

**Impacto econômico das internações, quimioterapias e afastamentos por Neoplasia  
Maligna de Mama no Brasil.**

Alessandra de Sá Earp Siqueira<sup>\*</sup>  
Juliana Garcia Gonçalves<sup>\*\*</sup>  
Marcela Leite Balaro<sup>\*\*\*</sup>  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça<sup>\*\*\*\*</sup>  
Emerson Elias Merhy<sup>\*\*\*\*\*</sup>  
Marcelo Gerardin Poirot Land<sup>\*\*\*\*\*</sup>

**RESUMO:**

Este artigo é parte da tese de doutorado “O Impacto Econômico do Câncer no Sistema de Saúde no Brasil” vinculado ao Programa de Pós-graduação de Clínica Médica/UFRJ e tem por objetivo analisar o impacto evolutivo das internações, das quimioterapias e dos afastamentos temporários e/ou definitivos ocorridos no Brasil no período de 2008 a 2015 por Neoplasia Maligna de Mama.

Nós observamos o impacto econômico referente aos gastos diretos com internações, quimioterapias e benefícios previdenciários por câncer de mama no Brasil aumentaram 110%, do valor aproximado de R\$ 302 milhões no ano de 2008 para R\$ 633 milhões no ano de 2015.

O câncer de mama é a primeira causa de aposentarias dentre as neoplasias no Brasil, representando 7% do total de gastos previdenciários no período analisado (aproximadamente R\$ 1,1 bilhões).

---

<sup>\*</sup> Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da UFRJ, Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, Médica, Analista de Ciência e Tecnologia do Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva

<sup>\*\*</sup> Doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da UFRJ, Pesquisadora do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, Analista de Ciência e Tecnologia do Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes da Silva

<sup>\*\*\*</sup> Médica perita previdenciária, Responsável Técnica da Reabilitação Profissional, INSS – GEX Rio de Janeiro.

<sup>\*\*\*\*</sup> Professor Adjunto de Saúde Coletiva -IESC – UFRJ, Diretor Adjunto de Graduação; ex-Diretor-Geral do INCA; Pesquisador do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde e da Rede de Avaliação Compartilhada da UFRJ.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Professor titular de Saúde Coletiva, UFRJ-MACAÉ. Coordenador do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde na UFRJ. Membro do grupo de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFRJ. Pesquisador do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde e da Rede de Atenção Compartilhada

**PALAVRAS CHAVE:** Neoplasia Maligna de Mama, Impacto Econômico, Benefícios Previdenciários, Câncer

**ABSTRACT**

This article is part of the doctoral thesis "The Economic Cancer Impact on Health System in Brazil" linked to the Clinical Medicine Post-graduate Program/UFRJ and aims to analyse the evolution of the impact of admissions, chemotherapies and temporary and/or definitive work leave occurred in Brazil from 2008 to 2015 by Breast Cancer. We observed that the economic impact related to the direct costs of hospitalization, chemotherapies and pension benefits for Breast Cancer in Brazil increases 110% from R\$ 302 million in 2008 to R\$ 633 million in 2015. Breast cancer is the leading cause of disability retirement between cancer in Brazil, accounting for 7% of total pension expenditure in the period analyzed (approximately R\$ 1.1 billion).

**KEYWORDS:** Breast cancer, Economic Impact, pension benefits, cancer.

## **Introdução:**

Este artigo é parte integrante dos estudos realizados pelo Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde <sup>(1)</sup>, e pela RAC - Pesquisa de Avaliação da Produção do Cuidado nas Redes Temáticas, coordenadas pelo grupo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, sediado na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O Observatório foi criado a partir de pesquisa financiada pelo CNPq, através da Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013 - Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde e a RAC possui financiamento do Ministério da Saúde <sup>(1)</sup>. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 876.415, CAAE 38804614.8.1001.5291.

O Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde é integrado por uma rede de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior do Brasil, que desenvolvem estudos voltados para o acompanhamento e a avaliação dos impactos da implementação e da institucionalização de políticas públicas em saúde em seus diversos níveis (federal, estadual e municipal).

Os trabalhos desenvolvidos pelo Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde procuram atender a estes desafios ao construir um modelo de análise em múltiplos níveis, utilizando-se de ferramentas quantitativas e qualitativas.

O presente estudo é um recorte da Tese de Doutorado “Impacto econômico do câncer no Sistema de Saúde no Brasil”, vinculada ao programa de Pós-graduação em Clínica Médica/ UFRJ e tem por objetivo analisar o impacto econômico do câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

### **A Neoplasia Maligna de Mama no Brasil**

O câncer é a principal causa de mortes por doença no mundo, sendo responsável por 8,2 milhões de mortes no ano de 2012 conforme dados da Organização Mundial de Saúde <sup>(2)</sup>. Nas últimas décadas, houve um aumento da taxa de incidência com 14 milhões de novos casos registrados em 2012 <sup>(2)</sup>.

O câncer é considerado como uma doença crônica não-transmissível (DCNT). As DCNT vêm aumentando progressivamente no Brasil e no mundo, representando atualmente 63% das mortes <sup>(3)</sup>. Estatísticas mostram que aproximadamente metade

destas mortes ocorre durante a vida produtiva dos indivíduos <sup>(4)</sup>. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 74% das mortes por doença <sup>(5)</sup>.

As estimativas de câncer no Brasil indicam que 596.070 novos casos ocorrerão no ano de 2016, incluindo os casos de pele não-melanoma <sup>(6)</sup>. No sexo masculino a neoplasia mais incidente é a Neoplasia de Próstata, e nas mulheres, a Neoplasia Maligna de mama, com estimativa de 57.960 novos casos de câncer (CA) de mama no Brasil no ano de 2016 <sup>(6; 7)</sup>.

Segundo dados do *Globocan 2012*, da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), o risco de uma mulher ter câncer de mama no Brasil é de 6,3% e de morrer por esta causa de 1,6% <sup>(8)</sup>. Segundo o INCA, no Brasil, as maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem nas regiões Sul e Sudeste e as menores taxas nas regiões Norte e Nordeste <sup>(6)</sup>.

