Perfil de internações do Sistema Único de Saúde por câncer da mama em mulheres idosas no Brasil

Profile SUS admissions for breast cancer in older women in Brazil

Shirley Suely Soares Veras Maciel[1], Ana Paula dos Santos Albuquerque[2], Laura Gonçalves Mendes de Oliveira[3], Rosimere Ferreira Barbosa[3], Wilza Jéssica Alves Cavalcanti[3], Larissa Paula Machado Lins[3], Laurena de Vasconcelos Sobral[4]

RESUMO

Introdução: O câncer da mama em idosas provoca impactos significantes sobre as taxas de morbimortalidade e apresenta repercussões econômicas consideráveis na sociedade, resultando em gastos com os serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi descrever a frequência do câncer da mama a partir de 60 anos nas capitais e nas grandes regiões brasileiras. **Métodos:** Estudo de base populacional descritivo do câncer de mama em idosas, no Brasil, no triênio 2009-2011, utilizando o Sistema de Informações Hospitalares SIH/SUS com dados foram oriundos das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). **Resultados:** Os percentuais de idosas com câncer de mama internadas no SUS aumentaram nas capitais brasileiras. Houve uma variação de 0,6% apresentando câncer da mama como diagnóstico principal. O maior incremento de casos ocorreu em Boa Vista, Vitória e Curitiba, e a maior queda percentual em Rio Branco, Aracaju, Palmas e Cuiabá. Cerca de 1,2% dos gastos totais com a internação por câncer da mama em idosas no Brasil foi da ordem de R$ 6.083.625,00 em 2009, R$ 6.506.352,00 em 2010, e R$ 6.954.573,00 em 2011. **Conclusões:** Câncer de mama em idosas gera um alto custo para o SUS, com cinco capitais apresentando aumento no número de internações.

UNITERMOS: Neoplasias da Mama, Idoso, Epidemiologia, Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: *Breast cancer in elderly women causes significant impacts on morbidity and mortality rates and has considerable economic impact on society, resulting in high spending with health services. The aim of this study was to describe the frequency of breast cancer from 60 years of age in the capitals and main regions of Brazil.* ***Methods:*** *A population-based descriptive study of breast cancer in older women in Brazil in the 2009-2011 period, using the SIH/SUS Hospital Information System with data coming from the Hospital Admissions Registry (AIHs).* ***Results:*** *The percentage of elderly women hospitalized by SUS for breast cancer increased in the Brazilian capitals. There was a 0.6 % growth of breast cancer as the primary diagnosis. The largest increases in cases occurred in Boa Vista , Curitiba and Vitória and the largest percentage drops were in Rio Branco , Aracaju , Palmas and Cuiabá. About 1.2% of total expenditure on hospitalizations for breast cancer in elderly women in Brazil amounted to R$ 6,083,625.00 in 2009, R$ 6,506,352.00 in 2010 and R$ 6,954,573,00 in 2011.* ***Conclusions:*** *Breast cancer in elderly women generates a high cost to the SUS, with five capitals showing an increase in the number of hospitalizations.*

KEYWORDS: Breast Neoplasms, Elderly, Epidemiology, Health Status Indicators.

[1] Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professora da Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP/DeVry), Caruaru, PE.
[2] Mestranda em Hebiatria pela UPE. Professora da FAVIP/DeVry.
[3] Enfermeira graduada pela FAVIP/DeVry, Caruaru, PE.
[4] Especialista em Enfermagem do Trabalho. Responsável técnica pelo Centro de Especialidade Odontológica e Centro de Material e Esterilização da Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), Caruaru, PE.

INTRODUÇÃO

Estudos anteriores apontam o câncer da mama como um problema de saúde pública, principalmente nos países desenvolvidos e no Brasil (1), bem como uma importante causa de mortalidade e morbidade entre as mulheres brasileiras (2, 3) e que, nos últimos anos (2), sua incidência tem aumentado progressivamente no Brasil.

Além disso, de acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (4), no Brasil suas taxas de mortalidade continuam elevadas, provavelmente porque a doença é ainda diagnosticada em estágios avançados, apesar do Ministério da Saúde recomendar que pacientes a partir dos 40 anos realizem o exame clínico das mamas acompanhado pelo exame mamográfico, assim como para mulheres de 50 e 69 anos é preconizado a cada dois anos.

Tendo em vista a lacuna da integralidade da assistência à mulher idosa, é preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – o atendimento integral e holístico à mulher em todo ciclo vital, além de poder identificar alguns causadores de ordem institucional, cultural e de gênero que as dividem em várias partes a atenção de algumas patologias crônicas e degenerativas, dentre elas a prevenção do câncer da mama (5).

Em termos gerais, existem alguns motivos pelos quais as pessoas idosas não frequentam os serviços de saúde, dentre eles questões relacionadas à gravidade da doença, à automedicação, à qualidade, à distância e aos custos dos serviços; quando analisados os idosos que possuem baixa renda, os motivos primordiais se referem no achar que a doença não é grave, depois se queixam da distância e da qualidade dos serviços de saúde (6), bem como em outro estudo os autores (3) dizem que, mesmo com o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos, os programas de rastreamento para câncer da mama nem sempre se mostram custos-efetivos.

