

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JADIANA MACHADO TALMA

**ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER
COLORRETAL NO PSF DR RONALDO FURTADO DE TOLEDO EM PIRAÚBA/MG**

UBERABA/MG

2015

JADIANA MACHADO TALMA

**ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER
COLORRETAL NO PSF DR RONALDO FURTADO DE TOLEDO EM PIRAÚBA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2015

JADIANA MACHADO TALMA

**ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER
COLORRETAL NO PSF DR RONALDO FURTADO DE TOLEDO EM PIRAÚBA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Prof. Esp. Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro-
UFTM

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que estiveram sob meus cuidados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida.

À minha família por ser meu amparo.

Ao meu orientador, Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim, pela paciência e pelo tempo dedicado. Ao meu supervisor, Prof. Dr. Maximiliano R. Guerra, por todo suporte a mim oferecido.

Por fim, a equipe de saúde do PSF Dr Ronaldo Furtado de Toledo por todo carinho e respeito.

RESUMO

O câncer colorretal (CCR) pode ser considerado problema de saúde pública mundial, sendo o terceiro mais comum em incidência e a quarta causa de mortalidade por câncer a nível global. Diante da alta incidência de câncer colorretal e do crescente número de casos no Brasil, o Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Coloproctologia recomenda ações de prevenção e identificação precoce da patologia em questão. O presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de criar estratégias que permitam a prevenção e o diagnóstico precoce do CCR na população adscrita ao Programa Saúde da Família (PSF) Dr Ronaldo Furtado de Toledo no município de Piraúba/MG. Englobando ações como a divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, articulação do sistema buscando um acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Almejando uma redução na incidência do CCR na população adscrita assim como um melhor prognóstico e uma menor morbimortalidade dos indivíduos portadores da doença.

Palavras chaves: colonoscopia, pólipos intestinais, neoplasias colorretais.

SUMÁRIO

Nenhuma entrada de sumário foi encontrada.

1 INTRODUÇÃO

Piraúba é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, situado na mesorregião da Zona da Mata e na microrregião de Ubá. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população total do município de 10.866 habitantes, distribuída em 8.818 (81%) habitantes na zona urbana e 2.048 (19%) na zona rural. Seu território é de 145 Km² e densidade populacional de 75,47 hab/km². Cerca de 83% dos domicílios possuem água tratada e são cobertos por rede de saneamento básico.

Em relação aos aspectos socioeconômico, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é 0,684, o produto interno bruto (PIB) é de R\$ 59.140,00 e o PIB per capita de R\$ 5.396,49. A renda mensal dos domicílios rurais é R\$ 1.245,13 e dos urbanos R\$ 1.752,32. A economia da cidade está fundamentada na agropecuária e nas confecções têxteis.

A população usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 94,7%. A taxa de desemprego da cidade é de 3,1% e o número populacional de indivíduos alfabetizados é de 9.241, ou seja, 85% da população. O número de famílias segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é 3.247.

O Programa Saúde da Família (PSF) conta com quatro equipes ampliadas, cobrindo 92% da população, que atuam em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com profissionais das áreas de fisioterapia, educação física, psicologia, cardiologia, pediatria, ginecologia e psiquiatria. O município não possui redes de alta e média complexidade, sendo dependente do município de referência, Ubá/MG. Quando este não consegue suprir as necessidades, a próxima rede de referência é Juiz de Fora/MG.

O município conta com um pronto atendimento que possui recursos básicos para atendimento inicial, não sendo realizado nenhum tipo de exame complementar de urgência e nenhuma internação hospitalar. Além de laboratórios de verba pública, que abrangem apenas os exames básicos, sendo os exames mais complexos realizados na cidade através de convênios com empresas particulares de forma livre e complementar ou no município de referência.

A Unidade Básica de Saúde III, PSF Dr Ronaldo Furtado de Toledo, no Bairro João Groppo, é de fácil acesso a população, abrange além da área urbana a área

rural da cidade, sendo adscrita por cerca de 4.000 indivíduos. A equipe é ampliada, conta com dentista, assistente de dentista, técnicas de enfermagem, enfermeira, secretária e sete agentes comunitários de saúde.

