

A alocação de recursos para o tratamento medicamentoso oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS) – revisão integrativa

Natalie Anceschi ⁽¹⁾; Lúcia Dias da Silva Guerra ⁽²⁾

⁽¹⁾ Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). E-mail: natalie.anceschi@yahoo.com.br

⁽²⁾ Professora do Curso de Nutrição, Centro Universitário Anhanguera/campus Santana-SP. Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Pós-doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade. E-mail: luciadsguerra@usp.br

RESUMO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura, antes dos 70 anos de idade, na maioria dos países. De acordo com a Portaria nº 874, de maio de 2013, que implementou a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção farmacêutica deve estar organizada para atender às necessidades do tratamento oncológico, de acordo com o plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer, e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS. Maior clareza sobre como é feita a alocação de recursos para o tratamento medicamentoso oncológico no SUS é necessária para compreender se o sistema está estruturado de forma coerente com o cenário atual. Este estudo é uma revisão da literatura do tipo integrativa que foi desenvolvida a partir da seleção sistemática da literatura científica. Para construção e desenvolvimento das etapas da revisão, foi realizada inicialmente a definição da pergunta norteadora: Como é feita a alocação de recursos para o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde? e alguns dos critérios de inclusão, apresentados a seguir: a) tipo de documento - artigos científicos e b) idioma - português, inglês e espanhol. As bases de dados selecionadas foram BVS (Lilacs), Scielo, Pubmed (Medline), Scopus e Web of Science; e os termos primários de busca foram alocação de recursos (fenômeno), sistema único de saúde (contexto), oncologia e tratamento (objeto). Após a realização da busca nas bases de dados, 117 registros foram encontrados, sendo 41 duplicatas excluídas. Permaneceram na revisão 20 artigos científicos para realização de leitura na íntegra. A partir da análise reflexiva constatou-se que um número significativo de publicações sobre a assistência farmacêutica, mas poucos abordam como é feita a alocação de recursos para o tratamento medicamentoso oncológico no SUS. Portanto foi necessária a complementação da busca através de ofícios emitidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, como também da legislação vigente sobre o tema em estudo. Por fim, o trabalho atingiu o seu objetivo e se elucidou como é feita a alocação de recursos para o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Alocação de recursos. Sistema Único de Saúde. Oncologia. Tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

Cancer is the main public health problem in the world and is already among the top four causes of premature death, before the age of 70, in most countries. According to Ordinance No. 874, of May 2013, which implemented the National Policy for the Prevention and Control of Cancer in the Health Care Network of People with Chronic Diseases within the scope of the Brazilian Health System (SUS), pharmaceutical care it must be organized to meet the needs of cancer treatment, in accordance with the regional plan for the organization of lines of care for different types of cancer, and with the rules for incorporating technologies into the SUS. Greater clarity on how resources are allocated to the oncological drug treatment in SUS is necessary to understand whether the system is structured in a manner consistent with the current scenario. This study is a review of the integrative type of literature that was developed from the systematic selection of scientific literature. In order to build and develop the stages of the review, the guiding question was initially defined: How is the allocation of resources for cancer treatment in the Brazilian Health System? and some of the inclusion criteria, presented below: a) type of document - scientific articles and b) language - Portuguese, English and Spanish. The selected databases were BVS (Lilacs), Scielo, Pubmed (Medline), Scopus and Web of Science; and the primary search terms were resource allocation (phenomenon), unified health system (context), oncology and treatment (object). After searching the databases, 117 records were found, of which 41 were duplicates. Twenty scientific articles remained in the review for reading in full. From the reflective analysis it was found that a significant number of publications on pharmaceutical assistance, but few address how the allocation of resources is made for the oncological drug treatment in SUS. Therefore, it was necessary to complement the search through letters issued by the Ministry of Health and the Ministry of Transparency and the Comptroller General of the Union, as well as the legislation in force on the subject under study. Finally, the study achieved its objective and clarified how the allocation of resources for cancer treatment in the Brazilian Health System is carried out.

Key-words: Resource Allocation. Brazilian Health System. Oncology. Drug treatment.

1. Introdução

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura, antes dos 70 anos de idade, na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico ¹. A estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer no Brasil. O cálculo global corrigido para o sub-registro aponta a ocorrência de 685 mil casos novos ².

De acordo com a Portaria nº 2.439, de dezembro de 2005, documento pelo qual foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a alta complexidade é apontada como componente fundamental desta última. Apresenta como atribuições: garantir acesso de pacientes com diagnóstico clínico ou histopatológico de câncer a esse nível de atenção, realizar estadiamento, prover tratamento e cuidado, e assegurar qualidade conforme rotinas estabelecidas ³. Embora a Portaria nº 2.439 tenha sido revogada em favor da Portaria nº 874, de maio de 2013, que implementou a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as obrigações dos estabelecimentos de alta complexidade permanecem semelhantes ⁴.

Segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a atenção farmacêutica deve estar organizada para atender às necessidades do tratamento oncológico, de acordo com o plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer, e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS ⁵.

Os medicamentos oncológicos representam o maior item de dispêndio do SUS com medicamentos. A forma pela qual é realizada atualmente a assistência farmacêutica oncológica no SUS não se ajusta adequadamente ao conjunto de medidas instituídas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, na medida em que remunera os medicamentos em conjunto com outros itens do cuidado prestado ao paciente oncológico ⁶. O financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica ⁷.

Há uma política pública específica estruturada que preconiza o fornecimento do medicamento por meio do serviço habilitado em oncologia, a que o paciente está vinculado. Os hospitais habilitados em oncologia pelo SUS, sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, são os responsáveis pelo fornecimento dos

medicamentos para tratamento do câncer por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS e são ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código da APAC. Estes medicamentos são padronizados, adquiridos e prescritos pelo próprio hospital e devem seguir os protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes ⁷.

