

Análise

Rastreamento de Câncer Colorretal: um desafio a ser enfrentado

- Rastreamento na atenção primária à Saúde
- Uma visão geral sobre a rede de assistência ao Câncer Colorretal no Município de São Paulo
- Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), Promoção da Saúde e Câncer

© 2012, Prefeitura do Município de São Paulo
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte
Boletim CEInfo Análise | Ano VII, nº 06, Novembro/2012
Tiragem: 5.000 exemplares

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Gilberto Kassab

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
Januario Montone

SECRETÁRIO ADJUNTO
José Maria da Costa Orlando

CHEFE DE GABINETE
Odeni de Almeida

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo
Margarida M T A Lira

Conselho Editorial da CEInfo
Margarida M T A Lira
Cassio Rogério Dias Lemos Figueiredo
Hélio Neves
Kátia Cristina Bassichetto
Michel Naffah Filho
Josane Cavalheiro

Projeto gráfico e editoração
Josane Cavalheiro

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP: 01223-906 - São Paulo - SP

e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Fones: (11) 3397-2242 / 2253 / 2254 / 2255

Home Page: www.prefeitura.sp.gov.br/saude

Versão eletrônica: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

Ficha Catalográfica

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Ano VII, Boletim CEInfo Análise nº 06, Novembro/2012. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 35p.

1. Neoplasias 2. Neoplasia Colorretal 3. Rastreamento/diagnóstico 4. Doenças Crônicas/epidemiologia/vigilância

SUMÁRIO

Apresentação	03
Rastreamento de câncer colorretal: um desafio a ser enfrentado	05
Introdução	05
Epidemiologia do câncer colorretal (CCR)	06
História natural do CCR	11
Considerações sobre o rastreamento do CCR	13
Considerações finais	20
Referências bibliográficas	22
Rastreamento na atenção primária à saúde	23
Uma visão geral sobre a rede de assistência ao Câncer Colorretal no Município de São Paulo	27
Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), Promoção da Saúde e Câncer	31

APRESENTAÇÃO

Nesta edição do Boletim CEInfo Análise é apresentado o tema rastreamento do câncer colorretal, uma das neoplasias mais incidentes nos países desenvolvidos, colocando este como um desafio a ser enfrentado pelos gestores dos sistemas de saúde.

Existe tecnologia disponível para a detecção precoce deste câncer por programas de rastreamento populacional e sua implantação, de forma semelhante ao rastreamento de câncer de colo uterino e mama feminina, ações já tradicionais e incorporadas ao SUS, poderia reduzir tanto a incidência como a mortalidade por esta neoplasia maligna.

São abordados no texto aspectos como custos, métodos de rastreamento, ganhos obtidos, dificuldades e diversas experiências internacionais, além da necessidade de compatibilizar as evidências científicas disponíveis com os recursos necessários para implantação de um programa desta natureza, buscando contribuir para que gestores e profissionais de saúde construam uma política de saúde nesta direção.

Tendo em vista a complexidade do assunto, o tema foi apresentado em uma reunião científica organizada pela CEInfo em outubro de 2012, tendo sido chamados para a discussão e para a ampliação do debate, dentre outros, técnicos e gestores das áreas assistenciais e de vigilância em saúde da SMS-SP, sendo então os representantes destas áreas convidados a contribuir com o tema, dentro da publicação em questão.

Dessa forma, espera-se com este Boletim apresentar uma visão mais completa sobre o tema, abordando as questões conceituais do rastreamento do câncer colorretal, as ações desenvolvidas na atenção primária à saúde - promoção, prevenção e diagnóstico precoce, além de uma visão geral da organização da assistência ao câncer na cidade de São Paulo e a atuação da vigilância em saúde para as doenças e agravos não transmissíveis.

O tema não se esgota, mas os elementos aqui apresentados poderão contribuir para orientar uma política pública de saúde nesta área com o objetivo de modificar o atual quadro epidemiológico da doença no município de São Paulo, reduzindo as taxas de incidência e mortalidade.

Margarida M T de Azevedo Lira
Coordenadora da CEInfo – SMS - SP

RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

*Michel Naffah Filho **
*Katia Cristina Bassichetto ***

“É a incerteza que nos fascina. Tudo é maravilhoso entre brumas.”
Oscar Wilde

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) pode ser considerado um problema de saúde pública mundial, sendo o terceiro mais comum em incidência e a quarta causa de mortalidade por câncer a nível global, com uma estimativa mundial anual para 2008 de 1,2 milhões de casos novos e mais de 600 mil mortes¹.

O fato de a doença apresentar uma história natural bem conhecida, onde uma lesão precursora benigna, após um longo período de tempo, crescer e se transformar numa neoplasia maligna torna este câncer passível de detecção precoce empregando provas de rastreamento populacional, pois as lesões precursoras podem ser identificadas e ressecadas endoscopicamente².

Desta forma, grande parte destes tumores poderia ser evitada através da aplicação do conhecimento disponível que recomenda a utilização de testes de rastreamento. Diferentes experiências em varias partes do mundo mostram que programas bem estruturados de detecção precoce utilizando rastreamento, associados com o tratamento ágil dos casos diagnosticados, antes que estes se tornem sintomáticos, podem ser efetivos em reduzir tanto a incidência como a mortalidade do CCR^{2,3}.

Apresentar aspectos epidemiológicos mais relevantes do CCR e discutir questões envolvidas no rastreamento da doença são os principais objetivos deste documento, no sentido de oferecer subsídios aos gestores para uma discussão sobre a pertinência e viabilidade de um programa de rastreamento para o câncer colorretal na Cidade de São Paulo.

* Médico Sanitarista – CEInfo – SMS – SP.

** Assessora Técnica CEInfo – SMS – SP.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER COLORRETAL

O CCR (códigos C18 a C21 da Classificação Internacional de Doenças – CID 10) apresenta-se com relevância epidemiológica em diversas regiões do mundo. Estimativas da International Agency for Research on Cancer (IARC) para 2008¹ apontavam o CCR como o terceiro tipo mais comum em homens e o segundo em mulheres no mundo todo, sendo que as taxas de incidência variam bastante entre os diferentes países.

As maiores taxas de incidência são observadas em áreas mais ricas ou industrializadas, como Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e Europa Ocidental. As menores têm como referência a África e valores intermediários são encontrados na América Latina. Valores mais elevados, tanto de incidência como de mortalidade podem ser observados, como regra, para os países mais desenvolvidos, assim como para o sexo masculino.

Quando o enfoque se dá na mortalidade, em todo o mundo estima-se que o CCR seja responsável por cerca de 8% dos óbitos por câncer, quarta causa de morte.

Dados norte-americanos (American Cancer Society)², referentes a 2011, estimaram cerca de 140 mil casos diagnosticados da doença e cerca de 50 mil óbitos, tornando o CCR o terceiro mais incidente e também o terceiro que mais mata. Na Europa este câncer representa um importante problema de saúde, sendo o segundo mais diagnosticado e também a segunda causa de óbito por câncer na Comunidade Européia, o que levou os seus estados membros a preconizar, desde 2003, a prática do rastreamento populacional para a detecção precoce da doença³.

