

Câncer de mama

Comissão de Saúde do Senado

28 de março de 2007

**Dr. Luiz Antonio Santini
Diretor Geral
Instituto Nacional de Câncer**

Instituto Nacional de Câncer

INCA



Imagem Cultural

Muitos pensam
que o INCA é só uma
unidade assistencial
situada no
Rio de Janeiro



Complexo de Unidades



HC I e CEMO



HC II



HC III



HC IV



Identidade

- **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**
Art. 41 - As ações desenvolvidas ... pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.
- **Decreto Presidencial nº 5.974, de 29 de novembro de 2006**
Órgão singular do Ministério da Saúde, integrante da Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada, técnica e administrativamente, ao Ministro de Estado da Saúde.
- **Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005**
Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde.

Atribuições

- a) assistir ao Ministro de Estado da Saúde na formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica
- b) ações nacionais, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e afecções correlatas
- c) serviços médico-assistenciais
- d) pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais
- e) formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos.

Novas Regulamentações



- Alta complexidade
- Cuidados paliativos
- Qualidade de procedimentos (mamografia, radioterapia)

Controle do Tabagismo



- **Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**
- **Mobilização para o controle**

Pesquisa na Atenção Oncológica



- Fomento
- Avaliação tecnológica

Formação de Profissionais



- **Qualificação de equipes multiprofissionais**
- **Descentralização de centros formadores**
- **Educação permanente**

Integração de Todas as Ações e Mobilização da Sociedade



- Parcerias
- Diversidade de atores
- Apoio de agências governamentais

Produção Anual

- 7.500 novas matrículas
- 255.000 consultas
- 15.500 internações
- 12.000 cirurgias
- 75.000 atendimentos de QT
- 155.000 campos irradiados
- 14.000 visitas domiciliares
- 80 transplantes de Medula Óssea

Orçamento

Realizado 2006

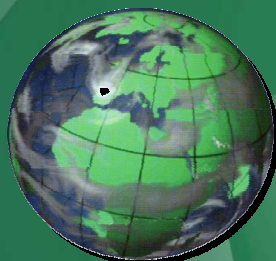
Fonte	MS	FAF	TOTAL
Custeio	177.381	6.064	183.445
Investimento	19.922	0	19.922
Subtotal	197.303	6.064	203.367
Pessoal	140.000 *	76.262	216.262
Total	337.303	82.326	419.629