São gastos que aumentam de forma acelerada com o envelhecimento populacional, por resultarem em maior permanência no hospital, através de tratamentos e internamentos mais complexos devido a problemas simultâneos de saúde que envolvem as faixas etárias de pacientes com um ano de vida e idosos a partir dos 60 anos, sendo considerado como os índices de elevados gastos da população brasileira (7).

Diante desse contexto e da necessidade de mudar o perfil atual do câncer no Brasil, é imprescindível que haja estímulo à busca de informações precisas e de qualidade, visando subsidiar a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, as quais reduzam danos, taxas de mortalidade e gastos públicos.

Portanto, o presente estudo descreve a situação do câncer da mama a partir de 60 anos por faixa etária para as Capitais Brasileiras, as Grandes Regiões e para o Brasil, no triênio 2009-2011, dando ênfase à situação de alguns Indicadores Epidemiológicos estabelecidos nas idosas brasileiras, Indicadores Demográficos, Indicadores de Mortalidade, Indicadores de Recursos, Indicador de Cobertura e Indicador de Assistência.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de base populacional descritivo para câncer da mama em idosas, nas capitais do Brasil, no triênio 2009-2011. Os casos de câncer da mama foram representados pelos casos de câncer da mama nas idosas notificadas pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a unidade de observação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo classificado idoso o indivíduo com idade de 60 anos ou mais, conforme o Estatuto do Idoso do Brasil (8).

Os dados relativos às internações foram coletados por meio dos arquivos do tipo reduzidas da AIH, as quais contêm os dados relativos às AIHs pagas. Os dados da população também foram coletados no mesmo sítio, sendo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – http://www.ibge.gov.br) a fonte de informações. A seleção do desfecho de interesse foi realizada com base no diagnóstico principal com três dígitos (CID-10: C50).

Os bancos de dados foram criados considerando-se as variáveis de interesse para a construção dos Indicadores Demográficos, de Mortalidade, de Recursos, de Cobertura e de Assistência para câncer da mama em idosas brasileiras, por Capitais Brasileiras, Grande Região e para o Brasil.

E dos três últimos anos disponíveis no SIH do sítio do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (http://www.datasus.gov.br), por meio do tabulador de dados da internet (TabNet) – 2009, 2010 e 2011 –, foram selecionados para a melhor compreensão do perfil das internações por câncer da mama ao longo do tempo.

Os procedimentos estatísticos foram transferidos do TabNet para o Programa Microsoft Excel® versão 2010 para obtenção e análise dos Indicadores Demográficos, de Mortalidade, de Recursos, de Cobertura e de Assistência.

Os Indicadores Demográficos foram proporção de idosas na população = (número de idosas na população/total população x 100); proporção de idosas internadas no SUS = (número de idosas internadas SUS/total internações SUS) x 100; proporção de idosas internadas no SUS por câncer da mama = (número de idosas internadas SUS por câncer da mama/total internações de idosas no SUS) x 100; proporção de idosas internadas no SUS por câncer da mama por faixa etária = (número de internação de idosas SUS por câncer da mama por faixa etária/total internação idosas no SUS por câncer da mama) x 100.

Os Indicadores de Mortalidade foram distribuição percentual de óbitos por faixa etária para idosas internadas no SUS por câncer da mama = (número de idosas internadas SUS por câncer da mama com morte por faixa etária/total internação idosas no SUS por câncer da mama) x 100; taxa de mortalidade em idosas internadas por câncer da mama no SUS = (número de idosas internadas SUS por câncer da mama com morte/total população idosa residente) x 100.000.

Os Indicadores de Recursos foram o percentual de gastos total do SUS para idosas internadas por câncer da mama = (total gasto com internações de idosas no SUS por câncer da mama/total gastos com internações de idosas no SUS) x 100; percentual de gastos com serviços profissionais para idosas internadas no SUS por câncer da mama = (total gastos serviços profissionais para internações idosas no SUS por câncer da mama/total gasto com internações idosas por câncer da mama no SUS) x 100.

Os Indicadores de Cobertura foram proporção de pacientes internadas em cidades fora do seu município de residência no ano de 2011 para o Brasil = (número de idosas internadas no SUS por câncer da mama fora do município de residência/total internação idosas no SUS por câncer da mama) x 100.

Os Indicadores de Assistência foram tempo de internação de idosos por câncer da mama em 2011 para o Brasil = (tempo de internação de idosas no SUS por câncer da mama/total de internação de idosas no SUS por câncer da mama) x 100.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o protocolo de estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Favip, sob o protocolo nº 000116/2012, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os percentuais de idosas na população brasileira, de idosas internadas pelo SUS, bem como aquelas internadas pelo SUS com diagnóstico principal de câncer da mama, por ano, variação percentual das Capitais Brasileiras, entre o período 2009-2011. Nota-se que a porcentagem de idosas na população brasileira cresceu. Os percentuais de idosas internadas no SUS aumentaram para as capitais brasileiras. Nos três anos estudados, houve uma variação de 0,6% das idosas internadas no Brasil que apresentaram câncer da mama como diagnóstico principal. O maior incremento de casos ocorreu em Boa Vista, Vitória e Curitiba, e a maior queda percentual em Rio Branco, Aracaju, Palmas e Cuiabá. Entretanto, chama-se a atenção para o incremento elevado observado em Rio Branco.

