



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE
ADRIANA HELENY BORRALHO DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES E DA TRANSFERÊNCIA DE
RECURSOS FEDERAIS PARA O TRATAMENTO HOSPITALAR DO LINFOMA DE
HODGKIN NA REDE DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DE PERNAMBUCO**

Recife

2018

ADRIANA HELENY BORRALHO DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES E DA TRANSFERÊNCIA DE
RECURSOS FEDERAIS PARA O TRATAMENTO HOSPITALAR DO LINFOMA DE
HODGKIN NA REDE DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DE PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Economia e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo

Co-orientadora: Msc. Renata Virgínia Cavalcanti Santos

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- A663a Araújo, Adriana Heleny Borralho de
Avaliação do perfil dos pacientes e da transferência de recursos federais para o tratamento hospitalar do linfoma de Hodgkin na rede de assistência oncológica de Pernambuco/ Adriana Heleny Borralho de Araújo. - 2018.
53fls: il. 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo e co-orientadora Msc. Renata Virgínia Cavalcanti Santos.
Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2018.
Inclui referências.
1. Doença de Hodgkin. 2. Custos hospitalares. 3. Financiamento da assistência à saúde. I. Rêgo, Moacyr Jesus Barreto de Melo (Orientador). II. Santos, Renata Virgínia Cavalcanti (Co-orientadora). III. Título.
- 351 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018 – 140)

ADRIANA HELENY BORRALHO DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES E DA TRANSFERÊNCIA DE
RECURSOS FEDERAIS PARA O TRATAMENTO HOSPITALAR DO LINFOMA DE
HODGKIN NA REDE DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 15/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Adriana Falângola Benjamin Bezerra
(Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Melo Filho
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dr.^a Marina Ferraz Cordeiro
(Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a todos as pessoas com Linfoma de Hodgkin e aos profissionais de saúde que se empenham de forma exemplar e exaustiva a cuidar desses pacientes e a estudar cada vez mais para melhorar a qualidade do atendimento e cuidado, mesmo com tantos empecilhos diante de um sistema de saúde cheio de falhas e dificuldades.

Aos meus professores e mestres.

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e à Nossa Senhora por ter feito parte desse Programa de Pós-Graduação e por ter conseguido a conclusão do mesmo.

A todos os professores do mestrado pela paciência e conhecimentos repassados.

Aos meus colegas de turma por toda parceria, aprendizados compartilhados e ajuda nos momentos mais difíceis. Agradeço especialmente ao grupo “Estudantes Aflitos” composto por Emanuelle, Rinaldja, Luciana, Alba e de forma mais especial à minha amiga Mônica Magalhães, por todo carinho, acolhimento, preocupação e amizade.

Ao meu orientador Moacyr, por sua orientação, paciência e insistência. Ele que sempre acreditou em mim e me ajudou de todas as formas possíveis. Qualquer agradecimento seria muito pouco.

À minha co-orientadora Renata Cavalcanti, meus mais sinceros agradecimentos. Ela que sempre estava pronta para me ajudar a qualquer momento que eu precisasse.

À toda minha família pelo incentivo e por acreditarem sempre em mim.

Às minhas irmãs por todo amor e carinho.

Aos meus pais, que são o alicerce da minha vida, sem os quais eu nada alcançaria e nunca teria conseguido chegar até aqui.

Aos meus amigos de Recife pelo acolhimento, pela força e companhia nos momentos alegres e estressantes que passei no meu mestrado e longe da minha família, especialmente à minha amiga e por algum tempo companheira de casa, Aline Brito.

Aos meus amigos de São Luís por sempre torcerem por mim e estarem próximos mesmo distantes, passando-me confiança e energia positiva.

A todos os envolvidos de alguma forma nesses dois anos de mestrado, Tunísia, as moças da cantina e do restaurante, o moço da xerox, o pessoal da limpeza, da biblioteca. Enfim, a todos que fizeram ser possível direta ou indiretamente a conclusão desse mestrado. Meus mais sinceros e felizes agradecimentos.

RESUMO

O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia do sistema linfático que pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em jovens com idades entre 25 e 30 anos, sexo masculino e etnia caucasiana. Para o Brasil, a estimativa de LH para cada ano do biênio 2018-2019 é de 1.480 casos novos em homens e 1.050 em mulheres. Essa neoplasia possui, na maioria das vezes, um bom prognóstico após tratamento poliquimioterápico, todavia, uma porcentagem de 10 a 15% dos casos localizados e 25 a 30% dos casos clássicos, apresentam recidiva ou falência no tratamento. Nesses casos, o transplante de medula pode ser uma opção importante. Quanto mais avançada a doença ou em casos de recidiva, o custo do tratamento se torna cada vez mais alto, especialmente nos casos em que se necessite do transplante. O objetivo do trabalho foi avaliar o perfil dos pacientes com LH, bem como a transferência dos recursos federais para o tratamento da mesma. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado com dados de pacientes que foram internados no município de Pernambuco (PE), diagnosticados com LH no período de 2014 a 2017. Os dados foram disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de PE. No período do estudo, foram internadas 342 pessoas com o diagnóstico principal de LH, sendo 53 pessoas provenientes de outros Estados e 289 do Estado de PE. Foi encontrada uma predominância do subtipo Doença de Hodgkin não especificada e o subtipo específico mais encontrado foi esclerose nodular. O perfil majoritário dos pacientes foi de homens, pardos, com idades entre 20 e 39 anos. Os hospitais habilitados para tratamento oncológico foram os que mais atenderam esses pacientes, entretanto o maior tempo médio de permanência foi dos hospitais não habilitados. Houve um fluxo assistencial considerável de vários pacientes de todas as outras macrorregiões de saúde de Pernambuco para a macrorregião I. O repasse de verba para o tratamento do LH de acordo com os procedimentos realizados foi de R\$ 3.443.063,15 no quadriênio. A transferência de verba por paciente no quadriênio foi de R\$ 10.067,44. O transplante de células tronco foi o tratamento que mais demandou verba e foi realizado na sua maioria em pacientes provenientes de outros estados.

Palavras chave: Doença de Hodgkin. Custos Hospitalares. Terapêutica. Financiamento da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Hodgkin's lymphoma (LH) is a neoplasm of the lymphatic system that can occur in any age group, being more common in young people between 25 and 30 years old, male and Caucasian ethnicity. For Brazil, the LH estimate for each year of the 2018-2019 biennium is 1,480 new cases in men and 1,050 in women. This neoplasm most often has a good prognosis after polychemotherapy treatment, however, a percentage of 10 to 15% of localized cases and 25 to 30% of classic cases present recurrence or failure in treatment. In these cases, bone marrow transplantation may be an important option. The more advanced the disease or in cases of relapse, the cost of treatment becomes higher and higher, especially in cases where the transplant is needed. The objective of this study was to evaluate the profile of patients with LH, as well as the transfer of federal resources for the treatment of LH. This is a descriptive, exploratory and retrospective study of a quantitative approach, carried out with data from patients hospitalized in the city of Pernambuco (state of Pernambuco), diagnosed with LH in the period from 2014 to 2017. Data were provided by the State Department of Health standing. During the study period, 342 people were hospitalized with the main diagnosis of LH, 53 people from other states and 289 from the state of PE. A predominance of the unspecified Hodgkin's disease subtype was found and the most specific subtype found was nodular sclerosis. The majority of the patients were male, brown, between the ages of 20 and 39 years. Hospitals qualified for cancer treatment were the ones who attended these patients the most, but the highest average length of stay was for non-qualified hospitals. There was a considerable attendance flow of several patients from all other macro-regions of health of Pernambuco to macro-region I. The transfer of funds for the treatment of LH according to the procedures performed was R \$ 3,443,063.15 in the quadrennium. The transfer of funds per patient in the quadrennium was R \$ 10,067.44. Transplantation of stem cells was the treatment that most demanded funding and was performed mostly in patients from other states.

Keywords: Hodgkin's disease. Hospital Costs. Therapy. Financing of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Células de Reed-Sternberg e Células de Hodgkin.....	17
Figura 2	- Mapa da divisão político-administrativo da saúde em PE.....	27
Figura 3	- Número de pacientes por sexo; raça/cor; faixa etária internados com diagnóstico de LH no Estado de PE de 2014 a 2017.....	32
Figura 4	- Habilitação dos hospitais que realizaram tratamento de LH em PE e TMP por habilitação nos anos de 2014 a 2017.....	33
Figura 5	- Fluxo dos pacientes para tratamento do LH no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	36
Figura 6	- Procedimentos realizados e motivo de saída hospitalar dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	37
Figura 7	- Valores dos procedimentos por sexo, raça/cor e faixa etária de pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	38
Figura 8	- Valores per capita dos procedimentos por sexo, raça/cor e faixa etária de paciente com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	39
Figura 9	- Valores dos procedimentos por Macrorregião – procedência e atendimento hospitalar dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	40
Figura 10	- Valores per capita dos procedimentos por Macrorregião dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	40
Figura 11	- Valores por habilitação hospitalar – procedimentos e internações dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.....	41
Figura 12	- Valores dos procedimentos por grupo, procedimentos específicos e de acordo com motivos de alta dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE de 2014 a 2017.....	42

LISTA DE TABELA

Tabela 1	- Classificação da CID C81 – Doença de Hodgkin.....	19
Tabela 2	- Grupos de Procedimentos Oncológicos no SIA-SUS e no SIH-SUS.....	22
Tabela 3	- Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.....	23
Tabela 4	- Valor hospitalar do transplante de células-tronco.....	23
Tabela 5	- Hospitais habilitados para o tratamento de câncer no Estado de Pernambuco.....	25
Tabela 6	- População e regiões de saúde das macrorregiões de saúde de PE.....	28
Tabela 7	- Número de internações e reinternações de pacientes com diagnóstico de LH atendidos no estado de PE de 2014 a 2017.....	31
Tabela 8	- Subtipos de LH em pacientes internados no Estado de PE de 2014 a 2017.....	32
Tabela 9	- Hospitais que realizaram tratamento de LH em PE no período de 2014 a 2017.....	33
Tabela 10	- Porcentagem da população diagnosticada com LH por macrorregião no período de 2014 a 2017 no estado de PE.....	35
Tabela 11	- Valores do tratamento do LH de acordo com os procedimentos realizados nos biênios 2014-2015 e 2016-2017 no estado de PE.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ABVD	Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
ATMO	Transplante Autólogo de células tronco periféricas
BEACOPP	Bleomicina, Etoposídeo, Doxorrubicina, Ciclofosfamida, Vincristina, Procarbazina e Prednisona
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com saúde
HRP	Hospital Real Português
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LH	Linfoma de Hodgkin
LHC	Linfoma de Hodgkin Clássico
LNH	Linfoma Não-Hodgkin
LHPLN	Linfoma de Hodgkin com predominância de linfócitos nodulares
NK	Natural Killer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pernambuco
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SIH/DATASUS	Sistema de Informação de Internação Hospitalar do Departamento de Informática do SUS
STANFORD V	Doxorrubicina, Mechlorethamine, Vincristina, Vimblastina, Bleomicina, Etoposídeo e Prednisona
SUS	Sistema Único de Saúde
TACT	Transplante autólogo de células tronco
TCTH	Transplante de células tronco hematopoiéticas
TMP	Tempo Médio de Permanência
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	GERAL.....	15
2.2	ESPECÍFICO.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	LINFOMA.....	16
3.1.1	Definição.....	16
3.1.2	Linfoma de Hodgkin.....	16
3.1.3	Características Clínicas e Epidemiológicas.....	17
3.1.4	Tratamento do LH.....	19
3.1.4.1	<i>Tratamento Convencional.....</i>	19
3.1.4.2	<i>Transplante de células-tronco.....</i>	20
3.1.4.3	<i>Financiamento.....</i>	21
3.2	REDE DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA.....	24
4	METODOLOGIA.....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO.....	27
4.2	FONTE DE DADOS.....	28
4.3	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
4.4	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ASSISTENCIAIS.....	29
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.6	VALORES PARA REEMBOLSO DO TRATAMENTO.....	30
5	RESULTADOS.....	31
5.1	NÚMERO DE INTERNAÇÕES, REINTERNAÇÃO E PROCEDIMENTOS.....	31
5.2	SUBTIPOS LH.....	31
5.3	PERFIL DOS PACIENTE COM LH.....	32
5.4	TRATAMENTO DO LINFOMA DE HODGKIN REALIZADO NOS HOSPITAIS DE PERNAMBUCO.....	33
5.5	MACORREGIÕES DOS PACIENTES E FLUXO PARA TRATAMENTO.....	35
5.6	PROCEDIMENTO REALIZADO E MOTIVO DE SAÍDA	

	HOSPITALAR.....	36
5.7	VALORES PARA RESSARCIMENTO DO TRATAMENTO DO LH.....	37
5.7.1	Valores total e médio.....	37
5.7.2	Valores dos procedimentos de acordo com o perfil dos pacientes.....	38
5.7.3	Valores dos procedimentos por Macrorregião.....	39
5.7.4	Valores dos procedimentos e internações por habilitação hospitalar.....	40
5.7.5	Valores dos procedimentos de acordo com os grupos e alta hospitalar.....	41
6	DISCUSSÃO.....	43
7	CONCLUSÃO.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O linfoma é um tipo de câncer que se origina nos linfócitos tipos B, T ou células *natural killer*, que são células responsáveis pela defesa do organismo contra infecções e outras doenças (ABRALE, 2016). A neoplasia acontece quando uma célula normal do sistema linfático cresce descontroladamente assumindo características de malignidade e se disseminando pelo organismo, podendo levar ao aumento dos gânglios linfáticos, sendo este o sintoma mais comum (ABRALE, 2016; MONTEIRO; et al, 2016).

