

Prevenção e Controle de Câncer

Cancer control and Prevention

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), como órgão de saúde pública do Ministério da Saúde responsável pela prevenção e controle de câncer, tem a responsabilidade de elaborar políticas e planos de ação que cubram tanto programas de prevenção primária (prevenção da ocorrência da enfermidade), quanto secundária (diagnóstico precoce através de rastreamento) e terciária (prevenção de deformidades, recidivas e morte). O presente documento contém recomendações com relação às estratégias de prevenção, cujos níveis de efetividade foram estabelecidos de acordo com critérios científicos. Note-se, no entanto, que o documento é baseado em estudos realizados no exterior, particularmente nos Estados Unidos e Canadá, cuja aplicação de resultados pode, conseqüentemente, ser influenciada pelos aspectos socioculturais e econômicos da nossa realidade.¹

As estratégias modernas de prevenção de doenças crônicas exigem forte embasamento científico, fato que tem sido reconhecido de forma esporádica há muito tempo. Como exemplo, quando John Snow decidiu interditar o poço da rua *Broad* em Londres, a fim de conter a epidemia de cólera em meados do século XIX, ele baseou sua ação em estudos experimentais e epidemiológicos observacionais de surpreendente qualidade, considerando a época em que foram realizados. No início do século XX, as observações epidemiológicas e sociológicas de Goldberger levaram ao enriquecimento de alimentos com niacina com a finalidade de prevenir a ocorrência de pelagra. Na área do câncer, embora a prevenção primária do câncer de pulmão através da prevenção ou

cessação do tabagismo não tenha sido praticada em grande escala até recentemente, já era enfatizada pelos profissionais de saúde pública após a publicação dos primeiros estudos científicos sobre o fumo e câncer de pulmão na década de 1950. Em 1965, a publicação do primeiro relatório sobre fumo e saúde pelo *Surgeon General* dos Estados Unidos marcou o início do uso sistemático de critérios de inferência causal com relação a achados laboratoriais e epidemiológicos que, se satisfeitos, serviriam de base a programas de prevenção de câncer.

A partir da metade da década de 1960, houve um notável aumento de estudos de efetividade de estratégias preventivas, o que levou com que evidências científicas de natureza tanto observacional quanto experimental passassem a ser rotineiramente usadas no processo de planejamento e implementação de programas preventivos. Agências governamentais e não governamentais nos Estados Unidos e Canadá, cuja missão é prevenção de câncer, desenvolveram critérios que permitem estabelecer o nível de certeza da efetividade de estratégias específicas de prevenção, baseado na qualidade da evidência científica. Embora esses critérios criados por diferentes agências variem ligeiramente, todos se baseiam em alocar um nível maior de certeza às estratégias cuja efetividade foi determinada em ensaios clínicos aleatorizados de boa qualidade, e menor a procedimentos cuja efetividade se baseia apenas em opinião de especialistas na área.¹¹ Abaixo listamos os critérios de classificação utilizados pelas *Task Forces* americana e canadense, pelo Instituto de Câncer estadunidense e o *International Agency for Research on Cancer*.

¹ Um exemplo é o rastreamento do câncer de mama baseado no exame clínico, cuja efetividade em nosso meio poderá ou não ser comparável à obtida no Canadá, onde o treinamento dos examinadores foi de alto nível.

¹¹ Critérios semelhantes são usados pela *United States Preventive Services Task Force* para substanciar a lógica de ações de atenção terciária (atenção médica curativa).

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE E U.S. TASK FORCE

Nível de evidência

I	Evidência de pelo menos um ensaio clínico randomizado
II-1	Evidência de ensaios clínicos controlados, sem randomização
II-2	Evidência de estudos de coorte ou caso-controle, preferencialmente multicêntrico
II-3	Evidência de série de casos, com ou sem intervenção
III	Opiniões de autoridades respeitadas, baseada na experiência clínica, estudos descritivos ou relatos de comitês de especialistas

Grau de recomendação

A	Forte evidência para recomendar que a intervenção seja especialmente considerada no exame periódico de saúde
B	Moderada evidência para recomendar que a intervenção seja especialmente considerada no exame periódico de saúde
C	Evidência insuficiente para recomendar a inclusão ou exclusão da intervenção no exame periódico de saúde, mas as recomendações podem ser feita em outras bases
D	Moderada evidência para recomendar que a intervenção seja excluída do exame periódico de saúde
E	Forte evidência para recomendar que a intervenção seja excluída do exame periódico de saúde

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI) E INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC)

Nível de evidência

1	Evidência de pelo menos um ensaio clínico randomizado que tenha: a) desfecho relacionado ao câncer: i. mortalidade ii. incidência b) desfecho intermediário aceitável
2	Evidência de ensaios clínicos controlados, sem randomização, que tenham: a) desfecho relacionado ao câncer: i. mortalidade ii. incidência b) desfecho intermediário aceitável
3	Evidência de estudos de coorte ou caso-controle, preferencialmente, multicêntricos, que tenham: a) desfecho relacionado ao câncer: i. mortalidade ii. incidência b) desfecho intermediário aceitável
4	Evidências de estudos ecológicos descritivos que tenham: a) desfecho relacionado ao câncer: i. mortalidade ii. incidência b) desfecho intermediário aceitável
5	Opiniões de autoridades respeitadas, baseada em experiência clínica, estudos descritivos ou relatos de comitês de expertos

O presente documento representa um esforço no sentido de incorporar dados científicos de estudos experimentais e observacionais às ações preventivas e de controle do câncer preconizadas pelo INCA. Embora, como mencionado anteriormente, os estudos que serviram de base ao documento foram realizados no exterior, o INCA, por

meio de sua Coordenação de Prevenção - CONPREV, está conduzindo estudos, que permitirão adequar estratégias preventivas na área de câncer às características específicas do nosso país. O planejamento de ações de saúde baseado em critérios científicos reflete a intenção do INCA de ser uma instituição que segue os paradigmas do nosso século.

