

Prevenção em Oncologia: algumas ideias para discussão

Pedro Pita Barros
Universidade Nova de Lisboa

1 Introdução

1. O desenvolvimento das doenças oncológicas cria desafios aos sistemas de saúde. Estes desafios decorrem de três tendências: primeiro, aumento de novos casos; segundo, a capacidade de tratamento e redução da mortalidade implicam compromissos de recursos de forma duradoura (o cancro como nova doença crónica); terceiro, o desenvolvimento de inovações, que trazem consigo elevados custos (ou, melhor, elevados preços solicitados por essa inovação).
2. A intervenção dos serviços de saúde, para responder a estes desafios, terá que usar múltiplos instrumentos. Dificilmente um único instrumento dará resposta a três desafios tão diferentes.
3. Para o primeiro desafio, assume destaque a prevenção em oncologia. Para o segundo desafio, assume destaque a organização do sistema de saúde e a forma como os cuidados prestados são organizados. Para o terceiro desafio, assume destaque a capacidade de negociação de preços junto das empresas que trazem a inovação, com destaque para a indústria farmacêutica.
4. Apenas o primeiro desafio será aqui tratado. Tal deve-se apenas à necessidade de brevidade e de enfoque para a discussão. Deixa-se a nota de que os desafios de organização dos sistemas de saúde para uma população envelhecida, com múltiplas condições crónicas, com menor independência funcional, e com necessidades heterogéneas, colocam-se de forma importante também na oncologia. Por exemplo, numa lógica futura de centralização de diagnóstico e definição da terapêutica em centros especializados e tratamento e acompanhamento com natureza local.

2 Prevenção em oncologia

5. É recorrente a afirmação de que a prevenção é melhor forma, no longo prazo, de controlar as doenças oncológicas. A noção de “melhor forma” é traduzida usualmente por ser custo-efetiva, ou seja, para os resultados obtidos é a que tem menor custo de os alcançar.
6. Apesar do apelo intuitivo que esta afirmação possa conter, e contém, há que atender aos próprios custos da prevenção e aos efeitos que produz. Esta discussão tem sido acesa no caso dos rastreios para tipos de cancro raros. Torna-se claro que um rastreio populacional com os custos que possa ter para o sistema de saúde e para os próprios cidadãos (incluindo o custo de haver testes com situações de falsos positivos) poderá não ser a melhor opção nesses casos.

