

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CÂNCER COLORRETAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA PARAÍBA: UM ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

EDUCATIONAL INTERVENTION ON COLORECTAL CANCER IN PRIMARY HEALTH CARE IN A MUNICIPALITY OF PARAÍBA: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Informações dos autores:

Pedro Henrique Cirne Borba

pedrocirneborba@gmail.com

Instituição de vínculo, Cidade – Estado, País



Otoni Lima de Oliveira Filho

otonilimamed@gmail.com

Unifacisa, Campina Grande – PB, Brasil



Bárbara Leitão Barbosa de Melo

barbara-blbm@hotmail.com

Unifacisa, Campina Grande – PB, Brasil



Margarida Milleny da Silva Fernandes

Margaridafernandesmed@gmail.com

Unifacisa, Campina Grande – PB, Brasil



Maine Virgínia Alves Confessor

maine_alves@hotmail.com

Unifacisa, Campina Grande – PB, Brasil



Contribuição dos autores:

CIRNE BORBA; OLIVEIRA FILHO; – Contribuíram com conceituação, investigação, metodologia e redação.

LEITÃO BARBOSA; SILVA FERNANDES – Contribuiu na metodologia.

ALVES CONFESSOR – Contribuiu com a conceituação, revisão e edição.

RESUMO

Introdução: No Brasil, o câncer colorretal representa importante problema de saúde pública, em razão de sua elevada morbimortalidade, da presença de fatores de risco potencialmente modificáveis e da baixa adesão às estratégias de rastreamento. **Objetivo:** Este estudo quase-experimental, com delineamento antes e depois, teve como objetivo avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre câncer colorretal desenvolvida no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em Unidades Básicas de Saúde do

Indicação do autor para correspondência:

Nome Completo: Pedro Henrique Cirne Borba

Endereço: Antônio Barbosa de Menezes, nº 620, Mirante, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Email: pedrocirneborba@gmail.com

Recebido em: 26/04/2026

Aprovado em: 22/06/2026

município de Campina Grande, Paraíba, entre junho e novembro de 2024. **Metodologia:** Participaram 77 usuários, que foram submetidos a atividades educativas, incluindo palestras, distribuição de materiais informativos e aplicação de questionários antes e após a intervenção. A amostra apresentou heterogeneidade quanto ao nível de escolaridade e predominância de faixas de renda mais baixas, além de elevada frequência de sobrepeso e obesidade, com índice de massa corporal médio de 28,12 kg/m², e presença de comorbidades, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus. No período pré-intervenção, 29,8% dos participantes relataram desconhecimento sobre a doença. Após as ações educativas, 94,8% demonstraram capacidade de identificar sintomas relacionados ao câncer colorretal, 97,4% reconheceram corretamente os exames de rastreamento e 93,5% manifestaram intenção de realizar colonoscopia. Verificou-se, ainda, aumento expressivo na média do conhecimento autorreferido, de 4,86 no período pré-intervenção para 9,58 no período pós-intervenção. **Resultados:** Os resultados evidenciam ampliação imediata do conhecimento autorreferido e da intenção declarada de adesão ao rastreamento após a intervenção educativa, destacando o potencial da Atenção Primária à Saúde como cenário estratégico para ações de educação em saúde e prevenção do câncer colorretal. **Conclusão:** Conclui-se que intervenções educativas contínuas, sistematizadas e contextualizadas podem contribuir para a redução de barreiras socioculturais, ampliar o acesso à informação e favorecer a adoção de comportamentos relacionados à prevenção e ao rastreamento do câncer colorretal, especialmente entre populações socialmente vulneráveis.

Palavras-chave: Neoplasias colorretais; Atenção primária à saúde; Educação em saúde; Colonoscopia.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, colorectal cancer represents a significant public health concern due to its high morbidity and mortality, the presence of potentially modifiable risk factors, and low adherence to screening strategies. **Objective:** This quasi-experimental study, with a before-and-after design, aimed to evaluate the impact of an educational intervention on colorectal cancer conducted within the context of Primary Health Care at Basic Health Units in the municipality of Campina Grande, Paraíba, Brazil, between June and November 2024. **Methods:** A total of 77 users participated in the study and underwent educational activities, including lectures, distribution of informational materials, and administration of questionnaires before and after the intervention. The sample was heterogeneous in terms of educational level and predominantly comprised individuals from lower-income groups. A high prevalence of overweight and obesity was also observed, with a mean body mass index of 28.12 kg/m², along with the presence of comorbidities, particularly arterial hypertension and diabetes mellitus. During the pre-intervention period, 29.8% of participants reported having no knowledge of the disease. Following the educational activities, 94.8% were able to identify symptoms associated with colorectal cancer, 97.4% correctly recognized screening tests, and 93.5% expressed an intention to undergo colonoscopy. In addition, there was a substantial increase in the mean self-reported knowledge score, from 4.86 before the intervention to 9.58 after the intervention. **Results:** The findings demonstrate an immediate increase in self-reported knowledge and in the stated intention to adhere to screening following the educational intervention, highlighting the potential of Primary Health Care as a strategic setting for health education and colorectal cancer prevention initiatives. **Conclusion:** Continuous, systematic, and context-sensitive educational interventions may contribute to reducing sociocultural barriers, improving access to information, and promoting behaviors related to colorectal cancer prevention and screening, particularly among socially vulnerable populations.

Keywords: Colorectal neoplasms; Primary health care; Health education; Colonoscopy.

