

Oncologia Infanto-juvenil no Brasil de Hoje: Avanços e Dificuldades

Cláudio Galvão de Castro Jr

Serviço de Oncologia Pediátrica
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Instituto do Câncer Infantil do RS

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia
Pediátrica



Câncer

- ◆ Compreende mais de uma centena de doenças diferentes
- ◆ Prognósticos completamente distintas
- ◆ Abordagens distintas
- ◆ Geralmente caracterizado por um crescimento exagerado e desordenado das células

INCIDÊNCIA DO CÂNCER NO BRASIL

- ◆ Em 2010, o Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, estimou o registro de 375.420 casos novos e 125.000 óbitos por câncer no Brasil
- ◆ Segundo o INCA ocorreram cerca de 10.000 casos novos e de 3.000 óbitos por câncer entre pacientes com idade de 0 a 19 anos.

O câncer infanto-juvenil

- ◆ Aproximadamente 10.000 crianças são diagnosticadas no Brasil com câncer infantil.
- ◆ Neoplasias são a **segunda** causa de óbito em crianças entre 1 a 19 anos no sul, sudeste e centro oeste, perdendo apenas para causas externas (acidentes, atropelamentos, homicídios, afogamentos, etc.)
- ◆ No Brasil são a segunda causa de óbito entre os 4 e 14 anos.
- ◆ Em alguns estados doenças mal diagnosticadas ainda são causa frequente de óbito

Cancer incidence among children and adolescents in Brazil: first report of 14 population-based cancer registries

Beatriz de Camargo¹, Marceli de Oliveira Santos², Marise Souto Rebelo², Rejane de Souza Reis², Sima Ferman³, Claudio Pompeiano Noronha² and Maria S. Pombo-de-Oliveira¹

¹ Pediatric Hematology and Oncology Program, Research Center, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brazil

² Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Brazil

³ Pediatric Service, Hospital do Câncer I, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brazil

The Brazilian Population-Based Cancer Registry (PBCR) was started in 1967; today there are 20 PBCRs in Brazil. We report the first descriptive analysis of the incidence of childhood cancer based on data from 14 PBCRs, corresponding to 15% of the child and adolescent population in Brazil. Data were obtained from registry databases, including information on population coverage and data quality indicators. The International Classification of Childhood Cancer was used. Age-adjusted rates were calculated by world population. Incidence by cancer registry, age, sex, and cancer type were calculated per 1,000,000 children. Age-adjusted rates per 1,000,000 children/adolescents ranged from 92 to 220 among the 14 PBCRs. The principal groups of cancers were leukemia, lymphoma and central nervous tumors. The median incidence rate of childhood cancer in the 14 PBCRs was 154.3 per million; children 1–4 years of age had the highest incidence rates. The Brazilian PBCRs provide important information about pediatric cancer incidence in an emerging country. The observed incidence rates of childhood leukemia were similar to previous reported rates, and the age-specific incidence rates of retinoblastoma (0–4 years of age) were higher than those for developed countries. These data can be used as baseline incidence rates of childhood and adolescent cancer in Brazil in future epidemiological studies.