Através da estimativa rápida efetuada com a equipe de saúde local, entendendo o contexto demográfico, social e político em que esta está inserida, foi possível levantar os principais problemas após discussão e observação ativa da área. Dentre eles podem ser citados: o uso indiscriminado de fármacos psicotrópicos, a grande dificuldade de contra referência dos cuidados, o que dificulta uma atenção integral e coordenada do paciente, a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção, assim como a dificuldade de realização de exames complementares de maior complexidade, a resistência da população quanto a mudanças no estilo de vida e educação em saúde e a baixa adesão ao tratamento de patologias crônicas.

A partir dessa fase, foram priorizados os problemas de acordo com sua importância, sua urgência, e a própria capacidade da equipe para enfrentá-los.

Partindo dessas informações, grande destaque foi dado à situação em relação ao câncer colorretal no PSF. Existem casos de pacientes com essa doença, além de outros em acompanhamento devido a pólipos. Além disso, esses pacientes enfrentam muitos dos problemas citados acima, como a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção e a dificuldade quanto à realização de exames complementares de maior complexidade para diagnóstico e acompanhamento. Esse fato impossibilita diagnóstico precoce e acarreta um pior prognóstico para o paciente. Os nós críticos, enfrentados serão: hábitos e estilos de vida que predispõe a doença, realização de exames complementares e articulação com especialidades quando necessário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar plano para prevenção e redução da incidência do câncer colorretal direcionado à população adscrita ao PSF Dr Ronaldo Furtado de Toledo em Piraúba/MG.

2.2 Objetivos específicos

- Orientar os profissionais de saúde quanto aos agravos do câncer colorretal;
- Orientar a população quanto aos sinais e sintomas, fatores de risco e possíveis mudanças no estilo de vida que possibilitem a prevenção da doença.

3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica pelo fato da alta incidência do Câncer Colorretal e Pólipos Colorretais na população adscrita pelo PSF Dr Ronaldo de Toledo. O câncer colorretal 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Segundo dados recentes do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estimam-se, para 2014, no Brasil, 15.070 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 17.530 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15,44 casos novos a cada 100 mil homens e 17,24 a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto, em homens e mulheres no sudeste brasileiro, é o segundo mais freqüente (INCA, 2014).

Diante da alta incidência de câncer colorretal e do crescente número de casos no Brasil, o Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) recomenda ações de prevenção e identificação precoce da doença em questão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O fato de a doença apresentar história natural bem conhecida, na qual a lesão precursora benigna, após longo período de tempo, cresce e se transforma em uma neoplasia maligna, torna este câncer passível de detecção precoce, pois as lesões precursoras podem ser identificadas e ressecadas endoscopicamente (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011).

Observando a realidade do PSF, tal situação pode ser amplamente abordada tanto no âmbito da população, que desconhece a doença, seus sinais e sintomas, fatores de risco e hábitos que possam preveni-la, quanto no âmbito dos profissionais de saúde. Destaca-se a necessidade de oferecer rastreamento em pacientes de risco aumentado, além de fortalecer a gestão local, que enfrenta grandes dificuldades em relação à realização de exames para rastreamento, diagnóstico precoce e a articulação com atenção especializada (no caso em questão o Coloproctologista), quando necessário.

4 METODOLOGIA

Foi elaborado plano de ação, contemplando a divulgação para a população sobre os sinais e sintomas, fatores de risco, hábitos que possam prevenir a doença e a necessidade de rastreamento em pacientes de risco aumentado, além da articulação entre os profissionais de saúde e a gestão local, buscando enfrentar as dificuldades em relação à realização de exames para rastreamento, diagnóstico precoce e a comunicação com a atenção especializada, quando necessário.

Para execução deste projeto, serão necessários um trabalho em equipe, reuniões com a gestão, um ambiente para realização de palestras educativas e articulação com a atenção secundária.