No ano de 2015, foram aprovadas pelo Ministério da Saúde a ação mais recente no combate ao câncer de mama, intitulada: “*Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama*” <sup>(9)</sup>. O intuito das diretrizes para controle do CA de mama no Brasil é aumentar a eficiência na alocação de recursos para garantir maior benefício no impacto das ações de saúde e menores danos, auxiliando na ampliação e qualificação a detecção precoce do CA de mama, contribuindo para a diminuição da mortalidade por essa doença <sup>(9)</sup>.

Segundo estimativas da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), as neoplasias representam o maior desafio que os países irão enfrentar nos próximos anos. Como a causa de mais de um quarto de todas as mortes, elas têm um custo humano enorme e, apesar das melhorias contínuas no atendimento, ainda apresentam mortalidade elevada e diminuição da probabilidade de sobrevivência. Estima-se que, em poucos anos, haverá um enorme impacto social e econômico para todos os países <sup>(10)</sup>.

Apesar dos avanços no tratamento do câncer e melhorias na prevenção, dados da OMS mostram que a luta contra o câncer ainda está distante de resultados otimistas. Um terço dos casos poderia ser curado se detectados precocemente e tratados em estágio inicial, e outro um terço poderia ser evitado por completo com a modificação da exposição aos fatores de risco já conhecidos <sup>(11)</sup>.

O gasto atual com saúde no Brasil é de aproximadamente 9% do PIB *per capita* <sup>(12)</sup>. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam gastos de 990 dólares per capita no ano de 2010 no Brasil, destes 47% financiados pelo governo.

O presente estudo tem como objetivo analisar o impacto econômico dos gastos diretos do governo brasileiro ocorridos por Neoplasia Maligna de Mama.

### **Métodos:**

Este é um estudo descritivo, com análise retrospectiva de dados estatísticos, com informações coletadas em banco de dados públicos, tais como DATAPREV<sup>(13)</sup>, Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS (SIA)<sup>(14)</sup>.

### **Fontes de dados**

As fontes de dados são informações de acesso público sobre os benefícios concedidos pela Previdência Social no Brasil<sup>(13)</sup>, as internações aprovadas no SIH através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), e as quimioterapias aprovadas no SIA através das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)<sup>(14)</sup>.

As informações sobre os benefícios previdenciários são divididas nos afastamentos temporários ocasionados por auxílio-doença e os benefícios ocorridos pela aposentadoria por invalidez, antes do prazo previsto de contribuição.

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Instituto Nacional de Câncer disponível online<sup>(15)</sup> foi utilizado no estudo para a análise evolutiva dos tratamentos com o estadiamento das mulheres portadoras de CA de mama. O RHC coleta dados de todos os pacientes no hospital com diagnóstico confirmado de câncer, com informações sobre o estadiamento.

### **Internações Hospitalares por Neoplasias Malignas de Mama**

O número de internações hospitalares por Neoplasia Maligna de mama está disponível nos dados de faturamentos aprovados no SIH-SUS<sup>(14)</sup>, e corresponde a todos os eventos cadastrados no código C-50: Neoplasia Maligna de Mama<sup>(16)</sup>.

### **Quimioterapias aprovadas por Neoplasia Maligna de Mama**

O número de quimioterapias realizadas no SUS por CA de mama foram apuradas através da análise dos procedimentos aprovados dentro do sub-grupo: 0304-tratamento oncológico<sup>(14)</sup>. As informações sobre o número de procedimentos aprovados com o código de quimioterapia de mama foram reunidas mês a mês desde janeiro de

2008 a dezembro de 2015 <sup>(17)</sup>. Os procedimentos analisados foram: 030420133 - quimioterapia do carcinoma de mama avançado -1ª linha, 0304020141 - quimioterapia do carcinoma de mama avançado - 2ª linha, 0304040029 - quimioterapia do carcinoma de mama (prévia), 0304050067 - quimioterapia do carcinoma de mama em estágio III, 0304050075 - quimioterapia do carcinoma de mama em estágio II e 0304050130 - quimioterapia do carcinoma de mama em estágio I.

### **Afastamentos temporários e definitivos por Neoplasias**

Para se estimar o impacto dos afastamentos temporários (auxílio-doença) e definitivos (aposentadorias) foi utilizada a informação disponível no site da Previdência Social. Foi feita a análise da quantidade de benefícios concedidos por CA de mama.

Os benefícios concedidos pela Previdência Social (temporários ou permanentes) foram analisados pela frequência de eventos na amostra total e comparados ao grupo de doenças classificados como Neoplasias Malignas no período de 2008 a 2015.

### **Gastos diretos por Neoplasias Malignas de Mama:**

Os gastos diretos foram retirados dos valores pago pelas internações hospitalares no SUS através das Autorizações de Internações Hospitalar (AIH) <sup>(14)</sup> e nas pelas quimioterapias aprovadas nas Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) <sup>(14)</sup>. Os valores aprovados nas AIH e APAC ano a ano em todos os eventos aprovados classificados pelo CID de Doença: C-50: Neoplasia Maligna de Mama <sup>(16)</sup>.

Foram considerados gastos diretos os benefícios concedidos pela Previdência Social com os afastamentos temporários (auxílios-doença) e os afastamentos definitivos (aposentadorias por invalidez) também pelo CID C-50: Neoplasia Maligna de Mama <sup>(13)</sup>.

Não foram incluídos neste estudo os gastos diretos com os tratamentos por radioterapia ocorridos por CA de mama, pois no site do DATASUS não há informação disponível por CID de Doença.

### **O Estadiamento da Neoplasia Maligna de Mama**

Os dados do RHC foram tabulados através da seleção das pacientes classificadas pelo CID X de doença C-50: Neoplasia Maligna de Mama <sup>(16)</sup> com a busca da informação sobre estadiamento por Tumores Malignos (TNM) e estadiamento por grupo.

