

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MILENA PEREIRA VIEIRA

**A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DO
CÂNCER COLORRETAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo científico como requisito parcial a conclusão do Bacharelado em Enfermagem sob orientação do Professor Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

A importância do rastreamento e diagnóstico do câncer colorretal.

Milena Pereira Vieira¹
Eduardo Cyrino de Oliveira Filho²

Resumo:

O câncer colorretal ocupa o terceiro lugar de neoplasia maligna mais frequente no mundo. O rastreamento e diagnóstico precoce é de suma importância para diminuir as taxas de incidência e mortalidade da doença. O presente trabalho foi realizado na forma de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de apresentar os principais métodos para o rastreamento e diagnóstico do câncer colorretal. Recomenda-se que o rastreamento do CCR comece a partir dos 50 anos, utilizando o exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) anual, e a retossigmoidoscopia flexível (RSF) a cada 5 anos para pacientes de risco baixo e médio. O exame preferencial para diagnóstico é a colonoscopia pois o mesmo permite detectar e ressecar as lesões em um único momento. A atuação da enfermagem frente o rastreamento do CRR tem um papel fundamental, pois diante as atribuições da profissão o enfermeiro deve estar alerta aos fatores de risco, para que assim possa realizar a busca ativa de pessoas suscetíveis ao rastreamento através de uma anamnese minuciosa e exame físico, etapas essas que compõem o diagnóstico do CCR.

Palavras-Chave: Câncer colorretal; Rastreamento; Detecção Precoce; Diagnóstico; Enfermagem.

The importance of colorectal cancer screening and diagnosis.

Abstract

Colorectal cancer ranks third as the most frequent malignant neoplasm in the world. Screening and early diagnosis is of paramount importance to reduce the incidence and mortality rates of the disease. The present work was carried out in the form of a narrative review of the literature, with the aim of presenting the main methods for screening and diagnosing colorectal cancer. It is recommended that CCR screening be started from age 50, using the annual fecal occult blood test (PSOF) and flexible rectosigmoidoscopy (RSF) every 5 years for low- and medium-risk patients. The preferred test for diagnosis is colonoscopy because it allows detecting and resecting the lesions in a single moment. The role of nursing in relation to CRR tracking has a fundamental role, as nurses must be alert to risk factors in view of the profession's duties, so that they can actively search for people susceptible to tracking through a thorough anamnesis and examination. these steps that make up the diagnosis of CCR.

Key words: Colorectal cancer; Tracking; Early Detection; Diagnosis; Nursing.

¹Estudante do Curso de Enfermagem do UniCEUB

²Professor do Curso de Enfermagem do UniCEUB

1. INTRODUÇÃO

O câncer é a principal causa de saúde pública no mundo e já está entre a quarta causa de morte na maioria dos países (BRASIL, 2019). Dito isso, o câncer colorretal (CCR) ou de intestino é o terceiro mais frequente entre ambos os sexos no Brasil, apresentando um aumento de incidência com o avanço da idade (MOURA *et al.*, 2020).

O câncer colorretal pode se iniciar tanto no cólon quanto no reto. O cólon e o reto são segmentos do intestino grosso. Seguindo a anatomia do corpo humano, o cólon se subdivide em 4 partes, sendo elas: o cólon ascendente que termina no ceco, o cólon transversal, o cólon descendente, cólon sigmóide que continua pelo reto e termina no canal anal. Quando o CCR é detectado precocemente na maioria dos casos é passível de tratamento e é curável. A maioria desses tumores são causados por pólipos intestinais que se dão por uma alteração no crescimento anormal da mucosa do intestino grosso e podem ser benignos ou malignos, na maioria dos casos trata-se de uma lesão benigna quando detectados precocemente (TORTORA; DERRICKSON, 2017; GUINHAZI *et al.*, 2019).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019), estima-se que no Brasil para cada ano do triênio de 2020 - 2022, 20.520 casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres. O CCR é o segundo mais incidente em homens na região Sudeste e Centro Oeste, já na região Sul ocupa o terceiro lugar e na região Norte e Nordeste está classificado na quarta posição. É o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste e Sul e o terceiro mais incidente nas regiões Centro Oeste, Nordeste e Norte no sexo feminino.

De acordo com a estatística de câncer disponibilizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), a mortalidade no Brasil em 2019 por câncer colorretal como causa primária, foi de 10.191 nos homens e de 10.385 nas mulheres, ocupando o terceiro lugar de causas de mortes por câncer no Brasil (INCA, 2021).