METODOLOGIA

O seminário foi desenvolvido em três dias, com dois turnos de discussões por dia, onde foram abordados os cânceres de mama, colo do útero, próstata, cólon e reto, pele e boca. Inicialmente, foram apresentadas pelo Dr. Moysés Szklo, professor titular de epidemiologia da *Johns Hopkins University*, Estados Unidos da América, as evidências científicas para a prevenção e detecção precoce de cada um dos cânceres citados, segundo revisão dos últimos trabalhos científicos publicados. Após cada apresentação, as questões levantadas foram discutidas pelos participantes (equipe da Coordenação de Prevenção e Vigilância e das Unidades Hospitalares do Instituto Nacional de Câncer). Ao final de cada turno, listou-se as ações consensuadas pelo grupo para prevenção e detecção precoce de cada um dos cânceres em questão.

OBJETIVO

O objetivo deste seminário é subsidiar as ações dos Programas de Prevenção e Controle de Câncer desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde. A implementação das ações pertinentes se fará com o apoio das sociedades científicas.

CÂNCER DA MAMA

SITUAÇÃO NO BRASIL

- O câncer da mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras.
- A taxa de mortalidade passou de 5,77/100.000 em 1979 para 9,70/100.000 mulheres em 1998, o que representou uma variação percentual relativa de 68%.
- Comparando-se a outros países, o Brasil ocupa a 28ª posição na mortalidade por câncer de mama.
- Para o ano 2002, estimou-se a ocorrência de 36.090 casos novos de câncer de mama feminina, representando 10% do total de casos estimados de câncer, e 9.115 óbitos, o

que representa 7% do total de óbitos esperados por câncer.

PRINCIPAIS MARCADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

- Idade - principal marcador de grupo de risco, havendo um aumento rápido da incidência quanto maior a idade.
- História familiar (mãe ou irmã) de câncer de mama na pré-menopausa.
- Fatores reprodutivos: menopausa tardia, menarca precoce, primeira gravidez em idade avançada ou nuliparidade.
- Obesidade, álcool e exposição à radiação ionizante.

CONSIDERAÇÕES

- Os fatores genéticos são apontados pelos epidemiologistas como marcadores de risco elevado; porém, explicam muito pouco a ocorrência do câncer da mama na população em geral, ou seja, o risco relativo é alto, mas o risco atribuível na população é muito baixo.
- Os marcadores citados são multifatoriais e, portanto, dificilmente suscetíveis à prevenção primária, sendo o rastreamento a grande arma da saúde pública para o controle do câncer da mama.
- A literatura médica é contraditória e de difícil análise no tocante à efetividade das modalidades de rastreamento para o câncer da mama.

MODALIDADES DE RASTREAMENTO

Auto-exame das mamas:

- A sensibilidade global em países desenvolvidos é de 26%, decaindo com a idade.
- A especificidade é desconhecida.
- Em estudos que utilizaram modelos de silicone e com pessoas bem treinadas, a sensibilidade variou entre 40% e 89% e a especificidade entre 66% e 81%.
- As taxas de aderência dos estudos é baixa. A medida que o tempo passa, é menor a percentagem de mulheres que continuam fazendo o auto-exame da mama mensalmente.
- Estudos bem desenhados, tanto de coorte quanto de caso-controle, sugerem que o auto-exame das mamas não parece ser eficiente como técnica de rastreamento, não havendo evidências de redução da mortalidade.

- Conseqüências negativas: aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos falso negativos e impacto psicológico negativo nos falso positivos.

Exame clínico das mamas:

- A sensibilidade varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos.
- A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos.
- valor preditivo positivo é muito baixo (3% a 6% na faixa etária de 50 a 59 anos e 1,5% a 3,6% nas de 40 a 49 anos).
- Estudo canadense sugere que o exame clínico tenha a mesma efetividade que o uso combinado de mamografia e exame clínico em mulheres de 50 a 59 anos.
- Estudo americano apresenta uma taxa de detecção de câncer de mama maior quando somente a mamografia está alterada do que quando somente o exame clínico está alterado. Quando ambos estão alterados, a taxa de detecção quadruplica.

Mamografia:

- Teoricamente, identifica tumores não palpáveis e o carcinoma *in situ*.
- Os estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, sendo difícil distinguir a sensibilidade e a especificidade da mamografia como estratégia isolada de rastreamento.
- A sensibilidade varia entre 46% e 88% e é dependente dos seguintes fatores: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, idade da paciente, qualidade do exame e habilidade de interpretação do radiologista.
- A especificidade varia entre 82% e 99% e também depende muito da qualidade do exame.
- A maioria dos ensaios clínicos sugere existir uma redução de 15% na mortalidade por câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos rastreadas pela mamografia combinada ao exame clínico.
- Em mulheres com idade abaixo de 50 anos, a literatura médica é controversa.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PERIODICIDADE DO RASTREAMENTO

- A periodicidade de um rastreamento é dependente dos seguintes fatores:
 - fase pré-clínica detectável - quanto mais longa a sua duração, mais espaçados podem ser os exames;
 - velocidade de progressão dos casos - quanto maior a velocidade, maior deve ser a freqüência do rastreamento;
 - sensibilidade dos exames - quanto menor, maior deve ser a freqüência de realização do exame.
- A fase pré-clínica do câncer da mama em mulheres na pós-menopausa é de, aproximadamente, 3,3 anos, enquanto que nas mulheres de menos de 50 anos é em torno de 1,7 anos.
- Intervalo ótimo de rastreamento do câncer da mama é desconhecido
- A maior parte das recomendações (Estados Unidos e Canadá) são para a realização anual dos exames.