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) <sup>(18)</sup>, conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância.

### **Resultados:**

O impacto dos benefícios previdenciários, das internações e dos tratamentos ambulatoriais por Neoplasia Maligna de Mama no sistema público do Brasil foram analisados no período de 2008 a 2015. Secundariamente, foram analisados os estadiamento das mulheres portadoras de Neoplasias Malignas de Mama no período de 2000 a 2013. Dados referentes ao estadiamento posteriores a 2013 não estão disponíveis na sua integridade.

### **Afastamentos temporários e definitivos por Neoplasias**

Os benefícios concedidos pela Previdência Social e os acidentes de trabalho no período de 2008 a 2015 no Brasil somam mais de 20,7 bilhões, entre os quais: aproximadamente 16,7 milhões de auxílios-doença concedidos (79%), 2,5 milhões de auxílios-doença acidentário (13%), 1,3 milhões de aposentadorias por invalidez (7%) e aposentadoria por invalidez acidentária (1%).

A Tabela 1 mostra os dados referentes aos gastos previdenciários concedidos em aposentadorias por invalidez e em auxílios-doença, totais e os eventos ocorridos por Neoplasias Malignas. Os valores dos benefícios dos anos de 2014 e 2015 não estavam disponíveis no banco de informações durante a coleta de dados, apenas a quantidade de benefícios concedidos. Para estimar os gastos nos respectivos anos, os valores foram estimados a partir da projeção baseada na análise da série temporal do período de 2008 a 2013, a partir de um modelo (ARIMA) com a variável dependente modelada linearmente.

Os gastos com auxílios-doença somam aproximadamente R\$ 15,7 bilhões no período analisado, enquanto que os gastos com aposentadorias somam aproximadamente 1,4 bilhões. Os gastos ocorridos por Neoplasias Malignas representam 7% do total de gastos pela Previdência no período analisado.

**Tabela 1. Gastos com os benefícios previdenciários concedidos no Brasil.  
2008 – 2015.**

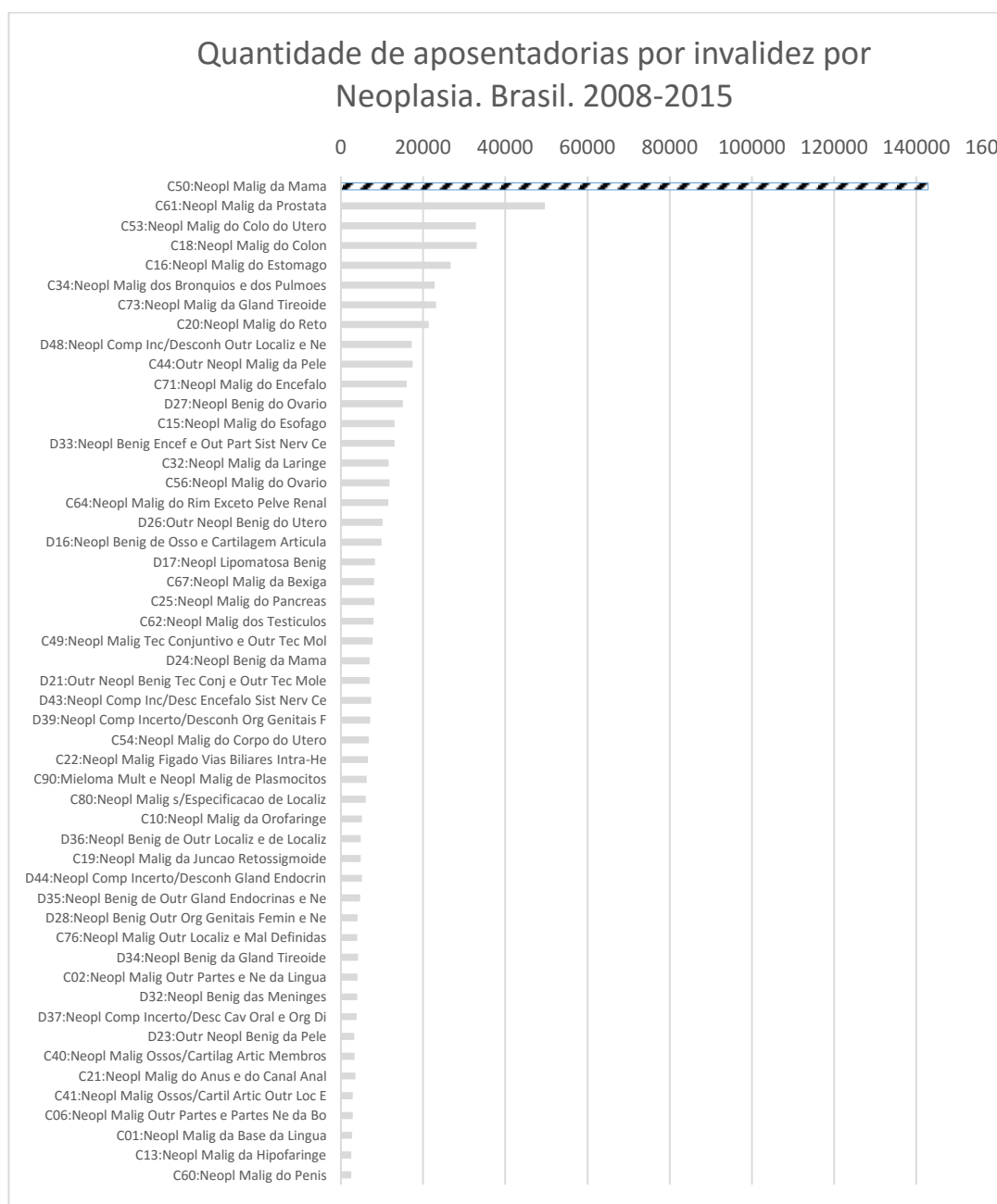
Dados / ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Apo. por invalidez</b>	R\$ 143.70	R\$ 139.3	R\$ 151.66	R\$ 159.69	<b>R\$ 172.60</b>	R\$ 191.94	R\$ 194.72	R\$ 204.70
<b>TOTAL</b>	4.929,3	33.45 9,6	4.388,3	8.860,1	<b>9.103,9</b>	1.772,8	9.981,2	2.713,3
<b>Auxílio-Doença</b>	R\$ 1.283.8	R\$ 1.319.	R\$ 1.572.5	R\$ 1.789.5	R\$ 2.074.3	R\$ 2.358.4	R\$ 2.518.4	R\$ 2.742.8
<b>TOTAL</b>	02.375,0	977.0 16,2	78.948,2	33.516,2	42.780,5	65.770,3	53.618,1	35.584,9
<b>Apo. por invalidez Neoplasia</b>	R\$ 9.545.5	R\$ 9.309.	R\$ 10.547.	R\$ 11.892.	R\$ 13.035.	R\$ 15.167.	R\$ 15.646.	R\$ 16.807.
	62,5	404,6	566,3	215,5	431,0	697,3	319,8	274,1
<b>Auxílio-Doença Neoplasia</b>	R\$ 78.123.	R\$ 85.36	R\$ 102.30	R\$ 114.76	R\$ 136.54	R\$ 155.98	R\$ 167.71	R\$ 183.57
	304,5	7.258,0	5.992,5	0.715,9	5.162,1	9.129,5	3.683,2	9.899,2

