

Análise Exploratória das Informações sobre Estadiamento nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade no Brasil e Regiões no Período 2010-2014

Exploratory Analysis of the Information on Staging in the Authorizations of High Complexity Procedure in Brazil and Regions in the Period 2010-2014

Análisis Exploratorio de las Informaciones sobre Estadificación en las Autorizaciones de Procedimientos de Alta Complejidad en Brasil y Regiones en el Período 2010-2014

Adriana Tavares de Moraes Atty¹; Jeane Gláucia Tomazelli²; Maria Beatriz Kneipp Dias³

Resumo

Introdução: A radioterapia e a quimioterapia, modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer no sistema público de saúde, exigem liberação da Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC), a qual reúne informações importantes sobre os pacientes e sobre os estabelecimentos de saúde. O objetivo deste estudo foi realizar uma análise exploratória das informações sobre o estágio dos casos de câncer de mama. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, sobre o estadiamento de câncer de mama, no Brasil e Regiões, informado nas APAC de quimioterapia, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Foram consideradas as variáveis: faixa etária, estadiamento, código de autorização da APAC, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Região do país do estabelecimento de saúde. Os dados foram obtidos por meio do DATASUS. **Resultados:** Total de 2.211.456 APAC iniciais referentes a 280.379 CNS. APAC com CNS repetidos corresponderam a 98,6%, sendo a razão APAC/CNS de 8,7. Destas, 18,1% tiveram alteração no estadiamento. **Conclusão:** O estadiamento clínico estabelecido no início do tratamento deveria permanecer inalterado ao longo da vida do paciente, segundo a norma que orienta o preenchimento da APAC. Contudo, seria de grande valia ao monitoramento dos casos se fosse possível registrar o avanço da doença e, conseqüentemente, do estadiamento. Não foi possível afirmar se as mudanças observadas no estadiamento representavam evolução da doença ou erro de informação. Sendo a APAC uma fonte de informação útil ao planejamento e ao monitoramento dos serviços de saúde, vale zelar pela qualidade da informação sem negar a necessidade de aprimoramento do sistema.

Palavras-chave: Estadiamento de Neoplasias; Sistema Único de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde.

¹Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Tecnologista em C&T pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* aatty@inca.gov.br.

²Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Tecnologista em C&T pelo INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* jtomazelli@inca.gov.br.

³Mestre em Epidemiologia pela Fiocruz. Tecnologista em C&T pelo INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *E-mail:* mdias@inca.gov.br.

Endereço para correspondência: Adriana Tavares de Moraes Atty. Rua Marquês de Pombal, 125, 7º andar - Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-240. *E-mail:* aatty@inca.gov.br.

INTRODUÇÃO

O tratamento do câncer admite três possibilidades terapêuticas: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia; nesta última, incluídas as modalidades de hormonioterapia, terapia-alvo e imunoterapia. Estas podem ser utilizadas isoladamente ou em combinação a depender do tipo de tumor, localização, estadiamento e características físicas e emocionais do paciente¹.

Somente hospitais habilitados em oncologia podem oferecer tratamento para neoplasias malignas na rede pública de saúde do Brasil. Esses estabelecimentos podem ser habilitados para oferecer as três modalidades terapêuticas ou ao menos cirurgia e quimioterapia².

A realização do tratamento quimioterápico e radioterápico nesses hospitais estará sujeita à liberação da Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC) mediante o preenchimento do *laudo para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais*, formulário padronizado que contém informações sobre o paciente, o tratamento indicado e sobre o profissional responsável³.

As APAC podem ser registradas com três códigos: 1 (inicial), 2 (continuidade) e 3 (única). Se o tratamento admitir continuidade, com validade de três meses, a autorização será registrada com o código 1 ou 2, sendo o código 1 para autorização apresentada na primeira competência e o código 2 para autorização apresentada no segundo ou terceiro mês. Se o tratamento não admitir continuidade, poderá ser utilizado o código 1 (a autorização valerá apenas para um mês) ou o 3 (a autorização valerá por três meses)³.