Ressaltam-se também os valores percentuais, sempre superiores a 30,0%, registrados nas capitais da Região Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte), Nordeste (Natal, João Pessoa e Aracaju) e em Porto Alegre, sul do país.

Os percentuais e a variação percentual das internações de idosas por câncer da mama no período de 2009-2011 por faixa etária estão expostos na Tabela 2. Os resultados mostram que, apesar de haver aumento no percentual de internação de idosas por câncer da mama relacionado à maior faixa etária, não houve incremento destes percentuais para o Brasil de 2009 para 2011.

No Brasil, a proporção do desfecho morte aumentou com o avanço da faixa etária nos três anos estudados. O maior percentual de óbitos para idosas internadas com câncer da mama foi registrado no Centro-Oeste no ano de 2010 (Tabela 3).

A Tabela 4 traz as taxas de mortalidade de idosas internadas no SUS com diagnóstico principal de câncer da mama (por 100.000 idosas) por faixa etária. A taxa de mortalidade por câncer da mama foi maior para a faixa etária de 70 a 79 anos nos três anos estudados para o Brasil e suas grandes regiões. As taxas de mortalidade das idosas internadas por câncer da mama de modo geral foram maiores na região Sudeste do Brasil, excetuando o ano de 2010, em que a maior taxa de mortalidade foi na região Sul.

As proporções de gastos relacionados à internação por câncer da mama em idosas estão descritas na Tabela 5. Os gastos totais com a internação por esta causa em idosas no Brasil foram da ordem de R$ 6.083.625,00 em 2009, R$ 6.506.352,00 em 2010, e R$ 6.954.573,00 em 2011, mostrando que cerca de 1,2% dos gastos com internação de idosas foi devido ao câncer da mama. Os gastos destas internações com profissionais aumentaram ao longo dos anos estudados, somando R$ 72.897.532,00 em 2009, R$ 81.379.757,00 em 2010 e R$ 98.531.587,00 em 2011. Houve um discreto aumento da proporção de gastos hospitalares para o Brasil de 2009 para 2011.

DISCUSSÃO

O presente artigo trouxe dados nacionais recentes que permitiram avaliar o comportamento das internações por câncer da mama em idosas para todo o Brasil, no triênio selecionado. Dessa forma, descreve pela primeira vez quem são as idosas brasileiras que mais internaram por câncer da mama e por faixa etária, além de abranger dados sobre gastos, mortalidade e internação hospitalar.

Cabe questionar, contudo, as possíveis subnotificações de casos relacionados tanto às idosas brasileiras que sofrem câncer da mama e ficam sem atendimento e/ou déficit do mesmo, principalmente quando estas se encontram no estágio terminal da doença e optam por vir a falecer na própria residência, como também à escassez de estudos que enfoquem especificamente a morbidade e mortalidade hospitalar em idosas.

A incidência de internação por câncer decresce à medida que aumenta a faixa etária da população idosa, em função do menor contingente populacional nas faixas populacionais mais idosas (9). Porém, no que se refere às internações por câncer da mama, foi possível observar que o aumento do percentual de internação está relacionado à faixa etária mais elevada e que este aumento é condizente com a literatura, visto que dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA (10) mostram que a idade ainda continua sendo o principal fator de risco para o câncer da mama, porque suas taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, após essa idade, elas continuam aumentando, mas de forma lenta e gradual.

A frequência com que ocorre o câncer da mama em mulheres com menopausa é nove vezes mais do que em mulheres jovens, alcançando um percentual de 80%, visto

Tabela 1 – Proporções de idosas na população brasileira, de idosas internadas pelo SUS e de idosas internadas pelo SUS com diagnóstico principal de câncer da mama, por ano, variação percentual e capitais brasileiras. Brasil, 2009-2011.

