

A relevância do câncer colorretal

Colorectal cancer relevancy

Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

A melhor maneira de prever o futuro é criá-lo.

Peter Drucker

INTRODUÇÃO

Decorrente de uma maior expectativa de vida e o consequente envelhecimento populacional, as neoplasias malignas assumem a cada dia maior importância no perfil da morbimortalidade dos países, tornando-se importante problema de saúde pública.

O câncer colorretal (CCR), tumor que acomete o cólon e o reto, é uma das neoplasias mais frequentes na população adulta mundial, apresentando incidência e mortalidade crescentes em várias partes do mundo. Em alguns países desenvolvidos é o segundo tipo mais comum em termos de incidência. O fato de sua história natural ser bem conhecida, com uma lesão precursora que, após um tempo, normalmente superior a dez anos, cresce e se transforma em uma neoplasia maligna, torna esta doença passível de identificação, ressecção e, portanto, de prevenção através de provas de rastreamento populacional.

Apresentar os principais aspectos epidemiológicos da neoplasia, discutir as formas de rastreamento da doença e mostrar o impacto do câncer colorretal no Estado de São Paulo são os principais objetivos deste documento.

Aspectos epidemiológicos do CCR

O CCR apresenta-se como um problema de saúde pública de escala mundial. A incidência varia bastante nos diferentes países, sendo os maiores valores encontrados nos continentes mais ricos ou industrializados, como Oceania (Austrália), América do Norte e parte da Europa, enquanto África, Ásia (Índia) e América do Sul apresentam valores menores.^{1,2}

A maioria das estatísticas sobre epidemiologia adota o termo câncer colorretal como aquele que acomete o cólon, a junção retossigmoide, o reto, o ânus e o canal anal (códigos C18 a C21 da Classificação Internacional de Doenças – CID 10), apesar das diferenças nas características epidemiológicas dos tumores, particularmente nos de ânus e canal anal. Como também o Instituto Nacional de Câncer (INCA) adota esta metodologia nas estatísticas envolvendo incidência e mortalidade por câncer, este será o critério adotado no presente documento.

No Reino Unido, por exemplo, o colorretal é o terceiro câncer mais comum, com mais de 34.000 casos novos registrados em 2002 e uma estimativa de mais de 16.000 óbitos ao ano.

Nos Estados Unidos, em 2008, foram estimados 148.810 casos novos de CCR, com 49.960 óbitos. É considerado o terceiro câncer mais diagnosticado naquele país e também a terceira causa de óbito por câncer.^{3,4,5}

Na Espanha, o CCR representa 12,81% dos casos novos de câncer para o sexo masculino e 13,76% para o feminino, sendo responsável por 11,63% dos óbitos por câncer nos homens e 15,09% nas mulheres, valores bastante próximos ao percentual referente ao câncer de mama feminino (16,49%).⁶

A incidência do CCR nos Estados Unidos, padronizada para a população mundial, apresenta valores que variam de 59,2/100.000 habitantes para homens e de 43,8/100.000 para mulheres (2001-2005), com diferenças importantes entre regiões geográficas e também entre raças.^{5,7}

As taxas brutas de incidência para o Brasil, segundo estimativas feitas para 2008 pelo Instituto Nacional de Câncer, foram de 13,23/100.000 habitantes para o sexo masculino e de 14,88/100.000 para o feminino, com variações regionais importantes. Para o Estado de São Paulo os valores estimados foram bastante superiores, respectivamente 22,68 e 24,05 por 100.000 habitantes.⁸

Enquanto alguns países assistem a um aumento temporal da incidência e também da mortalidade por CCR (Espanha, por exemplo, com um incremento anual de cerca de 3% na incidência), em outros tem ocorrido uma queda nas taxas tanto de incidência como de mortalidade. Este comportamento está vinculado, dentre outros aspectos, a programas organizados de rastreamento populacional e também a melhorias no tratamento dos casos diagnosticados.⁷

Nos Estados Unidos, por exemplo, a incidência do CCR tem diminuído 2,8% ao ano em

homens e 2,2% nas mulheres, no período de 1998 a 2005. De forma semelhante, a mortalidade específica por CCR também tem sofrido queda naquele país, tendo sido registrada uma diminuição de 4,3% ao ano, entre 2002 e 2005. A redução da taxa de incidência tem sido associada ao aumento do rastreamento e consequente remoção dos pólipos adenomatosos que antecedem o câncer.^{6,7}

No Brasil, segundo dados do INCA, a incidência tem sido crescente, com estimativa de 26.050 casos novos para 2005, contra 28.790 em 2008. No que tange à mortalidade, as taxas referentes ao CCR tem aumentado no País, tendo ocorrido um incremento médio anual da ordem de 3,5% por cento, entre 1979 e 2000.

A história natural do CCR baseia-se, principalmente, na sequência adenoma-câncer, pois mais de 80% dos casos da neoplasia maligna surgem em pólipos adenomatosos, cuja prevalência aumenta consideravelmente nas faixas etárias mais avançadas. Destes pólipos adenomatosos, aqueles maiores de 1 cm acabam por sofrer transformação maligna em cerca de 10% dos casos, num período de dez anos. Dessa forma, quando um pólipo é ressecado, estamos, em tese, prevenindo a ocorrência de um potencial câncer.