O linfoma pode ser de dois tipos principais, o de Hodgkin, também denominado de Doença de Hodgkin, e o Não-Hodgkin. O primeiro é menos frequente dos dois e geralmente tem sua progressão de forma homogênea, com linfonodos aumentados, principalmente na região cervical, sem apresentar doença extranodal (NOGUEIRA, H.S.; LIMA, 2016). Além disso, a principal característica do Linfoma de Hodgkin está presente na composição celular, por apresentar as células de Hodgkin e outro tipo de célula específica denominada de Reed-Sternberge (ABRALE, 2016; PORTO, 2011).

O Linfoma de Hodgkin pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em jovens com idades entre 25 e 30 anos, sexo masculino e etnia caucasiana. A incidência tem característica variada entres os países. As maiores taxas de incidência se encontram em regiões mais desenvolvidas e as menores em regiões menos desenvolvidas. As taxas de mortalidade são menores nos países das regiões mais desenvolvidas, apresentando maior sobrevida da doença (CRIASAUDE, 2017; BRASIL, 2015).

Nos EUA e Europa, a incidência estimada é de 2 a 3 casos para cada 100.000 habitantes, podendo chegar até 5 a 6 casos, quando em jovens em torno dos 20 anos de idade (CRIASAUDE, 2017). Segundo a EuropeanCancerObservatory, em 2012 a Europa teve, para homens, taxa de incidência estimada de 2,5 casos por 100 mil habitantes e de mortalidade, 0,6 casos por 100 mil habitantes e para mulheres, taxa de incidência de 2,1 e de mortalidade, 0,4 (EUCAN, 2012). No Uruguai, no período de 2007 a 2011, a incidência de Linfoma de Hodgkin foi de 1,99 para cada 100.000 homens e 1,59 para cada 100.000 mulheres. Em relação à mortalidade no Uruguai, no período de 2009 a 2013 foi registrada taxa de 0,74 para homens e 0,39 para mulheres (MUXI, 2016).

Para o Brasil, foi estimado para cada ano do biênio 2018-2019, 1.480 casos novos de Linfoma de Hodgkin em homens e 1.050 em mulheres. Entre os homens, esses valores correspondem a um risco estimado de 1,43 novos casos a cada 100 mil e a 14^a neoplasia mais frequente, enquanto que nas mulheres esse risco é de 0,96 casos novos a cada 100 mil,

ocupando a 17ª posição. Na região nordeste o Linfoma de Hodgkin em homens ocupa a 14ª posição em incidência (1,15/100 mil habitantes) e em mulheres, a 17ª posição (0,64/100 mil habitantes). No estado de Pernambuco, a estimativa para 2018 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes, foi de 1,31, que corresponde a 60 novos casos entre o sexo masculino e 0,77 que corresponde a 30 novos casos entre o sexo feminino (BRASIL, 2018).

O Linfoma de Hodgkin, na maioria das vezes, é um câncer de bom prognóstico após tratamento poliquimioterápico, seguido ou não da radioterapia. Todavia, uma porcentagem de 10 a 15% dos casos localizados e 25 a 30% dos casos clássicos, apresentam recidiva ou falência no tratamento. Nesses casos, o transplante de medula é uma opção importante, porém, muitas vezes pode haver também um prognóstico desfavorável após tal procedimento (ARANTES, 2011; FERNANDES, 2013).

Além disso, quanto mais avançada a doença ou em casos de recidiva, o custo do tratamento se torna cada vez mais alto, especialmente nos casos em que se necessite do transplante de células tronco. Os recursos finitos para assegurar os cuidados de saúde às pessoas que necessitam do sistema público, torna essencial o desenvolvimento de uma estrutura de atendimento oncológico com base em eficiência, maximização de financiamento e melhoria constante da economia de custos (JAIME-PÉREZ; et al, 2015).

Estudos sobre o custo do tratamento do Linfoma de Hodgkin em países em desenvolvimento ainda são escassos (JAIME-PÉREZ; et al, 2015). Surgiu o questionamento de quanto o estado de Pernambuco recebe da esfera federal para custear esse tipo de câncer e como vem se articulando o tratamento do Linfoma de Hodgkin na rede oncológica do estado. A relevância da pesquisa se dá no âmbito de tentar fortalecer o leque de estudos importantes relacionados ao tratamento convencional e o tratamento com transplante de células tronco.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Verificar o valor necessário de transferência de recursos federais para o tratamento hospitalar do LH no estado de PE.

2.2 ESPECÍFICO

- ✓ Identificar o número de internações e os subtipos de LH dos pacientes internados;
- ✓ Avaliar o perfil dos pacientes com LH atendidos na rede de assistência oncológica de Pernambuco;
- ✓ Analisar o tratamento do LH de acordo com as unidades hospitalares;
- ✓ Verificar o fluxo dos pacientes para tratamento do LH no estado de Pernambuco;
- ✓ Verificar os procedimentos realizados pelos pacientes com LH atendidos no estado de Pernambuco;
- ✓ Identificar os valores necessários para tratamento do LH de acordo com o perfil dos pacientes, procedimentos realizados, habilitação hospitalar e alta hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 LINFOMA

3.1.1 Definição

O sistema linfático faz parte do sistema imunológico e é composto por gânglios denominados linfonodos, os quais são responsáveis por drenar o excesso de líquido intersticial, servindo como uma espécie de “filtro” do sangue, eliminando substâncias e microorganismos nocivos para o ser humano (MONTEIRO; et al, 2016). Estes linfonodos são compostos por células de defesas, sejam elas os linfócitos dos tipos B, T ou células *natural killer* (NK) (ABRALE, 2016).

O linfoma é uma neoplasia que acomete o sistema imunológico e se desenvolve quando essas células responsáveis pela defesa do organismo assumem características de malignidade, crescendo de forma descontrolada e disseminando-se pelo sistema linfático, levando ao aumento dos linfonodos, sendo este o sintoma mais comum (MONTEIRO; et al, 2016). O linfoma pode ser de dois tipos principais, o Linfoma de Hodgkin (LH), também denominado de Doença de Hodgkin, e o Linfoma Não-Hodgkin (LNH), sendo que a principal diferença entre eles está na composição celular (ABRALE, 2016).

3.1.2 Linfoma de Hodgkin

O LH foi descrito por Thomas Hodgkin em 1832 e pode ser definido como doença linfoproliferativa maligna. Está mais frequentemente associado ao linfócito tipo B, mas pode acometer, também, as células tipo T ou as *NK* (MONTEIRO; et al, 2016). O LH apresenta células tumorais específicas, denominadas *Reed-Sternberg*, que, nos achados histopatológicos, mostram-se como células gigantes, bi ou multinucleadas, com citoplasma abundante, nucléolo proeminente e circundadas por linfócitos, histiócitos, neutrófilos, eosinófilos e plasmócitos; além das células Hodgkin, que são mononucleadas (Figura 1) (PORTO, 2011). As células de *Reed-Sternberg* são consideradas diagnósticas da doença de Hodgkin, ou seja, sua presença é obrigatória para fechar o diagnóstico (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Figura 1 - Células de Reed-Sternberg e Células de Hodgkin.



Fonte: <http://anatpat.unicamp.br/lamhemo11.html>

De etiologia desconhecida, a Doença de Hodgkin pode ter início em qualquer parte do corpo, tendo em vista que o sistema linfático percorre todo o organismo. Entretanto, na maioria das vezes, esse tumor se inicia na parte superior, especialmente no tórax, sendo as áreas mais atingidas o mediastino, pescoço e braços (NOGUEIRA; LIMA, 2016; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). Raramente pode ocorrer extravasamento para a corrente sanguínea, com disseminação para outras partes do corpo como fígado, pulmões e medula óssea, mas pode acontecer principalmente no estágio final da doença (PORTO, C.C., 2011).

Diferencia-se o LH em dois grandes grupos, sendo eles o Linfoma de Hodgkin Clássico (LHC) e o Linfoma de Hodgkin com predominância de linfócitos nodulares (LHPLN). O LHC é o mais prevalente, sendo responsável por aproximadamente 95% dos casos de LH nos países desenvolvidos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). Divide-se ainda o LHC em quatro subtipos: esclerose nodular, celularidade mista, rico em linfócitos e empobrecido por linfócitos. Essa subdivisão leva em consideração as especificidades clínica e morfológica, bem como a capacidade de disseminação (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; MORAES, 2015).

3.1.3 Características Clínicas e Epidemiológicas

Os sintomas iniciais do LH são bastante inespecíficos, dificultando o diagnóstico e sendo confundido muitas vezes com outras doenças. Ao exame clínico, o achado mais comum é a presença de nódulos aumentados e indolores – mas que podem apresentar dor

quando da ingestão de álcool – especialmente na garganta, tórax, abdômen, axilas e virilhas, sendo outros locais do corpo acometidos menos frequentemente (BRASIL, [2017?]). Além disso, pode haver febre, sudorese noturna, inapetência, astenia, entre outros. A febre costuma ser baixa e irregular, todavia, encontra-se casos raros onde a mesma pode ser alta com duração de uma ou duas semanas, alternando momentos de cessação, sendo este padrão denominado Pel-Ebstein (OLIVEIRA, 2016).

Outros sintomas comumente encontrados e que estão relacionados, são tosse, dispneia e dor no peito, devido ao acometimento dos gânglios linfáticos que estão presentes no tórax (OLIVEIRA, 2016). Quando acontece o diagnóstico, cerca de 60% dos pacientes estão com o mediastino comprometido, podendo acontecer derrames pericárdicos e pleurais, ou ainda mais raramente, a síndrome da veia cava superior (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

O LH possui um sistema de estadiamento próprio. O sistema mais utilizado é o de Costwolds (1989) e os estágios são descritos em números romanos de I a IV (PORTO, 2011). No estágio I, a doença está restrita a uma cadeia ganglionar ou órgão linfóide, como o baço ou em apenas um órgão fora do sistema linfático e, por isso, é denominada limitada. Os estágios progredem à medida que a doença vai afetando outros linfonodos ou órgãos. Assim, o estágio IV já é a forma disseminada da doença (ONCOGUIA, 2015; PORTO, 2011).

O estágio IV é a forma mais avançada do LH e é caracterizado pela disseminação do linfoma para, no mínimo, dois órgãos não próximos ao linfonodo primariamente modificado e/ou quando já se espalhou para o fígado, cérebro, pleura ou medula óssea (PORTO, 2011). Nesse estágio, o custo do tratamento tende a ser mais elevado, pois é mais frequentemente realizado apenas com quimioterapia (QT) de alta dosagem e tratamentos sintomáticos adicionais, como por exemplo transfusão de hemoderivados para combater a anemia que aparece de forma intensa nessa fase (CUIDADOS MIL, 2013). Além disso, na maioria das vezes, a recidiva após tratamento quimioterápico se dá no estágio mais avançado, sendo necessário, quando indicado, o transplante de medula óssea (ONCOGUIA, 2015).

De todos os tipos de linfomas, o de Hodgkin compreende cerca de 12 a 30% dos casos (MORAES, 2015). Mundialmente, a última estimativa foi de 2012, onde segundo o relatório GLOBOCAN da International Agency for Research on Cancer, os casos de LH contemplaram a taxa de 0,6% de prevalência de 5 anos para ambos os sexos, mas apenas população adulta. Nos casos da incidência e mortalidade, as taxas foram de 0,3 e 0,5 respectivamente, para cada 100 mil habitantes, considerando a população como um todo (GLOBOCAN, 2012)

No Brasil, a incidência absoluta do LH manteve uma certa estabilidade ao longo dos anos, entretanto, os avanços relacionados ao tratamento, foram responsáveis por uma queda significativa na mortalidade em mais de 60%, especialmente a partir dos anos 70 (MORAES, M.P.T, 2015; BRASIL, [2015?]). Apesar de nos dias atuais, a doença ser caracterizada como potencialmente curável em mais de 80% dos casos, 10 a 15% dos pacientes com LH localizado e 25 a 30% com LH clássico disseminado, apresentam recidivas ou falência no tratamento de primeira linha com esquemas de QT isoladamente ou em associação com radioterapia (RT) (OLIVEIRA, 2016; ARANTES; et al, 2011).

3.1.4 Tratamento do LH

O tratamento para o LH é escolhido levando-se em consideração uma combinação de fatores, dentre eles o subtipo, fatores de risco clínicos e principalmente o estágio e volume da doença (ABRALE, 2016). Os subtipos são classificados como subcids a partir da CID C81, CID principal do diagnóstico de LH. CID é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e utilizada para classificar doenças, além de monitorar a incidência e prevalência das mesmas. Os subtipos do LH são classificados na CID de acordo com a Tabela 1 (PEBMED, 2016).