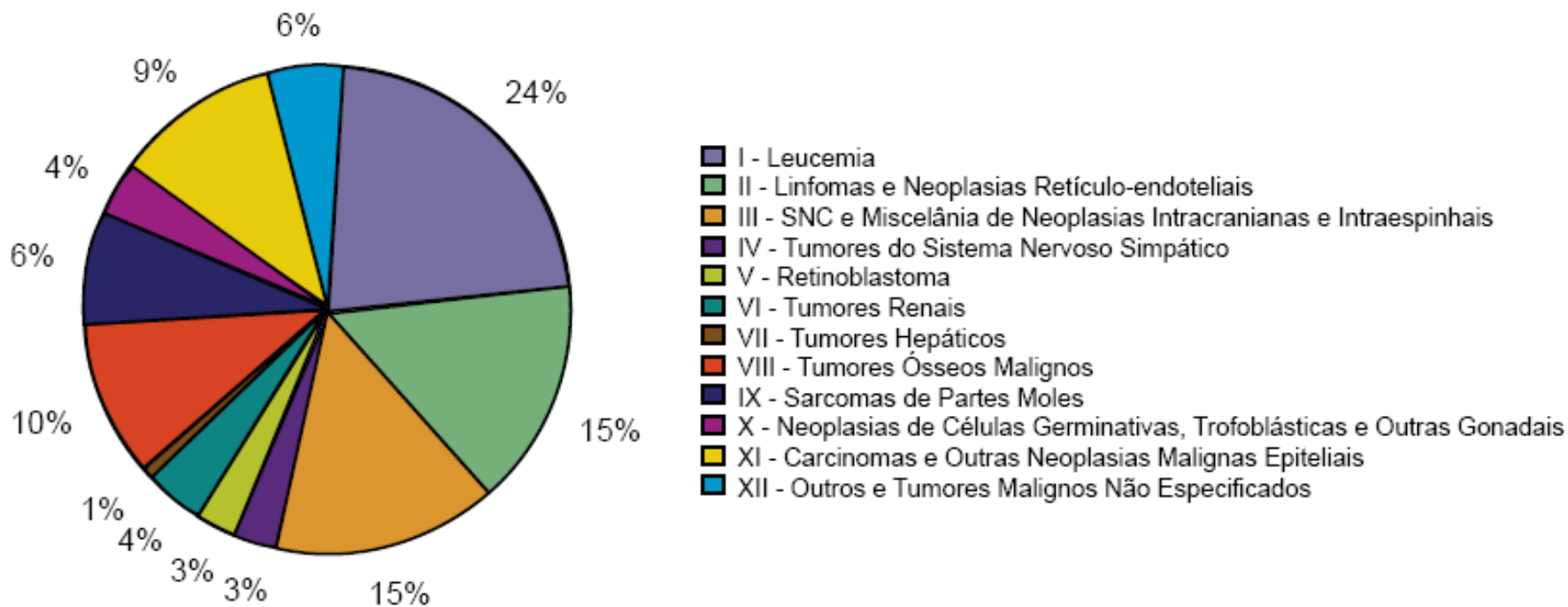


Figura 55. Distribuição percentual da incidência por tipo de câncer infanto-juvenil, São Paulo, 1998 a 2002

Fontes: Registros de Base Populacional

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação

O Câncer infantil rouba muitos anos de vida

Idade	Expectativa (anos)
0	71,3
5	67,3
10	63,9
70	14,1

Fonte: IBGE

Diferenças do Câncer Infanto-juvenil e do Adulto

- ◆ Tipos diferentes de câncer
- ◆ Diferentes incidências e índices de cura
- ◆ Diferentes abordagens para tratamento
- ◆ Adulto → Prevenção, diagnóstico precoce, aconselhamento genético
- ◆ Crianças → Diagnóstico precoce, aconselhamento genético, prevenção

Fatos

- ◆ O câncer infanto-juvenil é incomum, mas não pode ser considerado raridade
- ◆ Os índices de cura tem aumentado
- ◆ Só o Serviço de Oncologia Pediátrica do RS tem mais de 1000 sobreviventes em acompanhamento
- ◆ Em países como Chile, EUA, Canadá o diagnóstico e tratamento do câncer infantil é política de estado

Causas do Câncer na Infância e Adolescência

- ◆ A maioria dos casos de câncer infantil não têm causas conhecidas
- ◆ Conhecemos partes de processos e fenômenos biológicos associados ao câncer
- ◆ **Multifatorial**
- ◆ É pouco provável, que, em futuro próximo que seja possível adotar estratégias de prevenção de câncer infantil tão impactantes quanto nos adultos (ex: controle do tabagismo)

Diagnóstico Precoce

- ◆ Por conta disso deve-se incorporar às hipóteses diagnósticas o câncer infanto-juvenil
- ◆ É freqüente que se pense em doenças tão ou mais incomuns do que câncer antes de se formular diagnóstico

O câncer infanto-juvenil é “democrático”

- ◆ Não distingue etnias
- ◆ Não distingue classe social
- ◆ Não distingue regiões
- ◆ Não distingue partido político

Tratamento do Câncer Infanto-juvenil

- ◆ Exige equipes multidisciplinares especializadas e bem treinadas
- ◆ Requer equipe médico especialista
- ◆ É de alta complexidade e em qualquer lugar do mundo, restrito a centros especializados
- ◆ Devido ao número de casos o tratamento é **CENTRALIZADO**, sendo exceção no modelo de assistência à saúde, mesmo se comparado ao tratamento do câncer no adulto

Oncologia Pediátrica

O Passado

- ◆ Nos EUA os grandes grupos passaram a se organizar ao redor de 1970 com melhora progressiva dos índices de cura
- ◆ No Brasil até meio da década de 70 não havia centros especializados
- ◆ Em 1981, criação da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica e organização progressiva dos Serviços