A APAC dispõe de informações epidemiológicas e assistenciais, tais como: Classificação Internacional da Doença (CID), tipo do tumor, estadiamento, envolvimento de linfonodos, procedimento a ser realizado, e informações sobre o paciente, tais como: Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, sexo, raça/cor e município de residência e sobre o estabelecimento de saúde executante como, por exemplo, o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Entre as informações registradas na APAC, destaca-se o estadiamento do tumor. Este deve ser estabelecido assim que o diagnóstico de câncer é confirmado e é fundamental para determinar o plano terapêutico e avaliar o prognóstico¹. Segundo o manual de bases técnicas da APAC³, o estadiamento clínico é imutável, sendo estabelecido ao diagnóstico e antes de qualquer terapêutica. Assim sendo, a informação sobre o estágio clínico não deve ser modificada ainda que a extensão do tumor se modifique ao longo do tempo ou reapareça após tratamento⁴.

Os estádios mantêm uma relação de coerência com o sistema de classificação de tumores malignos (TNM), que possibilita efetuar a classificação do estadiamento em clínica (TNM ou cTNM), e patológica (pTNM). Enquanto o estadiamento clínico é o realizado no momento do diagnóstico visando a selecionar e avaliar o tratamento, o estadiamento patológico corresponde àqueles efetuados a partir de análise histopatológica pós-cirúrgica para avaliar o prognóstico⁴.

De acordo com a classificação TNM, o carcinoma *in situ* é categorizado como estágio 0; tumores restritos ao órgão de origem como estádios I e II; tumores disseminados localmente como estágio III; e tumores com metástases distantes do órgão de origem como estágio IV⁴.

Os dados da APAC são registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) que, muito embora se caracterize por ser um sistema de cunho eminentemente administrativo⁵ e financeiro, presta-se à vigilância, monitoramento e avaliação pela natureza dos dados ali armazenados.

Este estudo teve por objetivo realizar uma análise exploratória das informações sobre estadiamento registrada nas APAC de quimioterapia para o tratamento do câncer de mama por meio do relacionamento das autorizações com os CNS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, sobre o estadiamento de câncer de mama, informado nas APAC em oncologia e apresentados pelos estabelecimentos de saúde habilitados para o tratamento do câncer no SUS, no Brasil, no período entre janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

As informações de quimioterapia foram obtidas da APAC-oncologia, módulo específico do SIA/SUS, de acesso irrestrito, disponível no sítio do DATASUS (www.datasus.gov.br), acessados em 11/12/2015⁶.

Foram selecionadas as autorizações com código 1, que são apresentadas na primeira competência. Portanto, foram excluídas as autorizações com o mesmo número (código 2), válidas para a segunda e terceiras competências, evitando a redundância de informação em razão da reapresentação da APAC ao longo de sua validade. Não houve nenhuma ocorrência de APAC com código 3 (única).

Posteriormente, o banco foi restrito àqueles com diagnóstico de neoplasia maligna de mama (C50) e separados por Região do país, originando seis bancos (Brasil e Regiões), para o período de 2010 a 2014.

As seguintes variáveis foram consideradas: faixa etária em anos (menores de 40, 40 a 49, 50 a 69, 70, ou mais); estadiamento: (0, I, II, III, IV); Região do país em

que o estabelecimento de saúde está situado; código de autorização da APAC; CNS: variável codificada, utilizada para individualizar os casos.

Em cada banco regional, com códigos de APAC iniciais, foram separadas as APAC com CNS inéditos (CNS que registraram apenas uma autorização para tratamento de quimioterapia) das APAC com CNS repetidos (CNS que registraram mais de uma autorização para tratamento de quimioterapia).

No grupo de APAC com CNS repetidos, foram criados dois subgrupos: a) CNS cujo estadiamento se manteve o mesmo em todas as APAC registradas; e b) CNS cujo estadiamento não se manteve o mesmo entre as APAC registradas.

Verificaram-se a relação entre estadiamento e faixa etária e a frequência de alteração no estadiamento no grupo de APAC inicial com CNS repetido.