Tabela 1 - Classificação da CID C81 – Doença de Hodgkin

Subcid	Caracterização da doença
C81.0	Doença de Hodgkin, predominância linfocítica
C81.1	Doença de Hodgkin, esclerose nodular
C81.2	Doença de Hodgkin, celularidade mista
C81.3	Doença de Hodgkin, depleção linfocítica
C81.7	Outra forma de Doença de Hodgkin
C81.9	Doença de Hodgkin, não especificada

Fonte: http://www.medicinanet.com.br/cid10/1333/c81_doenca_de_hodgkin.htm

3.1.4.1 Tratamento Convencional

A QT é a escolha do tratamento clássico para o LH e é realizada com vários medicamentos associados (esquema quimioterápico) para combater as células cancerígenas,

bem como diminuir os efeitos colaterais das medicações principais (ABRALE, 2016; KING; et al, 2014). Devido à potente ação das mesmas, tanto as células doentes quanto as saudáveis são atingidas, levando comumente a quadros de enjoos, diarreia, disfagia, xerostomia, queda de cabelo, entre outros. Dessa forma, a administração deve ser realizada em ciclos, alternando-se um período de tratamento com um período de descanso, para que o organismo tenha condições de recuperação (BRASIL, [2017?]; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Há alguns anos, o tratamento de primeira escolha para o LH era a RT ionizante isolada em campos extensos, que foi gradativamente ficando em desuso devido à toxicidade elevada a longo prazo e possibilidade aumentada de neoplasias secundárias. Atualmente, pode ser utilizada radiação em campos mais restritos e associadamente à QT quando se verifica doença residual após os primeiros esquemas da mesma (OLIVEIRA, 2016).

O esquema quimioterápico de primeira linha para a doença em estágio inicial, é o ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina). Os outros dois esquemas mais comuns são BEACOPP (Bleomicina, Etoposídeo, Doxorrubicina, Ciclofosfamida, Vincristina, Procarbazina e Prednisona) e Stanford V (Doxorrubicina, Mechlorethamine, Vincristina, Vimblastina, Bleomicina, Etoposídeo e Prednisona). Geralmente, a RT pode ser realizada após os esquemas BEACOPP ou ABVD, ou ainda em associação com o último (OLIVEIRA, 2016; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

A taxa de sobrevida em 5 anos dos pacientes após tratamento clássico de poliquimioterapia chega a aproximadamente 90%, nos casos dos estágios I e II e a 65% no estágio IV, seja pela melhoria, aperfeiçoamento e introdução de novas tecnologias ou pela combinação de diferentes tipos de suportes (OLIVEIRA, 2016; BITTENCOURT; et al, 2010). Entretanto, cerca de 10% dos pacientes com LH localizado apresentam uma resistência ao tratamento clássico, levando à falência deste ou recidiva da doença, enquanto que esse percentual nos doentes com doença avançada chega em torno de 20 a 25% (ONCOGUIA, 2015).

3.1.4.2 Transplante de células-tronco

Quando possível, a primeira escolha para o tratamento do LH recidivante ou refratário, é o transplante de células tronco, que pode ser de dois tipos principais: o alogênico e o autólogo, e esses podem ser com doadores aparentados ou não aparentados (ONCOGUIA, 2015). O transplante alogênico é realizado utilizando células de um doador saudável,

enquanto que no transplante autólogo de células tronco (TACT) são utilizadas células tronco periféricas (ATMO) ou hematopoiéticas (TCTH) do próprio paciente. Estas devem ser tratadas com altas doses de QT e RT, a fim de garantir que somente células saudáveis sejam transplantadas (SANTOS; et al, 2008).

Há alguns anos o ATMO era o transplante mais comumente realizado, mostrando-se como principal alternativa terapêutica para pacientes com recidiva precoce ou refratariedade primária, com probabilidade de cura variável, onde cerca de 30 a 70% dos pacientes apresentavam recaídas (SANTOS; et al, 2008; BITTENCOURT; et al, 2010). Posteriormente, o consenso universal foi a utilização do TCTH como recomendação grau A em casos de falência do tratamento ABVD em pacientes com idade inferior a 65 anos, apresentando cerca de 50% de cura (MOSKOWITZ; et al, 2015). Todavia, o transplante em geral, além de não ser indicado para todos os pacientes, tem probabilidade de complicações graves elevada, especialmente naqueles com fatores de risco desfavoráveis (INCA, 2015).

3.1.4.3 Financiamento

Os pacientes com a doença em estágios mais avançados tendem a receber um tratamento mais intensificado, demandando maior quantidade de medicamentos e procedimentos. Ainda são escassos no Brasil estudos relacionados a custos na área de oncologia, principalmente onco-hematologia. Todavia, observa-se, em geral, que o custo dos medicamentos é o que mais impacta no tratamento de um paciente oncológico (ABRALE, 2016).

Segundo a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALE, no ano de 2016, o custo médio do SUS para o tratamento do LH em estágio limitado desfavorável (II e III), utilizando esquema ABVD de QT em 4 ciclos + RT, correspondeu a R\$ 8.860,06 por paciente; enquanto que o tratamento no estágio avançado (IV), com o mesmo esquema em 6 ciclos, apresentou o custo no valor de R\$ 11.655,09. É importante ressaltar que esse custo é referente apenas aos ciclos quimioterápicos isoladamente, sendo que além disso, os custos podem variar entre as diferentes instituições de tratamento (ABRALE, 2016).

O tratamento oncológico no âmbito do SUS é financiado a partir das informações contidas nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) (MATHIAS; SOBOLL, 1998). Nesses documentos são identificados todos os serviços prestados ao paciente e, a partir dos quais, os profissionais contratados e os hospitais cobram do SUS por esses serviços. O formulário de

AIH é utilizado a nível hospitalar, enquanto que o de APAC, a nível ambulatorial para tratamentos de alta complexidade (REDE CÂNCER, 2009; CONJUR, 2013).

O SUS possui uma tabela unificada contendo os procedimentos especificamente oncológicos. Os grupos de procedimentos são tabelados por numeração de 01 a 08 (Tabela 2), sendo que cada grupo tem vários subgrupos de acordo com o procedimento específico (BRASIL, 2010).

Tabela 2 – Grupos de Procedimentos Oncológicos no SIA-SUS e no SIH-SUS.

Grupos	Nome
01	Ações de promoção e prevenção em saúde
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica
03	Procedimentos clínicos
04	Procedimentos cirúrgicos
05	Transplantes de órgãos, tecidos e células
06	Medicamentos
07	Órteses, próteses e materiais especiais
08	Ações complementares da atenção à saúde

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Para que o tratamento seja devidamente faturado, os procedimentos de internação autorizados e informados em AIH devem ser exclusivamente compatíveis com as respectivas habilitações hospitalares (UNACON ou CACON), sendo que o procedimento 03.04.10.001-3 – Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico, não exige habilitação por parte das instituições de saúde (BRASIL, 2016; MATHIAS; SOBOLL, 1998). Da mesma forma, para ser faturado via APAC, os estabelecimentos de saúde também precisam ter habilitação oncológica, seja categoria UNACON ou CACON (REDE CÂNCER, 2009; CONJUR, 2013).

O financiamento não acontece de forma geral, ou seja, não existe uma tabela fixa de pagamentos de medicamentos associados a cada tumor. O pagamento acontece de acordo com os ciclos de atendimento de cada paciente, levando-se em conta inúmeras tabelas publicadas pelo MS relacionadas a diferentes neoplasias. Dessa forma, é de responsabilidade

da equipe médica determinar os protocolos e medicamentos que serão adotados (REDE CÂNCER, 2009; CONJUR, 2013). A Portaria nº 420 de 25 de agosto de 2010, por exemplo, refere-se ao pagamento de valores do tratamento quimioterápico de diferentes tipos de cânceres, entre eles a Doença de Hodgkin, os quais incluem procedimentos, equipamentos e órteses/próteses e materiais especiais do SUS (Tabela 3) (BRASIL, 2010).

Tabela 3 - Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Código	Procedimento	Valor
03.04.06.001-1	Quimioterapia da Doença de Hodgkin - 1ª linha	R\$ 1.258,64
03.04.06.003-8	Quimioterapia da Doença de Hodgkin - 2ª linha	R\$ 1.258,64
03.04.06.004-6	Quimioterapia da Doença de Hodgkin - 3ª linha	R\$ 1.258,64

Fonte: Portaria nº 420 de agosto de 2010.

O transplante de células-tronco tem seus custos tabelados conforme o tipo (autólogo ou alogênico). A quantidade máxima que o SUS disponibiliza é um transplante por paciente e esse custo não inclui anestesia. Os subtipos que podem receber o tratamento de transplante de células-tronco são C81.0; C81.1; C81.2; C81.3. Além dos valores, os dias de permanência e idade máxima possível para que haja o procedimento, variam de acordo com o tipo de transplante (Tabela 4) (BRASIL, [2017?]).

Tabela 4 - Valor hospitalar do transplante de células-tronco.

Tipo de Transplante	Idade máxima do receptor	Permanência hospitalar média	Valor hospitalar total (sem anestesia)
Transplante Autólogo de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico	70 anos	20 dias	R\$14.012,85

Transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea	70 anos	22 dias	R\$22.968,78
Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico - aparentado	60 anos	28 dias	R\$47.485,24
Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue de cordão umbilical - aparentado	60 anos	35 dias	R\$47.265,56
Transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea - aparentado	60 anos	29 dias	R\$44.485,24

Fonte: Ministério da Saúde

3.2 REDE DE ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, descrita na Portaria 874/2013, garante a assistência oncológica pelo SUS estabelecendo um acompanhamento pautado no cuidado integral ao usuário dentro de uma Rede de Atenção à Saúde que seja regionalizada e descentralizada. Os tratamentos dos usuários com câncer devem ser realizados em Unidades especializadas e habilitadas para tal, como Unidade de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia – UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON. Ambas possuem estrutura semelhante, tendo como principal diferença a obrigatoriedade do CACON dispor de assistência radioterápica (BRASIL, 2013).

Todos os estados brasileiros possuem, no mínimo, um hospital habilitado para o tratamento oncológico pelo SUS, os quais devem oferecer desde exames até cirurgias mais complexas, sendo de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a organização dessas redes assistenciais (BRASIL, 2016; BRASIL, 2013).

No estado de Pernambuco, pode-se encontrar os hospitais habilitados de acordo com a Tabela 5.

Tabela 5 - Hospitais habilitados para o tratamento de câncer no Estado de Pernambuco.

CIDADE	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	HOSPITAL	TIPO DE HABILITAÇÃO
Arcoverde	III	Hospital Memorial de Arcoverde	UNACON
Caruaru	II	Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	UNACON com serviço de RT
Garanhuns	II	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	UNACON
Petrolina	IV	Hospital Dom Malan	UNACON
Recife	I	Hospital Barão de Lucena	UNACON
Recife	I	Hospital de Câncer de Pernambuco	UNACON com serviços de RT e Oncologia Pediátrica
Recife	I	Hospital das Clínicas	UNACON
Recife	I	Hospital da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de	UNACON exclusiva de hematologia

		Pernambuco/Hemope	
Recife	I	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	UNACON com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica
Recife	I	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/Imip	CACON

Fonte: INCA, 2016.

Para realização de transplante, existem em todo o Brasil 70 centros que abrangem o transplante de medula óssea, todavia, apenas 20 centros estão habilitados para transplantes com doadores não-aparentados. No Estado de Pernambuco o Real Hospital Português de Beneficência (RHP) é o único centro habilitado para tal procedimento (INCA, [2017?]).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado com dados de pacientes internados no município de PE, diagnosticados com LH (CID C81), no período de 2014 a 2017.

O estado de PE localiza-se no centro-leste da região Nordeste, com uma área de 98.938 km² e 748 km de extensão. É constituído por 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha (SES-PE).

Segundo as estimativas populacionais do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), o estado tem uma população de 9.473.266 habitantes, com uma densidade demográfica de 89,62 hab./km², onde 80,10% habitam na zona urbana.

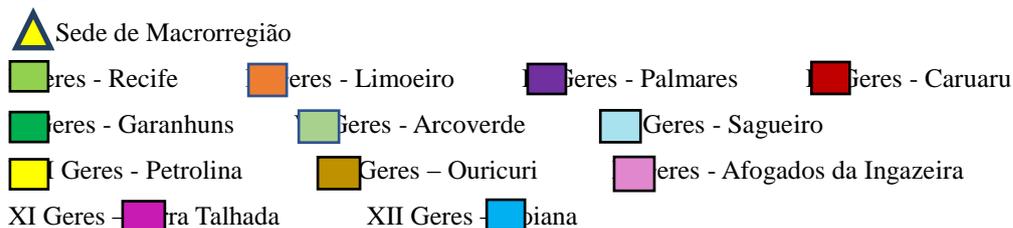
A organização político-administrativa da saúde no estado está configurada em 12 Regiões e 4 Macrorregiões de Saúde (Figura 2).