Devido ao desenvolvimento geralmente silencioso da lesão, com bastante frequência o CCR produz poucos sintomas iniciais, o que faz com que o diagnóstico da malignidade do tumor seja realizado habitualmente nas fases mais avançadas da doença, fato que piora inevitavelmente o prognóstico dos pacientes. Como consequência desta reduzida sintomatologia inicial, normalmente o diagnóstico do CCR é feito nos estádios mais avançados do tumor, sendo que em torno de 41% dos casos são diagnosticados em estágio localizado, sem que tenha ocorrido o comprometimento linfático.

A sobrevida dos pacientes vincula-se fortemente ao momento do diagnóstico: um índice de sobrevida de cinco anos atinge 90% dos casos quando o tumor é diagnosticado em fase assintomática, 70% quando a neoplasia encontra-se restrita à parede intestinal e 40% nos casos de doença não localizada.⁶

Estudos apontam que em mais de 75% dos casos o CCR pode ser definido como esporádico, de caráter não familiar e decorrente de uma exposição crônica da mucosa intestinal a agentes cancerígenos. À semelhança de outras neoplasias malignas, diferentes fatores parecem estar relacionados com a ocorrência da doença, sendo que os principais estudos epidemiológicos apontam para alguns fatores de risco envolvidos com o CCR.^{1,3,5} São eles:

- Idade: a incidência aumenta com a idade, sendo raros os casos em pessoas mais jovens, exceção feita às com predisposição hereditária.
- Sexo: o câncer de cólon atinge de forma semelhante homens e mulheres, enquanto o de reto é mais comum no sexo masculino.
- História familiar: pessoas com histórico familiar de CCR apresentam um risco maior para o desenvolvimento deste câncer, sendo este aumento estimado entre 16% e 25% para homens e 10% e 15% para mulheres (uma ocorrência de CCR em parentes de 1º grau com menos de 45 anos ou dois ou mais casos de CCR em parentes de 2º grau).
- Histórico de adenomas: as pessoas com história de extirpação de pólipos adenomatosos são mais propensas a que estes reapareçam e se transformem em câncer.
- Histórico familiar de CCR hereditário:

polipose adenomatosa familiar (PAF) ou câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC).

- Doença inflamatória intestinal: é associada a um maior risco para o desenvolvimento de CCR.

Além das variáveis apontadas, outros fatores relacionados ao estilo de vida têm sido associados ao CCR, tanto no sentido de diminuição do risco como do seu aumento. Documento recente, relacionando alimentos, nutrição, atividade física e prevenção do câncer, traduzido e disponibilizado pelo INCA⁹, aponta como pontos principais para o CCR:

- diminuição de risco (convicente ou provável) com o consumo de alimentos contendo fibra dietética, alho, leite, cálcio e atividade física; e
- aumento do risco (convicente ou provável) com consumo de carnes vermelhas, carnes processadas, bebidas alcoólicas, gordura corporal e gordura abdominal.

Evidências para o rastreamento

A prevenção primária do CCR depende de aspectos relacionados ao estilo de vida, sendo apontados como principais fatores protetores: manter uma dieta equilibrada e rica em frutas, verduras e fibras; evitar o excesso de peso; limitar o consumo de carnes vermelhas, gorduras de origem animal e carnes processadas; limitar o consumo de álcool; não fumar e realizar atividade física regularmente.

A prevenção secundária, por outro lado, baseia-se no largo intervalo que transcorre entre o início da lesão até o desenvolvimento do câncer invasivo, e compreende estratégias de prevenção como rastreamento populacional (screening) – exame de indivíduos assinto-

máticos para a identificação presuntiva de doença ainda não conhecida.

O objetivo do rastreamento é identificar e tratar tanto as lesões precursoras como os tumores malignos em suas fases iniciais. O CCR, por suas características e história natural, preenche os requisitos para um programa de rastreamento populacional: representa importante problema de saúde pública; existem terapias efetivas contra a doença; a detecção precoce e o tratamento das lesões precursoras ou do câncer em fase inicial levam à redução da prevalência e mortalidade da doença; e existe um método não invasivo, aceitável e de baixo custo para sua implementação – a pesquisa de sangue oculto nas fezes.^{10,11}

De maneira geral, o rastreamento pode ser definido como oportunístico ou organizado. No primeiro caso, as opções são oferecidas aos pacientes que de alguma forma chegam aos serviços de saúde. Já o modelo organizado compreende uma série de intervenções, desde a identificação da população alvo e sua convocação até medidas necessárias para diagnóstico e tratamento ágeis, além do seguimento adequado dos casos tratados. Diferentes estudos internacionais apontam que o rastreamento organizado apresenta melhores resultados e menores custos.

O exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes é o método normalmente utilizado por inúmeros países como aquele de escolha para o screening populacional. Mas existem outras abordagens que podem ser utilizadas, todas com vantagens e desvantagens. Para a escolha, devem ser avaliados os recursos disponíveis para o rastreamento e seguimento dos pacientes, preferência e aderência da população ao método, além das contraindicações médicas. Na sequência são listados os principais métodos, com benefícios e limitações de cada um deles:^{12,13}

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes: é o recurso mais utilizado e estudado, principalmente aquele que utiliza o método de guáiacó. Estudos utilizando este método, que apresenta baixa complexidade, apontam para uma redução de óbitos por CCR entre 14% e 18% com exames bianuais e de 33% com o rastreamento anual. Recentemente, foi introduzido um novo método para a pesquisa de sangue oculto nas fezes – método imunológico, que apresenta grande vantagem sobre o método tradicional (guáiacó). Como este novo método é específico para a hemoglobina humana, não existe interferência da dieta, o que o torna mais aceito pela população. Além disso, o método é capaz de detectar até 0,006 mg de hemoglobina humana por grama de fezes (contra 0,3 mg do método guáiacó), não é sensível a hemorragias do trato gastrointestinal superior e apresenta menor percentual de resultados falso-positivos, pois é específico para a hemoglobina humana.¹⁴ Seu custo mais elevado em relação ao método tradicional é compensado pelo menor número de resultados falso-positivos, que necessitarão de outros exames complementares invasivos e de alto custo.
- Retossigmoidoscopia: este método pode localizar lesões envolvendo o reto e o cólon descendente, sendo considerado um exame de complexidade intermediária. A combinação deste recurso com a pesquisa de sangue oculto nas fezes como método de rastreamento populacional pode minimizar as

limitações que cada um apresenta isoladamente.

- Enema baritado: foi considerado por anos o padrão ouro para a investigação do intestino grosso. Por ser considerado um exame complexo e também pelo fato de não remover as lesões suspeitas, seu uso tem ficado restrito a indicações específicas.
- Colonoscopia: permite o exame visual de todo o cólon e reto e apresenta sensibilidade superior a 90% para pólipos maiores e CCR. É um método considerado de alta complexidade, invasivo, com custo mais elevado; requer sedação e preparo adequado do intestino, sendo atualmente indicado quando da presença de sintomas e para o seguimento dos casos positivos dos exames de rastreamento.
- CT colonografia: também chamada de colonoscopia virtual, necessita de preparo intestinal, mas não de sedação para a sua realização. Apresenta custo elevado, não remove pólipos e, caso sejam detectadas lesões, a colonoscopia tradicional é necessária.

As indicações para o rastreamento levam em consideração os riscos estimados para o desenvolvimento do CCR. Nos Estados Unidos, por exemplo, a American Cancer Society recomenda para homens e mulheres com 50 anos ou mais as seguintes opções de exames:

- Testes para diagnosticar pólipos e câncer: retossigmoidoscopia flexível (a cada 5 anos), colonoscopia (a cada 10 anos), enema baritado com duplo contraste (a cada 5 anos) ou colonoscopia virtual (a cada 5 anos).
- Testes para diagnosticar principalmente câncer: pesquisa de

sangue oculto nas fezes – tradicional ou imunoquímico (anualmente) ou teste fecal de DNA (Stool DNA), novo método que se baseia em alterações do DNA das células do intestino (intervalo não definido).

Na Comunidade Européia recomenda-se o screening para o CCR desde 2003, indicando-se a realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes para homens e mulheres dos 50 aos 74 anos.¹⁵

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer, em documento de 2004¹², apontava a necessidade de esforços para a implantação de rastreamento para a população considerada de risco, tendo sido definidos:

- Baixo risco: indivíduos com idade superior a 50 anos e sem outros fatores de risco.
- Risco moderado: indivíduos com história familiar de câncer de intestino em um ou mais parentes de 1º grau, antecedente pessoal de pólipo maior que 1 cm ou múltiplos pólipos de tamanhos variados, e os indivíduos com antecedente pessoal de câncer de intestino tratado com intenção curativa.
- Alto risco: indivíduos com história familiar de polipose adenomatosa familiar (PAF) ou câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC) ou com doença inflamatória crônica intestinal (pancolite ou colite esquerda).

Com base nessas premissas, o protocolo de rastreamento sugerido pelo INCA indica para a população de risco baixo e moderado a realização anual de pesquisa de sangue oculto nas fezes, seguindo-se a retossigmoidoscopia ou colonoscopia nos casos positivos.

Vários países do mundo já apresentam programas de rastreamento populacional para o CCR, estando alguns programas nacionais já integralmente organizados e implementados, enquanto outros países ainda desenvolvem projetos pilotos que avaliam custo-efetividade ou optam pelo chamado rastreamento oportunista. Às vezes, diferentes modalidades de investigação são utilizadas em um mesmo país; vários utilizam e reembolsam a pesquisa de sangue oculto nas fezes; e alguns organizam projetos pilotos baseados na investigação por retossigmoidoscopia ou colonoscopia.

As taxas de cobertura referente ao rastreamento do CCR apresentam-se baixas na maioria dos estudos realizados, normalmente bastante inferiores àquelas referentes a outros programas de prevenção do câncer. Esta baixa participação tem sido avaliada em diversos países e envolvem, dentre outras, diferenças entre gêneros, raça/etnia e aspectos culturais.¹⁶

Na Comunidade Européia, vários países membros seguiram a recomendação para implantação de programas de rastreamento, mas a cobertura e qualidade do screening têm mostrado diferenças importantes entre os países, tendo obtido melhores resultados aqueles programas dito organizados e com coordenação nacional.¹⁷

Na Itália, existe uma recomendação nacional para que se alcance ao menos 50% de cobertura para o programa de rastreamento, sendo que em 2006 o screening era realizado como programa em 11 das 21 regiões italianas. Na França, o rastreamento se faz pela pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo método guáia-co, bianualmente, na faixa de 50 a 74 anos, sendo encaminhada carta aos pacientes convocando-os para a colonoscopia. O programa, que previa para fins de 2008 uma cobertura nacional, procurou utilizar recursos e expertise

oriundos do rastreamento mamográfico já implantado naquele país.

