

Boletim



Rastreamento de câncer colorretal

9

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Série "Boletim ISA Capital 2015", editada pela Coordenação de Epidemiologia e Informação|CEInfo|SMS|PMSP.

Boletim Nº 9 | Julho 2017 | Versão eletrônica

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

João Doria

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Wilson Modesto Pollara

SECRETÁRIA ADJUNTA

Maria da Glória Zenha Wieliczka

CHEFE DE GABINETE

Daniel Simões de Carvalho Costa

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo

Margarida M T A Lira

Elaboração

César Augusto Inoue

Marcia Maria Gomes Massironi

Luis Fernando Pracchia

Colaboração e Revisão

Hélio Neves

Katia Cristina Bassichetto

Patrícia Carla dos Santos

Breno Souza de Aguiar

Margarida M T de Azevedo Lira

Projeto gráfico, diagramação e editoração

Artur Isnard Leonardi Horta Lopes

Bianca de Moraes Garcia

Conselho Editorial

Breno Souza de Aguiar

Eneida Ramos Vico

Helio Neves

Leny Kimie Yamashiro Oshiro

Margarida M T A Lira

Maria Rosana Issberner Panachão

Tamiris C T Souza

Tatiana Gabriela Bressea Galleguillos

Equipe de Pesquisadores do ISA Capital 2015

Pesquisador responsável

Chester Luiz Galvão César

Instituição responsável

Convênio celebrado entre o Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública (CEAP) da Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Pesquisadores principais

Chester Luiz Galvão César

Faculdade de Saúde Pública | USP

Maria Cecília Goi Porto Alves

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Faculdade de Ciências Médicas | UNICAMP

Moisés Goldbaum

Faculdade de Medicina | USP

Regina Mara Fisberg

Faculdade de Saúde Pública | USP

Pesquisadores associados

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Reinaldo José Gianini

Coordenação do trabalho de campo

Fernanda Mello Zanetta

Margaret Harrison de Santis Dominguez

Mariangela Pereira Nepomuceno Silva

Equipe responsável pelo ISA Capital 2015 na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Margarida M T A Lira

Hélio Neves

Katia Cristina Bassichetto

FICHA CATALOGRÁFICA

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo.

Boletim ISA Capital 2015, nº 9, 2017: Rastreamento de Câncer colorretal. São Paulo: CEInfo, 2017, 20 p.

1. Inquérito de Saúde. 2. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 3. Neoplasia colorretal. 4. Programas de Rastreamento.

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

CEP 01223-010 - São Paulo - SP

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

Versão eletrônica:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_CC.pdf

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Apresentação

Diferentemente dos programas para rastreamento do colo do útero e de mama, apresentados no segundo Boletim CEInfo da série ISA Capital 2015, que se apresentam bastante consolidados no município de São Paulo (MSP), em relação ao rastreamento do câncer colorretal não existem evidências para a recomendação deste programa enquanto política pública de saúde. Apesar disso, desde o ISA Capital 2008 se investigam as práticas destinadas à detecção precoce de câncer de cólon e reto, que é objeto do presente estudo. Sendo assim, o nono Boletim CEInfo da série ISA Capital 2015 aborda especificamente as práticas relacionadas ao rastreamento de câncer colorretal na população com 50 anos e mais de idade, considerando aspectos como local de residência, idade, raça/cor, renda, escolaridade, situação conjugal. Neste inquérito de saúde foi investigada a realização de pesquisa de sangue oculto e colonoscopia; principais motivos e participação do Sistema Único de Saúde na realização dos mesmos; resultados, seguimento, entre outros.

Espera-se que as informações aqui publicadas possam contribuir para melhorar a qualidade e a efetividade das ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer colorretal no MSP.

Apresentação**Resumo**

Listagem de tabelas e gráficos**Introdução****Método****Resultados****Considerações finais****Referências bibliográficas****Resumo**

