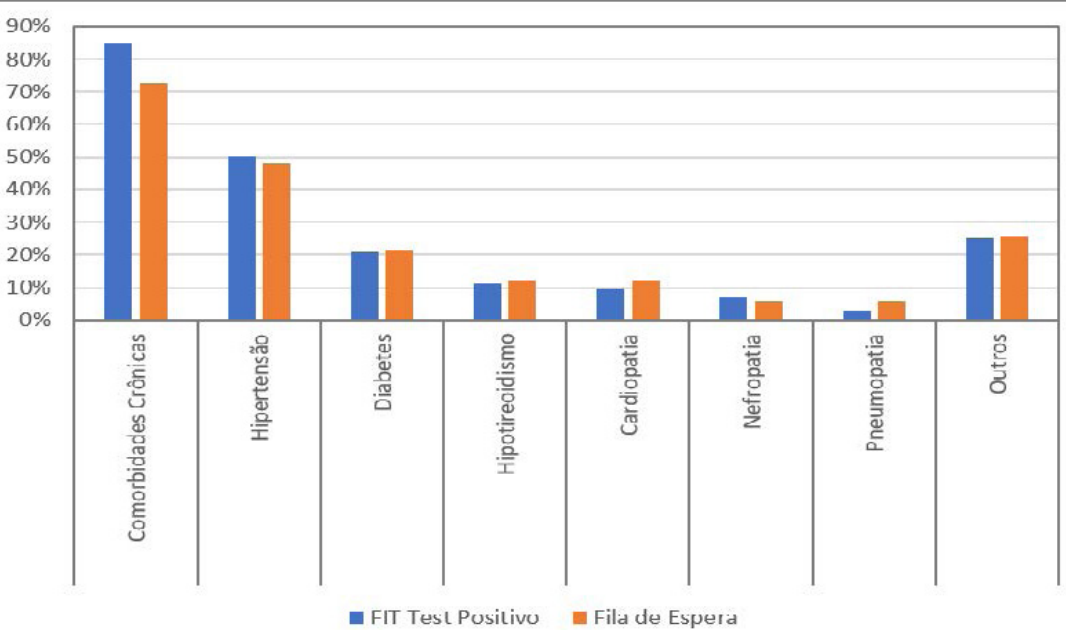
Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela 6 – Percentuais para as características entre os grupos - Comorbidades

Característica	Nível	Grupo		P-value
		FIT Test Positivo	Fila de Espera	
Comorbidades Crônicas	Sim	159 (85,0%)	160 (72,7%)	0,0036
	Não	28 (15,0%)	60 (27,3%)	
Hipertensão	Sim	94 (50,3%)	106 (48,2%)	0,6916
	Não	93 (49,7%)	114 (51,8%)	
Diabetes	Sim	39 (20,9%)	47 (21,4%)	1,0000
	Não	148 (79,1%)	173 (78,6%)	
Hipotireoidismo	Sim	21 (11,2%)	27 (12,3%)	0,7606
	Não	166 (88,8%)	193 (87,7%)	
Cardiopatia	Sim	18 (9,6%)	27 (12,3%)	0,4309
	Não	169 (90,4%)	193 (87,7%)	
Nefropatia	Sim	13 (7,0%)	12 (5,5%)	0,5422
	Não	174 (93,0%)	208 (94,5%)	
Pneumopatia	Sim	5 (2,7%)	13 (5,9%)	0,1476
	Não	182 (97,3%)	207 (94,1%)	
Outros	Sim	47 (25,1%)	57 (25,9%)	0,9094
	Não	140 (74,9%)	163 (74,1%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 6 – Percentuais para as características entre os grupos – Comorbidades



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

CIRURGIAS PRÉVIAS

Na **Tabela 7** e **Gráfico 7** apresentamos as medidas resumo para as características. Para os tipos de cirurgias, consideramos somente os pacientes que fizeram alguma.

Pelos resultados podemos afirmar que:

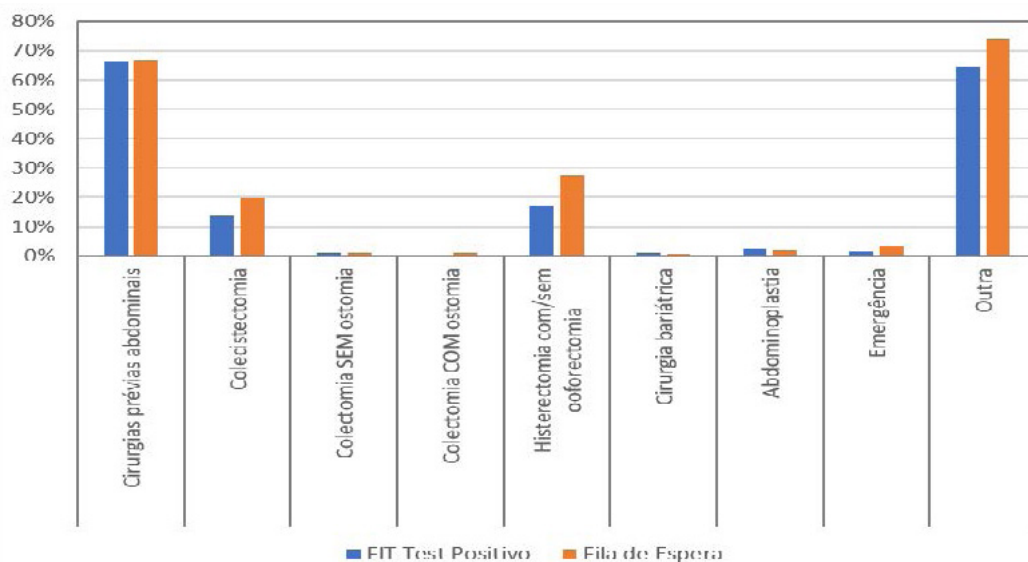
- **Cirurgias prévias abdominais:** percebemos pouca diferença entre os grupos (66.3% contra 66.4%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 1,0000)
- **Colecistectomia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (13,7% contra 19,9%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1970)
- **Colectomia SEM ostomia:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (0,8% contra 1,4%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 1,0000)
- **Colectomia COM ostomia:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (0,0% contra 1,4%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,5015)
- **Histerectomia com/sem ooforectomia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (16,9% contra 27,4%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0424)
- **Cirurgia bariátrica:** percebemos pouca diferença entre os grupos (0,8% contra 0,7%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 1,0000)
- **Abdominoplastia:** percebemos pouca diferença entre os grupos (2,4% contra 2,1%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 1,0000)
- **Emergência:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (1,6% contra 3,4%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,4581)
- **Outra:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (64,5% contra 74,0%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1111)

Tabela 7 – Percentuais para as características entre os grupos - Cirurgias Prévias

Característica	Nível	Grupo		P-value
		FIT Test Positivo	Fila de Espera	
Cirurgias prévias abdominais	Sim	124 (66,3%)	146 (66,4%)	1,0000
	Não	63 (33,7%)	74 (33,6%)	
Colecistectomia	Sim	17 (13,7%)	29 (19,9%)	0,1970
	Não	107 (86,3%)	117 (80,1%)	
Colectomia SEM ostomia	Sim	1 (0,8%)	2 (1,4%)	1,0000
	Não	123 (99,2%)	144 (98,6%)	
Colectomia COM ostomia	Sim	0 (0,0%)	2 (1,4%)	0,5015
	Não	124 (100,0%)	144 (98,6%)	
Histerectomia com/sem ooforectomia	Sim	21 (16,9%)	40 (27,4%)	0,0424
	Não	103 (83,1%)	106 (72,6%)	
Cirurgia bariátrica	Sim	1 (0,8%)	1 (0,7%)	1,0000
	Não	123 (99,2%)	145 (99,3%)	
Abdominoplastia	Sim	3 (2,4%)	3 (2,1%)	1,0000
	Não	121 (97,6%)	143 (97,9%)	
Emergência	Sim	2 (1,6%)	5 (3,4%)	0,4581
	Não	122 (98,4%)	141 (96,6%)	
Outra	Sim	80 (64,5%)	108 (74,0%)	0,1111
	Não	44 (35,5%)	38 (26,0%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 7 – Percentuais para as características entre os grupos – Cirurgias Prévias



COLONOSCOPIAS

Na **Tabela 8** e **Gráfico 8** apresentamos as medidas resumo para as características. Pelos resultados podemos afirmar que:

- **Cólon descendente (esquerdo):** percebemos pouca diferença entre os grupos, sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,2945)
- **Cólon transverso:** percebemos pouca diferença entre os grupos, sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1446)
- **Cólon ascendente (direito):** percebemos pouca diferença entre os grupos, sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,4645)
- **Classificação de Boston:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual ligeiramente menor de notas abaixo de 5 (7.1% contra 10.0%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,8410)
- **Houve complicações relacionadas ao preparo, intubação do cólon ou procedimento:** tivemos somente 8 casos de complicações, sendo 3 no Fit test positivo (1.7%) e 5 no Fila de Espera (2.4%). A diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,7318)
 - Náusea e Vômito: 2 casos no Fila de Espera
 - Desidratação: 2 casos no Fila de Espera
 - Hipoventilação: 2 casos, um em cada grupo
 - Dor ou distensão abdominal: 1 caso no Fila de Espera
 - Diarreia intensa: 1 caso no Fila de Espera
 - Hipotensão: 1 caso no Fila de Espera
 - Tontura e confusão: 1 caso no Fit Test Positivo
 - Convulsões: 1 caso no Fit Test Positivo
 - Hipóxia: 1 caso no Fit Test Positivo
- **Alcançou o ceco/íleo:** o percentual de alcançados foi praticamente igual nos dois grupos (97,8% contra 97,7%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 1,0000). Houve somente 9 casos não alcançados (4 no Fit test Positivo e 5 no Fila de espera)
 - Alcançou até: No grupo Fit test positivo, tivemos 2 casos até Ângulo esplênico, 1 até o hepático e 1 até o Sigmóide e no grupo Fila de espera, tivemos 1 caso até Ângulo esplênico, 1 até o hepático e 2 até o Sigmóide (1 caso sem informação)
 - Motivo do exame incompleto: A qualidade do preparo foi a mais comum. Houve somente 1 caso de perfuração, esse no grupo Fila de Espera.

