

Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro

Public care for breast cancer women in the state of Rio de Janeiro, Brazil

Cláudia Brito^{a,*}, Margareth Crisóstomo Portela^a e Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos^b

^aDepartamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ^bEscola Nacional de Ciências Estatísticas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Descritores

Neoplasias mamárias, terapia. Serviços de saúde. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Formulação de políticas.

Resumo

Objetivo

A nova política de assistência oncológica do Sistema Único de Saúde, implantada em novembro de 1999, propôs modificações substanciais na forma de credenciamento das unidades de tratamento. O objetivo do estudo foi descrever o perfil do atendimento ao câncer de mama e de suas usuárias, após a implantação dessa nova política.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo sobre o tratamento do câncer de mama nas unidades credenciadas pelo Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio de Janeiro, de 1999 a 2002. As informações foram obtidas a partir das unidades de atendimento, por meio da ficha de cadastro ambulatorial do Sistema Único de Saúde, e das pacientes, pelas autorizações de procedimentos de alta complexidade em oncologia e de prontuários. Foi analisada uma amostra aleatória simples de 310 prontuários, provenientes das 15 unidades credenciadas. Para a análise dos dados utilizou-se a distribuição percentual dos dados pelas categorias de interesse e o teste χ^2 para avaliar a associação entre variáveis.

Resultados

Houve predomínio do tratamento nos Centros de Alta Complexidade Oncológica (81,3%); em unidades públicas (73,5%) e localizadas na capital do Estado (78,1%). Observou-se má distribuição dos atendimentos em relação às unidades credenciadas, com 70% dos tratamentos sendo executados por apenas uma única unidade assistencial. O perfil de uso das intervenções terapêuticas variou nas unidades isoladas credenciadas entre pacientes cobertas e não cobertas por planos de saúde, com as últimas apresentando menor uso das intervenções consideradas. Foi identificada a subutilização de terapêuticas recomendadas, bem como o uso de intervenções contra-indicadas. A caracterização da população estudada mostrou que 43,9% foram diagnosticadas sem a perspectiva de cura e 68,4% residiam em municípios com serviço oncológico credenciado.

Conclusões

Os resultados mostraram diferenças relevantes entre os tipos de unidades credenciadas e apontam para a necessidade de implantar recomendações práticas para a política nacional de controle do câncer.

Correspondência/ Correspondence:

Cláudia Brito
Rua Santa Clara, 308/406 Copacabana
22041-010 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: cbrito@ensp.fiocruz.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, em 2004.

*Bolsista de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Recebido em 3/1/2005. Reapresentado em 10/6/2005. Aprovado em 22/7/2005.

Keywords

Breast neoplasms, therapy. Health services. Quality assurance, health care. Policymaking.

Abstract

Objective

New policies on oncology care implemented in the Brazilian Unified Health System (SUS) in November 1999 established substantial changes to cancer treatment in affiliate units. The objective was to describe the profile of these cancer services and their users after the implementation of new policies.

Methods

A descriptive study was carried out on breast cancer care in health services covered by SUS in the state of Rio de Janeiro, from 1999 to 2002. Data was collected in the healthcare units from outpatient registries and from the patients' high-complexity cancer procedure authorizations and their medical records. A random sample of 310 medical records of breast cancer women treated in 15 cancer health units was analyzed. Data analysis was performed using the percentile distribution of data according to categories of interest and the Chi-square test to assess the association between variables.

Results

The study results show the predominance of breast cancer care in highly complex units (81.3%); public units (73.5%); and in the capital of the state (78.1%). There was also seen an imbalance among health units regarding patient attendance, where only one of them served 70% of women sampled. The use of interventions varied between patients with and without health insurance in lower complexity health services; non-insured patients were associated to lower use of interventions. It was also found underutilization of recommended interventions as well as utilization of contraindicated interventions. The characterization of population studied showed that 43.9% of the women were given a cancer diagnosis with no perspective of cure and 68.4% lived in cities having SUS-affiliated services.