RECOMENDAÇÕES

"National Cancer Institute"

Assertiva
50-69 anos
O rastreamento com mamografia acompanhada ou não do exame clínico reduz a mortalidade por câncer da mama, efeito este que pode ser identificado alguns anos após o início do rastreamento.
Nível de Evidência
1 (ensaios clínicos aleatorizados) 2 (ensaios clínicos não aleatorizados) 3 (estudos de coorte/caso-controle) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)
Assertiva
40-49 anos
O rastreamento com mamografia acompanhada ou não do exame clínico iniciada nesta faixa etária reduz a mortalidade por câncer da mama, efeito este que pode ser identificado 10 a 12 anos após o início do rastreamento. Parte deste benefício pode ocorrer devido ao fato do rastreamento ter se iniciado após os 49 anos.
Nível de Evidência
1 (ensaios clínicos aleatorizados) 2 (ensaios clínicos não aleatorizados) 3 (estudos de coorte/caso-controle) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)

"Canadian Task Force"

Intervenção	Nível de evidência	Recomendação
Ensino rotineiro do auto-exame das mamas em mulheres de 40-49 e 50-69 anos.	Estudos de coorte ou caso-controle (II-3).	Uma vez que existe moderada evidência de não haver benefícios e forte evidência de dano, recomenda-se a exclusão do ensino do auto-exame das mamas do exame rotineiro de saúde (Grau de recomendação D).
Mamografia a cada 12-18 meses em mulheres de 40-49 anos.	Ensaio clínico aleatorizados (I*) *resultados controversos	As evidências atuais não permitem recomendar a inclusão ou exclusão do rastreamento mamográfico no exame físico periódico de mulheres com idade entre 40-49 anos (Grau de recomendação C).
Exame clínico e mamografia em mulheres de 50-69 anos.	Ensaio clínico aleatorizados (I).	Forte evidência para recomendar o rastreamento por exame clínico e mamografia em mulheres de 50-69 anos (Grau de recomendação A).

"American Cancer Society"

Sexo	Idade	Freqüência
Mamografia		
F	40 e +	Anual
Exame clínico das mamas		
F	20 a 40	A cada 3 anos
F	>40	Anual
Auto-exame das mamas		
F	20 e +	Mensal

"U.S. Task Force"

Exame	Idade	Freqüência
Mamografia ou mamografia + exame clínico das mamas.	50-69	Rastreamento a cada 1-2 anos. (Grau de recomendação A)
Exame clínico das mamas.	50-69	Evidências insuficientes para recomendar o exame clínico anual isoladamente. (Grau de recomendação C)
Mamografia ou mamografia + exame clínico das mamas.	40-49	Evidências conflitantes para recomendar o rastreamento a cada 1-2 anos. (Grau de recomendação C)
Auto-exame das mamas.	40 e +	Evidência insuficiente para recomendar o auto-exame mensal. (Grau de recomendação C)

Número estimado de casos verdadeiros positivos (VP), falsos positivos (FP) e falsos negativos (FN) com um programa de rastreamento para câncer de mama no Brasil:

Idade	População	Incidência bienal/100.000	Casos novos ¹	VP ²	FN ³	FP ⁴
50-69	5.874.688	206,4	12.116	9.875	2.241	542.288
60-69	4.069.940	252,9	10.290	8.386	1.904	375.454
Total	9.943.940		22.406	18.261	4.145	917.742

¹Incidência x população; ²N.º de casos novos x sensibilidade; ³N.º de casos novos x n.º de VP; ⁴(População - n.º de casos novos) x (1,0 - especificidade); Sensibilidade de 81,5%, especificidade de 90,75%; População e estimativa de incidência de 2000 - Conprev/INCA/MS.

CONSENSO DO SEMINÁRIO INTERNO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - INCA/MS:
· Oferecer exame clínico das mamas e mamografia anuais para mulheres entre

50-69 anos.

- Oferecer exame clínico das mamas anual para mulheres entre 40-49 anos.
- Oferecer exame clínico das mamas e

mamografia anual para mulheres a partir de 40 anos com risco aumentado (história familiar de mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa ou história pregressa de hiperplasia atípica ou câncer de mama).

- Não estimular o auto-exame das mamas como estratégia isolada, devendo ser estimulada a sua realização no período entre os exames clínicos das mamas.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

SITUAÇÃO NO BRASIL

- O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, figurando em nono lugar entre as quinze maiores taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no mundo.

- A taxa de mortalidade em 1998 foi de 4,45/100.000 mulheres, representando uma variação percentual de 29% em relação à taxa de 1979 (3,44/100.000 mulheres).

- Para o ano 2002, estimou-se a ocorrência de 17.600 casos novos e 4.005 óbitos, representando 10% do total de casos e 7% das mortes esperadas por câncer em mulheres.

PRINCIPAIS MARCADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

- Idade.
- Infecção pelo HPV.
- Atividade sexual precoce (antes dos 17-18 anos).
- Multiplicidade de parceiros sexuais.
- Baixo nível socioeconômico.
- Infecção pelo HIV.
- Fumo.

CONSIDERAÇÕES

- Atualmente, o vírus do papiloma humano (HPV) é considerado o marcador de risco mais importante para o câncer do colo do útero. Porém, sua prevalência na população em geral é muito superior a dos casos desse câncer, levantando-se a hipótese da existência de co-fatores, como, por exemplo, a infecção pelo vírus do grupo Herpes, traumas produzidos por relação sexual, múltiplos partos, etc.

- O risco relativo (RR) de desenvolvimento do câncer do colo do útero apresenta um aumento linear (até aproximadamente 9)

proporcional ao número de parceiros, assim como mulheres com início da atividade sexual anterior aos 17-18 anos apresentam um risco relativo variando entre 2-3.

- Estima-se que $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ de todos os casos de carcinoma in situ progridem, sendo esta progressão, na maioria dos casos, muito lenta.
- Não foram realizados ensaios clínicos para avaliação da efetividade do rastreamento do câncer do colo do útero. As evidências existentes provêm de estudos observacionais.

MODALIDADES DE RASTREAMENTO

Teste de Papanicolaou

- Estratégia preferida pela maioria dos países.
- Não existem dados precisos quanto à sensibilidade e especificidade do teste. Estima-se que a sensibilidade esteja em torno de 60% e que a especificidade varie entre 90-99%.

- A sensibilidade aumenta a medida que a fase pré-clínica se aproxima da fase clínica.

- A taxa de falsos negativos pode chegar a 45% por erros laboratoriais ou falha na coleta do material.

- Os falsos positivos não preocupam, pois os procedimentos para esclarecimento do casos (repetição do teste e colposcopia) são de baixo custo e complexidade.

- **Citologia em meio líquido** aumenta a sensibilidade da detecção de lesões cervicais, tanto de baixo quanto de alto grau, em relação ao Papanicolaou convencional, sem perda da especificidade.