A causa do CCR ainda é desconhecida, mas alguns fatores podem elevar o risco de se obter a doença, que são: idade maior do que 50 anos; histórico familiar de CCR em parentes de primeiro grau; dieta rica em carne vermelha; portadores de colite ulcerativa crônica ou doença de Crohn; histórico de câncer de útero, ovário e mama; sedentarismo; tabagismo e síndromes genéticas como PAF - polipose adenomatosa familiar ou HNPCC - câncer colorretal hereditário sem polipose. Existem também os fatores protetores, estudos comprovam que dieta rica em fibras, frutas e verduras, um baixo consumo de carne vermelha e a prática de atividade física regular ajudam a reduzir o risco de câncer colorretal (BRASIL, 2008; INCA, 2019).

Os sinais e sintomas mais frequentes associados ao CCR são: mudanças no hábito intestinal (diarreia ou constipação), perda de peso repentina e sem causa aparente, sangue nas fezes, distensão ou desconforto abdominal, fraqueza ou anemia. A prevenção do câncer colorretal baseia-se em adotar um estilo/hábitos de vida mais saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos e uma alimentação rica em vegetais, legumes, fibras e folhas (INCA, 2003).

Existem algumas modalidades de rastreamento do câncer colorretal, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes, a retossigmoidoscopia que é um exame que permite avaliar o ânus, reto e parte do cólon sigmóide e a colonoscopia que também é um exame que da capacidade de avaliar todo o intestino grosso (cólon ascendente, transverso, descendente e sigmóide e ceco) e parte do intestino delgado (íleo terminal) (INCA, 2002).

Essa patologia exige uma extrema necessidade da detecção precoce e rastreamento, visto que a maioria dos casos evoluem de lesões benignas, pólipos adenomatosos, por um período de 10 a 15 anos, portanto, existe um período detectável bem longo. Além disso, a detecção precoce possibilita a identificação e retirada dos pólipos intestinais, assim como detectar câncer na sua fase inicial que se tratados adequadamente elevam as taxas de sobrevivência dando assim um bom prognóstico aos pacientes acometidos por essa doença (BRASIL, 2003).

Assim sendo, estabeleceu-se como pergunta norteadora: qual a importância do rastreamento e diagnóstico do câncer colorretal?

Para atender a este questionamento, elencou-se como objetivo apresentar os principais métodos de rastreamento e diagnóstico do câncer colorretal, bem como o papel do enfermeiro nesse processo.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura no formato narrativo. Segundo Sahagoff (2015) e Ribeiro (2014), relatam que nesse tipo de pesquisa, o pesquisador precisa interpretar materiais e artigos científicos para transcrever uma perspectiva profissional e acadêmica. A pesquisa é coletada de forma qualitativa, compreensiva, de informação publicada anteriormente, permitindo ao pesquisador decidir o perfil adequado ao seu estudo.

Diante ao exposto, foram consultadas as bases de dados, o Portal da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), bem como Portal de publicações do Google Acadêmico, a partir dos seguintes descritores em ciências da saúde (DECs): Câncer colorretal; Rastreamento; Detecção

Precoce; Diagnóstico; Enfermagem. Além disso, também foram consultados documentos da área, principalmente do MS e do INCA.

A pesquisa selecionou artigos publicados no idioma português no período de 2010 a 2021. Contudo, também foram utilizados artigos publicados anteriormente a esse período, desde que esses apresentassem relevância para fundamentar o tema apresentado. A análise das informações foi realizada por meio de leitura exploratória do material bibliográfico encontrado, a abordagem qualitativa foi utilizada para leitura dos artigos permitindo evidenciar as principais convergências encontradas, que foram sintetizadas, agrupadas e categorizadas.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Câncer colorretal (epidemiologia e o câncer propriamente dito)

O câncer colorretal (CCR), trata-se de um tumor maligno que pode comprometer o intestino grosso (cólon e reto), é uma das neoplasias malignas mais comuns no trato gastrointestinal. Trata-se de uma doença crônica que tem como característica o crescimento anormal e desordenado das células modificando o seu conteúdo genético (MOTA; SILVA; WIETZKOSKI, 2019).

Grande parte das lesões no intestino grosso apresentam-se inicialmente de caráter benigno através de pólipos, geralmente demoram cerca de 10 anos até essas lesões atingirem a malignidade (o câncer). A maioria dos cânceres do intestino grosso iniciam-se como um adenoma progredindo para um pequeno pólipo e em seguida para displasia e câncer (MALLMAN *et al.*, 2017).

Os fatores de risco dos tumores do intestino grosso podem ser divididos em dois grupos: esporádicos e familiares, contudo existem algumas doenças associadas que podem aumentar a sua incidência (Quadro 1). Estima-se que em 75% dos casos o CCR podem ser classificados como esporádicos e cerca de 7% dos casos estão associados a condições hereditárias (BRASIL, 2003; SBCEP, 2009).