Conclusions

These results indicate relevant differences among health units and point out to the need of practical recommendations to the Brazilian national policy for cancer control.

INTRODUÇÃO

O câncer representa um grande desafio para a saúde pública. Os altos índices de casos e de óbitos por câncer de mama na população feminina,⁸ somados aos elevados custos da assistência, cuja qualidade geralmente é desconhecida,* levaram à necessidade de se traçar estratégias que favoreçam o seu controle no futuro. De forma geral, as recomendações mais enfatizadas pela Organização Mundial de Saúde¹⁰ para o aumento da sobrevivência associada a esse tipo de câncer são relativas à adoção de política que favoreça o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado em tempo hábil. Nesse sentido, em novembro de 1998, houve modificações substanciais na lógica de tratamento das neoplasias no Sistema Único de Saúde (SUS) com a entrada em vigência da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.535.¹

A grande transformação regulamentar nesta área foi a introdução da lógica de atendimento integral ao câncer.* Para isso, o Ministério da Saúde estabeleceu

que somente hospitais que dispusessem na mesma estrutura de todos os recursos para o tratamento das neoplasias mais frequentes no País seriam credenciados para a assistência oncológica no SUS. A esses hospitais, deu-se o nome de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Em março de 1999, o Ministério da Saúde recuou nas suas exigências para credenciamento e publicou a Portaria nº 113,³ abrindo a possibilidade de credenciamento de Unidades Isoladas (UI) de Radioterapia e Quimioterapia.

Mesmo reconhecendo o importante passo dado pelo Ministério da Saúde com a adoção dessas modificações regulamentares, não se sabe qual é a aderência a essa política pelos serviços e o quanto que a sua introdução contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência oncológica no País.

Assim, o presente estudo foi concebido para conhecer qual é a atual situação da assistência ao cân-

*Bríto C. Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/dissertacao/DissertacaoClaudiaBríto.pdf>

cer de mama em mulheres, considerando que pode haver diferença na qualidade da assistência do câncer de mama entre serviços isolados e CACON, principalmente quando as pacientes atendidas nas UI não estão cobertas por planos privados de saúde.

Nesse sentido, a atual pesquisa teve por objetivo contribuir com informações sobre o perfil clínico e demográfico das pacientes tratadas por esse tipo de câncer nas unidades credenciadas no SUS, bem como sobre a assistência oncológica prestada, investigando características de estrutura dos serviços e os procedimentos adotados.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal descritivo que consistiu em duas etapas: a avaliação exploratória do Sistema de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade em Oncologia (SIA/APAC-ONCO) e a avaliação de uma amostra aleatória de prontuários. Na primeira etapa, elaborou-se um cadastro de seleção a partir do SIA/APAC-ONCO, composto por 10.862 pacientes, cuja distribuição consta da Tabela 1. Incluíram-se todas as mulheres com câncer de mama que realizaram quimioterapia (inclusive a hormonioterapia) em pelo menos uma das 15 unidades credenciadas pelo SUS no Estado do Rio de Janeiro, entre novembro de 1999 a novembro de 2002. Do total de pacientes encontrados no banco de dados, foram excluídos do estudo homens, pacientes com código de procedimento não compatível com o diagnóstico estudado e unidades não credenciadas no período de interesse. As mulheres que foram tratadas, no período, em mais de uma unidade do estudo, foram associadas a uma única unidade oncológica, aquela onde receberam atendimento pelo maior número de meses. Quando o período de tempo foi o mesmo nas diferentes unidades, utili-

zou-se a última unidade onde a paciente foi atendida. Tal procedimento objetivou não alterar as probabilidades de seleção da amostra, pela inclusão de uma mesma paciente nas diferentes unidades onde buscou tratamento.

