

RELATO TÉCNICO

CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA NA REDE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL PARA SERVIDORES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL

Sandro J. Martins^a

Valéria B. Peruna^b

Resumo

Este artigo descreve o perfil da terapia antineoplásica adotado na rede de prestadores de serviços credenciados pelo órgão do Estado da Bahia, responsável por prover assistência médica suplementar aos servidores públicos associados. Foram analisadas as terapias antineoplásicas em curso entre setembro de 2004 e maio de 2005, procurando conhecer o perfil da clientela e a consistência técnica dos tratamentos prescritos. No período, havia 833 beneficiários em tratamento oncológico, em nove serviços credenciados. A maioria da clientela era constituída por mulheres (65,5%) e residentes em Salvador (68,1%). Câncer de mama nas mulheres e câncer de próstata foram os principais tipos de câncer encontrados. Comparado às mulheres, o diagnóstico do câncer entre homens deu-se em idades e estágios clínicos mais avançados. Os especialistas credenciados adotavam, preferencialmente, condutas terapêuticas embasadas em evidências científicas. Os autores discutem as implicações de protocolos assistenciais para o controle de custos com terapia antineoplásica.

Palavras-chave: Assistência ambulatorial. Protocolos de quimioterapia antineoplásica. Sistemas de saúde. Saúde suplementar.

CHARACTERIZATION OF ANTINEOPLASTIC THERAPY PROTOCOLS IN AMBULATORY CARE FACILITIES FOR PUBLIC SERVANTS IN THE STATE OF BAHIA, BRAZIL

Abstract

This paper presents an overview of antineoplastic care patterns at facilities affiliated with a governmental agency of the State of Bahia responsible for supplemental health assistance

^a *Doutor em Ciências, FMUSP. Consultor médico em Oncologia, Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – Secretaria da Administração do Estado da Bahia.*

^b *Médica especialista em Saúde Coletiva e Gestão Pública. Ex-coordenadora médica do PLANSEV - Secretaria da Administração do Estado da Bahia.*

Endereço para correspondência: Sandro J. Martins. Av. Sete de Setembro, 3.043/301 – Barra, Salvador, Bahia – CEP: 40130-000.
E-mail: sandro.martins@gmail.com

to public servants. All antineoplastic therapy initiated from September 2004 to May 2005 were reviewed, looking for clinical features and the current pattern of oncological care. A total of 833 people were treated at nine cancer care providers, where women (65.5%) and Salvador residents (68.1%) were frequent. Breast and prostate cancer were the most common diagnoses. The diagnosis among men occurred at late ages and more advanced clinical stages when compared to their counterparts. Affiliated physicians preferably adopted evidence-based recommendations for cancer care. The authors discuss the role of practice protocols in lowering medical costs with antineoplastic chemotherapy.

Keywords: Ambulatory care. Antineoplastic chemotherapy protocols. Health systems. Supplemental health.

INTRODUÇÃO

Há um crescente interesse pelo setor de saúde em suplementar a constituição de bases de dados que permitam conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos seus clientes. São instrumentos estratégicos para a operadora, quer para um gerenciamento pró-ativo dos custos, quer para a concepção e implementação de programas de prevenção primária ou secundária ^{1,2}.

Em Oncologia, área da Medicina onde os custos da terapia antineoplásica paliativa suplantam, em muito, as despesas com diagnóstico precoce e tratamentos curativos para a doença inicial, desenvolver aplicações da tecnologia de informação como instrumentos gerenciais vem sendo visto como uma meta necessária e desejada pela Coordenação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (PLANSERV). Em 2004, havia pouco mais de 450.000 associados ao PLANSERV, o que correspondia a 45% do universo de pessoas com acesso a alguma modalidade de assistência médica suplementar no Estado da Bahia ³.

No modelo atual de assistência oncológica, disponibilizado pelo PLANSERV aos seus associados, o atendimento acontece por demanda espontânea, quase sempre em continuidade ao tratamento de episódios isolados de enfermidade, sendo caracterizado por:

- Atenção limitada à provisão de assistência médica e terapia antineoplásica ambulatorial e hospitalar.
- Desconhecimento dos gestores sobre as rotinas diagnósticas e terapêuticas empregadas pelos profissionais credenciados.
- Repetição de exames e provas de apoio diagnóstico, produzindo gastos desnecessários e riscos à saúde do cliente.
- Sistema de pagamento por reembolso de gastos realizados em atos médicos ambulatoriais e hospitalares de diagnóstico e tratamento, que

pode contribuir para a utilização preferencial de procedimentos mais sofisticados, nem sempre inequivocamente necessários sob o ponto de vista clínico.