Segundo Nettina (2014) a PAF é um distúrbio hereditário caracterizado por múltiplos pólipos adenomatosos do cólon e nos indivíduos afetados o câncer pode se desenvolver e é responsável por menos de 1% dos cânceres de cólon. Já o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC), tem um risco muito mais elevado de desenvolver CCR, é responsável por

cerca de 3 a 6% de todos os cânceres colorretais e tende-se a se desenvolver em uma média de 44 anos de idade.

Quadro 1 – Principais fatores de risco para o Câncer Colorretal.

Fatores de risco no câncer esporádico	<ul style="list-style-type: none">- Idade acima de 50 anos;- Dieta com alto teor de gordura;- Sedentarismo;- Tabagismo;- Consumo excessivo de carne vermelha;- Obesidade;- Consumo excessivo de álcool- Baixo consumo de fibras.
Fatores de risco no câncer associado a hereditariedade	<ul style="list-style-type: none">- Histórico familiar de câncer colorretal ou CA de ovário, endométrio ou mama;- Polipose adenomatosa familiar (FAP).- Câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC).
Fatores de risco no câncer associado a doença	<ul style="list-style-type: none">- Doença inflamatória intestinal (DII)

Fonte: SBCP (2009).

Dentre os fatores de risco esporádicos darei ênfase: idade, tabagismo, consumo excessivo de carne vermelha, álcool e obesidade. Não excluindo os demais fatores, como: dieta com alto teor de gordura, sedentarismo, dentre outros, uma vez que a literatura apresenta uma gama de informações do assunto (BECK, *et al.*, 2011 e BRASIL, 2003).

A idade é o fator de risco mais importante para o CCR, pois é uma doença onde 90% dos casos são diagnosticados após os 50 anos e o risco de adquirir a patologia continua a aumentar com o decorrer da idade. Com relação ao consumo excessivo de carne vermelha principalmente das carnes processadas foi associado um aumento do risco de CCR. O consumo excessivo de álcool também está associado a maior risco de CCR uma vez que, executa um possível papel sobre a oncogênese colorretal (BECK *et al.*, 2011).

Estudos mostram que o risco para o CCR é de 4 vezes maior em tabagistas do que em não tabagistas. Por fim associando a obesidade ao risco aumentado de CCR, um dos mecanismos abordados pela literatura é a relação da resistência à insulina que é mais encontrada em pacientes obesos (BRASIL, 2003).

Acrescenta-se que, indivíduos com parentes de primeiro grau que já tenham tido CCR possuem o risco elevado de obter a doença em comparação com aqueles que não possuem histórico familiar. Por fim, pacientes com doença inflamatória intestinal (DII), em outras

palavras indivíduos que possuem retocolite ulcerativa ou doença de Crohn, que são expostos a patologia por muitos anos tem uma probabilidade maior de apresentar CCR, embora seja difícil estimar o risco com precisão (BECK *et al.*, 2011).

Moura *et al.* (2020), realizaram um estudo transversal com 348 pacientes no qual demonstra que, as manifestações clínicas mais prevalentes em pacientes portadores de CCR, foram: perda de peso, dor, boca seca e preocupações.

Em controvérsia Mallmann *et al.* (2017) expõem que, a sintomatologia do CCR vai depender do estágio da doença e da localização do tumor. O mesmo autor aborda que, os sintomas mais frequentes são hematoquezia, melena, dor abdominal e alteração do hábito intestinal podendo se estender para distensão abdominal, náuseas e vômitos.

Em vista disso, o câncer colorretal é uma doença que tem grande repercussão em nível mundial. No ano de 2020 no Brasil o câncer de cólon e reto é o segundo tipo de câncer mais incidente em homens e mulheres. Já em 2019 foi classificado como o terceiro tipo de câncer que causa mais mortes no Brasil (INCA, 2021).

Por outro lado Beck *et al.* (2011), constata que, nos Estados Unidos (EUA) o CCR é o terceiro tipo de câncer mais comum em homens e mulheres, porém desde 1985 as taxas de incidência e mortalidade vem diminuindo devido principalmente a modalidade de rastreamento.

3.2 Rastreamento (principais técnicas)

O rastreamento do câncer colorretal é de extrema importância, pois há evidências de que a patologia pode ser evitada com a detecção precoce da doença, visto que, o tempo estimado para que a lesão precursora do CCR conhecida como pólipos adenomatosos cresça e se transforme em tumor é superior a 10 anos, tempo suficiente para que a lesão seja identificada e ressecada prevenindo assim o câncer. Além disso o câncer identificado em estágio inicial reduz significativamente a mortalidade pela doença (GAMA, 2005).