* Valor aproximado

em milhares

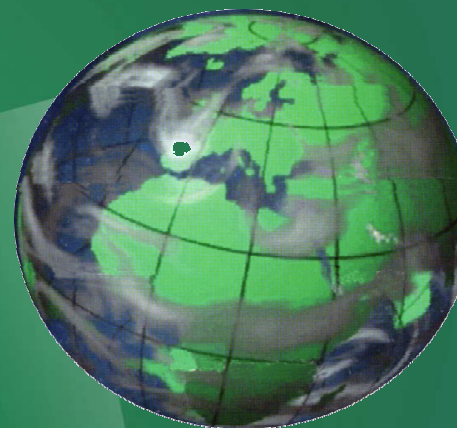
Câncer: um Problema de Saúde Pública

2006



**11 milhões de casos novos
7 milhões de mortes no mundo**

2020



**16 milhões de casos novos
12 milhões de mortes no mundo**

**60% DE NOVOS CASOS
EM PAÍSES MENOS DESENVOLVIDOS**

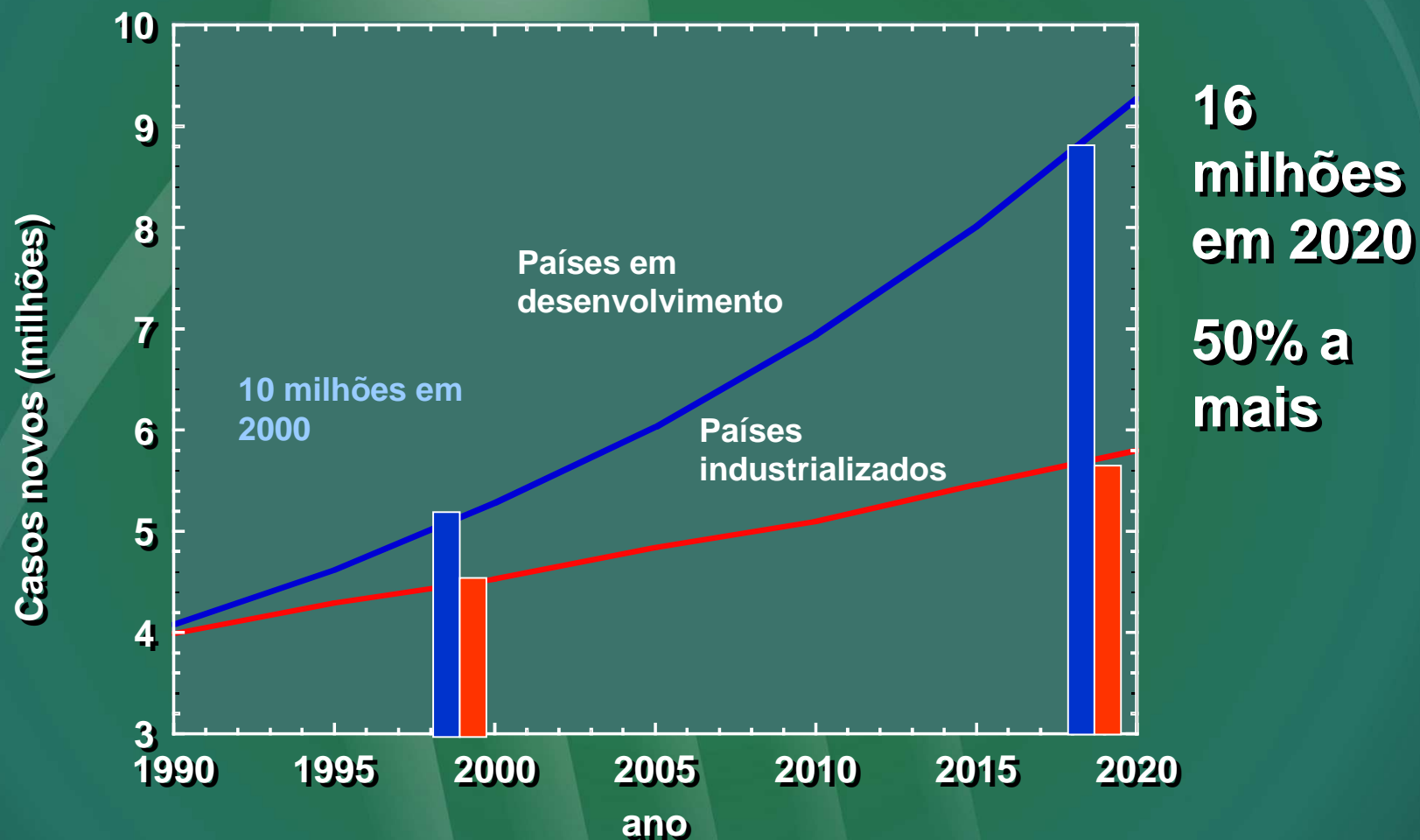
Fonte: Relatório do UICC 2005



Ministério
da Saúde



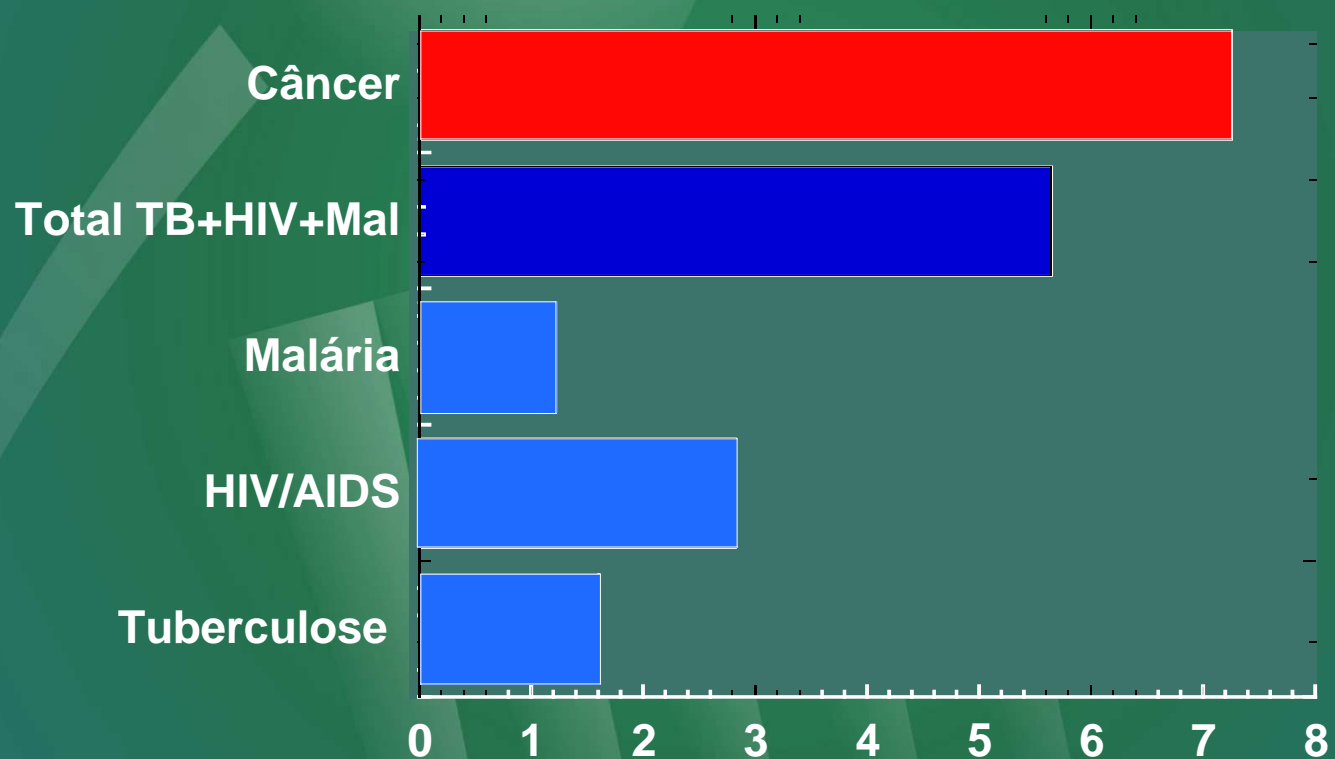
Novos Casos de Câncer por Ano



WHO (2003)

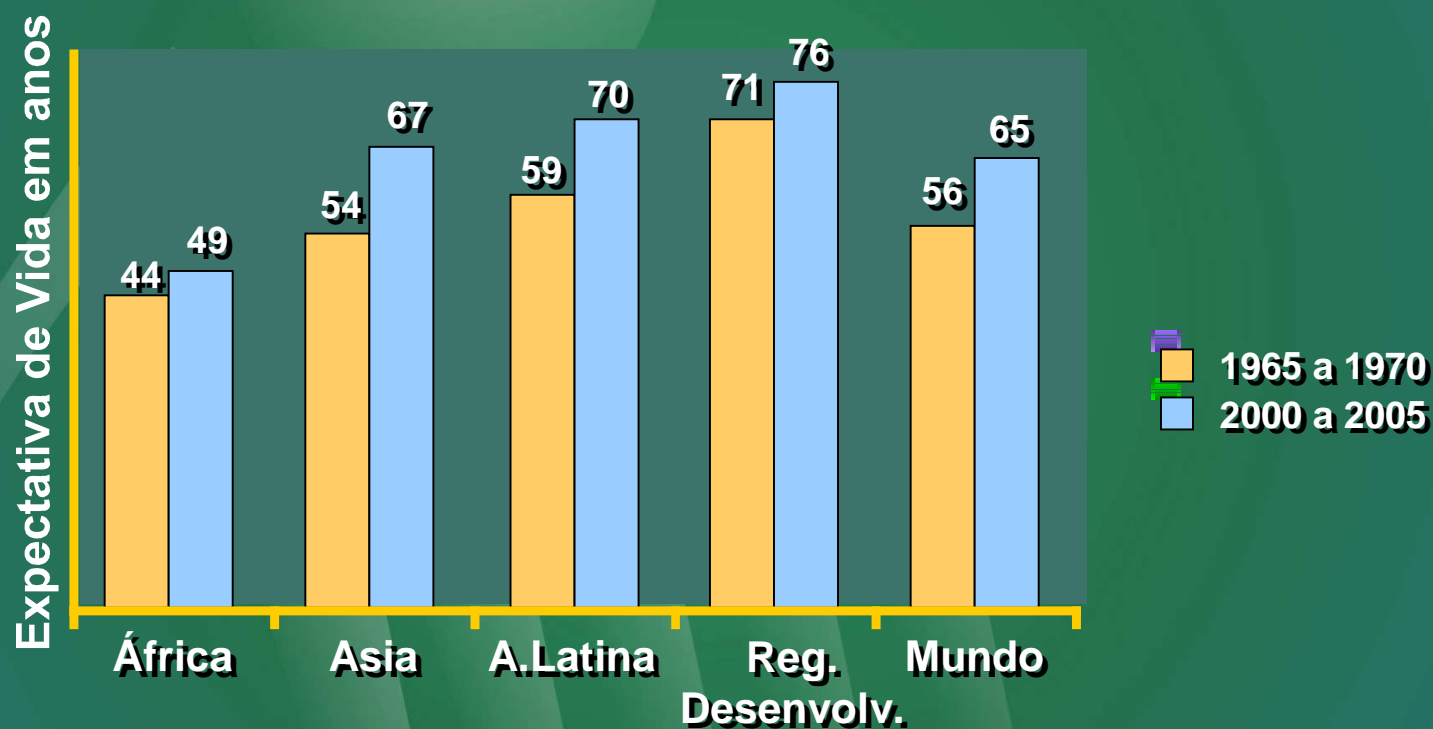
Número de Mortes em 2002

(em milhões)



WHO (2003)