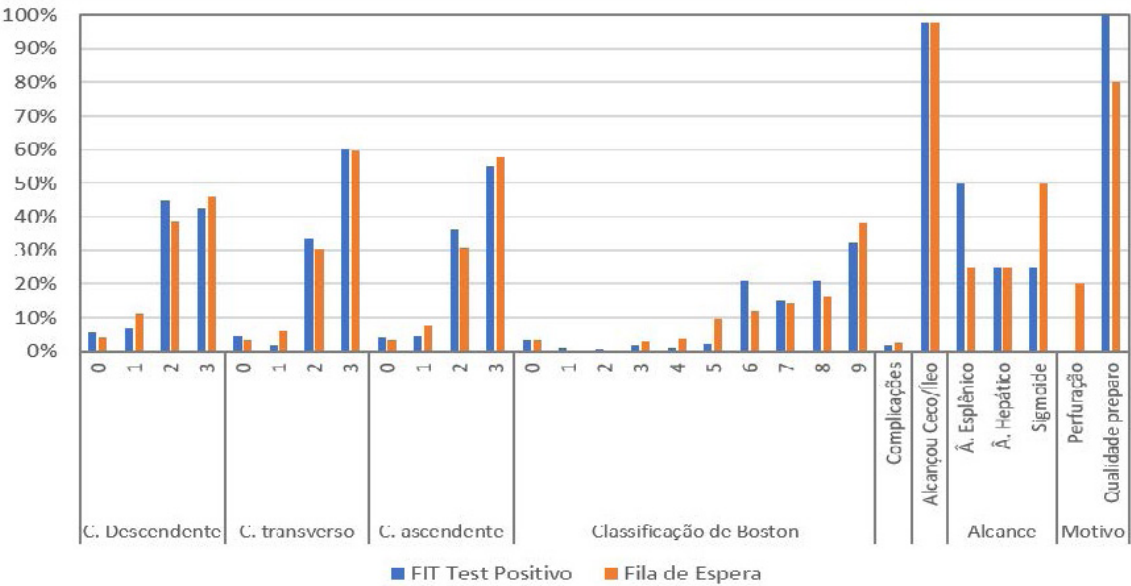
Tabela 8 – Percentuais para as características entre os grupos - Colonoscopias

Característica	Nível	FIT Positivo	Fila de Espera	P-value
Cólon descendente (esquerdo)	0	10 (5,7%)	9 (4,3%)	0,2945
	1	12 (6,8%)	24 (11,4%)	
	2	79 (44,9%)	81 (38,6%)	
	3	75 (42,6%)	96 (45,7%)	
Cólon transverso	0	8 (4,5%)	7 (3,3%)	0,1446
	1	3 (1,7%)	13 (6,2%)	
	2	59 (33,5%)	64 (30,6%)	
	3	106 (60,2%)	125 (59,8%)	
Cólon ascendente (direito)	0	7 (4,0%)	7 (3,3%)	0,4645
	1	8 (4,5%)	16 (7,6%)	
	2	64 (36,4%)	65 (31,0%)	
	3	97 (55,1%)	122 (58,1%)	
Classificação de Boston	0	6 (3,4%)	7 (3,3%)	0,8410
	1	2 (1,1%)	0 (0,0%)	
	2	1 (0,6%)	0 (0,0%)	
	3	3 (1,7%)	6 (2,9%)	
	4	2 (1,1%)	8 (3,8%)	
	5	4 (2,3%)	20 (9,5%)	
	6	37 (21,0%)	25 (11,9%)	
	7	27 (15,3%)	30 (14,3%)	
	8	37 (21,0%)	34 (16,2%)	
	9	57 (32,4%)	80 (38,1%)	
Complicações relacionadas ao preparo	Sim	3 (1,7%)	5 (2,4%)	0,7318
	Não	173 (98,3%)	204 (97,6%)	
Alcançou o ceco/íleo	Sim	176 (97,8%)	212 (97,7%)	1,0000
	Não	4 (2,2%)	5 (2,3%)	
Alcançou até	Ângulo esplênico	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1,0000
	Ângulo hepático	1 (25,0%)	1 (25,0%)	
	Sigmoide	1 (25,0%)	2 (50,0%)	
Motivo do exame incompleto	Perfuração	0 (0,0%)	1 (20,0%)	1,0000
	Qualidade do preparo	4 (100,0%)	4 (80,0%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Complicações no Exame: As complicações gerais (2,30%), sendo 0,6% graves estão dentro de uma faixa esperada para procedimentos de colonoscopia em programas de rastreamento, que tipicamente variam entre 0,1% a 0,5% para eventos graves como perfuração e sangramento (AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, 2020; ABREU et al., 2021). A ocorrência de “perfuração intestinal (um caso)” e outras complicações como convulsões e hipoventilação são preocupantes, e a vigilância contínua é essencial para garantir a segurança do paciente e otimizar os protocolos. Do ponto de vista epidemiológico, é crucial monitorar estas taxas para identificar tendências e áreas de melhoria na execução do exame.

Gráfico 8 – Percentuais para as características entre os grupos – Colonoscopias



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Análise das Colonoscopias Realizadas

Total de Colonoscopias: 436 exames endoscópicos foram realizados; 15 foram excluídos da análise devido a inconsistência de dados (resultado do exame desconhecido ou na verdade exames não realizados). A taxa de exames incompletos (9 em 421, ou seja, aproximadamente 2,13% para os grupos FIT(+) e FILA DE ESPERA juntos) foi considerada relativamente baixa - vide Tabela 9. Este índice está em conformidade com os padrões de qualidade de colonoscopia que recomendam taxas de intubação cecal (exame completo) acima de 90-95%, demonstrando uma boa qualidade técnica da realização dos exames na campanha (BRASIL, 2018; COSTA; MARQUES, 2020).

Tabela 9 - Colonoscopias para os grupos FIT(+) e Fila de Espera.

	Exame completo	Exame incompleto	Total	Dados incompletos
FIT(+)	185	4	189	7
FILA DE ESPERA	215	5	220	3
Não sabemos qual grupo	12	0	12	5
Total	412	9	421	15

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Pólipos

Na **Tabela 10** e **Gráfico 9** apresentamos os resultados gerais obtidos. Pelos resultados podemos afirmar que:

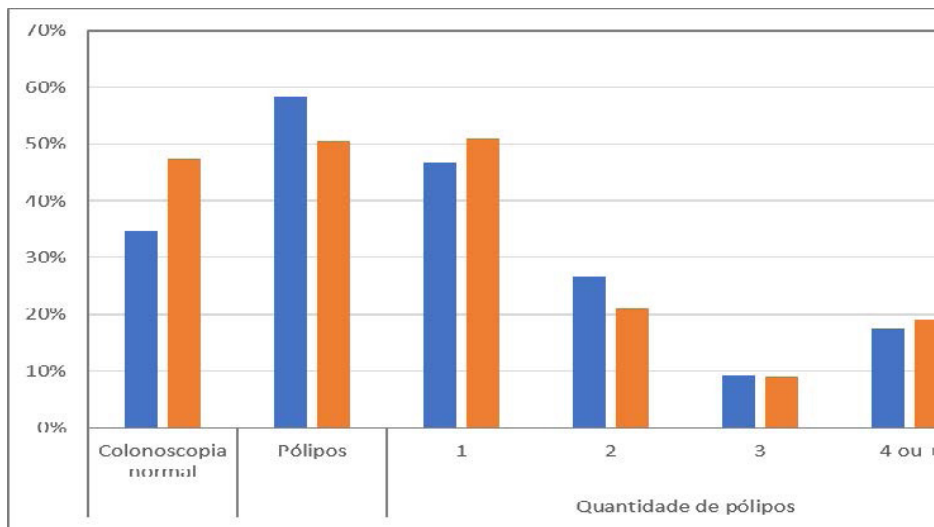
- **Colonoscopia normal:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (65,2% contra 52,7%) de colonoscopias não normais, sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0117)
- **Pólipos:** tivemos um total de 220 pacientes com Pólipos. Percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (58,3% contra 50,5%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1344)
- **Quantidade de pólipos:**
 - Tivemos um total de 493 pólipos nos 220 pacientes.
 - Percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor de 1 pólio (46,8% contra 50,9%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,7812)
 - Na Tabela 11 e Gráfico 10 apresentamos as medidas resumo e um Histograma/Boxplot para a quantidade de pólipos por pacientes e temos que: a média foi de 2.2 pólipos com desvio padrão de 1.9, variando até 13 pólipos num paciente. Notamos a maior concentração em 1 pólio, seguido de 2 pólipos. De 3 até 6 pólipos as quantidades não variaram muito e temos somente 5 pacientes acima disso.

Tabela 10 – Percentuais para as características entre os grupos - Pólipos

Característica	Nível	Grupo		P-value
		FIT Test Positivo	Fila de Espera	
Colonoscopia normal	Sim	65 (34,8%)	104 (47,3%)	0,0117
	Não	122 (65,2%)	116 (52,7%)	
Pólipos	Sim	109 (58,3%)	111 (50,5%)	0,1344
	Não	78 (41,7%)	109 (49,5%)	
Quantidade de pólipos	1	51 (46,8%)	56 (50,9%)	0,7812
	2	29 (26,6%)	23 (20,9%)	
	3	10 (9,2%)	10 (9,1%)	
	4 ou +	19 (17,4%)	21 (19,1%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 9 – Percentuais para as características entre os grupos – Pólipos



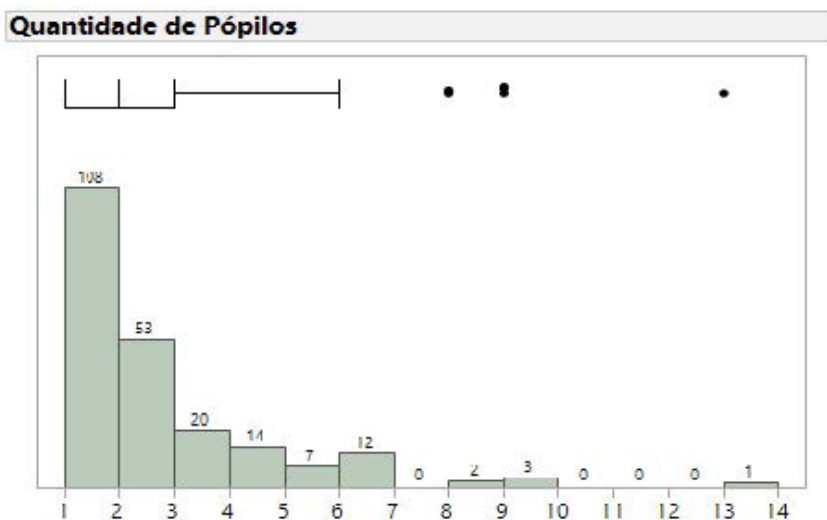
Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela 11 – Medidas resumo para a quantidade de pólipos (grupos unificados)

Medidas	Pólipos
Média	2,2
Desvio Padrão	1,9
Mínimo	1
Q1	1
Mediana	2
Q3	3
Máximo	13
Pacientes	220
Total de pólipos	493

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 10 – Histograma e Boxplot para a quantidade de pólipos – Pólipos