Para a limpeza do banco de dados e análise, foram utilizados o programa R versão 3.1.1⁷ e o Excel 2010.

Como o estudo utilizou apenas dados secundários de acesso irrestrito, isenta-se da necessidade de submissão ao Conselho de Ética conforme parágrafo único da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016⁸.

RESULTADOS

No período entre 2010 a 2014, no Brasil, foram informadas no SIA/SUS 2.211.456 APAC iniciais para o tratamento de quimioterapia do câncer de mama no país, referentes a 280.379 registros de CNS, a maioria da Região Sudeste. Observou-se que 30.463 (1,4%) autorizações para quimioterapia foram para CNS que só apareceram uma vez (inéditos) e, conseqüentemente, só tinham uma APAC. As demais autorizações (2.180.993) foram para CNS, que apresentaram duas ou mais APAC nesse período (repetidos); neste caso, resultando uma razão de 8,7 APAC de quimioterapia para cada CNS. A Região Norte apresentou a menor razão APAC/CNS (7,6) e a Sul, a maior (9,1) (Tabela 1).

Das 2.211.456 APAC, o estadiamento II foi o mais frequente em todas as Regiões, seguido do III, exceto na Região Sul, em que o estágio I foi o segundo mais frequente. Observa-se também que, embora a Região Sul tenha apresentado a maior proporção em estágio I (27,3%), apresentou também a maior proporção no estágio IV (11,5%). As Regiões Norte e Nordeste tiveram os menores percentuais de tumores nos estádios 0 e I e os maiores percentuais de tumores nos estádios II e III. Essas duas Regiões foram as que apresentaram a maior proporção de estágio avançado (III e IV), 42,7% e 41,9%, respectivamente. O estágio 0 variou de 0,2% na Região Norte a 3,9% na Região Centro-Oeste (Tabela 2).

Na análise entre o estadiamento e faixa etária, o estadiamento II foi o mais frequente em todas as faixas etárias, exceto entre as mulheres mais jovens, com menos de 40 anos, em que prevaleceu o estadiamento III. O estágio I aumentou com a idade, enquanto o estágio III diminuiu. O estágio IV apresentou maiores proporções em mulheres com menos de 40 anos e com 70 ou mais. No Brasil, o estadiamento avançado (III e IV) foi de 51,6% na faixa etária menor de 40 anos e foi reduzindo com o aumento da idade. Nas Regiões Norte e Centro-Oeste, observou-se que os estadiamentos mais recorrentes na faixa etária de 40 a 49 anos foram II e III. Destaca-se que a Região Sul, comparada às demais Regiões, apresentou uma maior concentração do estadiamento I na faixa etária de 50 a 69 anos (Tabela 2).

Entre os CNS que se repetiram (n=249.619) e que necessitaram de mais de uma APAC para tratamento quimioterápico do câncer de mama, 18,1% tiveram registros diferentes de estadiamento ao longo do período de estudo, tendo as Regiões Sul (22,7) e Centro-Oeste (18,9%) a maior proporção de CNS com estadiamentos diferentes registrados nas APAC. As Regiões Norte e Sul registraram, respectivamente, a maior (91,1%) e menor (77,3%) proporção de CNS que não tiveram o estadiamento alterado ao longo do período (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) inicial para quimioterapia de câncer de mama e de Cartão Nacional de Saúde (CNS), Brasil e Regiões, 2010-2014

	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total de APAC (a)	50.915	2,3	450.611	20,4	1.088.322	49,2	509.383	23,0	112.225	5,1	2.211.456	100,0
Total de APAC com CNS inéditos (b)	1.175	3,9	6.342	20,8	14.737	48,4	6.068	19,9	2.141	7,0	30.463	100,0
Total de APAC com CNS repetidos (c)	49.740	2,3	444.269	20,4	1.073.585	49,2	503.315	23,1	110.084	5,0	2.180.993	100,0
Total de CNS (d)	7.726	2,8	58.864	21,0	136.211	48,6	61.389	21,9	16.189	5,8	280.379	100,0
Total de CNS com mais de 1 APAC (e)	6.551	2,6	52.522	21,0	121.474	48,6	55.321	22,1	14.048	5,6	249.916	100,0
Razão entre (c) e (e)	7,6		8,5		8,8		9,1		7,8		8,7	

Fonte. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)⁶.