A segunda etapa consistiu na seleção de uma amostra aleatória simples de 310 prontuários a partir do cadastro, desenhada para estimar a idade média das pacientes com erro relativo de 2,5% e nível de significância de 5%. Para garantir representatividade dos diversos segmentos da população, a seleção da amostra foi sistemática com os registros do cadastro ordenados por grupo (CACON, isolada), unidade, classe de idade no diagnóstico.

Esse procedimento foi necessário uma vez que o sistema APAC-ONCO não contemplava todas as informações necessárias para a execução da pesquisa e, também, não se conhecia a confiabilidade das informações contidas nas APAC. Dessa forma, todas as informações relativas às intervenções praticadas e às características demográficas das pacientes foram obtidas a partir dos prontuários.

Do total de prontuários selecionados para a amostra, não houve substituição por perda de prontuários, mas houve três casos de substituição. Um deles foi decorrente de cadastramento errado da variável sexo (masculino como feminino). As demais substituições foram porque não constava qualquer informação nos prontuários que comprovasse atendimento nas unidades, apesar de o banco de dados que gerou a amostra ter sido proveniente de faturamento no SUS.

Para construção de variáveis, tomou-se como base as Portarias ministeriais nº 3.535¹ e nº 113,³ que propuseram modificações na forma de credenciamento

Tabela 1 - Distribuição da amostra por unidade credenciada, tipo da unidade e município. Rio de Janeiro, 1999-2002.

Município	Tipo unidade	Pacientes no cadastro	Tamanho da amostra
Campos	UI	439	12
Campos	CACON	182	5
Itaperuna	CACON	117	4
Magé	UI	30	1
Mesquita	UI	162	5
Niterói	CACON	31	1
Nova Iguaçu	UI	396	11
Petrópolis	UI	462	13
Rio de Janeiro	CACON	7.318	209
Rio de Janeiro	CACON	541	15
Rio de Janeiro	CACON	99	3
Rio de Janeiro	CACON	459	13
Rio de Janeiro	CACON	81	2
Teresópolis	UI	111	3
Volta Redonda	UI	434	13
Total		10.862	310

Fonte: Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) - quimioterapia
CACON: Centros de Alta Complexidade em Oncologia
UI: Unidades Isoladas

Tabela 2 - Distribuição das variáveis assistenciais de processo e das pacientes em tratamento do câncer de mama por tipo de unidade e existência de plano de saúde (N=310). Rio de Janeiro, 1999-2002.

Variável	Total		CACON		UI com Plano		UI sem Plano		χ^2 (p)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tempo entre diagnóstico e início tratamento									0,0584
<6 meses	284	91,6	234	92,8	13	76,5	37	90,2	
≥6 meses	26	8,4	18	7,2	4	23,5	4	9,7	
Uso de hormonioterapia									0,0089
Sim	228	73,5	186	73,8	17	100,0	25	61,0	
Não	82	26,5	66	26,2	0	0,0	16	39,0	
Uso e tipo de hormonioterapia									0,0017
Homonioterapia de 1ª linha	34	10,9	33	13,1	0	0,0	1	2,4	
Homonioterapia de 2ª linha	22	7,1	21	8,3	1	5,8	0	0,0	
Hormonioterapia sem linha	172	55,5	132	52,4	16	94,1	24	58,5	
Sem uso de hormonioterapia	82	26,4	66	26,2	0	0,0	16	39,0	
Cirurgia de mama									0,3746
Sim	262	84,5	209	82,9	17	100,0	36	87,8	
Não	45	14,5	40	15,8	0	0,0	5	12,2	
Ignorado	3	0,9	3	1,2	0	0,0	0	0,0	
Radioterapia									0,9352
Sim	204	65,8	165	65,5	11	64,7	28	68,3	
Não	38	12,3	32	12,7	1	5,8	5	12,2	
Ignorado	68	21,9	55	21,8	5	29,4	8	19,5	
Pacientes em seguimento no final do estudo									0,0237
Sim	200	64,5	168	66,7	13	76,5	19	46,3	
Não	110	35,5	84	33,3	4	23,5	22	53,6	
Natureza jurídica									<0,0001
Pública	228	73,5	228	90,5	0	0,0	0	0,0	
Filantrópica	22	7,1	19	7,5	2	11,8	1	2,4	
Privada	60	19,3	5	1,9	15	88,2	40	97,6	