O rastreamento para o câncer colorretal, juntamente com o de colo de útero e mama, pode ser encontrado no Plano Nacional de Prevenção das Doenças Oncológicas de Portugal, referente ao período 2007-2010.¹⁸ O método utilizado é a pesquisa de sangue oculto nas fezes na população de 50 a 74 anos. A Alemanha, por meio de um programa oportunista, utiliza a pesquisa de sangue oculto, tendo em 2002 introduzido a possibilidade da colonoscopia como outro método de rastreamento.

No Reino Unido, após projeto piloto inicial, um programa nacional foi introduzido em 2006 na Inglaterra e em 2007 na Escócia, tendo sido feita a opção pela pesquisa de sangue oculto nas fezes (método guáia-co), bianual. Foi definida como população alvo a faixa de 60 a 69 anos na Inglaterra e de 50 a 74 anos na Escócia. Os programas pilotos apontaram uma redução do risco de morrer por CCR de 16%.¹⁹

A recomendação de realizar rastreamento pela pesquisa de sangue oculto nas fezes foi incluída no plano nacional de oncologia da Espanha. Na Catalunha existe um projeto piloto desde 2000, sendo que a baixa participação no programa foi atribuída à falta de informação sobre a doença e os benefícios decorrentes do screening.¹⁶

Na Austrália, após um projeto piloto ocorrido entre 2002 e 2004, um programa de rastreamento nacional está sendo introduzido. O país optou pela pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunoquímico) e colonoscopia como complemento, inicialmente definida a faixa etária de 55 a 65 anos como alvo.

No Japão o programa de investigação nacional existe desde 1992, conduzido pelos governos locais e utilizando a pesquisa de sangue oculto em indivíduos de 40 anos ou mais. Aumentar a taxa de participação no programa,

atualmente em torno de 18%, é uma das metas do projeto.

O Canadá incluiu a recomendação para o rastreamento populacional em 2002. Desde então, suas diversas províncias têm desenvolvido programas para avaliação de custo-benefício. Na província de Alberta, por exemplo, o rastreamento inclui habitantes entre 50 e 74 anos, sendo oferecidas diferentes opções de exames para a investigação.²⁰

Nos Estados Unidos, diferentes exames são disponibilizados para o rastreamento do CCR, conforme apontado anteriormente. Apesar da não existência de um programa de rastreamento nacional organizado, em diversas regiões do país é bastante elevada a cobertura do screening para esta neoplasia, atingindo taxas próximas a 70%. Alguns programas organizados de rastreamento funcionam com planos de saúde ou em departamentos regionais de saúde. O sucesso dos programas norte-americanos de rastreamento tem sido apontado como fator preponderante para a queda das taxas de incidência e de mortalidade referentes ao câncer colorretal.

O Uruguai organiza um programa nacional desde 2005, com investigação anual para faixa etária de 50 a 70 anos. Os casos com resultado positivo para pesquisa de sangue oculto nas fezes são comunicados por carta, para a realização da colonoscopia.

No Brasil, apesar das recomendações do INCA para a realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes em indivíduos com risco baixo e moderado, pode-se afirmar que não existe um programa de rastreamento organizado, mas alguns poucos projetos pilotos em andamento. Como norma, optou-se pelo rastreamento oportunista. No último Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil não existem referências a um programa de rastreamento populacional para o CCR.

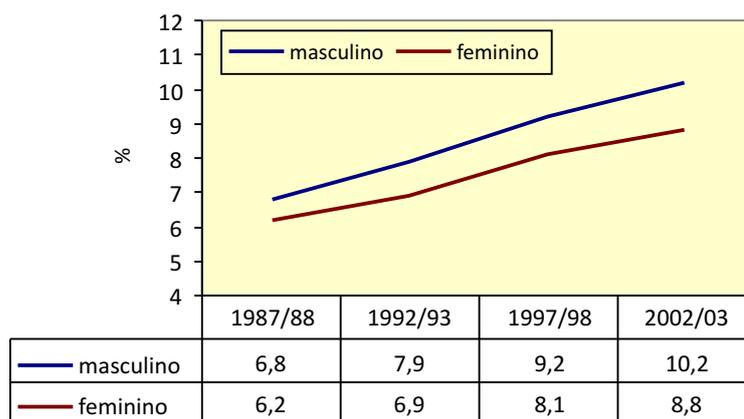
O câncer colorretal no Estado de São Paulo

Em 2008 Instituto Nacional de Câncer estimou para o Estado de São Paulo, a ocorrência de 9.890 casos novos de CCR, o que representa 7,4% do total anual das neoplasias malignas do Estado. A estimativa segundo sexo mostra 5.190 casos para o feminino, o que equivaleria a uma taxa bruta de incidência de 32,40/100.000 habitantes, e 4.700 novos casos para o masculino (taxa de incidência de 30,53/100.000 habitantes).⁸

Como as estimativas de incidência elaboradas pelo INCA baseiam-se, principalmente, nas fontes oriundas dos Registros de Câncer de Base Populacional e alguns destes apresentam problemas operacionais e de estrutura, pode-se afirmar que não existem dados consistentes que permitam analisar a tendência de incidência do CCR em território paulista.