1 INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR), frequentemente denominado câncer de intestino, assume posição de destaque entre os agravos oncológicos de maior impacto no Brasil, com elevada incidência e expressivo impacto na mortalidade de homens e mulheres, ocupando a segunda posição em taxa de mortalidade tanto em homens quanto em mulheres (INCA, 2022). Tal panorama epidemiológico relaciona-se, em grande medida, à presença de fatores comportamentais e ambientais passíveis de intervenção, incluindo padrões alimentares inadequados, inatividade física, excesso de peso corporal e exposição ao tabaco, bem como à baixa adesão aos exames de rastreamento, como o teste de sangue oculto nas fezes e o exame padrão-ouro, a colonoscopia (Duan *et al.*, 2022).

O CCR apresenta elevada incidência no país, com taxa estimada de 21,10 casos por 100 mil habitantes, sendo 10,99/100 mil no Nordeste. Quanto à mortalidade, observa-se 9,56 óbitos a cada 100 mil habitantes (INCA, 2023), denotando a gravidade dessa enfermidade.

No município de Campina Grande, situada na Paraíba, a situação acompanha a tendência nacional de crescimento. Segundo dados do DATASUS, entre 2015 e 2020, registraram-se 1369 internações e 133 óbitos por CCR na rede pública; já entre 2020 e 2025, foram 1993 internações e 177 óbitos, representando aumento de 45,6% e 33,1%, respectivamente.

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) assume papel central como estratégia capaz de estimular processos reflexivos, favorecer mudanças de comportamento e ampliar o acesso ao conhecimento em saúde. A EPS constitui uma proposta de natureza ética, política e pedagógica, orientada tanto à qualificação quanto à reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), articulando ensino, gestão e comunidade (Ferreira *et al.*, 2019).

A Atenção Primária à Saúde destaca-se como cenário propício para a implementação de intervenções educativas, sobretudo pela proximidade com a população e pelo potencial de construção de vínculos longitudinais, através do esforço compartilhado entre equipes de saúde, facilitando a aceitação das orientações educativas (Ferreira *et al.*, 2019). No contexto do CCR, fatores como temor, vergonha em relação aos exames de prevenção (como a colonoscopia), hábitos alimentares inadequados e sedentarismo podem ser modificados a partir de estratégias educativas consistentes. Desse modo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como principal via de acesso do SUS, representam espaços estratégicos para campanhas informativas, habilitação dos agentes profissionais e engajamento comunitário.

Apesar disso, em Campina Grande, para além do aumento de casos dessa enfermidade, é possível observar que o serviço prestado pela APS aponta fragilidades, tanto pelos usuários quanto pelas equipes atuantes nas UBS (Celino, 2023). Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos de uma intervenção educativa sobre o conhecimento e a percepção do câncer colorretal entre usuários da Atenção Primária à Saúde no município de Campina Grande, Paraíba.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo de natureza quase-experimental, com delineamento do tipo antes e depois, de abordagem quantitativa, sem alocação aleatória dos participantes. O estudo foi desenvolvido a partir da análise de dados coletados no contexto de uma intervenção educativa de caráter universitário, metodologia frequentemente empregada na área da saúde para avaliação de ações educativas e estratégias de promoção e prevenção em saúde (Bandeira, 2013; Campos *et al.*, 2019).

Durante a execução das atividades educativas, foram aplicados dois questionários com o objetivo de avaliar o perfil dos participantes e o impacto das ações realizadas, tratando-se de um instrumento autoral construído especificamente para o estudo. O processo de elaboração do questionário ocorreu em etapas sequenciais: (1) revisão da literatura nacional e internacional sobre fatores de risco, sintomatologia e rastreamento do CCR, bem como sobre instrumentos de avaliação de conhecimento em saúde; (2) construção das questões com base nos conteúdos programáticos da intervenção, abrangendo dimensões sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e conhecimento sobre CCR; (3) submissão do instrumento à apreciação de dois profissionais especialistas nas áreas de Gastroenterologia, Saúde Coletiva e Educação em Saúde, que avaliaram a clareza, pertinência e abrangência dos itens; (4) realização de pré-teste com 10 usuários de uma UBS não participante do estudo, para verificação da compreensão dos itens e do tempo médio de resposta. O questionário final, portanto, forneceu evidências preliminares de validade de conteúdo e adequação do instrumento ao público-alvo.

O questionário inicial contemplou variáveis sociodemográficas (idade, sexo, peso, altura, cor/raça, moradia, escolaridade e renda familiar), condições de saúde (presença de comorbidades e uso de medicamentos), hábitos de vida (atividade física, tabagismo e etilismo) e aspectos clínicos do trato gastrointestinal, como frequência evacuatória, padrão do trânsito intestinal, presença de dor abdominal, sangramento nas fezes, histórico de pólipos intestinais e realização prévia de colonoscopia. Além disso, buscou-se mensurar o conhecimento prévio e a percepção sobre o CCR.

O questionário final teve como finalidade avaliar o impacto imediato da intervenção educativa, contemplando a autoavaliação do aprendizado, a valorização do tema, a capacidade de reconhecer sinais e sintomas da doença e a intenção de realização declarada do rastreamento, bem como incluir espaço para sugestões, críticas e elogios.

As informações obtidas foram registradas em planilhas do Microsoft Excel e submetidas à análise estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e de médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas. Para comparação dos resultados obtidos nos períodos pré e pós-intervenção, foi aplicado o teste t de Student para amostras pareadas à variável contínua de autopercepção do conhecimento e o teste de McNemar às variáveis categóricas dicotômicas, considerando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e interpretados à luz dos objetivos do estudo e do contexto em que os dados

foram coletados.

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFACISA (CAAE 78584124.7.0000.5175; Parecer nº 6.766.255). Ademais, todos os participantes assinaram o TCLE, tiveram assegurado o anonimato e a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento recebido.

