



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

**DIAGNÓSTICO IMUNOHISTOQUÍMICO DE CÂNCER DE MAMA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DO NORDESTE BRASILEIRO**

CAMPINA GRANDE – PB
2015

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

**DIAGNÓSTICO IMUNOHISTOQUÍMICO DE CÂNCER DE MAMA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof Dr. Mathias Weller

CAMPINA GRANDE – PB
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A553d Andrade, Lorena Sofia dos Santos.
Diagnóstico imunohistoquímico de câncer de mama em hospitais públicos do nordeste brasileiro. [manuscrito] / Lorena Sofia dos Santos Andrade. - 2015.
28 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Prof. Dr. Mathias Weller, Departamento de Enfermagem".

1. Diagnóstico imunohistoquímico. 2. Terapia hormonal. 3. Imunoterapia. 4. Câncer de mama. I. Título.

21. ed. CDD 616.994 49

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

**DIAGNÓSTICO IMUNOHISTOQUÍMICO DE CÂNCER DE MAMA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DO NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em 19 / 06 / 2015 .


Prof Dr Mathias Weller / UEPB
Orientador


Prof Dr Alexandro Silva Coura / UEPB
Examinador


Prof Esp. Millena Cavalcanti Ramalho /UEPB
Examinadora

Dedico a realização deste trabalho a minha querida mãe, por amar tanto a profissão de enfermagem, que fez nascer em mim a vontade de trilhar o mesmo caminho, e entre tantas coisas, me ensinou que a maior herança que ela pode me deixar é a educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por se fazer presente em minha vida. Por me dar forças durante os momentos que pensei em desistir, mas cujos verdadeiros milagres derrubaram barreiras e me fizeram avançar na estrada da vida.

À minha mãe, **Maria Gomes**, que cheia de amor e sabedoria me trouxe ao mundo e me ensinou a viver. Agradeço, infinitamente, por todo amor, carinho, dedicação e educação, ofertados ao longo de minha vida.

Ao meu avô, **José Gomes**, que aos 91 anos é o meu maior exemplo de paciência, sabedoria, bondade e amor. Aos meus **irmãos, primos, tios e tias** que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação.

Ao meu marido, **Eugênio Pacelly**, pela compreensão nos momentos de ausência e por sempre estar ao meu lado, me ajudando sempre que precisei, a você meu amor toda minha gratidão.

Ao meu professor, **Mathias Weller** por sua paciência, orientação e confiança, que me fizeram acreditar que este trabalho era possível.

Aos professores do Curso de Enfermagem, cujos ensinamentos foram essenciais para minha trajetória acadêmica, guardarei para sempre cada um de vocês em meu coração.

Às demais pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho. Deus ilumine a todos!

Diagnóstico imunohistoquímico de câncer de mama em hospitais públicos do nordeste brasileiro

ANDRADE, Lorena Sofia dos Santos

RESUMO

O câncer de mama no Brasil é a maior causa de morte por câncer entre as mulheres e o diagnóstico tardio ainda é realidade em várias regiões. O atraso do diagnóstico e início do tratamento estão relacionados ao paciente e/ou ao serviço de saúde. Os atrasos relacionados ao serviço de saúde incluem: demora na marcação de consultas e exames, atendimento na rede primária deficiente e a não realização de alguns exames. O objetivo desse estudo foi identificar quais Hospitais do Nordeste brasileiro referência em oncologia, oferecem o exame imunohistoquímico (IHQ) e discutir sobre as dificuldades do diagnóstico de câncer de mama. Tentou-se coletar informações de 47 hospitais registrados no site do INCA (Instituto Nacional do Câncer) como referência em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de ligações telefônicas, entre outubro de 2014 e abril de 2015. Foram coletadas informações de 29 hospitais em 19 cidades dos estados do Nordeste. A maioria, 18 (62%) afirmou terceirizar a realização do IHQ, 7 (24%) realizam no próprio hospital e 4 (14%) não realizam, deixando o paciente descoberto do serviço. Concluiu-se que existem muitas barreiras no acesso aos serviços de saúde que comprometem a assistência e o tratamento de câncer de mama, muitas mulheres continuam sem realizar o exame IHQ e deixando de se beneficiar com a Terapia Hormonal e Imunoterapia. Além disso, é possível que a terceirização do serviço de saúde aumente o tempo de atraso do diagnóstico.

Palavras-chaves: Diagnóstico imunohistoquímico. Terapia hormonal. Imunoterapia. Terceirização.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
	1.1 Diagnósticos e Terapias	8
	1.2 Terceirização dos serviços públicos de saúde	9
	1.3 Atraso no diagnóstico e tratamento	10
2.	METODOLOGIA	12
3.	RESULTADOS	14
4.	DISCUSSÃO	18
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	23
	APÊNDICE	28

1. INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) define o câncer como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo em forma de metástase (INCA, 2014).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, sendo 57 mil de mama feminina. Este tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/ 100 mil) (INCA, 2014). No Nordeste, os estados de Pernambuco e Ceará apresentam os maiores números de casos câncer, destacando-se também o estado de Sergipe, que tem menor população geral (Tabela 1) (INCA, 2014).