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

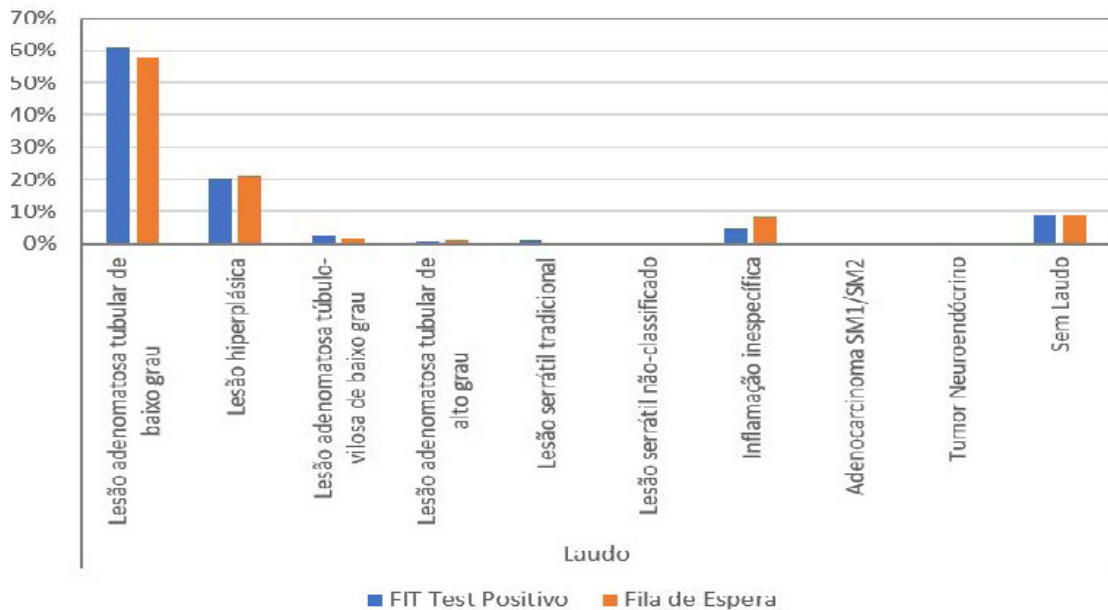
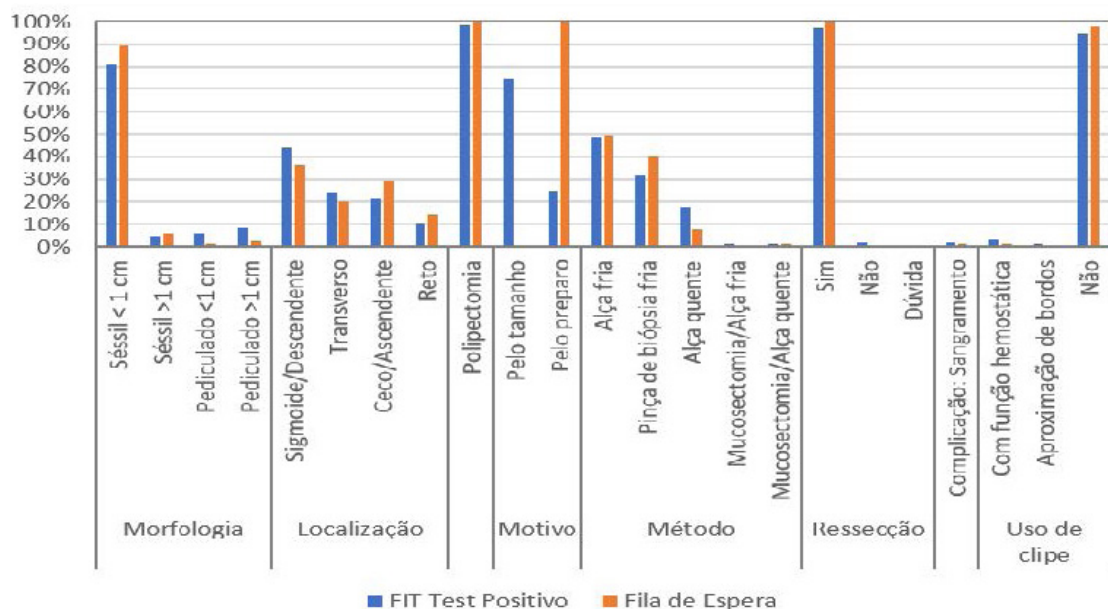
Características dos Pólipos

Na **Tabela 12** e **Gráfico 11** apresentamos os resultados gerais obtidos. Pelos resultados podemos afirmar que:

- **Característica Morfológica:** percebemos certa diferença entre os grupos, com a grande maioria sendo Sésil < 1cm. Tivemos o Fit Test Positivo com um percentual menor (80,8% contra 89,4%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0011)
- **Localização:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior em Cólon sigmoide ou descendente (44,1% contra 36,2%), mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0,0704)
- **Polipectomia:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual ligeiramente menor (98,3% contra 99,6%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,2025)
- **Polipectomia Não:** tivemos somente 5 casos, sendo que 1 em cada grupo pelo Preparo não adequado e 3 no grupo Fit test Positivo pelo tamanho.

- **Polipectomia Sim:** a maior prevalência foi em Alça fria, mas notamos uma diferença entre os grupos para as categorias Pinça de biópsia fria (31.6% no Fit contra 39.9%) e Alça quente (17.5% no Fit contra 8.3%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0170)
- **Ressecção completa da lesão:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor de Sim (97,5% contra 99,6%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,0711)
- **Complicações:** houve somente 7 casos com complicação, todos com sangramento. Percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (2,1% contra 0,8%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,2800)
- **Uso de clipe:** a grande maioria não utilizou clipe, com somente 17 casos com uso. Percebemos pouca diferença entre os grupos, sendo a diferença entre eles não significativa (p-value = 0,2201)
- **Laudos:** a maior prevalência foi em “Lesão adenomatosa tubular de baixo grau”. No geral as diferenças entre os grupos foram pequenas, sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,4655)

Gráfico 11 – Percentuais para as características entre os grupos – Características dos Pólipos



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Tabela 12 – Percentuais para as características entre os grupos – Características dos Pólipos

Característica	Nível	Grupo		P-value
		FIT Test Positivo	Fila de Espera	
Característica Morfológica	Séssil menor que 1 cm	193 (80,8%)	227 (89,4%)	0,0011
	Séssil maior que 1 cm	11 (4,6%)	16 (6,3%)	
	Pedicular menor que 1 cm	14 (5,9%)	4 (1,6%)	
	Pedicular maior que 1 cm	21 (8,8%)	7 (2,8%)	
Localização	Cólon sigmoide ou descendente	104 (44,1%)	89 (36,2%)	0,0704
	Cólon transverso	57 (24,2%)	50 (20,3%)	
	Ceco / ascendente	51 (21,6%)	72 (29,3%)	
	Reto	24 (10,2%)	35 (14,2%)	
Polipectomia	Sim	234 (98,3%)	253 (99,6%)	0,2025
	Não	4 (1,7%)	1 (0,4%)	
Polipectomia Não	Pelo tamanho	3 (75,0%)	0 (0,0%)	0,4000
	Pelo preparo	1 (25,0%)	1 (100,0%)	
Polipectomia Sim	Com alça fria	114 (48,7%)	125 (49,4%)	0,0170
	Com pinça de biópsia fria	74 (31,6%)	101 (39,9%)	
	Com alça quente	41 (17,5%)	21 (8,3%)	
	Com mucosectomia e alça fria	3 (1,3%)	2 (0,8%)	
	Com mucosectomia e alça quente	2 (0,9%)	4 (1,6%)	
Ressecção completa da lesão	Sim	231 (97,5%)	248 (99,6%)	0,0711
	Não	5 (2,1%)	1 (0,4%)	
	Dúvida	1 (0,4%)	0 (0,0%)	
Complicações	Sangramento	5 (2,1%)	2 (0,8%)	0,2800
	Não teve	232 (97,9%)	241 (99,2%)	
Uso de clipe	Sim, com função hemostática	9 (3,8%)	4 (1,6%)	0,2201
	Sim, para aproximação de bordos	3 (1,3%)	1 (0,4%)	
	Não	225 (94,9%)	238 (97,9%)	
Laudo	Lesão adenomatosa tubular de baixo grau	146 (60,8%)	147 (57,9%)	0,4655
	Lesão hiperplásica	49 (20,4%)	54 (21,3%)	
	Lesão adenomatosa túbulo-vilosa de baixo grau	6 (2,5%)	4 (1,6%)	
	Lesão adenomatosa tubular de alto grau	2 (0,8%)	3 (1,2%)	
	Lesão serrátil tradicional	3 (1,3%)	0 (0,0%)	
	Lesão serrátil não-classificado	1 (0,4%)	0 (0,0%)	
	Inflamação inespecífica	12 (5,0%)	21 (8,3%)	
	Adenocarcinoma SM1/SM2	0 (0,0%)	1 (0,4%)	
	Tumor Neuroendócrino	0 (0,0%)	1 (0,4%)	
	Sem Laudo	21 (8,8%)	23 (9,1%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Lesões

Na Tabela 13 e Gráfico 12 apresentamos os resultados gerais obtidos. Destacamos que tivemos poucas Lesões: 10 no grupo Fit Test Positivo e 5 no grupo Fila de Espera.