- Falta de integração de dados e a escassa disponibilidade de informação sobre a história clínica do beneficiário em nível central, impossibilitando o planejamento das ações de saúde de forma coletiva e, portanto, dificultando o controle de gastos e a otimização dos recursos financeiros.
- Uso dos recursos assistenciais de forma não-planejada, descontínua e com baixa eficiência e efetividade, reduzindo a disponibilidade de fundos para uma remuneração justa pelos serviços prestados.

Há quatro anos, o PLANSERV implantou um programa de acompanhamento dos beneficiários em tratamento antineoplásico, visando conhecer o perfil de condutas terapêuticas na rede assistencial. Os resultados iniciais são descritos neste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

A autorização para tratamento antineoplásico na rede PLANSERV depende do envio, pelo especialista que atende o beneficiário do Plano Terapêutico, de um relatório médico padronizado, que fornece dados relevantes para auditores médicos sobre o quadro clínico e o tratamento proposto.

Com permissão da Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor, foi feita a revisão de dados secundários oriundos de Planos Terapêuticos referentes a tratamentos antineoplásicos iniciados entre setembro de 2004 e maio de 2005. As seguintes informações foram abstraídas do documento fonte para esta análise: idade, gênero, diagnóstico, estágio clínico ao diagnóstico, objetivo do tratamento, regime terapêutico e prestador.

A identidade do cliente foi preservada pela atribuição de um número de ordem de digitação para cada Plano Terapêutico. Esse número tornou-se o meio de identificação de cada registro na base de dados. Após o lançamento dos dados, os registros foram extensivamente checados para consistência, erros de digitação e entradas em duplicata. Como poderia haver mais de um Plano Terapêutico para um mesmo cliente naquele período, em caso de duplicidade, foi selecionado o mais recente.

Os regimes terapêuticos foram classificados pelos autores segundo a indicação e o porte dos procedimentos prescritos, como descritos a seguir.

Segundo a indicação (baseado Wannmacher & Fuchs, 2000):

- Clássico, quando correspondia a um plano de tratamento amparado em autores de livros textos da especialidade e em consensos de sociedades médicas, com grau de recomendação A ^{4,5}.
- Inovador, quando correspondia a um tratamento novo, mas com suficiente evidência científica de atividade clínica e segurança para a doença, com grau de recomendação B ou C ^{4,6-8}.
- Experimental, quando correspondia a um tratamento com pouca evidência científica de atividade clínica e/ou segurança para a doença, com grau de recomendação D, como demonstrado por pesquisa negativa na base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos - *PubMed*.

Segundo o porte do procedimento:

- Oral, quando envolvia, exclusivamente, o fornecimento de medicações de uso oral, domiciliar.
- Simples, quando envolvia o uso parenteral de medicamentos não-antineoplásicos, tais como inibidores de osteólise, fatores de crescimento de colônia ou octreotida.
- Complexo, quando envolvia o uso parenteral ou intracavitário de agentes biológicos ou drogas citotóxicas. Apenas estes procedimentos correspondem à definição de "Terapia Antineoplásica", sendo de administração restrita a Serviços de Terapia Antineoplásica ⁹.

Um banco de dados foi constituído em *Microsoft Excel* e tabulado usando o programa *SPSS* para *Windows*, versão 11. Os dados foram sumarizados por distribuições de frequência e medidas não-paramétricas de tendência central e dispersão. A comparação de frequências foi feita pelo teste qui-quadrado e entre distribuições pelo teste de *Mann-Whitney*.

RESULTADOS

A base de dados disponível para análise consistia de 1.016 Planos Terapêuticos, referentes a 833 clientes em tratamento nos serviços credenciados. Em 333 casos (40,0%), havia omissão de informação em, pelo menos, uma das características estudadas. A **Tabela 1** resume as deficiências de informação encontradas nesta revisão.