Colposcopia

- A sensibilidade é baixa, entre 34% - 43%.

- Pouca especificidade ruim (68%).

- Valor preditivo positivo é baixo, entre 4% e 13%.

Captura Híbrida II

- Identifica a presença do DNA de um ou mais tipos de HPV associados ao câncer do colo do útero.

- Não é recomendado devido a sua baixa especificidade, especialmente em mulheres jovens sexualmente ativas.

- Estudos apontam uma maior sensibilidade em relação a um Papanicolaou de repetição nos casos de ASCUS, sendo mais útil na triagem para detecção colposcópica.

RECOMENDAÇÕES

"National Cancer Institute"

Assertiva	Nível de Evidência
Há evidências fortes de diminuição da mortalidade após rastreamento regular com o teste de Papanicolaou em mulheres sexualmente ativas ou com idade igual ou superior a 18 anos. O limite de idade em que o rastreamento deve ser suspenso é desconhecido.	3 (estudos de coorte/caso-controle) 4 (evidências de séries múltiplas, com ou sem intervenção) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)

"Canadian Task Force"

Intervenção	Nível de Evidência e Recomendação
Teste de Papanicolaou.	Boa evidência para incluir o teste de Papanicolaou no exame de saúde de mulheres sexualmente ativas (Grau de recomendação B). Mulheres em grupos de risco devem ser rastreadas com um frequência inferior a 3 anos.

"American Cancer Society"

Sexo	Idade	Frequência
Teste de Papanicolaou		
F	18 e +	Anual para mulheres sexualmente ativas com idade igual ou superior a 18 anos (associado ao exame pélvico). Após 3 ou mais testes normais consecutivos, diminuir a frequência.
Exame Pélvico		
F	18 e +	Anual para mulheres sexualmente ativas com idade igual ou superior a 18 anos.
Biópsia endometrial		
F	35 e +	Anual somente para mulheres com câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC)

"U.S. Task Force"

Exame	Idade	Frequência
Teste de Papanicolaou.	18 e + ou sexualmente ativas	Pouca evidência que o rastreamento anual é mais efetivo do que a cada 3 anos para a população em geral (Grau de recomendação A). Mulheres HIV+ necessitam de rastreamento com intervalos menores. Suspender o rastreamento em mulheres com idade superior a 65 anos, cujos testes anteriores foram normais. Histerectomia por outras razões que não o câncer do colo do útero: suspender o Papanicolaou.
HPV	-	Não há evidências para recomendar o rastreamento rotineiro para infecção pelo HPV. (Grau de recomendação C).

CONSENSO DO SEMINÁRIO INTERNO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - INCA/MS:

- Oferecer rastreamento com o teste de Papanicolaou a mulheres a partir dos 18 anos de idade ou com vida sexual ativa em qualquer idade.
- A periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais

consecutivos com intervalo de 1 ano.

- Mulheres em grupos de risco (mulheres HIV+ ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente.
- Mulheres histerectomizadas por outras razões que não o câncer do colo do útero, não devem ser incluídas no rastreamento.

CÂNCER DA PRÓSTATA

SITUAÇÃO NO BRASIL

- O câncer da próstata é a segunda causa de morte por câncer em homens no Brasil, correspondendo a 12% do total de óbitos.
- A taxa de mortalidade vem apresentando um ritmo de crescimento bem acentuado, passando de 3,73/100.000 homens em 1979 para 8,93/100.000 homens em 1998, o que representa uma variação percentual relativa de 139%.
- Comparando-se às taxas de mortalidade de outros países, o Brasil ocupa a 21ª posição.
- Para o ano 2002, estimou-se a ocorrência de 25.600 casos novos (segundo câncer mais incidente em homens) e 7.870 óbitos, representando 12% do total das mortes esperadas por câncer em homens.

PRINCIPAIS MARCADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

- Idade.
- História familiar de câncer da próstata.

CONSIDERAÇÕES

- A taxa de incidência para o câncer da próstata apresenta um grande potencial de vies de detecção, via diagnóstico. Deste modo, a taxa de mortalidade é o melhor indicador da magnitude do problema.
- A epidemiologia e a metodologia para a detecção precoce do câncer da próstata são confusas e não é conhecida uma maneira de realizar a prevenção primária.
- Assim como em outros cânceres, a idade é um marcador de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após a idade de 60 anos.
- História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade é outro marcador de importância, podendo aumentar o risco em 3 a 10 vezes em relação à população em geral.
- Dieta rica em gordura animal e pobre em agentes anti-oxidantes, como o selênio e a vitamina E, também parecem ser marcadores de risco para o câncer da próstata.
- Um terço dos homens na quarta e quinta décadas de vida apresentam câncer da próstata

histologicamente evidenciado, mas a maioria são microscópicos, intra-capsulares e de tipo bem diferenciado. Até o momento não há evidências que nos permitam prever quais destes tumores pequenos evoluiriam para câncer invasivo.

- Entre as justificativas para a detecção precoce do câncer da próstata destacam-se:
 - o câncer da próstata é uma doença onerosa;
 - a dosagem do antígeno prostático específico (PSA) melhora a detecção de tumores clinicamente importantes;
 - a maioria dos tumores detectados pela dosagem do PSA são curáveis;
 - não há cura para a doença metastática.

MODALIDADES DE RASTREAMENTO

Toque retal

- A maioria dos carcinomas da próstata ocorre em sua zona periférica, sendo acessíveis ao toque retal.
- Estratégia de detectar os 20% dos tumores que não são acompanhados de alteração do PSA.
- A sensibilidade varia entre 55% e 68%.
- valor preditivo positivo encontra-se em torno de 25%.
- Apenas 20% dos tumores detectados pelo toque retal estão confinados à próstata.
- Quando utilizado em associação à dosagem do PSA com valores acima de 1,5 ng/ml ou 2,0 ng/ml, aumenta a sensibilidade para 95% e 92%, respectivamente, e diminui em até 36% o número de biópsias.