A **tabela 1** apresenta as taxas de incidência e mortalidade por CCR para diferentes países, tendo como referência 2008⁴. Os dados estão padronizados pela população mundial proposta por Segi (1960) e modificado por Doll e outros, e esta tem o objetivo de eliminar diferenças na estrutura etária, permitindo assim comparações entre países ou regiões.

Tabela 1: Taxas padronizadas* de incidência e mortalidade por câncer colorretal segundo sexo e países selecionados, 2008.

Local	Incidência		Mortalidade	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Alemanha	45,2	27,3	15,9	9,5
Argentina	25,3	16,7	15,2	9,4
Austrália	46,0	32,1	15,9	9,5
Bolívia	6,2	6,5	3,7	3,6
Brasil	12,0	11,4	6,5	5,8
Canadá	45,4	31,8	14,4	9,4
China	16,3	12,2	8,0	5,9
Espanha	39,7	22,9	18,1	9,5
Estados Unidos	34,1	25,0	9,9	7,7
França	36,0	24,1	14,1	8,7
Itália	45,2	29,9	14,9	9,2
Nigéria	7,1	4,4	5,8	3,6
Portugal	40,6	24,1	19,6	10,7
Reino Unido	37,3	25,3	13,9	9,1
Uruguai	32,7	24,5	19,6	13,8

Fonte: IARC

* taxas por 100.000 habitantes padronizadas pela população mundial

Para efeito comparativo, dados disponibilizados pelo Registro de Câncer de Base Populacional do Município de São Paulo (MSP), referentes ao período 1997-2008, mostram uma taxa média de incidência para o CCR de 31,2 e 24,2 por 100 mil habitantes, respectivamente para homens e mulheres⁵. Como as taxas também estão padronizadas pela mesma população mundial, os números permitem indicar que o MSP apresenta dados de incidência elevados, bastante superiores aos encontrados para o Brasil e próximos aos dos países desenvolvidos.

Dados mais recentes nacionais, divulgados pelo INCA⁶, estimam para 2012 a ocorrência de mais de 30 mil casos novos de CCR no Brasil, correspondendo a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e a 16 a cada 100 mil mulheres, sendo que para a região sudeste do país é a segunda neoplasia mais frequente, tanto em homens como em mulheres.

No Estado de São Paulo o quadro é semelhante, pois excluídos os tumores malignos de pele não melanoma, que representam pouca relevância epidemiológica, o CCR é o segundo mais incidente, ficando atrás apenas do câncer de próstata nos homens e do câncer de mama nas mulheres. As taxas brutas de incidência do CCR, respectivamente 26,2 e 25,6 para homens e mulheres (por 100.000 habitantes) mostram-se superiores às estimadas para o Brasil.

Para o MSP as informações de incidência disponibilizadas pelo INCA para 2012 apontam para o surgimento de pouco mais de 43 mil casos novos de câncer no município de São Paulo, sendo 4.050 deles referentes ao câncer de cólon e reto (**Tabela 2**).

Tabela 2: Estimativas de casos novos de câncer e taxa bruta de incidência* segundo topografia e sexo. Município de São Paulo, 2012

Localização primária	Homens		Mulheres	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Próstata	4.730	86,48	-	-
Mama Feminina	-	-	5.760	94,58
Colo do útero	-	-	1.030	16,94
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.330	24,36	860	14,11
Cólon e Reto	1.900	34,64	2.150	35,34
Estômago	1.070	19,57	700	11,56
Cavidade Oral	970	17,71	360	5,91
Laringe	510	9,37	-	-
Bexiga	730	13,43	310	5,03
Esôfago	510	9,26	150	2,42
Ovário	-	-	680	11,19
Linfoma não Hodgkin	580	10,64	570	9,45
Glândula Tireoide	-	-	1.210	19,82
Sistema Nervoso Central	370	6,81	360	5,96
Leucemias	350	6,46	320	5,32
Corpo do Útero	-	-	620	10,27
Pele Melanoma	350	6,47	310	5,06
Outras Localizações	3.590	65,60	3.300	54,25
Subtotal	16.990	310,36	18.690	307,06
Pele não Melanoma	3.540	64,71	3.890	63,87
Todas as Neoplasias	20.530	375,03	22.580	370,97

Fonte: INCA

* taxa bruta por 100.000 habitantes

Conforme pode ser observado, o CCR surge com destaque, sendo o segundo mais incidente, tanto em homens como em mulheres.

Por outro lado, quando o enfoque se faz sobre os dados de mortalidade do MSP, tendo como parâmetro o ano de 2010, observa-se que os óbitos por câncer responderam por 19,4% dos eventos, sendo a mortalidade proporcional por câncer de 20,7% para as mulheres e 18,3% para os homens⁷.

Do total de óbitos por câncer, aqueles devidos ao CCR representaram 10,5% do total para os homens e 11,9% para as mulheres. A **tabela 3** apresenta as taxas de mortalidade para o CCR segundo sexo e Coordenadoria Regional de Saúde, estando os dados padronizados pela população mundial.

Podem ser observados sempre maiores valores para o sexo masculino em todas as regiões de saúde, sendo também os menores valores encontrados para as regiões Leste e Sul, aquelas com piores condições socioeconômicas.

Tabela 3: Taxas padronizadas* de mortalidade por câncer colorretal segundo sexo e Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2010

	Homens	Mulheres
CRS Centro-Oeste	12,7	9,3
CRS Leste	10,0	9,7
CRS Norte	15,0	9,3
CRS Sudeste	14,7	10,3
CRS Sul	10,2	9,4
Município de São Paulo	13,2	9,8

Fonte: IARC

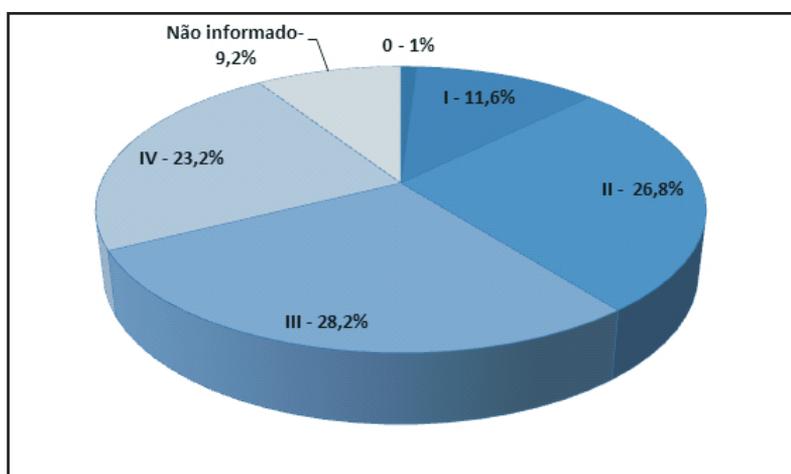
* taxas por 100.000 habitantes padronizadas pela população mundial

Além das informações sobre incidência e mortalidade, outros dados que apresentam relevância sobre a epidemiologia do CCR são aqueles referentes ao estadiamento clínico dos tumores.