2.1 O que é relevante para a prevenção em oncologia?

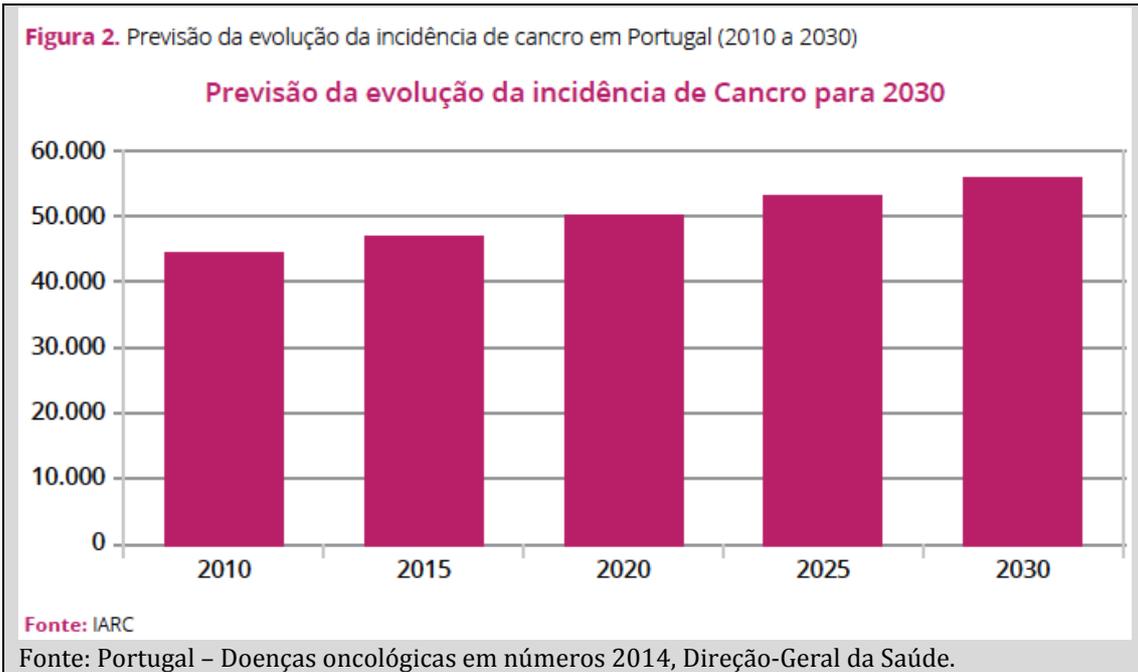
7. Tecnicamente, a discussão concentra-se em prevenção primária, definida em termos simples como destinada a evitar ou a adiar o aparecimento da doença. Existem ainda a prevenção secundária, tendo como objectivo reduzir a intensidade (severidade), e a terciária, como esforço para evitar ou adiar as complicações das doenças depois de estas ocorrerem.
8. Procura-se reduzir a incidência alterando a exposição a factores de risco, ou aumentando a resistência a esses factores de risco (vacina para HPV, por exemplo).
9. O objectivo da prevenção é a redução da morbilidade, aumentar o número de anos vividos de boa saúde. Note-se que se a prevenção simplesmente adiar o momento de óbito, e os custos associados à fase final da vida se mantiverem relativamente constantes, então não haveria efeitos sobre os custos ao longo do ciclo de vida da pessoas e logo sobre os custos agregados. Naturalmente, haveria maiores benefícios associados de ter uma vida mais longa, mas tal é diferente de afirmar que a prevenção garante menores custos futuros

necessariamente. Alterando o perfil de doenças e reduzindo a carga dessas doenças é onde se poderá encontrar o contributo financeiro da prevenção para uma menor despesa em cuidados de saúde.

10. Dentro da prevenção, o consumo de tabaco é apontado como a principal fonte de risco evitável (mais de 20% dos casos de cancro estarão ligados ao consumo de tabaco).
11. Nos hábitos de vida, os aspectos de dieta alimentar e exercício físico constituem outro factor de risco de doença oncológica (e também de outras doenças, como as doenças cardiovasculares).
12. O consumo de álcool é factor de risco conhecido para vários tipos de cancro, nomeadamente cancro oral, com importantes diferenças entre homens e mulheres.
13. Diversos vírus e bactérias estão associados com outros tipos de cancro (também mais de 20% dos casos). A vacinação surge aqui como opção de prevenção, além da prevenção da própria infeção.
14. Riscos ambientais e no local de trabalho também contribuem para o desenvolvimento de vários tipos de cancro.

2.2 O que se está a fazer?

15. A preocupação com a evolução das doenças oncológicas tem levado à divulgação de informação e à adopção de programas genéricos, que depois se traduzem em intervenções concretas.
16. As informações seguintes, retiradas do documento *Portugal – Doenças oncológicas em números 2014*, publicado pela Direção-Geral da Saúde, fornecem uma visão sumária. Ilustram a tendência esperada de novos casos bem como as situações mais importantes em termos de tipo de cancro.



Quadro 3. Taxa de Incidência de Tumores Malignos por Patologia, no sexo masculino (2009*)

Incidência de tumores malignos por patologia (100000 habitantes), no sexo masculino (2009*)

Patologia	T. Bruta	T. Padr. Europ.
Próstata	108,81	83,69
Cólon	57,69	44,02
Traqueia, brônquios e pulmão	54,24	43,93
Estômago	35,42	27,71
Reto	30,44	23,56
Bexiga	28,94	21,77
Linfoma não-Hodgkin	18,3	14,98
Rim	11,73	9,66
Laringe	10,39	9,02
Esófago	10,07	8,71
Total	482,69	385,67

*Dados provisórios.
Fonte: Registo Oncológico Nacional 2009 – ROR Sul (2014)
 Fonte: Portugal – Doenças oncológicas em números 2014, Direção-Geral da Saúde.