Capital	Idosas na População (%)			Variação (%)	Idosas Internadas (%)			Variação (%)	Idosas Internadas por Câncer de Mama (%)			Variação (%)
	2009	2010	2011		2009	2010	2011		2009	2010	2011	
Norte												
Porto Velho	5,8	5,8	5,8	0,0	6,7	7,6	7,8	16,4	23,3	22,2	22,6	-3,0
Rio Branco	6,2	6,7	6,7	8,1	7,6	8,3	9,6	26,3	23,8	28,8	9,5	-60,1
Manaus	5,9	6,6	6,6	11,9	9,3	8,6	9,2	-1,1	28,3	24,3	23,7	-16,3
Boa Vista	4,6	5,3	5,3	15,2	5,5	6,5	5,1	-7,3	19,0	29,5	33,3	75,3
Belém	9,3	10,6	10,6	14,0	9,6	10,1	11,3	17,7	28,1	25,6	31,6	12,5
Macapá	5,0	5,5	5,5	10,0	6,8	6,6	6,4	-5,9	22,6	11,4	18,4	-18,6
Palmas	3,4	4,2	4,2	23,5	10,7	10,2	9,5	-11,2	30,4	14,7	23,6	-22,4
Nordeste												
São Luís	7,3	8,5	8,5	16,4	10,2	10,7	11,8	15,7	27,3	25,1	27,2	-0,4
Teresina	7,5	9,3	9,3	24,0	16,2	15,0	15,0	-7,4	27,2	26,5	28,9	6,2
Fortaleza	9,5	11,1	11,1	16,8	17,3	15,8	16,4	-5,2	26,2	28,6	28,6	9,2
Natal	10,6	11,9	11,9	12,3	15,4	17,8	18,1	17,5	33,7	40,6	35,8	6,2
João Pessoa	10,4	11,8	11,8	13,5	17,4	18,4	18,4	5,7	34,6	34,7	39,7	14,7
Recife	12,4	13,9	13,9	12,1	18,1	19,0	19,7	8,8	24,5	26,7	26,5	8,2
Maceió	8,2	9,6	9,6	17,1	9,2	8,4	10,3	12,0	31,1	21,9	25,2	-19,0
Aracaju	9,9	10,3	10,3	4,0	11,6	11,0	10,4	-10,3	34,5	31,7	24,4	-29,3
Salvador	9,3	10,7	10,7	15,1	15,7	15,4	17,2	9,6	28,5	29,5	28,2	-1,1
Sudeste												
Belo Horizonte	13,3	14,3	14,3	7,5	19,1	20,4	20,5	7,3	36,2	31,9	33,0	-8,8
Vitória	13,0	13,5	13,5	3,8	16,1	17,0	18,6	15,5	23,2	29,2	28,2	21,6
Rio de Janeiro	16,9	17,1	17,1	1,2	19,7	20,6	20,2	2,5	39,0	39,1	40,7	4,4
São Paulo	12,8	13,5	13,5	5,5	18,8	19,9	20,3	8,0	38,0	34,9	36,8	-3,2
Sul												
Curitiba	11,8	12,8	12,8	8,5	16,8	16,8	16,6	-1,2	28,1	31,3	32,5	15,7
Florianópolis	12,2	12,8	12,8	4,9	14,0	14,2	14,2	1,4	28,5	26,8	31,7	11,2
Porto Alegre	16,8	17,5	17,5	4,2	20,9	21,8	21,9	4,8	33,2	33,9	35,4	6,6
Centro-Oeste												
Campo Grande	10,1	10,8	10,8	6,9	15,4	16,1	16,7	8,4	26,7	27,7	28,8	7,9
Cuiabá	8,3	8,8	8,8	6,0	12,3	13,1	13,4	8,9	26,2	24,7	21,2	-19,1
Goiânia	10,0	10,6	10,6	6,0	17,2	18,0	17,6	2,3	28,3	23,8	26,7	-5,7
Brasília	7,9	8,4	8,4	6,3	11,7	12,9	13,7	17,1	29,1	26,1	27,5	-5,5
Brasil	11,6	12,4	12,4	6,9	16,0	16,5	16,9	5,6	32,1	31,7	32,3	0,6

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) /Departamento de Informática do SUS (http://www.datasus.gov.br).

que as mesmas apresentam características clínicas, patológicas e imuno-histoquímicas desfavoráveis se comparadas às mulheres mais velhas (11). Ressalta-se que grande parte do desenvolvimento desse câncer em idosas é secundária a diversos fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama e alta densidade do tecido mamário, que estão bem estabelecidos e ocorrem mais nas faixas etárias mais avançadas, as quais apresentam maiores complicações de saúde (10).

Em termos proporcionais, observou-se que em algumas capitais este tipo de câncer se manteve acima dos 30%, independentemente do período estudado, o que é ratificado nas estimativas do INCA (12), onde se verifica que, entre as capitais brasileiras, a cidade do Rio de Janeiro responde por 51,5% dos casos deste câncer do estado e Aracaju por 48,6% de Sergipe.

Segundo o INCA (13), em um estudo realizado com todas as unidades federativas, na busca de registros de incidência e mortalidade de câncer da mama, verificou-se que nas capitais divulgadas houve crescimento ou o padrão se manteve estável quanto à incidência de câncer da mama em seis delas. Em Fortaleza (1990 a 2006) e Recife (1996

Tabela 2 – Proporção de idosas internadas no SUS com diagnóstico principal de câncer da mama por ano, faixa etária e capitais brasileiras e variação percentual destas internações, por faixa etária e capitais brasileiras de 2009 a 2011. Brasil, 2009-2011.