O estadiamento clínico é realizado sempre que um caso novo de câncer é diagnosticado e mostra o grau de extensão da doença, vinculando-se assim fortemente com o prognóstico do caso e é um dos principais dados avaliados quando dos estudos de sobrevida. Várias classificações podem ser usadas para o estadiamento dos tumores, porém a mais utilizada é a Classificação TNM, que avalia o tamanho do tumor (T), o comprometimento de nódulos linfáticos (N) e a presença ou não de metástases (M). Os valores variam de 0 a IV, sendo que este último representa a forma mais avançada da doença e, portanto, com pior prognóstico.

Dados obtidos junto ao Registro Hospitalar de Câncer, coordenado pela Fundação Oncocentro de São Paulo⁸, mostram que os casos novos de CCR, referentes aos moradores do município de São Paulo, diagnosticados em 2009 e 2010, têm o seu diagnóstico feito tardiamente, já nas fases avançadas da doença. Conforme pode ser observado no **Gráfico 1**, os casos com estadiamento III ou IV da classificação TNM, aqueles com pior prognóstico, superam 51% do total, fato que certamente compromete a sobrevida destes pacientes.

Gráfico 1: Casos novos de câncer colorretal segundo estadiamento clínico*. Município de São Paulo, 2009 e 2010



Fonte: RHC/FOSP
* Classificação TNM

HISTÓRIA NATURAL DO CCR

A história natural de uma doença engloba o seu modo de apresentação, perfil epidemiológico, comportamento clínico e complicações relacionadas à sua evolução, além de aspectos que envolvem o conhecimento disponível sobre sua etiologia, sendo toda a evidência científica existente utilizada em ações para a erradicação da doença ou seu controle.

Estima-se que em cerca de 80% dos casos o CCR pode ser classificado como esporádico - de caráter não familiar, onde a ação de agentes cancerígenos atuando cronicamente sobre a mucosa intestinal aumenta o risco da doença.

O intestino grosso é sede frequente de neoplasias, sejam elas benignas ou malignas, existindo vários fatores envolvidos no seu aparecimento, entre eles os genéticos – hereditários ou adquiridos. Papel importante é atribuído à exposição crônica da mucosa intestinal aos agentes cancerígenos, resultando inicialmente em lesões inflamatórias inespecíficas, que, em caso de estímulo intenso e prolongado, poderão evoluir para alterações celulares mais graves – lesões displásicas e, finalmente, para o CCR⁹.

Assim, a história natural do CCR baseia-se, na maior parte dos casos, na sequência adenoma-câncer, pois a maioria dos casos tem origem em pólipos adenomatosos (lesões benignas) que podem sofrer transformação maligna num período relativamente longo de tempo. Dessa forma, quando um pólipo intestinal é ressecado, estamos, em tese, prevenindo o surgimento de um potencial câncer.

Diferentes estudos apontam que a grande maioria dos casos de CCR provém de pólipos adenomatosos. Um deles, realizado nos Estados Unidos⁹, estudou cerca de 1.400 pacientes submetidos à colonoscopia e que tiveram todos os pólipos intestinais removidos. Acompanhados por um prazo de seis anos, o estudo observou redução drástica na incidência de CCR em relação a outras populações estudadas. O mesmo estudo apontou que o risco de câncer aumenta conforme o tamanho do tumor e quando o adenoma é do tipo viloso.

Os principais fatores de risco relacionados ao CCR são:

- Idade: a incidência aumenta com a idade, sendo que os casos em pessoas mais jovens relacionam-se à predisposição hereditária;
- História familiar: pessoas com história familiar de CCR apresentam maior risco para a doença;
- Histórico pessoal de adenomas: pessoas com pólipos intestinais adenomatosos têm maior propensão ao reaparecimento das lesões e a sua transformação maligna;
- Histórico familiar de CCR hereditário: o risco aumenta em portadores de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) ou Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose (HNPPC);
- Doença Inflamatória Intestinal: está associada a um maior risco para o desenvolvimento do CCR.

Dentre os fatores ambientais, surge com destaque o hábito alimentar. Uma dieta rica em frutas, verduras, cereais e peixes, associada à prática de atividade física reduz o desenvolvimento da doença. Por outro lado, risco maior para o CCR está associado à obesidade e ao consumo excessivo de carne vermelha, embutidos e álcool.

Como geralmente a doença se desenvolve de forma lenta e silenciosa, o CCR produz poucos sintomas iniciais, fato que se traduz em um diagnóstico tardio do câncer na maioria das vezes, piorando sobremaneira o prognóstico dos casos diagnosticados.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO DO CCR

A prevenção do CCR baseia-se na lógica de que o intervalo de tempo entre o início da lesão e a instalação do câncer invasivo é normalmente longo, permitindo a adoção de políticas públicas de rastreamento populacional – exames ou procedimentos aplicados em indivíduos assintomáticos para a detecção de doença ainda não conhecida.

O CCR, por suas características epidemiológicas, preenche os requisitos para um rastreamento populacional: é um importante problema de saúde pública, existem exames de baixo custo e aceitáveis para aplicação em nível populacional, a detecção precoce e o tratamento das lesões precursoras ou do câncer inicial levam à redução da prevalência e mortalidade da doença; e existem também terapias efetivas contra o agravo^{10,11}.

O rastreamento pode ser classificado como oportunístico ou organizado. No oportunístico os exames são oferecidos aos usuários que frequentam os serviços de saúde, enquanto que o modelo organizado, ou de base populacional, compreende uma série de intervenções: identificação dos moradores da área territorial em foco, convocação da população-alvo, disponibilização ágil dos meios diagnósticos complementares e também para tratamento dos casos de câncer confirmados, além de controle de qualidade em todas as fases do processo de screening.

A experiência internacional de diferentes países aponta que o rastreamento de base populacional é mais eficaz que o rastreamento oportunístico, permite oportunidades iguais para todos os moradores da população-alvo da área, consegue melhor controle do processo e apresenta melhor custo-efetividade³.

Dentre os diferentes métodos que podem ser utilizados para o rastreamento do CCR, os principais listados na sequência apresentam benefícios e limitações, e para a escolha do método devem ser avaliados os recursos locais disponíveis, a evidência científica existente e a adesão da população ao procedimento selecionado.

- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSO): o método se baseia na ideia de que tanto os pólipos como o CCR sangram, e este sangramento pode ser detectado pelo exame. É o recurso mais utilizado mundialmente, sendo complementado pela colonoscopia nos casos com resultado positivo. Diferentes estudos internacionais apontam para uma redução de óbitos por CCR entre 14% e 18% com exames bianuais e de 33% quando o rastreamento se faz com exames anuais. Há alguns anos foi introduzido um novo método para a PSO – o exame imunoquímico, que apresenta vantagens em relação ao método mais tradicional (guáiac). Este novo método, por ser específico para a hemoglobina humana, não sofre interferência da dieta, o que o torna mais aceito para o rastreamento populacional. Além disto, não é sensível às hemorragias do aparelho digestivo superior e é capaz de detectar até 0,006 mg de hemoglobina humana por grama de fezes, contra 0,3 mg do método guáiac. O custo mais elevado desse método é compensado pelo fato deste apresentar menor número de resultados falso-positivos, que demandarão outros procedimentos invasivos e de alto custo.
- Enema baritado: foi considerado o método de escolha para a investigação das lesões do intestino grosso, mas atualmente, por ser um exame complexo seu uso é bastante restrito.
- Retossigmoidoscopia: é um procedimento de complexidade intermediária e também restrito, pois permite localizar lesões que envolvem somente o reto e o colón descendente. Pode eventualmente ser associado à PSO em rastreamentos populacionais.
- Colonoscopia: é um método complexo e invasivo, que requer sedação e apresenta custo elevado, mas apresenta a vantagem de permitir a visualização de todo o intestino grosso e a remoção das lesões consideradas suspeitas. É o exame utilizado para acompanhamento dos casos positivos de PSO.

-
- CT Colonografia: ou colonoscopia virtual, também exige o preparo intestinal para ser realizado, mas dispensa a sedação. Com custo elevado, não remove as lesões suspeitas detectadas, necessitando a complementação da colonoscopia.

O método mais frequentemente utilizado para o rastreamento do CCR é o exame de PSO, a cada um ou dois anos, seguido de colonoscopia para os casos positivos. A população-alvo pode variar entre os diferentes países que fazem o rastreamento, mas o grupo etário prioritário habitualmente focado envolve homens e mulheres com idade entre 50 e 74 anos.

Atualmente o exame preferido é aquele realizado pelo método imunoquímico, específico para a hemoglobina humana e que, portanto, dispensa a dieta específica exigida anteriormente pelo método tradicional, o que torna o método mais aceito pela população. Outros métodos também têm sido utilizados para esta finalidade, como a retossigmoidoscopia, a colonoscopia e a colonoscopia virtual. A colonoscopia, apesar de ser um procedimento invasivo e de custo elevado é o método utilizado em alguns países, pois permite a visualização de todo o intestino grosso e também a remoção das lesões suspeitas, sendo os exames realizados a cada 10 anos.

As evidências hoje disponíveis recomendam o rastreamento para o CCR, e se um programa for bem sucedido conseguirá reduzir a mortalidade pelo câncer e também a sua incidência, ao remover os pólipos detectados, como já citado anteriormente.

Entretanto, implementar um programa de detecção precoce para o CCR é uma ação complexa, que envolve diversos aspectos:

- o custo é aparentemente elevado, principalmente quando se opta pelo rastreamento de base populacional;
- existem algumas opções sobre o método a ser empregado, algumas com exigência de preparo e sedação (colonoscopia);
- é baixa a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância do CCR, principalmente nos que atuam na Atenção Primária à Saúde;

-
- requer-se o treinamento adequado de diferentes profissionais de saúde, como epidemiologistas, endoscopistas e patologistas;
 - é alta a rejeição a alguns dos métodos utilizados, particularmente a colonoscopia;
 - recursos diagnósticos e terapêuticos ágeis são exigidos para complementação diagnóstica e tratamento dos casos confirmados.

Apesar das dificuldades, diferentes países do mundo já apresentam programas de rastreamento populacional para o CCR ¹², alguns com abrangência nacional totalmente organizados e outros ainda em fase de projetos pilotos, na tentativa de avaliar o custo-efetividade do programa, assim como planejar as condições sanitárias necessárias para instalar o rastreamento em nível nacional.

A União Europeia recomenda, desde 2003, que seus estados membros adotem a prática do rastreamento populacional para o CCR, sendo atualmente recomendada a realização de PSO na população assintomática entre 50 e 74 anos, seguida de colonoscopia nos casos positivos, com opção preferencial pelo rastreamento organizado ou de base populacional. Até o final de 2007, dez dos vinte e sete estados-membros estavam em processo de implantação de programas de rastreamento de base populacional, sete haviam optado por programas oportunistas e outros avaliavam a melhor forma de implantação do rastreamento.

Na Austrália, após projeto piloto bem sucedido, foi implantando um programa de abrangência nacional, tendo sido escolhido como método a PSO – método imunoquímico, sendo a população alvo aquela entre 55 e 65 anos.

Nos Estados Unidos, por meio de diferentes exames disponibilizados para o rastreamento e apesar da não existência de um programa de abrangência nacional, pouco mais de 50% da população com 50 anos ou mais estava com os exames realizados conforme os intervalos preconizados, observando-se variações de cobertura entre os diferentes Estados. O sucesso alcançado pelo programa de rastreamento norte-americano é apontado como um dos principais fatores para a queda das taxas de incidência e mortalidade referentes ao CCR neste país.

No Canadá o programa é recomendado desde 2002, também com o rastreamento de base populacional implantado em varias províncias do país e adotando como método para screening o teste de sangue oculto nas fezes. Algumas províncias optam por oferecer diferentes opções de exame e conseguem com isto elevada taxa de cobertura populacional para o rastreamento.

No Uruguai o rastreamento se faz através de um programa de abrangência nacional e utiliza a PSO como método na população entre 50 e 74 anos.

No Brasil, a política de atenção oncológica indicada pelo Ministério da Saúde (MS) preconiza o rastreamento do câncer apenas para os tumores de colo uterino e mama feminina, estando a detecção precoce destes dois tumores contemplados nos diversos instrumentos de gestão pactuados entre as três esferas de gestão do SUS.

O INCA, em documento específico sobre CCR elaborado em 2003⁹ indica o rastreamento através de PSO anual em pessoas com 50 anos ou mais, seguida de exame proctológico nos casos positivos. Por outro lado, em publicação recente, destinada a apresentar e analisar a estimativa de incidência de casos novos de câncer no Brasil em 2012, afirma que o custo-benefício tem impossibilitado a estratégia de detecção precoce do CCR, mesmo em países com maiores recursos.

Esta opção política de priorizar os tumores de colo uterino e mama pode ser justificada pelo fato de que o CCR ainda não se mostra tão relevante a nível nacional, além do que persistem problemas importantes e desigualdades regionais acentuadas envolvendo o rastreamento das neoplasias de colo uterino e mama e o necessário tratamento adequado dos casos diagnosticados.

Em São Paulo, porém, tanto o Estado como o município apresenta um perfil epidemiológico diferente, com taxas de incidência e mortalidade por CCR muito mais elevadas, fato que demandaria estudos visando um planejamento adequado para o enfrentamento da doença. Apesar disto, atualmente o Estado de São Paulo segue a política de atenção oncológica preconizada pelo INCA e também preconiza o rastreamento apenas para os tumores de colo uterino e mama feminina.