Quadro 4. Taxa de Incidência de Tumores Malignos por Patologia, no sexo Feminino (2009*)

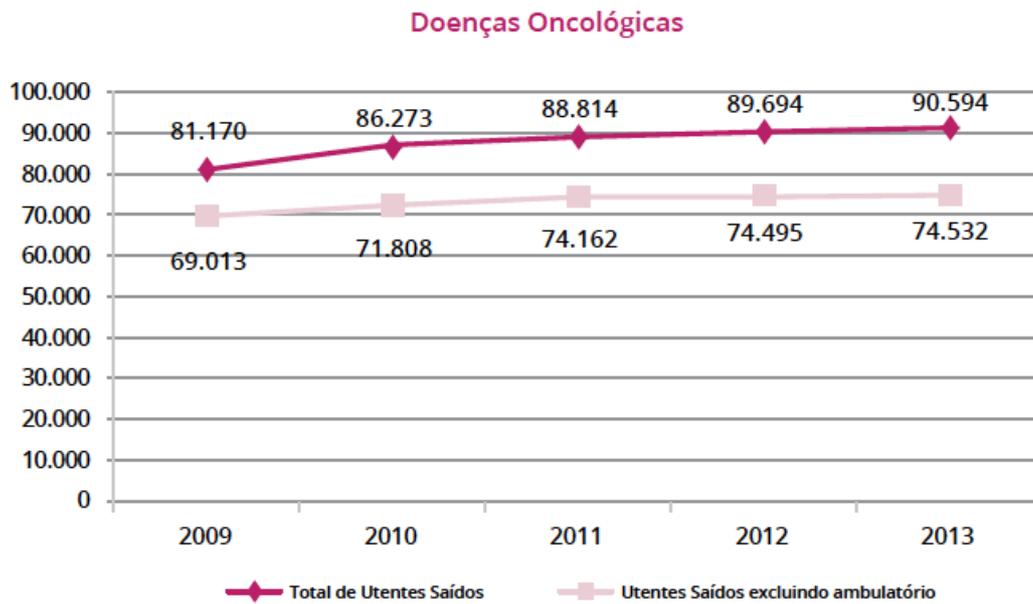
Incidência de tumores malignos por patologia (100000 habitantes), no sexo feminino (2009*)		
	T. Bruta	T. Padr. Europ.
Mama	110,12	87,58
Cólon	38,96	24,79
Glândula tiroideia	26,51	24,07
Estômago	21,59	13,18
Corpo do útero	18,08	13,18
Reto	17,55	11,38
Colo do útero	15,5	13,39
Linfoma não-Hodgkin	14,77	10,74
Traqueia, brônquios e pulmão	14,61	10,44
Melanoma maligno da pele	9,05	7,15
Total	374,12	277,88

*Dados provisórios.

Fonte: Registo Oncológico Nacional 2009 – ROR Sul (2014)

Fonte: Portugal – Doenças oncológicas em números 2014, Direção-Geral da Saúde.

Figura 11. Evolução da produção hospitalar relativa a todas as Doenças Oncológicas, Portugal Continental (2009-2013)



Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Fonte: Portugal – Doenças oncológicas em números 2014, Direção-Geral da Saúde.

Quadro 12. Dispensa de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores nos hospitais do SNS (número de embalagens e custos) por subgrupo, Portugal Continental (2011 a 2013)

		Quantidades			Valor (Euros)		
		2011	2012	2013	2011	2012	2013
Dispensa em internamento	16.1 - Citotóxicos	286.694	425.664	427.970	6.455.243	8.175.773	8.605.457
	16.2 - Hormonas e anti-hormonas	205.102	617.261	645.441	173.403	302.909	312.152
	16.3 - Imunomoduladores	382.469	411.666	2.050.803	8.104.857	8.888.208	12.626.745
	Sub-total dispensa internamento	874.265	1.454.591	3.124.214	14.733.503	17.366.890	21.544.354
Dispensa total em meio hospitalar	16.1 - Citotóxicos	6.325.344	6.166.181	6.264.512	103.418.843	95.583.054	98.976.237
	16.2 - Hormonas e anti-hormonas	12.695.194	12.624.377	12.228.267	24.855.285	23.329.060	22.008.282
	16.3 - Imunomoduladores	11.589.102	12.720.204	12.864.196	247.843.747	250.971.990	240.709.052
	Dispensa total em meio hospitalar	30.609.640	31.510.762	31.356.975	376.117.875	369.884.104	361.693.570

Fonte: Portugal – Doenças oncológicas em números 2014, Direção-Geral da Saúde.