Figura 2 – Mapa da divisão político-administrativo da saúde em PE.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (PDR), 2011 (Modificado).

Legenda:



Considerando as macrorregiões de saúde, a população está distribuída conforme tabela 6.

Tabela 6 – População e regiões de saúde das macrorregiões de saúde de PE.

Macrorregião de Saúde	População (habitantes)	Regiões de Saúde
I	5.622.291	Metropolitana (regiões I, II, III e XII)
II	1.859.175	Agreste (regiões IV e V)
III	830.227	Sertão (regiões VI, X e XI)
IV	966.034	Vale do São Francisco e Araripina (regiões VII, VIII e IX)

Fonte: SES-PE

4.2 FONTE DE DADOS

Foram utilizados dados referentes ao Espelho de AIH de pacientes com diagnóstico de LH em tratamento na rede oncológica de PE nos anos de 2014 a 2017. As AIH's fazem parte do Sistema de Informação de Internação Hospitalar do Departamento de Informática do SUS (SIH/DATASUS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Nesse instrumento contém todos os dados dos pacientes, relacionados à identificação pessoal, internação, procedimentos realizados e valores aprovados para ressarcimento. De acordo com a SES-PE, o Espelho de AIH é disponibilizado através do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado 2, a partir da competência (mês) solicitado.

É importante ressaltar que para cada internação ou, por vezes, realização de novo procedimento específico, deve ser aberta uma nova AIH. Dessa forma, um único paciente pode ter várias AIH's.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Do total de AIH's do período de 2014 a 2017 foram excluídos da pesquisa, as de internações realizadas em 2013 que tiveram seus dados publicados no início do ano de 2014.

4.4 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ASISTENCIAIS

As variáveis levantadas foram cor/raça, sexo, faixa etária, subtipos do LH, tipo de habilitação dos estabelecimentos de saúde onde o paciente foi tratado, macrorregião de saúde de procedência do paciente, tempo médio de permanência (TMP), grupo de procedimentos realizados, motivo da alta hospitalar.

Para definição da cor/raça e faixa etária, foi usada como referência a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Em relação à cor/raça, foi considerada a auto declaração da pessoa abordada com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. Em muitas AIH's não havia registro de declaração de cor/raça, nesses casos foi utilizado o grupo S/I (sem identificação).

Em relação à faixa etária, estratificou-se as idades da seguinte forma: 0 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e igual ou maior que 60 anos de vida.

Por meio do cartão SUS foram selecionados os pacientes de forma única, com todas as reinternações caso tivessem e observados os subtipos de LH registrados nas AIH's.

Para obtenção da relação dos Estabelecimentos de Saúde habilitados para prestação de assistência oncológica, foi utilizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), relacionando-se as classificações de CACON, UNACON e nas categorias de Habilitado para transplante e não habilitado.

Para encontrar o tempo médio de permanência (TPM), foram utilizados os dados tabelados no Microsoft Excel. Filtrou-se o tipo de habilitação dos hospitais e o tempo de permanência de cada paciente sem repetir a internação da AIH. O programa Graphpad realizou a média dos dias.

No que diz respeito ao tratamento oncológico, o SUS possui uma tabela unificada de procedimentos, dividida em 08 grupos, 57 subgrupos e 4.493 procedimentos. Os procedimentos foram analisados de acordo com a tabela 2. Não foram selecionados em tabela e contabilizados para fins de análise os grupos de procedimentos com valores não aprovados na AIH, sendo estes os grupos 1 (ações de promoção e prevenção em saúde) e 7 (órgãos, próteses e materiais especiais).

Os motivos de alta foram relacionados seguindo os critérios estabelecidos pelo SIH/DATASUS, cujas nomenclaturas são: alta curado, alta melhorado, alta a pedido do paciente, alta por evasão, alta com previsão de retorno para acompanhamento, permanência por intercorrência, permanência por mudança de procedimento, permanência por reoperação, transferência para outro estabelecimento, óbito com declaração fornecida pelo médico

assistente e encerramento administrativo.

Nos casos de altas de permanência por intercorrência, permanência por mudança de procedimento, permanência por reoperação e transferência para outro estabelecimento, é exigido que se encerre a AIH no sistema, gerando o registro de nova AIH, ou seja, nova internação, caracterizando-se como alta e por isso, nova numeração é gerada no sistema. Nesses casos, o registro é feito como “alta”, mas na prática como o paciente não sai do hospital, não foi considerado como alta no estudo.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para realizar a análise dos dados, as variáveis foram extraídas das AIH's e tabuladas em planilhas no Excel, separadas por ano.

4.6 VALORES PARA REEMBOLSO DO TRATAMENTO

Em relação à internação, a forma básica de pagamento obedece ao princípio de remuneração fixa, sendo utilizada a AIH para cada procedimento composto pelos serviços hospitalares de diárias, taxas de sala e material, medicamentos e serviços auxiliares de diagnose e terapia; serviços profissionais e valor total.

Para encontrar o valor de cada tratamento, os dados foram filtrados no Excel, em seguida foram somados os valores por variação de sexo, faixa etária e raça; macrorregião do paciente e hospital, bem como por tipo de habilitação dos hospitais. No caso das características sócio demográficas (sexo, faixa etária e raça) e valores por macrorregião de procedência do paciente, foi criado o fator de ponderação por meio da taxa per capita. A taxa per capita foi encontrada através da divisão do valor total da variável pelo número de pacientes.

Em relação ao fluxo dos pacientes das suas macrorregiões para realização do tratamento, foi calculado o percentual médio dividindo-se o número de pacientes diagnosticados com LH da macrorregião pela respectiva população total.

A análise dos valores dos procedimentos foi realizada por biênios (2014-2015/2016-2017) e quadriênio (2014-2017). Os valores totais dos biênios e do quadriênio foram obtidos mediante a soma de todos os valores das macrorregiões de saúde. A média desses valores foram obtidas através da divisão dos valores totais pela quantidade de pacientes de cada biênio e do quadriênio.

O valor médio da internação por habilitação foi encontrado por meio da soma por

habilitação e dividido pelo tempo de permanência em cada habilitação.

5 RESULTADOS

5.1 NÚMERO DE INTERNAÇÕES, REINTERNAÇÃO E PROCEDIMENTOS

No período de 2014 a 2017, foram internados no Estado de Pernambuco 342 pacientes com o diagnóstico principal de LH. O número de reinternações ou abertura de nova AIH foi no total de 656 (Tabela 7).

Tabela 7 – Número de internações e reinternações de pacientes com diagnóstico de LH atendidos no estado de PE de 2014 a 2017.

Pacientes	Internações	%	Reinternações	%
		internações		reinternações
Pernambuco	289	84,5%	587	89,5%
Outros estados	53	15,5%	69	10,5%
Total	342	100%	656	100%

A maioria dos pacientes de fora do estado teve tratamentos de urgência, todavia, alguns foram de forma eletiva. Dos pacientes provenientes de outros estados, 04 (7,6%) faziam parte da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (rede PEBA), a qual foi criada em 2009 para beneficiar 55 municípios dos estados de PE e Bahia, através de uma cogestão da rede de saúde entre os estados (SES-PE, 2011).

O número total de procedimentos autorizados para ressarcimento foi de 3500, incluindo diárias hospitalares.

5.2 SUBTIPOS LH

Foram registrados 477 vezes diferentes subtipos de LH nas AIH's. Muitos pacientes foram reinternados ou tiveram nova abertura de AIH com registro de mudança no subtipo, alguns com até 4 registros diferentes para um só paciente, fato esse que justifica número superior de subtipos em relação ao quantitativo de pacientes. O subtipo mais prevalente foi C81.9, "DH não especificada", seguido do C81.1 (Esclerose nodular) e o menos encontrado foi o C81.7, "Outra forma de Hodgkin". Quando analisados apenas os subtipos histológicos, o mais encontrado foi esclerose nodular com 37,5% (Tabela 8).

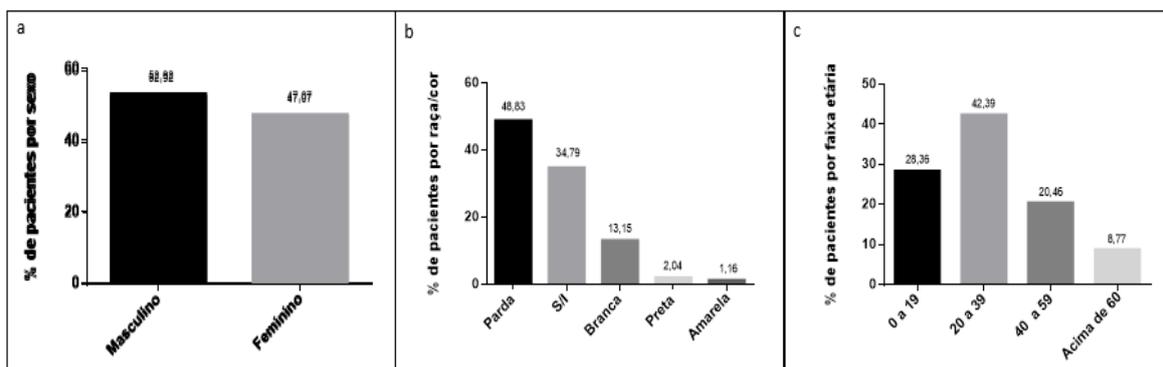
Tabela 8 – Subtipos de LH em pacientes internados no Estado de PE de 2014 a 2017.

Subtipo	Caracterização	Quantidade encontrada	%	% subtipos histológicos
C81.0	Predominância linfocítica	82	17,19%	30,15%
C81.1	Esclerose nodular	102	21,38%	37,5%
C81.2	Celularidade mista	35	7,33%	12,87%
C81.3	Depleção linfocítica	53	11,11%	19,48%
C81.7	Outra forma de Doença de Hodgkin	30	6,3%	-
C81.9	Doença de Hodgkin, não especificada	175	36,69%	-

5.3 PERFIL DOS PACIENTE COM LH

Entre os 342 pacientes internados, 181 (52,92%) foram do sexo masculino e 161 (47,08%) do sexo feminino (Figura 3a). Em relação a cor/raça, houve predominância da cor parda, com um quantitativo de 167 pacientes (48,83%) e em número menor, 4 pacientes da cor amarela (1,16%). A não identificação teve um quantitativo importante (34,79%) (Figura 3b). No que diz respeito à idade, a predominância nas internações foi de jovens adultos, num total de 145 pacientes com faixa etária no intervalo de 20 a 39 anos (42,39%) (Figura 3c).

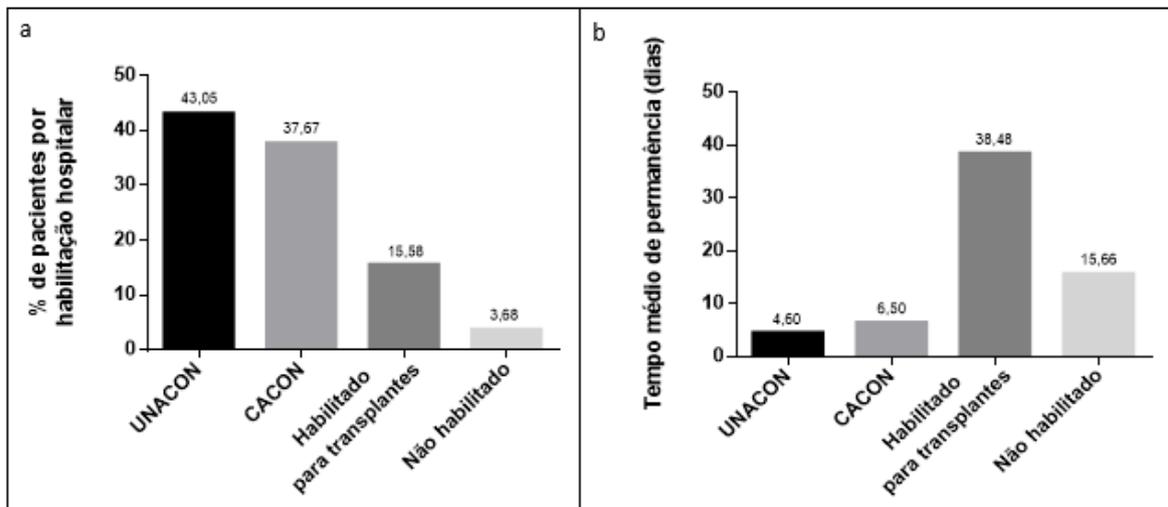
Figura 3 - Número de pacientes por sexo; raça/cor; faixa etária internados com diagnóstico de LH no Estado de PE de 2014 a 2017.



5.4 TRATAMENTO DO LINFOMA DE HODGKIN REALIZADO NOS HOSPITAIS DE PERNAMBUCO

Em relação à habilitação dos hospitais que realizaram tratamento dos pacientes com LH de 2014 a 2017 no Estado de Pernambuco, teve-se um número maior de hospitais com habilitação em UNACON, totalizando 152 pacientes (43,06%) (Figura 4a). Analisando-se o TMP por habilitação, encontrou-se que o HRP, o qual é habilitado para transplante, teve pacientes com maior tempo de internação, ficando os hospitais não habilitados com o segundo maior percentual (Figura 4b).