Estudos apontam que, o rastreamento do CCR tem como objetivo diminuir a incidência da morbimortalidade dos pacientes acometidos por essa patologia, com isso recomenda-se realizar exames periódicos em indivíduos assintomáticos a fim de detectar lesões pré malignas (pólipos adenomatosos), prevenindo assim a evolução da doença (INCA, 2003).

O rastreamento do câncer colorretal é realizado de forma individualizada, considerando fatores epidemiológicos e genéticos, esses critérios dividem a população em três grupos distintos que será abordado no quadro 2 (MOTA; SILVA; WIETZKOSKI, 2019).

Quadro 2 – Estimativa de risco para CCR de cada população:

Baixo risco	- Indivíduos com idade superior a 50 anos e sem outros fatores de risco;
Risco moderado	- Pacientes com histórico familiar de CCR em um ou mais parentes de primeiro grau; - Histórico pregresso de pólipos maior do que um (01) centímetro (cm) ou múltiplos pólipos;
Alto Risco	Indivíduos com histórico familiar de doenças hereditárias, como: - Câncer colorretal não polipoide hereditário (HNPCC); - Doença inflamatória intestinal (DII); - Polipose adenomatosa familiar (FAP);

Fonte: MOTA; SILVA; WIETZKOSKI, 2019.

O protocolo seguido para pacientes de risco baixo e moderado é o exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) anualmente, caso o resultado seja positivo, deve dar seguimento com os exames de retossigmoidoscopia flexível e colonoscopia, essa triagem deve ser feita a partir dos 50 anos. Sob o mesmo ponto de vista Beck *et al.* (2011) relata que, pessoas a partir de 50 anos devem ser submetidas a triagem, sendo estas consideradas risco moderado, a triagem consiste em, pesquisa anual de sangue oculto nas fezes (PSOF), retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos, PSOF e retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos e colonoscopia a cada 10 anos. O autor ainda afirma que pela baixa sensibilidade do PSOF é preconizado que seja associado o PSOF anual com a retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos pois é mais efetivo do que utilizar somente PSOF como método único de rastreamento (BRASIL, 2003).

Por outro lado a abordagem de rastreamento para pacientes de médio risco será avaliada e seguida conforme preferência do médico-paciente e dos recursos disponíveis, não deixando de discutir as vantagens e desvantagens de cada método de rastreamento do CCR. Afirma ainda que a colonoscopia é o mais indicado pela sua maior eficiência (ASSIS, 2011).

3.2.1 Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF)

O exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) no rastreamento de CCR se justifica pelo fato de que as lesões neoplásicas são mais friáveis e tem um sangramento excessivo quando comparado a mucosa intestinal saudável. Com isso, este método de

rastreamento mostra de forma indireta a presença de lesões no intestino grosso que podem ou não ser benignas ou malignas (DIAS *et al.*, 2017).

Segundo Braga *et al.* (2017), o exame de PSOF constitui-se no reconhecimento de hemoglobina nas fezes, sendo um excelente método de rastreamento e detecção precoce do câncer colorretal. Essa informação está convergente com Gama (2005) que refere ainda que o PSOF feito anualmente e de seguimento reduz o risco de CCR em 16%.

Além disso, Reis *et al.* (2017) relata que o PSOF é fundamental para o rastreamento do CCR em indivíduos de 50 a 75 anos pois sua sensibilidade varia de 38,3 % a 49,5% além de ser um exame acessível, de baixa complexidade, não invasivo e fácil realização.

Todavia Beck *et al.* (2011) aborda que o PSOF tem uma desvantagem que é a má adesão da população pois estudos prospectivos abordados pelo autor mostraram que apenas 38-60% dos indivíduos completaram os testes programados para o tal exame. Já Assis (2011) relata que uma das principais desvantagens do PSOF é a baixa sensibilidade para CCR em indivíduos assintomáticos.

Portanto, o PSOF não é um método de diagnóstico no CCR e sim de detecção precoce da doença pois resultados falso-positivos podem se suceder através de perdas sanguíneas fisiológicas, como por exemplo: hemorroidas, ou de lesões não neoplásicas, por isso é indicado o exame de retossigmoidoscopia flexível caso o paciente tenha um resultado positivo do PSOF (BRASIL, 2003).