Quadro 1: Número de óbitos atribuíveis ao tabaco na população portuguesa, em 2010.

Grupo Etário	Exposição ao tabaco	HIV/ SIDA Tuberculose	Cancro	DCVasc	D Resp Crónica	Diabetes, Urogenital, Sangue, Endócrinas	Totais óbitos
Todas as idades Masculino	Fumo ativo	24	4184	2950	1799	154	9111
	FAT	0	19	354	0	0	373
Todas as idades Feminino	Fumo ativo	1	459	827	549	9	1845
	FAT	0	19	453	0	0	472
Todas as idades	Fumo ativo	25	4643	3777	2348	163	10 956
	FAT	0	38	807	0	0	845*
	TOTAIS	25	4681	4584	2348	163	11801

Fonte: Portugal – Prevenção e controlo do tabagismo em números 2014, Direção Geral da Saúde.

17. Estes números demonstram a oportunidade de redução de risco, e de casos ocorridos, associados com a exposição ao tabaco.
18. Com base na evidência existente, a Direção-Geral da Saúde, no documento *Portugal – Prevenção e controlo do tabagismo em números 2014*, elaborou recomendações no sentido da prevenção, conforme se constata no extrato seguinte.

12. RECOMENDAÇÕES

1. Investir na promoção de estilos de vida saudável e na prevenção primária, com eliminação progressiva dos fatores de risco conhecidos mais importantes como é o caso do tabagismo.
2. O investimento na realização de rastreios de base populacional deve constituir uma prioridade, sendo de realçar a necessidade de avaliar, de forma crítica, o real impacto do rastreio do cancro da mama feminina e implementar um sistema eficaz e consequente de rastreio do cancro colo-rectal. As assimetrias regionais devem ser rapidamente eliminadas.

Fonte: Portugal – Doenças oncológicas em números 2014, Direção-Geral da Saúde.

19. Antes de acriticamente entrar numa defesa de toda e qualquer atividade de prevenção é necessário considerar os custos e benefícios das alternativas, incluindo os resultados de tratamento dos casos que ocorram em lugar de os prevenir. De um ponto de vista individual, a prevenção implica menores custos, mas numa óptica de sociedade é necessário considerar que a prevenção baseada em intervenções populacionais gerais em casos onde o número de casos é muito pequeno se traduz em má utilização de recursos que poderiam ser usados com melhor efeito noutra parte do sistema de saúde. Contribuem para este tipo de situações a raridade das situações, a maior capacidade de tratar, a incapacidade de definir populações alvos, e custos mais elevados associados com prevenção.
20. Sabe-se que alcançar ganhos de saúde implica utilização de recursos. No caso da oncologia, são recursos cada vez mais caros (com destaque para os medicamentos). Uma pergunta que se tem colocado é se os ganhos de saúde alcançados justificam os recursos utilizados. A resposta tem sido positiva. A comparação dos anos de vida ganhos adicionais e o seu valor face aos custos adicionais: concluem que “vale a pena”, com a utilização de um ano de vida em unidades monetárias de 115 000 euros (baseado no conceito de valor de vida estatística 4 a 10 M€). Embora estes valores tenham sido calculados para os Estados Unidos, não há razão para pensar que a relação positiva também não esteja presente em Portugal, até porque cálculos realizados no final da década passada indicavam que os custos de tratamento em oncologia em Portugal comparavam favoravelmente em termos internacionais.
21. Apesar deste aspecto positivo, a análise da variabilidade de resultados de tratamento (para os mesmos recursos e situações de partida) sugere há

grande dispersão de resultados (detectada por exemplo nas doenças malignas respiratórias). Essa mesma análise revelou que a redução das admissões urgentes para estes casos é bem mais relevante para o resultado final que concentração de atividade num local, depois de se ter em conta a morfologia do tumor (efeito fixo segundo classificação que consta do registo dos GDH).

