

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS

Priorização do Câncer de Intestino no Brasil - SUS

Maria Inez Pordeus Gadelha

Brasília – DF

17 de setembro de 2015

CONFLITO DE INTERESSES

Declaro-me sem conflito de interesses de qualquer tipo ou natureza.

Tabela 1

Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capitais		Estado		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma de Hodgkin	1.300	1,28	410	5,72	880	0,83	420	8,64
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Glândula Tireoide	1.150	1,15	470	1,76	8.050	7,91	2.160	9,08
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24
Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
Outras Localizações	37.520	38,40	9.070	42,86	35.350	34,73	8.590	36,49
Subtotal	203.930	208,77	51.100	241,30	190.520	187,13	58.710	248,46
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
Todas as Neoplasias	302.350	309,53	70.750	334,08	274.230	269,35	81.250	343,85

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

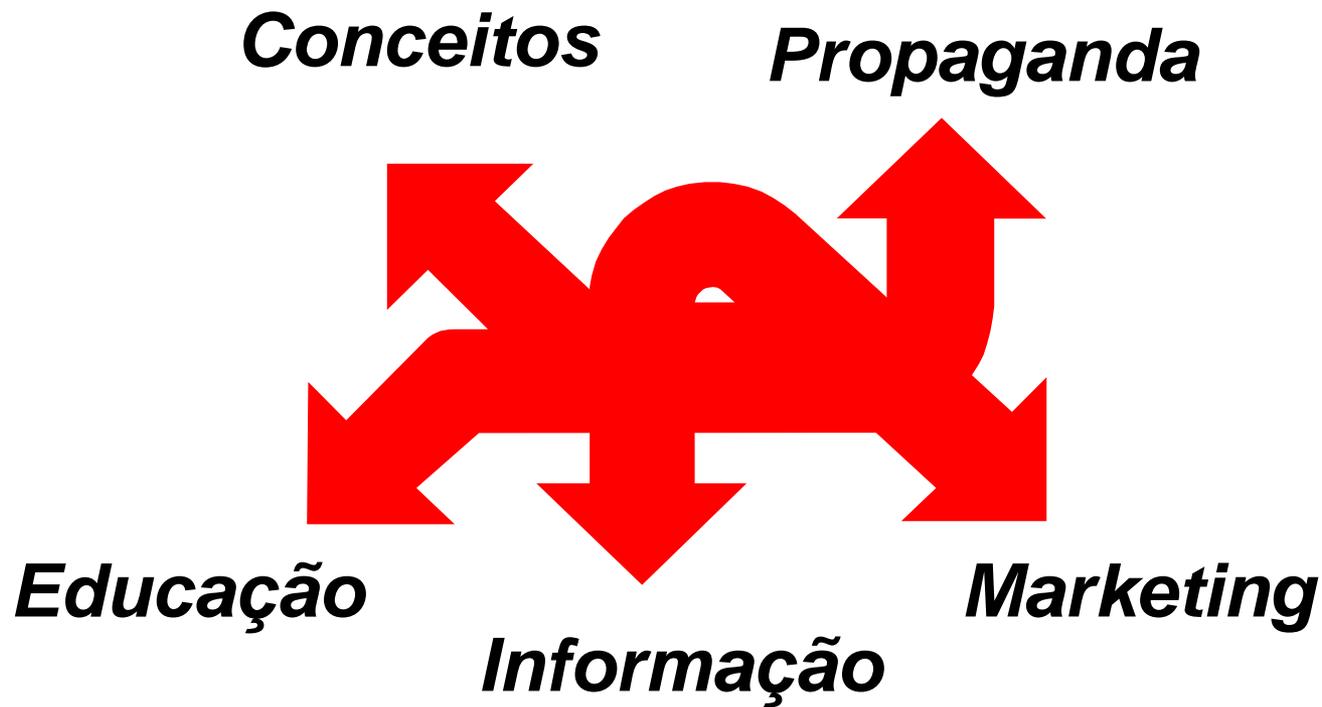
Figura 1

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	casos	%			Localização primária	casos	%
Próstata	68.800	22,8%	Homens 	Mulheres 	Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%			Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%			Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%			Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%			Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%			Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%			Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%			Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%			Leucemias	4.320	1,6%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