PSA

- Com ponto de corte em 4,0 ng/ml, a sensibilidade encontra-se em torno de 71% e a especificidade, de 91%.
- 42% dos tumores detectados já se apresentam na forma extra-capsular.
- Outros fatores que não o câncer da próstata podem levar a uma alteração dos níveis do PSA, como a prostatite, ejaculação, realização de citoscopia, hiperplasia benigna da próstata, etc.
- A dosagem da fração livre do PSA está sendo utilizada para melhorar o desempenho do teste. Para pontos de corte entre 8% e 25%, a fração livre do PSA apresenta uma sensibilidade variando entre 45% a 95% e uma especificidade entre 15% e 95%. Níveis inferiores a 20% estão associados a uma

maior probabilidade de câncer da próstata.

Ultra-som transretal

- Não é utilizado como estratégia de primeira linha de rastreamento.
- Exame desconfortável e que exige uma infra-estrutura importante para sua realização.
- A especificidade é baixa (não diferencia lesões de caráter benigno de câncer da próstata).

RECOMENDAÇÕES

"National Cancer Institute"

Assertiva
As evidências são insuficientes para estabelecer se há diminuição na mortalidade por câncer da próstata com o rastreamento por toque retal ou dosagem do PSA. Embora alguns estudos de coorte em homens que se submeteram ao rastreamento tenham mostrado uma diminuição da mortalidade por câncer da próstata, estas observações não são consistentes na população total ou em grupos populacionais específicos.
Nível de Evidência
3 (estudos de coorte/caso-controle)

"Canadian Task Force"

Intervenção
PSA
Nível de Evidência e Recomendação
A dosagem do PSA deve ser excluída de programas de rastreamento (Grau de recomendação D)
Intervenção
Toque retal
Nível de Evidência e Recomendação
O toque retal tem sido utilizado rotineiramente por muitos médicos e as evidências disponíveis não são consideradas como suficientemente fortes para aconselhar aos médicos que utilizam esta intervenção como parte do rastreamento de homens com idade entre 50 a 70 anos a descontinuar esta prática (Grau de recomendação C)

"American Cancer Society"

Sexo	Idade	Freqüência
Toque retal		
M	45 e +	Anual, em conjunto com a dosagem do PSA, em homens com expectativa de vida de pelo menos 10 anos e em homens pertencentes a grupos de alto risco.
PSA		
M	50 e +	Anual, em conjunto com o toque retal, em homens com expectativa de vida de pelo menos 10 anos.
M	45 e +	Anual em homens pertencentes a grupos de alto risco.

"U.S. Task Force"

Exame
PSA, toque retal ou ultra-som transretal.
Freqüência
Não recomendados (Grau de recomendação D). No caso da realização do rastreamento, indica o toque retal + PSA e limita aos homens com expectativa de vida superior a 10 anos.

CONSENSO DO SEMINÁRIO INTERNO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - INCA/MS:

- Evidências não permitem indicar o rastreamento populacional.
- Recomendações proteladas para após os resultados dos dois ensaios clínicos em andamento.
- No caso de homens com idade igual ou superior a 45 anos e com história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade, encaminhar para investigação para câncer da próstata (*case finding*).

CÂNCER DO CÓLON E RETO

SITUAÇÃO NO BRASIL

- O câncer do cólon e reto é a quinta causa de morte por câncer no Brasil.
- As taxas de mortalidade em 1998 foram de 4,02/100.000 homens e 4,51/100.000 mulheres, representando uma variação percentual de 66% e 62%, respectivamente, em relação às taxas de 1979.
- Para o ano 2002, estimou-se a ocorrência de 18.970 casos novos e 7.630 óbitos, representando 6% do total de casos e mortes esperados por câncer.
- Na distribuição por sexo, o câncer do cólon e reto ocupa a quarta posição em incidência (9.800 casos novos) e a terceira em número esperado de óbitos (4.095 óbitos) por câncer em mulheres. No sexo masculino, ele ocupa o quinto lugar tanto em número de casos novos

(9.170 casos) quanto em número de óbitos estimados (3.535 óbitos).

PRINCIPAIS MARCADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

- Idade superior a 50 anos.
- História de adenomas ou câncer de cólon e reto em parentes de primeiro grau.
- História pessoal progressiva de câncer ovário, endométrio ou mama.
- Portadores de colite ulcerativa crônica ou Doença de Crohn.
- Algumas condições hereditárias como a polipose adenomatosa familiar e o câncer colorretal hereditário sem polipose.

CONSIDERAÇÕES

- A polipose adenomatosa familiar (FAP) e o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC) aumentam em aproximadamente 50% a probabilidade de desenvolvimento do câncer de cólon e reto, mas são responsáveis por somente 6% de todos os casos.
- Risco relativo (RR) é de aproximadamente 2,8 nos indivíduos com história de dois ou mais parentes de primeiro grau com câncer colorretal, aumentando para 5,4 quando os casos de câncer ocorrem em indivíduos jovens (antes dos 60 anos).
- A premissa para prevenção é a hipótese que os pólipos adenomatosos são precursores da grande maioria dos cânceres colorretais. O rastreamento do câncer colorretal, portanto, presta-se tanto à prevenção primária, ao se detectar e remover lesões precursoras (pólipos adenomatosos), como à prevenção secundária, ao se detectar as lesões malignas. Devido a estas características, a análise da incidência como desfecho torna-se atrativa.
- Dependendo do estudo, a taxa de transformação de adenoma para lesão maligna varia de 5% a 40%, e o processo ocorre em torno de 10 a 15 anos, existindo, portanto, um período pré-clínico detectável bastante longo.

MODALIDADES DE RASTREAMENTO (Procedimento barato e de execução elementar)

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

- A sensibilidade varia entre 38,3% - 49,5%; e a especificidade entre 90 - 99%, em estudos com frequência de realização anual ou bienal.

- Valor preditivo positivo para carcinoma varia de 2% a 10%; para adenomas, de 20% a 30%.

- Meta-análise de quatro ensaios clínicos aleatorizados (330.000 indivíduos) e dois não aleatorizados (113.000 indivíduos). RR = 0,84 (0,77 - 0,93), ou 16% de redução do risco de morrer por câncer colorretal. Se não forem consideradas as perdas, o RR = 0,77 (0,57 - 0,89), ou 23% de redução. A cada 10.000 indivíduos rastreados, 8,5 (3,6 - 13,5) mortes poderão ser evitadas em 10 anos.