Pelos resultados podemos afirmar que:

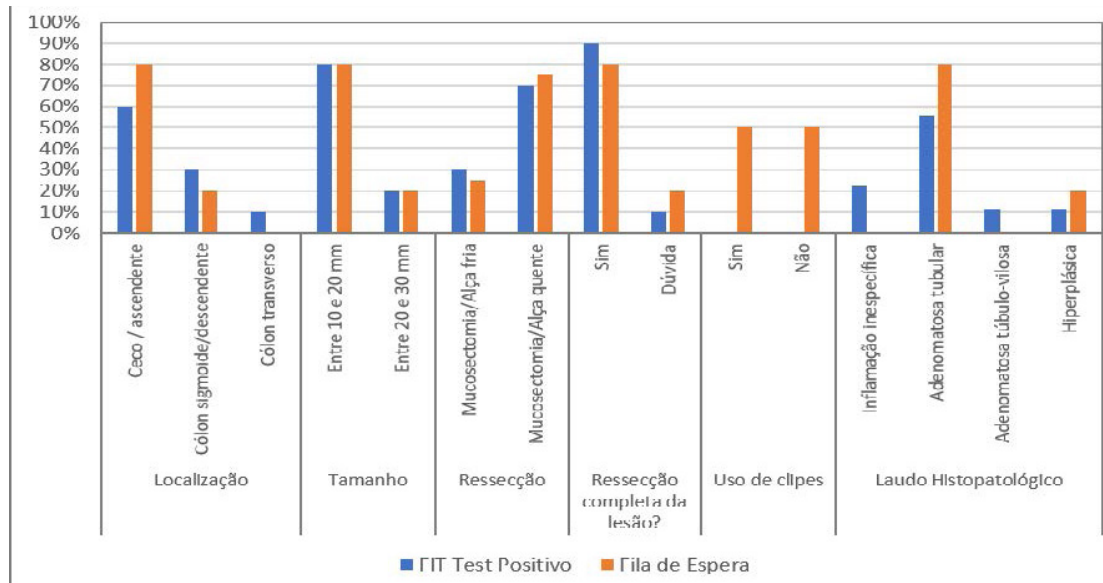
- **Localização:** percebemos pouca diferença entre os grupos, sendo a diferença entre os grupos não significativa ($p\text{-value} = 1,0000$)
- **Tamanho:** os resultados nos dois grupos foram percentualmente iguais, sendo a diferença entre os grupos não significativa ($p\text{-value} = 1,0000$)
- **Ressecção:** tivemos ressecção em todas as lesões, com pouca diferença entre os grupos com, sendo a diferença entre os grupos não significativa ($p\text{-value} = 0,4486$)
- **Ressecção completa da lesão:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (90,0% contra 80,0%), sendo a diferença entre os grupos não significativa ($p\text{-value} = 1,0000$)
- **Uso de cliques:** tivemos informação somente de 2 usos, ambos no grupo Fila de Espera.
- **Lauda Histopatológico:** a mais prevalente foi “Lesão adenomatosa tubular de baixo grau”. Percebemos pouca diferença entre os grupos, sendo a diferença entre os grupos não significativa ($p\text{-value} = 0,8322$)

Tabela 13 – Percentuais para as características entre os grupos - Lesões

Característica	Nível	FIT Positivo	Fila de Espera	P-value
Localização	Ceco / ascendente	6 (60,0%)	4 (80,0%)	1,0000
	Cólon sigmoide/descendente	3 (30,0%)	1 (20,0%)	
	Cólon transverso	1 (10,0%)	0 (0,0%)	
Tamanho	Entre 10 e 20 mm	8 (80,0%)	4 (80,0%)	1,0000
	Entre 20 e 30 mm	2 (20,0%)	1 (20,0%)	
Ressecção	Com mucosectomia e alça fria	3 (30,0%)	1 (25,0%)	1,0000
	Com mucosectomia e alça quente	7 (70,0%)	3 (75,0%)	
Ressecção completada lesão	Sim	9 (90,0%)	4 (80,0%)	1,0000
	Dúvida	1 (10,0%)	1 (20,0%)	
Uso de cliques	Sim, com função hemostática	0 (—)	1 (50,0%)	—
	Não	0 (—)	1 (50,0%)	
Laudo Histopatológico	Inflamação inespecífica	2 (22,2%)	0 (0,0%)	0,8322
	Adenoma tubular de baixo grau	5 (55,6%)	4 (80,0%)	
	Adenoma túbulo-viloso de baixo grau	1 (11,1%)	0 (0,0%)	
	Lesão hiperplásica	1 (11,1%)	1 (20,0%)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 12 – Percentuais para as características entre os grupos – Lesões



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

- **A alta incidência de lesões neoplásicas:** Quase sessenta por cento (57,40%) das colonoscopias identificaram alguma lesão neoplásica. Esses dados sugerem que a campanha foi eficiente em identificar uma população com alta prevalência de alterações pré cancerígenas. Essa taxa é consideravelmente alta quando comparada a programas de rastreamento em populações de baixo risco assintomáticas, que podem variar de 20% a 40% de detecção de adenomas (VIEIRA et al., 2022). Podemos justificar esses achados de duas formas principais:

- **Eficácia na Seleção:** A triagem inicial (FIT Test e critérios utilizados para indicação do exame de colonoscopia dos pacientes da “Fila de Espera”) pode ter sido muito eficaz em selecionar aquelas pessoas com maior probabilidade de ter lesões colorretais.

- **População já de Risco:** a campanha pode ter atraído uma parcela da população que já era mais consciente ou que apresentava fatores de risco mais elevados, ou até mesmo sintomas, o que a torna menos representativa de uma população assintomática para rastreamento. O fato de termos identificado uma incidência semelhante de detecção de lesões neoplásicas na colonoscopia de pacientes FIT test positivo e fila de espera reforça essa possibilidade.

- Houveram **7 casos com neoplasias malignas**, sendo 6 adenocarcinomas e 1 tumor neuroendócrino. A detecção desses casos deve ser considerada um sucesso inequívoco da campanha, considerando que o diagnóstico precoce de neoplasias malignas permite intervenções menos invasivas, menos onerosas e com maior chance de cura (INCA, 2023). A identificação de tumores em estágios iniciais, como o adenocarcinoma in situ ou o tumor neuroendócrino pequeno, está diretamente associada a excelentes taxas de sobrevida (MARINHO et al., 2019).

Caracterização Detalhada das Lesões identificadas na colonoscopia

A - Pólipos:

- **Número total de pólipos identificados e ressecados: 505**
- **Número total de Pacientes com Pólipos: 225**
- **Média de Pólipos/Paciente: 2,24**

A observação de uma média de 2,24 pólipos por paciente é do ponto de vista epidemiológico significativo, por demonstrar que existe uma “alta probabilidade de se identificar mais de um pólipos quando um primeiro é diagnosticado”. Este achado está em linha com a literatura que descreve a ocorrência de pólipos sincrônicos em uma proporção

substancial de pacientes com adenomas colorretais, reforçando a necessidade de uma inspeção cuidadosa de todo o cólon durante a colonoscopia (GONÇALVES et al., 2020). Isso reforça a necessidade de se realizar uma colonoscopia completa, com bom preparo intestinal e com uma avaliação minuciosa, associado a um acompanhamento endoscópico subsequente adequado, de acordo com as recomendações de Sociedades Médicas.

No que diz respeito às características histopatológicas das lesões diagnosticadas durante a colonoscopia, pudemos constatar que:

- Há uma prevalência de “Lesão adenomatosa tubular de baixo grau” (59,38% dos <1cm e 54,39% dos >1cm). Este é o tipo mais comum de adenoma e, embora de baixo grau, possui potencial de progressão maligna ao longo do tempo (BARROS et al., 2017).
- São mais comuns as lesões túbulo-vilosas nos pólipos maiores que 1 cm quando comparadas às lesões menores que 1 cm (15,79% vs. 0,67%, respectivamente). Este dado é crucial e amplamente suportado pela literatura, que estabelece que pólipos com componentes vilosos e tamanho maior que 1 cm apresentam um risco significativamente maior de displasia de alto grau ou de já conterem foco de adenocarcinoma (COHEN et al., 2018; BRITO et al., 2022).
- O pólipo com adenocarcinoma diagnosticado na campanha era subpediculado e tinha 2,5 cm de diâmetro.

Esses achados reforçam um conceito já bem definido na literatura médica de haver um risco maior de lesões polipoides maiores que 1 cm de apresentarem uma histologia de maior risco de evoluir para o adenocarcinoma, ou até mesmo já se apresentarem com lesões focais de neoplasia maligna. A detecção de “Adenocarcinoma in situ” e “Adenocarcinoma SM1/SM2” em pólipos, estágios muito precoces da doença está associada a excelente prognóstico se tratados adequadamente. Nesse caso identificado na campanha, o pólipo foi ressecado endoscopicamente por meio de uma mucosectomia, com margens laterais e profundas livres (SM1), oferecendo ao paciente excelente chance de cura (acima de 95%) sem a necessidade de tratamento adicional. A ressecção endoscópica de adenocarcinomas intramucosos ou com invasão submucosa superficial (SM1) com margens livres é uma prática estabelecida com altas taxas de sucesso curativo, conforme diretrizes internacionais (AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION, 2021).

- O tumor neuroendócrino media apenas 0,6 cm, reforçando a necessidade de se identificar e ressecar todas as lesões diagnosticadas, inclusive as menores. Para tanto, há necessidade de um bom preparo intestinal associado a execução do exame por especialistas experientes. Nesse caso a lesão foi ressecada endoscopicamente, com margens livres, determinando apenas seguimento endoscópico, sem a necessidade de outra forma de tratamento adicional. A importância da detecção e ressecção de pequenas lesões, mesmo as não adenomatosas, é reconhecida, pois tumores neuroendócrinos, embora raros no cólon, podem ter comportamento variável e necessitam de avaliação histopatológica precisa (LIMA; SANTOS, 2019).

B - Lesões Planas:

- **Total:** 15 casos, predominantemente entre 10 e 20mm (80%).
- **Principal Histologia:** “Lesão adenomatosa tubular de baixo grau” (60,00%). A identificação de lesões planas é vital, pois elas podem ser mais difíceis de detectar e, em alguns casos, ter um potencial de malignidade similar ou até maior que os pólipos pediculados. Outros 40% das lesões incluíram lesões hiperplásicas serrilhadas (33%) e um caso de adenoma túbulo-viloso (7%). As lesões planas ou sésseis serrilhadas são um desafio particular, pois são frequentemente difíceis de visualizar e podem estar associadas a uma via alternativa de carcinogênese, justificando a ressecção completa (ROCHA; ALMEIDA, 2020).

C - Biópsias de lesões neoplásicas ou áreas com alterações inflamatórias:

Lauda Histopatológico:

- **Inflamação inespecífica: 50,00%**
- **Adenocarcinoma moderadamente diferenciado: 16,67%**
- **Lesão adenomatosa tubular de baixo grau: 13,33%**

Os resultados das biópsias são essenciais para confirmar o diagnóstico e guiar o tratamento. A alta proporção de inflamação inespecífica pode indicar outras condições gastrointestinais ou ser incidental. A presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado é um achado de grande importância clínica e epidemiológica, confirmando a detecção de câncer invasivo. A taxa de adenocarcinomas encontrados em biópsias deste tipo de rastreamento é um indicador direto do impacto da campanha na identificação de casos de câncer (BARBOSA et al., 2022).