3 RESULTADOS

As ações de educação sobre o CCR foram conduzidas por acadêmicos de Medicina vinculados à Liga de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica de Campina Grande (LIGASTRO-CG), sob supervisão docente, após momentos de orientação e alinhamento de domínio de conteúdo. As ações ocorreram em UBS previamente contatadas e, após divulgação pelas equipes locais, houve recrutamento de participantes dos usuários presentes nas salas de espera das UBS.

O conteúdo abordou conceitos sobre CCR, fatores de risco, prevenção e rastreamento, com foco maior na colonoscopia como exame padrão-ouro. Buscou-se capacitar os usuários a reconhecer sinais de gravidade, adotar medidas preventivas e superar estigmas relacionados ao rastreamento. Foram empregadas estratégias educativas de caráter lúdico e dialógico, além de registros fotográficos para documentação das ações. Houve interesse dos usuários pelo tema, conforme registrado nos questionários, que evidenciaram aumento expressivo da autopercepção de conhecimento e intenção declarada de realização do rastreamento. Vale ressaltar que a metodologia adotada pelo estudo não permitiu seguimento longitudinal, impossibilitando a avaliação da retenção do conhecimento adquirido e da persistência dos efeitos da intervenção educativa ao longo do tempo. Para os acadêmicos, a intervenção foi um modo de aprimorar a comunicação em saúde.

Dessa forma, a população amostral das atividades totalizou 77 indivíduos, caracterizada por heterogeneidade sociodemográfica, predominantemente composta por adultos pardos, de faixas de renda mais baixas, com escolaridade de nível médio e inserida em territórios periféricos urbanos (Tabela 01).

A idade variou entre 18 e 76 anos, com predominância de adultos de 48–57 anos (24,7%). Quanto ao perfil étnico-racial, a maioria se declarou parda (58,5%), seguida por brancos (22,0%) havendo, ainda, 9,1% de não informados. No nível educacional, prevaleceu o ensino médio completo (41,5%), seguido por ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª série: 15,5%; 5ª a 8ª série: 10,4%), enquanto apenas 5,2% haviam concluído ensino superior, observando-se que 23,3% não informaram a escolaridade.

A renda mensal média foi de R\$ 2.048,70, equivalente a cerca de dois salários mínimos, com base em 60 respostas (22,1% de não informados), caracterizando perfil socioeconômico de baixo a médio poder aquisitivo. Quanto à distribuição geográfica, verificou-se concentração de residentes em bairros periféricos e urbanos de Campina Grande, notadamente Aluísio Campos (17,1%), Alto Branco (14,5%), Três Irmãs (10,5%), Velame (9,2%) e Tambor (7,9%) – outros corresponderam a 40,8%, sugerindo vínculo com áreas associadas a diferentes graus de vulnerabilidade social (Tabela

01).

Tabela 01 – Características Sociodemográficas

Idade (anos)	n	%
18–27	17	22,1%
28–37	15	19,5%
38–47	8	10,4%
48–57	19	24,7%
58–67	11	14,3%
68–76	7	9,1%
Sexo	n	%
Masculino	29	37,7%
Feminino	48	62,3%
Cor da pele	n	%
Parda	45	58,5%
Branca	17	22%
Negra	7	9,1%
Amarela	1	1,3%
Não informado	7	9,1%
Escolaridade	n	%
Ensino Médio completo	32	41,5%
Ensino Superior completo	4	5,2%
Ensino Médio incompleto	2	2,6%
Fundamental (5ª–8ª)	8	10,4%
Fundamental (1ª–4ª)	12	15,5%
Alfabetização	1	1,3%
Não informado	18	23,3%
Renda mensal (R\$)	n	Média ± DP (R\$)
<1.000,00	12	695,83 ± 94,05
1.000,00-2.000,00	31	1.396,13 ± 130,08
2.000,00-6.000,00	14	3.215,43 ± 936,09
>6.000,00	3	8.758,67 ± 2.050,41
Não informado	17	Não se aplica

Fonte: dados da pesquisa (2025).

O estudo evidenciou um perfil epidemiológico marcado por diversos determinantes de risco relevantes para a neoplasia de cólon e reto. A análise antropométrica demonstrou IMC médio de $28,12 \pm 4,72$ kg/m², compatível com sobrepeso, e 42,9% dos participantes apresentavam obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) (Figura 1), além de hábitos pouco saudáveis: apenas 46,8% praticavam atividade física regularmente, 19,0% relataram consumo de álcool e 9,1% eram tabagistas. Dentre os participantes,

42,9% apresentavam comorbidades, principalmente hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, condições que aumentam o risco de neoplasias (Tabela 02).

No tocante aos sintomas relacionados ao trato gastrointestinal, observou-se que a maioria dos participantes apresentava frequência evacuatória diária (57,1%), seguida por evacuações mais de uma vez ao dia (18,2%) e menos de três vezes por semana (20,8%). Quanto à caracterização do trânsito intestinal, 70,1% relataram padrão normal, enquanto 15,6% apresentaram constipação, 13% padrão alternante e 1,3% diarreia. Dor ou desconforto abdominal recorrente esteve presente em 19,5% dos indivíduos, e sintomas anais recentes (dor, prurido, ardência ou tumoração) foram referidos por 9,1% da amostra. No que se refere à investigação prévia, 13% dos participantes relataram já ter realizado colonoscopia, e 6,5% apresentavam histórico de pólipos intestinais. Em relação à percepção de sangue nas fezes, 13% (n = 10) dos participantes relataram essa ocorrência, enquanto 87% (n = 67) negaram o sintoma.