Fonte: Prontuário e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) - quimioterapia

das unidades oncológicas, e a Portaria nº 3.536,² que determinou a implantação do SIA/APAC-ONCO. Utilizou-se a Ficha de Cadastro Ambulatorial para obtenção dos dados relativos à estrutura das unidades estudadas.

Assim, as variáveis de estrutura investigadas foram o tipo da unidade (UI ou CACON), e a natureza jurídica das unidades. Especificamente, considerou-se nas UI a diferenciação entre pacientes com e sem planos de saúde. As variáveis referentes às intervenções praticadas foram: (1) tempo decorrido entre diagnóstico e início do tratamento; (2) proporção entre a quantidade de procedimentos de primeira e segunda linhas e sem linha de hormonioterapia; (3) realização de cirurgia de mama; e (4) aplicação de radioterapia. As variáveis relativas às características demográficas foram: (1) idade no momento do diagnóstico; e (2) local de moradia/paciente com ou sem serviço oncológico credenciado no seu município de moradia. As variáveis clínicas de interesse foram: (1) estadiamento; (2) graduação histopatológica do tumor; e (3) receptores hormonais de estrogênio e de progesterona. Avaliou-se, também, a situação da paciente ao final do período de observação - 30 de março de 2003.

Com as informações coletadas, procedeu-se à descrição com distribuições percentuais dos dados pelas categorias de interesse, utilizando-se, quando pertinente, o teste de qui-quadrado (χ^2) para avaliar a associação entre variáveis.

Pesquisa aprovada pela Comissão de Estudos Clínicos em 4/4/2003, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA (nº 16/03) e pelo CEP da ENSP/Fiocruz (nº 32/03).

RESULTADOS

No Estado do Rio de Janeiro, o atendimento às pacientes com câncer de mama ocorre predominantemente em instituições públicas (73,5%), localizadas na capital do Estado, e em CACON (81,3%). Uma única unidade atende a quase 70,0% das pacientes com câncer de mama assistidas no SUS, enquanto as UI representam 19,0% dos atendimentos. As quatro instituições públicas universitárias cobrem apenas 6,2% do total de atendimento do Estado.

Ao final do período estudado, 64,5% das pacientes da amostra estavam em seguimento, 26,1% foram a óbito, e os casos restantes distribuíram-se em alta (1,9%), abandono (0,3%), transferência (2,3%) e casos sem informações no prontuário (4,9%). Em relação ao número de óbitos, 79,0% (n=68) ocorreram nos CACON e 21,0% (n=18) nas UI, distribuição semelhante à das proporções de atendimentos entre os dois tipos de unidades.

As Tabelas 2 e 3 mostram a distribuição das variáveis de interesse em relação ao tipo de unidade. Verifica-se na Tabela 2 que todas as mulheres, com plano de saúde, atendidas em UI foram submetidas à cirurgia da mama. Entre as pacientes dos CACON e

Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas e demográficas das pacientes, por tipo de unidade e existência de plano de saúde (n=310). Rio de Janeiro, 1999-2002.