Capital	2009 Faixa Etária (anos)			2010 Faixa Etária (anos)			2011 Faixa Etária (anos)			Variação Percentual (2009-2011) Faixa Etária (anos)		
	60-69	70-79	80 e +	60-69	70-79	80 e +	60-69	70-79	80 e +	60-69	70-79	80 e +
Norte												
Porto Velho	85,7	14,3	-	60,0	40,0	-	75,0	25,0	-	-12,5	74,8	-
Rio Branco	53,3	46,7	-	76,5	17,6	5,9	42,9	28,6	28,6	-19,5	-38,8	-
Manaus	68,5	27,8	3,7	60,7	32,6	6,7	55,7	33,0	11,4	-18,7	18,7	208,1
Boa Vista	75,0	25,0	-	73,9	13,0	13,0	84,6	15,4	-	12,8	-38,4	-
Belém	54,6	40,7	4,6	65,6	27,8	6,7	65,5	28,2	6,4	20,0	-30,7	39,1
Macapá	71,4	-	28,6	80,0	20,0	-	44,4	22,2	33,3	-37,8	-	16,4
Palmas	76,2	-	-	72,7	18,2	9,1	84,6	7,7	7,7	11,0	-	-
Nordeste												
São Luís	53,0	35,0	12,0	55,4	36,6	7,9	66,7	24,3	9,0	25,8	30,6	-25,0
Teresina	45,2	46,6	8,2	58,9	33,8	7,3	60,8	26,6	12,7	34,5	-42,9	54,9
Fortaleza	56,3	30,5	13,2	61,7	27,4	10,9	60,2	29,7	10,0	6,9	-2,6	-24,2
Natal	57,4	30,7	11,9	45,9	36,8	17,3	59,9	28,7	11,4	4,4	-6,5	-4,2
João Pessoa	55,1	34,7	10,2	49,3	40,3	10,4	54,6	30,1	15,3	-0,9	-13,3	50,0
Recife	58,1	29,8	12,1	58,2	33,1	8,8	58,6	29,1	12,2	0,9	-2,3	0,8
Maceió	82,6	10,9	6,5	60,0	30,0	10,0	57,1	33,8	9,1	-30,9	210,1	40,0
Aracaju	46,5	41,9	11,6	63,4	29,6	7,0	57,4	36,2	6,4	23,4	-13,6	-44,8
Salvador	54,9	30,3	14,8	52,2	33,7	14,1	58,7	28,7	12,6	6,9	-5,3	-14,9
Sudeste												
Belo Horizonte	59,9	30,9	9,1	52,3	33,3	14,3	53,1	29,2	17,7	-11,4	-5,5	94,5
Vitória	56,1	31,6	12,3	60,0	28,7	11,3	52,2	35,2	12,6	-7,0	11,4	2,4
Rio de Janeiro	52,1	34,6	13,3	52,9	33,5	13,7	55,7	31,6	12,7	6,9	-8,7	-4,5
São Paulo	54,5	31,9	13,7	54,1	30,5	15,3	56,8	29,1	14,1	4,2	-8,8	2,9
Sul												
Curitiba	60,3	32,3	7,4	57,5	34,6	8,0	66,3	26,3	7,4	10,0	-18,6	0,0
Florianópolis	59,6	25,3	15,2	58,3	30,8	10,8	66,9	23,4	9,7	12,2	-7,5	-36,2
Porto Alegre	63,0	28,6	8,4	54,5	36,3	9,2	60,0	31,2	8,8	-4,8	9,1	4,8
Centro-Oeste												
Campo Grande	59,5	31,6	8,9	54,7	30,2	15,1	59,8	26,1	14,1	0,5	-17,4	58,4
Cuiabá	68,0	22,7	9,3	58,2	31,3	10,4	53,2	37,1	9,7	-21,8	63,4	4,3
Goiânia	64,1	31,4	4,5	71,8	21,2	7,1	65,4	27,7	6,9	2,0	-11,8	53,3
Brasília	56,5	30,5	13,0	58,0	21,5	20,4	58,2	31,3	10,4	3,0	2,6	-20,0
Brasil	56,6	31,9	11,5	55,4	32,0	12,5	58,1	29,6	12,2	2,7	-7,2	6,1

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Departamento de Informática do SUS (http://www.datasus.gov.br).

a 2005), não houve alteração. O índice cresceu, no entanto, em Porto Alegre (+3,6% de 1993 a 2005), João Pessoa (+3,8% de 1999 a 2006), Aracaju (1996 a 2006) e Goiânia (ambos com +3%); já em São Paulo, há um decréscimo significativo de aproximadamente 2% ao ano tanto para incidência quanto para a mortalidade. Observa-se, porém, em uma análise da série histórica (1979 a 2009), que houve acréscimo significativo nas taxas de mortalidade para o Brasil de cerca de 1% ao ano.

No município de Goiânia-GO, ocorreu um crescente aumento de casos novos entre as moradoras da cidade, nos anos de 1989 a 2003 (14). Todavia, foi verificada tendência de incremento das taxas de mortalidade por esse câncer nas três faixas etárias, em ambas as regiões, com incremento médio anual mais alto na região Sul (15), à semelhança dos achados de Wünsch Filho e Moncau (16), e tendência semelhante para mulheres de 20 a 59 anos de idade em municípios da Baixada Santista (17).

Os achados do presente estudo sobre os incrementos de casos de câncer da mama foram comparados a estudos que trabalharam com taxas de incidência e de mortalidade, verificando-se divergências nos resultados obtidos em

Tabela 3 – Percentual de idosas internadas no SUS com diagnóstico principal e desfecho morte por câncer da mama segundo ano, faixa etária e grande região. Brasil, 2009-2011.