Um programa populacional de rastreamento de câncer tem como principal objetivo a redução da morbimortalidade, ao possibilitar a identificação deste agravo em seus estágios iniciais, quando o tratamento costuma apresentar melhor prognóstico. Especialmente em relação ao câncer colorretal não há recomendação do Ministério da Saúde para o rastreamento de rotina, isto é, para a população acima de 50 anos sem queixas ou sinais. De acordo com o Ministério da Saúde “não se considera viável e custo-efetiva, atualmente, a implantação de programas populacionais de rastreamento para câncer colorretal no Brasil. Recomenda-se fortemente, entretanto, que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada” (BRASIL, 2010). Mesmo assim, parcela considerável da população tem procurado os serviços públicos de saúde para sua realização. Em função disso, optou-se por incluir questões relacionadas a este tema, em pessoas acima de 50 anos, no Inquérito de Saúde de base populacional - ISA Capital 2015. Os exames utilizados de rotina são pesquisa de sangue oculto nas fezes (SOF) e colonoscopia. O objetivo do presente estudo foi analisar práticas relacionadas ao rastreamento de câncer colorretal em pessoas com 50 anos e mais de idade, considerando aspectos como região de residência, idade, raça/cor, renda, escolaridade e situação conjugal. Dentre os principais achados deste inquérito pode-se observar que houve um aumento significativo na realização de algum exame para diagnóstico precoce do CCR se comparado ao inquérito anterior, com maior prevalência para a pesquisa de SOF, inclusive no SUS. Em 2015, a maioria da população acima de 50 anos realiza os exames para detecção precoce de CCR por rotina. Foi observada prevalência maior de realização destes exames entre os idosos e para as demais variáveis socioeconômicas não houve diferenças estatísticas, assim como por regiões de saúde. O sistema privado permanece com as maiores prevalências de realização de colonoscopia e SOF na população-alvo entrevistada. Ainda que o rastreamento populacional não esteja indicado, recomenda-se fortemente que algumas estratégias de diagnóstico precoce devam ser implementadas como divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Essa estratégia consolidará as bases necessárias para detecção mais precoce desse tipo de câncer, com vistas a um futuro programa populacional de rastreamento, quando evidências de custo-efetividade e sustentabilidade assim o indicarem. Situações de alto risco devem merecer abordagens individualizadas (BRASIL, 2010).

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Listagem de figuras, tabelas e quadros

Gráfico 1 - Prevalência de indivíduos com 50 anos e mais que informou a realização, **alguma vez na vida**, de exames para diagnóstico precoce de câncer colorretal (Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e/ou Colonoscopia/Sigmoidoscopia). Município de São Paulo, 2008 e 2015 **10**

Gráfico 2 - Prevalência de indivíduos com 50 anos e mais que informou a realização, **alguma vez na vida**, de exame para diagnóstico precoce de câncer colorretal, segundo tipo de exame. Município de São Paulo, 2015..... **11**

Tabela 1 - Prevalência (%) do principal motivo que levou a fazer o último exame de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia. Município de São Paulo, 2015..... **12**

Tabela 2 - Prevalência (%) do principal motivo para não realização dos exames de diagnóstico precoce para câncer colorretal. Município de São Paulo, 2015..... **13**

Tabela 3 - Prevalência (%) de realização de exames (pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou colonoscopia) para a prevenção de câncer colorretal, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Município de São Paulo, 2015..... **14**

Gráfico 3 - Prevalência (%) de realização, **alguma vez na vida**, de exames para diagnóstico precoce de câncer colorretal pelo Sistema Único de Saúde, em pessoas com 50 anos ou mais. Município de São Paulo, 2015..... **15**

Gráfico 4 - Prevalências (%) de realização de colonoscopia e de pesquisa de sangue oculto nas fezes para diagnóstico precoce de câncer colorretal, realizados pelo SUS e não SUS, em pessoas com 50 anos ou mais. Município de São Paulo, 2015..... **16**

Tabela 4 - Prevalências (%) de realização de exames preventivos para diagnóstico precoce de câncer colorretal realizados pelo Sistema Único de Saúde, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e tipo de exame. Município de São Paulo, 2015..... **17**

Apresentação**Resumo****Listagem de tabelas e gráficos****Introdução**

Método**Resultados****Considerações finais****Referências bibliográficas****Introdução**

O câncer colorretal (CCR) abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores seria a detecção e a remoção dos pólipos antes deles se tornarem malignos (INCA, 2015). Ainda segundo o INCA (2015), a estimativa de novos casos no Brasil em 2016 era de 34.280, sendo 16.660 homens e 17.620 mulheres; no município de São Paulo (MSP), a estimativa é de 4.170, sendo 2.070 em homens e 2.100 em mulheres.

As evidências científicas até o momento apontam possíveis benefícios de estratégias de rastreamento para o câncer de intestino a partir dos 50 anos – idade esta onde a mortalidade para esse câncer torna-se expressiva. Indicam que a principal estratégia de rastreamento para o câncer de cólon e reto é a utilização da pesquisa de sangue oculto nas fezes (SOF) em indivíduos na faixa de 50 a 75 anos. É a partir desta idade onde a mortalidade por este câncer se torna mais expressiva. Quanto ao intervalo ideal de rastreamento, tanto o anual quanto o bienal levam a uma redução semelhante nas taxas de mortalidade por câncer de intestino (BRASIL, 2010). A colonoscopia é o exame utilizado para acompanhamento dos casos positivos de pesquisa de SOF. Trata-se de 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.