Variável	Total		CACON		UI com Plano		UI sem Plano		χ^2 (p)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Idade no início do tratamento									0,9119
<35 anos	11	3,5	10	3,9	0	0,0	1	2,4	
≥35 anos e <70 anos	244	78,7	198	78,6	14	82,3	32	78,0	
≥70 anos	55	17,7	44	17,5	3	17,6	8	19,5	
Estadiamento*									0,1919
I	27	8,7	18	7,1	4	23,5	5	12,2	
II	123	39,7	99	39,3	8	47,0	16	39,0	
III	98	31,6	84	33,3	1	5,8	13	31,7	
IV	38	12,3	32	12,7	3	17,6	3	7,3	
Ignorado	24	7,7	19	7,5	1	5,8	4	9,8	
Grau histopatológico									0,0328
1	13	4,2	11	4,4	1	5,9	1	2,4	
2	122	39,3	99	39,3	9	52,9	14	34,1	
3	50	16,1	48	19,1	1	5,9	1	2,4	
Ignorado	125	40,3	94	37,3	6	35,3	25	61,0	
CID-O morfológico									0,4284
M85003	265	85,5	215	85,3	15	88,2	35	85,4	
M85203	18	5,8	17	6,7	0	0,0	1	2,4	
Outros	17	5,5	12	4,8	1	5,9	4	9,8	
Ignorado	10	3,2	8	3,2	1	5,9	1	2,4	
Receptor Hormonal									0,0006
Positivo	177	57,1	154	61,1	9	52,9	14	34,1	
Negativo	43	13,9	38	15,1	1	5,9	4	9,8	
Ignorado	90	29,0	60	23,8	7	41,2	23	56,1	
Município de residência									0,0629
Município com serviço	212	68,4	169	67,1	16	94,1	27	65,8	
Município sem serviço	98	31,6	83	32,9	1	5,9	14	34,1	

*Segundo TNM Classificação de Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (UICC)
CID-O: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia

as pacientes sem plano de saúde atendidas em UI, 82,4% e 87,8% foram submetidas à cirurgia de mama, respectivamente. A menor ocorrência da cirurgia de mama nos CACON pode ser devido ao maior percentual de pacientes com diagnóstico avançado da doença.

Do total de mulheres que se encontrava em seguimento ao final do estudo, a menor proporção foram as pacientes sem plano de saúde, tratadas em UI (46,3%), e a maior, as pacientes com planos de saúde de UI (76,5%).

A utilização da hormonioterapia para o tratamento das pacientes foi percentualmente maior do que a não-utilização, independente do tipo de unidade, o que era esperado. Isso deve-se à maior prevalência de receptores hormonais positivos na população feminina em geral, bem como à eficácia dessa terapêutica na diminuição de ocorrência de micro metástase nas pacientes com câncer de mama. Entretanto, os valores acerca da utilização desta terapêutica variaram entre tipo de unidade, correspondendo a 73,8% das pacientes nos CACON, 100,0% das pacientes com plano de saúde nas UI e 61,0% das pacientes sem plano de saúde nas UI (Tabela 3).

Do total das pacientes estudadas, 7,7% delas não foram estadiadas e 40,3% não foram classificadas quanto ao grau histopatológico. Em termos globais, 29,0% não dispunham de informação relativa aos re-

ceptores hormonais. Não obstante, essa informação é importante para a adoção da terapia hormonal adjuvante, que tem uma elevada efetividade na melhoria da sobrevida das pacientes com câncer de mama. Entre pacientes atendidas em CACON, esse índice atingiu 23,8%, e entre pacientes sem planos de saúde atendidas em UI, 56,1%.

O grupo dos estadiamentos com melhores prognósticos (I e II) foi maior nas UI para as mulheres com planos de saúde (70,6%), ficando os CACON com o pior percentual de pacientes diagnosticadas precocemente (46,4%). Entretanto, foi encontrado percentual menor de óbitos nos CACON, quando comparado com as UI, mesmo que proporcionalmente haja um maior número de pacientes tratadas naquelas unidades em fase mais avançada da doença. Quanto ao grau histopatológico, pode ser observado o elevado percentual de "ignorado" em todos os tipos de unidade, destacando-se o valor encontrado entre pacientes não-cobertas por planos privados de saúde, atendidas nas UI (61,0%) (Tabela 3).

O diagnóstico morfológico mais freqüente foi o carcinoma ductal infiltrante (85,5%), seguido do carcinoma lobular "sem outras classificações" (5,8%).