Grande Região	Idosas internadas com câncer da mama com desfecho morte (%)											
	2009 Faixa etária (anos)				2010 Faixa etária (anos)				2011 Faixa etária (anos)			
	60-69	70-79	80 e mais	Total	60-69	70-79	80 e mais	Total	60-69	70-79	80 e mais	Total
Norte	6,2	13,8	30,0	9,6	10,6	8,0	0,0	9,2	13,7	10,2	11,1	12,5
Nordeste	6,7	8,6	6,3	7,3	9,2	10,5	11,9	10,0	10,0	7,3	9,4	9,1
Sudeste	12,1	15,1	17,2	13,8	11,4	13,0	17,4	12,9	11,7	15,1	19,3	13,9
Sul	7,3	6,3	6,9	7,0	9,8	11,6	15,8	11,1	7,1	12,6	17,3	9,6
Centro-Oeste	12,9	15,0	13,2	13,6	14,0	15,5	13,0	14,2	8,5	15,4	11,8	10,9
Brasil	10,2	12,7	13,6	11,5	10,9	12,2	15,5	12,0	10,6	13,1	16,3	12,1

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) /Departamento de Informática do SUS (http://www.datasus.gov.br).

Tabela 4 – Taxas de mortalidade por câncer da mama (por 100.000 idosas) por ano e grande região. Brasil, 2009-2011.

Grande Região	2009 Faixa etária (anos)				2010 Faixa etária (anos)				2011 Faixa etária (anos)			
	60-69	70-79	80 e +	Total	60-69	70-79	80 e +	Total	60-69	70-79	80 e +	Total
Norte	8,9	14,7	13,4	11,3	12,9	7,5	0,0	9,4	15,6	9,2	7,3	12,5
Nordeste	9,3	15,7	9,0	11,2	13,6	16,1	12,2	14,2	16,3	10,2	11,3	13,6
Sudeste	20,6	26,1	22,0	22,6	18,3	20,9	24,2	20,2	20,3	24,4	26,2	22,6
Sul	14,9	10,8	9,1	12,7	18,1	25,8	18,9	20,6	17,9	24,5	18,8	20,1
Centro-Oeste	17,6	21,8	14,7	18,4	17,3	14,7	17,9	16,6	11,6	21,2	11,8	14,4
Brasil	16,5	21,4	17,2	18,1	16,8	19,0	19,3	17,9	18,0	20,0	20,1	19,0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) /Departamento de Informática do SUS (http://www.datasus.gov.br).

2006 (18), nos quais os autores citam as capitais brasileiras de maior incidência São Paulo, com 6.170 casos novos, Rio de Janeiro, com 1.230 casos, e Porto Alegre, com 1.170 casos. Mas que os dados de 2006 do INCA (4) apontam altas taxas de mortalidade por câncer de mama, no Brasil, em Curitiba (19,9 por 100 mil), e as menores taxas em capitais da Região Norte do país, como Rio Branco (5,7 por 100 mil mulheres). E no que se refere à mortalidade hospitalar nas regiões brasileiras, no triênio 2002-2004, observou-se que a taxa de mortalidade por câncer da mama foi de 10,44 mortes por 100 mil mulheres, sendo as taxas mais elevadas encontradas na região Sudeste, existindo diferenças entre as taxas extremas (Sudeste e Norte) de 3,8 vezes (19).

O presente estudo condiz com o estudo recentemente realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (13) com dados dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Hospitalar de Câncer (RHC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em que é relatado que as taxas de mortalidade variaram de 4 a 17 por 100 mil mulheres, no período de 2005 a 2009, sendo as maiores taxas registradas no Sul e Sudeste, porém, observa-se que o padrão da mortalidade é similar ao da incidência, pois as taxas apresentadas nos estados da região Sul são mais elevadas, sendo estas menores nos estados da região Norte (variando de 3,90 a 7,69 por 100 mil mulheres); já na região Nordeste, mais uma vez, os estados apresentam padrão diferenciado.

Já a redução do incremento de câncer da mama em Rio Branco verificada nas mulheres idosas deste estudo diverge da tendência de aumento constatada em um estudo (20) também realizado em mulheres desta capital por meio de taxas de mortalidade, no qual os autores citam que, apesar de não ser constante, este aumento pode estar relacionado ao envelhecimento populacional, visto que as pessoas estão expostas a substâncias químicas, como o uso de hormônios exógenos, pesticidas, entre outros. Assim como o aumento da prevalência da obesidade (21) e fatores dietéticos (22) podem também estar desempenhado um papel na recente tendência ascendente da mortalidade por câncer da mama.

Um fator limitante do estudo para avaliar os gastos hospitalares é que não se distinguiram, nos casos de mortalidade por câncer da mama, quais pacientes receberam tratamento cirúrgico e quais não receberam, além de que o tempo entre a internação e o óbito não foi computado, assim não se pode afirmar quanto tempo após a internação ocorreu a morte da paciente.