Em síntese, serão realizadas palestras educativas para a população, atividades de promoção da saúde em consultas, com busca de sinais e sintomas, abordagem de fatores de risco e identificação de pacientes com risco aumentado para a doença, os quais devem ser submetidos a rastreamento. Será elaborado protocolo de atendimento a pacientes com suspeita de câncer colorretal, buscando junto à gestão local, os caminhos mais fáceis para a prevenção e diagnóstico precoce da patologia em questão.

A revisão da literatura foi realizada através da busca de artigos e documentos publicados em periódicos indexados na base de dado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos seguintes descritores: “Colonoscopia”, “Pólipos Intestinais”, “Neoplasias colorretais”. Adicionalmente, foram consultadas as publicações do Instituto Nacional do Câncer e do Ministério da Saúde.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Câncer colorretal (CCR)

5.1.1 Definição e fatores de risco

O câncer colorretal (CCR), na maioria dos casos, possui como precursores pólipos intestinais. Os pólipos colorretais são projeções do epitélio para a luz do intestino grosso e são classificados histologicamente como não neoplásicos e neoplásicos. Entre os não neoplásicos, formados em decorrência de proliferação tecidual anormal, arquitetura alterada ou inflamação da mucosa, encontram-se os pólipos hiperplásicos, hamatomatosos e inflamatórios. Por outro lado, os pólipos que se originam de proliferação epitelial displásica, variando de leve (baixo grau) a intensa (alto grau), são denominados pólipos adenomatosos ou adenomas (KUMAR *et al.*, 2005).

Indivíduos com pólipos hiperplásicos à colonoscopia possuem um risco duas vezes maior de desenvolver adenomas identificados em colonoscopias de controle, quando comparados àqueles que não tinham pólipos hiperplásicos no exame inicial, segundo estudos de Huang *et al.* (2001) e Hyman *et al.* (2004).

Os adenomas são lesões neoplásicas verdadeiras e precursoras de carcinoma. Variam desde lesões pequenas a grandes, podendo ser planas, sésseis, subpediculadas e pediculadas. São classificados histologicamente em: tubulares, vilosos, e tubulovilosos (KUMAR *et al.*, 2005). Quando associados a modos de vida não saudáveis e predisposição genética, podem transformar-se em câncer. Portanto, intervenções que promovam a redução da exposição aos fatores de risco para o câncer colorretal podem diminuir o número de novos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entre os fatores de risco relacionados à doença estão: 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; Doença Inflamatória Intestinal - está associada a um maior risco para o desenvolvimento do CCR (INCA, 2014).

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 (INCA, 2014).

Estudos de fatores predisponentes para o CCR revelam a associação entre a sua ocorrência e o desenvolvimento socioeconômico. Em populações com melhor nível socioeconômico, a sua ocorrência é maior conseqüente a padrões dietéticos (PINHO *et al.*, 2003).

5.1.2 Diagnóstico e rastreamento

A história natural do câncer do intestino propicia condições ideais à sua detecção precoce, uma vez que a maioria dos casos evolui a partir de lesões benignas, os pólipos adenomatosos, por um período de 10 a 15 anos, existindo, portanto, um período pré-clínico detectável bastante longo. De modo semelhante ao que acontece no câncer de colo do útero, a detecção precoce do câncer do intestino apresenta a peculiaridade de possibilitar tanto a prevenção da ocorrência da doença, ao permitir a identificação e retirada dos pólipos intestinais (levando a uma redução da incidência), quanto a detecção em estádios iniciais, que, adequadamente tratados, podem elevar a taxa de sobrevivência em cinco anos a 90% e reduzir a mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O INCA, em documento específico sobre Câncer Colorretal elaborado em 2003, indica o rastreamento através de pesquisa de sangue oculto anual em pessoas com 50 anos ou mais, seguida de exame proctológico nos casos positivos (INCA, 2003). Por outro lado, em publicação recente, destinada a apresentar e analisar a estimativa de incidência de casos novos de câncer no Brasil em 2014, afirma que o custo benefício tem impossibilitado a estratégia de detecção precoce mesmo em países com maiores recursos (INCA, 2014).