Tabela 02 – Perfil de Saúde e Hábitos de Vida

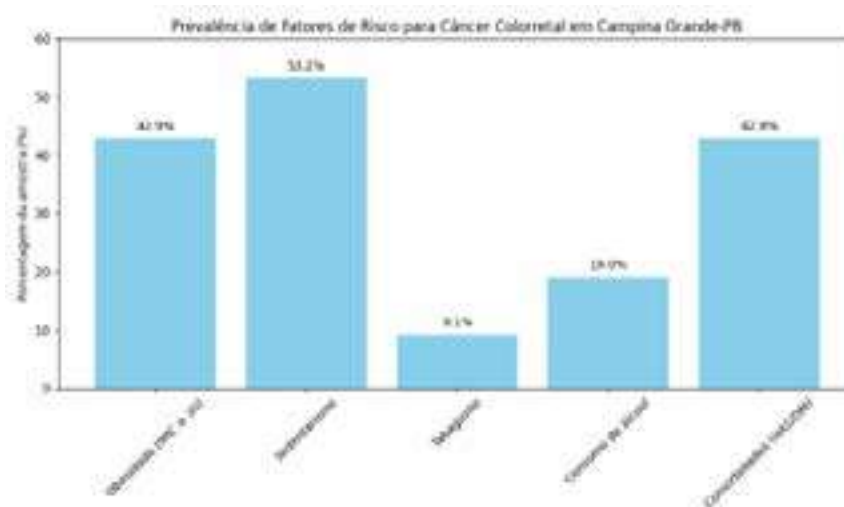
IMC	n	Média ± DP (kg/m²)
Abaixo do peso	2	17,06 ± 1,19
Peso normal (IMC ≥18,5-24,9)	21	22,63 ± 1,50
Sobrepeso (IMC ≥25-30)	25	27,26 ± 1,31
Obesidade grau I (IMC 30-34,9)	21	31,62 ± 1,42
Obesidade grau II (IMC 35-39,9)	8	37,79 ± 1,95
Obesidade grau III (IMC ≥40)	0	Não se aplica
Comorbidades	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	22	28,6%
Diabetes Mellitus	8	10,4%
Ansiedade	5	6,5%
Depressão	4	5,2%
Outros	28	36,3%
Uso de medicamentos	n	%
Anti-hipertensivos	26	33,8%
Antidiabéticos	7	9,1%
Antidepressivos	6	7,8%
Outros	12	15,6%
Hábitos de vida	n	%
Consumo de álcool (sim)	14	19,0%
Atividade física (sim)	36	46,8%
Tabagismo (sim)	7	9,1%
Sintomas gastrointestinais	n	%
Sangue nas fezes	10	13,0%
Dor abdominal recorrente	15	19,5%
Sintomas anais recentes	7	9,1%
Trânsito intestinal	n	%
Normal	54	70,1%
Constipado	12	15,6%

Continuação Tabela 02 – Perfil de Saúde e Hábitos de Vida

Alternado	10	13,0%
Diarreia	1	1,3%
Frequência evacuatória	n	%
<3x por semana	16	20,8%
Diário	44	57,1%
Mais de 1x/dia	14	18,2%
3x/semana	1	1,3%
4x/semana	2	2,6%
Histórico	n	%
Histórico de pólipos intestinais	5	6,5%
Colonoscopia prévia	10	13,0%

Fonte: dados da pesquisa (2025)

Figura 01: Prevalência de fatores de risco para câncer colorretal em Campina Grande-PB



Fonte: dados da pesquisa (202)

A análise dos determinantes de risco potencialmente modificáveis entre os participantes evidenciou uma prevalência alta de condições com associação ao surgimento do CCR. Observou-se que 42,9% da amostra apresentava obesidade ($\text{IMC} \geq 30$), enquanto o sedentarismo foi o fator de maior frequência, identificado em 53,2% dos indivíduos. Quanto aos hábitos nocivos, 9,1% relataram tabagismo ativo, e 19,0% referiram consumo regular de bebidas etílicas. Além disso, 42,9% dos participantes possuíam comorbidades crônicas, especificamente hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, reforçando a elevada carga de condições clínicas que potencializam o risco para o CCR nessa população.

No que se refere ao conhecimento prévio sobre o CCR, 29,8% dos entrevistados desconheciam a doença antes da intervenção. Após as ações educacionais, 94,8% souberam citar os sintomas clássicos, 97,4% identificaram corretamente os exames para rastreio e 93,5% manifestaram intenção

de aderir à colonoscopia (Figura 3).

Adicionalmente, a autopercepção do conhecimento atribuída ao tema aumentou, com a nota média subindo de $4,86 \pm 3,70$ para $9,58 \pm 1,17$ (em uma escala de 0 a 10). Os dados indicam que a intervenção teve repercussão imediata da autopercepção relacionada ao conhecimento sobre a doença e no estímulo à predisposição para a realização de rastreios preventivos, evidenciando diferenças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós-intervenção ao transformar o desconhecimento em intenção declarada de cuidado (Tabela 03).

Tabela 03 – Conhecimento, Percepção e impacto da intervenção

Conhecimento e percepção	n	%
Conhecimento prévio sobre CCR (sim)	54	70,2%
Parente/conhecido com CCR (sim)	23	29,8%
Souberam citar sintomas comuns	73	94,8%
Pretendem realizar exames de rastreio	72	93,5%
Citaram exame de rastreio corretamente	75	97,4%
Impacto da intervenção	n	Média ± DP
Autopercepção do conhecimento (antes) (0–10)	77	$4,86 \pm 3,70$
Importância atribuída (antes) (0–10)	77	$9,55 \pm 1,34$
Importância atribuída (depois) (0–10)	77	$9,78 \pm 1,04$
Autopercepção do conhecimento (depois) (0–10)	77	$9,58 \pm 1,17$
Opinião: necessidade de mais ações	n	%
	77	97,4%