Fonte: DATAPREV.

A quantidade de aposentadorias por invalidez concedidas por Neoplasias Malignas foi somada e está demonstrada no Gráfico 1. O gráfico mostra que a Neoplasia Maligna de Mama é a principal causa de aposentadorias por invalidez dentre as neoplasias com o percentual de 19% do total, enquanto que a segunda causa que é a Neoplasia Maligna de Próstata representa 7% do total de aposentadorias, quase três vezes maior.



**Gráfico 1. Aposentadorias por invalidez ocorridas por Neoplasias Malignas. Brasil. 2008-2015.**

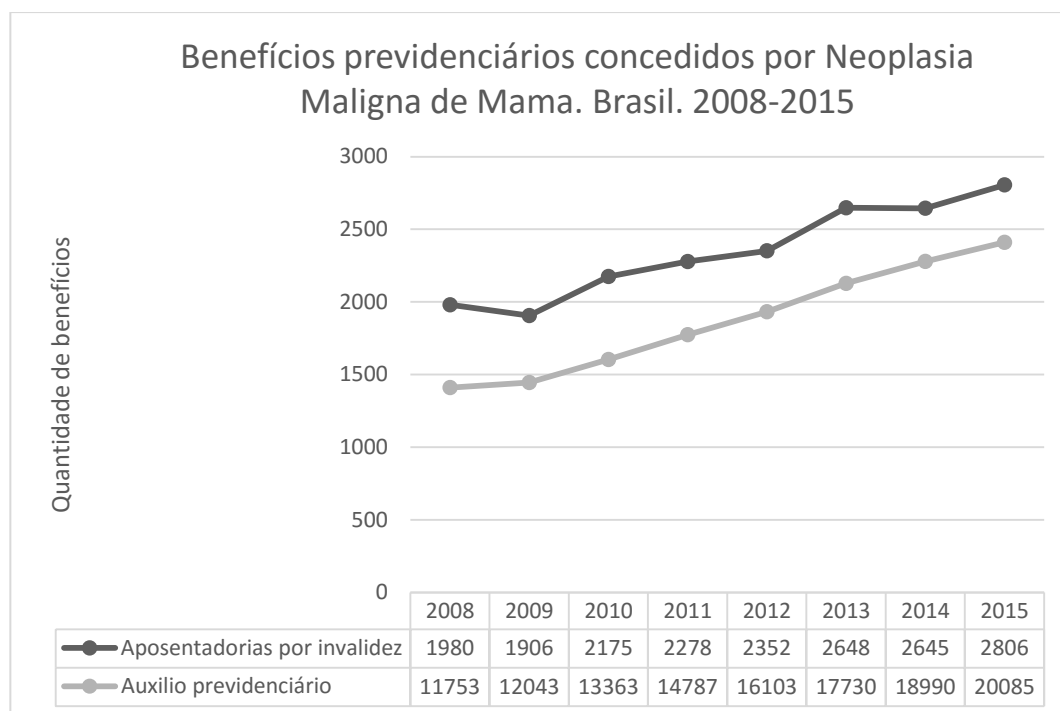


**Fonte:** DATAPREV.

As aposentadorias por invalidez ocorridas por CA de mama, assim como os auxílios-doença estão representados no Gráfico 4. No período de 2008 a 2015 houve um aumento expressivo nos afastamentos temporários e definitivos ocasionados por Neoplasia Maligna de Mama do Brasil. A quantidade de auxílios-doença está representada em cinza claro, enquanto que as aposentadorias em preto. Os dados de 2015 não estavam disponíveis na sua integridade, portanto foi utilizada a projeção

baseada na série temporal do período de 2008 a 2014 a partir de um modelo (ARIMA) com a variável dependente modelada linearmente.