Segundo Habr-Gama (2005), a Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino (ABRAPRECI) preconiza o rastreamento do CCR de acordo com a estimativa de risco para neoplasia apresentada individualmente mediante

avaliações epidemiológicas e de genética molecular. Tais critérios definiram na população três grupos de risco distintos: baixo, moderado e alto risco. A população de baixo risco é formada por indivíduos com idade superior a 50 anos, sem outros fatores de risco para CCR. A população de moderado risco compõe-se de indivíduos com história familiar de CCR em um ou mais parentes de primeiro grau, história pessoal de pólipos maior do que um centímetro ou múltiplos pólipos de qualquer tamanho e os indivíduos com antecedente pessoal de CCR tratado com intenção curativa. Por fim, a população de alto risco compreende os indivíduos com história familiar de CCR hereditário na forma de polipose adenomatosa familiar (PAF); CCR hereditário sem polipose (HNPCC); diagnóstico de doença inflamatória intestinal na forma de pancolite e colite esquerda.

O protocolo de rastreamento para as populações de baixo e moderado risco recomendado pela Associação Brasileira de Prevenção ao Câncer de Intestino (ABRAPRECI) consiste em realização anual de pesquisa de sangue oculto nas fezes, seguida pela colonoscopia ou retossigmoidoscopia nos indivíduos com resultado positivo no primeiro exame. O início do rastreamento para CCR deve ser a partir dos 50 anos. As recomendações para indivíduos com parentes de 1º grau com CCR é que iniciem a prevenção aos 25 anos de idade ou dez anos antes da idade do surgimento do primeiro caso. É recomendável que pessoas com história familiar de câncer, história prévia de neoplasia, principalmente de útero, ovário e mama ou problemas digestivos crônicos sejam submetidas a colonoscopia.

Para que um programa de rastreamento tenha sucesso, múltiplos acontecimentos devem intervir, começando pelo conhecimento e recomendação do médico de atenção primária, aceitação do paciente, cobertura financeira, estratificação de risco, exames de triagem, diagnóstico e tratamento oportunos e seguimento adequado. Se houver uma falha em qualquer um desses passos ou se não forem realizados com uma alta qualidade, o rastreamento falhará (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2007).

Em análise realizada pela Prefeitura do Município de São Paulo, no ano 2012, mostrou que o município apresenta taxas de incidência e mortalidade por CCR muito elevadas, e levantou a necessidade de maiores estudos que visassem um planejamento adequado para o enfrentamento da doença (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2012)

Um estudo interessante acerca de rastreamento do CCR foi realizado na cidade paulista de Santa Cruz das Palmeiras. Com a colaboração do 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 os anos de 2006 e 2007, atingindo uma cobertura de 43,7% da população-alvo, tendo sido utilizado como método o exame de Pesquisa de sangue oculto (PSO). Os pacientes com resultados positivos foram convocados a realizar colonoscopia. Das 212 colonoscopias realizadas, foram diagnosticados 53 pacientes com doença diverticular dos cólons, 59 com um ou mais pólipos, nove com adenocarcinomas e 91 colonoscopias normais. Os resultados preliminares são insuficientes para estimar qual foi o real efeito da campanha, contudo, pode-se antever redução da incidência de CCR a longo prazo, além de antecipação do diagnóstico e, portanto, do estágio da doença, melhorando o prognóstico (PEREZ, 2008).

Segundo o Projeto Diretrizes (2001), sobre Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal, um dos fatores mais importantes para diminuição da morbimortalidade do câncer colorretal (CCR) é o tempo de evolução da lesão, por esse motivo, na suspeita de CCR pela História Clínica e pelo Exame Físico, é mandatória a realização de um exame proctológico (toque retal). A identificação correta do local da lesão colorretal e a possibilidade de realização de um exame completo faz com que a retossigmoidoscopia (rígida ou flexível) seja sempre indicada na suspeita de câncer retal. Com a vantagem de melhor poder identificar pequenas lesões e de fornecer um achado histopatológico, a colonoscopia é o exame preferencial para o diagnóstico do câncer colônico.