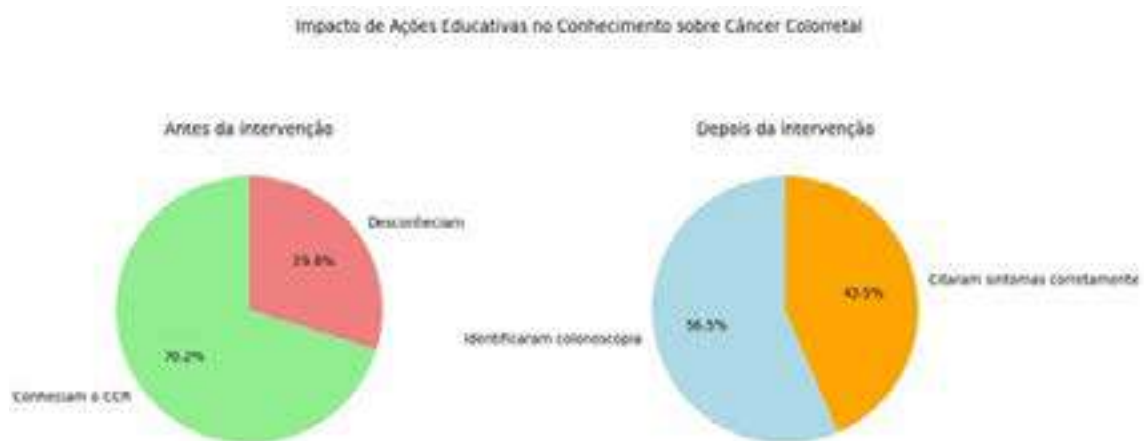
Fonte: dados da pesquisa (2025).

Para avaliar a significância estatística das mudanças observadas entre os momentos pré e pós-intervenção, aplicou-se o teste t de Student para amostras pareadas à variável contínua de autopercepção do conhecimento (escala 0–10). A análise revelou diferença estatisticamente significativa entre as médias pré e pós-intervenção (média pré = $4,86 \pm 3,70$; média pós = $9,58 \pm 1,17$; $t = -11,24$; $p <$

0,001), confirmando que o incremento observado não se deve ao acaso. Para as variáveis categóricas dicotômicas, empregou-se o teste de McNemar, o qual evidenciou associação significativa entre a intervenção e o aumento da proporção de participantes que souberam citar sintomas (pré: 29,8% vs. pós: 94,8%; $p < 0,001$) e que identificaram corretamente os exames de rastreamento (pré: 29,8% vs. pós: 97,4%; $p < 0,001$), demonstrando a efetividade imediata da ação educativa.

Conforme apresentado na Figura 2, após a intervenção educativa sobre o CCR, foi revelado um nível considerável de assimilação dos conteúdos ministrados. Na avaliação registrada antes da intervenção, 70,2% dos participantes referiram conhecer a doença. Após a intervenção, observa-se que, dentre os conhecimentos específicos transmitidos, 56,5% dos respondentes identificaram corretamente a colonoscopia como principal exame de rastreio, e 43,5% foram capazes de citar adequadamente os sintomas da doença. Estes resultados, mensurados no pós-intervenção, indicam uma assimilação efetiva das informações-chave, evidenciando o valor da ação educativa na disseminação de conhecimento sobre o CCR.

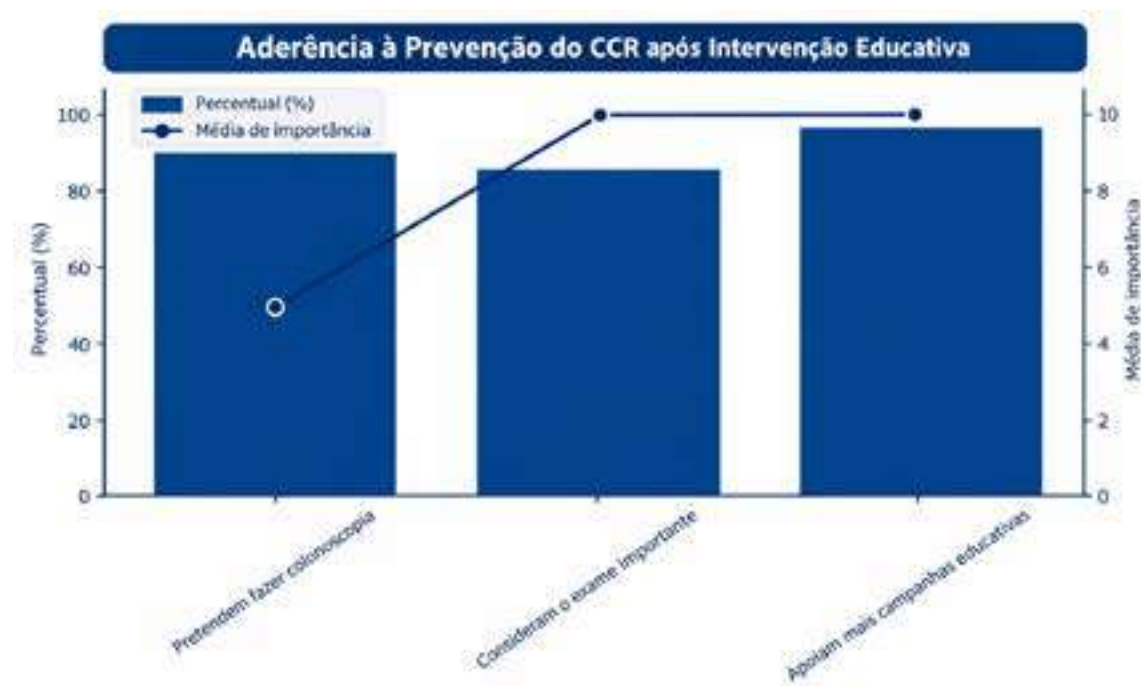
Figura 02: Impacto de ações educativas sobre câncer colorretal