Uma iniciativa interessante de rastreamento do CCR, executada na cidade paulista de Santa Cruz das Palmeiras¹³, merece ser apontada. Nesta cidade, com a colaboração entre o gestor municipal e a Associação Brasileira de Prevenção de Câncer de Intestino – ABRAPRECI foi realizado o rastreamento para moradores assintomáticos de 40 anos ou mais. Entre 2006 e 2007 o rastreamento atingiu uma cobertura de 43,7% da população-alvo, tendo sido utilizado como método o exame imunológico de PSO, sendo que 10,7% dos resultados foram positivos e os moradores convocados para a realização de colonoscopia. Das 212 colonoscopias realizadas foram diagnosticados: 53 pacientes com doença diverticular dos cólons, 59 com 1 ou mais pólipos, 9 com adenocarcinomas e 91 colonoscopias normais.

Apesar da magnitude da doença no MSP, observa-se que é ainda bastante incipiente a adoção de métodos de prevenção precoce para o CCR. Dados do Inquérito de Saúde ISA – Capital, realizado em 2008, apontam que apenas 12,2% dos moradores da cidade haviam realizado algum exame preventivo para a doença, sendo que aqueles que o fizeram via Sistema Único de Saúde somaram apenas 13,5% do total, demonstrando ser ainda incipiente a participação do SUS nesta prática preventiva¹⁴.

Uma experiência pontual de rastreamento do CCR no MSP vem sendo feita pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz¹⁵, por um dos seus programas de sustentabilidade. Fruto de parceria com o MS e a SMS-SP, a instituição desenvolve na zona norte da cidade um “Programa de atenção ao câncer de cólon e reto”, que inclui atividades educacionais, rastreamento para a população com 50 anos ou mais e também o tratamento dos casos de câncer diagnosticados. Ainda não estão disponibilizados dados oficiais sobre este projeto.

Constatada a relevância do CCR, particularmente em São Paulo, e apontadas as evidências científicas disponíveis para a adoção de políticas de rastreamento populacional como instrumento para diminuir as taxas de incidência e mortalidade, necessário se faz discorrer sobre a análise da viabilidade de um projeto específico para o screening do CCR na população residente no MSP.

Um simples exercício sobre algumas das necessidades mais relevantes para a implantação do rastreamento permite afirmar que hoje não estão disponíveis as condições mínimas para que

se execute, de imediato, um rastreamento de base populacional do CCR no MSP. Estimavam-se, para 2011, 2.193.128 moradores da cidade com idade entre 50 e 74 anos, a faixa etária mais frequentemente enfocada nos diferentes programas de rastreamento. Caso se optasse por um rastreamento a cada dois anos e se buscasse uma cobertura populacional mínima de 50%, seria necessário que o SUS disponibilizasse cerca de 550 mil exames anuais de PSO, além de cerca de 55 mil colonoscopias referentes aos casos positivos do exame (cerca de 10% do total).

Números disponibilizados pelo DATASUS¹⁶ apontam que, em 2011, foram realizados 52.397 exames de PSO e 21.988 colonoscopias no MSP, sendo que os números não apontam quais foram os exames realizados especificamente em moradores da cidade e também qual a quantidade realizada para fins de rastreamento, isto é, em população assintomática.

Outro agravante atual para a implantação de um programa de rastreamento seria o fato de que o exame de PSO disponibilizado pelo SUS não é aquele que emprega o método imunológico, mais específico e que dispensa a dieta apropriada para a sua realização.

Apesar dos dados indicarem a falta de condições atuais para a implantação do rastreamento do CCR, experiências internacionais bem sucedidas demonstram que debater amplamente o assunto, dar atenção prioritária às ações de prevenção em câncer e planejar e implementar projetos pilotos de screening podem significar o caminho ideal para a obtenção das condições sanitárias exigidas para detecção precoce da doença. Com a realização de projetos pilotos é possível a qualificação dos recursos humanos necessários, se definem as melhores formas de convocação dos moradores, se identificam as principais barreiras que impedem uma adesão satisfatória da população ao programa, se quantificam e disponibilizam os recursos diagnósticos necessários, se garantem as condições para o tratamento integral e ágil dos casos confirmados de câncer e se estabelecem as ações em prol da qualidade nas diferentes etapas do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Taxas elevadas de incidência e mortalidade e diagnóstico tardio das lesões compõem o panorama epidemiológico do CCR em várias partes do mundo e também no MSP, tornando evidente a relevância deste tumor.

Devido à história natural da doença, o rastreamento populacional tem sido empregado por grande parte dos países como estratégia para alterar o padrão epidemiológico desta neoplasia, observando-se queda na mortalidade e também na incidência do CCR, principalmente quando se opta pelo rastreamento organizado ou de base populacional.

Por outro lado, os recursos sanitários exigidos para a implementação de um programa de rastreamento populacional deste porte, numa área com a grandeza e a complexidade do MSP, apontam para a necessidade de aprofundar a discussão sobre o assunto e planejar adequadamente as ações, de modo a garantir que as intervenções em saúde sejam justificáveis e aceitáveis sob o ponto de vista médico e social, e orientadas pelo princípio da proporcionalidade, com os ganhos superando os riscos.

Compatibilizar as evidências científicas disponíveis com os recursos necessários para um programa de rastreamento do CCR parece ser o desafio a ser enfrentado no momento. Diferentes experiências internacionais apontam que o caminho inicial poderia ser o planejamento para a implementação de um projeto-piloto, onde se associem a educação e sensibilização da população, rastreamento com PSO em população adstrita na faixa etária entre 50 e 74 anos e adequação de recursos para diagnóstico ágil e tratamento adequado dos casos positivos, tendo sempre como premissa a participação da atenção básica em saúde e a organização de todos os níveis de atenção do SUS para que a iniciativa seja bem sucedida.

Um programa de rastreamento em câncer é um projeto complexo que envolve diferentes componentes que permeiam os diversos níveis de atenção à saúde e está inserido dentro de um contexto socioeconômico, cultural e político. Quebrar o paradigma de sempre priorizar os investimentos em oncologia em custosos recursos destinados ao tratamento dos pacientes e

priorizar as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer deve ser uma premissa a ser adotada para a melhoria da atenção oncológica.