Apesar desta patologia apresentar algumas características que a elegeriam para um programa de rastreamento: crescimento lento, exames com bom nível de evidência na identificação de lesões precursoras e terapias efetivas contra o agravo, esta ação, na perspectiva populacional, não é recomendada no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional de Câncer (INCA), em função dos seguintes aspectos:

1. *Custo-efetividade deste programa de rastreamento.* Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), antes de se disponibilizar o rastreamento para o câncer de cólon e reto a uma população, por meio da pesquisa de SOF, é necessário levar em consideração os custos de toda a logística necessária para a continuidade da investigação com colonoscopias, biópsias e tratamento oncológico dos casos positivos para CCR e o impacto sobre o número de colonoscopias

Apresentação

diagnósticas que advirão desta implementação (OMS, s.d.; e BRASIL, 2010).

Resumo

2. Incidência e mortalidade da doença apresentando-se de forma heterogênea no Brasil e no próprio MSP. Estudo realizado pela CEInfo, com dados do Registro de Câncer de Base Populacional, no período de 1997 a 2008, que compara espacialmente coeficientes de incidência e de mortalidade por este tipo de câncer revelam que a concentração de casos encontra-se nas regiões mais centrais da cidade, enquanto que a mortalidade se apresenta de forma mais difusa, o que dificultaria a indicação da população-alvo¹.

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Apesar disso, desde o ISA Capital 2008 se investigam as práticas destinadas à detecção precoce de câncer de cólon e reto, que é objeto do presente estudo, na população acima de 50 anos.

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

¹ São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Relatório Técnico (2011): Câncer no Município de São Paulo no Período de 1997 a 2008 (não publicado).

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Método

Os dados deste estudo foram extraídos do ISA-Capital 2015. Este inquérito analisa a situação da saúde da população de São Paulo, residente em área urbana em domicílios particulares permanentes, considerando os seguintes domínios demográficos: adolescentes (12 a 19 anos), homens adultos (20 a 59 anos), mulheres adultas (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais).

Foram investigados diversos aspectos sobre rastreamento de CCR, utilizando o Bloco H4 do ISA Capital, aplicado em homens e mulheres com 50 anos e mais. Este bloco contém questões sobre práticas de realização de pesquisa de SOF e de colonoscopia; período de realização; principal motivo para nunca ter feito ou para não ter feito no último ano; principal motivo para ter feito estes exames; resultados; seguimento para confirmação do diagnóstico ou motivo para não ter feito seguimento; tipo de serviço de saúde onde foram solicitados estes exames; se os exames foram pagos ou não e quem pagou pelos mesmos (**Anexo 1**).

Por ter sido utilizado amostra do tipo “complexa”, os 4.043 entrevistados, por meio de peso da ponderação, representam um conjunto com características semelhantes de 9.349.890 pessoas da população residente em domicílios particulares permanentes, em área urbana do Município de São Paulo (MSP), segundo sexo e faixa etária.

Não foram consideradas válidas estimativas de prevalência cujo coeficiente de variação (CV) foi maior do que 30%, por indicar baixa precisão estatística. Para comparação de prevalências segundo variáveis de interesse foi utilizado Intervalo de Confiança de 95% ($IC_{95\%}$), sendo definido como havendo diferença significativa quando não se observou sobreposição dos IC.

Para mais informações quanto ao método utilizado neste inquérito consulte-se o “Boletim ISA Capital nº 0 - aspectos metodológicos e produção de análise”² (SÃO PAULO, 2017).

Os trabalhos de coleta de dados do ISA Capital foram realizados entre 01/09/2014 e 22/12/2015.

² São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Boletim ISA Capital 2015 nº 0. Aspectos metodológicos e produção de análises na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2017. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

No ISA Capital 2015, do total de 4.043 entrevistados, 859 foram adolescentes (12 a 19 anos), 2.165 adultos (20 a 59 anos) e 1.019 idosos (60 anos e mais). Estes representam uma população aproximada de 1,3 milhões de adolescentes, 6,7 milhões de adultos e 1,3 milhões de idosos (SÃO PAULO, 2017).