22. Esta variabilidade sugere então que em vários pontos a detecção dos casos ocorre em situações já graves, em que a entrada para a intervenção é a urgência hospitalar.
23. Mas também levanta a questão de saber se a melhor intervenção a ser adoptada é prevenção no sentido de alteração de hábitos de vida, se é rastreios (e que moldes devem ter) ou se é primeiro reduzir as variações de prática clínica e só depois intervir na prevenção.
24. Relativamente ao tipo de intervenção, há factores de risco sobre os quais se pode atuar: comportamento individual e ambiente; mas há os factores de risco que não se podem modificar, os factores biológicos (idade e género, aspectos genéticos).
25. Uma forma que se começa a revelar habitual de apresentar as contribuições das intervenções em políticas de saúde consiste no cálculo do seu custo – efetividade (tecnicamente, rácio custo – efetividade incremental, onde o qualificativo *incremental* se refere à melhor opção alternativa disponível).
26. Apenas a título ilustrativo apresentam-se de seguida alguns valores presentes na literatura referentes a atividades de prevenção, com e sem populações alvo. (nota: as fontes bibliográficas foram omitidas para brevidade do documento).

Intervenção	Descrição	País	População	Data	C/QALY
Hepatite C	População geral	US	Adultos nascidos entre 1945 e 1965	2012	35 700
Osteoporose	Mulheres 55 a 65 anos, por 5 anos	BE	Mulheres 55+	2010	110 000
Osteoporose	Mulheres 55 a 65 anos, por 5 anos	BE	65+	2010	45 000
Osteoporose	Mulheres 55 a 65 anos, por 5 anos	BE	75+	2010	15 000
Osteoporose	Homens idosos por 5 anos	US	65+ e história clínica de fractura	2007	57 000
Osteoporose	Homens idosos por 5 anos	US	65+ e sem história clínica de fractura	2007	150 000
Osteoporose	Homens idosos por 5 anos	US	80+ e sem história clínica de fractura	2007	54 000
Cancro pulmão	Rastreio	US	Mulheres 50 anos	2011	150 000
			Mulheres 60 anos		140 000
			Mulheres 70 anos		180 000
			Homens 50 anos		170 000
			Homens 60 anos		150 000
			Homens 70 anos		190 000
Cancro da mama	Rastreio anual para mulheres 40-69 vs 45-69	ES	Mulheres 40 – 69 anos	2011	36 000
Cancro da mama	Rastreio cada dois anos para mulheres 45-74 vs 45-69	ES	Mulheres 45 – 74 anos	2011	18 000
Cancro da mama	Rastreio cada 3-4 anos	US	Mulheres 70 a 79 de risco elevado	2011	5 600
Cancro da mama	Rastreio cada 3-4 anos	US	Mulheres 70 a 79 anos de baixo risco	2011	19 000
			Mulheres 60 a 69 de risco elevado		8 800
			Mulheres 60 a 69 anos de baixo risco		17 000
			Mulheres 50 a 59 de risco elevado		25 000
			Mulheres 50 a 59 de risco baixo		75 000
			Mulheres 40 a 49 de risco elevado		88 000
			Mulheres 40 a 49 anos de baixo risco		240 000
Cancro colorectal	Colonoscopia homens 50+	US	Homens 50+	2012	Cost saving
	Colonoscopia aos 50 e 60 vs apenas colonoscopia aos 50				6 200
Vacina HPV	Mulheres 12 – 25	NL	Mulheres 12-25	2011	37 000
Vacina HPV	Mulheres 30+	NL	Mulheres 30+	2011	71 000
Virus Herpes-Zoster	Adultos 70+	CH	+70	211	33 000
Cancro da próstata	Quimio	US	Homens 50+ sem história familiar	2011	110 000
Cancro da próstata	Quimio	US	Homens 50+ com história familiar	2011	67 000

Unidade monetária: USD 2010

Nota: Como referência utiliza-se frequentemente o valor de 50 000 USD por QALY. Valores inferiores indicam utilizações de recursos custo-efetivas. Este ponto de referência não é uma regra absoluta e é mencionado em termos indicativos. Para Portugal não há um valor anunciado pelo Serviço Nacional de Saúde para servir de referência.

