FIT no SUS: incorporar a tecnologia é apenas o primeiro passo

FIT in the Brazilian Unified Health System: Incorporating the Technology Is Only the First Step

Mauren Isfer Anghebem | Editora-chefe da RBAC

A incorporação do teste imunoquímico fecal (FIT, do inglês *fecal immunochemical test*) ao Sistema Único de Saúde (SUS) marca um momento importante para o rastreamento do câncer colorretal (CCR) no Brasil. A partir de agosto de 2026, o exame passou a integrar a tabela de procedimentos do SUS. Destina-se a homens e mulheres assintomáticos com idade entre 50 e 75 anos e deve ser realizado a cada dois anos. O novo procedimento será registrado nos sistemas do SUS a partir de setembro.[1] Trata-se de uma decisão com potencial para ampliar o acesso da população ao rastreamento e favorecer a detecção precoce do CCR.

A relevância dessa medida vai além da incorporação de uma nova tecnologia. Programas de rastreamento dependem de uma cadeia assistencial capaz de transformar um exame em benefício clínico, na perspectiva da chamada medicina laboratorial baseada em valor. No caso do FIT, essa cadeia começa com a orientação para a coleta da amostra, o dispositivo de coleta utilizado, o intervalo entre a coleta e a análise, as condições de transporte e armazenamento da amostra e o desempenho do sistema analítico, fatores que podem interferir na concentração de hemoglobina detectada. Da mesma forma, a definição do ponto de corte tem implicações diretas sobre a proporção de resultados positivos e, consequentemente, sobre a demanda por investigação colonoscópica.[2]

É justamente nesse contexto que o laboratório assume papel central. A aparente praticidade do FIT para o indivíduo, com coleta domiciliar, sem preparo intestinal e sem restrições alimentares, não deve ser confundida com simplicidade operacional para o sistema de saúde. A implantação em escala populacional exige laboratórios preparados para processar um grande número de amostras, manter condições pré-analíticas adequadas, monitorar o desempenho analítico e assegurar resultados confiáveis. Exige, ainda, a compreensão de que diferentes sistemas comerciais de FIT não são necessariamente equivalentes ou intercambiáveis e de que os valores de hemoglobina fecal não podem ser interpretados de maneira dissociada do método e do ponto de corte empregados.[3]

O artigo *Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes: aspectos laboratoriais do FIT*, publicado nesta edição da *Revista Brasileira de Análises Clínicas* (RBAC), ganha especial pertinência diante desse novo cenário. Ao abordar os aspectos laboratoriais do FIT, chama a atenção para uma dimensão que pode passar despercebida quando o exame é apresentado apenas como ferramenta de rastreamento: a qualidade do resultado depende de decisões e cuidados distribuídos ao longo de todo o processo laboratorial. A discussão

Recebido em 26/08/2026 | Aprovado em 26/08/2026 | DOI: 10.21877/2448-3877.202600341.pt

sobre estabilidade da hemoglobina fecal, coleta, variabilidade entre métodos, controle da qualidade, verificação do desempenho analítico e interpretação dos resultados oferece elementos para compreender que a incorporação do FIT não se encerra na disponibilização do dispositivo ao paciente. Ela requer estrutura, conhecimento técnico e organização laboratorial.[3-5]

Especial atenção deve ser dada ao ponto de corte, que, além de constituir um parâmetro analítico, tem implicações diretas para a estratégia de rastreamento. Nos métodos quantitativos, sua definição estabelece um equilíbrio entre a capacidade de identificar indivíduos com maior probabilidade de apresentar neoplasia e o número de pessoas que serão encaminhadas para investigação colonoscópica. A elevação do ponto de corte tende a reduzir a positividade e a demanda por colonoscopias, mas pode diminuir a sensibilidade para a detecção do câncer colorretal e de lesões precursoras.[6]

