

Resumo de Artigo – Oncologia

Cirurgia com Propósito Curativo nas Neoplasias de Pâncreas: Uma Revisão dos Procedimentos do Sistema Único de Saúde



Daniela Barros¹, Marco Lessa¹

Lucas V. dos Santos, Marco Antônio O. Lessa, João Paulo S. N. Lima, Benjamin Haalandand, Gilberto L. Lopes. Curative-Intent Surgery for Pancreatic Tumors: A Review of Procedures From the Brazilian National Health System. J Global Oncol. Published online on May 4, 2016; DOI:10.1200/JGO.2016.003269

RESUMO

No Brasil, o manejo das neoplasias pancreáticas é desafiador. Este estudo avalia o perfil e a distribuição das cirurgias com intuito curativo para as neoplasias de pâncreas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram coletados dados dos procedimentos cirúrgicos realizados no SUS e dados demográficos, baseando-se nos custos, tempo médio de internação, número de mortes perioperatórias e mortes relacionadas à neoplasia de pâncreas em cada estado. A mortalidade por neoplasia de pâncreas apresentou associação positiva com a renda *per capita* e o produto interno bruto *per capita*. Entre janeiro de 2008 e julho de 2014, 51,2% dos procedimentos foram realizados no Sudeste e a taxa de mortalidade foi de 14,6% em média, no país. Este estudo avalia as disparidades regionais e alerta sobre as maiores taxas de mortalidades perioperatória em relação à média mundial.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia, pâncreas, neoplasia.

KEY-WORDS: surgery, pancreas, tumors.

INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna de pâncreas, responsável por cerca de 265.000 mortes por ano no mundo e cerca de 9 mil mortes ao ano no Brasil, corresponde a um grupo de neoplasias cujo subtipo histológico principal é representado pelo adenocarcinoma.^{1,2}

A cirurgia é a única terapêutica com potencial curativo, porém, é complexa e sujeita a altos índices de complicações, incluindo óbito. Imagina-se que, devido à alta complexidade da estrutura de suporte necessária ao paciente, não está acessível a toda a população de um país, especialmente com as proporções continentais

como a que o Brasil apresenta. O objetivo deste estudo foi avaliar os desfechos relacionados ao tratamento cirúrgico de acordo com a regionalização, tratados pelo Sistema Único de Saúde, (SUS).

MÉTODOS

Foram avaliados dados agregados dos registros de saúde através do DATASUS de janeiro de 2008 a julho de 2014, classificados sob o CID C25, coletados em agosto de 2014. Os registros de mortalidades estavam disponíveis até 2012, de acordo com a última coleta do DATASUS. Foram associados os registros de dados socioeconômicos fornecidos pelo IBGE, baseados no último censo que ocorreu no Brasil em 2010.

Foram coletados dados referentes ao número de procedimentos, custos, dias de internação, mortes perioperatórias e mortes por câncer de pâncreas e analisados através de um modelo de regressão linear ponderado pelo número de procedimentos ou mortalidade por população. Foi considerado estatisticamente significativo um $p < 0,05$ com a análise de dados através do software R3.1.1.

RESULTADOS

Foram identificados no período analisado 3.386 cirurgias com intuito curativo no período, 51,2% destas realizadas nos estados do Sudeste. São Paulo, isoladamente, foi responsável por 32,5% de todas as cirurgias com este fim, realizadas no país, apesar de abrigar 21,6% dos habitantes. As regiões Norte e Nordeste somaram um total de 16% das cirurgias, apesar de abarcarem 37,5% da população.

Ocorreram 37.142 mortes registradas no DATASUS de 2008 a 2012, secundária a esta neoplasia.^{4,5} O número de procedimentos cirúrgicos e renda *per capita* teve influência direta na mortalidade, que se manteve

na análise multivariada. O tempo de internação médio foi de 16,9 dias, sem grandes diferenças entre as regiões do país, entretanto, muito acima dos dados internacionais, que demonstram uma média de 7 dias.⁶

Identificadas divergências regionais significativas a despeito do SUS ter preceitos de acesso universal e do qual depende exclusivamente 75% da população do Brasil.