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

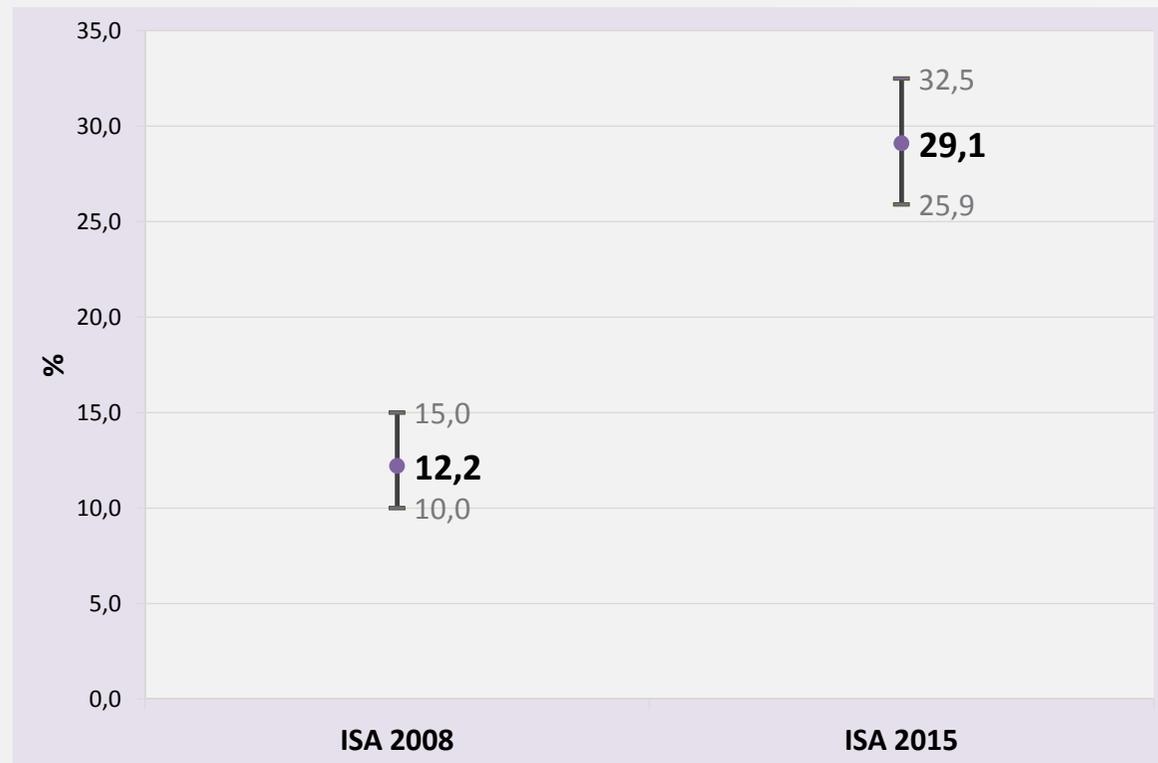
Considerações finais

Referências bibliográficas

Resultados

A realização de alguns dos exames para diagnóstico precoce de neoplasia colorretal ocorre para 29,1% de homens e mulheres com 50 anos ou mais de idade. Na comparação com o ISA Capital 2008 constata-se um aumento importante na prevalência de realização destes exames (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Prevalência de indivíduos com 50 anos e mais que informou a realização, **alguma vez na vida**, de exames para diagnóstico precoce de câncer colorretal (Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e/ou Colonoscopia/Sigmoidoscopia). Município de São Paulo, 2008 e 2015.



Fonte: ISA Capital 2008 e 2015.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

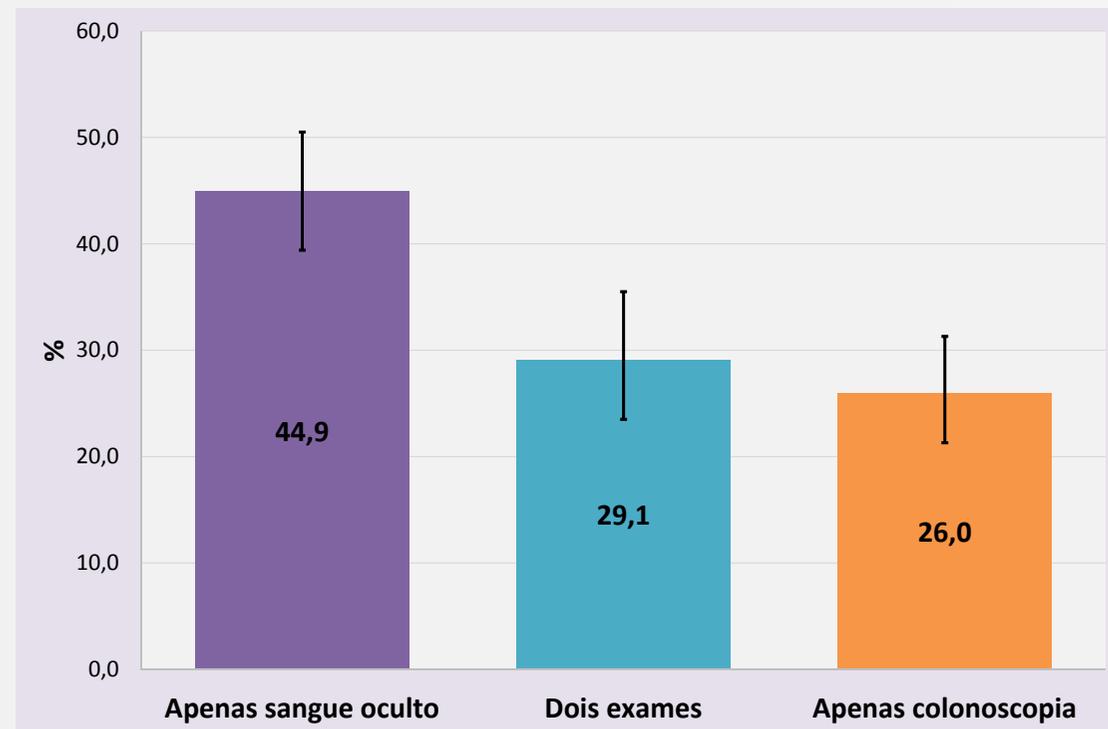
Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Ao analisar que tipo de exame a população-alvo optou para o diagnóstico precoce de CCR, constata-se que a maior parte iniciou esta investigação por meio de pesquisa de SOF (74%). Destaca-se, no entanto, que aproximadamente um quarto (26%) optou pela colonoscopia/sigmoidoscopia, mesmo diante das características já citadas deste tipo de exame: complexo, invasivo, requer sedação e custo elevado (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Prevalência de indivíduos com 50 anos e mais que informou a realização, alguma vez na vida, de exame para diagnóstico precoce de câncer colorretal, segundo tipo de exame. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