3 Como fazer?

27. Apesar das ressalvas anteriores, que sugerem uma análise prévia do que se pode e deve realizar em termos de prevenção, admitamos que é vantajosa num número suficiente de situações para ter impacto global no Serviço Nacional de Saúde.
28. Esta hipótese de trabalho abre a necessidade de responder a questões adicionais para se ter uma intervenção com efeitos visíveis, e saber que mecanismos utilizar.
29. De um modo genérico, os diferentes sistemas de saúde têm evoluído no sentido de pagamentos de acordo com os resultados obtidos (de acordo com o desempenho), evitando o pagamento pelos custos dos processos usados.
30. A aplicação desse princípio cada vez mais usado em pagamento de tratamentos às atividades de prevenção levanta dificuldades.
31. Em primeiro lugar, é necessário estabelecer um nexo de causalidade entre as atividades desenvolvidas e os benefícios de prevenção obtidos. Como as atividades de prevenção só terão, normalmente, benefícios futuro, ou mais benefícios no futuro, embora os custos sejam no momento presente, tem-se um problema de horizonte temporal.
32. Este aspecto cria também incerteza quanto ao tipo de avaliação a realizar, pois desconhece-se hoje quais serão as oportunidades terapêuticas futuras. Tomemos um exemplo recente, a decisão sobre pagamento público da vacina HPV. Na escolha realizada de vacinar, houve que lidar com não se saber como será o tratamento daqui a muitos anos (quando as jovens vacinadas hoje poderiam desenvolver o problema).
33. Nesta mesma linha de argumentação, estão a surgir novos medicamentos que dando tratamento são também bastante dispendiosos (em termos de preço), o que também levanta a questão de saber se o seu valor terapêutico justifica reembolso por parte dos sistemas de proteção (sobretudo Serviço Nacional de Saúde em Portugal, mas noutros países são outras instituições, seguradoras ou fundos de doença). Os valores excedem com facilidade os 100 000 euros por ano por doente, e algumas das terapias poderão ter de ser combinadas.

34. Em segundo lugar, medir atividades de prevenção é medir algo que não se observa diretamente pois se for bem sucedida a prevenção resulta em ausência de doença, o que também pode ser resultado de muitos outros factores, incluindo elementos fortuitos.
35. Em terceiro lugar, definir os limites das atividades de prevenção, nomeadamente com a definição de prevenção dirigida a grupos de risco.
36. As medidas normalmente defendidas, e usadas centram-se em rastreios para cancro específicos, com ou sem populações alvo, proteção face a agentes carcinogénicos, e a alteração de comportamentos individuais (realização de exercício físico, adopção de uma dieta alimentar adequada, eliminação de hábitos de consumo de tabaco, evitando o início de consumo e promovendo a cessação do consumo).
37. Curiosamente, surgem progressivamente medidas utilizando instrumentos económicos, nomeadamente o instrumento preço. A tributação do tabaco é o exemplo mais evidente, mas também começam a surgir propostas de tributação do sal e de gordura. No caso do sal, a alteração do comportamento de consumo por restrição de oferta também vem a aumentar de popularidade (definição legal do conteúdo de sal em alguns alimentos básicos, como o pão).
38. A definição do instrumento adequado a cada situação (factor de risco) é uma discussão que não se encontra terminada.
39. Desenvolvimentos tecnológicos podem alterar de forma relevante a capacidade de prever. Bom exemplo nacional é a Targetalent, que recebeu recentemente o Prémio do Jovem Empreendedor para um teste de diagnóstico precoce de cancro oral feito em alguns minutos. O cancro oral tem, na ação da Direção-Geral de Saúde, a atenção de um “Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral”, a determinação de grupos de risco (homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos), além de casos de lesões que possam justificar. A intervenção pública tem um cheque-diagnóstico facultado pelo Serviço Nacional de Saúde.