Figura 4 – Habilitação dos hospitais que realizaram tratamento de LH em PE e TMP por habilitação nos anos de 2014 a 2017.



Ao analisar as unidades hospitalares isoladamente, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) que é um hospital habilitado em CACON, foi o responsável pelo maior número de internações, com 133 pacientes, o que correspondeu a 38,9%. Somando-se todos os hospitais não habilitados que realizaram tratamento de LH no período do estudo, obteve-se 14 internações (4,09%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Hospitais que realizaram tratamento de LH em PE no período de 2014 a 2017.

Hospital	Habilitação para tratamento oncológico	Número de internações (pacientes)	%
IMIP	CACON	133	38,9%
Hospital do Câncer	UNACON	100	29,23%

de Pernambuco			
Hospital Real Português	Habilitado apenas para transplante	43	12,57%
Hospital Oswaldo Cruz	UNACON	21	6,14%
Hospital das Clínicas	UNACON	16	4,68%
Hospital Dom Malan	UNACON	7	2,05%
Hospital Mestre Vitalino	Não habilitado	7	2,05%
Casa de Saúde Perpétuo Socorro	UNACON	4	1,17%
Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	UNACON	3	0,88%
Hospital Getúlio Vargas	Não habilitado	3	0,88%
Hospital Miguel Arraes	Não habilitado	2	0,58%
Hospital Barão de Lucena	UNACON	1	0,29%
Hospital Regional Fernando Bezerra	Não habilitado	1	0,29%
Hospital Otávio de Freitas	Não habilitado	1	0,29%
Total		342	100%

5.5 MACORREGIÕES DOS PACIENTES E FLUXO PARA TRATAMENTO

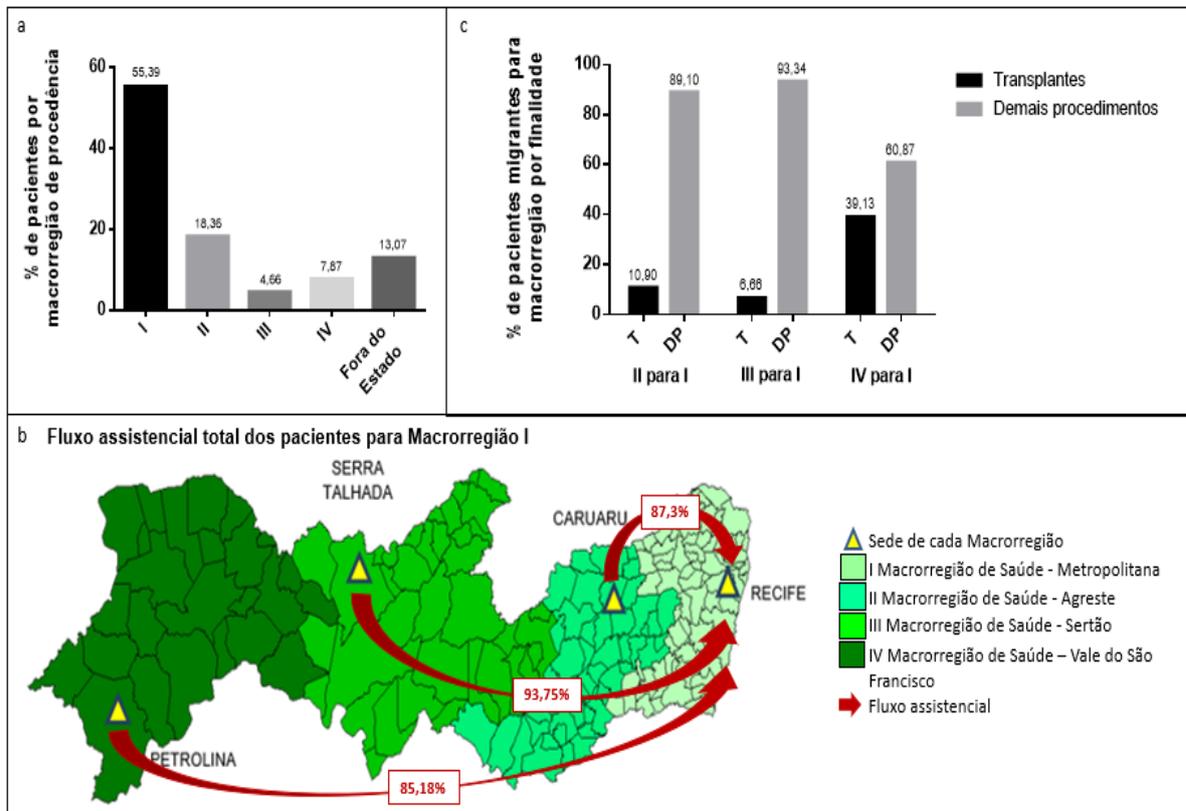
Os pacientes residentes na macrorregião I apareceram no estudo em maior porcentagem, seguido da macrorregião II. Observou-se, no entanto, que ao calcular o percentual médio relacionado a esses pacientes, a macrorregião II foi responsável pelo maior número de pessoas diagnosticadas com LH, seguido da macrorregião IV (Tabela 10).

Tabela 10 – Porcentagem da população diagnosticada com LH por macrorregião no período de 2014 a 2017 no estado de PE.

	População	Pessoas com	% total	% médio
	Total	LH		
Macrorregião I	5.622.291	190	55,39%	0,00034%
Macrorregião II	1.859.175	63	18,36%	0,0034%
Macrorregião III	830.227	16	4,66%	0,0019%
Macrorregião IV	966.034	27	7,97%	0,0028%

Pacientes provenientes de outros estados superaram a porcentagem dos pacientes das outras macrorregiões pernambucanas (Figura 5a). Analisando-se o deslocamento dos pacientes de cada macrorregião, observou-se um maior fluxo da macrorregião III para a I, para realização de procedimentos que poderiam ser realizados na própria macrorregião de saúde, sobrecarregando a macrorregião I (Figura 5c). Dos pacientes da macrorregião III, 93,75% migraram para macrorregião I, os outros 6,25% distribuíram-se entre as macrorregiões II e IV, como mostra o fluxo assistencial total (Figura 5b).

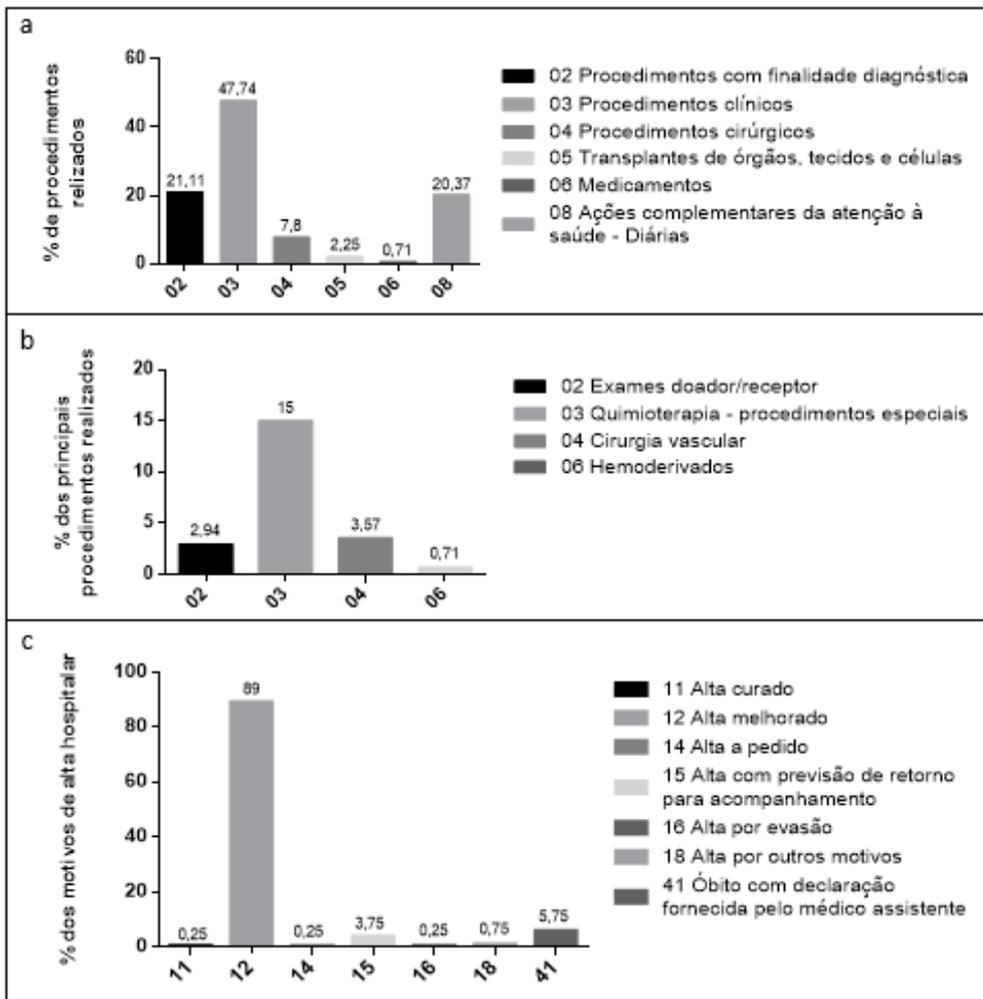
Figura 5 – Fluxo dos pacientes para tratamento do LH no estado de PE nos anos de 2014 a 2017.



5.6 PROCEDIMENTO REALIZADO E MOTIVO DE SAÍDA HOSPITALAR

Em relação aos grupos de procedimentos realizados, os procedimentos clínicos (Grupo 03) foram os mais realizados, totalizando 1671 procedimentos (47,74%) (Figura 6a). Quando analisados os principais procedimentos relacionados aos subgrupos, o procedimento clínico de quimioterapia foi o mais realizado, num total de 525 (15%) e menos realizado foi a administração de hemoderivados, procedimento que faz parte do grupo de medicamentos (Grupo 06) com 0,71% (Figura 6b). Em relação ao motivo de alta do paciente, alta melhorado foi responsável pelo total de 654 pacientes (92,63%), sendo o principal motivo de alta hospitalar, seguido de alta com previsão de retorno para acompanhamento (6,09%). Alta curado foi o motivo que menos ocorreu, num total de 02 paciente (0,27%) (Figura 6c).

Figura 6 – Procedimentos realizados e motivo de saída hospitalar dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.



5.7 VALORES PARA RESSARCIMENTO DO TRATAMENTO DO LH

5.7.1 Valores total e médio

O valor total para ressarcimento do tratamento do LH de acordo com os procedimentos realizados foi de R\$ 3.443.063,15 no quadriênio. O valor médio por paciente no quadriênio foi de R\$ 10.067,44. A Tabela 11 contém os valores relacionados aos biênios 2014-2015 e 2016-2017.

Tabela 11 – Valores do tratamento do LH de acordo com os procedimentos realizados nos biênios 2014-2015 e 2016-2017 no estado de PE.

Biênio	Valor total	Valor médio
2014-2015	R\$ 1.697.534,63	R\$ 11.392,85
2016-2017	R\$ 1.745.528,52	R\$ 9.044,19

5.7.2 Valores dos procedimentos de acordo com o perfil dos pacientes

No período de 2014 a 2017, o tratamento dos pacientes do sexo masculino obteve valor total de R\$ 1.959.223,41 (Figura 7a). O valor per capita foi de R\$ 10,82 para o sexo masculino e R\$ 9,22 para o sexo feminino, constatando-se, de fato, um maior valor para o tratamento dos pacientes do sexo masculino (Figura 8a).

Os pacientes de cor amarela foram responsáveis pelo maior valor no tratamento do LH. Observa-se na figura que os pacientes da cor parda foram responsáveis por um valor total de R\$ 1.751.849,11 (Figura 7b). No entanto, analisando-se o valor per capita, os pacientes da cor parda obtiveram R\$ 10,49 e os da cor amarela, 29,82%. O menor valor foi dos pacientes da cor preta com R\$ 6,00 por paciente (Figura 8b).

Analisando-se os valores por faixa etária e a valores per capita, constatou-se um maior valor dos procedimentos nos pacientes com idade de 20 a 39 anos, com valor per capita de R\$ 12,36 e os acima de 60 anos foram responsáveis pelo menor valor de tratamento por procedimentos (Figura 7c). O valor per capita dos pacientes acima de 60 anos foi de R\$ 4,1. O segundo maior valor ficou com a faixa etária de 0 a 19 anos, com R\$ 9,76 (Figura 8c).

Figura 7 – Valores dos procedimentos por sexo, raça/cor e faixa etária de pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.