Tabela 1: Número de casos de câncer de mama e população geral de cada estado da região Nordeste

Estados	Número de casos a cada 100 mil habitantes*	População Geral (milhões)**
Paraíba	37,62	3,9
Pernambuco	51,64	9,3
Rio Grande do Norte	39,61	3,4
Alagoas	28,37	3,3
Sergipe	40,52	2,2
Bahia	33,00	15,1
Piauí	31,12	3,2
Ceará	44,78	8,9
Maranhão	17,03	6,8

Fonte: *Dados do INCA (2014-2015) / **Dados do IBGE (2015)

Em 2012, a Paraíba apresentou a segunda maior taxa de mortalidade por câncer de mama (FREITAS-JUNIOR et al, 2013). O desenvolvimento demográfico associado ao envelhecimento da sociedade aumenta o risco da doença. Além disso, a mudança do estilo de vida e fatores de risco associados ao câncer de mama, podem explicar esse aumento drástico na taxa de mortalidade observada na Região Nordeste (SILVA; HORTALE, 2012).

Diferenças socioeconômicas, nuliparidade, menarca precoce, primiparidade tardia, tempo de aleitamento curto, obesidade, sedentarismo, consumo de álcool, entre outros, são fatores de risco para câncer de mama (NAGATSUMA et al, 2013; LAGES et al, 2012; INCA, 2010, AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010; ROMIEU, 2009).

1.1 Diagnóstico e Terapias

O Ministério da Saúde recomenda para detecção precoce e diagnóstico deste câncer, exame clínico anual das mamas e mamográfico a cada dois anos a partir dos 40 anos; para mulheres de 50 a 69 anos o exame clínico e mamográfico deve ser anual; para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama, recomenda-se o exame clínico da mama e mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos (INCA, 2012).

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica (INCA, 2014).

Em geral, casos suspeitos de câncer de mama são detectados pelas Unidades Básicas de Saúde através de palpação em exame clínico ou queixas sintomáticas, posteriormente são encaminhadas para hospitais especializados, para realização de exames de imagem e acompanhamento multidisciplinar. Em alguns casos é realizado biópsia, mas por tratar-se de células com rápida proliferação, os médicos têm optado pela realização de cirurgia o mais breve possível, para retirada do tumor. Tanto o material da biópsia, quanto da cirurgia são enviados para laboratórios de patologia para confirmar a neoplasia, tipo, tamanho e grau do tumor. A partir destes dados é possível realizar o estadiamento do câncer de mama, utilizando o sistema TNM (T - a extensão do tumor primário; N - a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais; M - a ausência ou presença de metástase à distância), um importante parâmetro utilizado para escolha da terapia adequada (OSHIRO et al, 2014; ARAGÃO et al, 2012; INCA, 2004).

Devido a limitada capacidade preditiva dos fatores prognósticos tradicionais e estadiamento da doença, o Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira recomenda a realização do exame imunohistoquímico em todas as pacientes diagnosticadas com câncer de mama (WEIGEL, 2010; BARROS et al, 2001).

A imunohistoquímica é usada para a detecção de marcadores tumorais, de modo a identificar certos tipos histológicos e, quando possível, direcionar o tratamento (RABENHOSRT et al, 2010). No Câncer de Mama os principais marcadores detectados através de imunohistoquímica são os receptores de estrógeno e de progesterona (ER e PR) e HER2 (BERTOS; PARK, 2011). De acordo com os resultados imunohistoquímicos o câncer pode ser classificado em subtipos: Luminal A (ER + e / ou PR + e HER2-), Luminal B (ER + e / ou PR + e HER2 +), HER2 superexpresso (ER- PR- HER2+) e triplo negativo (TN; ER- PR- HER2-) (CADOO, 2013; CGAN, 2012).

O Luminal A representa cerca de 60% dos casos de carcinomas de mama e apresenta o melhor prognóstico (WEIGEL, 2010). A terapia hormonal nestas pacientes, durante 5 anos após cirurgia definitiva reduz as taxas de recorrência e de mortalidade da doença em 41% e 34% respectivamente, traduzindo-se em uma redução absoluta de 9,2% da mortalidade em 15 anos por câncer de mama (GOLDHIRSCH et al, 2011; COOMBES et al, 2007). Pacientes com superexpressão de HER2 e triplo negativos possuem piores prognósticos, porém no primeiro caso, podem se beneficiar com a imunoterapia (Trastuzumabe), um anticorpo monoclonal humanizado que melhora as taxas de resposta, reduz a progressão da doença e melhora a sobrevida quando utilizada isoladamente ou adicionada à quimioterapia, enquanto os triplo negativos dependem exclusivamente da quimioterapia e radioterapia (RAKHA et al, 2010; CONSTANTINIDOU, 2011).