5.2 O CCR na Atenção Básica

O Ministério da Saúde recomenda fortemente que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus componentes: 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

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, como o CCR (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2012).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como descrito anteriormente no item Metodologia, o plano de intervenção foi elaborado a partir do Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo os passos abaixo.

6.1 Identificação e priorização do problema

A identificação dos problemas foi realizada através de reuniões e discussões com a Equipe da Saúde da Família (ESF), além da avaliação dos pacientes em atendimento médico e observação ativa da área, com busca de prontuários e observação da demanda pela procura do serviço de saúde. A partir disso foi possível concluir os principais problemas estruturais do serviço e da abordagem direta aos usuários, além de realizar a priorização do que seria solucionado, visto que não poderiam ser solucionados todos ao mesmo tempo, por limitações financeiras e organizacionais.

O problema priorizado foi “Estratégias para a prevenção e diagnóstico precoce do Câncer Colorretal no PSF Dr Ronaldo Furtado de Toledo em Piraúba/MG”.

6.2 Descrição do problema

O Câncer Colorretal é uma doença de alta incidência, com uma história natural bem conhecida e que com o rastreamento e diagnóstico precoce permitem um melhor prognóstico dos pacientes.

6.3 Explicação do problema

A dificuldade de articulação entre os níveis de atenção de saúde, a dificuldade quanto à realização de exames complementares de maior complexidade para diagnóstico e acompanhamento, a falta de compreensão dos profissionais de saúde acerca do agravo em questão e da população sobre hábitos e estilos de vida inadequados comprometem o prognóstico da doença acarretando uma maior morbimortalidade.

6.4 Identificação dos nós críticos a serem enfrentados

Nesse item buscou-se identificar entre as causas, as consideradas mais importantes e as passíveis de serem modificadas. Os nós críticos trazem a idéia de algo em que se pode intervir, ou seja, o que está dentro dos limites da governabilidade de quem está planejando. Dentre os principais nós críticos identificados estão:

1. Hábitos e estilos de vida inadequados da população adscrita;
2. Identificação e rastreamento em indivíduos com risco aumentado;
3. Dificuldade de articulação com atenção secundária e realização de exames de maior complexidade, impossibilitando o diagnóstico precoce e acarretando maior morbimortalidade.

6.5 Desenho das operações

Foram criadas soluções e estratégias para enfrentar o problema priorizado através da descrição das operações, identificação de produtos e resultados e identificação dos recursos necessários para concretização. As operações são ações desenvolvidas durante a execução do plano. No presente trabalho, todas as ações serão apresentadas em relação a cada um dos nós críticos identificados.

Nó crítico 1: hábitos e estilos de vida inadequados

1. **Operação:** Modificação dos hábitos e estilos de vida inadequados
2. **Projeto:** Palestras educativas no PSF
3. **Resultados esperados:** Conscientização da população e educação em saúde
4. **Produtos esperados:** Redução dos casos de Câncer Colorretal
5. **Atores sociais:** Equipe de Saúde, gestão local e a comunidade adscrita
6. **Recursos necessários:**
 - a. Estrutural: espaço físico para as palestras
 - b. Cognitivo: informações em saúde e compreensão do contexto social da comunidade
 - c. Financeiro: materiais audiovisuais e panfletos informativos

d. Político: mobilização social e apoio da gestão local e instituições comunitárias

7. Recursos críticos: Recurso financeiro de apoio para materiais informativos

8. Controle dos recursos críticos / Viabilidade:

a. Ator que controla: gestão local

b. Motivação: Constitui uma atividade de promoção da saúde, que é um dos atributos da atenção básica, área da saúde que prevalece no município.