Análise de Sintomas

Sintomas: Foram considerados sintomas de maior risco para o câncer colorretal:

- **Alteração do hábito intestinal**
- **Sangramento retal**
- **Mucorreia**
- **Fezes afiladas**
- **Perda de peso**

Foram aplicados questionários por alunos de medicina, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde nos pacientes FIT test negativo, FIT test positivo e naqueles da fila de espera, questionando de forma objetiva a presença ou ausência desses sintomas. Pudemos identificar os seguintes dados relativos a incidência de pacientes com algum desses sintomas:

- **Fila de espera: 54% sintomáticos.**
- **FitTest (+): 37,5% sintomáticos.**
- **FitTest (-): 27,35% sintomáticos.**

A alta proporção de sintomáticos no grupo “FitTest +” sugere que a campanha possa ter atraído indivíduos que já possuem sintomas e que, portanto, necessitavam de colonoscopia diagnóstica, não apenas de rastreamento. Esta observação é um desafio comum em campanhas de rastreamento populacional, onde a auto seleção de indivíduos sintomáticos pode ocorrer, mascarando a real eficácia do rastreamento em uma população assintomática (PEREIRA; LOPES, 2020). Isso distorce a avaliação de uma campanha cujo objetivo maior seria o de rastrear pessoas de risco assintomáticas e indica que a orientação populacional sobre a diferença entre rastreamento e investigação diagnóstica ainda é necessária. O rastreamento deve ser direcionado a indivíduos assintomáticos para detectar lesões pré-malignas ou câncer em estágio inicial, enquanto a investigação diagnóstica seria para aqueles com sintomas ou sinais de alerta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Fatores de Risco (Tabagismo, História Familiar, Álcool, Atividade Física) e realização de Colonoscopia Prévia:

A análise desses fatores oferece insights sobre a demografia dos participantes:

- **Tabagismo:** Alta prevalência de ex-tabagistas na fila de espera (26,80%) e tabagistas ativos no FitTest (+) (21,10%), indicando que a campanha pode estar alcançando populações com fatores de risco modificáveis. O tabagismo é um fator de risco bem estabelecido para o CCR, aumentando tanto a incidência quanto a mortalidade (SOUZA et al., 2018).
- **História Familiar:** A prevalência geral de histórico familiar para os grupos Fila de Espera e Fit test + (16%) é 50% maior do que a incidência de câncer colorretal esperada na população geral contendo o fator genético envolvido na sua gênese (5-10%), demonstrando que a campanha foi capaz de selecionar esses indivíduos de forma adequada. A história familiar de CCR é um dos mais fortes fatores de risco, justificando o rastreamento diferenciado para esses indivíduos (NUNES; COSTA, 2021).
- **Atividade Física:** Uma grande maioria nos dois grupos submetidos a colonoscopia (Fila de Espera e Fit test +, 66,80% a 68,50%, respectivamente) não pratica atividade física regular, outro fator de risco modificável para CCR. A inatividade física tem sido consistentemente associada a um risco aumentado de CCR (AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2020).
- **Etilismo:** Dados da literatura inferem ao consumo excessivo do álcool a um maior risco de desenvolver o câncer colorretal. Em nossa campanha, observamos que a incidência do uso do álcool foi significativamente maior nos grupos FIT teste positivo e fila de espera (aproximadamente 65% dos pacientes) quando comparado aos pacientes FIT teste negativo (em torno de 15% dos pacientes). Esses dados reforçam a necessidade de campanhas que conscientizem melhor a população, especialmente devido a alta aceitabilidade cultural do “etilismo social”. O consumo crônico de álcool, mesmo em níveis moderados, tem sido associado a um aumento do risco de CCR (GONÇALVES et al., 2018).
- **Colonoscopia Prévia:** Um achado crucial - “Aderiram à campanha pessoas já conscientes da necessidade de rastreamento”, com 30,10% na Fila e 28,30% no FitTest+ já tendo feito colonoscopia prévia. Portanto, não é um equívoco imaginar que uma grande parte daquelas pessoas que aderiram a campanha já estavam conscientes da necessidade de rastreamento. Este dado sugere que parte da população participante já estava engajada em práticas preventivas, o que é positivo para o indivíduo, mas pode indicar que a campanha teve um impacto limitado em atrair a população “virgem de rastreamento” ou menos informada, um desafio comum em programas de saúde pública (CARVALHO; BARROS, 2019).

Incidência de Lesões por Faixa Etária e Localização

Faixa Etária:

A análise por faixa etária é fundamental para otimizar as estratégias de rastreamento:

- A faixa de **55 a 65 anos incompletos** apresenta ou a maior incidência absoluta de pólipos (232), lesões planas (9) e biópsias (18) entre todos os grupos combinados (FIT Test e Fila de Espera).
- A recomendação de nosso estudo é clara e epidemiologicamente sólida: “Considerando uma estratégia de cobertura populacional progressiva por faixa etária, considerar a faixa de 55 a 65 anos como a de maior incidência de achados colonoscópicos significativos para o rastreio do câncer colorretal.” Outros estudos populacionais reforçam nosso achado, evidenciando que nessa faixa etária encontramos o pico de incidência de adenomas e CCR, justificando sua priorização em programas de rastreamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Localização das Lesões:

A distribuição anatômica das lesões é um dado de extrema importância para a escolha do método de rastreamento:

- As lesões adenomatosas (potencialmente podem se tornar malignas) são predominantemente encontradas no **Sigmoide/Descendente** (46,88% no FIT Test e 37,01% na Fila de Espera) e no **Ascendente/Ceco** (21,15% no FIT Test e 25,32% na Fila de Espera).
- A conclusão do estudo é uma das mais relevantes para a prática clínica e epidemiológica: “50% das lesões hiperplásicas, 48% das lesões adenomatosas e 75% das lesões serrateis não seria identificada em um programa de rastreamento com retossigmoidoscopia flexível.”

Esses dados fornecem uma forte evidência epidemiológica de que a colonoscopia total é superior à retossigmoidoscopia flexível para um programa de rastreamento, pois uma proporção significativa de lesões clinicamente importantes seria perdida com o método mais limitado. A literatura é vasta em evidências que demonstram que uma parcela substancial de adenomas avançados e CCR ocorre no cólon proximal, justificando o uso da colonoscopia total como o método de escolha para rastreamento (MACEDO et al., 2021; CANCER RESEARCH UK, 2019). A dependência de exames limitados pode levar a uma subestimação da carga da doença e à perda de oportunidades de detecção precoce.

Comparação características Gerais dos pacientes Fit Test Positivo x Negativo

Vamos agora avaliar os dois grupos. Iremos avaliar as características de forma univariada (cada uma em separado) e depois de forma múltipla (todas as características em conjunto para identificar as mais impactantes)

Para a análise iremos utilizar uma Análise de Regressão Logística e apresentar também os Odds Ratios¹ e respectivos Intervalos de Confiança²

Na análise múltipla, decidimos não utilizar a característica Colonoscopia anterior, pois com essa característica ela “retirava” a influência das demais.

Análise univariada

Na **Tabela 14** e **Gráfico 13** apresentamos as medidas resumo para as características. Pelos resultados podemos afirmar que:

- **Gênero:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (60,3% contra 56,3%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,2968). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 1,177 vezes maior quando se é do sexo Feminino, mas lembrando que a diferença entre os grupos não foi significativa
- **Hipertensão:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (49,7% contra 44,5%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1676). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 1,237 vezes maior quando se tem a característica, mas lembrando que a diferença entre os grupos não foi significativa
- **Diabetes:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (21,1% contra 16,5%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1211). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 1,353 vezes maior quando se tem a característica, mas lembrando que a diferença entre os grupos não foi significativa
- **Doença Coronariana:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (9,0% contra 8,2%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,6853). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 1,117 vezes maior quando se tem a característica, mas lembrando que a diferença entre os grupos não foi significativa

¹ Odds Ratio é a razão das chances de acontecer o evento. Com ela comparamos o risco de dois grupos, mostrando quantas vezes mais há chance de acontecer o fato num grupo do que no outro. Valores próximos a 1 indicam a mesma chance nos dois grupos

58 ² O Intervalo de Confiança é um intervalo que contém o verdadeiro valor da medida, na população que a amostra representa, com uma probabilidade de 95%

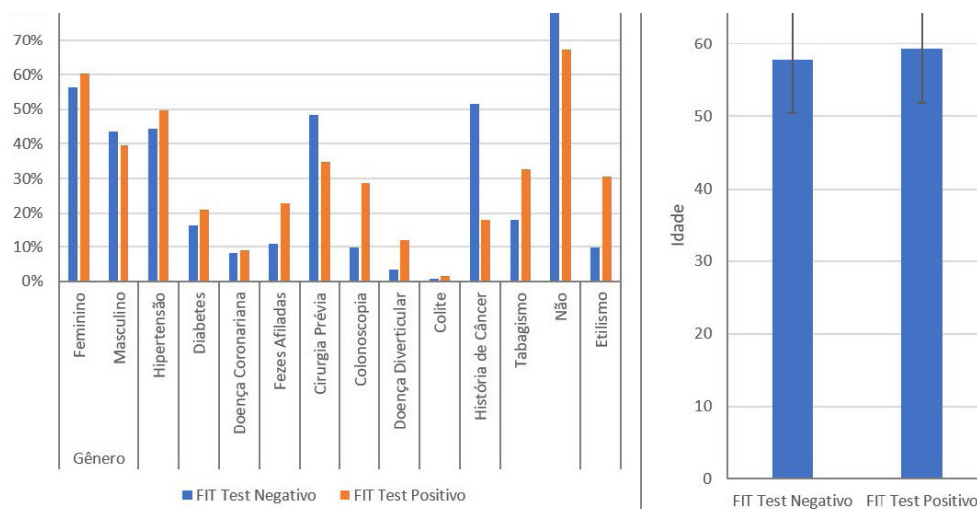
- **Fezes Afiladas:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (22,9% contra 10,9%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0029). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 2,427 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (0,288 ; 19,064)
- **Cirurgia Prévia:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (34,8% contra 48,5%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0004). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 0,569 vezes menor quando se tem a característica, com IC95% = (1,559 ; 3,137)
- **Colonoscopia anterior:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (28,6% contra 9,7%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = <,0001). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 3,730 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (2,498 ; 5,570)
- **Doença Diverticular:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (11,9% contra 3,4%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0,0064). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 3,867 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (1,646 ; 9,089)
- **Colite:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (1,7% contra 0,7%), sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,4735). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 2,345 vezes maior quando se tem a característica, mas lembrando que a diferença entre os grupos não foi significativa
- **História de Câncer na Família:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual menor (18,2% contra 51,6%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value <,0001). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 0,209 vezes menor quando se tem a característica, com IC95% = (0,140 ; 0,312)
- **Tabagismo:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (32,8% contra 18,1%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value <,0001). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 2,212 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (1,559 ; 3,137)
- **Etilismo:** percebemos certa diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com um percentual maior (30,5% contra 9,9%), sendo a diferença entre os grupos significativa (p-value <,0001). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 4,016 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (2,756; 5,853)
- **Idade:** percebemos pouca diferença entre os grupos com o Fit Test Positivo com uma média ligeiramente maior (59.3 anos contra 57.8 anos), , sendo a diferença entre os grupos não significativa (p-value = 0,1100). Pelo Odds Ratio, temos que a chance de ser positivo é 1,028 vezes maior para cada ano a mais de idade do paciente, mas lembrando que a diferença entre os grupos não foi significativa