O ISA Capital 2015 investigou as indicações de exames de diagnóstico precoce para CCR com as seguintes perguntas: “Qual o principal motivo que levou o(a) Sr.(a) a fazer esse último exame de sangue oculto nas fezes?” e “Qual o principal motivo que levou o(a) Sr.(a) a fazer a última sigmoidoscopia ou colonoscopia?”.

Dentre as possibilidades de respostas a indicação, **como rotina**, em indivíduos sem queixas ou sintomas, foi encontrada em 75,2% dos que realizaram pesquisa de SOF e em 52,7% dos que realizaram colonoscopias/sigmoidoscopias. O segundo motivo mais frequente para realização de pesquisa de SOF foi “*checar algum problema de saúde*” (17,2%), seguido por “*indicação de profissional de saúde*” (6,8%). Já para as colonoscopias/sigmoidoscopias, 26,1% apontaram realização de exame por indicação de profissional da saúde, seguido pela investigação de algum problema ou queixa de saúde (19,1%); a diferença entre estes dois últimos motivos não são estatisticamente significativos (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Prevalência (%) do principal motivo que levou a fazer o último exame de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia. Município de São Paulo, 2015.

	Colonoscopia		Sangue oculto	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Como exame de rotina	52,7	(43,4 - 61,8)	75,2	(68,0 - 81,3)
Por orientação de profissional de saúde	26,1	(17,8 - 36,4)	6,8	(4,4 - 10,5)
Checar / Examinar algum problema de saúde	19,1	(14,0 - 25,5)	17,2	(12,4 - 23,3)
Incentivado por campanha de saúde / Matéria veiculada na mídia	0,3 *	(0,0 - 1,9)	0,3 *	(0,0 - 2,4)
Outro	1,9 *	(0,7 - 5,2)	0,4 *	(0,1 - 1,6)

Fonte: ISA Capital 2015.

* A estimativa (%) não atende ao critério mínimo de precisão fixado com coeficiente de variação nulo ou superior a 30%.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Dentre as respostas sobre o motivo de nunca terem realizado exame de rastreamento de CCR com pesquisa de SOF, 73,5% dos indivíduos referiram que nenhum médico indicou ou solicitou o procedimento; seguido de outras duas justificativas, ou por se sentirem saudáveis ou por desconhecimento do exame e sua finalidade/importância. O principal motivo para a não realização do exame de colonoscopia é semelhante ao da pesquisa de SOF, na qual 55,8% das pessoas apontaram que o profissional de saúde não indicou/solicitou a realização, 22,9% desconheciam a relação deste exame com o rastreamento de CCR e 20% sentiam-se saudáveis e por isso não acharam necessários (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Prevalência (%) do principal motivo para não realização dos exames de diagnóstico precoce para câncer colorretal. Município de São Paulo, 2015.

	Colonoscopia		Sangue oculto	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Nenhum médico indicou	55,8	(51,0 - 60,6)	73,5	(69,1 - 77,5)
Não era necessário	20,0	(16,9 - 23,5)	14,1	(11,5 - 17,1)
Não conhecia o exame	22,9	(19,4 - 26,8)	9,9	(7,2 - 13,4)
Outros	1,3*	(0,8 - 2,1)	2,6*	(1,7 - 3,9)

Fonte: ISA Capital 2015.

* A estimativa (%) não atende ao critério mínimo de precisão fixado com coeficiente de variação nulo ou superior a 30%.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

A análise de prevalência de realização destes exames segundo variáveis socioeconômicas e demográficas revelou que esta não varia segundo sexo, raça/cor, escolaridade e renda familiar; e é maior no grupo etário com 60 anos ou mais (35,0% x 22,3%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Prevalência (%) de realização de exames (pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou colonoscopia) para a prevenção de câncer colorretal, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Município de São Paulo, 2015.