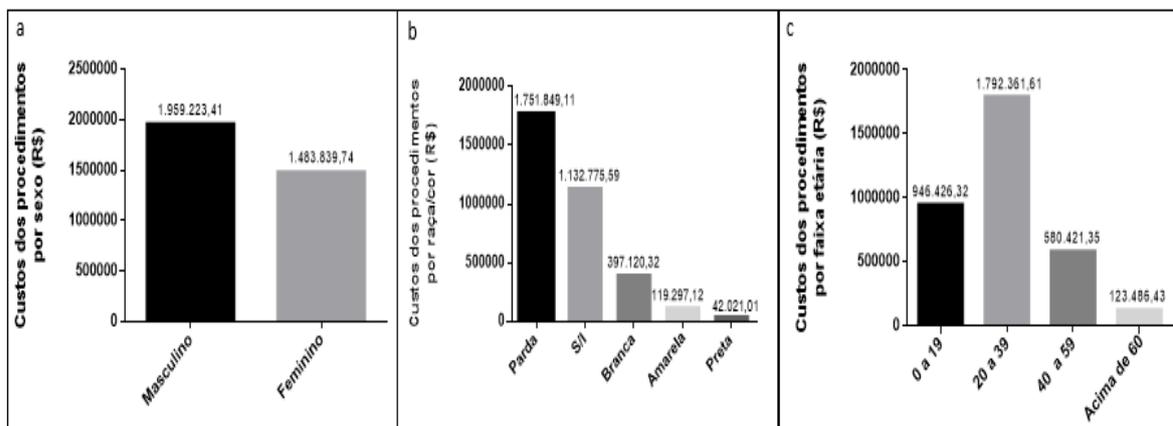
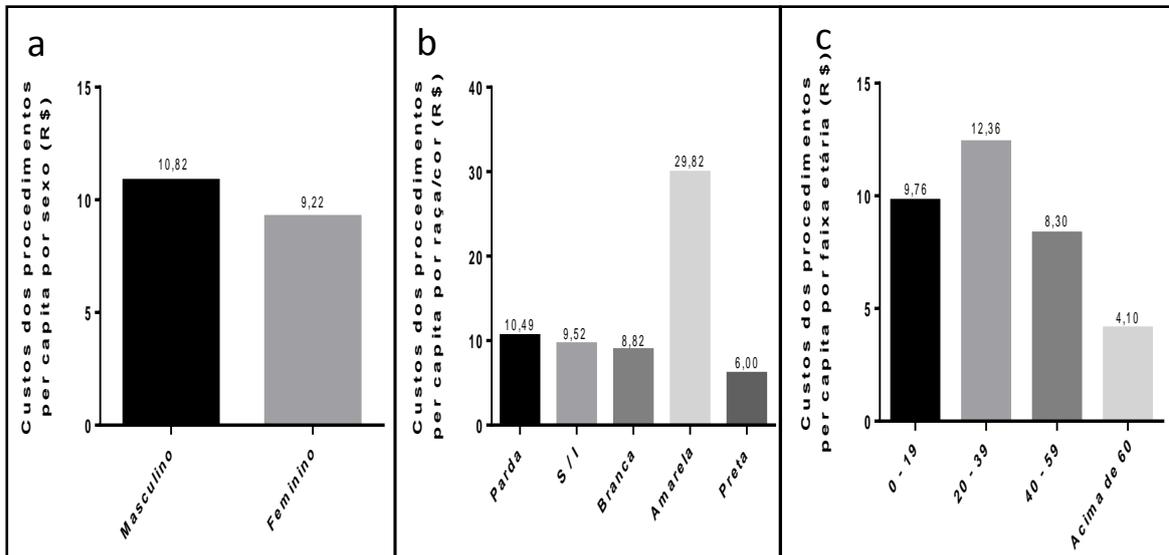


Figura 8 – Valores per capita dos procedimentos por sexo, raça/cor e faixa etária de paciente com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.



5.7.3 Valores dos procedimentos por Macrorregião

Analisando-se a macrorregião de procedência do paciente com seu respectivo tratamento, excetuando-se o tratamento de transplante, observa-se que a macrorregião I obteve um valor total maior (Figura 9a). Entretanto, analisando-se os valores per capita, encontrou-se a macrorregião IV com o maior valor, correspondente a R\$ 18,52, seguido do valor de pacientes provenientes de outros estados, o qual foi de R\$ 15,4. A macrorregião III teve o terceiro maior valor, com R\$ 10,38 (Figura 10).

Ressalta-se que 60,38% dos pacientes de outros Estados se deslocaram a nível de urgência para realização de transplante autólogo de células tronco.

Quando analisado o valor real de acordo com o fluxo assistencial dos pacientes, obteve-se R\$ 3.408.700,68 para a macrorregião I, entretanto, a macrorregião III foi responsável por valor 0, ou seja, nenhum paciente desta macrorregião realizou tratamento para LH na mesma (Figura 9b).

Figura 9 - Valores dos procedimentos por Macrorregião – procedência e atendimento hospitalar dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.

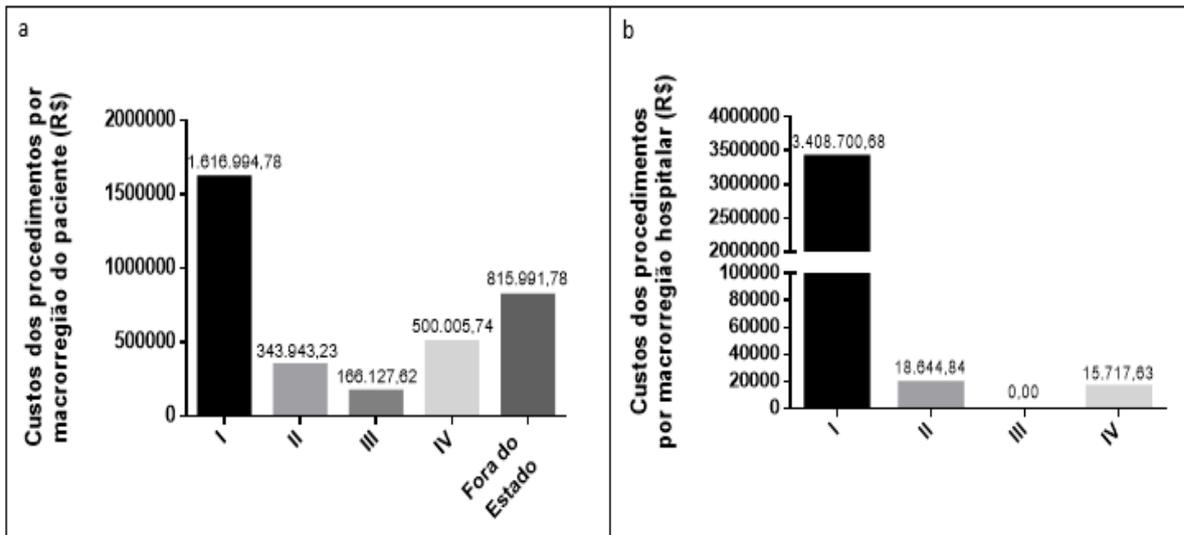
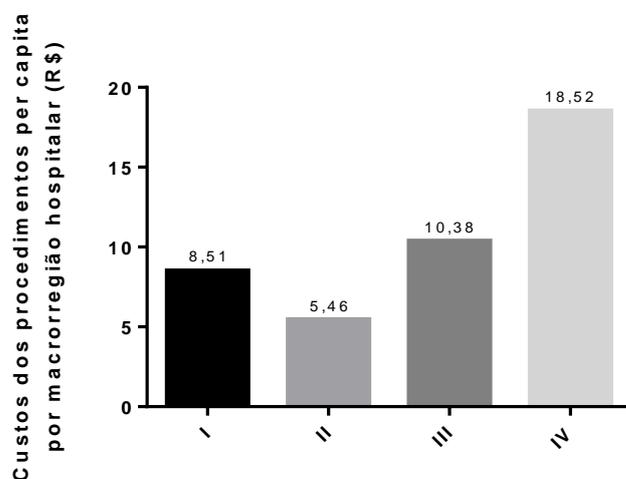


Figura 10 – Valores per capita dos procedimentos por Macrorregião dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.

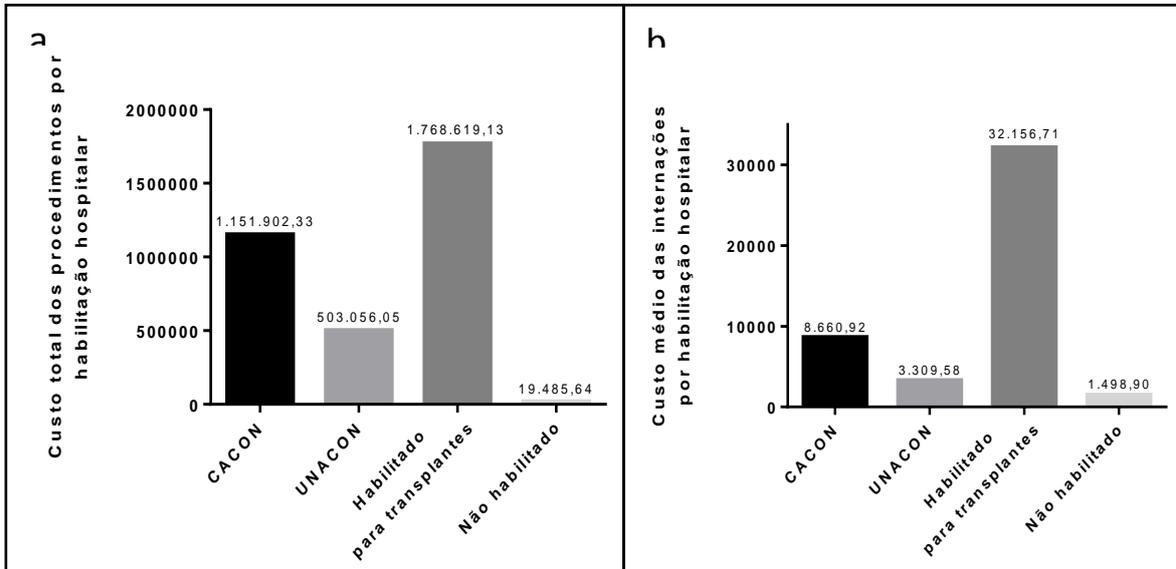


5.7.4 Valores dos procedimentos e internações por habilitação hospitalar

Quando analisado o valor do tratamento do paciente com LH relacionado com a habilitação do hospital de atendimento, o HRP que é habilitado apenas para transplante, obteve um maior valor, no total de R\$1.768.619,13. Ressalta-se que o gasto não é do hospital, mas da SES-PE, a qual realiza o ressarcimento para os hospitais habilitados. Em seguida vieram os hospitais habilitados em CACON, com o valor de R\$1.151.902,33 (Figura11a). Analisando-se o valor médio das internações hospitalares de acordo com as habilitações, o

HRP também foi responsável pelo maior valor, totalizando R\$ 32.156,71 (Figura 11b). Os hospitais não habilitados foram responsáveis pelo menor valor em ambas situações.

Figura 11 – Valores por habilitação hospitalar – procedimentos e internações dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE nos anos de 2014 a 2017.