1.2 Terceirização dos serviços públicos de saúde

A terceirização trata-se da prestação de serviços de saúde à população do setor público ofertados por prestadores privados, mediante convênios que podem ser celebrados com instituições públicas, filantrópicas ou sem fins de lucro, estas últimas dedicadas prioritariamente ao atendimento de pacientes do sistema público (LAGARDE, 2009; MEIRELLES, 2011).

Ainda que baseada em convênios e em instituições sem fins de lucro, há evidências de comportamentos que poderiam ser considerados oportunistas tanto do ente público quanto dos entes privados. Por esta via, é potencialmente vantajoso para o prestador privado que os segmentos “negligenciados” da Tabela SUS, assim permaneçam (SANTOS, 2012).

Empresas de Diagnóstico in vitro (IVD) são divisões da indústria farmacêutica, que em 2009 faturaram 42 bilhões de dólares. Os segmentos onde mais crescem os faturamentos são os diagnósticos moleculares e diagnóstico tecidual para marcadores tumorais

(imunohistoquímico). Não por acaso, as políticas de controle de custos da saúde na Europa cada vez mais se concentram em insumos e equipamentos médicos (CAPELLARO, 2009).

No Brasil, o acesso à saúde em cidades interioranas é peculiar comparado as capitais. De maneira geral, os pacientes domiciliados em pequenos centros recorrem a um Posto de Saúde que respeitam um cronograma de atividades devidamente já estabelecido, o que impossibilita muitas vezes um atendimento preciso e rápido, carecendo de infraestruturas tecnológicas para distribuição da informação (PAIM, 2007; SOUZA, 2010).

Diante dos inúmeros obstáculos enfrentados pela saúde pública brasileira, constata-se a dificuldade de criação e manutenção de um modelo de gestão pública no SUS que consiga executar serviços que atendam às necessidades da população de forma direta, sem a complementação do setor privado (ROMANO, 2014).

1.3 Atraso no diagnóstico e tratamento

Aspectos sociais, econômicos e culturais interferem no diagnóstico de Câncer de Mama. Um dos motivos para o atraso do diagnóstico, relacionado ao paciente, principalmente em mulheres idosas é a falta de conhecimento sobre importância em realizar periodicamente exames de detecção precoce como a mamografia, o exame clínico das mamas e o autoexame, pois grande parte das mulheres ao fim da menopausa acredita que não precisam mais de um cuidado ginecológico (SANTOS, 2011).

O atraso relacionado ao sistema pode ser atribuído à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema público para atender à demanda ou baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo de casos suspeitos em diferentes níveis de atenção. A falta de acesso e de resolutividade nos serviços de saúde é uma das mais importantes causas de progressão da doença (ANDRADE et al, 2014; OSHIRO et al, 2014; BARROS, 2013; SHIN et al, 2013; SOARES et al, 2012; INCA, 2012; JACOME, 2011; PIÑEROS et al, 2009).

Estudos de países em desenvolvimento identificaram mais fatores causais do atraso relacionado ao paciente, ou em combinação com fatores de atraso relacionados ao sistema. Enquanto nos países desenvolvidos houve maior frequência de aspectos do atraso relacionado ao sistema durante o tratamento (ANDRADE et al, 2014).

Além disso, recente estudo realizado no Hospital da FAP (Fundação Assistencial da Paraíba), em Campina Grande na Paraíba, revelou que a maioria das pacientes diagnosticadas e/ou tratadas no Hospital entre 2005 e 2011 não dispunha de resultados imunohistoquímicos

no prontuário (ANDRADE et al, 2014). Do total de 452 pacientes diagnosticadas com câncer de mama invasivo, 55,31% não realizou exame imunohistoquímico (250 pacientes). O Hospital da FAP presta atendimento a 174 municípios paraibanos e não dispõe da realização de exame imunohistoquímico. Trata-se de um exame de alto custo para pacientes de baixa renda que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), isso explica a abstenção na realização do mesmo (ANDRADE et al, 2014).

O objetivo desta pesquisa foi identificar dentre os Hospitais de referência em oncologia no Nordeste brasileiro (Unacons e Cacons) quais oferecem o exame imunohistoquímico pelo SUS e discutir sobre as dificuldades do diagnóstico de câncer de mama e impactos na saúde dos usuários destes serviços.

2. METODOLOGIA

O Nordeste é composto de 9 estados, são eles: Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí e Maranhão. No site do INCA, no link “Onde tratar pelo SUS” é possível visualizar todas as Cacons e Unacons habilitadas para tratamentos oncológicos em cada estado brasileiro. Nos 9 estados do Nordeste, há 24 cidades e 55 Hospitais, entre Cacons e Unacons, sendo 8 exclusivos em oncologia pediátrica ou hematológica.

A habilitação das Unacons e Cacons é periodicamente atualizada de acordo com a necessidade e indicação dos estados, baseadas em padrões e parâmetros publicados na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Cabe às secretarias estaduais e municipais de saúde organizar o fluxo de atendimento dos pacientes na rede assistencial, estabelecendo a referência dos pacientes para Unacon ou Cacon.