3.2. Diagnóstico precoce do cancro oral

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) iniciou em março de 2014 o Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO).

Quadro 5. Distribuição do n.º de cheques diagnóstico e n.º de cheques biópsia em função de emitidos ou utilizados

PIPICO	Nº de cheques diagnóstico	Nº de cheques Biópsia
Emitidos	1.969	251
Utilizados	508	205

Fonte: SISO, 2014 (31 outubro)

Das 205 biópsias efetuadas registaram-se **12 casos com resultado positivo para cancro oral**, sendo:

Quadro 6. Distribuição por ARS dos resultados de biópsias positivas

ARS	Resultados Positivos
ARS Norte	8
ARS Centro	1
ARS LVT	2
ARS Alentejo	1
Total	12

Fonte: SISO, 2014 (31 outubro)

Foram também detetados **3 doentes com lesões potencialmente malignas**, sendo os utentes referenciados pelo médico de família para o hospital de referência.

O tempo que medeia a utilização do cheque diagnóstico e realização da biópsia e a consulta no Instituto Português de Oncologia (IPO) não ultrapassou os 10 dias.

Fonte: Portugal – Doenças oncológicas em números 2014, Direção-Geral da Saúde.

40. A alteração dos custos, monetários e de tempo, do diagnóstico precoce também tem potencialmente implicações para a posição relativa das alternativas de prevenção por alteração de comportamento e de tratamento.
41. O desenvolvimento progressivo de testes de base genética trazem igualmente a possibilidade de intervenções mais agressivas de prevenção, de que o principal exemplo recente é o efeito Angelina Jolie para o cancro de mama.
42. Estando a prevenção centrada no cidadão, a deteção precoce envolve o sistema de saúde, e o Serviço Nacional de Saúde em particular. As atividades de intervenção envolvem aconselhamento nutricional e sobre deixar hábitos tabagistas, rastreios, intervenções de redução de risco e prevenção com base

em quimioterapia (em condições bem definidas), e potencialmente também intervenções cirúrgicas, como referido.

43. Deve-se ter em mente que situações pontuais de prevenção que evite custos futuros dificilmente serão uma solução para a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde pois terão um impacto limitado.
44. As vantagens de certas ações de prevenção dependem também de quem as realiza. Não é a mesma coisa ter um cidadão por iniciativa própria ou após um impulso inicial exterior a fazer exercício físico, ou ter um médico a aconselhar ou a verificar regularmente se o cidadão faz esse exercício físico (nomeadamente, qual o efeito que esse aconselhamento ou verificação realmente tem). Dentro destes dois extremos podem existir outras variantes. A avaliação do custo-efetividade de programas de intervenção pode ser muito diferente da avaliação custo-efetividade de ter essa prevenção.

4 O que necessitamos?

45. Globalmente, reúne um consenso amplo que aconselhamento para deixar o hábito de consumo de tabaco, contrariar o crescimento da obesidade, incluindo a obesidade infantil, detecção e controle de hipertensão e colesterol, vacinação, rastreios para alguns tipos de cancro (de mama, colo-rectal) são intervenções desejáveis (sem se ter a pretensão de elaborar aqui uma lista exaustiva).
46. Necessitamos compreender melhor o que altera os comportamentos considerados de risco por parte da população, de uma forma permanente e com baixo custo.
47. Necessitamos conseguir medir de forma apropriada os resultados de intervenções de prevenção, em que “apropriada” significa satisfazer critérios que permitam ser incluídas num sistema de pagamento de intervenções em saúde.
48. Admitindo que há intervenções de prevenção que têm custos hoje e benefícios em momento incerto futuro, há um problema de perfil de despesa que pode chocar contra as restrições financeiras atuais do Serviço Nacional de Saúde, havendo que encontrar um instrumento adequado para refletir esse

benefício futuro e encontrar um consenso sobre quem deve suportar o custo dessas intervenções (quem delas potencialmente beneficia, a sociedade de forma solidária nas suas gerações presentes, a sociedade de forma solidária nas suas gerações futuras?)