No Brasil, o relatório preliminar das Diretrizes Brasileiras do Rastreamento do Câncer de Cólon e Reto da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) recomenda o FIT, qualitativo ou quantitativo, para indivíduos assintomáticos, de risco padrão, com idade entre 50 e 75 anos, e adota 50 ng/mL como ponto de corte. Esse valor corresponde aproximadamente a 10 µg Hb/g de fezes, considerando as características do sistema de coleta e da diluição da amostra.[2] Essa informação merece ser compreendida em seu contexto: diferentes unidades de medida não podem ser tratadas como equivalentes por simples conversão matemática, pois a relação depende do dispositivo de coleta e do sistema analítico utilizado. Assim, um ponto de corte não deve ser analisado isoladamente do método que o produz. A escolha do ponto de corte precisa considerar as características do ensaio, a população-alvo, a estratégia de rastreamento e, sobretudo, a capacidade disponível para a investigação dos resultados positivos. Em um programa populacional, uma decisão aparentemente técnica repercute diretamente sobre a organização da rede assistencial.

Da mesma forma, o sucesso do rastreamento não pode ser medido apenas pelo número de FIT realizados. Após um resultado positivo, o indivíduo precisa ter acesso a uma rede assistencial estruturada e capaz de conduzi-lo à investigação diagnóstica adequada, com disponibilidade de colonoscopia, acompanhamento dos resultados e monitoramento dos indicadores do programa. O laboratório participa dessa linha de cuidado. A efetividade do rastreamento depende da articulação entre atenção primária, laboratório, serviços de diagnóstico e assistência especializada.

A incorporação do FIT ao SUS é, sem dúvida, uma oportunidade para avançar no controle do CCR no país, mas também para reafirmar o lugar do laboratório nas políticas públicas de saúde. Para que um exame de rastreamento produza o benefício esperado, é necessário que o resultado seja tecnicamente confiável, produzido sob condições controladas e interpretado no contexto da estratégia de rastreamento em que será utilizado.

Nesse sentido, o artigo publicado nesta edição da RBAC chega em momento oportuno. Mais do que apresentar informações sobre uma metodologia, ele contribui para uma discussão que deverá ganhar espaço nos laboratórios brasileiros: como transformar a incorporação do FIT em uma estratégia de rastreamento efetiva, segura e de qualidade?

O desafio está posto. E, para a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, ele começa na qualidade de cada resultado.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). SUS inclui teste de alta tecnologia para rastreamento de câncer colorretal. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2026/sus-inclui-teste-de-alta-tecnologia-para-rastreamento-de-cancer-colorretal. August 10, 2026.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório preliminar – Diretrizes Brasileiras do Rastreamento do câncer de cólon e reto. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). 2026. Accessed August 18, 2026. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2026/relatorio-preliminar-diretrizes-brasileiras-do-rastreamento-do-cancer-de-colon-e-reto-cp-20/@@display-file/file
3. Benton SC, Symonds E, Djedovic N, et al. Faecal immunochemical tests for haemoglobin: Analytical challenges and potential solutions. Clin Chim Acta. 2021;517:60-65. doi:10.1016/j.cca.2021.01.024
4. Reid MS, Paul HA, Mostoufi A, Robinson JL, Sadrzadeh SMH. Evaluation of the stability of fecal immunochemical test specimens. Clin Biochem. 2023;115:92-96. doi:10.1016/j.clinbiochem.2022.11.015
5. Symonds EL, Fraser CG, Bastin D, Berwald G, Young GP. The Effect of the Variability in Fecal Immunochemical Test Sample Collection Technique on Clinical Performance. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2021;30(1):175-181. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-20-0984
6. Ola I, Seum T, Carlsson S V, Hoffmeister M, Brenner H. Variation in diagnostic performance of fecal immunochemical test (FIT) by cutoffs used in screening programs globally. EClinical Medicine. 2026;94:103835. doi:10.1016/j.eclinm.2026.103835