Oncologia Pediátrica

O Passado

- ◆ Nos anos 90, estruturação de diversos serviços em várias cidades do país
- ◆ Na última década, ampliação do número de leitos e de centros
- ◆ Estabelecimento de protocolos de tratamento cooperativos nacionais

Oncologia Pediátrica

O Presente

- ◆ SOBOPE conta com cerca de 350 sócios
- ◆ 80 instituições cadastradas no país
- ◆ Concentração dos serviços nas regiões Sul e Sudeste
- ◆ Carência de serviços particularmente na região norte em alguns estados do nordeste
- ◆ Conforme INCA 68 instituições preenchem os critérios para atender o câncer infantil

Qualidades e Avanços

- ◆ Maior adesão aos protocolos cooperativos
- ◆ Maior número de profissionais qualificados e com título de especialista
- ◆ Produção científica crescente com publicações em periódicos internacionais
- ◆ Reconhecimento internacional da qualidade dos nossos Serviços

Qualidades e Avanços

- ◆ Programas de diagnóstico precoce efetivos em alguns locais do país
- ◆ Melhora nos índices de sobrevida com em doenças como leucemia linfóide aguda
- ◆ Aderência ao tratamento, proporcionado por ações das instituições de apoio (casas, medicamentos, apoio social)

Qualidades e Avanços

- ◆ Entidades de apoio cada vez mais atuantes e presentes local e nacionalmente (CONIACC)
- ◆ Apoio efetivo e qualificado do Instituto Ronald
- ◆ INCA desenvolvendo programas específicos para o Câncer infantil
- ◆ Envolvimento de equipes em todo o país

Qualidades e Avanços

- ◆ Pode-se dizer que as parcerias entre diversas entidades públicas e não governamentais para diagnóstico e tratamento do câncer infanto-juvenil são um exemplo de organização e sucesso, na manejo deste grupo de doenças tão complexas