3.2.2 Retossigmoidoscopia flexível (RSF)

A retossigmoidoscopia flexível (RSF) é um exame que permite avaliação da mucosa do reto e do cólon sigmoide, ajuda na visualização da coloração da mucosa e a identificar se há presença de edemas ou lesões, possibilita a coleta de sangue, muco e a realização biópsias. Se indicado, na maioria das vezes é um exame que pode ser feito ambulatorialmente, não necessita de sedação, geralmente é indolor e é necessário somente a limpeza do canal anal (BRASIL, 2003). Uma das recomendações de rastreamento é a combinação da retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos com a PSOF anual como defende Beck *et al.* (2011) e Oliveira *et al.* (2018).

De acordo com Inca (2002), a RSF quando comparada ao exame de pesquisa de sangue oculto das fezes tem uma possibilidade maior de detectar lesões precursoras do CCR, relata

ainda que há chance de achar pelo menos 65 % dos pólipos, porém é um exame de alto custo e desconfortável para o paciente.

Além do mais Assis (2011), mostra que a RSF tem uma sensibilidade de 58 a 75%. Acrescenta ainda que, o exame citado quando feito isolado, em outras palavras, quando abordado de forma única, consegue identificar neoplasia avançada três vezes mais que o PSOF e associado a ele reduz em 42% a mortalidade por CCR.

Saliente-se ainda que a retossigmoidoscopia flexível apresenta algumas vantagens quando comparada ao PSOF, estas são, visualização direta da mucosa do cólon sigmoide e reto, identificar lesões, biópsia-las e resseca-las durante o exame.

Em contrapartida Mallmann *et al.* (2003) abordam que a RSF por mais que seja um exame de alta sensibilidade deixa a desejar pois avalia somente o cólon distal deixando de investigar o cólon proximal. Afirmam ainda que, a maioria das lesões neoplásicas avançadas são encontradas no cólon direito.

3.2.3 Colonoscopia

A colonoscopia é um exame endoscópico que permite visualizar na maioria dos pacientes cerca de 95% do cólon e íleo terminal diferente da retossigmoidoscopia que só permite avaliar a mucosa do reto e cólon distal. Esse exame também oferece a possibilidade de detectar e remover lesões pré malignas encontradas durante o exame. Para realizar o exame é necessário uma preparação intestinal e submeter o paciente a sedação, é um exame invasivo e de alto custo (DIAS; GOLLNER; TEIXEIRA, 2007)

Ademais Beck *et al.* (2011) afirmam que a colonoscopia é o padrão ideal para avaliar a mucosa do cólon, pois possibilita a detecção e remoção das lesões pré malignas em todos o intestino grosso e é o exame final a seguir após qualquer exame de rastreamento positivo para CCR. De forma semelhante Gama (2005) afirma que para prevenção e diagnóstico do CCR a colonoscopia é padrão ouro e ainda acrescenta que o exame pode reduzir a incidência da doença em até 90% e da mortalidade em até 100%.

Segundo Inca (2003) e Assis (2011), apesar de não existir evidências diretas de que a colonoscopia é um método efetivo de rastreamento, ambos concordam que é o exame com maior sensibilidade para o câncer colorretal.

Por fim Silva *et al.* (2003) revelam que a colonoscopia é considerada o exame de maior relevância para diagnóstico de lesões no intestino grosso, principalmente das neoplasias.

3.3 Principais técnicas do Diagnóstico

Para o câncer colorretal se preza um diagnóstico precoce pois isso irá favorecer o tratamento que está diretamente ligado ao diagnóstico precoce da doença, além de ser um passo essencial para a cura (MOTA; SILVA; WIETZKOSKI, 2019).

Por outro lado alguns fatores também auxiliam no retardo do diagnóstico precoce, estes são: pacientes assintomáticos, falta de informação da população sobre a doença, vergonha ou preconceito dos pacientes devido aos exames utilizados para investigação das doenças de cólon, fatores socioeconômicos e falta de recursos do sistema de saúde para a população (BRASIL, 2003). Sob o mesmo ponto de vista Reis *et al.* (2017) fala sobre o desenvolvimento silencioso do CCR, onde as lesões e tumores permanecem durante muito tempo de forma assintomática dificultando assim o diagnóstico precoce da doença.

Segundo Cordeiro (2004), a colonoscopia é o exame preferencial para o diagnóstico do CCR, pois além de avaliar todo o intestino grosso consegue identificar pequenas lesões e realizar biópsias das mesmas para um estudo anatomopatológico. Do mesmo modo afirmam Braga *et al.* (2017), acrescentando ainda que o exame não é só para fins de diagnósticos mas também terapêutico.