Tabela 2. Distribuição de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) inicial em quimioterapia de câncer de mama (C50), por estadiamento e faixa etária, Brasil e Regiões, 2010-2014

Regiões	Estadiamento	Faixa Etária (anos)				Total de APAC	
		≤ 40 %	40 a 49 %	50 a 69 %	>70 %	n	%
Norte	0	0,1	0,2	0,2	0,1	80	0,2
	I	9,5	11,7	17,0	21,0	7.946	15,6
	II	32,9	40,2	43,2	43,3	21.156	41,6
	III	47,5	40,1	31,5	24,5	17.305	34,0
	IV	10,1	7,9	8,2	11,1	4.428	8,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	50.915	100,0
Nordeste	0	0,9	1,1	1,3	1,5	5.750	1,3
	I	9,8	14,1	18,3	20,4	76.851	17,0
	II	34,4	39,4	39,8	41,0	178.132	39,3
	III	42,8	35,8	30,6	25,4	142.821	31,5
	IV	12,1	9,6	10,1	11,7	47.057	10,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	452.687	100,0
Sul	0	2,2	2,1	2,2	2,3	11.286	2,2
	I	18,1	25,1	29,1	27,1	139.018	27,3
	II	33,3	35,6	34,8	35,4	178.317	35,0
	III	33,5	27,5	22,6	21,3	122.132	24,0
	IV	13,0	9,7	11,2	13,9	58.630	11,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	509.383	100,0
Sudeste	0	3,0	2,7	3,0	3,4	33.042	3,0
	I	13,1	20,1	24,9	25,4	254.731	23,4
	II	32,0	36,6	36,5	36,4	394.764	36,3
	III	39,2	30,9	25,6	21,9	289.270	26,6
	IV	12,6	9,7	10,0	12,8	116.515	10,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	1.088.322	100,0
Centro-Oeste	0	4,7	4,0	3,9	3,6	4.407	3,9
	I	13,8	17,2	21,7	23,0	22.656	20,2
	II	30,8	36,8	39,3	41,2	42.996	38,3
	III	42,0	36,2	28,6	24,8	34.614	30,8
	IV	8,7	5,8	6,6	7,5	7.552	6,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	112.225	100,0
Brasil	0	2,3	2,2	2,5	2,8	54.565	2,5
	I	13,2	19,5	24,3	24,6	501.202	22,7
	II	32,9	37,1	37,0	37,4	815.365	36,9
	III	39,4	31,8	26,1	22,6	606.142	27,4
	IV	12,2	9,4	10,1	12,6	234.182	10,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	2.211.456	100,0

Fonte. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)⁶

Tabela 3. Distribuição de Cartão Nacional de Saúde (CNS) com mais de uma Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) inicial segundo status de mudança do estadiamento. Brasil e Regiões, 2010-2014

Brasil e Regiões	CNS com mais de uma APAC e que o estadiamento não mudou		CNS com mais de uma APAC e que o estadiamento mudou		Total de CNS com mais de uma APAC	
	N	%	N	%	N	%
Norte	5.967	91,1	584	8,9	6.551	100,0
Nordeste	44.178	84,1	8.344	15,9	52.522	100,0
Sudeste	100.431	82,7	21.043	17,3	121.474	100,0
Sul	42.790	77,3	12.531	22,7	55.321	100,0
Centro-Oeste	11.387	81,1	2.661	18,9	14.048	100,0
Brasil	204.753	81,9	45.163	18,1	249.916	100,0

Fonte. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)⁶.

Entre os CNS que tiveram registros diferentes de estadiamento, a maioria variou entre dois registros de estadiamento e houve casos de variações entre quatro e até cinco registros (Tabela 4).