Tentou-se coletar informações de 47 Hospitais, as entrevistas foram realizadas entre outubro de 2014 e abril de 2015, originadas de telefone particular e os números telefônicos foram extraídos de sites públicos das instituições e de listas telefônicas on line através de internet. Foi solicitado contato com os setores de oncologia ou patologia dos hospitais para se obter informações acerca do exame imunohistoquímico. O questionário utilizado foi construído de forma objetiva para obtenção de respostas curtas e precisas (Apêndice), como qualquer cidadão poderia fazê-lo afim de informar-se a respeito da realização de um exame. Todas as respostas foram obtidas através de pessoas que trabalham no setor de Oncologia ou Patologia dos hospitais.

Foram excluídos da pesquisa 18 hospitais, 1 por informar não tratar câncer de mama e 17 por falta de contato, devido a números telefônicos errados ou falta de contato com pessoa responsável dos setores de oncologia ou patologia.

Os Hospitais que não realizam e não terceirizam o exame IHQ, foram questionados sobre o número de pacientes atendidas anualmente no serviço, mas negaram-se a informar por telefone ou não sabiam informar.

Três Hospitais que não constavam no site do INCA foram inclusos na pesquisa: Associação Petrolinense de Amparo à Maternidade e Infância (APAMI) em Petrolina no Pernambuco, Instituto Ivete Sangalo em Juazeiro da Bahia e o Hospital de Oncologia do Seridó em Caicó no Rio Grande do Norte.

Em Juazeiro, na Bahia, segundo o site do INCA, há uma Unacon (Hospital Regional de Juazeiro) porém durante a entrevista foi descoberto que não realizam tratamento para

mulheres com câncer, estas são encaminhadas para a APAMI em Petrolina – PE, que não constava no site do INCA, mas devido as informações colhidas a inserimos na pesquisa, já que não foi possível obter informações de outro Hospital desta cidade.

O Hospital Regional de Juazeiro ainda informou que na cidade há o Instituto Ivete Sangalo vinculado ao Hospital de Câncer de Juazeiro, que trata-se de uma Unidade filial do Hospital de Barretos em São Paulo. O instituto realiza intensas campanhas de luta contra o câncer de mama, atende às mulheres com câncer, diagnostica e fornece tratamento pelo SUS, inclusive o exame imunohistoquímico que é realizado na sede em São Paulo.

Em Natal, Rio Grande do Norte, há uma Liga Contra o Câncer, com duas unidades especializadas em câncer de mama na capital (Hospital Dr. Luiz Antônio e CECAN-Centro Avançado de Oncologia) e uma no interior, o Hospital de Oncologia do Seridó, localizado em Caicó, esta Unidade não está registrada no site do INCA mas por fazer parte da Liga Northeriogradense Contra o Câncer a inserimos na pesquisa.

3. RESULTADOS

Foram contatados 29 hospitais, em 19 cidades dos 9 estados do Nordeste, por meio de ligações telefônicas. O quadro abaixo demonstra os resultados dos 29 hospitais.

Quadro 1: Resultado de pesquisa em hospitais públicos de 19 cidades dos Estados do Nordeste Brasileiro quanto a realização do exame imunohistoquímico pelo SUS, entre 2014 e 2015.

Estado	Cidade	Hospital	Exame IHQ
Paraíba	Campina Grande	FAP Fundação Assistencial da Paraíba	Não Realiza
		Hospital Universitário Alcides Carneiro	Não Realiza
	João Pessoa	Hospital Napoleão Laureano	Realiza
Pernambuco	Recife	Hospital das Clínicas	Terceiriza
		Hospital do Câncer	Realiza
		Hospital Osvaldo Cruz	Terceiriza
	Petrolina	APAMI Centro de Oncologia	Terceiriza
Alagoas	Maceió	Hospital Universitário prof. Alberto Nunes	Realiza
		Santa Casa de Misericórdia	Terceiriza
	Arapiraca	Hospital Afra Barbosa	Terceiriza
Sergipe	Aracajú	HUSE / Hospital Governador João Alves	Terceiriza
Bahia	Salvador	CICAN	Terceiriza
		Hospital Aristides Maltez	Realiza
		Hospital São Rafael	Realiza
	Juazeiro	Hospital do Câncer - Instituto de Prevenção Ivete Sangalo	Terceiriza
	Ilhéus	Hospital São José Maternidade Santa Helena	Terceiriza

Rio Grande do Norte	Natal	Hospital da Liga Dr. Luiz Antonio	Terceiriza
		CECAN	Terceiriza
	Caicó	Hospital de Oncologia do Seridó	Terceiriza
	Mossoró	Centro de Oncologia e Hematologia	Terceiriza
Ceará	Fortaleza	Hospital Universitário Walter Cantídio	Terceiriza
		ICC Instituto do Câncer do Ceará	Realiza
		Hospital Irmandade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	Não Realiza
	Sobral	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Não realiza
	Barbalha	Hospital São Vicente de Paulo	Terceiriza
Piauí	Terezina	Hospital São Marcos	Realiza
Maranhão	Imperatriz	Hospital São Rafael	Terceiriza
	São Luiz	IMOAB Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo	Terceiriza
		Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho	Terceiriza