Ao contrário, quando analisada a mortalidade por CCR no Estado de São Paulo, é possível afirmar que as taxas específicas de mortalidade por este câncer apresentam tendência de crescimento, conforme estudo desenvolvido pela Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp). Entre 1987 e 2003, a instituição avaliou a tendência da mortalidade por câncer nos paulistas, adotando como critério o agrupamento dos dados em biênios, de modo a diminuir possíveis flutuações ocorridas aleatoriamente num determinado ano.²¹

Os dados apresentados neste estudo, cujas taxas de mortalidade foram ajustadas por idade e padronizadas para a população mundial, indicam para os tumores de cólon/reto/ânus um aumento importante e crescente das taxas de mortalidade, tanto para o sexo feminino como para o masculino. O dado evidencia a importância deste câncer no perfil de mortalidade por câncer no Estado de São Paulo (Gráfico 1).



Fonte: Fundação Sead/Fosp

*Taxas ajustadas por idade, padronizadas pela população mundial

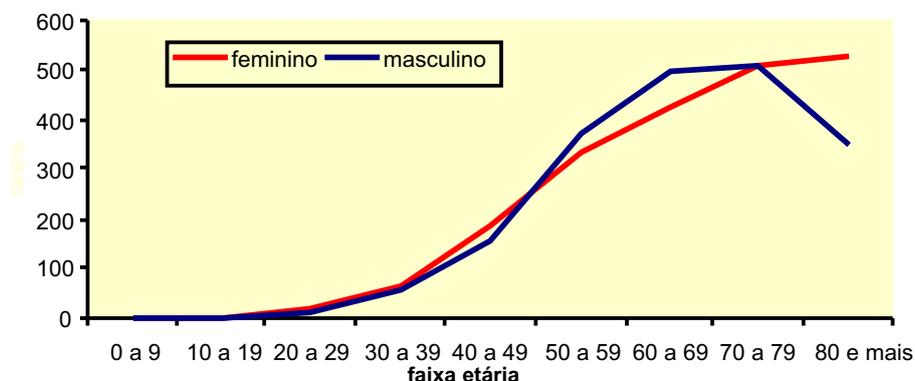
Gráfico 1. Evolução das taxas* de mortalidade por câncer de cólon/reto/ânus segundo sexo. Estado de São Paulo, 1987 a 2003.

No estudo em questão, também foi analisada a tendência temporal da mortalidade por câncer nas Direções Regionais de Saúde (DIR), divisão administrativa definida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à época. Como regra, pode-se afirmar que, no período estudado, as taxas padronizadas de mortalidade por câncer de cólon/reto/ânus aumentaram em todas as DIR, sendo que em algumas regiões de saúde o aumento das taxas entre os biênios 1987/88 e 2002/03 superou 100%.

Dados mais recentes de mortalidade, referentes a 2007, apontam que as neoplasias malignas foram responsáveis por 17,20% dos óbitos dos residentes no Estado de São Paulo, tendo o CCR representado 9,34% do total de

óbitos. As taxas de mortalidade por CCR, padronizadas pela população, corresponderam a 10,10 e 8,12 por 100.000 habitantes, respectivamente para homens e mulheres residentes no Estado em 2007.

A distribuição dos óbitos por CCR segundo faixa etária e sexo, referentes a 2007, pode ser vista no Gráfico 2, no qual é possível observar que os óbitos causados pelo câncer colorretal começam a se tornar importantes a partir dos 40 anos, com maior concentração dos eventos nos grupos etários de idade mais avançada, para ambos os sexos. A curva referente às mulheres apresenta um padrão de crescimento ascendente constante.



Fonte: Fundação Seade/SES-SP

Gráfico 2. Distribuição dos óbitos por câncer de cólon/reto/ânus, segundo faixa etária e sexo. Estado de São Paulo, 2007.

Na sequência, são apresentadas as variações regionais das taxas padronizadas de mortalidade por CCR, referentes a 2007, tendo sido adotada a atual divisão administrativa assumida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que divide o Estado em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Apesar das taxas apresentadas estarem ajustadas por idade e padronizadas pela população mundial, a comparação entre as regiões de saúde deve ser feita com ressalvas. Os números apresentados têm como referência somente um ano, o que em algumas regionais de saúde poderia significar pequeno número de eventos, fato que pode distorcer a compreensão correta dos resultados.

A análise da Tabela 1 mostra, para o sexo masculino, que as maiores taxas de mortalidade por CCR em 2007 foram encontradas nas regiões da Grande São Paulo (DRS I), Baixada Santista (DRS IV), Araraquara (DRS III) e Campinas (DRS VII), sendo a menor taxa em Franca (DRS VIII).

Para o sexo feminino as taxas mais elevadas foram àquelas referentes aos DRS IV (Baixada Santista), I (Grande São Paulo), VII (Campinas) e VI (Bauru). O menor valor observado foi de 4,87 por 100.000 habitantes, encontrado na regional de Presidente Prudente (DRS XI).

Os mapas apresentados na sequência, referentes a homens e mulheres, ilustram as variações regionais das taxas de mortalidade por CCR no Estado de São Paulo.