Na distribuição do estadiamento em todas as Regiões e no Brasil entre o grupo que reuniu todas as autorizações de APAC (Fig. 1a), observa-se que a Região Norte apresentou a menor porcentagens de APAC com estágio I e que o estágio 0 tem uma expressão maior nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste. Entre as APAC com CNS inédito (Fig. 1b), as Regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores porcentagens de estágio 0 e a Região Sul, a maior porcentagem

de estágio I; contudo, em todas as Regiões, observou-se que a proporção de estágio IV foi em torno de 20%. No grupo de CNS com mais de uma APAC em que o estadiamento não mudou (Fig. 1c), destaca-se a Região Sul com a maior proporção de estágio I (30%) e graficamente sem expressão do estágio 0. No grupo de CNS com mais de uma APAC em que o estadiamento mudou (Fig. 1d), observou-se uma maior variação entre as Regiões quanto ao estadiamento informado, a Região Norte apresentou os menores registros de estadiamentos 0 e I e a maior proporção de estágio IV. Já a Região Sudeste apresentou a maior proporção de estágio 0 e a segunda maior proporção de estágio IV.

Tabela 4. Distribuição de Cartão Nacional de Saúde (CNS) com mais de uma Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) inicial segundo número de mudanças no estadiamento, Brasil e Regiões, 2010-2014

Brasil e Regiões	Número de mudanças no estadiamento								Total CNS com mais de uma APAC, nos quais houve mudança no estadiamento	
	2 vezes		3 vezes		4 vezes		5 vezes		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Norte	553	94,7	29	5,0	2	0,3	0	0,0	584	100,0
Nordeste	7.047	84,5	1.084	13,0	193	2,3	20	0,2	8.344	100,0
Sudeste	18.536	88,1	2.292	10,9	205	1,0	10	0,0	21.043	100,0
Sul	9.644	77,0	2.264	18,1	546	4,4	77	0,6	12.531	100,0
Centro-Oeste	2.204	82,8	405	15,2	47	1,8	5	0,2	2.661	100,0
Brasil	37.984	84,1	6.074	13,4	993	2,2	112	0,2	45.163	100,0

Fonte. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)⁶.