Fonte: Pesquisa por telefone

Dos 29 Hospitais entrevistados, apenas sete (24%) realizam o exame imunohistoquímico nas dependências físicas e por profissionais do Hospital, e quatro hospitais (14%) do Nordeste brasileiro afirmaram não realizar o exame IHQ e não se responsabilizam pela realização deste exame fora do Hospital (Tabela 2 e Gráfico 1). Dois dos quatro hospitais que não oferecem o IHQ estão no Ceará e dois no estado da Paraíba (Tabela 2 e Gráfico 1). Porém 18 (62%) dos 29 hospitais, informaram que os pacientes diagnosticados e tratados nestes Hospitais conseguem a realização do exame IHQ através de parcerias ou convênios dos hospitais com laboratórios particulares ou do SUS e com instituições da mesma cidade que realizam o exame, sem gerar nenhum ônus para o paciente (Tabela 2 e Gráfico 1).

Tabela 2: Número de Hospitais entrevistados sobre a realização do exame imunohistoquímico

Estado	Hospitais Entrevistados	Realizam	Terceirizam	Não Realizam
Pernambuco	4	1	3	0
Paraíba	3	1	0	2
Alagoas	3	1	2	0
Sergipe	1	0	1	0
Bahia	5	2	3	0
Rio Grande do Norte	4	0	4	0
Ceará	5	1	2	2
Piauí	1	1	0	0
Maranhão	3	0	3	0

Fonte: pesquisa por telefone



Fonte: Pesquisa por telefone

O SUS disponibiliza a realização do exame imunohistoquímico. Quando não realizada no Hospital de origem, o serviço deve ser referenciado para outra instituição ou laboratório particular pago pelo SUS. Exatamente o que ocorre em Recife, Pernambuco, o Hospital das Clínicas terceiriza o serviço para o Hospital do Câncer que realiza o exame pelo SUS. Além disso foi informado que em Salvador, Bahia, no Centro Estadual de Oncologia (CICAN) o paciente quem se responsabiliza por retirar o material do hospital e levar a um

laboratório terceirizado. Os demais hospitais que terceirizam a realização do IHQ afirmaram se responsabilizar pelo envio do material.

Os 7 Hospitais que realizam o exame IHQ e todos os Hospitais que terceirizam esse serviço, ressaltaram que realizam ou se responsabilizam apenas por pacientes acompanhados no Hospital, ou seja, que foram diagnosticados e tratados no mesmo. Os 4 Hospitais que não realizam o exame e não encaminham o paciente para realiza-lo pelo SUS, negaram-se a informar a quantidade de pacientes atendidas anualmente com câncer de mama pelo serviço.

4. DISCUSSÃO

Pacientes com câncer de mama que não realizam exame imunohistoquímico perdem a oportunidade de se beneficiar com a terapia hormonal e imunoterapia, que poderia aumentar as chances de cura, melhorar a sobrevida livre da doença e reduzir os riscos de recidiva (GOLDHIRSCH et al, 2011; RAKHA et al, 2010; CONSTANTINIDOU, 2011).

Apesar da técnica imunohistoquímica ser relativamente simples e de baixo custo, muitos hospitais públicos do Nordeste não o realizam em suas dependências, sendo necessário a terceirização do serviço. São desconhecidos os motivos pelos quais alguns hospitais não mantem convênios com laboratórios terceirizados para dar cobertura a população que necessita realizar o IHQ.

Dois hospitais do Ceará não realizam exame IHQ, um em Fortaleza, que apesar de haver outros hospitais que realizam o exame, não garante cobertura para as pacientes deste hospital, já que eles só realizam dos próprios pacientes. E outro na cidade de Sobral, que segundo o INCA dispõe apenas de um hospital para tratamento de câncer pelo SUS. Em ambos, os pacientes precisam responsabilizar-se financeiramente pela realização do exame.

Na Paraíba há um agravante, os dois Hospitais referência em tratamentos de câncer pelo SUS da cidade de Campina Grande, não realizam o IHQ. Todos os pacientes tratados neste centro, inclusive vindos de inúmeras cidades vizinhas, devem pagar pelo exame. Esta situação foi descoberta numa pesquisa realizada com prontuários do Hospital da FAP, onde também verificou-se que em 2010, 93 pacientes foram diagnosticadas com câncer de mama no hospital, mas apenas 48 (51,61%) realizaram exame imunohistoquímico. As 45 pacientes (48,39%) que não realizaram o IHQ não receberam terapia adequada e algumas receberam hormonioterapia sem avaliação dos receptores hormonais (ANDRADE et al, 2014).