	Realização de exame	
	%	IC _{95%}
Sexo		
Masculino	27,6	(23,6 - 31,9)
Feminino	30,2	(26,1 - 34,8)
Faixa etária (em anos)		
50 a 59	22,3	(18,5 - 26,7)
60 e mais	35,0	(31,2 - 38,9)
Raça/Cor		
Branca	30,7	(26,4 - 35,3)
Preta	19,6	(13,0 - 28,5)
Amarela	37,9	(22,3 - 56,4)
Parda	28,2	(23,6 - 33,3)
Indígena	12,0*	(1,2 - 61,2)
Outra	29,5	(20,4 - 40,6)
Escolaridade (em anos de estudo)		
0 a 3	28,4	(22,5 - 35,1)
4 a 7	24,6	(20,0 - 29,7)
8 a 10	27,8	(23,4 - 32,8)
11 ou mais	37,1	(30,1 - 44,6)
Situação conjugal		
Casado / União estável	30,7	(26,7 - 35,0)
Separado / Divorciado	29,1	(21,7 - 37,9)
Solteiro	19,3	(13,1 - 27,5)
Viúvo	30,6	(25,3 - 36,5)
Renda familiar per capita (em salários mínimos)**		
Menos de 1 SM	24,1	(19,3 - 29,7)
1 a < 2 SM	31,5	(26,0 - 37,6)
2 a < 5 SM	34,6	(29,4 - 40,2)
5 SM ou mais	26,8	(20,8 - 33,8)

Fonte: ISA Capital 2015.

* A estimativa (%) não atende ao critério mínimo de precisão fixado com coeficiente de variação nulo ou superior a 30%.

** Salário mínimo (SM) na ocasião da entrevista R\$ 724,00.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

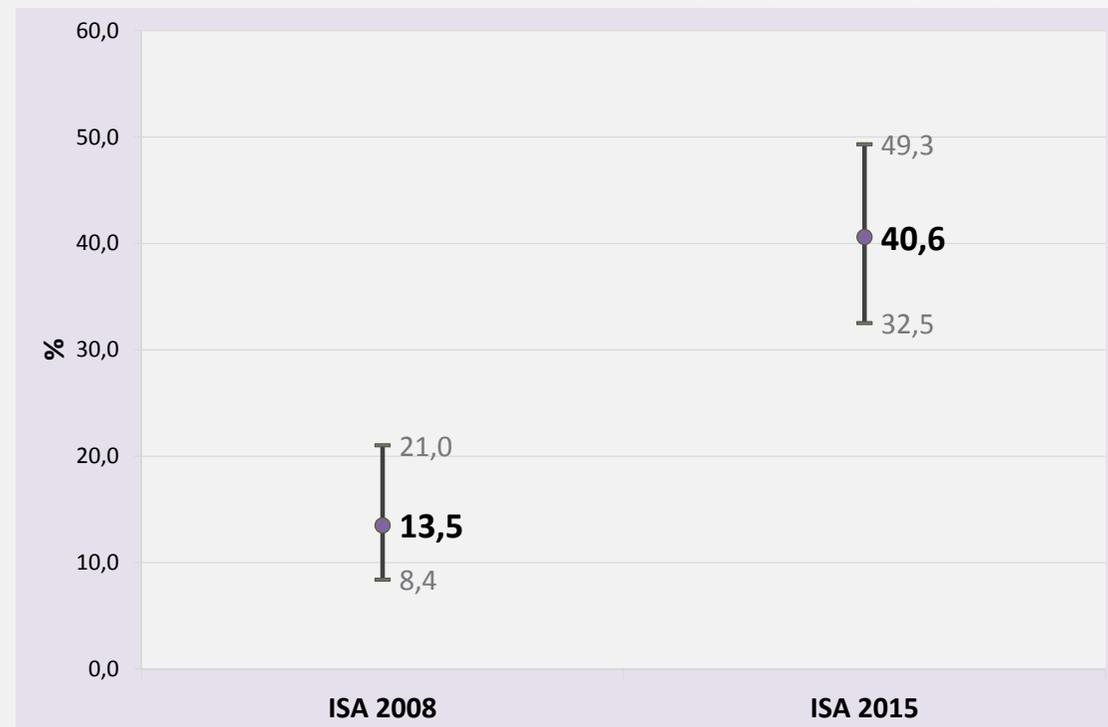
Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

A participação do Sistema Único de Saúde (SUS) na realização de exames preventivos de CCR é cada vez maior. Em 2008, apenas 13,5% dos exames eram realizados pelo SUS, passando para 40,6% em 2015 (**Gráfico 3**), sendo que desses, 40,9% são de pesquisa de SOF e 32,9% de colonoscopias (**Gráfico 4**).