Tabela 1. Dados omitidos em 333 Planos Terapêuticos incompletos

| | N (%) |
|----------------------------|-----------|
| Estágio clínico | 74 (22,2) |
| Data do diagnóstico | 42 (12,6) |
| Meta do tratamento | 30 (9,0) |
| Data inicial do tratamento | 18 (5,4) |
| Data de nascimento | 12 (5,4) |
| Gênero | 3 (0,9) |
| Diagnóstico | 3 (0,9) |

As características principais da clientela em tratamento oncológico no período estão sumarizadas na **Tabela 2**. A idade mediana era de 64 anos, variando entre 12 anos e 105 anos. A maioria da clientela, constituída por mulheres (65,5%) e residentes em Salvador (68,1%). Observa-se que o diagnóstico da doença neoplásica entre homens se deu em idades e estágios clínicos mais avançados.

Tabela 2. Perfil de 833 beneficiários PLANSERV em terapia antineoplásica

| | Mulheres (N = 546) | Homens (N=284) | Valor P |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|----------|
| Idade mediana (intervalo) | 60 (12-105) | 70 (12-105) | 0,0072 |
| Diagnóstico | | | 0,33 |
| Tumores sólidos | 492 (90,1%) | 255 (89,8%) | |
| Tumores hematológicos | 35 (6,4%) | 20 (7,0%) | |
| Tumores mal-definidos | 7 (1,3%) | 1 (0,4%) | |
| Doenças benignas | 9 (1,7%) | 8 (2,8%) | |
| Ignorado | 3 (0,5%) | - | |
| Estágio clínico | | | < 0,0001 |
| Inicial (I ou II) | 166 (25,1%) | 41 (14,4%) | |
| Avançado (III) | 47 (13,9%) | 59 (20,8%) | |
| Metastático (IV) | 133 (24,4%) | 135 (47,5%) | |
| Não-informado | 200 (36,6%) | 49 (17,3%) | |

O perfil dos diagnósticos consta das **Tabelas 3 e 4**. Câncer de mama, nas mulheres, e de próstata, nos homens, representaram, proporcionalmente, as principais neoplasias malignas nessa clientela.

A **Tabela 5** descreve o padrão terapêutico empregado pelos especialistas credenciados. Nota-se que a maioria dos clientes (64,0%) recebia tratamentos de uso domiciliar (oral) ou simples. Os especialistas adotavam, preferencialmente, terapias clássicas e inovadoras, sendo excepcionais condutas corroboradas por evidências científicas com nível de recomendação D.

Tabela 3. Freqüência de neoplasias malignas sólidas em beneficiários PLANSESV

| | Mulheres (N = 492) | Homens (N = 255) |
|---|-----------------------|---------------------|
| Lábio, cavidade oral e faringe (C00 – C14) | 0,2% | 2,3% |
| Órgãos digestivos (C15 – C26) | 13,7% | 13,7% |
| Aparelho respiratório e tórax (C30 – C39) | 2,8% | 5,5% |
| Ossos e cartilagens (C40 – C41) | 0,2% | - |
| Melanoma e pele (C43 – C44) | 0,2% | 1,5% |
| Mesotélio e partes moles (C45 - C49) | 1,4% | - |
| Mama (C50) | 78,8% | 2,3% |
| Órgãos genitais (C51 – C63) | 7,7% | 69,8% |
| Aparelho urinário (C64 – C68) | 0,2% | 2,7% |
| Sistema nervoso central (C69 – C72) | 0,2% | 1,9% |
| Tireóide e glândulas endócrinas (C73 – C75) | 0,2% | 0,9% |

Tabela 4. Freqüência de neoplasias malignas hematológicas em beneficiários PLANSESV

| | Mulheres (N = 35) | Homens (N = 20) |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|
| Doença de Hodgkin (C81) | 8,5% | 10,0% |
| Linfomas não-Hodgkin (C82 – C85) | 22,8% | 20,0% |
| Neoplasia plasmocitária (C90) | 34,6% | 40,0% |
| Leucemia linfóide (C91) | 11,4% | 15,0% |
| Leucemia mielóide (C92) | 11,4% | 15,0% |
| Outras leucemias (C93 – C95) | 2,8% | - |
| Mal-definidas (C96) | 8,5% | - |

Tabela 5. Perfil do tratamento oncológico dispensado para 833 beneficiários PLANSESV

| | |
|------------------|-------|
| Porte | |
| Oral | 36,7% |
| Simplex | 27,3% |
| Complexo | 36,0% |
| Indicação | |
| Clássico | 42,4% |
| Inovador | 54,6% |
| Experimental | 2,6% |
| Não-informado | 0,4% |

DISCUSSÃO

A instituição de um relatório médico padronizado demonstrou ser um eficiente instrumento para conhecimento sobre as condutas médicas em vigor na rede assistencial. Deficiências de informação foram encontradas e motivaram medidas administrativas de correção:

reuniões com os diretores técnicos dos serviços, revisão do instrumento de coleta de dados e reorganização do serviço interno de auditoria médica.