Tabela 1. Distribuição das taxas de mortalidade* por câncer de cólon/reto/ânus segundo Departamento Regional de Saúde e sexo. Estado de São Paulo, 2007.

DRS	Sexo masculino	Sexo feminino
I – Grande São Paulo	12,02	9,03
II – Araçatuba	6,72	6,52
III – Araraquara	11,16	8,09
IV – Baixada Santista	11,70	10,34
V – Barretos	9,19	7,26
VI – Bauru	9,04	8,47
VII – Campinas	10,16	8,58
VIII – Franca	5,60	6,20
IX – Marília	9,29	5,56
X – Piracicaba	9,63	7,28
XI – Presidente Prudente	5,75	4,87
XII – Registro	5,97	7,74
XIII – Ribeirão Preto	7,76	7,25
XIV – São João da Boa Vista	9,28	5,23
XV – São José do Rio Preto	7,21	6,13
XVI – Sorocaba	7,75	5,61
XVII – Taubaté	7,99	7,82

Fonte: Fundação Seade/SES-SP

*Taxas ajustadas por idade, padronizadas pela população mundial

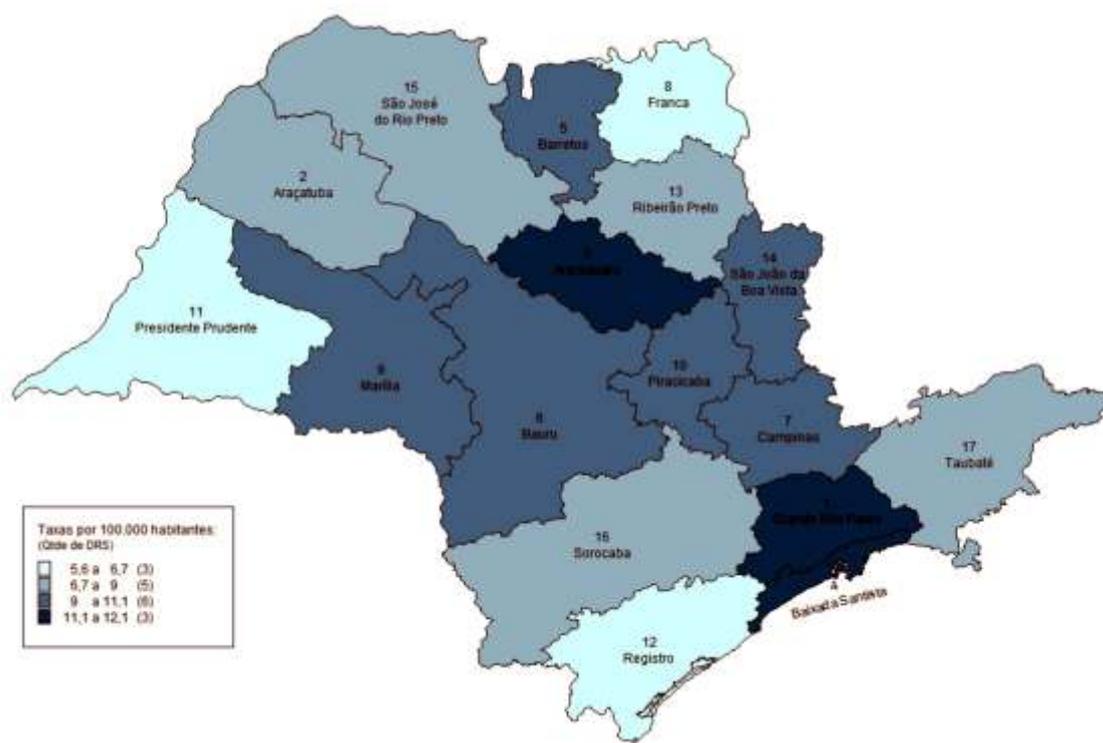


Figura 1. Distribuição das taxas de mortalidade por câncer colorretal no sexo masculino, segundo Departamento Regional de Saúde. Estado de São Paulo, 2007.