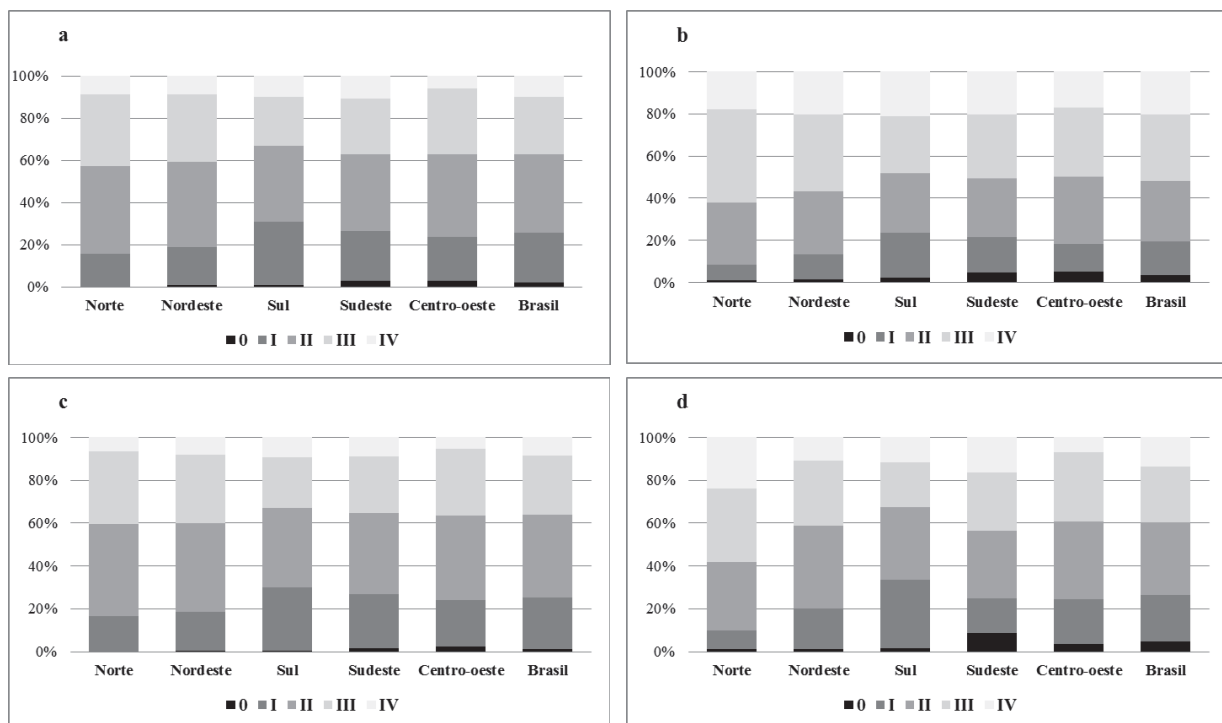


Figura 1. Distribuição percentual do estadiamento, Brasil e Regiões, 2010-2014, de acordo com: (a) total de Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) inicial; (b) total de APAC com Cartão Nacional de Saúde (CNS) inédito; (c) total de CNS com mais de uma APAC sem mudança de estágio; (d) total de CNS com mais de uma APAC com mudança de estágio

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)⁶.

DISCUSSÃO

Como foram consideradas no estudo apenas as APAC iniciais, não houve APAC com código de autorização igual assegurando que cada CNS estivesse associado às autorizações distintas. Sendo assim, foi possível verificar o total de CNS com mais de uma APAC para o tratamento do mesmo tumor possibilitando estimar o tempo médio de tratamento. Dessa forma, tendo a APAC uma validade de três meses³, o tempo de tratamento de quimioterapia para câncer de mama no país seria em torno de 26 meses. A Região Norte apresentou o menor tempo (22 meses) e a Região Sul o maior tempo (27 meses). Uma hipótese que possa explicar o tempo médio de tratamento maior na Região Sul é o fato de esta apresentar a maior proporção de casos em estágio iniciais justificando a necessidade de um maior número de APAC; situação oposta à da Região Norte.

A informação do tempo médio para tratamento de quimioterapia pode subsidiar a organização dos estabelecimentos habilitados em oncologia, bem como o monitoramento dos tratamentos fora domicílio.

A avaliação do estadiamento do câncer de mama, a partir dos dados do registro Hospitalar de Câncer (RHC), entre 2010-2011, mostrou que os estádios II e III foram os mais frequentes⁹, sendo consistente com achados do presente estudo, no qual os estadiamentos II e III foram prevalentes no país e em todas as Regiões, com exceção da Região Sul. Vale destacar que o RHC reúne todos os casos atendidos nas unidades habilitadas independente da modalidade terapêutica e, uma vez que quimioterapia é o tratamento de escolha na maioria^{3,10} dos casos de câncer de mama, é admissível que os estádios observados sejam equivalentes entre esses sistemas de informação.

O estudo verificou que, apesar de a maior proporção de autorizações iniciais na APAC serem estágio II, os estádios avançados (III e IV) são mais frequentes nas Regiões Norte e Nordeste quando comparados ao valor médio observado no Brasil. Estudo realizado para o país, referente ao período de 1980 a 2006, mostrou redução da mortalidade por câncer de mama em todas as capitais do país, exceto nas da Região Norte¹¹. Ainda que tenham sido estudados períodos diferentes e que a mortalidade seja determinada por vários fatores, os achados do presente estudo demonstram que ainda se observa um quadro desfavorável à detecção precoce do câncer de mama na Região Norte. Destaca-se ainda que a Região Norte, com maior proporção de casos avançados, foi a com menor razão de APAC por CNS.