O perfil dos beneficiários em tratamento antineoplásico aproxima-se ao esperado, segundo estimativas oficiais de incidência e mortalidade do câncer para o Estado da Bahia¹⁰. Como avaliamos, o tratamento antineoplásico ambulatorial de casos prevalentes de câncer encontra-se aqui pouco representado pelos casos de câncer de pele não-melanoma (tratamento cirúrgico quase que exclusivo) e de câncer do colo uterino (tratamento em geral por cirurgia e irradiação). Destacamos o possível retardo no diagnóstico destas doenças entre homens, traduzido por estágios clínicos mais avançados ao início do tratamento. Podem ser situações atribuíveis às diferenças entre gêneros, quanto à atitude de buscar atenção médica para problemas de saúde ¹¹, mas devem ser objeto de avaliação mais acurada, ações educativas e de prevenção secundária.

Gestores do setor de Saúde Suplementar reconhecem que as despesas com terapia antineoplásica vêm crescendo de modo preocupante e buscam alternativas para minimização de custos. Esse aumento de despesas deve-se não apenas à rápida introdução de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, mas também pela forma de relação contratual entre operadoras e prestadores de serviço, que fazem com que estes baseiem sua viabilidade econômica na geração de despesas para o sistema. Aqui verificamos que dois terços dos tratamentos poderiam ser realizados em unidades de atenção à saúde de menor complexidade, voltadas para assistência farmacêutica direta (dispensação de medicamentos) e administração de medicamentos não-antineoplásicos, com provável economia nos custos.

Nota-se que a maioria (97%) dos planos terapêuticos foi adequadamente embasada em evidências científicas, o que demonstra não apenas a responsabilidade e atualização científica dos profissionais credenciados, mas também que a adoção *per si* de protocolos ou diretrizes médicas para os serviços credenciados pouco contribuiria para elevar os padrões de qualidade na assistência. No contexto estudado, adotar medidas para a redução de despesas centradas no cerceamento da liberdade de prescrição, além de eticamente reprovável, ensejaria riscos legais (aumento do número de processos contra operadoras e prestadores de serviços) e dificilmente teria qualquer impacto favorável sobre os custos da assistência ambulatorial aos beneficiários com câncer.

REFERÊNCIAS

1. Castellanos PLA. Epidemiologia e a organização de sistemas de saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde, 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994.
2. Silveira LS. Prevenção de doenças e promoção da saúde – diferenciais estratégicos no mercado de saúde suplementar. Rev Bras Risco Seg 2005; 1:84-113.

3. Peruna VB. Health market regulation. [Dissertação] Washington: Minerva Program, George Washington University; 2004.
4. Wannmacher L, Fuchs FD. Conduta terapêutica embasada em evidências. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 237-41.
5. DeVita Jr. VT, Hellman S, Rosenberg SA (Eds). Cancer: Principles and Practice of Oncology. 7ª ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
6. European Society of Medical Oncology. ESMO Minimum Clinical Recommendations. Ann Oncol 2005; 16 (Suplemento 1):1-25.
7. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines. Jenkintown: NCCN; 2006.
8. Buzaid AC (Ed.). Manual de Oncologia Clínica – Hospital Sírio Libanês, 2ª ed. São Paulo: Reichmann; 2004.
9. ANVISA. Resolução RDC Nº 220, de 21 de setembro de 2004. Brasília: Diário Oficial da União nº. 184; 23 de setembro de 2004.
10. INCA. Estimativa 2005 de incidência de câncer no Brasil. Extraído de [<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005>], acesso em [19 de junho de 2005].
11. Gómez EG. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Públ 2002; 11(5-6): 327-34.

Recebido em 22.11.2006 Aprovado em 29.10.2007