Existem algumas etapas a serem seguidas para o diagnóstico do CRR, para Mallmann *et al.* (2017) e Brasil (2003), essas etapas são: anamnese, exame físico, alguns exames complementares, como: a colonoscopia junto com a análise anatomopatológica e enema opaco com duplo contraste ou a colonoscopia virtual, caso o paciente não tenha acesso a colonoscopia ou tenha alguma contra indicação (Quadro 3).

Quadro 3 – Etapas para o diagnóstico do CCR

Anamnese	É fundamental pois permite que o especialista avalie esse paciente considerando fatores de risco, hábitos alimentares, sedentarismo, se o indivíduo é etilista ou tabagista, se está apresentando alguma queixa no hábito intestinal, se possui algum histórico familiar de CCR, se apresenta sangramentos, uso de medicações diárias ou queixas que podem estar diretamente ligadas com o CCR, com isso o médico consegue direcionar seu raciocínio e levantar suspeitas para tal doença (BRASIL, 2003).
Exame físico	O exame físico pode não revelar muito mas é indispensável. No abdômen deve atentar-se principalmente para massas, dor ou algum sinal de dor a palpação. Na inspeção é necessário ter um olhar mais criterioso a distensão abdominal, ascite. O toque retal é de extrema importância pois pode detectar

	até 50% dos tumores presentes no canal anal ou reto (MALLMANN et al., 2017).
Colonoscopia	A colonoscopia é o exame considerado padrão ouro para o diagnóstico do CCR. Só é indicado quando o paciente realizou qualquer exame de rastreamento, como o PSOF ou a retossigmoidoscopia flexível e apresentou um resultado positivo, pois se trata de um exame invasivo, de alto custo e que submete o paciente a sedação e preparo intestinal. É um exame que possibilita detectar e remover outras lesões neoplásicas e na presença de lesão infiltrativa é possível realizar a biópsia para estudo anatomopatológico e verificar as possibilidades de tratamento a ser seguido com o paciente (BECK et al., 2011; SILVA; ERRANTE, 2016).
Enema opaco	É um exame que utiliza raio-x e contraste para avaliar o intestino grosso e identificar lesões ou algumas doenças. Essa modalidade já foi padrão ouro para o rastreamento e diagnóstico do CCR, mas atualmente ela é reservada para ser utilizada a pacientes que não tem acesso a colonoscopia ou que tem alguma contra indicação, e alguns especialistas gostam de usar esse exame associado a colonoscopia para diagnóstico do CCR (CORDEIRO, 2004; BRASIL, 2003).
Colonoscopia virtual	A colonoscopia virtual consiste em um uma tomografia computadorizada (TC) que tem uma técnica de cortes finos, formando imagens tridimensionais que possibilitam examinar a mucosa de cólon. Esse exame apresenta algumas vantagens, por se um exame não invasivo e não precisar de sedação porém é um exame que não é possível realizar biópsia caso tenha algum achado suspeito tendo que submeter o paciente ainda a avaliação e confirmação endoscópica (BECK <i>et al.</i> , 2011).

Além das etapas de diagnóstico abordadas no quadro 3, os autores Netinna (2014) e Silva e Errante (2016) ainda falam sobre outros exames adicionais, que são: ultrassonografia endorretal, ressonância magnética pélvica (RM) e tomografia computadorizada (TC) das regiões de abdome, fígado, pulmões e cérebro, porém não são abordados como exames diagnósticos do CCR, esses tem como objetivo avaliar profundidade e extensão do tumor e revelar doenças metastáticas.

Por fim, Gama (2005) e Oliveira *et al.* (2018) afirmam que o exame de colonoscopia é o preferencial para diagnóstico de CCR, porém abordam a realidade sobre os fatores socioeconômicos desfavoráveis, relatando ainda a falha no sistema de saúde do país para com os indivíduos que dependem disso para obterem um diagnóstico precoce da doença.

3.4 Qual o papel da enfermagem nesse processo?

A enfermagem tem diversas funções na Atenção Primária a Saúde (APS), de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), as atribuições específicas da enfermagem são, garantir a promoção e a proteção saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento,

reabilitação e manutenção a saúde. Dentre a gama de funções que o profissional de enfermagem exerce na APS a considerada mais ampla, importante e relevante é a consulta de enfermagem, porém apesar da graduação e especializações que o curso exige muitas das vezes não é suficiente para realização das tarefas, sendo fundamental que os serviços desenvolvam cursos para os profissionais (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Diante disso, o enfermeiro frente o rastreamento do câncer colorretal tem um papel fundamental, pois diante as atribuições da enfermagem o profissional deve estar alerta aos fatores de risco, para que assim possa realizar a busca ativa de pessoas suscetíveis ao rastreamento através de uma anamnese minuciosa e exame físico, etapas essas que compõem o diagnóstico do CCR (SILVA *et al.*, 2018).