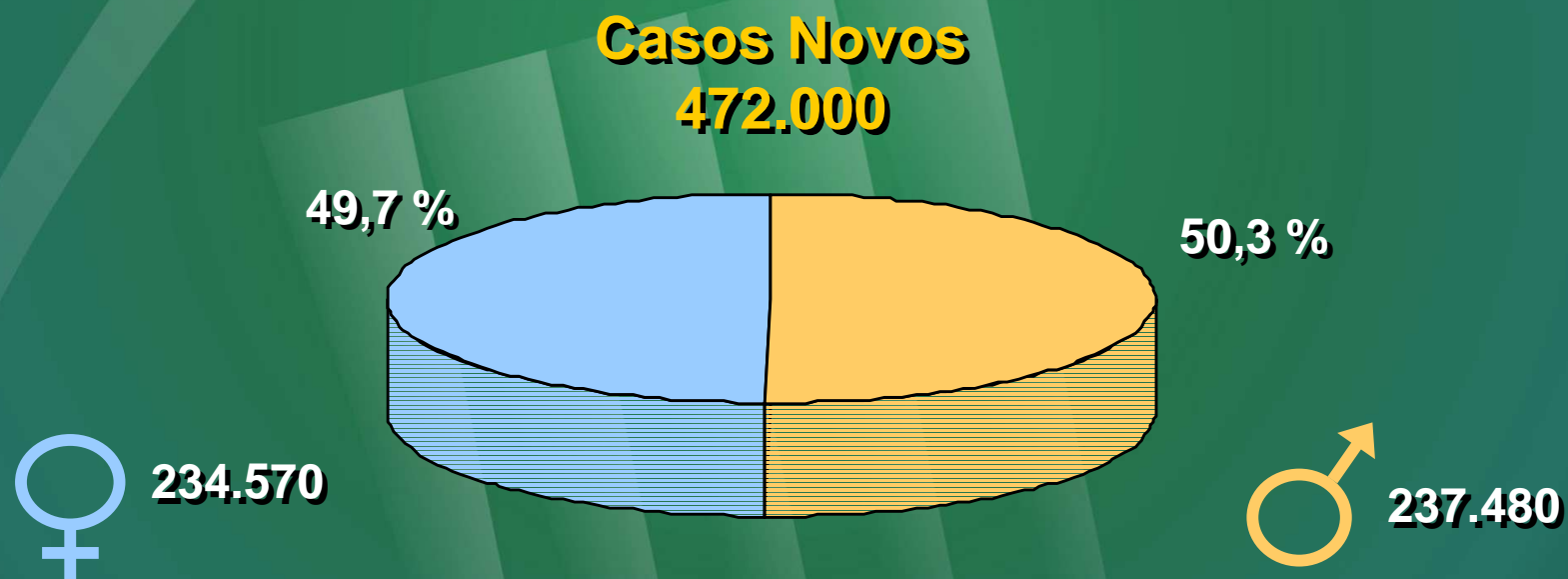
Aumento da Expectativa de Vida



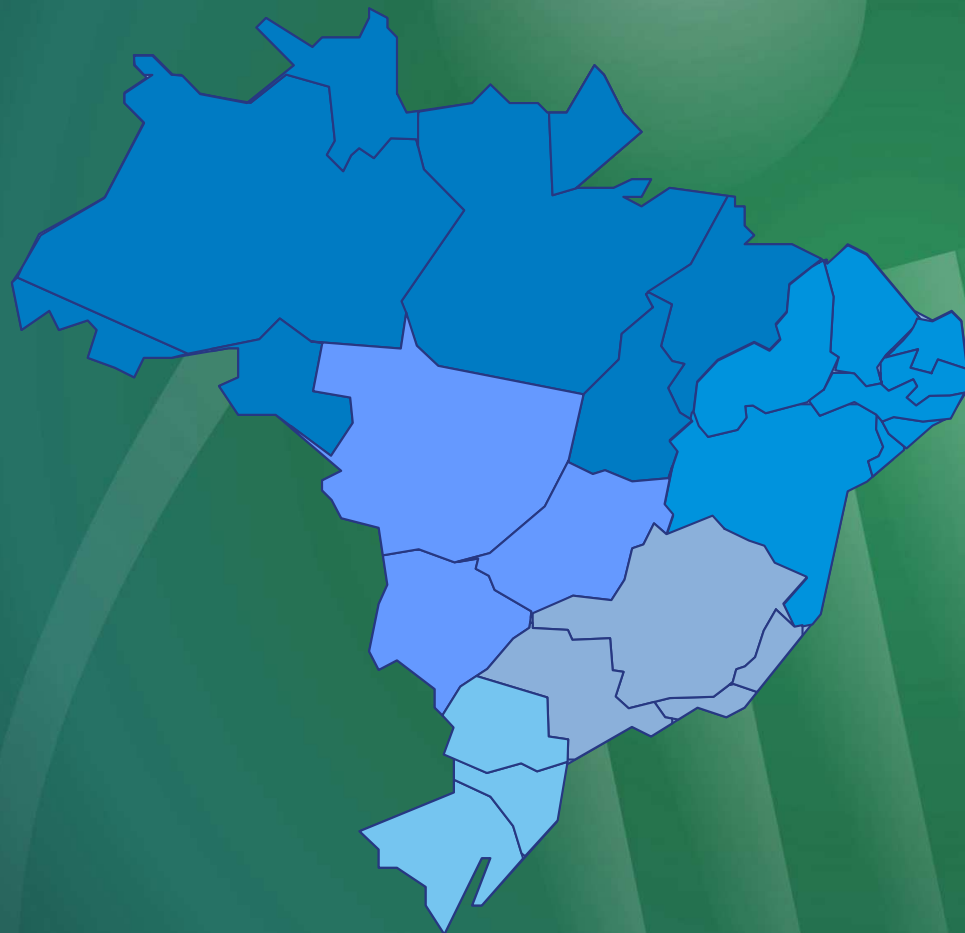
PROBLEMA: Aumento da Incidência

Câncer em Números no Brasil

Estimativa do número de casos novos de câncer
para o ano de 2006, homens e mulheres, Brasil