Retossigmoidoscopia

- A retossigmoidoscopia rígida pode detectar 25% dos pólipos.
- A retossigmoidoscopia flexível permite um exame mais completo da porção distal do cólon, possibilitando a detecção de, pelo menos, 65% dos pólipos.
- Evidências de três pequenos ensaios clínicos aleatorizados apontam a possibilidade de uma maior capacidade da retossigmoidoscopia em detectar adenomas, quando comparada à pesquisa de sangue oculto nas fezes. No entanto, é um procedimento mais complicado, caro e desconfortável.
- Os estudos de caso-controle apontam para uma efetividade no sentido de reduzir a mortalidade de, pelo menos, 50%.
- Detecta 1 - 4 cânceres/1.000 exames realizados.
- Comprimento do retossigmoidoscópio está diretamente relacionado aos índices de detecção de câncer e lesões pré-malignas. Somente 30% das cânceres colorretais estão nos 20 cm distais do intestino.

Colonoscopia

- Não existem evidências diretas da efetividade da colonoscopia como estratégia de rastreamento.
- Procedimento que necessita de analgesia para sua realização.
- 95% dos cânceres colorretais estão ao alcance do colonoscópio.
- A sensibilidade encontra-se entre 75% - 95%.
- Em indivíduos com adenomas distais, detectados pela retossigmoidoscopia, o risco

relativo da existência de um câncer na porção proximal do intestino varia de 2,6 a 3,4, evidenciando a importância da realização da colonoscopia nesses casos.

RECOMENDAÇÕES

"National Cancer Institute"

Assertiva	Nível de Evidência
A realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes, anual ou bienal, usando amostras de fezes reidratadas ou não, em indivíduos com idade entre 50 – 80 anos diminui a mortalidade por câncer colometal.	1 (ensaios clínicos aleatorizados)
Rastreamento regular pela retossigmoidoscopia em indivíduos com idade superior a 50 anos pode levar a uma diminuição da mortalidade por câncer colometal. As evidências são insuficientes para se determinar o intervalo ideal de rastreamento.	3 (estudos de corte/caso-controle) 4 (evidências de séries múltiplas, com ou sem intervenção) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)

"Canadian Task Force"

Intervenção	Nível de evidência	Recomendação
População em geral		
Rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes em indivíduos com idade superior a 50 anos.	Ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises (I).	Forte evidência para incluir o rastreamento anual ou bienal. (Grau de recomendação A)
Retossigmoidoscopia em indivíduos com idade superior a 50 anos.	Estudos de caso controle (II-2), opinião de expertos (III).	Moderada evidência para incluir o rastreamento. (Grau de recomendação B)
Pesquisa de sangue oculto nas fezes e retossigmoidoscopia combinados em indivíduos com idade superior a 50 anos.	Ensaios clínicos aleatorizados (I).	Evidência insuficiente para recomendar o uso individual ou combinado. (Grau de recomendação C)
Colonoscopia.	Estudos de série de casos (II-3).	Evidência insuficiente para incluir ou excluir como ferramenta de rastreamento. (Grau de recomendação C)
População de risco		
Retossigmoidoscopia flexível para pacientes com polipose adenomatosa familiar (FAP).	Estudos de série de casos (II-3).	Evidência moderada para recomendar o rastreamento a partir da puberdade. (Grau de recomendação B)
Testes genéticos para pacientes com polipose adenomatosa familiar (FAP).	Estudos de série de casos (II-3).	Evidência moderada. (Grau de recomendação B)
Colonoscopia para pacientes com câncer colometal hereditário sem polipose (HNPCC).	Estudos de série de casos (II-3).	Evidência moderada. (Grau de recomendação B)
Colonoscopia para indivíduos com história familiar de polipose ou câncer colometal (parentes de 1º grau).	Opinião de expertos (III).	Evidência insuficiente para recomendar rastreamento mais intensivo do que o recomendado para a população em geral. (Grau de recomendação C)

"American Cancer Society"

Sexo	Idade	Frequência
M/F	50 e +	(1) pesquisa de sangue oculto nas fezes anual, ou (2) pesquisa de sangue oculto nas fezes anual + retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos, ou (3) retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos, ou (4) colonoscopia a cada 10 anos, ou (5) enema baritado a cada 5 anos.

"U.S. Task Force"

Exame	Idade	Freqüência
Pesquisa de sangue oculto nas fezes + retossigmoidoscopia.	50 e +	Pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente e retossigmoidoscopia a cada 3-5 anos. (Grau de recomendação B).
Colonoscopia.	50 e +	Evidências insuficientes. (Grau de recomendação C).

Obs.: Indivíduos pertencentes ao grupos de risco devem ser submetidos a exames endoscópicos regularmente.

Número estimado de falsos positivos no Brasil com rastreamento por pesquisa de sangue oculto nas fezes anual (baseado em Mandel et al, JAMA 1994;272:1099):

Idade elegível	≥ 50 anos
População com idade ≥ 50 anos	~ 24.000.000 em 2000
Percentual de colonoscopias em 13 anos	3,2%
Número de colonoscopias em 13 anos	7.680.000
Número médio de colonoscopias anuais	590.769
Falso positividade em 13 anos	
Para carcinoma	
Taxa	93,5%
H.º	7.181.000
Para adenoma	
Taxa	68,5%
H.º	5.261.000
Número médio anual de falso positivos	
Para carcinoma	552.000
Para adenoma	405.000

CONSENSO DO SEMINÁRIO INTERNO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - INCA/MS:

- Oferecer rastreamento por pesquisa de sangue oculto nas fezes para população com idade igual ou superior a 50 anos, anual (preferencialmente) ou bienal.
- Oferecer colonoscopia para aqueles com pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva.
- Em grupos de risco, os métodos endoscópicos devem ser priorizados e realizados anualmente.
- A prevenção primária deve basear-se na adoção de uma dieta saudável, rica em fibras, frutas e vegetais e pobre em gordura animal.