A institucionalização de um planejamento em saúde epidemiologicamente embasado pode ser um instrumento de intervenção social que permita a definição de prioridades e a identificação das intervenções necessárias para melhorar as condições de vida população. Melhor ainda se tiver os olhos voltados para o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research on Cancer - IARC. World Cancer Report 2008 [acesso em junho 2012]. Disponível em: <http://www.iarc.fr>.
2. American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013. Atlanta; 2011.
3. International Union Against Cancer - UICC. Colorectal câncer screening in Europe2007. [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.uicc.org>.
4. International Union Against Cancer - UICC . Cancer Statistics Research [acesso em junho 2012]. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.
5. Registro de Câncer de São Paulo. Câncer em São Paulo 1997-2008: incidência, mortalidade e tendência de câncer no município de São Paulo [acesso em junho 2012]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rcsp/publicacoes>.
6. Ministério da Saúde - MS. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Incidência de Câncer no Brasil Estimativas 2012 [acesso em junho 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
7. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação- CEInfo. Tabnet – mortalidade [acesso em junho 2012]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/mortalidade/index.php?p=6529>.
8. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo [acesso em junho 2012]. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br>.
9. Ministério da Saúde - MS. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Falando sobre câncer de intestino. Rio de Janeiro: INCA, 2003.
10. NHS Cancer Screening Programmes.NHS Bowel Cancer Screening Programme [acesso em junho 2012]. Disponível em: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/>.
11. International Agency for Research on Cancer – IARC. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis - First edition. European Union; 2010 [acesso em junho 2012]. Disponível em <http://screening.iarc.fr/doc/ND3210390ENC.pdf>.
12. American Cancer Society. Inventory of Colorectal Cancer Screening Activities in ICSN countries. Disponível em: <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/colorectal/screening.html>.
13. Perez RO et al. Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro.ABCD, arq. bras. cir. dig. vol.21 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2008.
14. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação- CEInfo. Boletim CEInfo ISA Capital 2008: Exames preventivos [acesso em junho 2012]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ExamesPreventivos.pdf>.
15. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Sustentabilidade [acesso em junho 2012]. Disponível em <http://www.hospitalalemao.org.br/haoc/Ferramentas/Busca/ConteudoMostra.aspx?idItem=20933&idModulo=57392>.
16. Ministério da Saúde - MS. Datasus. Informações de Saúde [acesso em junho 2012]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qasp.def>.

RASTREAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Márcia Maria Gomes Massironi *

É a partir da atenção básica, porta preferencial de entrada para o sistema, que devem emanar todas as ações de saúde, numa perspectiva de redes assistenciais organizadas, sistematizadas e reguladas. Entendido como ordenador do cuidado e orientador da assistência, este espaço institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde tem como missão aperfeiçoar a saúde da população, com o emprego do estado mais avançado do conhecimento; neste sentido, para além do tratamento e da recuperação, merecem reflexão no contexto da rede básica de saúde a identificação e o enfrentamento racional dos fatores de risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças.

Organizar um programa de rastreamento na Atenção Primária implica em identificar ações que possam trazer mais benefícios que danos, garantir que cada programa seja introduzido e executado com qualidade e que os sistemas de saúde deem continuidade ao processo, do diagnóstico até o tratamento, a todas as pessoas incluídas no programa e susceptíveis à condição rastreada.

Testes de rastreamento são realizados para identificar doenças assintomáticas, e a alternativa ao rastreamento é esperar até que haja sintomas suficientes para o diagnóstico. Algumas questões, então, necessariamente se impõem: ao se rastrear determinada doença, é possível obter impacto relevante frente aos riscos e danos associados à intervenção? Justifica-se o emprego do recurso na ação proposta? Qual o intervalo ideal de rastreamento para determinada condição?

Neste contexto, o estabelecimento de um programa adequado de rastreamento deve considerar os seguintes pontos:

1. Características da doença:
 - a. A história natural deve ser bem conhecida;
 - b. A ação de rastreamento deve ser capaz de produzir efeito significativo na qualidade ou duração da vida;

* Médica. Coordenadora da Área Técnica de Saúde do Adulto - Coordenação da Atenção Básica – SMS – SP.

-
- c. A prevalência da doença na população deve ser suficiente para justificar o recurso empregado, devendo este ser compatível com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo;
 - d. A detecção e o tratamento oportuno devem reduzir significativamente a morbidade e a mortalidade;
 - e. O tratamento na fase assintomática deve produzir resultado terapêutico melhor do que instituído mais tardiamente, quando há sintomas.

2. Características do teste de rastreamento

- a. Deve ser suficientemente sensível para detectar a doença no período assintomático;
- b. Deve ser suficientemente específico para fornecer valor preditivo positivo aceitável;
- c. Deve ser disponível, confiável e aceitável para aplicação em nível populacional.

É também importante destacar a relevância de se estabelecer e implementar sistemas de informação que deem conta de uma sistematização, traçando a curto e médio prazo um panorama realista da situação e da experiência acumulada.

O rastreamento do câncer colorretal (CCR), tema central deste Boletim, reveste-se de importância pela relevância epidemiológica desta neoplasia, e na medida em que propõe a discussão sobre as decisões sobre esta modalidade de rastreamento a serem assumidas pela rede de saúde do Município de São Paulo. Neste sentido, e considerando os fatores de risco e a história natural do CCR, é possível entrever uma série de intervenções dos profissionais da Atenção Primária, que devem conhecer e saber manejar os fatores predisponentes ao CCR; para além de orientar a população mais vulnerável quanto a estes riscos, vislumbra-se um considerável campo de atuação destes profissionais na promoção, prevenção e detecção oportuna de lesões suspeitas e nas interfaces possíveis com os outros níveis de complexidade da assistência.

Todas estas considerações acerca do rastreamento de doenças na Atenção Básica devem estar pautadas na discussão sobre o rastreamento do câncer colorretal, fortalecendo e qualificando a atenção oncológica no Município de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Ministério da Saúde - MS. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária 29 – Rastreamento. (Acesso em junho 2011]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf.

UMA VISÃO GERAL SOBRE A REDE DE ASSISTÊNCIA AO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

*Luís Fernando Pracchia **

INTRODUÇÃO

O Câncer Colorretal (CCR) é o segundo tipo de tumor mais incidente na população do Município de São Paulo, tanto nos indivíduos do sexo masculino (sendo o primeiro o Câncer de Próstata) quanto no sexo feminino (sendo o primeiro o Câncer de Mama), segundo dados do INCA¹. No ano de 2012 são esperados mais de 300 casos/novos ao mês no Município de São Paulo, sendo que todos necessitarão tratamento especializado oncológico em Centros de Atenção Oncológica (CACON) habilitados pelo Ministério da Saúde.

REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo conta com quatro CANON contratualizados para a assistência oncológica integral dos munícipes diagnosticados com câncer. A partir de 2008, após a criação do Programa Oncologia Paulistana do Núcleo de Programas Estratégicos (NUPES), instituído pela Portaria Municipal no 801 de 06 de maio de 2009, várias ações foram desenvolvidas pela Secretaria da Saúde para a formatação da Rede de Atenção Oncológica no Município de São Paulo:

- Revisão dos contratos de CACON sob gestão Municipal para incremento das vagas ofertadas para tratamento integral do câncer;
- Criação de Protocolo Clínico de Acesso em Oncologia, permitindo o acesso ao tratamento em mais de 13 sub-especialidades oncológicas e mais de 28 tipos distintos de tumor (primeira versão do Protocolo em agosto de 2009, terceira versão do Protocolo em agosto de 2012);
- Treinamento de toda a rede de assistência em atenção básica e hospitalar para a utilização do Protocolo Clínico de Acesso em Oncologia, bem como a formatação do sistema informatizado SIGA para solicitação de consultas em oncologia;
- Informatização de 100% das vagas para tratamento do câncer no Município de São Paulo;

* Médico - Oncologia Paulistana - Núcleo de Programas Estratégicos (NUPES) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

- Criação da Central de Regulação em Oncologia do Complexo Regulador Municipal, propiciando a qualificação e priorização de agendamento para consultas em oncologia.