Gráfico 3 - Prevalência (%) de realização, **alguma vez na vida**, de exames para diagnóstico precoce de câncer colorretal pelo Sistema Único de Saúde, em pessoas com 50 anos ou mais. Município de São Paulo, 2015.



Fontes: ISA Capital 2008 e ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

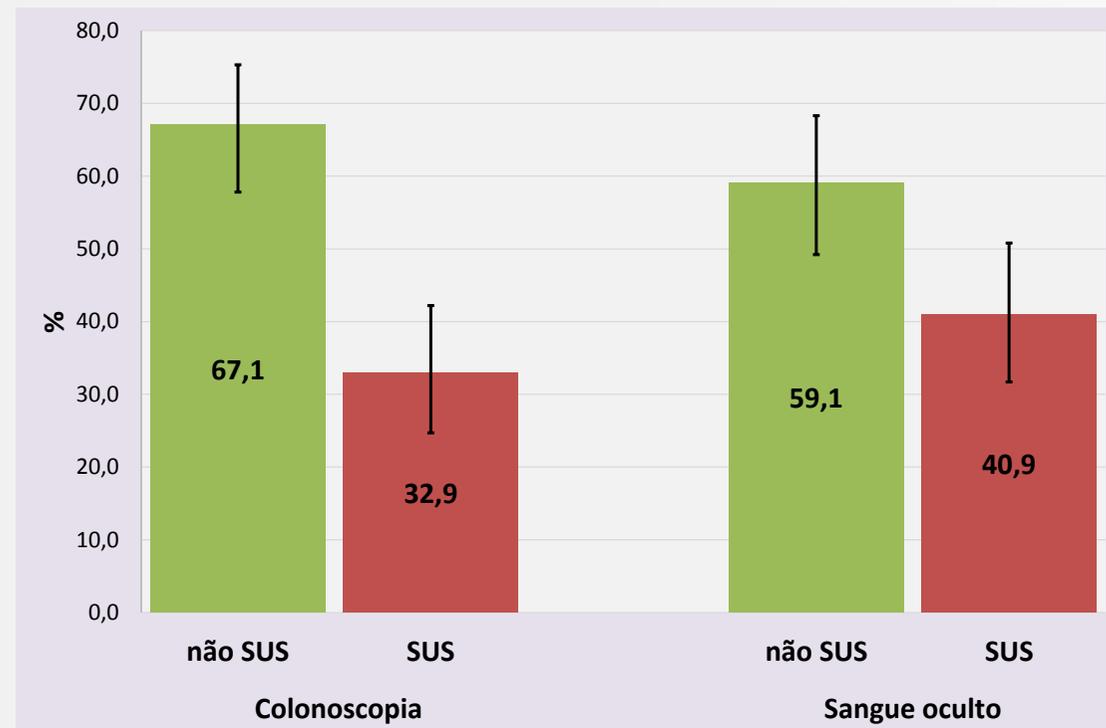
Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Gráfico 4 - Prevalências (%) de realização de colonoscopia e de pesquisa de sangue oculto nas fezes para diagnóstico precoce de câncer colorretal, realizados pelo SUS e não SUS, em pessoas com 50 anos ou mais. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital 2015.

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Na comparação do local de realização do exame de diagnóstico para CCR constata-se que a colonoscopia é o exame mais prevalente na rede privada. Entretanto, para a pesquisa de SOF não foi observada diferença estatística nas prevalências entre SUS e não SUS. Importante destacar que os dados observados na rede pública de saúde, apesar de menores, evidenciam o alinhamento técnico do município com às orientações do Ministério da Saúde que não recomenda o rastreamento populacional para este tipo de câncer (BRASIL, 2010).

Observam-se prevalências semelhantes de realização dos exames preventivos para diagnóstico precoce de câncer colorretal, realizados pelo SUS, segundo região de saúde (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Prevalências (%) de realização de exames preventivos para diagnóstico precoce de câncer colorretal realizados pelo Sistema Único de Saúde, segundo Coordenadoria Regional de Saúde e tipo de exame. Município de São Paulo, 2015.

	Colonoscopia		Sangue oculto	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Norte	53,1	(29,9 - 75,0)	52,9	(33,1 - 71,9)
Centro-Oeste	20,7*	(8,5 - 42,3)	35,9*	(17,7 - 59,5)
Sudeste	20,2*	(10,0 - 36,8)	23,4*	(11,6 - 41,6)
Sul	49,2	(29,8 - 68,8)	65,4	(43,7 - 82,2)
Leste	45,8	(30,3 - 62,2)	59,4	(47,8 - 70,0)
Município de São Paulo	32,9	(24,7 - 42,2)	40,9	(31,7 - 50,8)

Fonte: ISA Capital 2015.