O tratamento com Tamoxifeno está associado a efeitos secundários benéficos, como a melhora do perfil lipídico e aumento da densidade óssea em mulheres na pós-menopausa. Entretanto, até 25% das pacientes apresentam efeitos adversos, tais como: náuseas, vômitos, fogachos, irregularidade menstrual, sangramento vaginal, prurido vulvar, dermatite, hipercalcemia, edema periférico, anorexia, depressão, trombocitopenia, leucopenia, cefaleia, doença tromboembólica, retinopatia, carcinoma hepático e carcinoma de endométrio (JIN, 2005). Por estes motivos não se justifica a utilização indiscriminada da Terapia Hormonal.

O Trastuzumabe, utilizado na imunoterapia adjuvante reduz o risco de recorrência à metade e a mortalidade em um terço em pacientes com câncer de mama em estágio primário (WOLLF et al, 2007). Trata-se de um medicamento de alto custo (cerca de 10 mil reais por

dose) que em janeiro de 2013 foi aprovada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e passou a ser distribuída gratuitamente, mas o principal critério para recebimento é a prévia realização de exame imunohistoquímico e detecção da superexpressão do gene HER-2 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Há um grande atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama associados aos serviços de saúde, devido: demora para marcação de consultas e exames, deficiência no atendimento da rede primária, a não realização de alguns procedimentos e exames, demora para entrega de resultados e falta de orientações profissionais (SANTOS, 2011; GEBRIM, 2006). Estudo que analisou o fluxo de pacientes com câncer de mama tratadas no SUS mostra que os serviços especializados de cirurgia, radioterapia e quimioterapia são concentrados nas cidades grandes, e que uma proporção considerável de pacientes mora a mais de 150km desses serviços (OLIVEIRA et al, 2011).

Pesquisas realizadas em Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, mostraram que o tempo entre a suspeita e a confirmação do câncer demoram em média 6 a 9 meses e por este motivo o câncer é diagnosticado em estágios mais avançados (OSHIRO et al, 2014; SOARES, 2012; REZENDE et al, 2009; MAIA, 2006). No Distrito Federal, as mulheres iniciaram o tratamento em aproximadamente sete meses após a detecção do sintoma da doença (BARROS, 2013).

O presente estudo mostrou que 86% dos Hospitais entrevistados se responsabilizam pela realização do exame imunohistoquímico, no próprio hospital ou laboratório terceirizado, isto apenas para pacientes que foram diagnosticados e estão sendo tratados nestes Hospitais.

É possível que a terceirização do exame imunohistoquímico e outros serviços de saúde ocasionem maior atraso do diagnóstico e início do tratamento. A revisão mais recente sobre o tema foi produzida no âmbito do Grupo EPOC (Effective Practice and Organization of Care), da Fundação Cochrane, estudos realizados na Bolívia, Camboja e Paquistão, mostraram que são débeis as evidências da efetividade e eficiência das terceirizações de serviços públicos de saúde, apontando a necessidade de se conduzir avaliações mais rigorosas sobre a terceirização de serviços ou utilizar o mesmo montante de recursos para fortalecer a prestação pública (LAGARDE, 2009).

A terceirização dos serviços de saúde é restrita a poucos usuários do SUS, ela não garante acesso de todos, além de burocratizar o sistema. Em Salvador na Bahia, por exemplo, onde o paciente deve se responsabilizar por encaminhar o material ao laboratório, ele precisa de uma autorização do hospital que garante ao laboratório que este exame será pago pelo SUS. Além disso, é importante ressaltar que há um tempo hábil para a realização do exame,

que deveria ser no máximo 15 dias, mas esse tempo depende do volume de exames enviados ao laboratório, acrescido do tempo para envio do material e o recebimento dos resultados pelo hospital ou paciente. O tempo de espera para início do tratamento depende do recebimento do resultado e da marcação de uma consulta-retorno ao médico, para indicar a melhor terapia e início dela. Importante lembrar que este atraso é apenas um relacionado ao serviço de saúde, que até aqui os pacientes já se atrasaram bastante.

Todos os estados do Nordeste possuem poucos Hospitais de referência para o tamanho territorial do estado e da população, os centros especializados não são centralizados o que dificulta ainda mais o acesso das populações mais distantes das capitais.

No Rio Grande do Norte foram entrevistados Hospitais de 3 cidades, Caicó, Mossoró e Natal. Em Natal existem dois Hospitais que fazem parte da Liga Contra o Câncer, porém ambas não realizam o IHQ, apenas terceirizam para pacientes acompanhados pela Liga. Em Caicó existe uma Unidade de oncologia também da Liga, que dispõe de tratamentos como radioterapia e Quimioterapia, porém os pacientes devem ser primeiro encaminhados a Natal, para realização de exames e procedimentos cirúrgicos, para então retornar e realizar o tratamento. Caicó está localizada a 282 km de distância da capital Natal. Mossoró por sua vez, localizada a 180 km de Caicó e a 278 km de Natal, dispõe de um Hospital que se responsabiliza por terceirizar a realização do exame, mas apenas para pacientes deles. Fica claro que tantos obstáculos, de tempo, espaço, condições financeiras e falta de disponibilidade nos hospitais, acabam por interferir na realização não só deste exame, mas de vários recursos de saúde.