ASSISTÊNCIA AO CÂNCER COLORRETAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Desde agosto de 2009, todo paciente diagnosticado com CCR nas estruturas de saúde do Município de São Paulo, tanto na rede ambulatorial quanto na hospitalar, devem ter consulta especializada oncológica em CACON solicitada de forma informatizada via sistema SIGA. O agendamento das consultas é efetuado de forma qualificada, após revisão médica das solicitações, pela Central de Regulação em Oncologia do Complexo Regulador Municipal de acordo com os critérios do Protocolo Clínico de Acesso em Oncologia versão agosto de 2012 (**Tabela 1**).

Tabela 1: Critérios do Protocolo Clínico de Acesso em Oncologia para referência de pacientes para Consulta em Atenção especializada em CACON

Tipo de Consulta	Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Consulta em Oncologia - Gastrointestinal	Câncer de Esôfago diagnosticado	Câncer de Esôfago confirmado por biópsia endoscópica
	Câncer de Estômago diagnosticado	Câncer de Estômago confirmado por biópsia endoscópica
	Câncer Colorretal diagnosticado	Câncer de Cólon-Reto confirmado por biópsia via colonoscopia, retossigmoidoscopia ou cirurgia
	Suspeita de Câncer Pancreático ou Câncer Hepático Primário (inclui vias biliares)	TC Abdome com massa sólida ou mista em sitio pancreático ou hepático.

Atualmente a Central de Regulação em Oncologia do Complexo Regulador Municipal recebe em média 120 solicitações para Consulta em Oncologia - Gastrointestinal, sendo que 80% destas são de pacientes com diagnóstico de CCR.

A partir da admissão dos pacientes portadores de CCR nos CACON, são disponibilizados por estes Centros todos os procedimentos necessários para o tratamento integral do câncer, incluindo procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos.

ALÉM DA ASSISTÊNCIA - AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CCR

Ações que promovam a diminuição da incidência do CCR são fundamentais para minimizar a morbi-mortalidade relacionada a este tumor, bem como minimizar a demanda de atenção especializada em CACON.

O risco de CCR pode ser aumentado por fatores modificáveis de estilo de vida, como alimentação rica em gorduras (saturadas e colesterol), carnes vermelhas e álcool, bem como o sedentarismo². Desta forma, ações populacionais com foco em educação alimentar e promoção à atividade física podem ter impacto na redução do CCR.

Além disso, o rastreamento populacional organizado, por permitir o diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas, permite a redução da incidência e mortalidade do CCR^{3,4}. Embora não seja atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde no Brasil⁵, o rastreamento populacional organizado deve ser mais bem estudado em nosso país, permitindo a obtenção de evidências de custo-efetividade e sustentabilidade desta estratégia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

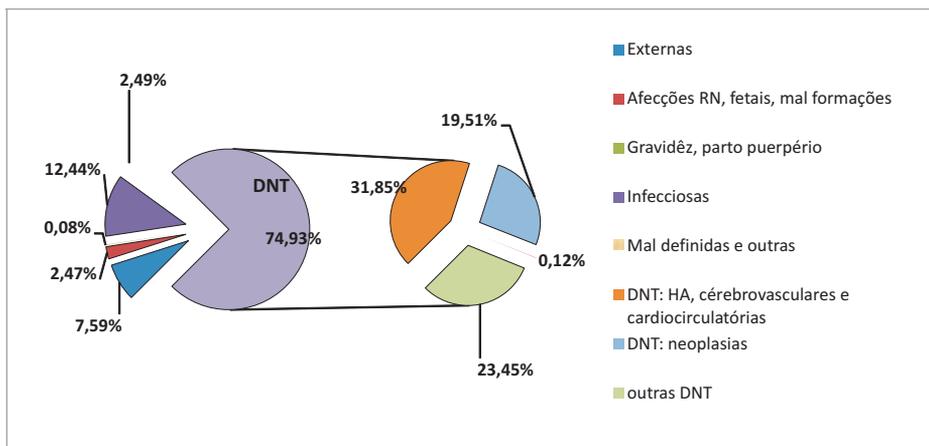
1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil Estimativas 2012 [acesso em outubro 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
2. Watson AJ, Collins PD. Colon cancer: a civilization disorder. *Dig Dis*. 2011;29(2):222-8.
3. Levin B, Lieberman DA, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin*. 2008 May-Jun;58(3):130-60.
4. Hewitson P, Glasziou P, et al. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD001216.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Primária, n. 29 (Rastreamento) – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT), PROMOÇÃO DA SAÚDE E CÂNCER

Ruy Paulo D'Elia Nunes *
Carmen Helena Seoane Leal **

O Brasil está passando, há cerca de cinco décadas, por acelerada transição demográfica e epidemiológica: a queda acentuada na natalidade e fecundidade e o aumento da expectativa de vida têm mudado o cenário da morbimortalidade. Ao longo deste período, saímos de um país predominantemente rural para um país de população concentrada no meio urbano. Neste contexto, na metrópole de São Paulo houve grande mudança no perfil da mortalidade: fomos da preponderância de Doenças Transmissíveis para a maior magnitude das mortes por Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com destaque para Causas Externas (Violências e Acidentes) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis. As Doenças Não Transmissíveis (DNT), quando agrupadas, são responsáveis por cerca de $\frac{3}{4}$ de todas as mortes ocorridas no Município de São Paulo (**Figura 1**).

Figura 1: Mortalidade por Grandes Causas no Município de São Paulo - 2011



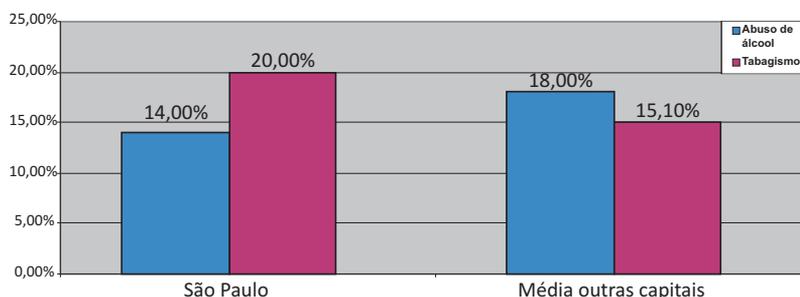
Fonte: SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

* Médico Psiquiatra e Sanitarista; Subgerente de DANT do Centro de Controle de Doenças – CCD (Gerente: Dra. Rosa Maria Dias Nakazaki) da Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA (Coordenadora: Dra. Ines Suarez Romano) da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. ** Médica Epidemiologista da Subgerência de DANT.