Tabela 14 – Análise univariada para as características entre os grupos

Característica	Nível	FIT Test		OR	IC 95%	p-value
		Negativo	Positivo			
Gênero	Feminino Masculino	631 (56,3%) 489 (43,7%)	120 (60,3%) 79 (39,7%)	1,177	0,866 ; 1,601	0,2968
Hipertensão	Sim Não	497 (44,5%) 621 (55,5%)	99 (49,7%) 100 (50,3%)	1,237	0,915 ; 1,673	0,1676
Diabetes	Sim Não	185 (16,5%) 936 (83,5%)	42 (21,1%) 157 (78,9%)	1,353	0,930 ; 1,970	0,1211
Doença Coronariana	Sim Não	90 (8,2%) 1011 (91,8%)	18 (9,0%) 181 (91,0%)	1,117	0,657 ; 1,898	0,6853
Fezes Afiladas	Sim Não	120 (10,9%) 981 (89,1%)	19 (22,9%) 64 (77,1%)	2,427	1,406 ; 4,190	0,0029
Cirurgia Prévia	Sim Não	536 (48,5%) 570 (51,5%)	69 (34,8%) 129 (65,2%)	0,569	0,415 ; 0,780	0,0004
Colonoscopia anterior	Sim Não	80 (9,7%) 746 (90,3%)	50 (28,6%) 125 (71,4%)	3,730	2,498 ; 5,570	<,0001
Doença Diverticular	Sim Não	37 (3,4%) 1063 (96,6%)	7 (11,9%) 52 (88,1%)	3,867	1,646 ; 9,089	0,0064
Colite	Sim Não	8 (0,7%) 1088 (99,3%)	1 (1,7%) 58 (98,3%)	2,345	0,288 ; 19,064	0,4735
História de Câncer	Sim Não	545 (51,6%) 512 (48,4%)	32 (18,2%) 144 (81,8%)	0,209	0,140 ; 0,312	<,0001
Tabagismo	Sim Não	199 (18,1%) 903 (81,9%)	58 (32,8%) 119 (67,2%)	2,212	1,559 ; 3,137	<,0001
Etilismo	Sim Não	108 (9,9%) 988 (90,1%)	54 (30,5%) 123 (69,5%)	4,016	2,756 ; 5,853	<,0001
Idade		57,8 ± 7,4	59,3 ± 7,4	1,028	1,006 ; 1,050	0,1100

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Gráfico 13 – Percentuais e Médias ± Desvio padrão para as características entre os grupos



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Análise Múltipla

Executamos a Análise de Regressão Logística Múltipla e apresentamos o resultado resumido na Tabela 15, juntamente com o resultado da Univariada.

Pelos resultados podemos afirmar que:

- Para as Características Gênero, Hipertensão, Diabetes, Doença Coronariana, Colite e Idade, tivemos que elas não foram significativas nem na Univariada nem na Múltipla
- As características História de Câncer e Tabagismo haviam sido significativas na análise Univariada, mas em conjunto com as demais medidas elas passaram a não ser significativas
- As médias que ficaram como significativas na análise conjunta foram:
 - Fezes Afiladas: pelo odds ratio temos que a chance de ser positivo é de 2,836 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (1,171 ; 6,868) e p-value = 0,0209
 - Cirurgia Prévia: pelo odds ratio temos que a chance de ser positivo é de 0,413 vezes menor quando se tem a característica, com IC95% = (0,190 ; 0,898) e p-value = 0,0256 (esse resultado deve ser interpretado melhor pelo Pesquisador)
 - Doença Diverticular: pelo odds ratio temos que a chance de ser positivo é de 5,224 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (1,619 ; 16,856) e p-value = 0,0057
 - Etilismo: pelo odds ratio temos que a chance de ser positivo é de 5,322 vezes maior quando se tem a característica, com IC95% = (2,249 ; 12,598) e p-value = 0,0001

Tabela 15 – Análise múltipla para as características entre os grupos

Característica	Nível	Univariada			Multivariada		
		OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value
Gênero	Fem/Masc	1,177	0,866 ; 1,601	0,2968	1,240	0,571 ; 2,695	0,5870
Hipertensão	Sim / Não	1,237	0,915 ; 1,673	0,1676	1,208	0,549 ; 2,657	0,6391
Diabetes	Sim / Não	1,353	0,930 ; 1,970	0,1211	1,807	0,770 ; 4,241	0,1741
Doença Coronariana	Sim / Não	1,117	0,657 ; 1,898	0,6853	1,793	0,612 ; 5,254	0,2874
Fezes Afiladas	Sim / Não	2,427	1,406 ; 4,190	0,0029	2,836	1,171 ; 6,868	0,0209
Cirurgia Prévia	Sim / Não	0,569	0,415 ; 0,780	0,0004	0,413	0,190 ; 0,898	0,0256
Colonoscopia anterior	Sim / Não	3,730	2,498 ; 5,570	<,0001	—	—	—
Doença Diverticular	Sim / Não	3,867	1,646 ; 9,089	0,0064	5,224	1,619 ; 16,856	0,0057
Colite	Sim / Não	2,345	0,288 ; 19,064	0,4735	2,827	0,169 ; 47,304	0,4696
História de Câncer	Sim / Não	0,209	0,140 ; 0,312	<,0001	0,740	0,351 ; 1,560	0,4291
Tabagismo	Sim / Não	2,212	1,559 ; 3,137	<,0001	1,121	0,460 ; 2,733	0,8022
Etilismo	Sim / Não	4,016	2,756 ; 5,853	<,0001	5,322	2,249 ; 12,598	0,0001
Idade		1,028	1,006 ; 1,050	0,1100	1,019	0,969 ; 1,073	0,4626

DISCUSSÃO

Desafios e Áreas para Implementação de um programa permanente de rastreamento do câncer colorretal:

Abordagem das Barreiras Culturais e Sociais:

As barreiras identificadas (medo, vergonha, dificuldades sociais, baixa conscientização) são particularmente críticas para o sucesso contínuo do rastreamento em populações ainda não engajadas. O documento aponta barreiras cruciais para a participação, que são focos importantes para a epidemiologia comportamental e de saúde:

- **Baixa conscientização da população para o câncer colorretal:** Indica uma falha na educação em saúde e na comunicação de risco. É fundamental o aprimoramento das campanhas de conscientização, com estratégias de comunicação mais claras e eficazes, focadas no grupo de risco e para o público em geral, ressaltando a importância do rastreamento em pessoas assintomáticas e naqueles com critérios clínicos de alerta o câncer colorretal. A campanha deve incluir desde a educação sobre a doença, o processo de rastreamento, até o suporte logístico. Essas barreiras são consistentemente citadas na literatura como obstáculos à adesão a programas de rastreamento, especialmente em populações vulneráveis (SILVA; OLIVEIRA, 2021).
- **Atingindo a População Certa:** A alta proporção de indivíduos com colonoscopia prévia e/ou sintomáticos sugere que a campanha pode estar, em parte, “preaching to the choir” (pregando para os convertidos). Esforços precisam ser direcionados para alcançar indivíduos virgens de rastreamento e assintomáticos que mais se beneficiariam da primeira triagem.
- **Sustentabilidade da Conscientização:** Uma campanha de dois meses, por mais intensa que seja, pode não ser suficiente para uma mudança cultural duradoura. É necessário um esforço contínuo e estratégico. A sustentabilidade de programas de rastreamento depende de ações educativas contínuas e adaptadas às realidades locais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Gargalos Diagnósticos:

- **Dificuldade Social:** “como vou ao centro médico?”, “Como vou voltar?”, “Quem vai comigo?”. Estas são barreiras de acesso e logística que afetam desproporcionalmente populações vulneráveis. A epidemiologia social e de equidade em saúde precisa endereçar estes determinantes sociais. A literatura em saúde pública reconhece a importância dos determinantes sociais da saúde no acesso a serviços preventivos e diagnósticos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).
- **Medo:** Do preparo, do exame, do resultado. O medo é um fator psicológico que impede a adesão a programas de rastreamento.
- **Indiferença/Ignorância:** Questiona a clareza da mensagem da campanha.
- **Vergonha:** Exposição do paciente durante o exame, risco de incontinência fecal, desde o início do preparo até voltar para sua casa, diante de pessoas que não são de seu convívio habitual.

Como metas de enfrentamento, sugerimos abordar essas barreiras culturais e de dignidade pessoal (medo, ignorância e vergonha) com estratégias de comunicação sensíveis e inclusivas.

Gargalos no Sistema:

Embora a “Fila de Espera” seja uma coorte diagnóstica, sua existência e volume indicam uma demanda subjacente não totalmente atendida pelos serviços de saúde, que precisa de agilidade para evitar a progressão da doença. A informação de 45,45% de pacientes na “Fila de Espera” foram encaminhados para colonoscopia sem sintomas de alerta e, portanto, sem um motivo clínico significativo é um achado epidemiológico crítico. Isso significa que a “Fila de Espera” não é puramente uma coorte de diagnóstico de casos com **alta suspeita clínica** de CCR, mas sim um grupo misto que inclui uma proporção significativa de pacientes para quem a indicação de colonoscopia pode ter sido excessiva. A realização de colonoscopias nesses pacientes com baixo risco devido à ausência de sintomas de alerta representa um uso sub-ótimo de recursos diagnósticos valiosos. Importante ainda considerarmos que cada colonoscopia de indicação imprecisa ocupa uma vaga na agenda de exames que poderia ser utilizada por um paciente com uma indicação mais forte, seja do grupo FIT Positivo (rastreamento) ou aqueles com sintomas verdadeiramente de alerta (diagnóstico). Embora as taxas de complicação para o exame de colonoscopia sejam baixas (2,30% geral, 0,6% graves), cada exame carrega um risco inerente. Expor pacientes a esses riscos sem uma justificativa

clínica robusta vai contra o princípio da não-maleficência e da medicina baseada em evidências (COHEN et al., 2018). Esse retrato da situação que vivemos descrito acima tem como problema maior o agravamento da “Longa Fila de Espera para realização de exames”, especialmente para aqueles que realmente necessitam do exame em tempo hábil, sugerindo a necessidade de um refinamento maior nos critérios de indicação de colonoscopia, especialmente no sistema público.

Revisão e Implementação de Critérios de Encaminhamento:

- **Urgentemente**, estabelecer e disseminar diretrizes clínicas claras e baseadas em evidências para a indicação de colonoscopia, especialmente para pacientes com sintomas. A adoção de diretrizes baseadas em evidências é fundamental para otimizar o uso de recursos e garantir a qualidade do cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).
- Realizar treinamentos e workshops para profissionais de saúde (médicos da atenção primária, especialistas, etc.) envolvidos no processo de encaminhamento, para garantir a adesão a esses critérios e evitar a super-indicação.
- Desenvolver ferramentas de apoio à decisão clínica para auxiliar os médicos na identificação de pacientes que realmente necessitam de colonoscopia.