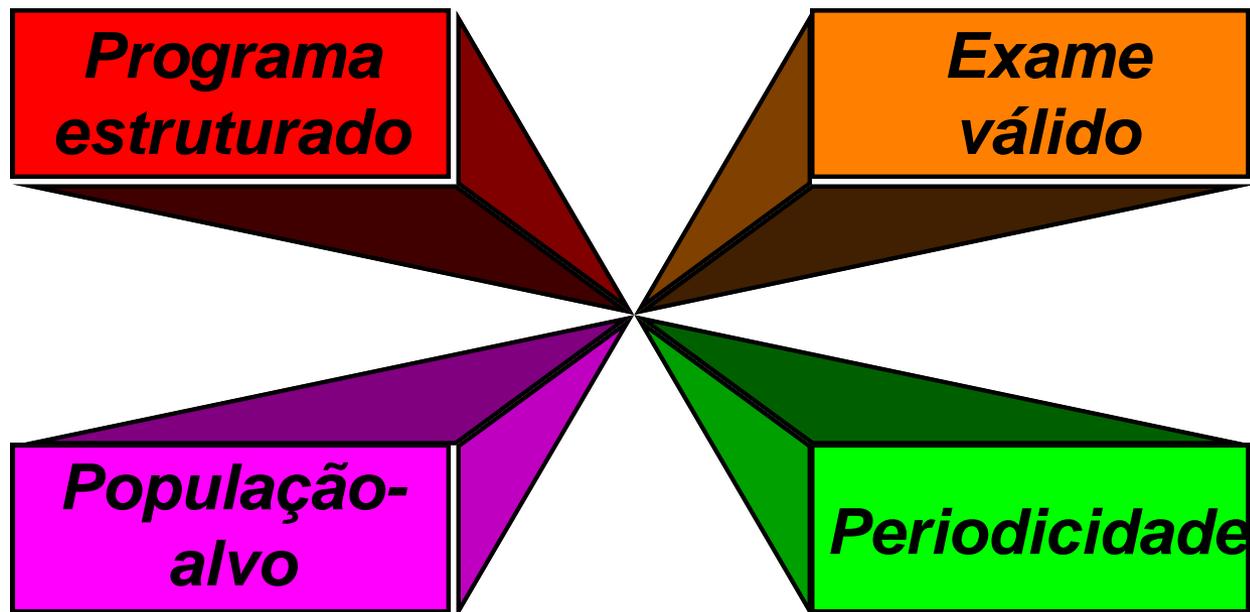
Prevenção



Promoção da saúde: Reduz o número de casos e a mortalidade.

Intestino: Dieta rica em fibras, vegetais e frutas; combate sistemático à prisão-de-ventre e controle periódico de grupo de risco.

Detecção



Rastreamento e Diagnóstico precoce: aumentam o número de casos e podem ou não reduzir a mortalidade.