Além disso, na portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, constam os critérios para habilitação das Cacons e Unacons. As Cacons devem prestar atenção especializada em oncologia, consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico definitivo de câncer e todo o tratamento para, relativamente todos os tipos de câncer, enquanto as Unacons devem prestar assistência especializada em oncologia a pelo menos os cânceres mais prevalentes no Brasil, que inclui o câncer de mama (INCA, 2014).

O que podemos observar é que a maioria das Unacons e Cacons, que foram assim habilitadas e registradas no site do INCA não obedecem a todos os requisitos, pois não prestam serviços necessários para diagnóstico definitivo, como o exame imunohistoquímico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a não realização do exame imunohistoquímico em hospitais referência no tratamento de câncer de mama ocorreu em dois estados do Nordeste. No total são quatro hospitais que não realizam, e as pacientes diagnosticadas e tratadas nestes centros de oncologia devem pagar pelo exame fora do hospital. Sabendo que uma parcela considerável de usuários do SUS dependem exclusivamente deste sistema para assistência em saúde, muitos pacientes não realizam o exame e deixam de se beneficiar com terapias fornecidas pelo próprio SUS.

A maioria dos Hospitais terceirizam o exame IHQ e podem estar relacionados ao atraso dos serviços de saúde na definição do diagnóstico e determinação das terapias a serem aplicadas.

Os Centros de referência são escassos e mal distribuídos, levando em consideração tamanho geográfico dos estados e população geral. Faz-se necessário a migração de pacientes provenientes de áreas com atendimento deficiente para cidades com maiores recursos de saúde, mas nem sempre estes deslocamentos são possíveis, e a população fica sem assistência.

O Nordeste carece de novas pesquisas sobre os atrasos no diagnóstico, a fim de que se identifiquem outros aspectos relevantes para o conhecimento mais amplo deste fenômeno. É importante enfatizar que os resultados desse estudo contribuem para o entendimento dos entraves na assistência a pacientes portadoras de câncer de mama, principalmente para a enfermagem, devido ao seu envolvimento na atenção ao câncer de mama, desde a detecção precoce, através de exames clínicos e programas de rastreios na atenção primária até o tratamento de alta complexidade nos centros hospitalares. Por fim, deve-se fomentar a educação continuada em saúde, incentivando o autoexame das mamas, fatores de risco para o câncer de mama e a importância da rapidez no diagnóstico e tratamento.

Immunohistochemical diagnosis of breast cancer in public hospitals in Brazilian Northeastern

ANDRADE, Lorena Sofia dos Santos

ABSTRACT

Breast cancer in Brazil is the largest cause of cancer death among women and late diagnosis is still reality in several regions. The delay in diagnosis and the beginning of treatment are related to patients and / or the health service. The slowness related to the health service include: delay in the appointments and examinations, poor care in the primary network and not performing some exams. The goal of this study was to find out which Brazilian Northeastern Hospitals that treat breast cancer, are performing the immunohistochemical examination (IHQ) and discuss the difficulties of diagnosis of breast cancer. It was tried to collect information, through phone calls, from 47 hospitals registered in INCA's website (National Cancer Institute) as a reference in treatment by SUS (Single Health System), through phone calls, between October 2014 and April 2015. Information was collected from 29 hospitals in 19 cities of the Northeastern States. Most hospitals, 18 (62%) said performing outsourcing the IHQ, 7 (24%) perform at the hospital itself and 4 (14%) do not perform, leaving the patient with no service coverage. It was concluded that there are many barriers in access to health services that compromise the assistance and the treatment of breast cancer, a lot of women are still not performing the IHQ examination, that way failing to benefit from hormone therapy and immunotherapy. Besides that, it's possible that the outsourcing of health services increases the delay time of diagnosis.

Keywords: Immunohistochemical diagnosis. Hormonal therapy. Immunotherapy. Outsourcing.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2010. Atlanta: American Cancer Society; 2010. (Acesso em Junho de 2015). Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-026238.pdf>
- ANDRADE ACM et al. The lack of immunohistochemistry assays reveals health disparities between two groups of breast cancer patients. African Journal of Breast Cancer ISSN: 3258-329X Vol. 1(3), pp. 024-029, December, 2014.
- ARAGÃO JA et al. Nível de estadiamento das mulheres submetidas a tratamento do câncer de mama. SCIENTIA PLENA VOL. 8, NUM. 3 2012 www.scientiaplenu.org.br 037502-1
- BARROS ACSD et al. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Projeto Diretrizes: Associação Médica e Conselho Federal de Medicina. 2001; 1: 1-15
- BARROS AF; UEMURAZ G; DE MACEDO JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(10):458-63
- BERTOS NR; PARK M. Breast câncer: one term, many entities? The Journal Clinical of Investigation. Vol. 121, No 10, Outubro de 2011.
- CADDOO KA, FORNIER MN, MORRIS PG: Biological subtypes of breast cancer: current concepts and implications for recurrence patterns. Q J Nucl Med Mol Imaging 2013, 57:312–321
- CAPELLARO G; FATTORE G; TORBIKA A. Funding health technology in decentralized systems: a comparison between Italy and Spain. Health policy 2009; 92(2): 313-321.
- CGAN - Cancer Genome Atlas Network: Comprehensive molecular portraits of human breast tumors. Nature 2012.