Sobre as características demográficas, observa-se a preponderância de mulheres residentes em municípios com serviço credenciado (68,4%), e com idade no iní-

Tabela 4 - Distribuição de algumas variáveis de procedimento e das pacientes com câncer de mama.

Variável	N	%
Código Procedimento Hormonioterapia (APAC)	228	
2903106 – Hormonioterapia 1ª linha	26	11,4
2903107 – Hormonioterapia 2ª linha	15	6,6
2903108 – Hormonioterapia	17	7,5
2911105 – Hormonioterapia	51	22,4
2911107 – Hormonioterapia	37	16,2
2911110 – Hormonioterapia	19	8,3
2912103 – Hormonioterapia	15	6,6
2912106 – Hormonioterapia	48	21,0
Uso de Hormonioterapia em relação aos receptores hormonais	228	
Positivo	157	68,9
Negativo	13	5,7
Ignorado	58	25,4
Pacientes sem cirurgia atendidas em UI segundo o plano de saúde	5	
Com plano de saúde	0	0,0
Sem plano de saúde	4	80,0
Ignorado quanto ao plano	1	20,0
Pacientes sem cirurgia em relação ao estadiamento*	45	
II	1	2,2
III	17	37,8
IV	25	55,6
Ignorado	2	4,4

Fonte: Prontuários e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) -quimioterapia
*Segundo TNM Classificação de Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer (UICC)

cio do tratamento variando entre 35 a 69 anos (78,7%).

As distribuições da idade no início do tratamento e no diagnóstico apresentaram-se muito semelhantes, com média de 56,3 anos ($\pm 13,3$ de desvio-padrão), e intervalo variando entre 18 e 88 anos. Esse achado reflete o intervalo de tempo relativamente curto observado entre diagnóstico e início do tratamento, correspondendo a uma média de 2,4 meses.

Na população feminina com câncer de mama atendida no SUS, 43,9% tiveram o diagnóstico em estádios avançados onde a perspectiva de cura não é mais viável. Excluindo os casos com estádios ignorados, o percentual cresce para 47,6% (Tabela 3).

Entre as mulheres tratadas com hormonioterapia (73,5%), os códigos 2911105 (22,4%) e 2912106 (21,0%), com descrições relacionadas respectivamente ao tratamento de pacientes com estadiamento II e III, foram os mais prevalentes (Tabela 4). A proporção dos estádios mais freqüentes nessa amostra também seguiu essa seqüência.

Em relação às pacientes que não foram submetidas à cirurgia, a maior proporção era de pacientes com estágio IV (55,6%), casos em que o protocolo não indica necessariamente a realização deste procedimento. No entanto, as informações levantadas não confirmam se o diagnóstico foi tardio ou se o estadiamento foi alterado quando a paciente buscou atendimento a uma recidiva. Contudo, houve 18 casos de ausência de cirurgia nos estadiamentos II (2,2%) e III (37,8%). Além disso, no grupo de mulheres atendidas em UI que não realizaram cirurgia, a maioria não tinha plano privado de saúde (80,0%) (Tabela 4).

A Tabela 4 também mostra que 25,4% das pacientes que usaram a hormonioterapia não tinham o conhecimento da resposta hormonal, e que outras 5,7% usaram a hormonioterapia com receptores hormonais negativos, ou seja 31,1% de hormonioterapia não indicada pelo protocolo.

DISCUSSÃO

Apesar de no Estado do Rio de Janeiro haver abundante pluralidade de serviços complexos na área oncológica em decorrência de sua história, houve concentração dos atendimentos de câncer de mama feminina em apenas uma única unidade. Essa concentração não era esperada devido ao tipo de câncer estudado não ser raro. Além disso, com exceção de um, os demais hospitais universitários credenciados não atenderam sequer 1% das mulheres com câncer de mama no RJ. Outros dois hospitais não chegam a 1% do atendimento.