CÂNCER NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE NO BRASIL

DADOS DOS REGISTROS DE BASE POPULACIONAL E DE MORTALIDADE



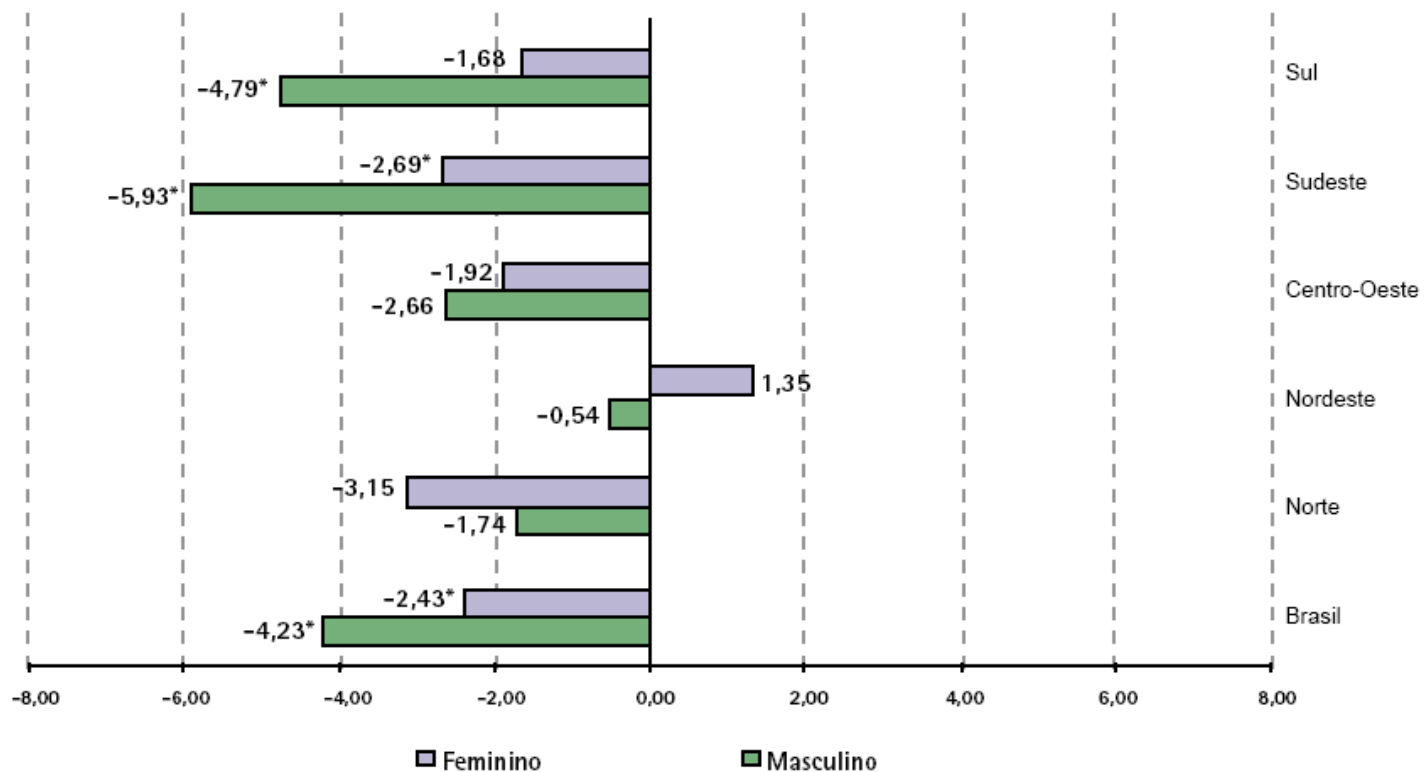


Figura 77. Variação Percentual Anual Estimada (EAPC), por doença de Hodgkin e sexo, Brasil e regiões, 1979 a 2005

* Estatisticamente significativo

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

Problemas

- ◆ Carência de leitos em algumas regiões
- ◆ Atraso diagnóstico por falta de informação dos pais ou do profissional de saúde
- ◆ Atendimento primário por profissionais sem formação adequada. Exemplo são os tumores do sistema nervoso central
- ◆ Tratamento em centros que não contam com médicos adequadamente formados e sem estrutura mínima

Problemas

- ◆ Tratamento de pacientes por centros que tratam somente adultos, particularmente de jovens entre 12 e 19 anos
- ◆ Em regiões sem um centro de referência próximo, centros de tratamento de adulto as vezes “quebram o galho”
- ◆ Índices de sobrevida inadequados em alguns locais
- ◆ Ausência meios ou políticas para se medir a qualidade do serviço prestado

Problemas

- ◆ Embora na maioria das doenças a sobrevida nacional seja comparável com a do exterior, em outras estamos aquém do desejado
- ◆ Exemplo são os tumores do sistema nervoso central (cerebrais) e as leucemias mielóides agudas.