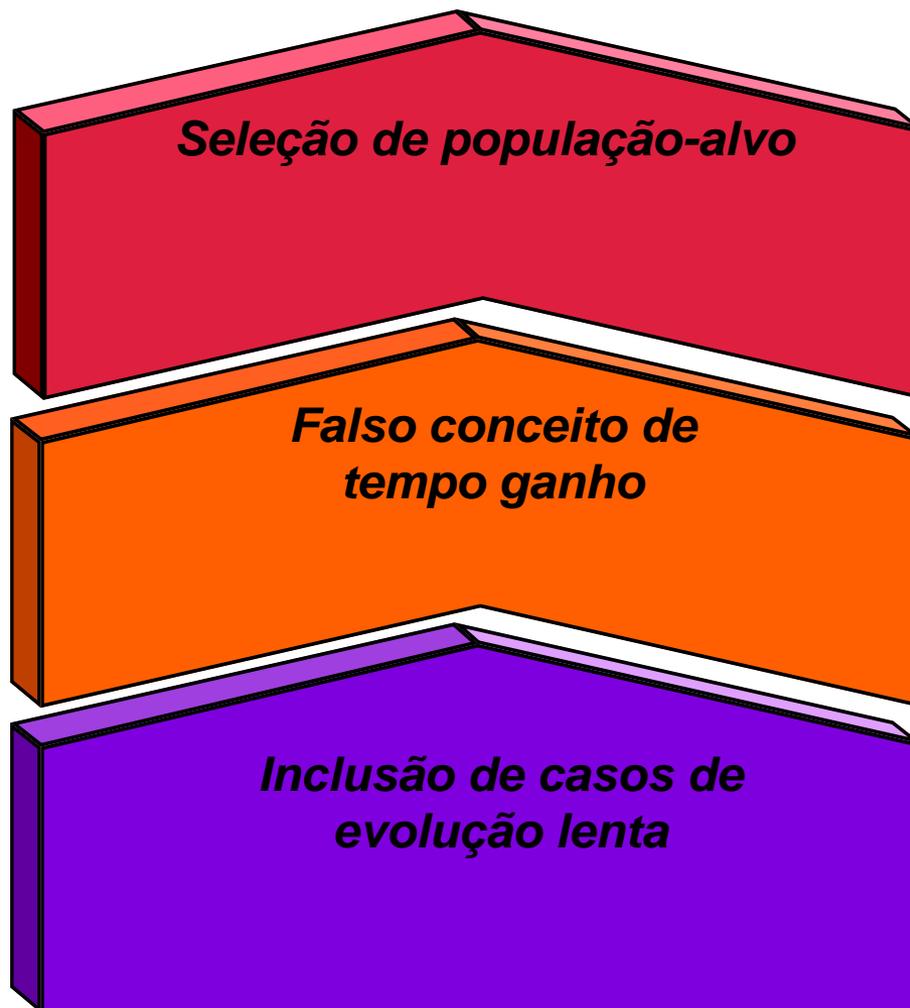
Intestino: toque retal, sangue oculto nas fezes e retossigmoidoscopia e colonoscopia.

Tratamento e Reabilitação



Modalidades isoladas ou combinadas com diferentes finalidades:
não alteram o número de casos e podem ou não reduzir a mortalidade.

Avaliação dos Programas de Detecção



Rastreamento

(“screening”)

- “Aplicação sistemática de testes em pessoas presumivelmente assintomáticas, visando a identificar indivíduos com anormalidades sugestivas de determinado tipo de câncer.”

WHO guide for effective programmes. Cancer control: knowledge into action, 2007.

Princípios da OMS para Rastreamento

- A condição a ser rastreada deve se constituir em um **importante problema de saúde**.
- A **história natural** da doença deve ser bem conhecida.
- A doença deve ter uma **fase pré-sintomática** relativamente prolongada.
- Deve haver um **teste** adequado para o estágio precoce (válido, preciso, acessível, aceitável e financiável).
- Os **intervalos** para repetição do teste devem ser claramente determinados.
- O rastreamento deve ser aceitável em termos de **validade**, de **morbidade**, de **riscos** e de **custos**.
- Os riscos associados ao rastreamento, tanto físicos quanto psicológicos, devem ser menores do que os **benefícios**.
- Para os resultados positivos devem ser assegurados métodos de **confirmação diagnóstica** aceitáveis que definam precisamente quem receberá tratamento.
- Deve existir um **tratamento** acessível e aceitável em termos de efetividade, riscos e custos.
- O tratamento em estágio precoce deve trazer mais **benefícios** do que em estágios avançados.
- Da aplicação do rastreamento deve resultar a redução da **morbimortalidade** e a melhoria da qualidade de vida das populações.

Baseado em Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization; 1968.

PREMISSAS BÁSICAS

Eficácia - Funciona?

Efetividade - O quanto bem?

Eficiência - A que custo?

Equidade - Para quantos?

GRADUAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA



Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials.

[Nazmus Saquib](#), [Juliann Saquib](#) and [John PA Ioannidis](#).

Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.

[International Journal of Epidemiology](#) (2015) doi: 10.1093/ije/dyu140 First published online: January 15, 2015.

Background: Several popular screening tests, such as mammography and prostate-specific antigen, have met with wide controversy and/or have lost their endorsement recently. We systematically evaluated evidence from randomized controlled trials (RCTs) as to whether screening decreases mortality from diseases where death is a common outcome.

Methods: We searched three sources: United States Preventive Services Task Force (USPSTF), Cochrane Database of Systematic Reviews, and PubMed. We extracted recommendation status, category of evidence and RCT availability on mortality for screening tests for diseases on asymptomatic adults (excluding pregnant women and children) from USPSTF. We identified meta-analyses and individual RCTs on screening and mortality from Cochrane and PubMed.

Results: We selected 19 diseases (39 tests) out of 50 diseases/disorders for which USPSTF provides screening evaluation. Screening is recommended for 6 diseases (12 tests) out of the 19. We assessed 9 non-overlapping meta-analyses and 48 individual trials for these 19 diseases. Among the results of the meta-analyses, reductions where the 95% confidence intervals (CIs) excluded the null occurred for four disease-specific mortality estimates (ultrasound for abdominal aortic aneurysm in men; mammography for breast cancer; fecal occult blood test and flexible sigmoidoscopy for colorectal cancer) and for none of the all-cause mortality estimates. Among individual RCTs, reductions in disease-specific and all-cause mortality where the 95% CIs excluded the null occurred in 30% and 11% of the estimates, respectively.

Conclusions: Among currently available screening tests for diseases where death is a common outcome, reductions in disease-specific mortality are uncommon and reductions in all-cause mortality are very rare or non-existent.

O que pode acontecer com o resultado do rastreamento?

CONSEQUÊNCIAS DESEJÁVEIS

Identificar cânceres potencialmente letais que respondam a intervenção oportuna.



CONSEQUÊNCIAS INDESEJÁVEIS

Resultados falso-positivos: causam ansiedade e procedimentos desnecessários que podem levar a complicações.

Resultados falso-negativos: levam o indivíduo a ignorar sintomas reais com a progressão do câncer.

Deteccção de cânceres estáveis ou de crescimento lento não letais, que habitualmente não necessitariam de tratamento.

Deteccção de cânceres agressivos e potencialmente letais que não se beneficiam da deteção precoce.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Tipo de prevenção não relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e à medicalização desnecessária.

Jamouille M. Quaternary prevention: prevention as you never heard before.

Prevenção Quaternária

PROTEGER O PACIENTE

- Excesso de **programas de rastreamento** (muitos não validados).
- Medicalização de fatores de risco.
- Solicitação de exames complementares em demasia.
- Excesso de diagnósticos (pseudo-diagnósticos; ex: cefaléias inespecíficas, dor torácica não cardíaca, MUPS (*Medically Unexplained Physical Symptoms*)).
- Medicalizações desnecessárias de eventos vitais ou adoecimentos benignos auto-limitados (contusões, partos, resfriados, lutos etc.).
- Pedidos de exames ou tratamentos devido ao medo dos pacientes ou à pressão por eles exercida.
- Intervenções em razão do medo dos médicos (medicina defensiva).

Fontes:

Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2007; 23:289-93.

Mayo R. Medically unexplained physical symptoms: do not overinvestigate. BMJ 1991; 333:534-5.

TOMADA DE DECISÃO

CLÍNICA

Segurança

Eficácia

Efetividade

Indicações

População beneficiada

Outros resultados

ECONÔMICA

Eficiência

Custos

Custo-efetividade

Custo-utilidade

Custo de Oportunidade

Impacto Orçamentário

ATS

PACIENTE

Impacto social

Ética

Aceitabilidade

Reações psicológicas

Conveniência

Outros aspectos

ORGANIZACIONAL

Difusão

Logística

Utilização

Acessibilidade

Capacitação

Sustentabilidade

OBRIGADA!

maria.gadelha@saude.gov.br