9. Ação estratégica de motivação: Articulação e diálogo com a gestão local

10. Responsáveis: Médico e enfermeiro

11. Cronograma / Prazo: 3 meses para programar atividades e 1 mês para mobilização social

12. Gestão, acompanhamento e avaliação: A atividade pode constituir um grupo operacional na unidade, incorporada as atividades já existentes. Deve ser avaliada através do alcance social, da mobilização comunitária e do feedback positivo da população.

Nó crítico 2: Pacientes com risco aumentado de Câncer Colorretal

1. Operação: Identificação e rastreamento em indivíduos com risco aumentado

2. Projeto: Realização de pesquisa de sangue oculto em fezes anual nos indivíduos com risco aumentado e acompanhamento clínico periódico dos mesmos

3. Resultados esperados: Diagnóstico precoce de Câncer Colorretal

4. Produtos esperados: Melhor prognóstico dos indivíduos portadores de Câncer Colorretal ou portadores de Pólipos e menor morbimortalidade da patologia

5. Atores sociais: Equipe de Saúde, gestão local e a comunidade adscrita

6. Recursos necessários:

a. Estrutural: laboratório capacitado para realizar pesquisa de sangue oculto em fezes, espaço físico para consultas médicas

b. Cognitivo: informações em saúde

c. Financeiro: exame complementar / pesquisa de sangue oculto em fezes (PSO)

- d. Político: articulação com a gestão local acerca da realização do exame no município, realizado até o momento apenas em laboratório particular
- 7. Recursos críticos:** Recurso financeiro para realização do exame pesquisa de sangue oculto no município
- 8. Controle dos recursos críticos / Viabilidade:**
 - a. Ator que controla: gestão local
 - b. Motivação: O Ministério da saúde recomenda fortemente que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus componentes. Além do mais, o exame em questão é de baixo custo e de baixa complexidade.
- 9. Ação estratégica de motivação:** Articulação e diálogo com a gestão local
- 10. Responsáveis:** Médico e enfermeiro
- 11. Cronograma / Prazo:** 3 meses para articulação com a gestão local e 3 meses para capacitação do laboratório local para realização do exame
- 12. Gestão, acompanhamento e avaliação:** A partir do momento que o exame em questão for realizado pelo município, permitirá aos indivíduos identificados como alto risco pelos profissionais de saúde, capacitados previamente sobre a doença, sua história natural e fatores de risco, um acompanhamento periódico e um diagnóstico precoce. Buscando para os portadores da patologia um melhor prognóstico e uma menor morbimortalidade.

Nó crítico 3: Dificuldade de articulação com atenção secundária e realização de exames de maior complexidade, impossibilitando o diagnóstico precoce e acarretando maior morbimortalidade

- 1. Operação:** Diagnóstico precoce e tratamento adequado dos indivíduos portadores de Câncer Colorretal
- 2. Projeto:** Criação de um protocolo de atendimento
- 3. Resultados esperados:** Melhor fluxo no sistema entre os níveis de atenção e maior facilidade de acesso a exames de maior complexidade quando necessário

- 4. Produtos esperados:** Redução da morbimortalidade dos portadores de Câncer Colorretal
- 5. Atores sociais:** Equipe de Saúde, gestão local e a comunidade adscrita
- 6. Recursos necessários:**
 - a. Estrutural: espaço físico para as consultas médicas
 - b. Cognitivo: informações em saúde e compreensão do contexto social da comunidade
 - c. Financeiro: exames complementares de maior complexidade
 - d. Político: articulação entre níveis de atenção e compreensão dos fluxos e contrafluxos do sistema de saúde
- 7. Recursos críticos:** Recurso financeiro para realização de exames de maior complexidade e fora do município
- 8. Controle dos recursos críticos / Viabilidade:**
 - a. Ator que controla: gestão local
 - b. Motivação: Partindo do princípio da equidade do Sistema Único de Saúde deve-se garantir o 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 quando necessário.
- 9. Ação estratégica de motivação:** Articulação e diálogo com a gestão local
- 10. Responsáveis:** Médico e enfermeiro
- 11. Cronograma / Prazo:** 2 meses para discussão com a equipe, 2 meses para articulação com a gestão local e para articulação dos fluxos do sistema de saúde e 2 meses para delineamento do protocolo
- 12. Gestão, acompanhamento e avaliação:** Com uma articulação do sistema e facilitando o acesso a exames para diagnóstico e acompanhamento, será possível um atendimento integral aos pacientes. Buscando para os portadores da patologia um melhor prognóstico e uma menor morbimortalidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura mostrou que as recomendações sobre o rastreamento do CCR apresentam diferentes posicionamentos, havendo necessidade de maiores estudos e debates acerca do tema, já que o mesmo, como descrito durante o estudo, é de grande impacto populacional.