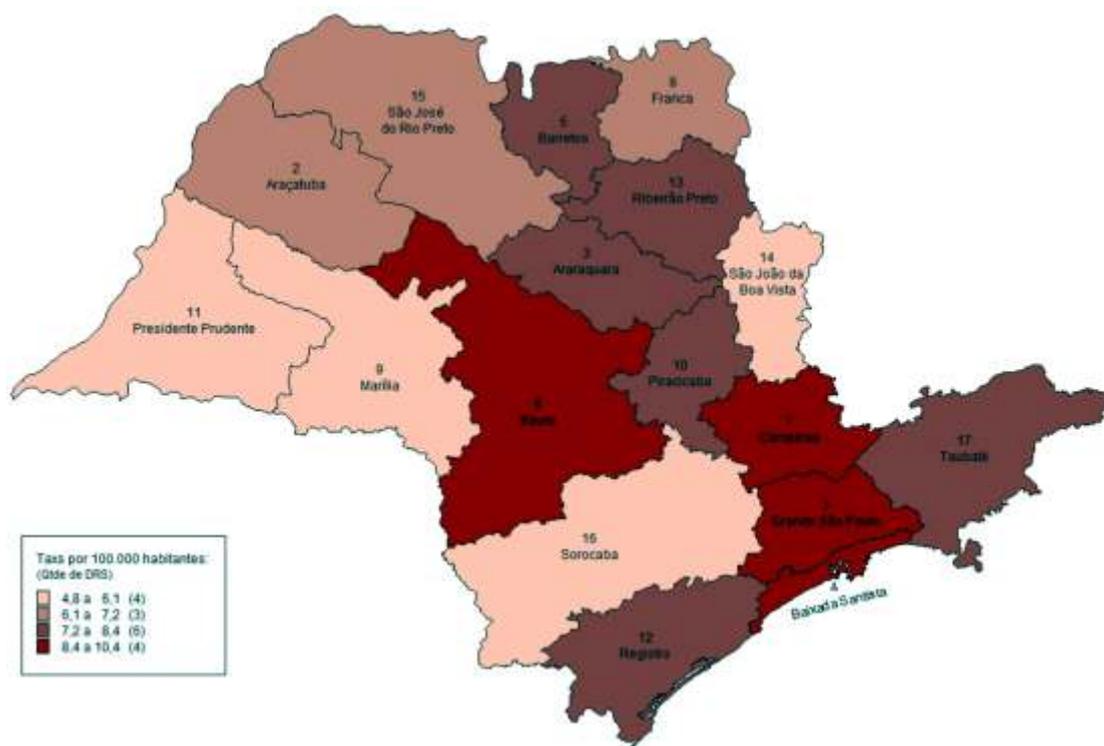


Figura 2. Distribuição das taxas de mortalidade por câncer colorretal no sexo feminino, segundo Departamento Regional de Saúde. Estado de São Paulo, 2007.

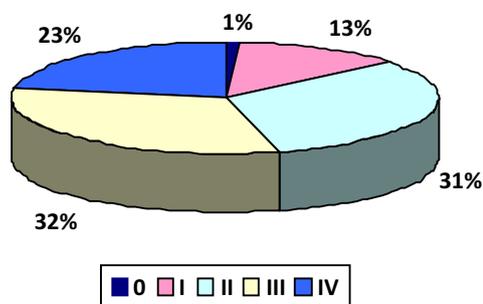
Em São Paulo, o screening para o câncer colorretal não é realizado como um rastreamento organizado, sendo a opção atual pelo rastreamento oportunista. No último Plano Estadual de Saúde²² não existem referências quanto a metas específicas para o rastreamento do CCR, uma vez que a citação no documento diz respeito à detecção precoce dos tumores: "Aumentar em 50% o diagnóstico em estádios precoces para tumores de colo do útero, mama, cólon e reto, pele, cavidade oral e próstata". Também não existem dados disponibilizados que quantifiquem a cobertura do rastreamento para o CCR no Estado.

Outros dados importantes referentes ao CCR podem ser obtidos junto ao Registro Hospitalar de Câncer (RHC), coordenado pela Fundação Oncocentro de São Paulo. O RHC armazena, desde 2000, informações dos casos novos de câncer diagnosticados e tratados em hospitais paulistas.²³ A análise da sua base de dados, referente ao ano de 2007, mostra que o total de casos novos de câncer registrados foi de 38.303, correspondendo o CCR a 6,9% do total, com 2.636 casos e distribuição semelhante entre homens e mulheres.

O tumor foi confirmado microscopicamente em 98,1% dos casos, sendo o adenocarcinoma responsável pela imensa maioria dos achados morfológicos. A distribuição dos casos segundo faixa etária mostra, conforme o esperado, concentração nos grupos etários mais avançados, sendo a faixa de 50 anos ou mais responsável por 81,3% dos casos. A principal modalidade de tratamento inicial utilizada foi a cirurgia isoladamente, seguida da associação cirurgia mais quimioterapia.

A distribuição dos casos segundo estadiamento clínico pode ser vista no Gráfico 3, que mostra que os estádios III e IV, os mais

avançados, responderam por 55% dos casos, achado que com certeza compromete os índices de sobrevida destes pacientes.



Fonte: RHC/Fosp

*Casos efetivamente estadiados pela Classificação TNM

Gráfico 3. Distribuição dos casos novos de câncer colorretal segundo estadiamento clínico*. Estado de São Paulo, 2007.

Ainda não existem dados referentes à sobrevida disponibilizados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo. Estudos antigos do Hospital do Câncer AC Camargo, referentes ao período de 1980 a 1987, mostram uma sobrevida média de cinco anos em 43,9% dos casos, sendo que quanto mais avançado o estágio, menor é a sobrevida observada.¹²

Apresentam-se, na sequência, alguns dados referentes à produção de serviços relacionados ao CCR pelas diferentes instituições que prestam assistência ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo. De forma semelhante às outras informações apresentadas, os dados têm como referência o ano de 2007.

Inicialmente, são apresentados alguns dados relativos a procedimentos potencialmente relacionados com o rastreamento para o CCR. Em 2007, foram registrados no Estado 63.648 exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes, 34.462 colonoscopias e 18.774 procedimentos de retossigmoidoscopia. São números bastante pequenos frente à necessidade, pois caso fosse implantado um rastreamento

organizado, bianual e tendo como população alvo os habitantes com 50 anos ou mais, seriam necessários mais de 4 milhões de exames apenas no que se refere ao teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Outro dado importante referente a procedimentos ambulatoriais do SUS é o que mostra as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) de quimioterapia e radioterapia. Em 2007, o total de APAC de quimioterapia e radioterapia referentes ao CCR foi de 30.195, com um gasto total de R\$ 26.555.638,42. Estes procedimentos de quimioterapia e/ou radioterapia foram realizados pelo SUS em 6.295 pacientes com câncer colorretal, sendo a idade média dos pacientes 60 anos.