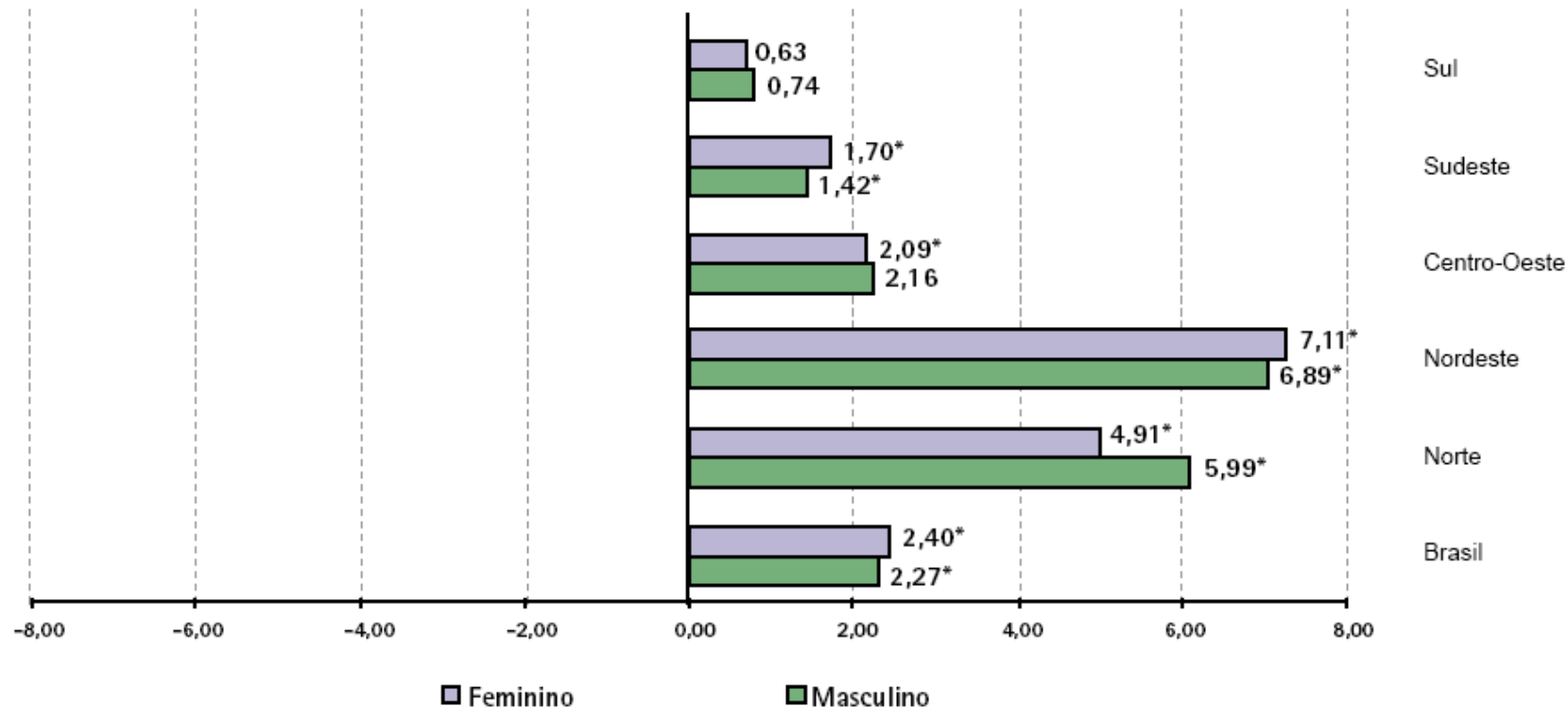


Figura 83. Variação Percentual Anual Estimada (EAPC), por tumor maligno de SNC e sexo, Brasil e regiões, 1979 a 2005

* Estatisticamente significativo

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

Propostas

- ◆ Tornar o câncer infanto-juvenil uma prioridade em termos de política de saúde tal como acontece em países como o Chile

Diagnóstico Precoce

- ◆ Ampliar os programas em todos os níveis
- ◆ Junto a população
- ◆ Agentes de saúde
- ◆ Profissionais de saúde
- ◆ Ações junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, Conselhos de medicina e faculdades de medicina para que a oncologia pediátrica seja disciplina recomendada nos currículos da graduação e nos programas de residência médica

Propostas

- ◆ Apoiar cada vez mais os protocolos de tratamento e de pesquisa
- ◆ Pesquisa gera conhecimento, que pode ser estendido a todas as crianças com câncer do mundo
- ◆ Instituições envolvidas em projetos e protocolos de pesquisa, são mais qualificadas
- ◆ Portanto, investimento em pesquisa, impacta na qualidade dos profissionais e do serviço, gerando benefícios diretos aos pacientes

Propostas

- ◆ Instituir políticas de controle de qualidade dos centros de tratamento, medindo os seus resultados.
- ◆ Aumentar a fiscalização para a abertura de novos centros, exigindo-se presença de profissionais habilitados e estrutura física mínima

Probabilidade de sobrevida em 4 anos de acordo com o local e tipo de tratamento

- ◆ Fora de centro especializado e fora de protocolo: 19%
- ◆ Fora de centro especializado e dentro de protocolo: 40%
- ◆ Em centro especializado e dentro de protocolo: 58%

Conclusões

- ◆ O atendimento aos pacientes com câncer infanto-juvenil, melhorou e foi ampliado na última década
- ◆ Já existir estatísticas que mensuram o número de casos novos por ano
- ◆ Trata-se de um problema de saúde pública

Conclusões

- ◆ Ações tomadas particularmente, nos últimos 10 anos, mostraram-se efetivas
- ◆ A oncologia pediátrica brasileira já é reconhecida internacionalmente
- ◆ Programas de diagnóstico precoce, devem ser ampliados e estendidos particularmente aos profissionais da área de saúde

Conclusões

- ◆ A pesquisa deve ser estimulada e ampliada
- ◆ A qualificação dos profissionais é fundamental para alcançarmos índices de cura cada vez maiores
- ◆ É necessário a ampliação dos métodos de controle de qualidade e as Sociedades Médicas e organizações podem ajudar

Conclusões

- ◆ É necessária a união de todas as entidades e do poder público para melhorarmos ainda mais nossos índices de cura
- ◆ A maioria das ações propostas requer movimentos políticos e sua implementação trará uma melhora do índices de cura e ECONOMIA de verbas públicas

Natal 2012

**XIII Congresso Brasileiro de
Oncologia Pediátrica**



Muito obrigado !
Cláudio Galvão

cjgalvao@uol.com.br

cgcastro@hcpa.ufrgs.br



Instituto
do Câncer
Infantil RS