Impacto sócio-econômico do Câncer Colorretal no SUS no Brasil: análise direta, indireta e projeções para um programa nacional de rastreamento (2026–2036)

O câncer colorretal (CCR) é uma doença cujo ônus econômico recai de forma desproporcional sobre o financiamento público: cerca de 65% dos diagnósticos ocorrem em estágios avançados, quando o tratamento é mais caro, mais prolongado e menos eficaz, e a mortalidade pela doença cresceu 120% nos últimos 20 anos. Avaliar o eventual impacto sócio-econômico dessa doença sob a perspectiva exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é tarefa complexa, cujos dados oficiais não são completamente acessíveis. O SUS desembolsou, em 2018, aproximadamente **R\$ 545 milhões** no tratamento do CCR em pacientes com 30 anos ou mais, com projeção do INCA de que esse gasto pudesse atingir **R\$ 1 bilhão em 2030**. Há, entretanto, um sinal claro de intensificação tecnológica no qual o valor médio por procedimento subiu exponencialmente com o passar dos anos, dificultando a mensuração exata de custos no futuro. .

O custo médio do tratamento hospitalar do CCR foi de **R\$ 10.597** por caso em 2022, sendo a cirurgia o item de maior peso (R\$ 6.533). Já o custo da quimioterapia o CCR apresentou aumento de 17% no custo do tratamento quimioterápico. Os quatro tumores analisados (mama, próstata, CCR e pulmão) concentraram 57% de todo o gasto com

quimioterapia no SUS em 2022, o que dimensiona a relevância orçamentária do CCR dentro da oncologia pública.

O custo direto elevado no tratamento do CCR pelo SUS decorre de três fatores acumulados: (i) diagnóstico tardio — cerca de 65% dos casos são identificados em estágio avançado, exigindo esquemas quimioterápicos prolongados, cirurgias de maior complexidade, internações e frequente uso de UTI; (ii) cronicidade do manejo, incluindo acompanhamento multiprofissional e tratamento de complicações; e (iii) incorporação crescente de tecnologias (imunoterapia e alvos moleculares), que infla o valor médio por procedimento muito acima da inflação geral. A literatura internacional confirma que o tratamento oncológico tende a custar sete vezes mais do que as ações de prevenção, um desequilíbrio agravado no Brasil pelo funcionamento do sistema em fase tardia da doença.

Embora o levantamento de gastos com o tratamento do câncer colorretal no âmbito do SUS ofereça um panorama útil do desembolso público, a análise parece incompleta, na medida em que pode estar refletindo, sobretudo, o valor efetivamente repassado pelo sistema às unidades hospitalares — isto é, a remuneração por procedimento — e não o custo total real do tratamento. Nesse sentido, não fica claro se foram considerados componentes essenciais da cadeia assistencial, tais como os custos de utilização do centro cirúrgico, os honorários médicos e dos profissionais de saúde suplementares, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, farmacêuticos e técnicos de enfermagem, o custo de ocupação diária do leito hospitalar, os investimentos em tecnologia cirúrgica, como videolaparoscopia e robótica, os materiais cirúrgicos permanentes os custos e o custo de manutenção e uso da central de esterilização hospitalar, além dos custos de manutenção da infraestrutura hospitalar — incluindo limpeza, segurança, administração, energia e água. Todas essas despesas podem ser arcadas por fontes diferentes, como Ministério da Educação, EBSEH, Ministério de Ciência e Tecnologia, emendas parlamentares, investimentos de governos estaduais e municipais, e verbas universitárias com suas Fundações de apoio à ciência e pesquisa médica, Agências de fomento à pesquisa e educação (CNPq, CAPES e FINEP, via Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — FNDCT e Fundações de Amparo à Pesquisa estaduais (FAPESP, FAPERJ, FAPEMIG, FAPESP FAPEGO, etc), e benefícios fiscais indiretos. A ausência dessas rubricas nas análises descritas acima sugere que o valor observado pode subestimar o ônus econômico real do tratamento, o que reforça a necessidade de que futuras avaliações adotem metodologias de custeio mais abrangentes, capazes de distinguir claramente o que representa pagamento ao prestador e o que representa o custo efetivo do cuidado dispensado ao paciente.

Os custos indiretos traduzem o impacto econômico da doença para além da conta assistencial: perda de produtividade, afastamentos do trabalho, incapacidade temporária

ou permanente e óbitos prematuros que retiram capital humano da economia. Também integram esse bloco o aumento da demanda por serviços de saúde decorrente de complicações e da sobrecarga dos cuidadores.

Estudo publicado no The Lancet Regional Health – Americas (2026), com participação do INCA, estimou para o Brasil a ocorrência de 635.253 óbitos por CCR entre 2001 e 2030, correspondentes a 12,6 milhões de anos potenciais de vida produtiva perdidos e a perdas de produtividade da ordem de US\$ 22,6 bilhões (dólar internacional).

Os dados mais alarmantes referem-se ao quinquênio atual: entre 2026 e 2030, estimam-se cerca de 127 mil óbitos pela doença, ante 57,6 mil no quinquênio 2001–2005 — ou seja, a mortalidade deve crescer quase 3 vezes, com aumento de 181% entre homens e 165% entre mulheres. Em média, mulheres perdem 21 anos de vida e homens, 18 anos por óbito prematuro por CCR.

Devemos ainda considerar as perdas de produtividade decorrentes de afastamentos laborais durante o tratamento, incapacidade temporária (quimioterapia, cirurgias e internações), incapacidade permanente e óbito precoce de pessoas ainda economicamente ativas.

Conclusões e Recomendações

A campanha demonstrou ter um impacto duplo: atendeu a uma demanda diagnóstica existente (Fila de Espera) e, crucialmente, engajou, mesmo que ainda de forma tímida, uma população que estava fora do radar da prevenção (FIT Test).

Pontos Fortes Epidemiológicos:

- **Alcance de Nova População:** Apesar de termos alcançado 15% da população alvo, consideramos ter obtido sucesso no engajamento das pessoas da comunidade local, na qual 70% não haviam, até então, procurado cuidados preventivos, iniciando-os no processo de rastreamento do CCR.
- **Alta Taxa de Detecção:** A campanha demonstrou uma alta capacidade de identificar lesões neoplásicas, incluindo adenocarcinomas, o que é um sucesso na detecção precoce, demonstrando a eficácia da estratégia adotada nessa campanha. Embora a taxa de adesão de 15% possa parecer baixa em comparação com programas de rastreamento em países desenvolvidos que alcançam 50% ou mais, para uma campanha inicial em uma população com baixo engajamento prévio, pode ser considerada um ponto de partida promissor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).
- **Identificação da Faixa Etária Prioritária:** A análise confirma a faixa etária de 55-65 anos como a de maior incidência de achados significativos, permitindo otimizar a alocação de recursos.

- **Justificativa para Colonoscopia Total:** Os dados sobre a localização das lesões reforçam inequivocamente a necessidade da colonoscopia total em detrimento da retossigmoidoscopia flexível, aumentando a eficácia do rastreamento.

- **Agilidade no Caminho do Diagnóstico precoce:** Uma Demanda Gerenciável para o Sistema de Saúde Público: A observação em nossa campanha de termos tido um baixo engajamento populacional a participação da campanha de rastreamento do câncer de intestino (aproximadamente 15% da população alvo) tem um lado “positivo” para o planejamento do sistema de saúde e é uma inferência crítica de grande valor para os gestores, considerando os seguintes aspectos:

- **Demanda Inicial Gerenciável:** A implementação de um programa permanente de rastreamento populacional não geraria uma demanda muito grande de novos exames de colonoscopia (derivada dos FIT positivos). A necessidade seria gradualmente aumentada de acordo com a maior conscientização populacional, e até que isso ocorra, uma boa parte da população de risco já estará rastreada. Lembrando que mesmo em países com alto índice educacional e com programas de rastreamento já estabelecidos há décadas, a taxa de aderência aos programas alcança em média 50% da população alvo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

- **Janela de Implementação:** a conjugação do “baixo engajamento populacional” com “ações que diminuam a super-indicação de exames de colonoscopias solicitadas de forma inadequada” não deverá trazer uma demanda imediata muito grande de solicitações de novas colonoscopias. Ou seja, ao mesmo tempo em que o programa de rastreamento (FIT Test) busca identificar novos casos, a otimização dos encaminhamentos no sistema de saúde existente pode liberar capacidade para absorver essa nova demanda. A capacidade ociosa, ou mal utilizada, devido a exames desnecessários pode ser redirecionada para os pacientes com indicações claras, seja via rastreamento positivo ou por sintomas de alerta.

- A campanha de rastreamento de câncer colorretal realizada na cidade de Goiás evidenciou a alta incidência de pólipos em população de maior risco para a doença, deixando claro a janela de oportunidade de oferecermos um programa de prevenção dessa doença à nossa população. Trouxe ainda ensinamentos importantes sobre como estabelecermos um programa permanente, que seja eficiente e com otimização máxima de recursos, especialmente no entendimento de que a gestão informatizada com controle de toda a jornada do paciente é fundamental para o sucesso da iniciativa.

GALERIA DE FOTOGRAFIAS DA CAMPANHA MARÇO AZUL NA CIDADE DE GOIÁS

REUNIÃO COM AGENTES DE SAÚDE PARA ORIENTAÇÃO DA CAMPANHA



Dr. Hélio Moreira e Dr. Eduarda Tebet com a diretoria do Hospital São Pedro de Alcântara



Agentes de Saúde da Cidade de Goiás reunidos para capacitações



Divulgação na Rádio Vila Boa FM



Palestras aos agentes comunitários de saúde

A RECEPTIVIDADE NA CIDADE DE GOIÁS



Diretores da sociedade médicas e participantes da campanha na Ponte da Lapa



Participantes da campanha junto com o Secretário de Estado da Saúde de Goiás Dr. Rasível Santos e esposa



Ponte histórica sobre o Rio Vermelho



Médicos participantes da campanha em frente ao Chafariz



Instituto BIAPO engajado na campanha

ABERTURA SOLENE DA CAMPANHA MARÇO AZUL COM A PRESENÇA DO GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS



Governador Ronaldo Caiado (2019/março 2026) entregando diploma de participação a agente de saúde



Presidente da Organização Vilaboense de Artes e Tradições, Marlene Vellasco, Ministra Simone Tebet e Vice-governador Daniel Vilela.



Secretário de Estado da Saúde de Goiás Rasível Santos e colaboradora da Policlínica Estadual Rio Vermelho



Ministra Simone Tebet cumprimenta o vice-governador Daniel Vilela



Entrega de prêmios a agentes que se destacaram na campanha, junto ao governador Ronaldo Caiado, ministra Simone Tebet, vice-governador Daniel Vilela e demais autoridades.