Fonte: dados da pesquisa (2025)

Quanto à intenção de realização dos exames preventivos, 93,5% dos participantes manifestaram disposição a realização da colonoscopia (Figura 3), e 97,4% consideraram necessárias mais ações educativas nas UBS. Entre os registros espontâneos obtidos no instrumento de avaliação, observou-se manifestação como “ótima ação, deveria acontecer mais vezes”, utilizada neste estudo como exemplo da receptividade relatada pelos participantes. (Tabela 03)

Figura 03: Aderência à Prevenção do CCR após intervenção educativa



Fonte: dados da pesquisa (2025)

O momento de visita às UBS permitiu aos discentes vivenciar, na prática, a falta de informação da população acerca do CCR. Ao abordar usuários nas salas de espera, os acadêmicos tiveram a oportunidade de ofertar informações claras e objetivas sobre determinantes de adoecimento, manifestações clínicas e a relevância do rastreamento, principalmente da colonoscopia, superando estigmas através de uma comunicação acessível e empática.

Essa interação direta fortaleceu não apenas o conhecimento técnico, mas também a maneira de engajamento com o público, consolidando o papel educativo do futuro profissional de saúde e evidenciando que as ações transcendem o caráter acadêmico, tornando-se instrumentos concretos de transformação social, capazes de promover autonomia, conscientização e melhoria efetiva da realidade local.

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram incremento expressivo no nível de conhecimento autorreferido após a intervenção educativa, com elevação média de 4,72 pontos na escala de 0 a 10. Após a intervenção, observou-se aumento expressivo do nível de conhecimento identificado entre os participantes, na qual 29,8% dos participantes relataram não possuir conhecimento prévio sobre a doença. Comparado com o pós-ação, com uma expressiva intenção declarada de realização da colonoscopia por 93,5% dos participantes, observou-se uma melhora expressiva: 94,8% souberam citar sintomas, 97,4% identificaram os exames de rastreamento adequados.

Os resultados demonstram aumento imediato no nível de conhecimento autorreferido

e na intenção declarada de realização do rastreamento, reforçando a aplicabilidade de estratégias educativas no contexto da Atenção Primária. Esses resultados convergem com as recomendações nacionais vigentes, que reconhecem a educação em saúde como componente essencial na redução da mortalidade por câncer colorretal (INCA, 2023).

A taxa mista de escolaridade observada na amostra — com 41,5% possuindo apenas o ensino médio completo e 15,5% com ensino fundamental incompleto — constitui um elemento central da vulnerabilidade informacional observada na população estudada. Evidências disponíveis indicam associação inversa entre nível educacional e intenção de realização de estratégias de rastreamento do CCR, de modo que a compreensão sobre a necessidade e os benefícios de exames como a colonoscopia é comprometida (Baccolini *et al.*, 2022).

Além das barreiras educacionais, observa-se que barreiras subjetivas exercem papel determinante na reduzida participação nos exames preventivos. Estudos têm descrito que o estigma associado ao câncer e aos exames de rastreamento exerce influência direta sobre o comportamento de busca por diagnóstico precoce, pois sentimentos de vergonha, medo do diagnóstico e crenças culturais negativas reduzem as chances de rastreamento precoce (Zhao *et al.*, 2025).

A colonoscopia é frequentemente percebida como um procedimento constrangedor e ansiogênico, sendo o preparo e a chance de desconforto fatores que geram recusa e atraso na procura do procedimento. Esse conjunto de fatores emocionais e socioculturais tende a influenciar negativamente a decisão dos indivíduos em buscar o rastreamento oportuno frente ao rastreamento, contribuindo para o atraso no diagnóstico e a diminuição da procura por serviços de saúde (Carvalho *et al.*, 2024).

Em relação ao o estilo de vida e o perfil endócrino-metabólico com o risco de CCR, evidências mostraram que o sobrepeso e a obesidade constituem fatores de risco significativos para o CCR, resultado de alterações metabólicas, inflamatórias e hormonais que favorecem o desenvolvimento tumoral (Zhang *et al.*, 2021). Do mesmo modo, a OMS reconhece o consumo de carne vermelha e, sobretudo, de carnes processadas como carcinogênico para humanos, reforçando a relevância da dieta como determinante crítico da incidência de CCR (World Health Organization, 2018).

Nesse contexto, determinantes modificáveis relacionados ao estilo de vida assumem papel relevante na fisiopatologia do CCR. O perfil antropométrico da amostra, marcado por IMC médio de 28,12 kg/m² e 42,9% de obesidade, reforça a interface entre ganho de peso, inflamação crônica e risco aumentado para CCR. Evidências recentes apontam que a obesidade está associada a um estado inflamatório crônico, caracterizado por alterações metabólicas e imunológicas que favorecem a carcinogênese colorretal, com aumento de citocinas como TNF- α , IL-6 e Proteína C Reativa, proliferando a carcinogênese colorretal (Miranda *et al.*, 2024).

A esse cenário soma-se o papel do sedentarismo: níveis insuficientes de atividade física elevam o risco de CCR, ao passo que o exercício regular apresenta efeito protetor consistente (Keum *et al.*, 2020). Assim, quando presentes simultaneamente – sobrepeso/obesidade, dieta rica em carnes processadas e pobre em fibras e a inatividade física – esses fatores de risco agem de modo sinérgico, explicando o alto risco de CCR observado em populações vulneráveis, como a estudada na APS de

Campina Grande-PB.