* A estimativa (%) não atende ao critério mínimo de precisão fixado com coeficiente de variação nulo ou superior a 30%.

Apresentação**Resumo****Listagem de tabelas e gráficos****Introdução****Método****Resultados****Considerações finais**

Referências bibliográficas**Considerações finais**

Dentre os principais achados deste inquérito pode-se observar que houve um aumento significativo na realização de algum exame para diagnóstico precoce do CCR se comparado ao inquérito anterior, com maior prevalência para a pesquisa de SOF, inclusive no SUS. Em 2015, a maioria da população acima de 50 anos realiza os exames para detecção precoce de CCR por rotina. Foi observada prevalência maior de realização destes exames entre os idosos e para as demais variáveis socioeconômicas não houve diferenças estatísticas, assim como por regiões de saúde. O sistema privado permanece com as maiores prevalências de realização de colonoscopia e SOF na população-alvo.

O MSP, no âmbito do SUS, segue a recomendação do MS de não rastrear o CCR, por meio de programa populacional. Esta opção leva em consideração diversos aspectos relacionados às características de um programa desta natureza como características epidemiológicas da doença, potencialidade do diagnóstico precoce, por meio de pesquisa em pessoas sem sintomatologias, e a viabilidade financeira.

Essa recomendação se torna particularmente importante uma vez que a literatura aponta que até 80% de todas as pesquisas de SOF positivos possam ser falso-positivas para câncer (BRASIL, 2010). Em função disso, haveria um número elevado de pessoas que teriam que realizar colonoscopia para confirmação do diagnóstico. Destaca-se também que há necessidade de alta taxa de adesão da população-alvo, caso contrário o benefício pode ser bem menor do que o apontado pelos ensaios clínicos e não ser compatível com os custos do rastreamento (BRASIL, 2010), o que se configura como um mais desafio. No que se refere ao custo-benefício, há um estudo que demonstra que rastrear esta neoplasia, por meio de pesquisa de SOF imunológico é melhor do que não adotar nenhuma prática clínica de detecção precoce do CCR (TARRAGA LOPEZ et al, 2000). Todavia, estudos mais recentes apontam para resultados inconclusivos no que se refere à implantação de programa populacional de rastreamento de câncer, quer seja pela dificuldade na escolha de um método específico que seja superior aos demais, quer seja pela necessidade de metodologias padronizadas de pesquisa para minimizar a heterogeneidade dos estudos realizados até o momento (CRUZADO, 2013; MEENAN, 2015; YABROFF, 2013).

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Recomenda-se fortemente, entretanto, que ainda que o rastreamento populacional não esteja indicado, algumas estratégias de diagnóstico precoce devam ser implementadas como divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos (o que implica ampliação da oferta de serviços de endoscopia digestiva e demais suportes diagnósticos) e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Essa estratégia consolidará as bases necessárias para detecção mais precoce desse tipo de câncer, com vistas a um futuro programa populacional de rastreamento, quando evidências de custo-efetividade e sustentabilidade assim o indicarem. Situações de alto risco devem merecer abordagens individualizadas (BRASIL, 2010).

Apresentação

Resumo

Listagem de tabelas e gráficos

Introdução

Método

Resultados

Considerações finais

Referências bibliográficas

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária n. 29 - Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab29>. Acesso em 28/06/2017.

CRUZADO, J; SÁNCHEZ, F I; ABELLÁN, J M; PÉREZ-RIQUELME, F; CARBALLO, F. Economic evaluation of colorectal cancer (CRC) screening. Best Pract Res Clin Gastroenterol;27(6): 867-80, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer colorretal. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao+>. Acesso em 15/01/2016.

MEENAN, R T; ANDERSON, M L; CHUBAK, J; VERNON, S W; FULLER, S; WANG, C; GREEN, B B. An economic evaluation of colorectal cancer screening in primary care practice. Am J Prev Med;48(6): 714-21, 2015.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação| CEInfo. Ano VII, Boletim CEInfo Análise n° 06, Rastreamento de Câncer Colorretal: um desafio a ser enfrentado, Novembro 2012. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_06.pdf. Acesso em 15/05/2017.

TÁRRAGA LÓPEZ, P J; MARÍN NIETO, E; CELADA RODRÍGUEZ, A; GARCÍA MOLINERO, M J; GARCÍA OLMO, D; SOLERA ALBERO, J. Economic evaluation of colorectal cancer screening with fecal occult blood detection. Rev Esp Enferm Dig; 92(5): 334-48, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Screening for colorectal cancer. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/colorectalcancer/en/>. Acesso em 15/01/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Screening and early detection. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/en/>. Acesso em 15/01/2016.

YABROFF, K R; BOROWSKI, L; LIPSCOMB, J. Economic studies in colorectal cancer: challenges in measuring and comparing costs. J Natl Cancer Inst Monogr;2013(46): 62-78, 2013.