COOMBES RC et al. Survival and safety of exemestane versus tamoxifen after 2-3 years tamoxifen treatment (Intergroup Exemestane Study): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007; 369: 559-570

CONSTANTINIDOU A, SMITH I. Is there a case for anti-HER2 therapy without chemotherapy in early breast cancer? *Breast*. 2011;20(3):S158-S61.

FREITAS-JUNIOR R et al. Variação temporal do tratamento cirúrgico do câncer de mama em Hospital Universitário na Região Centro-Oeste do Brasil. *Ver. Col. Bras. Cir.*, Vol. 40, No 3, p. 180-185, 2013

GEBRIM LH; QUADROS LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28: 319-23

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

GOLDHIRSCH A et al. Panel Members. Strategies for subtypes--dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol*. 2011;22(8):1736-47. DOI:10.1093/annonc/mdr304

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância [Internet]. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011. [citado 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso 2015 Abr 09]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>

INCA - Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [acesso 2015 Abr 20]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.

JACOME EM et al. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2011; 57(2):189-98.

JIN Y et al. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment. *J. Nat. Cancer. Inst.* 2005; 97:30-39

LAGARDE M; PALMER N. The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art No CD008133, 2009

LAGES RB et al (2012). Inequalities associated with lack of mammography in Teresina-Piauí- Brazil, 2010-2011. *Rev. Bras. Epidemiol.* 15(4):737-47.

MAIA EMC, MAIA LB, VALENTE FM, MACHADO RB, BORGES JBR. Tempo decorrido entre a primeira consulta e o tratamento definitivo nos casos de câncer de mama no Sistema de Saúde público da cidade de Jundiaí. *Rev Bras Mastologia.* 2006; 16(1):23-6. 25.

MEIRELLES HL. *Direito administrativo brasileiro.* 37ª edição. São Paulo, Malheiros, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Inclui procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do sus e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama her-2 positivo inicial e localmente avançado. Portaria nº 73, de 30 de janeiro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0073_30_01_2013.html

NAGATSUMA AK et al. Impacto f recente parity on histopathological tumor features and breast câncer outcome in premenopausal japanese women. *Breast Cancer Res Treat*, Volume 138, 3ª ed, p. 941-950, 2013

OLIVEIRA EXG et al. 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: 317-26.

OSHIRO ML et al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(1): 15-23

PAIM JS; TEIXEIRA CF. “Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios”. Ciênc. saúde coletiva, Vol.12, 2007.

PIÑEROS M et al. Patient delay among Colombian women with breast cancer. Salud Pública Méx. 2009;51(5):372-80.

RABENHOSRT et al. Protocolos de Imunohistoquímica do Laboratório de Genética Molecular – UFC. 2010.

RAKHA E, REIS-FILHO J, ELLIS I. Combinatorial biomarker expression in breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2010;120(2):293-308.

REZENDE MCR et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(2):75-81.

ROMANO CMC; SCATENA JHG. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 48(2):439-458, mar./abr. 2014

ROMIEU I, LAJOUS M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. Salud Pública Mex. 2009, 51 (Suppl. 2): 172-80

SANTOS MAB. Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas. / Maria Angelica Borges dos Santos. -- 2012. Orientador: Passos, Sonia Regina Lambert Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS GD; CHUBACI RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(5):2533-40.

SHIN DW et al. Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(8):2468-76.

SILVA RCF; HORTALE VA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2012.

SOARES PBM et al. Characteristics of women with breast cancer seen at reference services in the North of Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(3): 595-604

SOUZA GC; COSTA A. Iris do Céu “O SUS nos seus 20 anos: reflexes num contexto de mudanças”, *Saúde Soc.*, São Paulo, Vol, 19, n. 3 2010.

WEIGEL MT, DOWSETT M. Current and emerging biomarkers in breast cancer: prognosis and prediction. *Endocr Relat Cancer*. 2010;17 (4): 245-62.

WOLFF AC et al. American Society of Clinical Oncology. College of American pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *J Clin Oncol*. 2007;25(1):118-45.

APÊNDICE

Apêndice 1: Questionário utilizado nas entrevistas telefônicas.

1. O Hospital é referência em Oncologia na cidade?
2. Trata portadoras de câncer de mama?
3. Realiza Exame Imunohistoquímico no Hospital?
4. Se NÃO na questão 3, encaminha para algum laboratório terceirizado pelo Hospital, pago pelo SUS?
5. Se NÃO na questão 4, o paciente tem de pagar pelo exame?
6. Se SIM na questão 5, quantas pacientes são atendidas com câncer de mama por ano no Hospital?