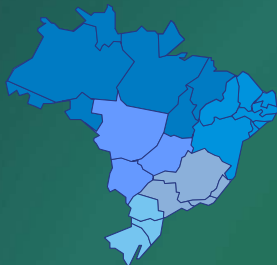


Óbitos de Casos Diagnosticados

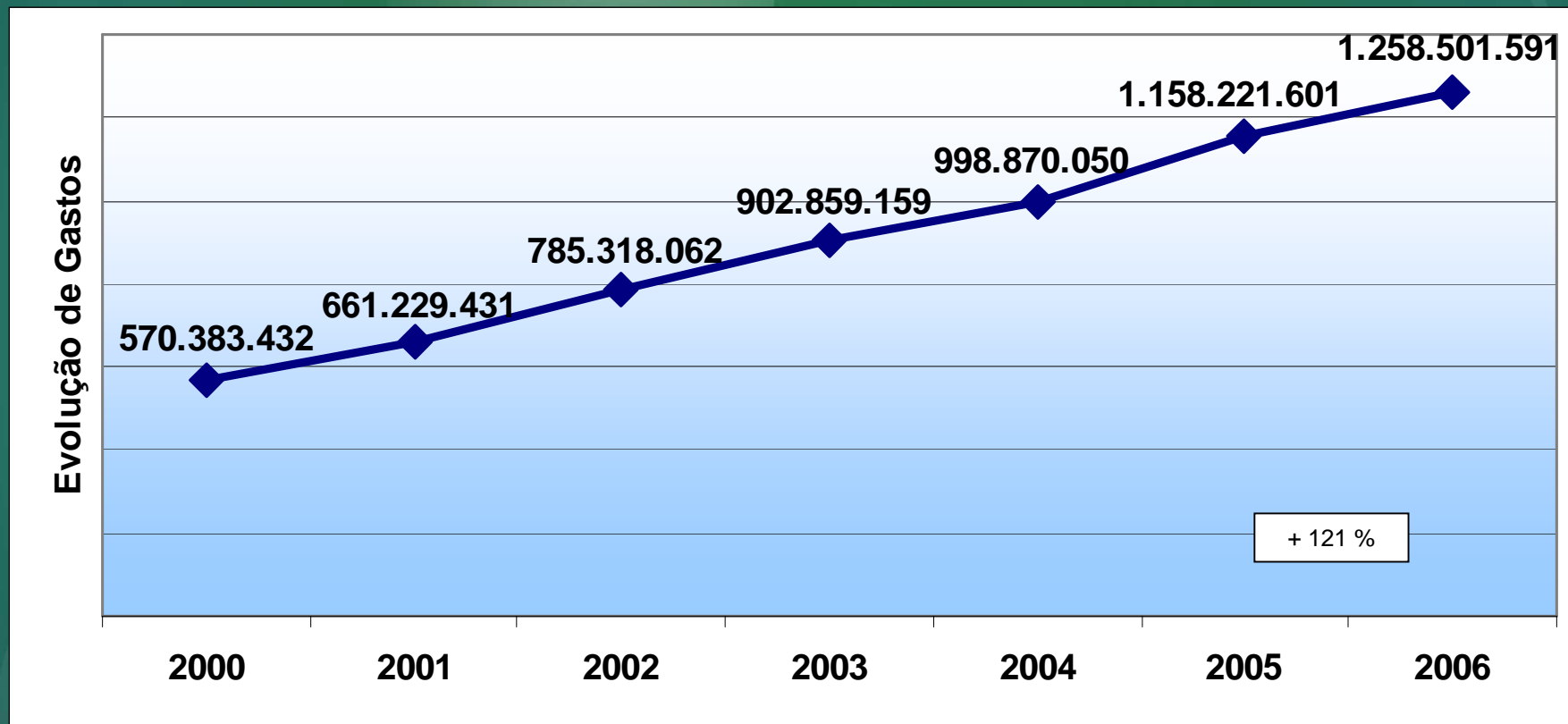


2ª causa de morte
mais freqüente no Brasil

141 mil óbitos

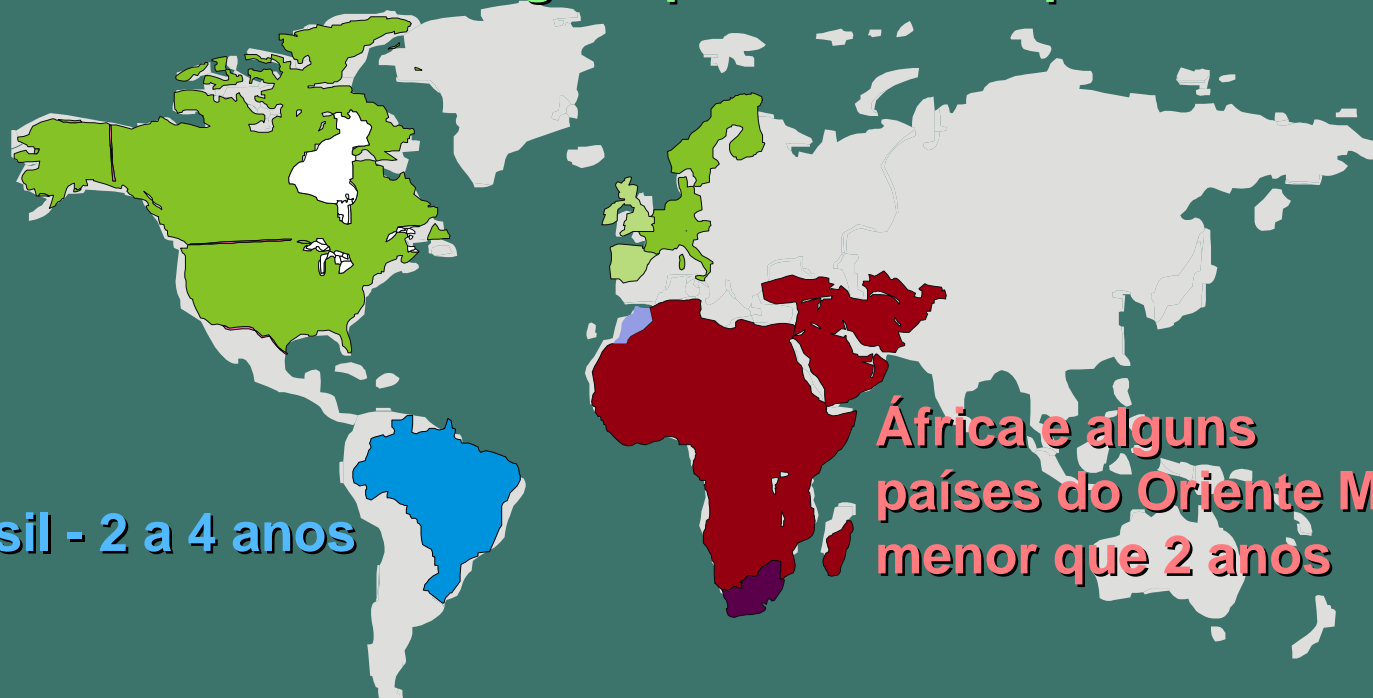


Evolução dos Gastos



Sobrevida

EUA, Canadá
e alguns países da Europa – 12 a 16 anos



Brasil - 2 a 4 anos

África e alguns
países do Oriente Médio -
menor que 2 anos

The Cancer Atlas - UICC

Gasto e Sobrevida

Evolução do custo dos medicamentos
exemplificação com tratamento de câncer colo retal

1996



US\$ 500
Sobrevida = 11 meses

2005



US\$ 250.000
Sobrevida = 24 meses

Câncer

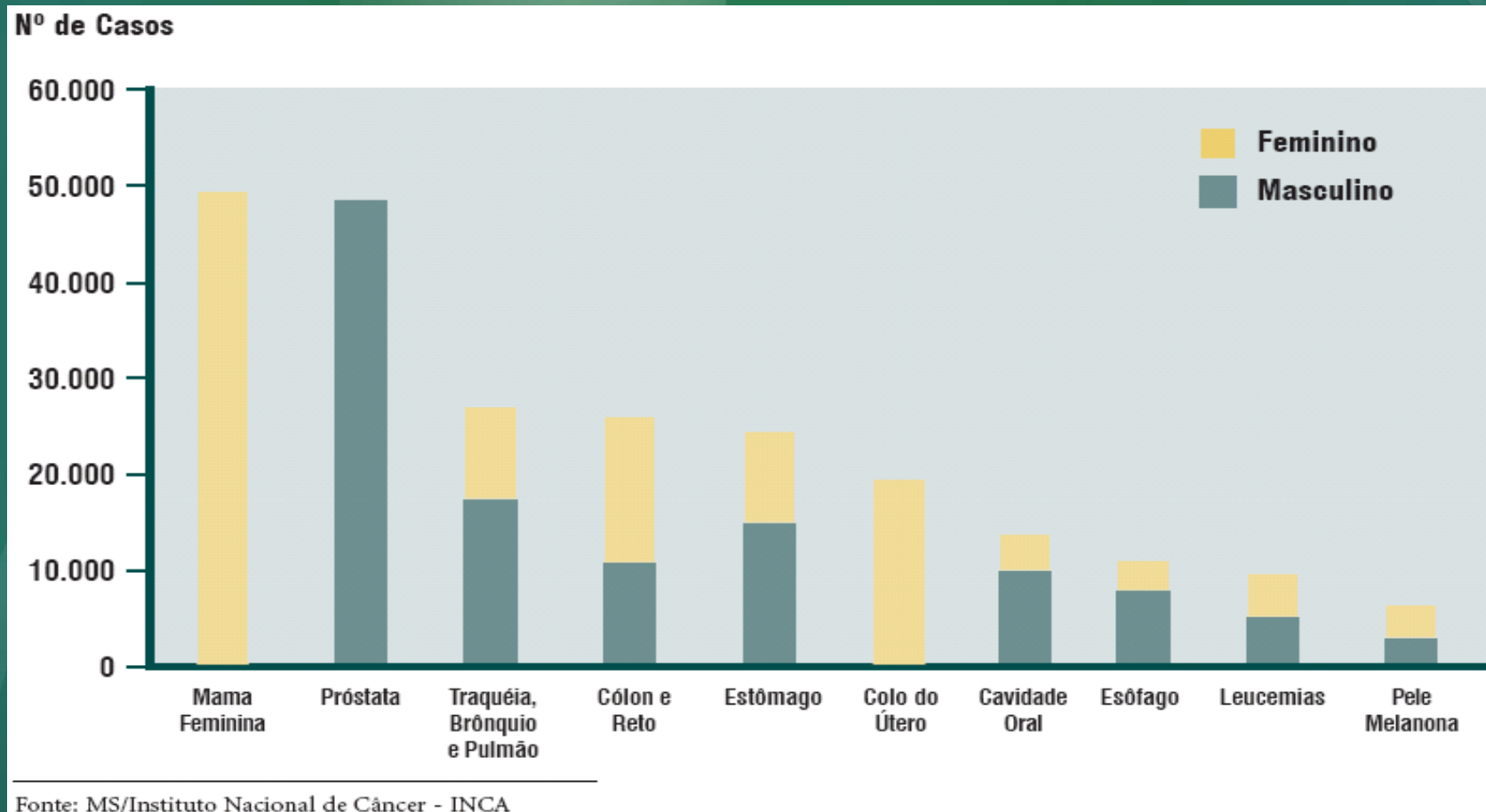
Um Problema de Saúde Pública

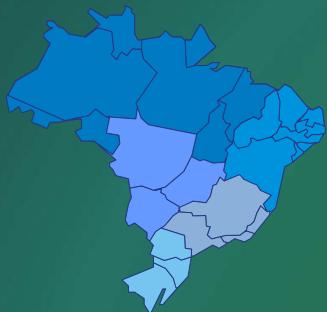
MAGNITUDE

Visibilidade

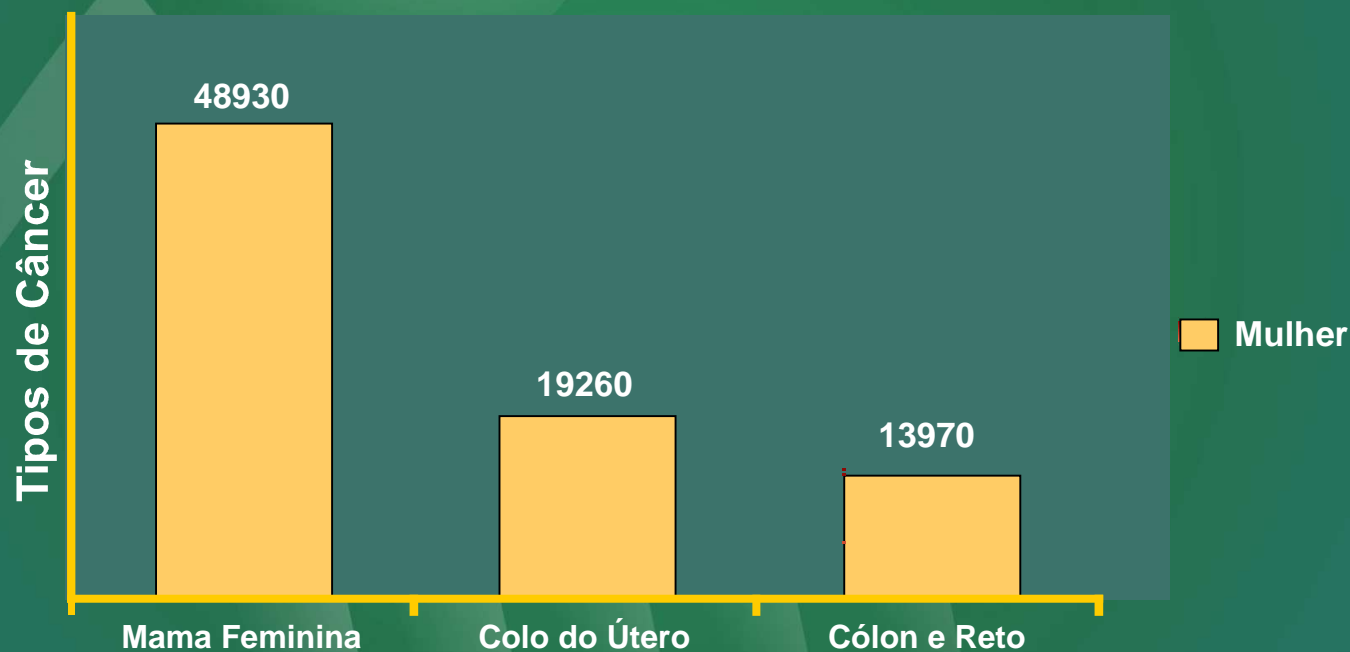
Incidência		472 mil casos novos
Mortalidade		141 mil mortes
Morbidade no SUS	Hospitalar	423 mil internações
	Ambulatorial	128 mil pacientes/mês quimioterapia 98 mil pacientes/mês radioterapia 1,6 milhões de consultas/ano