O custo direto com hospitalização para tratamento do câncer da mama e gastos com os profissionais envolvidos totalizaram mais de dezenove milhões de reais. Consequen-

Tabela 5 – Percentuais de gastos de internações de idosas no SUS com diagnóstico principal de câncer da mama, por ano, valor total, valor profissional, valor hospitalar segundo as capitais brasileiras. Brasil, 2009-2011.

Capital	Ano da Internação								
	2009			2010			2011		
	Valor Total	Profissional	Hospitalar	Valor Total	Profissional	Hospitalar	Valor Total	Profissional	Hospitalar
Norte									
Porto Velho	0,9	1,4	0,8	0,5	0,7	0,5	0,3	0,5	0,3
Rio Branco	0,9	1,6	0,8	0,7	1,2	0,7	0,3	0,4	0,3
Manaus	1,1	1,6	1,0	1,0	1,4	0,9	0,8	1,0	0,8
Boa Vista	0,4	0,6	0,3	1,5	1,6	1,4	0,5	0,6	0,5
Belém	1,1	1,4	1,0	0,8	1,0	0,7	0,9	1,0	0,9
Macapá	0,4	0,8	0,4	0,3	0,5	0,2	0,3	0,6	0,2
Palmas	0,8	1,5	0,7	0,3	0,5	0,3	0,3	0,6	0,2
Nordeste									
São Luís	1,1	1,6	1,0	0,9	1,2	0,8	1,0	1,4	0,9
Teresina	1,4	1,6	1,3	1,4	1,6	1,3	1,5	1,4	1,5
Fortaleza	0,9	1,3	0,8	0,9	1,2	0,8	0,8	1,0	0,7
Natal	1,3	2,0	1,2	1,3	1,7	1,2	1,0	1,3	1,0
João Pessoa	1,2	1,8	1,1	1,1	1,6	1,0	1,1	1,5	1,1
Recife	1,1	1,5	1,1	1,2	1,6	1,1	1,2	1,4	1,2
Maceió	0,7	1,0	0,6	0,5	0,8	0,5	0,8	1,0	0,7
Aracaju	1,0	1,5	0,9	0,9	1,3	0,8	0,5	0,7	0,5
Salvador	2,8	4,7	2,5	3,8	6,4	3,3	3,3	5,2	3,0
Sudeste									
Belo Horizonte	1,1	1,7	1,0	0,9	1,4	0,9	1,0	1,3	0,9
Vitória	1,7	2,4	1,6	2,7	3,3	2,6	3,2	3,9	3,0
Rio de Janeiro	2,2	3,4	2,0	2,0	2,9	1,8	1,9	2,5	1,7
São Paulo	1,0	1,5	0,9	0,8	1,2	0,8	0,8	1,1	0,8
Sul									
Curitiba	1,1	1,5	1,0	1,1	1,4	1,0	1,2	1,4	1,2
Florianópolis	1,8	2,3	1,7	2,4	2,8	2,3	2,1	2,3	2,0
Porto Alegre	0,9	1,4	0,8	0,8	1,2	0,7	1,0	1,2	0,9
Centro-Oeste									
Campo Grande	0,6	0,9	0,5	0,7	1,0	0,7	0,6	1,0	0,6
Cuiabá	1,1	1,8	1,0	0,7	1,1	0,7	0,9	1,3	0,8
Goiânia	0,8	1,3	0,7	0,8	1,2	0,8	0,7	1,0	0,7
Brasília	0,8	1,3	0,7	0,6	1,0	0,6	0,6	0,9	0,6
Brasil	1,2	1,8	1,1	1,2	1,8	1,1	1,2	1,6	1,1

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) /Departamento de Informática do SUS (http://www.datasus.gov.br).

temente, os gastos totais do SUS com este tipo de câncer foram mais elevados. Além disso, a proporção de internações de idosas por câncer da mama no total de internações de idosas no SUS não é igual à proporção de custos com idosas internadas por câncer da mama no total de custos com internações de idosas no SUS, o que pode ser encarado como uma medida de quão cara foi para o SUS esta internação. O custo médio anual com internações hospitalares por câncer da mama no Brasil aparece como o principal gasto dentre os tipos de neoplasias (18), assim como Sasse e Sasse (23) dizem que pacientes com câncer da mama pós-menopausa submetem-se a tratamentos complementares e a tratamentos adjuvantes, que são de custos-efetividade elevados para a rede pública e/ou particular.

A elevação do custo com atenção médico-hospitalar aos idosos não está relacionada diretamente ao aumento do custo dos procedimentos, e, sim, à taxa de utilização, e às medidas de saúde pública que objetivem melhor assistência de cuidado ao idoso, não precisando, basicamente, elevar as despesas com saúde, mas, sim, substituir a quantidade de procedimentos de internação pela qualidade desse serviço, reduzindo, desse modo, as taxas de utilização, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital (24). Além disso, estes autores recomendam que outros fatores devem ser

analisados, entre eles o fato de o SIH/SUS ter sido idealizado para operar o sistema de pagamento de internação nos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência.