A presença de sintomas como sangramento retal (13%) e dor abdominal recorrente (19,5%) evidencia a necessidade de maior valorização desses sinais pelos usuários. A baixa valorização de sinais clínicos iniciais, frequentemente interpretados como benignos, contribui para o atraso na busca por avaliação médica em populações de faixa de renda inferiores e podem favorecer o diagnóstico tardio. Conforme demonstrado em estudos com perfis semelhantes, o intervalo médio entre a primeira consulta médica e o diagnóstico de CCR foi de aproximadamente 6,8 meses, com mediana de 3,9 meses. Tal casuística reforça a urgência de ampliar o reconhecimento e encaminhamento de sinais sugestivos, bem como garantir prontidão para exames diagnósticos (Souza *et al.*, 2016).

A literatura aponta que mais de 50% dos pacientes recebem o diagnóstico em estágios tardios da doença, sugerindo expressiva subdetecção nas fases iniciais da doença. Esse atraso no diagnóstico, associado à baixa percepção dos sintomas por parte dos pacientes e ao subfluxo no sistema de saúde, contribui para o elevado percentual de casos em estágios avançados — uma situação que reduz drasticamente as chances terapêuticas conservadoras e piora o prognóstico da doença (Souza *et al.*, 2016).

À vista do exposto, AAPS se consolida como um nível estratégico de cuidado para intervenções preventivas para as intervenções educativas em saúde, dada sua capilaridade e potencial de vínculo com a população. Nesse sentido, a atuação integrada das equipes multiprofissionais, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mostra-se fundamental para a continuidade dessas intervenções, e é de grande importância para a continuidade, a efetividade e a expansão dessas ações, superando barreiras de acesso e promovendo maior intenção declarada de seguimento das práticas preventivas. (Sharma *et al.*, 2019).

A utilização de métodos ativos e recursos lúdicos — como panfletos educativos, rodas de conversa e abordagem dialógica — mostrou-se eficaz na promoção do engajamento e na retenção do conhecimento. Essas estratégias estão alinhadas aos princípios da Educação Popular em Saúde, proposta por Paulo Freire, que valoriza o diálogo e o contexto sociocultural do educando como ferramentas de emancipação (Brasil, 2022a).

Sob ponto de vista acadêmico, a experiência vivenciada pelos discentes no projeto ultrapassou a dimensão teórica, favorecendo o desenvolvimento de competências essenciais para a formação médica, como comunicação em saúde, empatia e senso de responsabilidade social. Evidências científicas apontam que a inserção precoce de estudantes em cenários reais de prática contribui diretamente para o fortalecimento da humanização no cuidado, permitindo maior sensibilidade às necessidades do paciente e aproximação concreta dos princípios do SUS. Revisões recentes destacam que vivências clínicas reais promovem maturação ética, construção de vínculo e compreensão ampliada do processo saúde-doença, reforçando a importância de metodologias ativas e exposição supervisionada ao cuidado desde os primeiros ciclos da graduação (Mezzalira *et al.*, 2022; Passo *et al.*, 2020).

Ademais, a vivência em cenários reais, fora do ambiente hospitalar tradicional, proporcionou aprendizado prático sobre a realidade social e epidemiológica da população local, aproximando os

discentes das vulnerabilidades e barreiras enfrentadas pelos usuários do SUS. Tal inserção fortalece a compreensão do papel do médico como agente de transformação social, estimulando a valorização das ações e o engajamento em políticas públicas de saúde.

A replicação de iniciativas como o CIDEP em outras unidades de saúde, pode contribuir para ampliar o conhecimento da população sobre o CCR e favorecer a intenção declarada de participação em estratégias de rastreamento. Análises indicam que intervenções estruturadas na APS, envolvendo educação em saúde, acompanhamento ativo dos usuários, reorganização de fluxos assistenciais e monitoramento contínuo de indicadores, resultam em maior taxa de realização de exames de rastreio e aumento significativo da conclusão de colonoscopias, reforçando o potencial transformador desse nível de atenção na ampliação do conhecimento e no fortalecimento da intenção declarada de seguir com as práticas preventivas (Bataserh *et al.*, 2024). Dessa forma, a integração entre práticas educativas, gestão territorial e alinhamento às diretrizes nacionais configura um caminho consistente para ampliar o acesso, reduzir atrasos diagnósticos e consolidar ações sustentáveis de prevenção.

Apesar da contribuição do presente estudo, algumas limitações metodológicas devem ser reconhecidas de forma mais enfática. Primeiramente, o desenho quase-experimental do tipo antes e depois, embora adequado para avaliação de impacto imediato de intervenções educativas em cenários comunitários, não contempla grupo controle nem acompanhamento longitudinal dos participantes. Essa característica restringe a capacidade de atribuir causalidade às mudanças observadas e impossibilita afirmar a sustentabilidade do conhecimento adquirido ou a efetiva conversão da intenção declarada em adesão real aos exames de rastreamento. Assim, os resultados refletem ganhos imediatos de conhecimento e predisposição ao cuidado, mas não permitem inferir mudanças comportamentais duradouras ou impactos clínicos concretos. O tamanho amostral ($n = 77$) e a estratégia de amostragem por conveniência, sem cálculo amostral prévio, restringem adicionalmente a generalização dos achados para outras populações ou contextos, devendo os resultados ser interpretados com cautela. Recomenda-se, entretanto, a expansão do projeto para outras unidades e a realização de estudos longitudinais que avaliem não apenas o conhecimento, mas também a taxa de realização de colonoscopias pós-intervenção ou adesão de rastreios e consultas médicas.