Tipos de câncer mais incidentes, estimados para 2006, exceto pele não melanoma, na população brasileira.

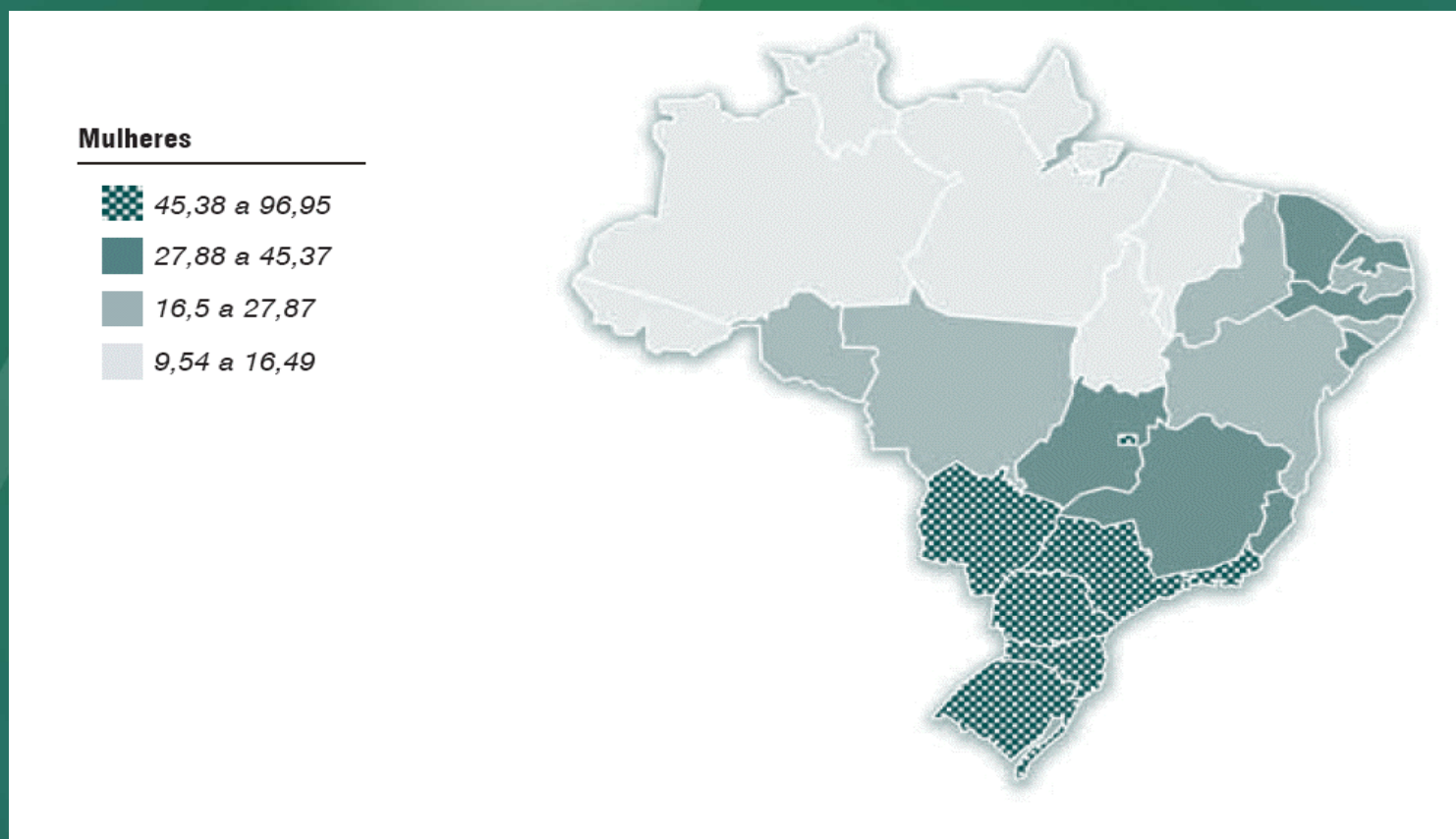




Incidência em Mulheres



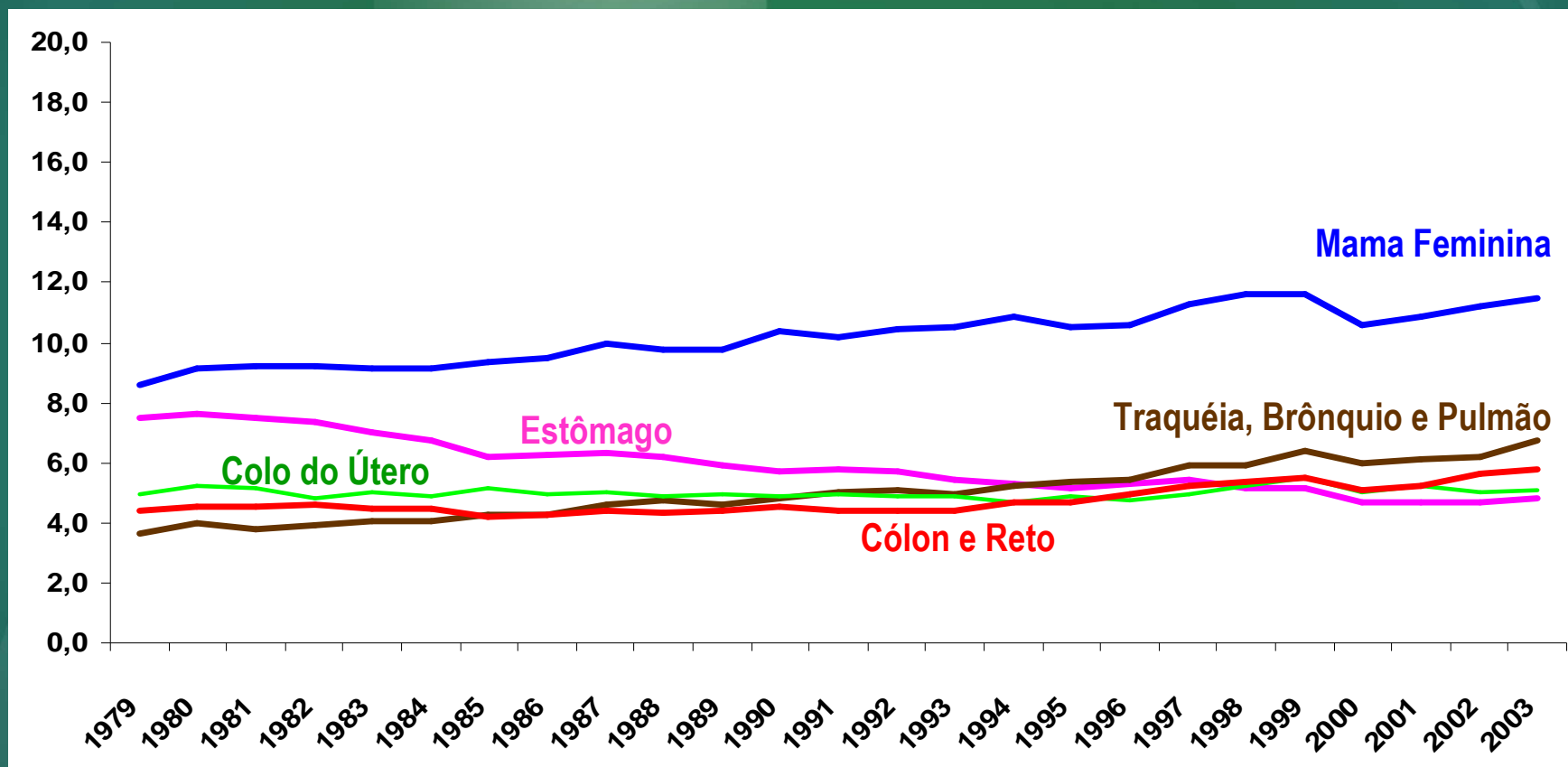
Taxas brutas de incidência de câncer da mama por 100.000 mulheres estimadas para o ano de 2006



Câncer em Números no Brasil



Evolução temporal da mortalidade* por câncer, Mulheres, Brasil, 1979 a 2003



* Ajustadas pela População Padrão Mundial, 1960.