DIA DE ABERTURA DA CAMPANHA MARÇO AZUL EM TODO PAÍS

APÓS CONTAGEM REGRESSIVA, GRANDE QUEIMA DE FOGOS

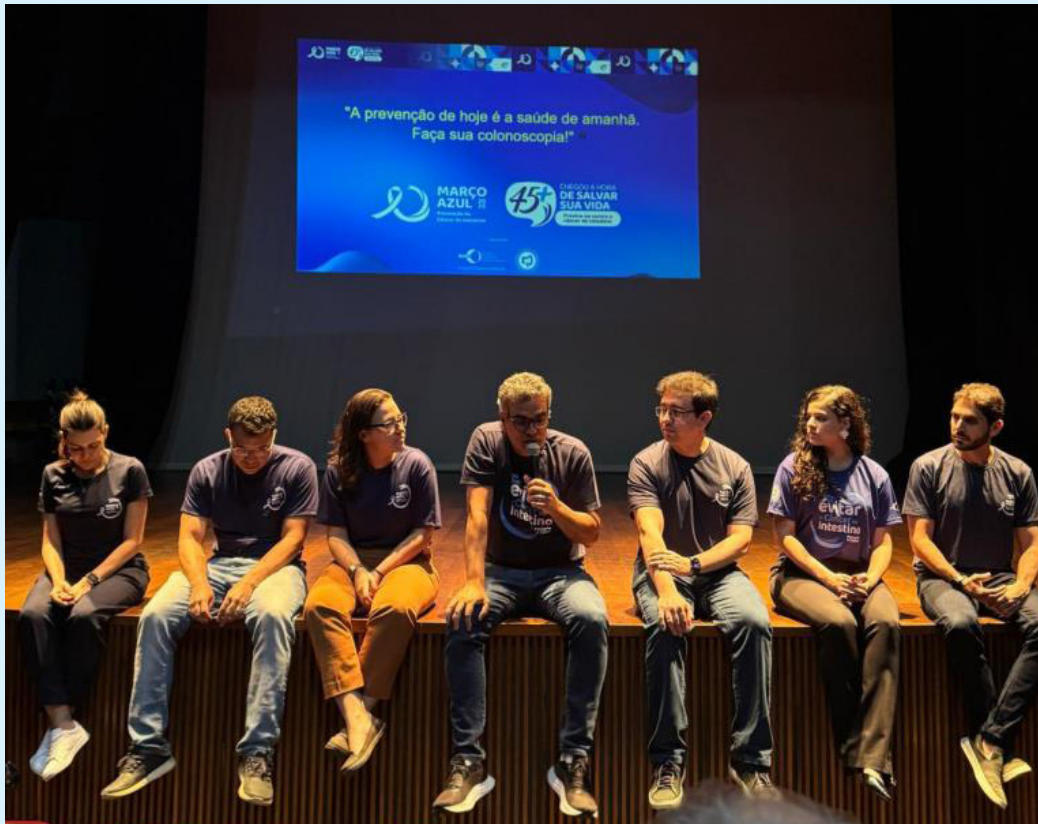


Cidade de Goiás iluminada, participantes e coordenadores da campanha, autoridades e os tradicionais Farricocos, figuras da centenária Procissão do Fogaréu, realizada há 281 anos na Semana Santa



Linda queima de fogos na bicentenária Cidade de Goiás

SEMINÁRIOS PARA AGENTES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



Equipe reunida no Teatro São Joaquim



Roda de conversa entre os participantes



Agentes de Saúde em palestra na Câmara de Vereadores



Dezenas de agentes de saúde foram capacitados



Encerramento do seminário em frente ao Teatro São Joaquim.



Mobilização movimentou a Cidade de Goiás

POLICLÍNICA RIO VERMELHO: PARA ONDE TUDO SE CONVERGIU!



Equipe de realização da campanha na Policlínica Estadual Rio Vermelho



Profissionais de saúde da Policlínica Estadual Rio Vermelho



Coordenadores da campanha Março Azul com equipe da policlínica



Médicos participantes da campanha Março Azul



Médicos voluntários se preparando para o início dos exames



Dezenas de médicos se voluntariaram para mais uma edição da campanha



Médicos da voluntários FBG, SOBED e SBCP (colocar nomes completos das siglas)



Alunos da faculdade de medicina da UFG



Equipe de enfermagem da policlínica a postos



Agentes de saúde, diretora da policlínica Débora Cordeiro e coordenadores da campanha Dr. Hélio Moreira e Eduarda Tebet



Dra. Eduarda Tebet e equipe em preparo para a realização da colonoscopia



Médicos voluntários em frente a policlínica



Médicos voluntários da campanha Março Azul na Sala de Llaudos

REFERÊNCIAS:

- ABREU, M. et al. Complicações da colonoscopia em um programa de rastreamento de câncer colorretal: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 41, n. 2, p. 120-128, 2021.
- Agência Brasil — Mortes por câncer colorretal devem aumentar quase 3 vezes até 2030 (18/03/2026) (agencia-brasil.ebc.com.br)
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Colorectal Cancer Screening Guidelines. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2020. Disponível em: [Link para o site da American Cancer Society]. Acesso em: [Data de Acesso].
- AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION. AGA Institute Clinical Practice Guideline on the Management of Colorectal Neoplasms. *Gastroenterology*, v. 161, n. 4, p. 1361-1372, 2021.
- AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. Guidelines for quality in colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, v. 92, n. 2, p. 282-300, 2020.
- Análise de custos do tratamento sistêmico do câncer colorretal sob a perspectiva de um hospital público (ResearchGate)
- BARBOSA, R. et al. Achados histopatológicos em biópsias de colonoscopia em um programa de rastreamento. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 59, n. 1, p. 45-52, 2022.
- BARROS, C. P. et al. Tipos histológicos e progressão dos pólipos colorretais: um estudo de coorte. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 53, n. 3, p. 230-238, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento e diagnóstico precoce do câncer colorretal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. (Cadernos de Atenção Primária, n. 43).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Diretrizes para a qualificação da atenção na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRITO, F. R. et al. Risco de malignidade em pólipos colorretais maiores que 1 cm: uma metanálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 68, n. 5, p. 610-617, 2022.
- CANCER RESEARCH UK. Bowel cancer screening and its benefits. Londres: Cancer Research UK, 2019. Disponível em: [Link para o site da Cancer Research UK]. Acesso em: [Data de Acesso].
- CARVALHO, A. L.; BARROS, M. M. Desafios na adesão a programas de rastreamento de câncer no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 250-261, 2019.
- COHEN, B. D. et al. Current concepts in colorectal cancer screening. *Journal of Clinical Gastroenterology*, v. 52, n. 9, p. 753-764, 2018.
- COSTA, M. G.; MARQUES, L. C. Indicadores de qualidade em colonoscopia: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, e20200057, 2020.
- FERNANDES, C. M.; SILVA, V. A. Epidemiologia do câncer colorretal no Brasil: tendências e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, e2022010, 2022.
- FERREIRA, J. N. et al. Acurácia do teste imunoquímico fecal para rastreamento de câncer colorretal. *Jornal Brasileiro de Gastroenterologia*, v. 35, n. 4, p. 280-287, 2018.
- GONÇALVES, P. E. et al. Prevalência de pólipos sincrônicos em pacientes com adenomas colorretais. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 33, e1512, 2020.

GONÇALVES, T. L. et al. Consumo de álcool e risco de câncer colorretal: uma revisão sistemática. *Revista de Nutrição*, v. 31, n. 2, p. 235-246, 2018.

GUIMARÃES, F. A. et al. Recomendação de idade para início do rastreamento de câncer colorretal: uma análise crítica. *Revista Médica Brasileira*, v. 69, n. 1, p. 10-18, 2023.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro:INCA, 2023. Disponível em: [Link para o site do INCA]. Acesso em: [Data de Acesso].

INCA — Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil 2023–2025 (ResearchGate)

INCA — 781 mil novos casos de câncer por ano no Brasil entre 2026 e 2028 (gov.br)

LIMA, R. C.; SANTOS, P. H. Neoplasias neuroendócrinas gastrointestinais: aspectos clínicos e histopatológicos. *Jornal Brasileiro de Gastroenterologia*, v. 36, n. 3, p. 200-208, 2019.

MACEDO, A. P. et al. Localização de adenomas avançados e câncer colorretal em programas de rastreamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 2, e 09051, 2021.

MARINHO, S. C. et al. Prognóstico do câncer colorretal em diferentes estágios de detecção. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 29, e-S2005-06, 2019.

NASCIMENTO, C. L. et al. Eficácia do teste imunoquímico fecal no rastreamento do câncer colorretal: uma meta-análise. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, e53011, 2019.

NUNES, B. L. COSTA, R. F. História familiar e risco de câncer colorretal: implicações para o rastreamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, e00056720, 2021.

Observatório de Oncologia — Custo do câncer no SUS (2025) (observatoriodeoncologia.com.br)

Oncoguia — Custo de tratamento de câncer sobe 400% em quatro anos (2023) (oncoguia.org.br)

PEREIRA, L. M.; LOPES, A. V. Adesão a programas de rastreamento de câncer: barreiras e facilitadores. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 25, n. 2, p. 180-190, 2020.

PINHEIRO, D. M. et al. Impacto do atraso diagnóstico no prognóstico do câncer colorretal. *Jornal Brasileiro de Oncologia Clínica*, v. 15, n. 1, p. 30-37, 2019.

REIS, A. A.; SOUZA, E. P. Rastreamento populacional do câncer colorretal com FIT: resultados de um programa piloto. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 10, n. 1, p. 70-78, 2020.

ROCHA, P. T.; ALMEIDA, S. L. Lesões serrilhadas colorretais: desafios no diagnóstico e manejo. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 57, n. 4, p. 450-456, 2020.

SILVA, M. H.; OLIVEIRA, C. F. O papel das campanhas de saúde na prevenção do câncer: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2750-2760, 2021.

SOUZA, F. B. et al. Fatores de risco para câncer colorretal no Brasil: uma análise da literatura. *Revista Brasileira de Oncologia*, v. 14, n. 3, p. 180-188, 2018.

The Conversation — Câncer colorretal: números revelam os danos econômicos e sociais da doença no Brasil (2026) (theconversation.com)

VIEIRA, P. S. et al. Taxa de detecção de adenomas em programas de rastreamento por colonoscopia: uma revisão sistemática. *Revista de Medicina*, v. 101, n. 2, p. 120-129, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Cancer Report 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: [Link para o site da WHO]. Acesso em: [Data de Acesso].

Ficha Técnica

Edição

Iara Lourenço

Diagramação

Thiago Henrique Ferreira

Técnico Gráfico

Ismar Batista

Comunicação Setorial - SES/GO



Prefeitura de
Goiás
Nossa gente. Nosso patrimônio.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Estado de
GOIÁS