Ademais, apesar da intenção declarada de realização do rastreio do CCR, é fundamental considerar as dificuldades de operação do sistema de saúde: as grandes esperas na atenção ambulatorial especializada do Sistema Único de Saúde (SUS) configuram um obstáculo estrutural à efetivação do cuidado, revelando falhas na oferta de serviços especializados, regulação insuficiente da demanda e demora no acesso a consultas, exames e procedimentos, como a colonoscopia (Giannotti; Louvison; Chioro, 2025). Essas barreiras, que incluem atrasos prolongados, pouca transparência na gestão das filas e desigualdades regionais na disponibilidade de serviços que limitam fortemente a eficácia de intervenções preventivas e educativas, especialmente aquelas que dependem de exames especializados. Portanto, sem uma articulação intersetorial e melhorias concretas na regulação e oferta no SUS, a simples declaração de seguimento ou aceitação por parte da população não garante a efetividade das ações planejadas.

A estratégia de abordagem em salas de espera, tal como realizado neste estudo, caracteriza-

se como uma ação de prevenção oportunística, na qual o contato com o usuário é aproveitado para educação em saúde em um momento de disponibilidade. Essa prática é recomendada pelo Ministério da Saúde como forma de otimizar recursos e fortalecer a promoção da saúde no âmbito da APS (Brasil, 2022b).

Desse modo, os achados deste estudo reforçam a necessidade de consolidar programas contínuos de estratégia educacional em saúde voltada para a prevenção do CCR na APS. Intervenções pontuais, apesar de apresentarem caráter eficaz no curto prazo, podem não ser suficientes para garantir a adesão sustentada às medidas preventivas, o que evidencia a importância de estratégias permanentes e sistematizadas. Nesse sentido, a replicação do projeto em outras UBS, associada à ampliação da amostra, mostra-se fundamental para validar os resultados em outros contextos socioculturais e assegurar maior suscetibilidade populacional em seguir as orientações de prevenção ao CCR.

Por fim, os achados reforçam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso equitativo ao rastreamento do CCR e a necessidade de promoção de campanhas educativas permanentes. A articulação entre ações educacionais, gestão local e políticas nacionais pode garantir maior alcance e sustentabilidade das intervenções, consolidando a educação em saúde como estratégia estruturante e relevante para a prevenção do CCR no contexto da APS no Brasil.

REFERÊNCIAS

BACCOLINI, V. *et al.* The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: a systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, [S. l.], v. 155, p. 106927, fev. 2022. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106927.

BATARSEH, E. *et al.* Multi-faceted strategies to advance health equity in colorectal cancer screening in primary care setting: quality improvement project. **BMC Health Services Research**, London, v. 24, p. 1422, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11928-7.

BANDEIRA, M. **Texto 6: Delineamentos quase-experimentais**. São João del-Rei: UFSJ, 2013. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/Metodo%20de%20pesquisa/Metodos%20de%20pesquisa%202013/Texto_6_-_Delineamentos_Quase-Experimentais.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Política Nacional de Educação Permanente e Política Nacional de Educação Popular em Saúde: **Programa Saúde com Agente**, E-book 5. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. 51 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_educacao_permanente_popular.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção

da Saúde. **Recomendações para operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde (PNPS-APS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. 49 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_politica_promocao_atencao_saude.pdf. Acesso em: 25 nov. 2025.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R.; GODOY, I. D.; NASCIMENTO, L. C. Pesquisa quase-experimental: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 3, p. 845-850, 2019.

CARVALHO, L. O. et al. Percepção das pessoas diante à realização da colonoscopia. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 98, n. 4, p. e024425, 2024. DOI: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.4-art.2173.

CELINO, S. D. M. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia Covid-19**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2023. 150f.

DUAN, B. *et al.* **Colorectal Cancer: An Overview**. In: MORGADO-DIAZ, J. A. (ed.). *Gastrointestinal Cancers*. Brisbane (AU): Exon Publications, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586003/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan. 2019.

GIANNOTTI, E. M.; LOUVISON, M.; CHIORO, A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. e00220724, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT220724.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer de cólon e reto. *in*: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Rio de Janeiro), 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto>. Acesso em: 6 ago. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. *in*: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Rio de Janeiro), 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 11 jul. 2025.

KEUM, N. *et al.* **Exercise for reducing the risk of colorectal adenoma and carcinoma**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], n. 8, p. CD012864, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD012864.pub2.

MEZZALIRA, D. P. *et al.* **Humanization in medical education in Brazil**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e57711125337, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25337.

MIRANDA, B. C. J. *et al.* **Obesity and Colorectal Cancer: a narrative review**. *Medicina*, Kaunas, v. 60, n. 8, p. 1218, 27 jul. 2024. DOI: 10.3390/medicina60081218.

PASSOS, V. B. C. *et al.* Atendimento humanizado: as concepções de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, [S.l.], v. 33, p. e11560, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.11560.

SHARMA, N.; HARRIS, E.; LLOYD, J.; MISTRY, S. K.; HARRIS, M. Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review. **BMJ Open**, [S.l.], v. 9, n. 12, p. e031666, 17 dez. 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031666.

SOUZA, R. H. S. *et al.* Colorectal cancer: factors related to late diagnosis in users of the public health system treated at an university hospital in Curitiba, Paraná State, Brazil. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 68-75, 2016. DOI: 10.1590/S0004-28032016000200004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer: carcinogenicity of the consumption of red meat and processed meat. Geneva: WHO, 2018.** Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat>. Acesso em: 19 set. 2025.

ZHANG, X. *et al.* Is the association of overweight and obesity with colorectal cancer risk modified by sex or tumor site? A **contemporary systematic review and meta-analysis**. **BMC Cancer**, London, v. 21, p. 1289, 2021. DOI: 10.1186/s12885-021-08969-4.

ZHAO, W. *et al.* The dual burden of stigma: a scoping review of its impact on colorectal cancer patients and screening participants. **BMC Public Health**, London, v. 25, p. 3377, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-24782-x.