CÂNCER DA PELE

SITUAÇÃO NO BRASIL

- O câncer da pele do tipo não melanoma é a neoplasia maligna de maior incidência no Brasil, com 62.190 casos novos esperados em 2002, o que corresponde a 18% do total de casos previstos de câncer.
- Para o sexo masculino, estima-se um taxa de incidência de 36,57/100.000 para o ano

de 2002. No sexo feminino, o câncer da pele do tipo não melanoma ocupa o segundo lugar, após o câncer da mama, com uma taxa de incidência estimada de 34,56/100.000 mulheres.

- Apesar da alta taxa de incidência, o câncer da pele não melanoma apresenta baixa letalidade.
- Estima-se que o câncer de pele dos tipo melanoma e não melanoma sejam responsáveis por 1,6% do total de óbitos por câncer em 2002.

PRINCIPAIS MARCADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

- Pele clara.
- Exposição solar excessiva.
- Idade avançada.
- História familiar de câncer de pele.
- Exposição a agentes químicos, como o arsênio.

CONSIDERAÇÕES

- Segundo a avaliação da *International Agency for Research on Cancer* - IARC, há fortes evidências para classificar a radiação solar como carcinogênica para os seres humanos (Nível de evidência 1). As radiações ultravioleta (A, B e C) e a exposição às lâmpadas e camas de bronzamento são consideradas como provavelmente carcinogênicas para os seres humanos (Nível de evidência 2^a).
- Fator de risco mais importante para o câncer de pele não melanoma é a combinação entre exposição cumulativa solar e a sensibilidade da pele. Pessoas de pele clara, com dificuldade de bronzamento, são mais suscetíveis a desenvolverem câncer em áreas expostas da pele, como nariz e lábios.

- O risco aumenta em regiões de baixa latitude, que recebem altos níveis de radiação ultravioleta, como os países da América do Sul e África.
- Com relação ao melanoma, o risco está associado à história de exposição à radiação ultravioleta, principalmente do tipo B; queimaduras solares na infância; e presença de lesões pigmentadas, como os *nevus* displásicos ou atípicos.
- Os melanoma pode apresentar 100% de cura se diagnosticado e tratado antes da invasão da derme.
- A probabilidade de recorrência em 10 anos é <10% para tumores com espessura <1,4 mm, caindo para <1%, quando a espessura ao diagnóstico é <0,76 mm.

MODALIDADES DE RASTREAMENTO

Exame clínico da pele

- Modalidade preferida para o rastreamento do câncer da pele.
- A sensibilidade está em torno de 94%, com uma especificidade de 98%, quando realizado por especialista.
- Valor preditivo positivo é de 17%.
- Não houve demonstração de diminuição na mortalidade.

Auto-exame da pele

- Associado a uma redução estimada da mortalidade em 63%.

RECOMENDAÇÕES

"National Cancer Institute"

- Redução à exposição aos raios ultravioleta (raios solares e bronzamento artificial):
 - Mudança do perfil das atividades feitas ao ar livre, visando à redução do tempo de exposição à radiação ultravioleta de alta intensidade.
 - Uso de roupas protetoras (mangas compridas e chapéus).
 - Uso adequado de protetores solares.

"Canadian Task Force"

- Não há evidências suficientes para

recomendar ou desaconselhar o rastreamento de rotina para o câncer da pele usando o exame clínico na população em geral, mas sugere-se que este exame possa ser aconselhável para subgrupos populacionais de alto risco.

"American Cancer Society"

- Realização do exame clínico da pele como parte do rastreamento para câncer, a cada 3 anos, para indivíduos entre 20 e 40 anos e anual para aqueles com idade superior a 40 anos.

"U.S. Task Force"

- Não há evidências suficientes para recomendar ou desaconselhar o rastreamento de rotina para detecção precoce do melanoma cutâneo, câncer de células basais ou câncer de células escamosas usando o exame clínico da pele.
- Faltam evidências de que o rastreamento com exame clínico da pele seja efetivo para reduzir a mortalidade ou a morbidade por câncer da pele.

"American College of Preventive Medicine"

- Realização do exame clínico da pele para indivíduos em grupos de alto risco (história familiar ou pregressa de câncer da pele, características fenotípicas predisponentes e exposição ocupacional ou recreativa aumentada ou evidências clínicas de lesões precursoras - *nevus* displásicos ou congênitos), mas o rastreamento de rotina não é recomendado.

"National Institute of Health - NIH"

- Rastreamento para o melanoma como parte da rotina de cuidados primários.

"Austalian National Health and Medical Research Council"

- Não há evidência para recomendar o rastreamento de massa ou em indivíduos com alto risco de desenvolverem o câncer da pele.
- Faltam evidências de que o rastreamento

com exame clínico da pele seja efetivo para reduzir a mortalidade ou a morbidade por câncer da pele.

CONSENSO DO SEMINÁRIO INTERNO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - INCA/MS:

- Evidências não permitem indicar o rastreamento populacional.
- Estender o programa de prevenção primária aos grupos de maior exposição à radiação ultravioleta, como por exemplo: lixeiros, agentes de saúde, técnicos de eletricidade, lavradores, agricultores e pescadores.
- Incluir a prevenção primária do câncer da pele na abordagem mínima de fatores de risco feita pelos agentes de saúde e médicos de saúde da família.
- Estudar a possibilidade do Ministério da Saúde oferecer o protetor solar para grupos de alto risco.

CÂNCER DA BOCA

SITUAÇÃO NO BRASIL

- O câncer da boca^{III} foi a 12ª causa de morte por câncer no Brasil em 1999.
- Câncer da boca é um dos mais incidentes em homens brasileiros, ocupando a quinta colocação e sendo responsável por 5% do total de casos esperados de câncer em homens em 2002. Estimou-se a ocorrência de 8.340 casos novos, com uma taxa estimada de 9,69/100.000 homens, e 2.715 óbitos, correspondendo a sexta causa de morte por câncer no sexo masculino e uma taxa estimada de 3,15/100.000 homens.
- No sexo feminino, estimou-se a ocorrência de 2.915 casos novos e 700 óbitos em 2002. Estes valores correspondem a taxas estimadas de 3,25/100.000 e 0,78/100.000 mulheres, respectivamente, ocupando a oitava colocação tanto para os casos novos quanto para os óbitos.