**Gráfico 2. Benefícios previdenciários concedidos por Neoplasia de Maligna de Mama. Brasil. 2008-2015.**

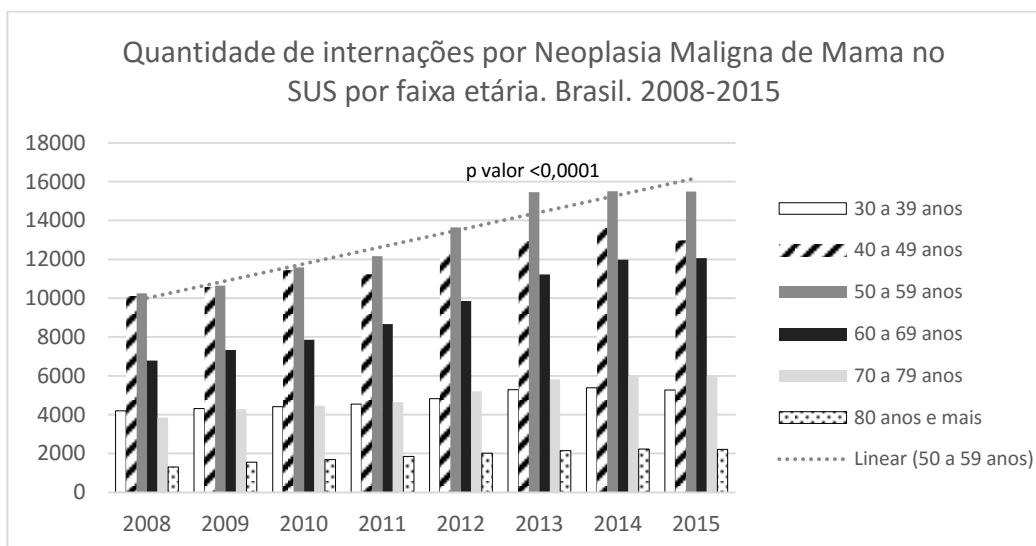


**Fonte:** DATAPREV.

### **Internações Hospitalares por Neoplasias Malignas de Mama**

As internações hospitalares ocorridas no SUS por CA de mama estão demonstradas no Gráfico 6 conforme a faixa etária. Houve aumento significativo das internações por Neoplasia Maligna de Mama em todas as faixas etárias analisadas (30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60-69 anos; 70-79 anos e 80 anos ou mais). A faixa etária que mais apresentou internações no SUS foi a de 50-59 anos, seguida pela faixa etária de 40-49 anos e logo após pela faixa etária de 60-69 anos.

**Gráfico 3. Internações no SUS por Neoplasia Maligna da Mama. Brasil. 2008-2015.**

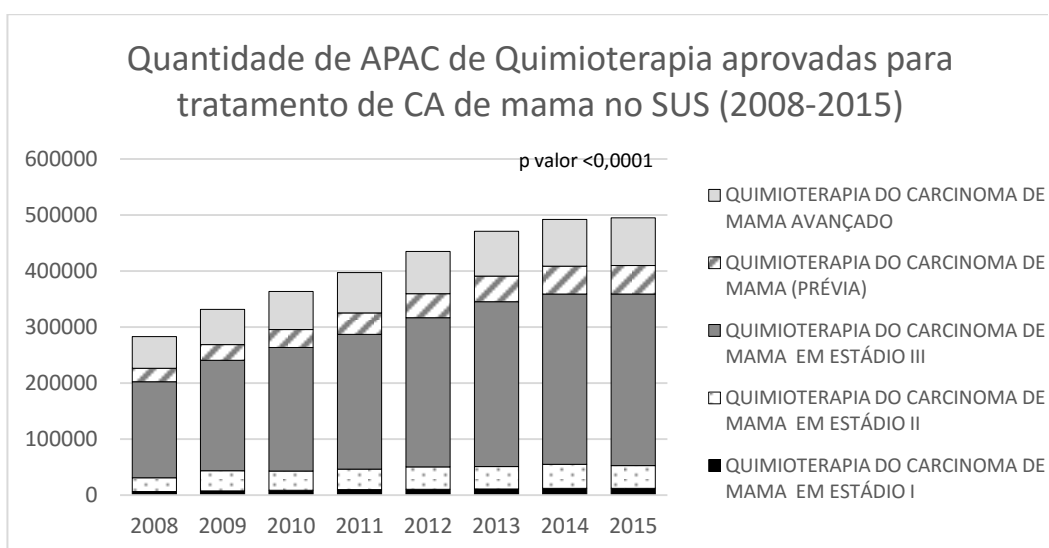


Fonte: DATASUS.

### Quimioterapias aprovadas por Neoplasia Maligna de Mama

Assim como nas internações hospitalares, houve um aumento significativo nos últimos 8 anos da quantidade aprovada de quimioterapia para tratamento de CA de mama no Brasil. O Gráfico 7 mostra o crescimento do faturamento das quimioterapias no Brasil no período de 2008 a 2015, sendo que a quimioterapia para tratamento de Neoplasia de Maligna de Mama em estágio III é a mais expressiva dentre as quimioterapias realizadas, observado em cinza escuro.

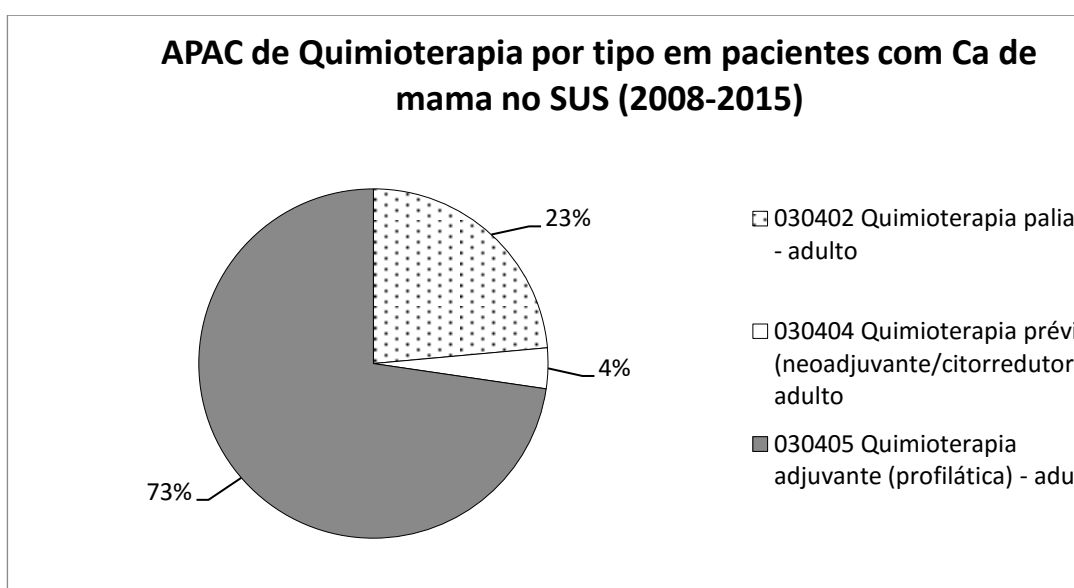
**Gráfico 4. Quimioterapias realizadas no SUS para tratamento de Neoplasias Malignas de Mama. Brasil. 2008-2015.**



Fonte: DATASUS.