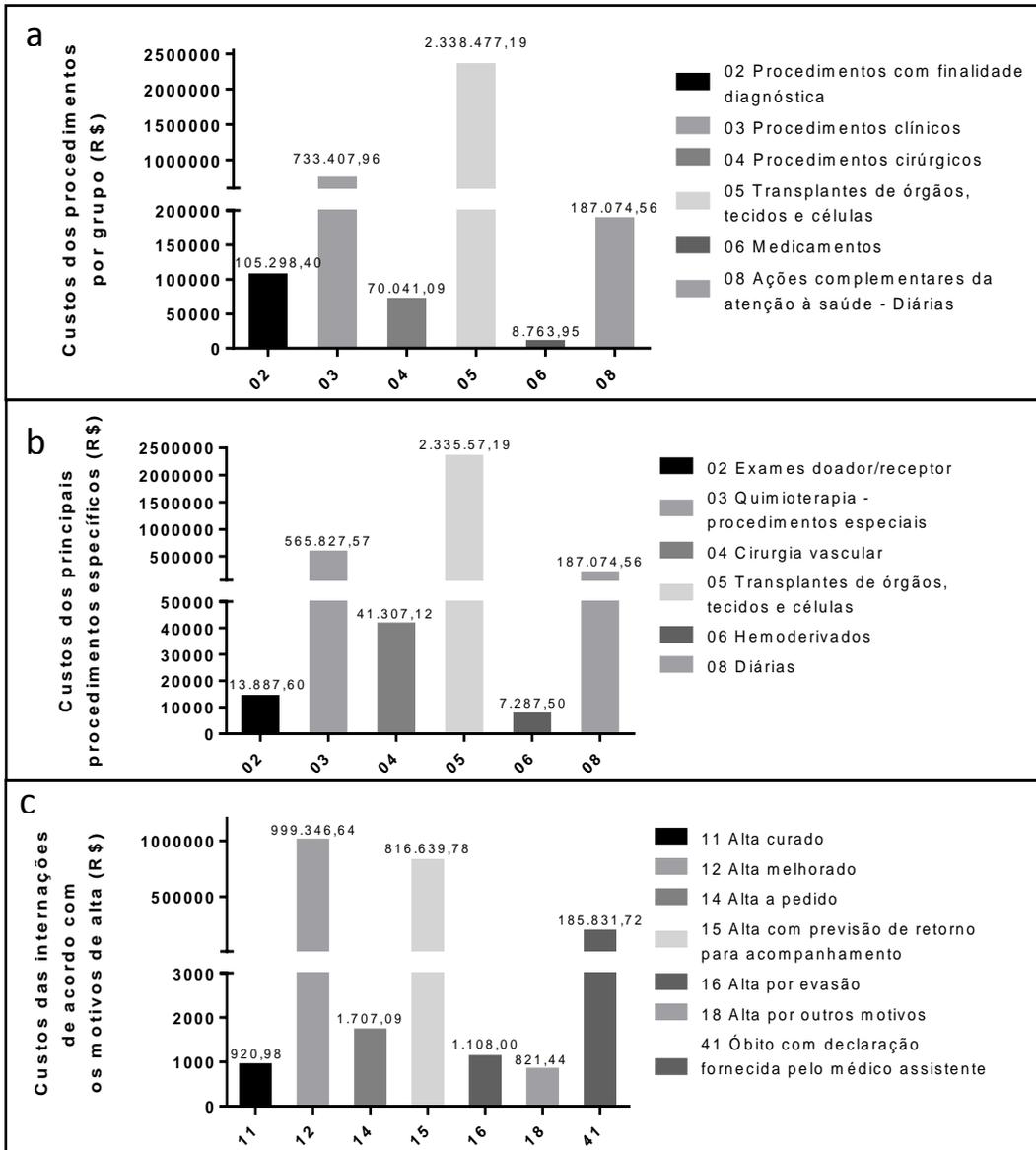


5.7.5 Valores dos procedimentos de acordo com os grupos e alta hospitalar

Quando analisados os procedimentos por grupo, observou-se um valor maior relacionado ao Grupo 05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células, num total de R\$ 2.338.477,19, por outro lado, o Grupo 06 – Medicamentos, foi responsável pelo menor valor (Figura 12a). Analisando-se os procedimentos específicos por grupo, o procedimento específico de transplante (Grupo 05) obteve o maior valor, seguido do procedimento específico de QT (Grupo 03). Os outros procedimentos específicos de cada grupo que acarretaram um maior valor no tratamento, foram diárias (Grupo 08); cirurgia vascular (Grupo 04); exames doador/receptor (Grupo 02) e administração de hemoderivados (Grupo 06) (Figura 12b).

Em relação aos valores das internações de acordo com os motivos de alta, o motivo de alta melhorado foi responsável pelo maior valor das internações, seguido do motivo de alta com previsão de retorno. Alta por outros motivos obteve um menor valor (Figura 12c).

Figura 12 – Valores dos procedimentos por grupo, procedimentos específicos e de acordo com motivos de alta dos pacientes com LH atendidos no Estado de PE de 2014 a 2017.



6 DISCUSSÃO

No presente estudo foi encontrado uma predominância do subtipo C81.9 (DH não especificada). Vários dos pacientes com essa classificação, foram posteriormente recebendo outras classificações específicas dos subtipos morfológicos no decorrer das reinternações. Acredita-se que isso pode ter acontecido devido à realização de exames posteriores que identificaram os subtipos específicos.

Observou-se ainda, que em muitos casos houve mudança de 3 e até 4 subtipos específicos diferentes para um mesmo paciente, questionando-se tal fato estar relacionado com negligência ou preenchimento incorreto das AIH's. São escassos estudos associados a esse tema, como enfatiza Cunha (2013), o qual realizou um estudo de confiabilidade dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS no estado da Bahia. O referido estudo mostrou que apesar da alta confiabilidade encontrada no preenchimento do diagnóstico principal, foram encontrados problemas sérios relacionados ao preenchimento dos prontuários, bem como ao preenchimento de variáveis importantes para o pagamento da internação, tais como diagnóstico secundário e cor da pele.

No presente estudo, em relação à presença do subtipo específico, o mais encontrado foi esclerose nodular com 21,38%, estando de acordo com a literatura e outros estudos, como mostra Monteiro, et al (2016), em estudo realizado no estado do Pará, onde encontraram o mesmo subtipo como o mais prevalente, com 50,8%. De acordo com o INCA, este subtipo é o mais comum, ocorrendo em pessoas mais jovens e igualmente em homens e mulheres (BRASIL, 2015).

Por outro lado, alguns estudos e a literatura apontam o subtipo celularidade mista como o segundo mais comum de ocorrer e depleção linfocítica como o menos comum. No estudo de Monteiro, et al (2016), o subtipo celularidade mista foi o segundo mais presente, com 26,2% dos casos, ficando depleção linfocítica em terceiro lugar, com 15,4%. Resultado semelhante obteve Moraes (2015) em um estudo realizado no município de Botucatu-SP. Entretanto, no presente estudo foi encontrado predominância linfocítica como o segundo mais prevalente e celularidade mista como o menos prevalente.

Em relação ao perfil sócio-demográfico de acordo com o sexo, a prevalência de internações foi do sexo masculino com 52,92%. Tal resultado é equivalente às estatísticas nacionais e mundiais, onde apontam o sexo masculino em maior percentual de prevalência e mortalidade. Segundo a OMS-GLOBOCAN (2012), no ano de 2012, a última estimativa mundial foi de 38.520 novos casos e 15.463 óbitos por LH para o sexo masculino. No caso

das mulheres, a estimativa de novos casos foi de 27.430 e 10.006 óbitos. De acordo com o INCA, a estimativa de novos casos no Brasil para cada ano do biênio 2018-2019 é de 1.480 casos novos de LH em homens e 1.050 em mulheres (BRASIL, 2018).

Segundo a literatura, o LH é encontrado em maior proporção entre a raça caucasiana (BRASIL, 2015). No caso deste estudo, a cor parda foi a mais prevalente, ficando a cor branca em segundo lugar, excetuando-se os pacientes sem identificação de raça/cor. Este resultado é semelhante a outros estudos brasileiros, como o de Resende, et al (2017) em que encontraram a cor parda como a mais prevalente com 80,3% dos casos. É importante ressaltar que a predominância da população pernambucana no ano de 2015 era de pessoas da cor parda, ficando a cor branca em segundo lugar, podendo tal fato explicar o resultado do presente estudo (BDE, 2015).

Jovens com faixa etária no intervalo de 20 a 39 anos representaram 42,39% dos casos no quadriênio, sendo a mais predominante e estando de acordo com os aspectos epidemiológicos de outros estudos e da literatura. Segundo a Leukemia&Lymphoma Society (2014), o LH atinge sua maior frequência em pessoas com idades entre 20 e 34 anos.

A macrorregião de saúde I foi responsável pelo maior número absoluto de pessoas diagnosticadas com LH, enquanto que na macrorregião III o percentual dos pacientes foi o menor. Entretanto, quando analisado o percentual médio, observou-se que foi na macrorregião II que se identificou o maior número de pessoas diagnosticadas com LH, vindo em seguida a macrorregião IV. O número de pessoas provenientes de outros estados para realizar tratamento de LH em PE foi o de terceiro maior percentual, ficando na frente do número de pacientes das macrorregiões III e IV.

Assim, foi possível observar que o perfil majoritário dos pacientes atendidos na rede pública estadual no quadriênio analisado é formado por homens, pardos, com idades entre 20 e 39 anos e oriundos da segunda região de saúde, a qual é a segunda mais desenvolvida.

Analisando-se o fluxo para realização do tratamento de LH no estado de PE, constatou-se que dos 93 pacientes que migraram da sua macrorregião para realizar tratamento, 82,79% sobrecarregaram a macrorregião I para atendimento e procedimentos que poderiam ser realizados em centros habilitados nas suas macrorregiões. Os outros 17,21% se distribuíram entre as macrorregiões II e IV e 17,20% se deslocaram das suas macrorregiões para realização de transplante de medula óssea, o qual só pode ser realizado na macrorregião I. Torna-se importante ressaltar que na macrorregião III têm-se o Hospital Memorial de Arcoverde que foi habilitado em UNACON em julho do ano de 2016, podendo explicar o fato

de nenhum paciente ter sido atendido nesta macrorregião para tratamento do LH nos últimos 4 anos.

No presente trabalho foram analisadas também as habilitações dos hospitais que realizaram tratamento de LH no Estado de PE no período de 2014 a 2017. O IMIP foi o hospital o qual mais pacientes realizaram tratamento de LH. Esse resultado era esperado, tendo em vista ser a única unidade hospitalar habilitada em CACON no estado. O CACON é caracterizado por hospitais que prestam serviços de diagnóstico e tratamento para todos os tipos de neoplasia. Enquanto que, o UNACON é caracterizado por hospitais de referência em alta complexidade, preparados principalmente para atender pacientes portadores dos cânceres mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2013).

Destaca-se o fato de alguns hospitais não habilitados terem ofertado atendimento a esses pacientes. Em alguns casos como no Hospital Regional Fernando Bezerra e Hospital Barão de Lucena, foi constatado atendimento e tratamento de urgência. Por outro lado, no Hospital Getúlio Vargas e no Hospital Mestre Vitalino observou-se reinternações com procedimentos cirúrgicos, os quais deveriam ser realizados em hospitais habilitados. Nenhum hospital não habilitado realizou tratamento quimioterápico. O HRP realizou transplantes e procedimentos associados, estando de acordo com sua habilitação.

Apesar do percentual pequeno de atendimentos em hospitais não habilitados (4,1%), o tempo médio de permanência (por dia) desses pacientes foi maior nesses hospitais, acarretando um valor elevado. Questiona-se a possibilidade desse fato estar associado à não especialização desses estabelecimentos de saúde para lidar com pacientes oncológicos.

A literatura aponta o LH como um dos tipos de câncer mais curável (Leukemia&Lymphoma Society, 2014). No presente estudo, 02 pacientes tiveram alta por motivo de cura no período de 04 anos. Alta por motivo de melhora foi o mais ocorrido (89%), todavia, metade dos pacientes que tiveram alta melhorado foram reinternados. Não foi analisado o estágio da doença, bem como a sobrevida dos pacientes.

Estudos sobre tratamento do LH em países em desenvolvimento ainda são escassos. No presente estudo, 20 pacientes (5,8%) foram a óbito no período de 04 anos. Apesar da diferença de 02 anos de análise, observa-se um resultado semelhante com o estudo de Britto; et al (2010), realizado no estado do Rio de Janeiro, o qual analisou, no período de 06 anos, 216 pacientes em estágio avançado da doença, em que 15 (6,9%) foram a óbito no período do estudo.

Pacientes provenientes de outros estados sobrecarregaram a macrorregião I do Estado de PE, sendo responsável pelo segundo maior valor de ressarcimento do tratamento de

LH, superando os valores de pacientes das macrorregiões II, III e IV. Do total de pacientes que se deslocaram para a macrorregião I a nível de urgência, 60,38% foi para realização de TACT. Os outros 39,62% realizaram outros tipos de procedimentos. Foram efetuados nos últimos 04 anos no estado de PE 38 transplantes de células tronco. Enquanto que, nos pacientes residentes no próprio estado de PE foram realizados 11 transplantes, os pacientes provenientes de outros estados foram responsáveis pela realização de 27 transplantes, ou seja, mais que o dobro.

Dos estados de onde houveram as migrações, 4 pacientes eram de municípios da Bahia, os quais fazem parte da rede PEBA. Dentre os outros estados, a maioria foi da Paraíba, Pará, Alagoas e Acre, mas também foram encontrados dois pacientes de São Paulo, sendo um da capital. Fica o questionamento sobre haver algum tipo de acordo entre estados para repasse de verbas em casos específicos ou em casos onde o estado não disponibiliza desse tipo de tratamento.

O HRP, habilitado para transplante de células tronco obteve o maior ressarcimento no tratamento dos pacientes com LH, isso se deve ao fato de ser um tratamento de alto custo, tanto que também foi o procedimento com o valor mais elevado. O transplante autólogo foi o tipo de transplante mais realizado, com um valor de ressarcimento individual profissional de R\$ 3.476,27 no IMIP (também habilitado para transplante) e R\$ 3.561,41 no HRP. O serviço hospitalar teve um valor individual único de R\$ 19.523,47 para os dois hospitais. Esse valor esteve de acordo com o valor hospitalar máximo pago pelo SUS, o qual corresponde a R\$ 22.968,78 (Tabela 3).

O custo para o tratamento do LH varia de acordo com o estágio da doença. A ABRALE (2017) caracteriza os estágios III e IV como os mais dispendiosos e incapacitantes. Yasenchak; et al (2014) demonstraram, por meio de um estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos, que o maior custo do tratamento do LH está relacionado ao estadiamento avançado da doença, demandando medicamentos e tratamentos mais caros, como o transplante de células tronco. Eles encontraram que o custo total médio por linha de terapia foi de \$ 21 956 nos casos em que o paciente recebeu apenas uma linha de terapia e \$ 77 219 nos casos em que recebeu duas linhas de terapia. Ao ser necessário o transplante, o custo total médio por linha de terapia aumentou 7 a 8 vezes se comparado com o custo da linha de terapia única.