A APS possui alternativas que auxiliam o rastreamento do CCR, a busca ativa da população na unidade é uma excelente estratégia que pode ser usado pelo profissional enfermeiro, pois através disso é possível realizar uma análise da população e recrutar aqueles indivíduos que se enquadram nos critérios de rastreamento, conseqüentemente iniciar um programa de detecção precoce da patologia através da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF). Além disso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) dispõe de profissionais como o Agente Comunitário de Saúde e Médico da família que podem auxiliar o enfermeiro nessa estratégia, possibilitando também campanhas de promoção de saúde sobre o assunto com a população (FERISBERTO *et al.* 2021).

De acordo com Zandonai, Sonobe e Sawada (2012), a instrução aos pacientes quanto aos hábitos de estilo de vida principalmente voltado para alimentação saudável é papel da enfermagem junto a outros profissionais de saúde na prevenção primária do CCR.

Já Nicolussi e Sawada (2010), abordam o quanto os estudos sobre a atuação da enfermagem frente aos fatores de risco do CCR são escassos. Acrescentam ainda que o tema tem sido discutido e desenvolvido em dissertações nas universidades brasileiras porém é notória a dificuldade de encontrar publicações sobre o assunto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer colorretal é uma doença de nível mundial, que abrange todo o intestino grosso e ambos os sexos. Mesmo com vários estudos publicados e o avanço da tecnologia as taxas de incidência e mortalidade vem crescendo cada vez mais, ocupando a terceira neoplasia maligna mais frequente no mundo.

Apesar dos fatores de risco não modificáveis da patologia, como, idade, hereditariedade e doença inflamatórias intestinais, existem fatores de risco modificáveis que ajudam na prevenção do CCR, estes são, fatores hereditários, alimentação, tabagismo e etilismo, que com o acesso a informação e conscientização da população sobre a doença e os fatores relacionados a ela, podem impactar nas taxas de incidência e mortalidade da patologia.

Existem estudos que comprovam a eficácia dos métodos de rastreamento da doença, para isso, é necessário que profissionais capacitados abordem uma anamnese minuciosa do paciente para detectar os possíveis fatores de risco e já iniciar o rastreamento com esses indivíduos.

Pode-se concluir que a colonoscopia é o método de diagnóstico mais eficaz da doença e em alguns casos até de prevenção pois o exame possibilita identificar e ressecar lesões antes mesmo que elas se tornem malignas, porém, apresenta desvantagem pelo seu alto custo e muitas vezes a falta de acesso da população através do sistema de saúde o que impossibilita o diagnóstico precoce da doença.

A atuação da enfermagem frente ao rastreamento do câncer colorretal é de extrema importância, apesar da escassez de publicação sobre o assunto, é notório que o enfermeiro é o profissional habilitado na atenção primária a saúde para receber e acolher esse paciente, além de possuir estratégias no centro de saúde que facilitam o rastreamento da população, como por exemplo: realizar busca ativa no território abrangente a unidade, recrutando assim os indivíduos que se enquadram nos critérios de detecção precoce da doença.

Dessa maneira, a prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce da doença são sem dúvidas fatores que impactam na incidência e mortalidade do CCR. Para isso, é necessário corrigir algumas falhas que não estão somente no sistema único de saúde, mas nos profissionais engajados a realizar uma identificação apropriada nas populações de risco baixo, moderado e alto, e a formação de programas que auxiliem isso, como educação continuada da população a respeito da doença e quebra de preconceitos quanto aos exames utilizados para método de rastreamento e diagnóstico.

REFERÊNCIAS

ASSIS, R. B. F. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. **Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, v. 30. n. 2, p. 62-64, 2011. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/cientifico/ged/volume30/2/5.pdf>. Acesso em 24 abr. 2021.

BRAGA, C. D. et al. Rastreamento do câncer colorretal através da pesquisa de sangue oculto fecal – um estudo de base populacional. **GED, Gastroenterologia Endoscopia Digestiva** v. 36, n. 2, p. 60 – 64, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876745/rastreamento-do-cancer.pdf>. Acesso em 10 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf. Acesso em 29 mar. 2021.

BECK, D. E. et al. **Manual de Cirurgia Colorretal ASCRS**. Di Livros Editora LTDA, 2011. Acesso em 20 mai. 2021.

CORDEIRO, F. Diretrizes para diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, p. 10-11, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZXYqZydbd95bNHSDH8XqgC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 23 mai. 2021.