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação



Ministério da Saúde

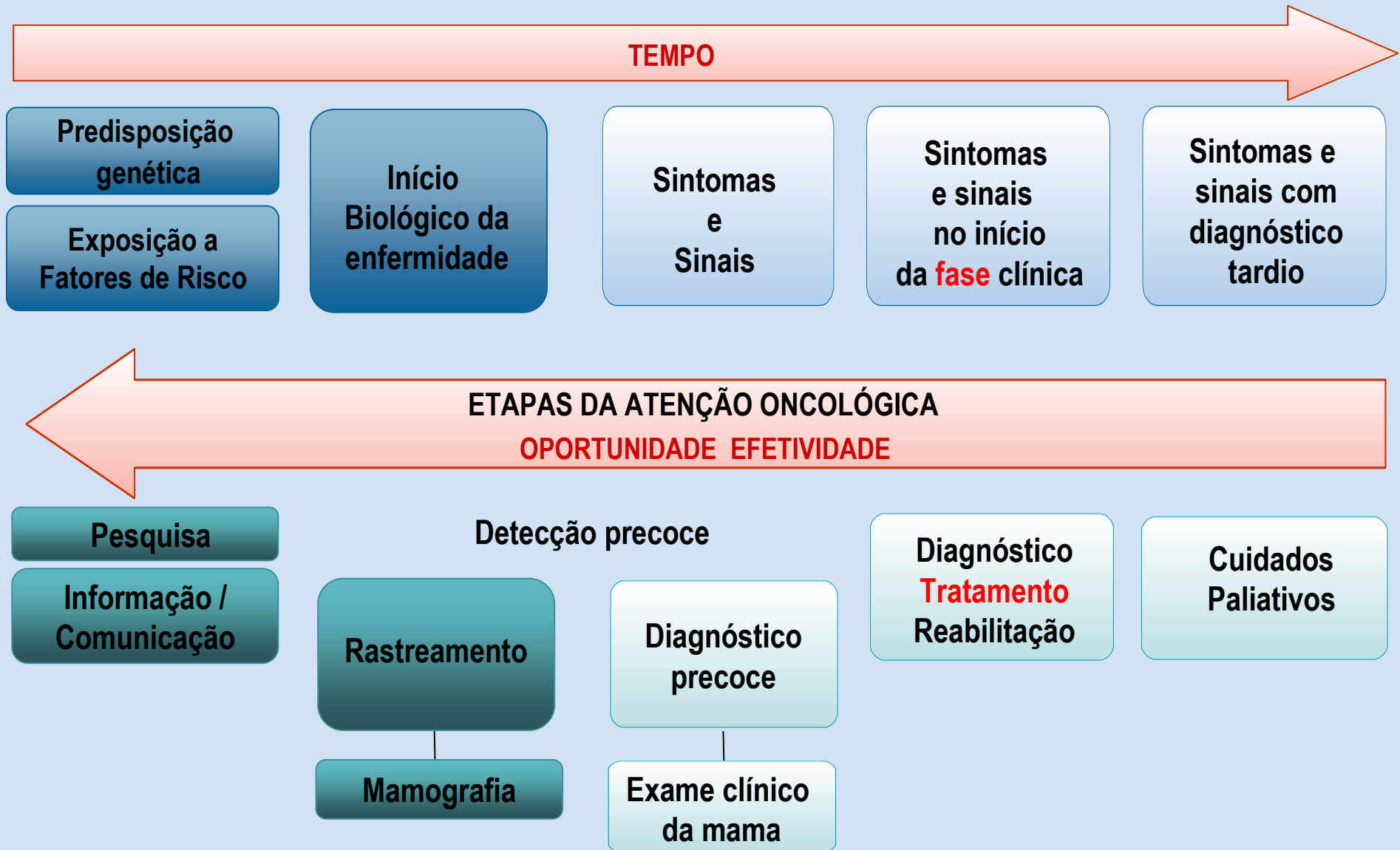


Política Nacional de Atenção Oncológica

Modelo História Natural da Doença - HOJE



Modelo História Natural da Doença - REDE

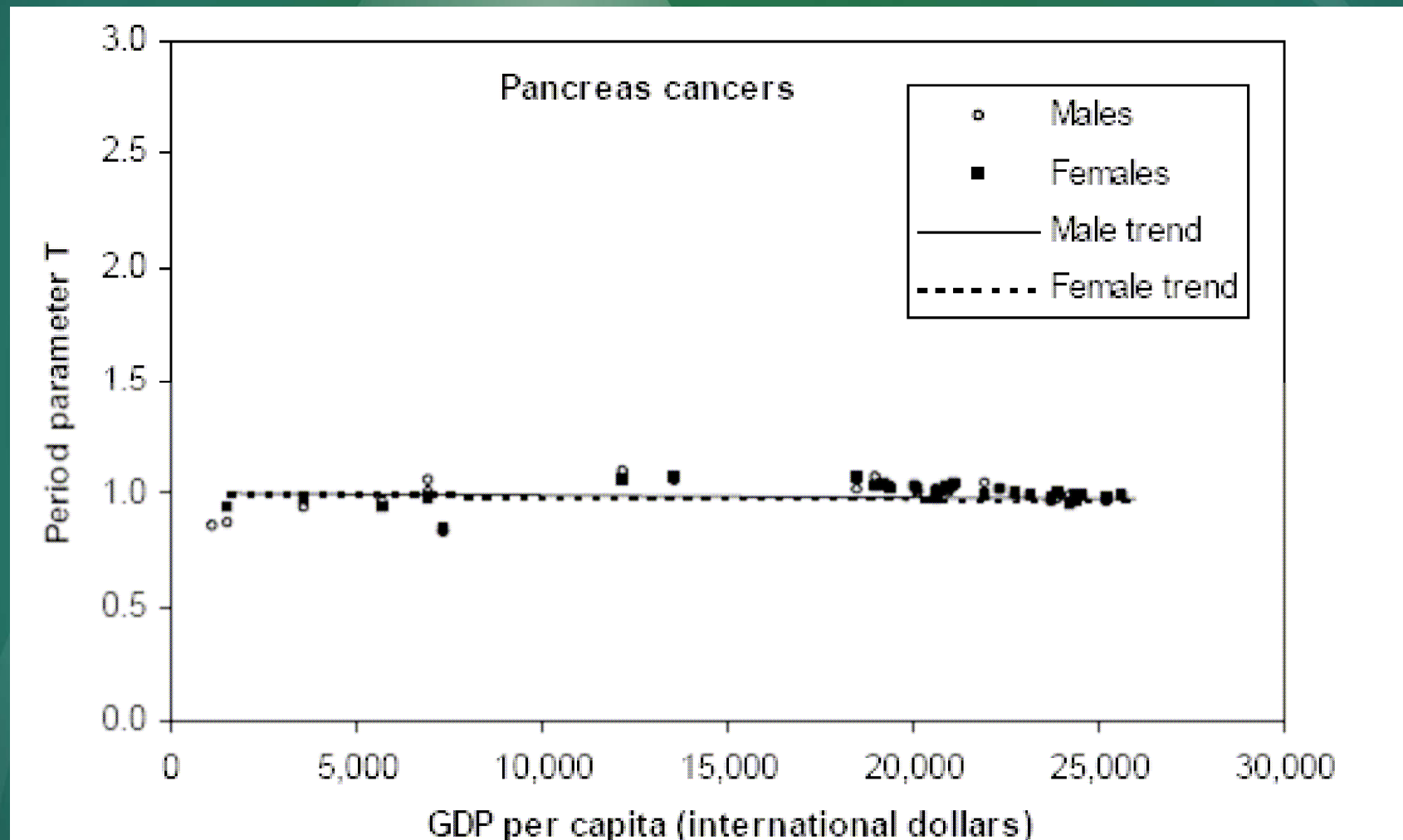


Fundamentos

- **Detecção precoce da doença**
- **Qualidade do tratamento oferecido aos pacientes com câncer**