Jaime-pérez; et al (2015) encontraram, em um estudo realizado no México, um custo individual de \$ 935 para transplante autólogo de células tronco, o equivalente a R\$ 3.113,55 de acordo com a cotação média do dólar no ano de 2015, (segundo a Associação

Comercial, Industrial e de Serviços de Novo Hamburgo, Campo Bom e Estância Velha). Esse custo encontrado por Jaime-pérez; et al (2015) refere-se a testes laboratoriais, procedimentos e materiais adicionais e medicamentos gerais e de QT. Não foi citado valor adicional referente a custo hospitalar.

No presente estudo, o transplante alogênico foi o menos realizado (18,42%), no entanto, o seu custo individual é bem mais significativo. Tanto no HRP quanto no IMIP, o valor pago para esse transplante foi o mesmo. O valor individual profissional foi de R\$ 13.185,42 e o valor individual hospitalar, R\$ 74.717,40. Foram realizados 07 transplantes alogênicos nos últimos 04 anos, todos de doadores aparentados. Desses, 03 foram realizados em pacientes de outros estados (02 do Acre e 01 de Alagoas). O valor hospitalar, nesse caso do transplante alogênico, não esteve de acordo com o valor hospitalar máximo pago pelo SUS, o qual corresponde a R\$ 44.485,24.

O HRP é um hospital filantrópico habilitado para transplante de células tronco, tanto autólogo quanto alogênico e foi o que mais o realizou. O IMIP, que também possui essa habilitação, foi responsável por 21,82% dos tratamentos desses casos nos últimos 04 anos. O HRP é o único no estado de PE que possui habilitação para transplantes com doadores não-aparentados, no entanto, não foi realizado nenhum tipo desse transplante no período do estudo.

O segundo procedimento que demandou maior valor foi o procedimento clínico específico de QT, sendo o mais realizado. O grupo de procedimentos referente a medicamentos foi o que obteve o menor valor. Destaca-se que, nesse caso, a administração de medicamentos quimioterápicos não faz parte do grupo de medicamentos, mas sim do grupo de procedimentos clínicos.

Dentre os motivos de alta, o maior valor de ressarcimento encontrado foi para o caso de alta melhorado, ficando o motivo de óbito em terceiro lugar e de alta curado em penúltimo (sexto) lugar. Este resultado não corrobora com as estatísticas mundiais e nacionais (GLOBOCAN, 2012; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; INCA, 2015), tendo em vista que as mesmas afirmam que o LH é um câncer potencialmente curável em mais de 80% dos casos e que apresenta índice importante de sobrevida.

No estado de PE, tratando-se das regiões de saúde, observa-se uma divisão coesa, com ampla abrangência no tratamento hospitalar para o LH, além da importante alternativa de tratamento com TACT, os quais podem trazer resultados positivos relacionados à cura e sobrevida dos pacientes, entretanto o fluxo assistencial mostra-se insatisfatório. É importante que se busque alternativas para melhor direcionar esses pacientes para o tratamento no estado.

7 CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se a predominância do perfil característico da população pernambucana na incidência do LH no estado, ou seja, cor parda e sexo masculino. Foi possível identificar o quantitativo de internações por LH no quadriênio 2014-2017, além dos subtipos mais prevalentes. Entretanto, obteve-se a dificuldade da fidedignidade nos resultados dos subtipos.

Os hospitais habilitados para tratamento oncológico no Estado de PE foram os maiores responsáveis pelo atendimento de pacientes com LH no período de 2014 a 2017, como já esperado. Os hospitais não habilitados, entretanto, foram responsáveis pelo maior tempo médio de permanência. O atendimento por parte desses estabelecimentos de saúde é compreensível quando em circunstância de urgência, mas não foi apenas essa a realidade encontrada e, apesar de não parecer um quantitativo importante, essa situação acarreta custos desnecessários e não planejáveis, além de um risco maior para o paciente, tendo em vista que, para serem habilitados, as Unidades de Saúde precisam atender a requisitos específicos.

O IMIP foi o hospital que mais teve pacientes internados no período de 2014 a 2017 para realizar o tratamento oncológico em questão. Por ser o único no estado a ter a habilitação em CACON, pode-se considerar o resultado esperado. O transplante de células tronco foi o responsável pelo maior valor do tratamento de LH. Esse resultado também era esperado devido a quantidade de pessoas que receberam essa terapêutica e o alto custo relacionado ao mesmo.

Foi possível concluir que o fluxo assistencial encontrado gerou dentro do estado um alto valor de ressarcimento para a macrorregião I. Vários pacientes de outros estados se deslocaram para receber tratamento na mesma, sendo a maioria dos casos para realizar transplante de células tronco, inclusive alogênico que é o de maior custo. Questiona-se um possível acordo entre alguns estados e o estado de PE para realização desse tratamento.

Em relação aos valores necessários para o tratamento do LH, o presente estudo mostrou que ocorre um subfinanciamento, o que acarreta um problema de gestão nas macrorregiões do estado de PE e possivelmente em vários outros estados. Os resultados encontrados foram importantes para esclarecer as dúvidas relacionadas à proposta do estudo em questão. Observou-se um fluxo assistencial incompatível, dentro e fora do estado, o qual gerou custos incoerentes e não planejados, podendo acarretar um impacto orçamentário importante para o estado de PE. Dessa forma, faz-se necessário estudos mais aprofundados, bem como uma investigação da situação orçamentária, a fim de que haja um planejamento

mais eficiente com o financiamento e gastos com a saúde e otimização dos atendimentos aos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Hodgkin Lymphoma Risk Factors**. Mar. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/hodgkin-lymphoma/causes-risksprevention/risk-factors.html>. Acesso em: 23ago.2017.

_____. **WhatIs Hodgkin Lymphoma?**2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/hodgkin-lymphoma/about/what-ishodgkin-disease.html>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. **SignsandSymptomsof Hodgkin Lymphoma**. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/hodgkinlymphoma/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>. Acesso em: 14 de set. 2017.

ARANTES, A.M.; TEIXERA, F.S; AL RIBAIE, T.M; DUARTE, L.L; SILVA, C.R.A; BARAINI, C. **Transplante autólogo de células-tronco em linfoma de Hodgkin: análise de uma opção terapêutica**. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v9n2/pt_1679-4508-eins-9-2-0124.pdf. Acesso em: 05 de set. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. **Linfoma de Hodgkin**. Abril, 2016. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/lh/o-que-e>. Acesso em: 20 de ago. 2017.

_____. **Sinais e sintomas – LH**. Abril, 2016. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/lh/sinais-esintomas>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. **Tratamento – LH**. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/lh/tratamento>. Acesso em: 26 set. 2017.

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL, INDUSTRIAL E DE SERVIÇOS DE NOVO HAMBURGO, CAMPO BOM E ESTÂNCIA VELHA. **Cotação dólar 2006 a 2014**. Disponível em: <http://www.acinh.com.br/servicos/cotacao-dolar>. Acesso em: 03mar 2018.

BITTENCOURT, R.I. et al. Transplante de células-tronco hematopoéticas em linfoma Hodgkin. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** v.32, supl.1 São Paulo, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000700015. Acesso em: 03 de out. 2017.

BRASIL. INCA. **Linfoma de Hodgkin**. [2015?]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin. Acesso em: 13 set.2017.

_____. **Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. **Onde tratar pelo SUS**. Pernambuco. [2017?]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento. **Revista Rede Câncer**, n.9, nov. 2009. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista_9. Acesso em: 13 de jan. 2018.

BRITTO, L; et al. Advanced Hodgkin's lymphoma: results in 216 patients treated with ABVD in Brazil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** v.32, n.4, São Paulo. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-5484842010000400007. Acesso em: 03mar. 2018.

CRIASAÚDE. **Resumo linfoma de Hodgkin.** 2017. Disponível em: www.criasaude.com.br/doencas/linfoma-de-hodgkin.html. Acesso em: 23jan. 2018.

CUIDADOS MIL. **Linfoma de Hodgkin.** 2013 Disponível em: http://www.cuidadosmil.com.br/artigo/69_000580/. Acesso em: 30 de jan. 2018.

FERNANDES, B.V. **Frequência de segundas neoplasias após o tratamento para linfoma de Hodgkin: um estudo descritivo e revisão de literatura.** Monografia(GraduaçãoemMedicina) Universidade Federal da Bahia, , Salvador, 2013.Disponívelem:<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14209>. Acesso em: 30 jan. 2018.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, EUCAN, 2012. **Hodgkin Lymphoma. Estimated incidence, mortality & prevalence in men.** 2012. Disponível em: <http://eco.iarc.fr/eucan/Cancer.aspx?Cancer=37>. Acesso em: 25set. 2017.

JAIME-PÉREZ; et al. Cost Structure and Clinical Outcome of a Stem Cell Transplantation Program in a Developing Country: The Experience in Northeast Mexico. **The Oncologist.** v. 20. AlphaMed Press, 2015.

KING, R.L.; HOWARD, M.T; BAGG, A. Hodgkin Lymphoma: Pathology, Pathogenesis, and a Plethora of Potential Prognostic Predictors. **Adv AnatPathol.** 21, n.1, Jan. 2014. Disponível em:<file:///C:/Users/samsung/Downloads/2014%20-%20Hodgkin%20Lymphoma%20%20Pathology,%20Pathogenesis,%20and%20a%20Pletora%20of%20Potential%20Prognostic%20Predictors.pdf>. Acesso em: 07 out.2017.

LEUKEMIA & LINFOMA SOCIETY. **Linfoma de Hodgkin.** Disponível em: https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/sp_hodgkinlymphoma.pdf. Acesso em: 20 fev.2018.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 1998.

MONTEIRO, T.A.F., et al. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. **RevPan-AmazSaude.**v.7, n.1, p.27-3, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a03.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2017.

MORAES, M.P.T. **Linfoma de Hodgkin: características anátomo-clínicas e análise de novo biomarcador (IMP3).** Dissertação. Botucatu, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/132038/000849806.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13set. 2017.

MUXÍ, P. Experiencia latinoamericana en linfoma de Hodgkin: tratamiento en el Uruguay. **Hematologia**. v.20, p.103-106, 2016. Disponível em: <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/14%20vol%2020%20ext%20%202016.pdf>. Acesso em: 23jan. 2018.

NOGUEIRA, H.S.; LIMA, W.P. Linfoma de Hodgkin, quimioterapia e exercício físico: respostas hematológicas e de desempenho físico. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo. v.10, n.62, p.782-797. nov./dez. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/samsung/Downloads/1052-4422-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2017.

OLIVEIRA, C.I.A.L. **Estratégias terapêuticas no Linfoma de Hodgkin no séc. XXI.** Mestrado Integrado em Medicina. Porto, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/86476/2/165930.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

OLIVEIRA, M.M. **Sobreviventes de Linfoma Não-Hodgkin: Agrupamento de sintomas e qualidade de vida.** 2017. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1954/2/MarianyOliveira.pdf>. Acesso em: 01dez. 2017.

ONCOGUIA. **Estadiamento do Linfoma de Hodgkin.** 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-linfoma-dehodgkin/1478/322/>. Acesso em: 21 de set. 2017.

_____. **Taxa de Sobrevida para o Linfoma de Hodgkin por Estágio.** 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/taxa-de-sobrevida-para-olinfoma-de-hodgkin-por-estagio/7711/322/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. **Transplante de células tronco para Linfoma de Hodgkin e altas doses de quimioterapia.** 2015 Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/transplante-de-celulas-tronco-para-linfomade-hodgkin-e-altas-doses-de-quimioterapia/7715/323/>. Acesso em: 07 out. 2017.

PALLADINO, A.; NOBRE, A.C.; R, D., 2011. Desafios no diagnóstico de linfoma indolente. **Revista Onco-hematologia**. Disponível em: http://revistaonco.com.br/wpcontent/uploads/2011/10/art_onco-hemalotogia.pdf. Acesso em: 01 dez 2017.

PEBMED, 2016. **CID – O que é? Como utilizar?** Disponível em: <https://pebmed.com.br/cid-o-que-e-como-utilizar/>. Acesso em: 05 de fev. 2018.

PORTO, C.C. **VadeMecum de Clínica Médica**, 3.ed. Guanabara Koogan, 2011.

RESENDE, M.A.; RODRIGUES, L. G. S.; JABBUR, I. F. G.; CASTRO, Y. M. A.; GONÇALVES, C. T.; GONÇALVES, J. T. T.; PRINCE, K. A..Hodgkin lymphoma profile of women from the north of the state of Minas Gerais, Brazil. **Revista Unimontes Científica**, 2017. Disponível em:<http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/657/419>. Acesso em: 20 de fev.2018.

SANTOS, F. M.; PRACCHIA, L. F.; LINARDI, C. G. C.; BUCCHERI, V. Tratamento do linfoma de Hodgkin após falha do transplante autólogo. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** v.30, n.4, São José do Rio Preto, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842008000400007. Acesso em: 07 de out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. OMS. GLOBOCAN 2012: **Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Acesso em: 25 set 2017.

YASENCHAK, C.A.; TSENG, W.Y.; YAP, M.; REMBERT, D.; PATT, D.A.Economic impact of disease progression following front-line therapy in classical Hodgkin lymphoma. **Leukemia & Lymphoma**. v.56, n.11, p. 3143-9, 2015.