Aos institutos e hospitais universitários cabe a maior responsabilidade pela formação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam no sistema de saúde brasileiro. Também, a realização ou participação em pesquisas que auxiliem o País no aprimoramento de sua política de saúde. Assim, a baixa produtividade nos serviços universitários credenciados no Estado, pode afetar não apenas a assistência, mas também a formação de novos profissionais de saúde na área em questão.

A proporção dos principais fatores prognósticos apresentou, de modo geral, comportamento semelhante a outros estudos. Na população feminina com câncer de mama, há prevalência do carcinoma ductal

infiltrante,^{*,**} do grau histológico moderadamente diferenciado^{*} e dos receptores hormonais positivos.⁶ Em relação ao estadiamento das mulheres no momento do diagnóstico, a maior proporção do estadiamento II e III também foi encontrada em outros estudos brasileiros,^{*,**} sendo, entretanto, bastante superior ao encontrado nos países desenvolvidos.^{9,***}

Embora o câncer de mama tenha desenvolvimento relativamente lento,⁴ o que deveria contribuir para elevar a possibilidade de se estabelecer o diagnóstico ainda em fase precoce, a proporção de diagnóstico em estágio precoce (I) no Estado do Rio de Janeiro foi muito reduzida. Esse fato pode ser reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde com finalidade diagnóstica, da pouca efetividade da política de detecção precoce para o câncer de mama, da baixa produtividade de algumas unidades assistenciais, e da desintegração entre os diversos níveis do sistema, que, em conjunto, acarretam o diagnóstico em estágio avançado dos tumores malignos.

As informações sobre grau histopatológico e receptores hormonais foram as que apresentaram qualidade mais precária dentre as variáveis prognósticas estudadas. As pacientes sem cobertura de plano de saúde privado e com atendimento em UI tiveram os maiores percentuais de 'ignorado', evidenciando a precariedade das informações nos prontuários dessas pacientes.

Em relação ao tratamento do câncer de mama, a maioria das mulheres foi submetida à cirurgia de tumor de mama, à radioterapia e à terapia endócrina adjuvante, preponderantemente, do tipo "sem linha de tratamento". A prevalência desses procedimentos era esperada, de acordo com os protocolos nacionais^{***} e internacionais vigentes,⁵ bem com o perfil de estadiamento no momento do diagnóstico e outras características clínicas.

Acerca da maior proporção da utilização da hormonioterapia sem linha de tratamento, pouco se pode comentar, devido à falta de informação mais precisa do esquema terapêutico utilizado. Apesar de o uso do tamoxifeno ser recomendado devido ao impacto cientificamente comprovado no aumento da sobrevida de pacientes com câncer de mama, não se consegue precisar o esquema terapêutico utilizado, visto que na tabela SUS o tamoxifeno pode ser faturado por mais de um código.

Identificou-se, na população investigada, que a utilização da hormonioterapia foi maior entre pacientes com plano de saúde do que entre pacientes sem plano de saúde em UI. Além disso, as pacientes de UI sem plano de saúde foram as que, proporcionalmente, menos tiveram os seus receptores hormonais investigados. Porém, o SUS exige capacidade de realização (direta ou por meio de referência) desse tipo de exame para o credenciamento de unidades oncológicas e para cobrir o custo da hormonioterapia. Observa-se, portanto, que as regras do SUS não estão sendo seguidas, principalmente pelas UI.

Ainda em relação à adoção da terapia hormonal para o tratamento do câncer de mama, a hormonioterapia foi empregada em pacientes com receptor hormonal negativo, a despeito das recomendações do SUS e, sobretudo, dos protocolos nacionais^{****} e internacionais.⁵ Esses protocolos preconizam só utilizar a hormonioterapia para as pacientes com receptores de estrogênio e/ou receptores de progesterona positivos. Sabe-se que a utilização de uma terapêutica desnecessária e/ou não recomendada implica exposição a efeitos colaterais e riscos relacionados à terapêutica, bem como desperdício de recursos.