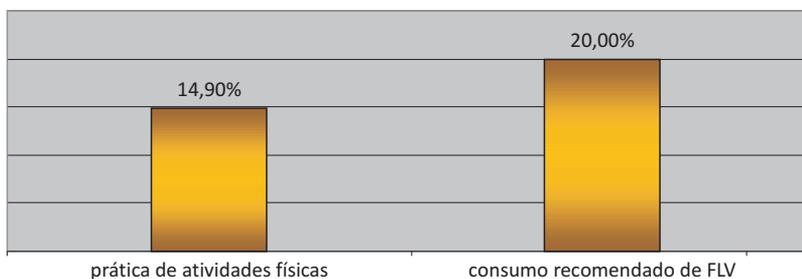
Ressaltamos que mais da metade dos óbitos no Município ocorre por doenças hipertensivas, cardiocirculatórias e cerebrovasculares, além de vários tipos de câncer. O acesso a certas tecnologias médicas vem diminuindo paulatinamente a mortalidade por doenças cardiovasculares, que vai sendo substituída pela mortalidade por neoplasias, mais frequentes em idosos. Assim, este padrão de mortalidade vai se aproximando daquele dos países desenvolvidos, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos na população, nas últimas fases da transição demográfica. Embora a mortalidade por doenças cardiovasculares venha decrescendo, sua morbidade continua alta.

Por outro lado, as mudanças nos hábitos alimentares e nos padrões de atividade física associados às condições de vida, trabalho, transporte e lazer têm provocado impactos no modo de vida do paulistano. A contribuição de certos fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de algumas doenças crônicas, entre elas os cânceres, pode ser verificado através dos dados do VIGITEL, um inquérito realizado por monitoramento telefônico pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras. Os dados abaixo foram adaptados do VIGITEL.

VIGITEL 2012: % de tabagismo e de consumo abusivo de álcool de São Paulo em relação às outras capitais brasileiras



VIGITEL 2012: % de Prática de atividades físicas e de consumo de frutas, legumes e verduras na população (18 anos ou +) na Capital Paulista



Portanto, os habitantes da cidade de São Paulo ainda contam com um grande número de tabagistas; a grande maioria é sedentária além de terem uma ingesta de frutas, legumes e verduras aquém da desejada. Alguns destes fatores têm impacto direto na prevalência de vários cânceres, entre eles o câncer colorretal, responsável por mais de 10% dos óbitos por câncer no Município de São Paulo. Numa população com tais características, o rastreamento e o diagnóstico precoce de câncer colorretal tem grande relevância.

Numa outra frente de trabalho, a implementação da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT no Município de São Paulo processa-se de modo acentuado a partir de 2003. Para além dos fatores de risco individual, buscam-se estratégias populacionais mais centradas nos Determinantes Sociais de Saúde. Esta iniciativa vai ao encontro de prioridades nacionais e internacionais que se estabeleceram nas últimas décadas.

Em âmbito nacional, a Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não-Transmissíveis (CGDANT) do Ministério da Saúde, em conjunto com outros Ministérios e setores da Saúde, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2001/2022. O Plano foi apresentado na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), onde o tema foi debatido, em setembro de 2011¹. Em agosto 2012 realizou-se Reunião Técnica de Avaliação do primeiro ano de implantação do Plano, com a presença do Ministério da Saúde, ANVISA, Ministério dos Transportes, Estados e Municípios, CONASS, CONASEMS, Sociedades de Especialidades, Universidades e ONGs. O Plano fundamenta-se nas ações em:

- a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) promoção da saúde;
- c) cuidado integral.

Destacaram-se a necessidade de ampliar políticas públicas de Estratégia Populacional e de não culpabilização dos indivíduos. Dentre as Estratégias Populacionais, considerando as questões de Segurança Alimentar, citaram-se os acordos existentes com a indústria alimentícia para a redução de sal e açúcar, e a necessidade de se avançar na regulamentação de setores de alimentos e álcool, a exemplo do que tem ocorrido com a indústria do tabaco. Também foi

considerado prioritário o planejamento urbano com ênfase para a mobilidade humana; já existem experiências nesta área que tiveram como resultado o estímulo à atividade física, além de redução das violências² e possivelmente dos índices de poluição.

A Vigilância de DANT na Cidade de São Paulo pauta-se, portanto, pela Promoção da Saúde, seguindo recomendações da OMS por uma “Estratégia Mundial para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”³. Também estamos embasados pelo documento do MS “Política Nacional de Promoção da Saúde”⁴ e pela criação da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde, que produziu o relatório “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”⁵.

O esforço de desenvolvimento do trabalho da Vigilância de DANT no Município tem como diretrizes as Estratégias de Promoção da Saúde segundo a Carta de Otawa⁶: Desenvolvimento de Habilidades, Empoderamento da Comunidade, Entornos Saudáveis, Políticas Públicas e Advocacy (defesa de direitos coletivos). Sob o ponto de vista pragmático da Vigilância integramos dois fundamentos do Plano de Enfrentamento das DCNTs: a Promoção da Saúde e informação para avaliação e monitoramento. Nossos esforços vêm sendo realizados no sentido de fomentar ações de Promoção da Saúde nos Territórios, e ao mesmo tempo, monitorar a realização e o alcance de tais ações.

Nos últimos anos, têm sido realizadas várias capacitações e oficinas dirigidas aos profissionais de vigilância das Coordenações Regionais de Saúde (CRS) e de seus territórios, com priorização no desenvolvimento de trabalhos articulados intra e intersetorialmente, com a rede de atenção básica e com as redes de organização da sociedade civil. O trabalho com os territórios tem se desenvolvido na identificação dos determinantes sociais do sedentarismo e na elaboração de indicadores de oferta de atividade física e de ações intersetoriais. Já há apontamentos do que precisa ser ampliado para o próximo ano: há necessidade de aprofundamento de formação e qualificação das redes, além de uma abordagem específica voltada para a alimentação saudável. Desta maneira, acreditamos estar contribuindo com a visão da Vigilância em Saúde nas complexas questões que envolvem o câncer colorretal, doença cada vez mais prevalente nos idosos em sociedades urbanizadas como a nossa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Departamento de análise de situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2. Marinheiro, V e Teixeira R. Governos devem cobrar caro pelo uso do carro, diz consultor. Entrevista concedida por Enrique Peñalosa, para o jornal “Folha de São Paulo” em 24/06/ 2012. Disponível em on line em <http://www1.folha.oul.com.br/cotidiano/1109371-governos-devem-cobrar-carro-pelo-uso-do-carro-diz-consultor.shtml>.

3. Fifty-seventh world health assembly. Global strategy on diet, physical activity and health. [WHA57.17]. Disponível em on line em http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17.

4. Brasil: Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em on line em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>.

5. Brasil: Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Disponível on line em <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

6. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