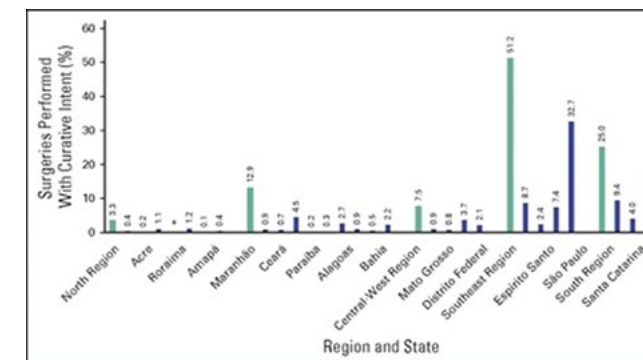


Figura 1 - Porcentagem das cirurgias realizadas com propósito curativo nas neoplasias de pâncreas. As regiões estão em verde e os estados em azul.

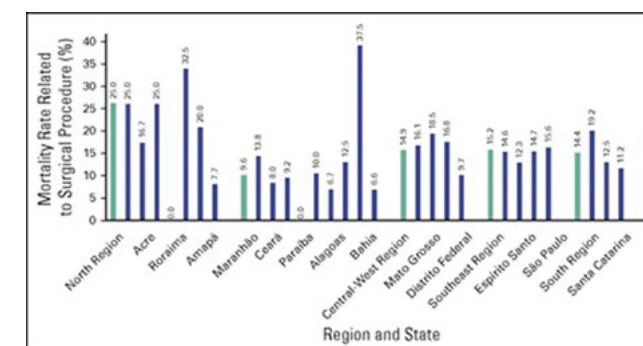


Figura 2 - Taxa de mortalidade relacionada a procedimento cirúrgico com propósito curativo. Regiões em verde, estados em azul, dado nacional em vermelho.

DISCUSSÃO

Este trabalho evidencia o reflexo de maior incidência da neoplasia pancreática em regiões mais desenvolvidas no país, o que se observa no restante do mundo, porém, também reflete a ocorrência de migração dos pacientes de área de menor acesso à assistência de saúde para regiões de maior desenvolvimento socioeconômico.

Enquanto a mortalidade relacionada à pancreatectomia total e parcial é referida em menos de 5% dos pacientes submetidos a este procedimento, foi encontrado neste estudo a média nacional de 14,6% dos pacientes submetidos, porém, em algumas regiões identificou-se taxas alarmantes da média no Nordeste, de 25%. Sendo os maiores índices no Pará, de 33%, e em Sergipe, de 38%.^{7,8}

Foram identificadas como limitações a este trabalho o acesso aos dados retrospectivos e uso de dados agrupados, a qualidade dos dados limitada pela eficiência das agências governamentais do país e a coleta precária das informações. No entanto, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a regionalização desigual e a carência da qualidade da assistência disponível a população pelo SUS já foi reconhecida em outros contextos, como no trabalho de Santos e colaboradores onde o déficit de tomografias realizadas nas regiões Norte e Nordeste do país, que corresponde a apenas 5% das tomografias realizadas nos Estados Unidos.^{3,7}

Estratégias regionais e otimização de políticas públicas são urgentes e necessárias a fim de promover uma melhor assistência a população.

REFERÊNCIAS

1. Parker SL, Tong T, Bolden S, et al: Cancer statistics, 1997. CA Cancer J Clin 47:5-27, 1997.
2. Kneuert PJ, Pitt HA, Bilimoria KY, et al.(2012) Risk of morbidity and mortality following hepato-pancreato-biliary surgery. J GastrointestSurg 16:1727–1735.
3. dos Santos DL, Gerhardt TE: Desigualdades sociais e saúde no Brasil: Produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev Gaucha Enferm 29:1, 2008.
4. Ministério da Saúde; DATASUS - Departamento de Informática do SUS: Informações de Saúde (TABNET). <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
5. Ministério da Saúde: Consulta Procedimentos. <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.
6. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>.
7. Santos DL, Leite HJ, Rasella D, et al.: Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica 30:1293-1304, 2014.

8. Makary MA, Winter JM, Cameron JL, et al.(2006) Pancreaticoduodenectomy in the very elderly. J Gastrointest Surg 10:347–356.

9. Balcom JH 4th, Rattner DW, Warshaw AL, et al: Ten-year experience with 733 pancreatic resections: Changing indications, older patients, and decreasing length of hospitalization. Arch Surg 136:391-398, 2001.

10. Pereira JLB, Pontes LB, De Salles AA, et al: Surgery for central nervous system tumors in the Brazilian National Health Care System: A review of 57,361 cases in DATASUS. J Clin Oncol 32, 2014 (suppl; abstr 2064).

1- Serviço de Cancerologia Clínica do Hospital Santa Izabel

Endereço para correspondência:
danielagbarros@gmail.com