Se o rastreamento populacional não possui custo benefício em nosso país, existem outras estratégias já amplamente abordadas e incentivadas pelo Ministério da Saúde. Ações de educação em saúde para conscientização da população, capacitação dos profissionais de saúde, articulação do sistema possibilitando a realização de exames para diagnóstico e o acesso ao tratamento são algumas delas.

O plano de intervenção proposto engloba tais ações e almeja a redução dos casos de Câncer Colorretal e um melhor prognóstico dos indivíduos portadores de CCR ou portadores de Pólipos Intestinas e menor morbimortalidade da doença em questão nos indivíduos da área de abrangência do PSF Dr Ronaldo Furtado de Toledo.

Espera-se que as propostas apresentadas possam contribuir na melhoria da assistência a saúde prestada à população.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY. Colorectal Facts & Figures 2011-2013. Atlanta. 2011. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-028312.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.
- CARTILHA de prevenção do câncer colorretal para profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Jun. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/prevencao_cancer_colorretal_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2014.
- CORDEIRO, f. et al. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. **Projeto Diretrizes**. Associação Médico Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Ago. 2011.
- DIAS *et al.* Câncer Colorretal - Rastreamento, prevenção e controle. **HU revista**, Juiz de Fora, v.33, n.4, p.125-131, out./dez. 2007.
- GAMA, A. H. Câncer colorretal – A importância de sua prevenção. **Arq Gastroenterol**, v. 42 , no.1, Jan./mar. 2005.
- HABR-GAMA, A. CCR – A Importância de sua Prevenção. **Arq gastroenterol**, v.42, n.1, p.2-3, jan. 2005.
- HUANG, E. H.;WHELAN, R. L.;GLEASON, N. R.;MAEDA, J. S.;TERRY, M. B.; LEE,S. W.; NEUGUT, A. I.; FORDE, K. A. Increased incidence of colorectal adenomas in follow-up evaluation of patients with newly diagnosed hyperplastic polyps. **Surgical Endoscopy**, New York, v.15, p.646-648, 2001.
- HYMAN, N. H.; ANDERSON, P.; BLASYK, H. Hiperplastic Polyposis and the Risk of Colorectal Cancer. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia, v.47, p.2101-2104, oct. 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315130&idtema=16&search=minas-gerais|piraubal|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 29 ago. 2014.
- KUMAR, V.; FAUSTO, N.; ABBAS, A. K. **Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção primária / Rastreamento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Brasília/ DF. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Falando sobre câncer de intestino. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Incidência de Câncer no Brasil Estimativas 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 29 Ago. 2014.

PEREZ, R. O. *et al.* Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. **Arquivo brasileiro de cirurgia digestiva**. São Paulo. Vol.21, no.1, Jan./Mar. 2008.

PINHO, M.S.L. *et al.* Incidência do CCR na Regional de Saúde de Joinville (SC). **Rev Bras Coloproct**, v.23, n.2, p73-76, abr. 2003.

PLANO de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 29 Ago. 2014.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Rastreamento de câncer colorretal: um desafio a ser enfrentado. Secretaria da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. São Paulo; SMS; Boletim CEInfo Análise, Ano VII, nº 06, nov. 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO A ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION/INTERNATIONAL DIGESTIVE CANCER ALLIANCE. Guideline: Triagem do Câncer Colorretal. 2007. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/06_colorectal_cancer_screening_pt.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.