DIAS, A. P. T. P.; GOLLNER, A. M.; TEIXEIRA, M. T. B.; Câncer colorretal – Rastreamento, prevenção e controle. **HU Revista Juiz de Fora**, v. 33, n. 4, p. 125-131, out/dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/67>. Acesso em 24 abr. 2021.

FELISBERTO, Y. S.; t al. Câncer colorretal: a importância de um rastreio precoce. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 5-6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7130.2021>.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G.; A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704-709, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

INCA. (Instituto Nacional de Câncer). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf. Acesso em 29 mar. 2020

INCA. (Instituto Nacional do Câncer). **Estatísticas de câncer**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em 02 de abr. 2021.

INCA. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em 20 mar. 2021.

INCA. (Instituto Nacional do Câncer). Normas e recomendações do INCA - NORMS AND GUIDELINES – Prevenção e controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48,

n. 3, p. 317-332, 2002. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/normas.pdf. Acesso em 15 mai. 2021.

INCA. (Instituto Nacional do Câncer). Normas e recomendações do INCA – Prevenção do câncer de intestino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 207, 2003. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_49/v04/pdf/norma5.pdf. Acesso em 15 mar. 2021.

GAMA, A. Câncer colorretal – A importância da sua prevenção. **Arquivo Gastroenterologia**, v. 42, n.1, p. 02 – 03, jan./mar. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ag/v42n1/a02v42n1.pdf>. Acesso em 15 mar. 2021.

GUINHAZI, N. P.; et al. Indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais: uma revisão de literatura. **Revista Artigos.com**, vol 1, p. 158, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/158/258>. Acesso em 20 abr. 2021.

MALLMANN, G. D. P. et al. **Câncer colorretal**. p. 7, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883215/ca-colorretal-finalb_rev.pdf. Acesso em 10 mai. 2021.

MALLMANN, A. C. M. et al. Rastreamento do câncer colorretal. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**, n. 16, v. 1, p. 13-15, 2003. Disponível em: <https://www2.ghc.com.br/GepNet/docsrevista/revista2003n1.pdf#page=12>. Acesso em 25 mai. 2021.

MOTA, A.; SILVA, V, R; WIETZKOSKI, J. F. N. **Câncer do colorretal: uma revisão de literatura acerca do rastreamento, prevenção e controle da doença**, 2019. Acesso em 15 mar. 2021.

MOURA, S. F.; et al. Padrão sintomatológico em pacientes do câncer colorretal de acordo com a idade. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 66, n. 1, 2020. DOI: 0.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.474.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 9ª edição. v. 2, p. 683-686, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Acesso em 22 abr. 2021.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Acta paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 125-130, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/c4RgV5qCbgFbq7QCPK3z65M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 29 de jun. 2021.

OLIVEIRA, M. M.; et al. Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 21, p. e180012, 2018. DOI: 10.1590/1980-549720180012.

REIS, J. Q. et al. Prevenção do câncer colorretal em pacientes assintomáticos. **Revista Review**. V. 29, n. 3, p.118-122, Jan – Mar 2017. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170304_120756.pdf. Acesso em 10 mai. 2021.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 15, n. 3, p. 671-682, dez. 2014. DOI: 10.15309/14psd150309.

SAHAGOFF, A. P. Pesquisa Narrativa: uma metodologia para compreender a experiência humana. **XI Semana de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação**, v. 11, 2015. Disponível em: https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos_trabalhos/3612/879/1013.pdf. Acesso em 15 mar. 2021.

SBCP. (Sociedade Brasileira de Coloproctologia). **Câncer colorretal – folhetos normativos**. 2009. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/pdfs/publico/cancerColorretal.pdf>. Acesso em 12 abr. 2021.

SILVA, E. J.; et al. Colonoscopia: Análise crítica de sua indicação. **Revista Brasileira Coloproctologia**, v. 23, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.sbc.org.br/pdfs/23_2/02.pdf. Acesso em 28 mai. 2021.

SILVA, M; ERRANTE, P, R. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 33, p. 133-140, out/dez, 2016. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/765>. Acesso em 29 mai. 2021.

SILVA, M. M. C.; et al. A atuação do enfermeiro na prevenção secundária do câncer colorretal: uma revisão de literatura. **Coordenadora científica**, p. 9, 2018. Disponível em: <http://ojs.saomarcos.org.br/index.php/cientifica/article/viewFile/127/71#page=10>. Acesso em 29 de jun. 2021.

TORTORA, G, J; DERRICKSON, B. **Corpo Humano Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 13ª ed. São Paulo, Artmed editora, 2017. Acesso em 12 mar. 2021.

ZANDONAI, A. P. S.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 46, n. 1, p. 234-239, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100031>.