Foram agrupadas produções de APAC de quimioterapias realizadas em CA de mama no período de 2008 a 2015 conforme a forma de organização. Os dados de APAC de quimioterapias somadas estão demonstradas no Gráfico 8. No período analisado, 73% das quimioterapias realizadas no SUS em CA de mama foram do grupo: 030405: Quimioterapia adjuvante (profilática) – adulto; 23% do grupo 030402: Quimioterapia paliativa – adulto; e 4% do grupo 030404: Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora) - adulto.

**Gráfico 5. Quimioterapias por tipo para tratamento de Neoplasias Malignas de Mama no SUS. Brasil. 2008-2015.**



**Fonte:** DATASUS.

### **Gastos com Neoplasias Malignas de Mama**

Os gastos com os benefícios previdenciários, com as quimioterapias, com as internações por Neoplasias de Mama e com as cirurgias oncológicas no período de 2008 a 2015 estão demonstrados na Tabela 2. Os gastos diretos totais ocorridos por CA de mama foram do valor aproximado de R\$ 302 milhões no ano de 2008 para R\$ 633 milhões no ano de 2015, duplicando os valores em 7 anos bem acima da inflação do período. Os gastos com quimioterapia representam 68% do total gasto, as internações por CA de mama 18%, as cirurgias oncológicas de mama 10% e os benefícios previdenciários 4%. O maior crescimento percentual foi encontrado nas AIH, tanto internações, quanto procedimentos cirúrgicos (crescimento de 240%), e o segundo

maior crescimento percentual foram nos benefícios previdenciários que aumentaram na ordem de 145%, de R\$ 9,9 milhões no ano de 2008 para R\$ 24 milhões no ano de 2015.

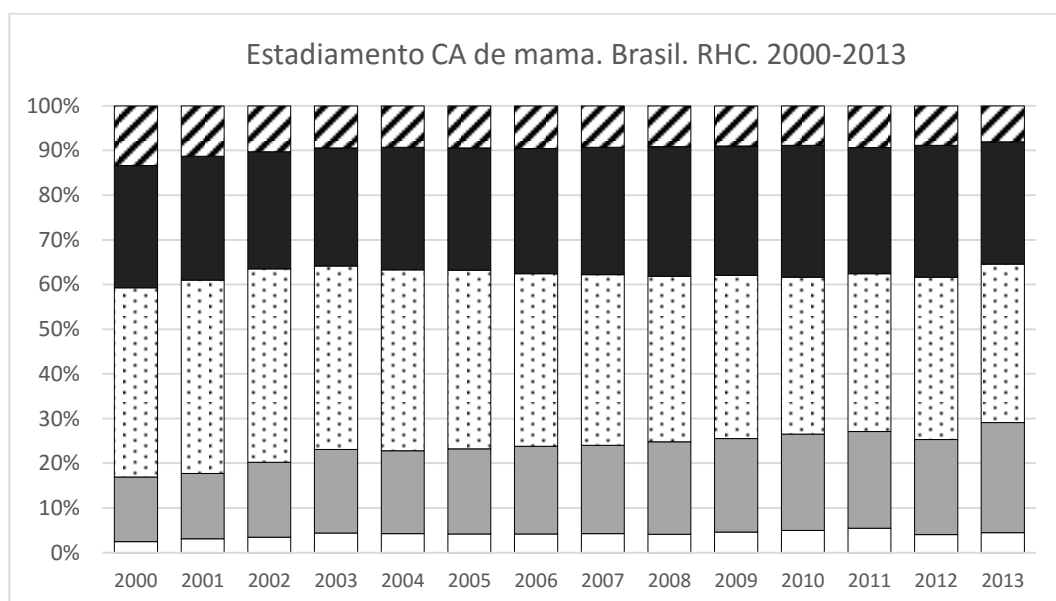
**Tabela 2. Gastos diretos com benefícios previdenciários, quimioterapias e internações por Neoplasia Maligna de Mama. Brasil. 2008 – 2015.**

Dados/ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Benefícios previdenciários</b>	R\$ 9.937.70 1,83	R\$ 10.647.9 09, 24	R\$ 12.823.4 87, 59	R\$ 14.998.4 42, 38	R\$ 17.518.3 82, 96	R\$ 20.762.7 72, 56	R\$ 22.139.2 89, 05	R\$ 24.336.7 67,04
<b>Quimioterapia Total</b>	R\$ 243.228. 174,53	R\$ 272.362. 630,81	R\$ 311.625. 986,56	R\$ 364.104. 568,45	R\$ 381.760. 552,45	R\$ 405.214. 904,60	R\$ 426.392. 733,50	R\$ 432.840. 046,35
<b>Internações CA de mama - Total</b>	R\$ 26.985.9 73, 61	R\$ 33.587.6 01, 81	R\$ 36.944.5 90, 86	R\$ 39.675.8 10, 53	R\$ 44.594.0 97, 08	R\$ 103.144. 293,16	R\$ 114.043. 299,96	R\$ 115.487. 142,75
<b>Cirurgias de mama oncológicas e mastectomias</b>	R\$ 21.915.6 96, 27	R\$ 23.982.6 34, 42	R\$ 24.365.6 87, 00	R\$ 23.644.2 82 ,94	R\$ 24.672.4 25, 10	R\$ 62.818.6 41, 49	R\$ 66.534.2 63, 13	R\$ 60.639.4 87,06
<b>Gastos totais</b>	<b>R\$ 302.067. 546,24</b>	<b>R\$ 340.580. 776,28</b>	<b>R\$ 385.759. 752,01</b>	<b>R\$ 442.423. 104,30</b>	<b>R\$ 468.545. 457,59</b>	<b>R\$ 591.940. 611,81</b>	<b>R\$ 629.109. 585,64</b>	<b>R\$ 633.303. 443,20</b>