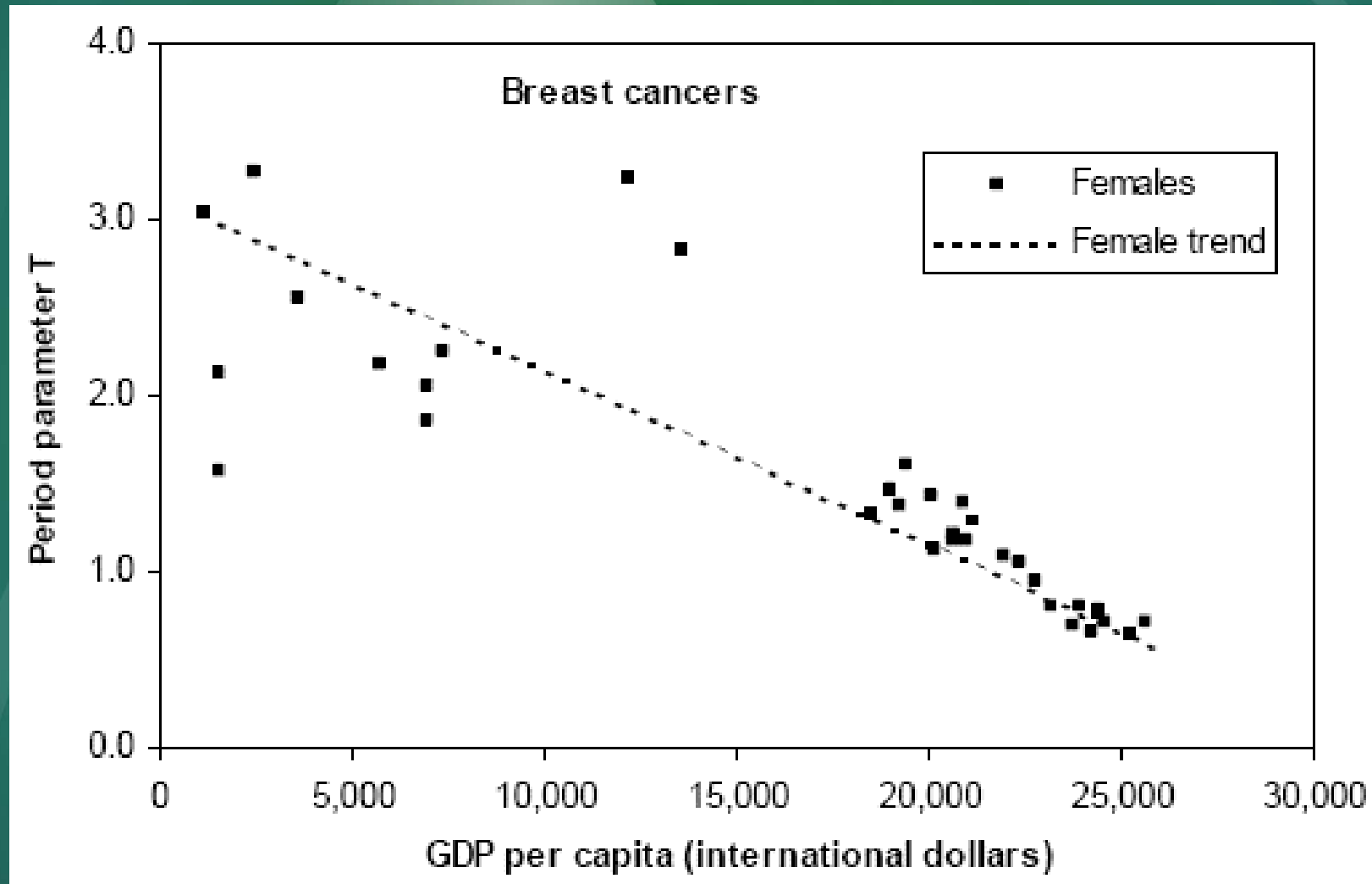
Vale a Pena Investir?

Mortalidade e PIB *per capita*



Fonte OMS

Mortalidade e PIB *per capita*



Fonte OMS

Agenda de Compromissos pela Saúde



- Redução da **incidência** do câncer de colo de útero
- Redução da **mortalidade** por câncer de colo de útero e mama

Qual é a População Alvo?

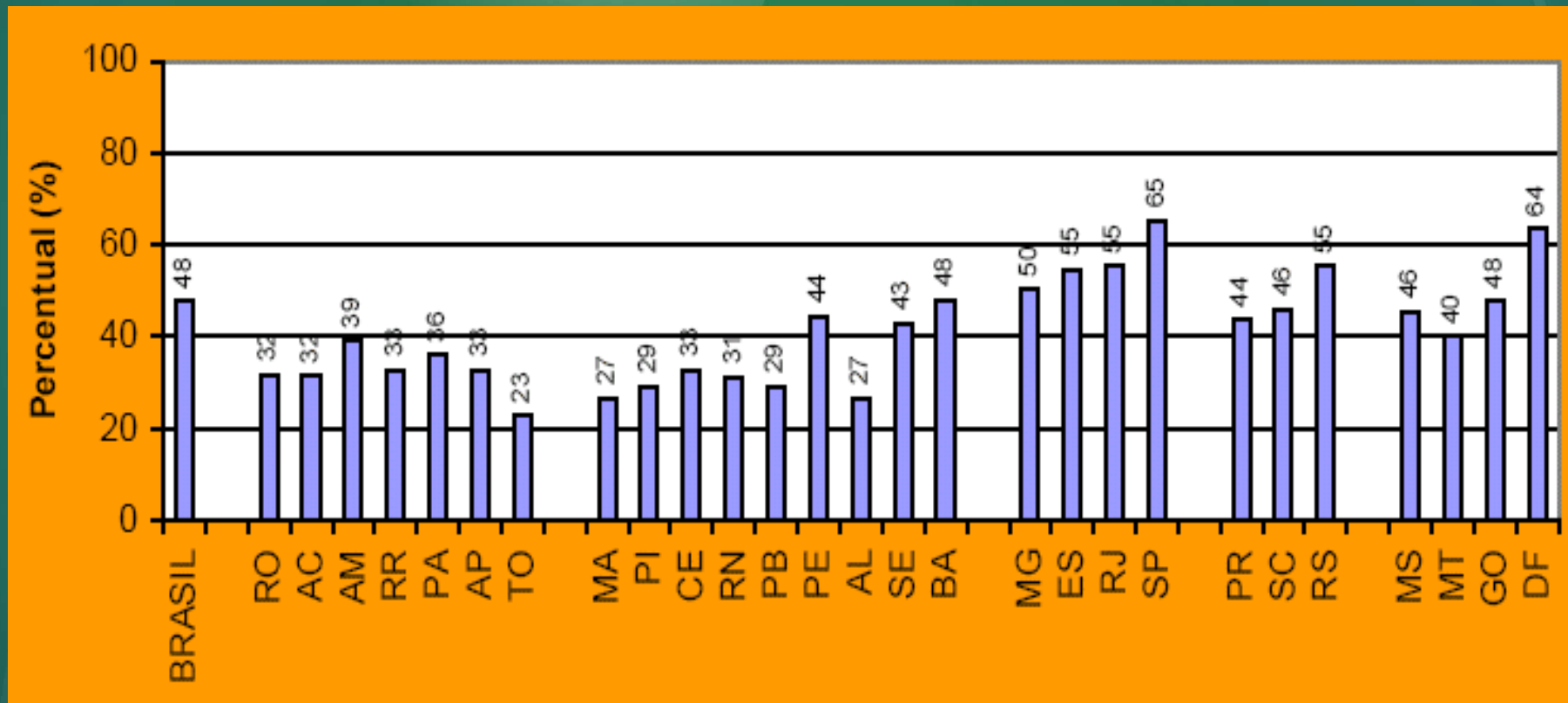
Rastreamento do Câncer da Mama

Documento de Consenso 2004

- **Exame clínico das mamas**
 - Anual para mulheres com 40 anos ou mais
- **Rastreamento mamográfico**
 - Bi-anual para mulheres de 50 a 69 anos
- **Para mulheres de risco elevado**
 - Exame clínico das mamas e mamografia anual, a partir dos 35 anos de idade
- **Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados**

A Cobertura para Esse Grupo é Satisfatória?