Mulheres mais jovens e mulheres mais idosas apresentaram maior proporção de estádios IV no Brasil e em todas as Regiões. Esse achado precisa ser melhor

investigado, mas uma possível explicação pode ser a natureza do câncer de mama nas mulheres mais jovens¹², que sendo mais agressivos evoluem rapidamente e não se beneficiam das estratégias de detecção precoce; enquanto, nas idosas, pode ser em razão da dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou falhas no programa de detecção precoce do câncer de mama. Estudo realizado em serviço de referência da Saúde da Mulher em São Paulo, utilizando os seus dados do RHC¹³, destaca o desafio de conseguir acesso aos serviços de saúde ainda em fase inicial da doença, ainda que tenha encontrado em seus achados maior proporção de mulheres idosas em estádios II e III.

Muito embora o manual da APAC seja claro quanto à manutenção do estadiamento clínico ao longo do tratamento, o estudo revelou que em 18% dos casos o estadiamento foi modificado, corroborando os achados de Gadelha et al.¹⁴ para câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro, que identificaram mudança no estadiamento da APAC ao longo do tempo para o período entre 1999 e 2003. Esses autores ressaltaram que mudanças no percurso da doença como: estabilidade, progressão ou ainda recidiva são previstas e o procedimento terapêutico e sua finalidade devem estar atrelados a esse percurso; mas, ainda assim, o estadiamento deve permanecer imutável¹⁴.

Entende-se que, para o monitoramento da evolução do caso durante o tratamento, seria interessante dispor da informação do estadiamento em diferentes momentos. Contudo, isso não está previsto no manual da APAC. Sendo assim, não se pode afirmar se a mudança no registro do estadiamento reflete um erro de informação ou a evolução da doença.

As informações disponíveis na APAC-onco, quando de qualidade, têm o potencial de auxiliar no monitoramento dos casos de câncer no país, bem como dos estabelecimentos habilitados para o tratamento em oncologia. Por conseguinte, o estudo ressalta a importância de se primar pelo treinamento dos responsáveis pelo sistema de informação com vistas a reduzir incongruências.

Entre as limitações identificadas no presente estudo, não foi possível avaliar a direção da mudança de estadiamento no grupo com mesmo CNS e com um ou mais estádios informados. Além disso, o estudo não analisou o tempo médio de tratamento por estadiamento clínico, o que poderia ter fornecido diferentes estimativas de tempo.

CONCLUSÃO

O estadiamento clínico é fundamental para definição terapêutica e para avaliar as ações de diagnóstico precoce, sendo, portanto, necessário zelar pela qualidade dessa informação. A análise, a partir da APAC de quimioterapia de mama, demonstrou que há mudança no estágio, em parte

possivelmente relacionada à evolução da doença. Contudo, diante do que está previsto no manual da APAC, não é possível desconsiderar erro de preenchimento. Assim sendo, entende-se que uma avaliação do instrumento de registro da APAC possibilitaria o refinamento da informação.

Ainda que os sistemas de informação do Ministério da Saúde possuam uma finalidade administrativa de repasse financeiro, a APAC-oncologia tem dados extremamente úteis para o planejamento da rede de atenção à saúde no que tange ao tratamento oncológico. Estimular a sua utilização pelos gestores como ferramenta de planejamento deve ser um norte para os vários atores envolvidos na discussão sobre a melhoria da atenção oncológica no Brasil.

CONTRIBUIÇÕES

Adriana Tavares de Moraes Atty contribuiu na concepção e delineamento do estudo, extração, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Jeane Glaucia Tomazelli colaborou na análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Maria Beatriz Kneipp Dias colaborou na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram potencial conflito de interesses pelos vínculos empregatícios com o INCA.

REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures. 3th. ed. [Internet]. Atlanta; 2015. [acesso em 2018 jan 9]. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-3rd-edition.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I (2013. maio 29); 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de bases técnicas da oncologia: Sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS). 20ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. TNM: classificação de tumores malignos. 7ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
6. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS. [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2015 dez 11]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>
7. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2013. [acesso em 2018 jan 9]. Disponível em: <http://www.R-project.org/>
8. Ministério da Saúde (BR). Resolução do CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Seção I, fls. 44-6 (2016 maio 24); 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>
9. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Informativo Detecção Precoce [Internet]. 2015;6(3). [acesso em 2018 jan 9]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero3_2015.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS nº 1008, de 30 de setembro de 2015. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília (DF): Diário Oficial da União. (2015 set 30); 2015.
11. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. Rev Saude Publica. 2011;45(6):1009-18.
12. Clagnan WS, Andrade JM, Carrara HHA, Tiezze DG, Reis FJC, Marana HCR, Abrão RA. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(2):67-74.
13. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(12):3805-3816.
14. Gadelha MIP, Costa MR, Almeida RT. Estadiamento de tumores malignos: análise e sugestões a partir de dados da APAC. Rev Bras Cancerol. 2005;51(3):193-9.

Abstract

Introduction: Radiotherapy and chemotherapy are therapeutic modalities for the treatment of cancer. In Brazilian public health system, they require the High Complexity Ambulatory Procedure Authorization (APAC), which has important information about patients and health services. This study aims to do an exploratory analysis of breast cancer stage information. **Method:** It's an exploratory and descriptive study on staging of breast cancer in Brazil and regions, reported in the APAC of chemotherapy, from January 2010 to December 2014. The variables that were considered are: age group, staging, authorization code of APAC, national health card (CNS) and region of the country where the health service is located. Data were obtained through DATASUS's homepage. **Results:** There were 2,211,456 first APAC referring to 280,379 CNS. APAC with repeated CNS were 98,6% and the ratio between APAC/CNS was 8,7. Of these, 18,1% had staging changes. **Conclusion:** The clinical staging established at the beginning of treatment should stay unchanged throughout patient's life, according to the recommended norm of APAC. However, it would be of great value to monitor the cases if it were possible to take notes about the progression of the disease and consequently the staging. It was not possible to state whether the observed changes in staging represented disease evolution or information error. Since APAC is a useful source of information for the planning and monitoring of health services, it is important to prioritize the quality of the information without denying the need to improve the system.

Key words: Neoplasm Staging; Unified Health System; Health Information Systems.

Resumen

Introducción: La radioterapia y la quimioterapia, modalidades terapéuticas para el tratamiento del cáncer en el sistema público de salud, exigen liberación de la Autorización de Procedimiento Ambulatorial de Alta Complejidad (APAC), la cual reúne informaciones importantes sobre los pacientes y sobre los establecimientos de salud. El objetivo de este estudio fue realizar un análisis exploratorio de las informaciones sobre estadio de los casos de cáncer de mama. **Método:** el estudio exploratorio, descriptivo, sobre la estadificación de cáncer de mama, en Brasil y regiones, informados en las APAC de quimioterapia, en el período de enero de 2010 a diciembre de 2014. Fueron consideradas las variables: grupo de edad, estadificación, código de autorización de la APAC, tarjeta nacional de salud y región del país del establecimiento de salud. Los datos fueron obtenidos a través de DATASUS. **Resultados:** Hubo 2.211.456 primer APAC referente a 280.379 CNS. APAC con repetición del SNC fue del 98,6% y la relación APAC/SNC fue de 8,7. De éstos, 18,1% tenían cambios de estadificación. **Conclusión:** La estadificación clínica establecida al inicio del tratamiento debería permanecer inalterada a lo largo de la vida del paciente, según la norma que orienta el llenado de la APAC. Sin embargo, sería de gran valía al monitoreo de los casos si fuera posible registrar el avance de la enfermedad y, consecuentemente de la estadificación. No fue posible afirmar si los cambios observados en la estadificación representaban evolución de la enfermedad o error de información. Siendo APAC una fuente de información útil a la planificación y al monitoreo de los servicios de salud vale primar por la calidad de la información sin negar la necesidad de perfeccionamiento del sistema.

Palabras clave: Estadificación de Neoplasias; Sistema Único de Salud; Sistemas de Información en Salud.