Cabe ressaltar que pacientes submetidos a tratamento de quimioterapia e radioterapia se deslocam para municípios distantes de sua procedência, dificultando a forma de vida dos usuários do SUS e gerando mais gastos em função dessa locomoção (25). Assim como instituições públicas precisam ter urgência e corrigir o atraso no diagnóstico da doença, iniciem os tratamentos dos pacientes e os submetam a tratamentos adjuvantes para não prejudicar a vida deles (26).

CONCLUSÕES

Os dados equivalentes às idosas com câncer da mama no período estudado fornecem importante material para a análise e discussão em busca do melhor planejamento para atenção à saúde brasileira, visto que 13 das 26 capitais mais o Distrito Federal que fizeram parte do estudo registraram crescimento nas internações hospitalares, sendo elas Boa Vista, Vitória, Curitiba, João Pessoa, Porto Alegre, Rio Branco, Aracaju, Goiânia, Palmas, Cuiabá, São Paulo, Fortaleza e Recife.

Reforça-se assim a necessidade de maior atenção para o câncer da mama e contribui para o entendimento da magnitude deste tema em nível nacional, mostrando diferenças de internações entre as localidades e ressaltando que este é um problema de saúde das idosas que gera um alto custo hospitalar e profissional para o SUS. Gestores e profissionais de saúde podem auxiliar na realização de um dimensionamento adequado das ações a serem incrementadas de acordo com a realidade de cada capital e/ou região brasileira.

Todavia, enfatiza-se a necessidade de estudos adicionais que abranjam esta temática em nível regional para aumentar e melhorar o conhecimento científico sobre estas condições e, desse modo, contribuir para a avaliação das estratégias executadas no país.

REFERÊNCIAS

1. Cortez EA, Miranda GMS, Sant'anna MC, Rafael RMR. The training of nurses to work in primary care for the prevention of breast cancer. Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online. 2010; 2(4): 1264-1274.
2. Budel VM. Câncer da mama no Brasil. [Editorial]. Rev Bras Mastologia. 2001; 11:93.
3. Stout NK, Rosenberg MA, Trentham-Dietz, A, Smith MA, Robinson SM, Fryback DG. Retrospective Cost-effectiveness Analysis of Screening Mammography. Journal of the National Cancer Institute. 2006; 98(11): 774-782.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por câncer. Brasília-DF, 2010. Disponível em: http://www.mortalidade.inca.gov.br/mortalidade. Acesso: 12/03/2012.
5. Carvalho CMRG, Brito CMS, Nery IS, Figueiredo MLF. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4): 579-582.
6. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte Y, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2008; 42(4): 733-740.
7. Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(10): 2301-2313.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC). Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI). Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília-DF; 2005.
9. Martin GB, Cordoni Júnior L, Bastos YGL, Silva PV. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(1): 59-65.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de Câncer no Brasil, estimativa 2012. Brasília-DF, 2012. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5. Acesso: 21/06/2012.
11. Dutra MC, Rezende MA, Andrade VP, Soares FA, Ribeiro MV, Paula EC, et al. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(2): 54-60.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer [INCA]. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2. Acesso: 10/04/2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo Vigilância do Câncer. Perfil da Morbimortalidade Brasileira do Câncer da Mama. BVS prevenção e controle do câncer. 2012; (2): 12 janeiro/abril.
14. Nunes RD, Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC. Estudo descritivo dos casos de câncer de mama em Goiânia, entre 1989 e 2003. Rev. Col. Bras. Cir. 2011; 38(4): 212-216.
15. Basílio DV, Mattos IE. Câncer em mulheres idosas das regiões Sul e Sudeste do Brasil: Evolução da mortalidade no período 1980 - 2005. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(2): 204-214.
16. Wünsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. Rev Assoc Med Bras. 2002; 48(3): 250-257.
17. Zago A, Pereira LAA, Braga ALF, Bousquat A. Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, 1980 a 1999. Rev Saúde Pública. 2005; 39(4): 641-645.
18. Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do Câncer de mama no Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28(6): 319-323.
19. Boing AF, Vargas SAL, Boing AC. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(4): 317-322.
20. Nakashima JP, Koifman S, Koifman RJ. Tendência da mortalidade por neoplasias malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980-2006. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(6): 1165-1174.
21. Filozof C, Gonzalez C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. Obes Rev, 2001; 2(2): 99-106.
22. Cibeira GH, Guaragna RM. Lipídio: fator de risco e prevenção do câncer de mama. Rev. Nutr. 2006; 19(1): 65-75.
23. Sasse AD, Sasse EC. Estudo de custo-efetividade do anastrozol adjuvante no câncer de mama em mulheres pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(5): 535-440.
24. Góis ALB, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciências & Saúde Coletiva. 2010; 15(6): 2859-2869.
25. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2): 317-326.
26. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em um Hospital Público. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(1): 72-76.

✉ Endereço para correspondência
Wilza Jéssica Alves Cavalcanti
Rua Portugal, 199
55.010-300 – Caruaru, PE – Brasil
☎ (81) 3721-1613/(81) 9123-3077
wilza_alves21@hotmail.com

Recebido: 27/6/2013 – Aprovado: 14/8/2013