PRINCIPAIS MARCADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO

- Fumo.
- Álcool.
- Fatores dietéticos (baixa ingestão de vitaminas A e C).
- Agentes biológicos, como o vírus do papiloma humano (HPV).
- Irritação mecânica crônica.
- Fatores ocupacionais.

CONSIDERAÇÕES

- A maioria dos casos são diagnosticados nos estádios 3 ou 4.
- A sobrevida em cinco anos é reduzida em 74,4%, quando o diagnóstico é feito no estágio 1, e 29%, quando o diagnóstico é muito tardio (estádio 4).
- O fumo e o álcool são fatores passíveis de intervenção por programas de prevenção primária que realizem ações legislativas, educativas e econômicas com o objetivo de reduzir o acesso ou a exposição da população a esses fatores.
- O tabaco está associado a 90% dos casos de câncer oral em homens e a 60% em mulheres. O álcool está associado a 55% dos casos. Individualmente, estes fatores aumentam o risco de desenvolvimento do câncer da boca em duas a três vezes. Quando combinados, estes fatores podem aumentar o risco em 15 a 20 vezes.

MODALIDADES DE RASTREAMENTO

Exame clínico da boca

- Apresenta uma sensibilidade em torno de 59% a 100% e especificidade acima de 95%.
- Valor preditivo positivo varia de 15% a 91% e o negativo entre 99% e 100%.
- A adesão dos pacientes ao exame é muito baixa.
- Estratégia pouco eficiente na captação do grupo de alto risco.
- Desconhece-se o intervalo ideal entre os exames.

Auto-exame da boca

- Sua utilização como estratégia de detecção precoce do câncer da boca é questionável.

^{III} *Lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, outras partes da boca e não especificadas, glândula parótida, outras glândulas salivares maiores e não especificadas, amígdala e orofaringe.*

RECOMENDAÇÕES

"Canadian Task Force"

Intervenção	Efetividade	Nível de Evidência	Recomendação
Rastreamento			
Rastreamento por exame clínico da boca.	<p>A utilidade do rastreamento é limitada pela baixa incidência e prevalência da doença, pelo potencial de falso-positividade e pobre adesão ao rastreamento e encaminhamento.</p> <p>Nenhum estudo mostrou que programas de rastreamento reduzem a morbidade ou a mortalidade por câncer da boca.</p>	Estudos de caso-controle (1-2).	<p>Rastreamento populacional: Moderada evidência para não recomendar o rastreamento da população em geral para câncer da boca pelo exame clínico (Grau de recomendação D).</p> <p>Rastreamento oportunístico: Evidências insuficientes para se recomendar a inclusão ou exclusão do rastreamento para câncer da boca pelo exame clínico em pacientes assintomáticos (Grau de recomendação C).</p> <p>Deve-se considerá-la sua realização anual, por profissional médico ou dentista, para indivíduos com alto risco para câncer da boca. Os principais fatores de risco incluem o uso do tabaco e consumo excessivo de álcool.</p>
Prevenção primária			
Aconselhamento para cessação do ato de fumar.	<p>O uso de intervenção múltipla e estratégias de reforço aumentaram as taxas de cessação do ato de fumar.</p> <p>Foi demonstrado que a cessação do ato de fumar reduz o risco de desenvolvimento do câncer da boca.</p> <p>Programas de intervenção têm reduzido a incidência de lesões pré-cancerosas.</p>	<p>Ensaio clínico aleatorizados (1).</p> <p>Estudos de coorte e de caso-controle (1-2).</p>	<p>Forte evidência para inclusão no exame periódico de saúde (Grau de recomendação A).</p> <p>O aconselhamento deve ser realizado por profissional de saúde treinado.</p>

"National Cancer Institute"

Assertiva	Nível de Evidência
Há várias evidências mostrando que o tabaco causa câncer oral e que a suspensão do ato de fumar resulta no decréscimo na incidência do câncer da boca.	3 (estudos de coorte/caso-controle) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)
Há evidências mostrando que o consumo de bebidas alcoólicas, principalmente cerveja e destilados, está associado a um aumento do risco de câncer da boca. O uso combinado do tabaco e do álcool está associado a um risco maior de desenvolvimento de câncer oral do que a exposição isolada a estes fatores.	3 (estudos de coorte/caso-controle) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)
Há evidências que uma dieta rica em frutas e fibras está associada com a diminuição do risco de desenvolvimento de câncer oral e de faringe, principalmente entre fumantes.	3 (estudos de coorte/caso-controle) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)
Há evidências que a exposição à luz solar está associada a um aumento do risco para câncer de lábio.	3 (estudos de coorte/caso-controle) 5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de expertos)

"U.S. Task Force"

Intervenção	Nível de Evidência	Grau de recomendação
Exame clínico da boca por profissional da rede básica de saúde.	Opinião de expertos (III)	Evidências insuficientes para se recomendar a inclusão ou exclusão do rastreamento para câncer da boca pelo exame clínico em pacientes assintomáticos. (Grau de recomendação C).

CONSENSO DO SEMINÁRIO INTERNO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - INCA/MS:

- Evidências não permitem indicar o rastreamento populacional.
- Estimular o rastreamento oportunístico mediante sensibilização do profissional.
- Promover a sistematização do exame clínico da boca em pacientes de alto risco (usuários de tabaco e álcool).
- Estimular junto às universidades a inclusão da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer da boca no currículo das escolas médicas e de odontologia.
- Não recomendar o auto-exame da boca.
- Estimular a higiene oral e a visita regular ao dentista (a cada 6 meses) como medidas de prevenção primária.

Para maiores informações, recomenda-se consultar:

- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2002. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: www.inca.gov.br
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Available from: www.ctfphc.org
- U. S. Task Force. Available from: odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/GUIDECPS
- National Cancer Institute. Available from: www.cancer.gov
- American Cancer Society. Available from: www.cancer.org
- International Agency for Research on Cancer. Available from: www.iarc.fr