**Fonte:** DATAPREV, DATASUS.

Para que pudéssemos entender o que vem acontecendo com as mulheres com diagnóstico de CA de mama no Brasil ao longo do tempo, foi feita uma análise evolutiva do estadiamento destas pacientes nos últimos anos, buscando as informações no RHC. O estadiamento está demonstrado no Gráfico 6 com informações disponíveis desde 2000 a 2013. O percentual de casos no estágio 0 e I vem aumentando no período analisado (estágios iniciais), enquanto que a o percentual de casos no estágio avançado e estágio II vem diminuindo. O percentual de casos no estágio III se manteve estável neste período. O estágio 0 foi de um percentual do total de 2% em 2008 para 5% em 2015, o estágio I foi de 14% para 25%, o II foi de 42% para 35%, o III se manteve em 27% e o IV foi de 13% para 5%.

**Gráfico 6. Estadiamento das pacientes com Neoplasia Maligna de Mama.  
Brasil. RHC. 2000-2013.**



**Fonte:** RHC.

#### **Discussão:**

O presente estudo é do tipo descritivo, com análise de informações de dados públicos de gastos de faturamentos aprovados e benefícios previdenciários concedidos pelo Ministério da Saúde e Previdência Social, respectivamente. Pretendemos discutir as informações referentes aos gastos diretos ocorridos nas mulheres portadoras de CA de mama no Brasil, analisando de forma direta os gastos nas internações e quimioterapias no SUS, e os afastamentos temporários e definitivos na Previdência Social no período de 2008 a 2015.

No presente estudo não foram incluídos os custos indiretos atribuídos a Neoplasia Maligna de Mama, tais como os custos pela mortalidade (custo da morte prematura) e os custos pela morbidade (custo pela perda dos dias produtivos de trabalho causados pela doença).

Como a Neoplasia Maligna de Mama é a neoplasia mais incidente e com a maior taxa de mortalidade entre as mulheres no Brasil, a análise dos gastos ocorridos nas mulheres desde o momento do seu diagnóstico até o final de vida é de suma importância. Quanto mais investimentos forem feitos para a detecção precoce do CA de mama, maior será a sobrevivência e a qualidade de vida das mulheres, e conseqüentemente, menor será o impacto econômico e social para o país.

Nos países desenvolvidos, tais como os Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, a incidência de CA de mama vem aumentando nos últimos anos, com redução da taxa de mortalidade, ou seja, uma melhoria na sobrevivência das mulheres portadoras de CA de mama, com melhoria da qualidade de vida desta população <sup>(19)</sup>. No Brasil, a incidência de CA de mama vem aumentando nos últimos anos, porém ainda não observamos a redução no país da taxa de mortalidade global. Segundo o INCA, no Brasil, as maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem nas regiões Sul e Sudeste e as menores taxas nas regiões Norte e Nordeste <sup>(9)</sup>. Diversos estudos internacionais correlacionam o *status* socioeconômico com as taxas de incidência e prognóstico. O CA de mama tem uma taxa de incidência mais elevada nas mulheres com mais elevado *status* socioeconômico, associada a uma menor letalidade <sup>(20; 21)</sup>.

Toda pessoa diagnosticada com câncer é considerada sobrevivente, desde o diagnóstico até a sua morte. A análise de gastos nas mulheres sobreviventes ao CA de Mama é essencial neste contexto, para que possamos estimar o quanto temos destinados de recursos financeiros na fase dos tratamentos e promover medidas de promoção de saúde nas mulheres que sejam capazes de reduzir a incidência da doença, aumentar o diagnóstico precoce e, conseqüentemente reduzir o impacto social e econômicos dos tratamentos e afastamentos e mortes prematura pela doença.

Os resultados evidenciam um aumento expressivo nos gastos com os tratamentos clínicos e cirúrgicos (internações e procedimentos cirúrgicos em mama), assim como nos gastos com quimioterapia.

Diversas políticas para detecção precoce, aumento do acesso ao diagnóstico e ampliação ao acesso a mamografia vem ocorrendo no Brasil ao longo dos anos <sup>(9)</sup>. É muito provável que estas políticas para controle do CA de mama no Brasil sejam as responsáveis pelo aumento dos gastos ocorridos com os tratamentos, assim como dos benefícios previdenciários cedidos. Quanto maior o número de mulheres com acesso a mamografia, maior será o número de tratamentos realizados para o cuidado das mulheres com CA de mama (curativos ou paliativos).

Os benefícios previdenciários podem ser considerados como indicadores indiretos da qualidade de vida desta população. Quanto melhor a qualidade de vida das mulheres com CA de mama, menos aposentadorias por invalidez ocorreram. Os auxílios doença serão sempre um reflexo do que vem acontecendo com a incidência da doença e seus tratamentos. Quanto mais incidente e quanto maior o número de tratamentos

agressivos (cirúrgicos ou quimioterápicos), maior será a quantidade de benefícios por auxílios-doença.

Os resultados sobre os benefícios previdenciários evidenciam que houve um aumento significativo nos auxílios-doença por CA de mama nos últimos anos no Brasil, compatível com o aumento da incidência. O aumento das aposentadorias por invalidez pode ser considerado um indicativo indireto de uma qualidade de vida precária, com necessidade de afastamento do mercado de trabalho nas mulheres portadoras de CA de mama, devido provavelmente às sequelas no seu tratamento.