Distribuição percentual da cobertura do exame de mamografia (40-69 anos) no Brasil - 2003



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003

Metas

Pacto pela Vida

- Ampliar para 60% a cobertura da mamografia;
- Realizar punção biópsia em 100% dos casos necessários.

A Capacidade Instalada de Mamógrafos é Suficiente?

Capacidade instalada de mamógrafos por região com cobertura de 70% de rastreamento*

REGIÃO	COBERTURA 70%	CAPACIDADE INSTALADA
Norte	299.736	274.560
Nordeste	1.420.685	1.634.880
Sudeste	2.644.148	5.657.600
Sul	905.341	1.643.200
Centro-Oeste	108.929	786.240

*Mamógrafos com comandos simples existentes

Fonte: CNES/DATASUS, 2006

Distribuição dos serviços de mamografia quanto à natureza do prestador - 2003

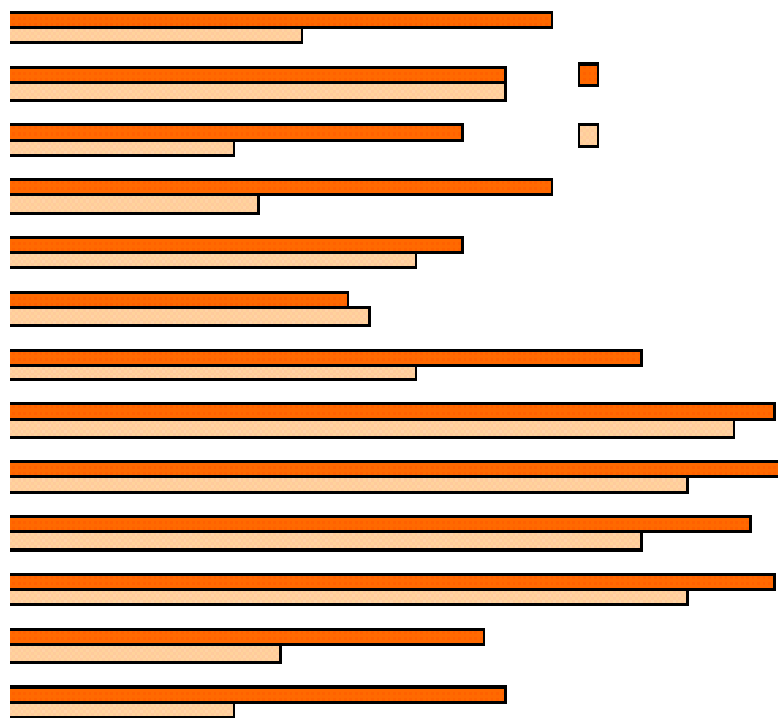
Natureza do Serviço de Mamografia	Percentual (%)
Particular e atende somente planos de saúde	63
Particular e atende planos de saúde e SUS	20
Público e atende somente SUS	10
Outros e atende planos de Saúde e/ou SUS	7
TOTAL	100

Fonte: CNES/SAS/MS

A qualidade dos exames é satisfatória?

Qualidade da Mamografia

Resultados: amostra de 146 serviços



Rastreamento

- Melhoria do padrão de qualidade da mamografia
- Qualidade também depende do volume de exames (laudos)
- Inclusão do exame clínico na atenção básica
- Melhoria da informação: SISMAMA
- Política de financiamento específico da mamografia

Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005 – 2007

Diretrizes Estratégicas

- Aumento da cobertura da população-alvo
- Garantia de qualidade da mamografia
- Desenvolvimento de capacitações
- Fortalecimento dos sistemas de informação
- Desenvolvimento de pesquisas
- Mobilização social

Congresso Internacional

2ND INTERNATIONAL Cancer Control Congress

NOVEMBER 25-28, 2007 RIO DE JANEIRO, BRAZIL



WHO SHOULD ATTEND THIS CONFERENCE?

Participants will include national and international government and non-government cancer control officials, medical, research and allied health professionals, patients/advocates and volunteers who are involved in implementing, planning or contemplating national cancer control strategies, as well as expert speakers.

HOSTED BY:



www.cancercontrol2007.com



Ministério
da Saúde



Meu preâmbulo(1)

- **Caro Santini no caso da mama destaco o seguinte pano de fundo**
 - Grande apelo social (todas as classes sociais)
 - Os avanços são dados em pequenos passos e contínuos.
 - Os ganhos de sobrevida com a quimioterapia adjuvante são da ordem de 5% em alguns casos são aditivos. Primeira geração com o CMF, segunda geração com Antraciclínicos, terceira geração com Taxanes e eu chamaria quarta geração de esquemas com o Herceptin (este no grupo com her2 + teve-se um salto na redução de recaída em 1 e 2 anos que motivou sua aprovação, inicialmente pela França, USA, Canadá e mundo afora inclusive no UK com a NICE considerando custo efetivo para a realidade dela)

Meu preâmbulo(2)

- A tabela de procedimentos da APAC não incorpora nada em mama desde a sua criação.
- Lembrar que excetuando o imatinibe nada houve de inovação (e eu só me refiro àquelas que realmente fazem diferença)
- Muitas investigações que poderiam gerar informações quanto a segurança e uso racional dos recursos nunca serão financiadas pela indústria farmacêutica.

Meu preâmbulo(3)

- Aprofundando o caso

Câncer de mama

- A incidência vem crescendo nas últimas décadas nos países desenvolvidos. É a segunda neoplasia maligna mais incidente no mundo e a primeira entre as mulheres. Os EUA, estima em 2006, 214.000 mulheres e 1.700 homens com esta neoplasia.

Câncer de mama

- No Brasil, é a neoplasia maligna mais freqüente entre as mulheres, sendo esperado 48.930 casos de câncer de mama em 2006, um risco estimado de 52 casos para cada 100 mil mulheres.

Câncer de mama

- Recentemente 5 estudos prospectivos e randomizados demonstraram a eficácia do tratamento adjuvante com trastuzumab em pacientes HER2 positivas. Cerca de 10.000 mulheres foram incluídas nestes estudos. As características das pacientes foram semelhantes nestes estudos, apenas existindo maior inclusão de pacientes linfonodo negativo no estudo HERA

Câncer de mama

- Todos os estudos demonstraram significativo benefício na sobrevida livre de doença com redução do risco de recorrência de 39% a 52%.

Câncer de mama

- Quatro dos estudos utilizam trastuzumab por 12 meses, porém o estudo FinHER utilizou trastuzumab por apenas 9 semanas obtendo benefício semelhante aos outros.

Câncer de mama

- O uso do trastuzumab na adjuvância por 9 semanas poderá reduzir em mais de 6 vezes gastos e propiciará o uso desta droga na adjuvância em países com recursos limitados, desde que se confirme a equivalência de benefício.

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE
TRATAMENTO ADJUVANTE DE
CÂNCER DE MAMA HER2 POSITIVO
COM QUIMIOTERAPIA E
TRASTUZUMAB POR 9 SEMANAS
VERSUS UM ANO.
(FinHER VERSUS ACT)**

Ministério da Saúde - INCA

FinHER VERSUS ACT

- Estudo de não inferioridade
- Pergunta de interesse de todo o mundo
- Rede nacional de pesquisa clínica
- Massa crítica disponível
- Possibilidade de economia de recursos
- Inclusão de maior número de pacientes em tratamento que aumenta a chance de cura

- **Dados da Belgica a seguir**

An economic evaluation of Herceptin in adjuvant setting: the Breast Cancer International Research Group 006 trial.

M Neyt, Annals of Oncology 2006;17:381

- 6628 casos na Belgica em 1998
- 45% estadios II e III
- 25% c-erb (+)
- $6628 \times 45\% \times 25\% \times 52 \text{ sem.} \times 647 \text{ amp.} = \text{€ } 25.569.084/\text{ano}$

An economic evaluation of Herceptin in adjuvant setting: the Breast Cancer International Research Group 006 trial.

M. Neyt, Annals of Oncology 2006;17:381

- A combinação de droga cara com tratamento longo gera sobrecarga no sistema de saúde
- Realocação de recursos, suspendendo tratamentos “pouco custo efetivos” podem ser parte da solução

An economic evaluation of Herceptin in adjuvant setting: the Breast Cancer International Research Group 006 trial.

Gianni; Annals of Oncology 2006;17:357

- **Reajuste no tempo de tratamento**
 - **FinHer Trial. Brest Cancer Res Treat 2005, Suppl;1:S5 (mesma magnitude de benefício com 9 semanas de uso)**