Por fim, os dados referentes à internação hospitalar (AIH) por CCR como diagnóstico principal mostram que, em 2007, ocorreram no Estado de São Paulo 9.485 internações com diagnóstico principal de câncer colorretal, gerando um volume financeiro total de R\$ 14.522.231,89 (gasto médio de R\$ 1.531,07 por internação). Do total destas internações, 60,3% tiveram como procedimento principal registrado o tratamento cirúrgico, mais de 70% dos eventos em instituições credenciadas pelo SUS para o tratamento oncológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados reafirmam a relevância do câncer colorretal como uma das neoplasias mais importantes na população adulta mundial, com incidência e mortalidade crescentes na maioria dos países.

Pelo fato de desenvolver-se lentamente a partir de uma lesão precursora e apresentar poucos sintomas nas fases iniciais da doença, estratégias foram desenvolvidas com o objetivo de realizar o diagnóstico dos tumo-

res precocemente – o rastreamento populacional. Como regra, este screening emprega a pesquisa de sangue oculto nas fezes enquanto método de escolha e elege como população alvo os adultos acima de 50 anos. Diferentes estudos comprovam que o rastreamento organizado possibilita melhores resultados e menores custos do que aquele realizado de maneira oportunista.

Implantar um programa de rastreamento populacional organizado para o CCR tem sido a estratégia planejada por diferentes países para alterar o padrão epidemiológico da doença. E este também deve ser o objetivo do Brasil e suas diferentes regiões, incluindo o Estado de São Paulo.

As diversas experiências internacionais apresentadas mostram que o passo inicial consiste em organizar programas pilotos de rastreamento organizado, desde a identificação da população alvo e sua convocação até medidas necessárias para diagnóstico e tratamento ágeis, além do seguimento adequado dos casos tratados, sendo o controle de qualidade elemento fundamental da estratégia.

Dada a relevância do tumor e as evidências científicas disponíveis que recomendam o rastreamento populacional, sugere-se que São Paulo inicie estudos para a implementação de programa piloto de rastreamento para o CCR, analisando a estratégia a ser empregada, população alvo, recursos humanos, econômicos e sanitários necessários. O rastreamento organizado e com participação relevante da atenção básica parece ser a melhor opção. As regiões de saúde ou os municípios que apresentam as maiores taxas de mortalidade por CCR poderiam ser o balizador inicial para a definição do programa piloto.

REFERÊNCIAS

1. Habr-Gama A. Câncer colorretal – A importância de sua prevenção. *Arq Gastroenterol.* 2005;42(1):2-3.
2. Stewart BW, Kleihues P. World Cancer Report. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC); 2003.
3. NHS Cancer Screening Programmes. Evidence Summary: patient information for the NHS bowel cancer. Sheffield; 2008.
4. NHS Cancer Screening Programmes. NHS Bowel Cancer Screening Programme [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/>.
5. American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2008-2010. Atlanta; 2008.
6. Instituto Catalan de Oncologia. El cáncer colorrectal: un cáncer que se puede prevenir. Barcelona; 2009.
7. International Agency for Research on Cancer - IARC. World Cancer Report 2008 [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.iarc.fr>.
8. Ministério da Saúde - MS. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Incidência de Câncer no Brasil – Estimativas 2008 [acesso em janeiro 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
9. Ministério da Saúde - MS. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
10. International Union Against Cancer - UICC. Colorectal cancer screening in Europe 2007 [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.uicc.org>.
11. Eluf-Neto J, Wunsch-Filho V. Screening faz bem à saúde? *Rev Ass Med Brasil.* 2000; 46(4):289-311.
12. Ministério da Saúde - MS. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Falando sobre câncer de intestino. Rio de Janeiro: INCA, 2003.
13. American Cancer Society. Guidelines for the Early Detection of Cancer [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.cancer.org>.
14. Castiglione G, ET AL. Screening for colorectal cancer by faecal occult blood test: comparison of immunochemical testes. *J Med Screen.* 2000;7:35-7.
15. International Agency for Research on Cancer - IARC. Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Luxembourg; 2008.
16. Peris M, Espinàs JA, Munõz L, Navarro M, Binefa G, Borràs JM. Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen.* 2007;14:81-6.
17. American Cancer Society. Inventory of Colorectal Cancer Screening Activities in ICSN countries. Disponível em: <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/colorectal/screening.html>.
18. Ministério da Saúde (Portugal). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Lisboa, 2007.
19. Parkin DM, Tappenden P, Olsen AH, Patnick J, Sasieni P. Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *J Med Screen.* 2008;15:163-74.

20. Alberta Health Services. Cancer Screening Programs. Colorectal Cancer Screening. Alberta (Canadá); 2008.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo. Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo: tendência temporal e características regionais – 1987 a 2003. Cadernos FOSP. Abril 2005; v. 4.
22. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde: 2008-2011 [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>.
23. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo [acesso em julho 2009]. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br>.

Correspondência/correspondence to
Michel Naffah Filho
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 - 1º andar
CEP: 05403-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8456
E-mail: mnaffah@saude.sp.gov.br