Os resultados sobre o estadiamento das mulheres portadoras de CA de mama do Brasil mostram que houve uma melhoria na detecção precoce ao longo do período analisado. Houve uma redução do estadiamento mais avançado (o estágio IV) com aumento dos estágios iniciais (0 e 1). Estes dados devem ter ocorrido pelas diversas políticas para controle do CA de mama ao longo dos anos, com estímulo a ampliação do número de mamografias e mamógrafos.

Mais estudos se tornam necessários para que possamos avaliar o impacto das políticas de controle do CA de mama no Brasil e, que analisem o impacto dos tratamentos e a qualidade de vida destas mulheres.

### **Conclusões:**

No período de 2008 a 2015, nós observamos um aumento no impacto econômico referente aos gastos diretos com internações, quimioterapias e benefícios previdenciários por câncer de mama no Brasil de 110%, do valor aproximado de R\$ 302 milhões no ano de 2008 para R\$ 633 milhões no ano de 2015.

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente entre as mulheres, sendo a principal causa de mortes por neoplasia. Nós observamos que o CA de mama também é a primeira causa de aposentarias por invalidez dentre as neoplasias no Brasil, representando 7% do total de gastos previdenciários no período analisado (aproximadamente R\$ 1,1 bilhões).



## Referências

1. **MERHY, E. et al.** Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. *Projeto de Pesquisa aprovado pelo CNPq*. Rio de Janeiro, Brasil : UFRJ, 2014.
2. **World Health Organization.** Global Health Observatory data repository. *Health Expenditure per Capita, all countries, selected years.* . [Online] World Health Organization, 2013. [Citado em: 8 de Abril de 2016.] <http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>.
3. **Duncan B. B., Stevens A., Iser B.P.M., Malta D.C., Azevedo e Silva G., Schmidt M.I.** Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendência de 1991 a 2009. [A. do livro] Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. s.l. : Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.
4. **Bloom, D. E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E.** The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. 2011, pp. 1-48.
5. **WHO.** *Global status report on noncommunicable disease 2014*. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014. ISBN 978 92 4 156485 4.
6. **INCA.** Estimativas 2016 - Incidência de Câncer no Brasil. [Online] 2015. [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br).
7. **WHO.** Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. [Online] 2007. [Citado em: 02 de 06 de 2016.] <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>.
8. **IARC.** GLOBOCAN. *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. [Online] IARC 2016, 2012. [Citado em: 10 de 06 de 2016.] [http://globocan.iarc.fr/Pages/summary\\_table\\_pop\\_sel.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_pop_sel.aspx).
9. **INCA.** *Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*, INCA. Rio de Janeiro : INCA, 2015.
10. **OCDE.** *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*. 2013.
11. **WHO.** *World Cancer Report 2014*. 2014. p. 603.
12. *Planejamento do controle do câncer na América Latina e no Caribe.* **Goss P.G., Lee B.L., Badovinac-Crnjevic T., Strasser-Weippl K., Chavarri-Guerra Y., St Louis J., et al.** 2013, The Lancet Oncology, Vol. 14, pp. 391–436 .

13. **Brasil.** DATAPREV. *DATAPREV (dados abertos) - Benefícios por Incapacidade Concedidos por Classificação Internacional de Doenças (CID)*. [Online] Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, 2016. [Citado em: 5 de Abril de 2016.] <http://dadosabertos.dataprev.gov.br/pendata/Ces09/formato=csv>.
14. —. Informações de Saúde (TABNET) - Assistência à Saúde. *DATASUS*. [Online] Departamento de Informática a Serviço do SUS, 2016. [Citado em: 8 de Abril de 2016.] <http://datasus.saude.gov.br/>.
15. **RHC.** Registro Hospitalar de Câncer/ INCA. *Integrador RHC*. [Online] <https://irhc.inca.gov.br/>.
16. **Brasil.** CID 10 - DATASUS. *Site do DATASUS*. [Online] 2016. <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastrros-nacionais/cid-10>.
17. **SIGTAB .** SIGTAB . *Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS*. [Online] DATASUS, 2016. [Citado em: 20 de Abril de 2016.] <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
18. **International Union Against Cancer.** *TNM Classification of malignant tumors*. 7a Ed. New York : John Wiley & Sons, 2009.
19. **Brasil. Instituto Nacional de câncer/MS.** *Recomendações para o Controle do Câncer de Mama*. . Rio de Janeiro : Instituto Nacional de Câncer, 2004.
20. **Lundqvist A., Andersson E., Ahlberg I., Nilbert M., Gerdtham U.** Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe—a systematic review and meta-analysis. [ed.] The Author 2016. *European Journal of Public Health*. 2016, pp. 1-10.
21. **Quaglia A., Lillini R., Mamo C., Ivaldi E., Vercelli M., et al.** Socioeconomic inequalities: A review of methodological issues and the relationships with cancer survival. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2013, Vol. 85, pp. 266–277.
22. **Economist Intelligence Unit.** *Breakaway: The global burden of cancer-challenges and opportunities*. London, New York, Hong Kong : Economist Intelligence Unit Limited 2009, 2009.
23. **WHO.** *World health statistics 2015*. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015. ISBN 978 92 4 156488 5.
24. **Duncan BB, Stevens A, Schmidt MI.** Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010. [A. do livro] Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília : Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2012, pp. 93-104.

25. **IBGE.** IBGE - mapa da população. *IBGE*. [Online] 2016 IBGE, 2016. [Citado em: 13 de Abril de 2016.] <http://www.ibge.gov.br>.

26. *The economic burden of cancer in Korea in 2002.* **Kim SG, Hahm MI, Choi KS, Seung NY, Shin HR , Park EC.** © 2007 The Authors Journal compilation, Coreia : © 2007 Blackwell Publishing Ltd., 2008, *European Journal of Cancer Care*, Vol. 17, pp. 136–144. j.1365-2354.2007.00818.x.