O perfil de uso de intervenção terapêutica variou consideravelmente entre pacientes com e sem plano de saúde em UI, estando entre as últimas as maiores proporções de não uso das intervenções analisadas.

O fato de a maioria das pacientes não submetidas à cirurgia de tumor de mama corresponder à clientela de UI sem plano de saúde pode indicar dificuldade de acesso. Isso pode ser decorrente da não-disponibilidade de todos os recursos necessários para o tratamento do câncer de mama nessas unidades e da dificuldade de efetivar as referências formalizadas nos processos administrativos. Diversos fatores podem contribuir para a criação de barreiras de acesso aos serviços de saúde e condicionar piores resultados a esses pacientes.⁷

A análise do uso de intervenções terapêuticas na população estudada também mostrou que algumas intervenções recomendadas e com eficácia documentada foram subutilizadas (radioterapia, hormonioterapia, cirurgia para estadiamentos recomendados). Por outro lado, outras desaconselhadas (hormonioterapia para pacientes com RH negativos) foram utilizadas.

*Abreu E. Câncer de mama feminino em Goiânia: análise de sobrevida em dez anos na coorte diagnosticada em 1988-90 [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?ID=343327> [20 out 2005]

**Pereira WMM. Mortalidade e sobrevida por câncer de mama, no Estado do Pará [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. Disponível em: http://www.universia.com.br/html/materia/materia_haei.html [20 out 2005]

***American Cancer Society. Cancer: facts & figures, 2002. Available from: <http://www.cancer.org> [2004 Jan 10]

****Barros ACS, Barbosa EM, Gebrim LH. Projeto diretrizes: diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, editores. Disponível em: <http://www.amb.org.br> [6 jan 2004]

Como proposta para superar os problemas apresentados, sugere-se a soma de estratégias, visando à prestação de serviços integrados por unidades já cadastradas no SUS. Devido ao tipo de câncer estudado necessitar de tratamento complexo envolvendo vários recursos assistenciais e de alto custo, esses achados podem contribuir, em aspectos gerais, para o aprimoramento da política de assistência ao câncer de mama no SUS. Além disso, eles apontam para diversas formas de atuação, no sentido de melhorar as discrepâncias regionais encontradas no Estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se, por fim, a importância de realizar outros estudos que gerem novos conhecimentos e aprofundem a discussão neste campo.

ramento da política de assistência ao câncer de mama no SUS. Além disso, eles apontam para diversas formas de atuação, no sentido de melhorar as discrepâncias regionais encontradas no Estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se, por fim, a importância de realizar outros estudos que gerem novos conhecimentos e aprofundem a discussão neste campo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria GM n. 3535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece uma rede hierarquizada dos centros que prestam assistência oncológica e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção I, n. 169, p. 75-77.
2. Brasil. Portaria GM n. 3536, de 2 de setembro de 1998. Determina a implantação do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção I, n. 169, p. 77-83.
3. Brasil. Portaria SAS n. 113, de 31 de março de 1999. Cria a possibilidade de credenciamento de UI de radioterapia e quimioterapia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 abr. 1999. Seção T, n. 62-E, p. 11-12.
4. Clark GM. Prognostic and predictive factors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, editors. Diseases of breast. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 1996. p. 461-70.
5. Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD, Coates AS, Senn HJ. Meeting highlights: international consensus panel on the treatment of primary breast cancer. *J Clin Oncol* 2001;19(18):3817-27.
6. Habel LA, Stanford JL. Hormone receptors and breast cancer. *Epidemiol Rev* 1993;15(1):209-17.
7. Hewitt M, Simone JV, editors; Institute of Medicine. *Ensuring quality cancer care*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
8. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2003. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
9. Sant M, Allemani C, Berrino F, Coleman MP, Aareleid T, Chaplain G, et al. Breast carcinoma survival in Europe and the United States. *Cancer* 2004;100(4):715-22.
10. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2th ed. Geneva; 2002.