Maior clareza sobre como é feita a alocação de recursos para o tratamento medicamentoso oncológico no SUS é necessária para compreender se o sistema está estruturado de forma coerente com o cenário atual.

2. Método

2.1. Objetivo

Diante disso, este trabalho tem por objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura científica sobre a alocação de recursos para o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, iremos identificar como é feita a alocação de recursos para o tratamento oncológico a partir do modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); descrever os mecanismos de financiamento para o tratamento oncológico no SUS; e discutir os resultados encontrados sobre a alocação de recursos para o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

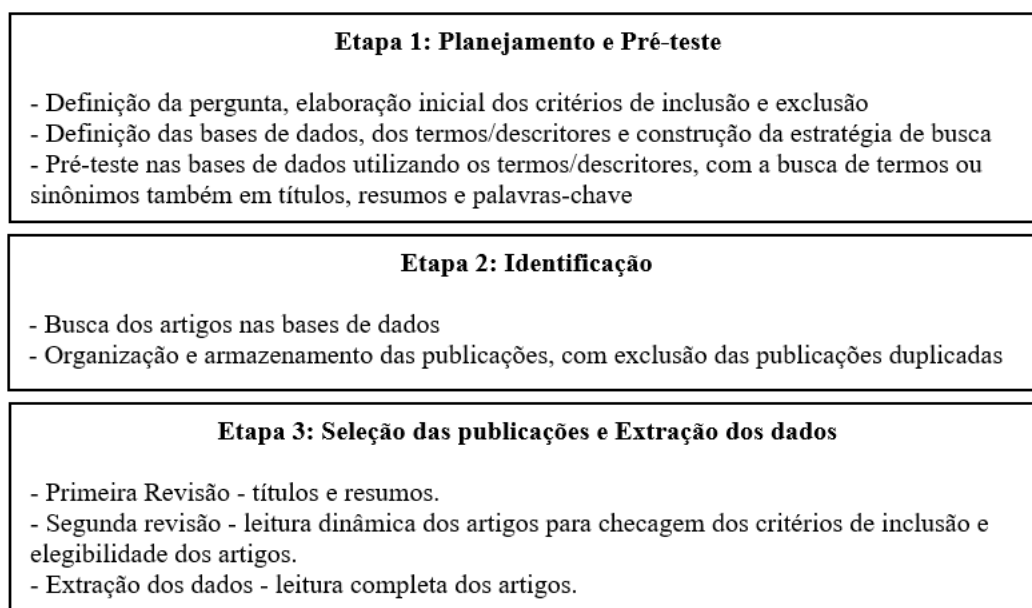
2.2. Fontes de dados e estratégias de busca

Este estudo é uma revisão da literatura do tipo integrativa que será desenvolvida a partir da seleção sistemática da literatura científica, que possibilita um aprofundamento na compreensão de um determinado fenômeno com base em estudos anteriores, a construção de uma análise sobre as abordagens metodológicas e atualização dos resultados de pesquisas, além de reflexões sobre a realização de futuros estudos e a tomada de decisões com relação a intervenções ⁸. A condução desta revisão ocorreu por meio de três etapas: 1) planejamento e pré-teste, 2) identificação, 3) seleção e extração de dados (Figura 1).

Para construção e desenvolvimento das etapas da revisão, foi realizada inicialmente a definição da pergunta norteadora: Como é feita a alocação de recursos para o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS)? e alguns dos critérios de inclusão, apresentados a seguir: a) tipo de documento - artigos científicos e b) idioma -

português, inglês e espanhol. As bases de dados selecionadas foram BVS (Lilacs), Scielo, Pubmed (Medline), Scopus e Web of Science; e os termos primários de busca foram alocação de recursos, sistema único de saúde, oncologia e tratamento. A pergunta de pesquisa foi decomposta nos seguintes termos gerais de busca para a construção da expressão de busca (sintaxe): alocação de recursos (fenômeno), sistema único de saúde (contexto), oncologia e tratamento (objeto). Em seguida, realizou-se um mapeamento dos descritores e dos sinônimos utilizados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS) para a identificação da terminologia padronizada que auxilia na definição dos assuntos, e nos títulos e palavras-chave dos artigos científicos disponíveis em cada base de dados. A partir deste mapeamento foi elaborada a primeira expressão de busca, que contou com uma grande diversidade de termos. Foram realizados pré-testes da expressão de busca nas três bases de dados, com a utilização dos operadores booleanos: AND, OR; até chegar a versão final da expressão de busca que capturasse nas bases de dados o maior número de artigos de interesse do projeto.

Figura 1. Diagrama com as etapas da revisão sistemática: planejamento e pré-teste, identificação, seleção e extração de dados.



A realização de buscas ocorreu inicialmente nas bases de dados Scielo, BVS e Pubmed. As bases de dados foram selecionadas por reunirem uma diversidade importante de artigos científicos com grande relevância para a ciência da saúde, por compor publicações em diversos idiomas, como por exemplo, inglês, espanhol e português, e por contemplar estudos produzidos na região de interesse. As buscas bibliográficas foram complementadas em outras bases de dados: Scopus e Web of Science.

Para acesso aos sites das bases de dados (nas Etapas 1 e 2) foi utilizado o Sistema de Base de Dados da Universidade de São Paulo (Sibi USP), por apresentar ao pesquisador o endereço exato do site das bases de dados e a descrição das mesmas. Os descritores utilizados e as estratégias de busca construídas estão apresentadas no Quadro 1, a seguir.

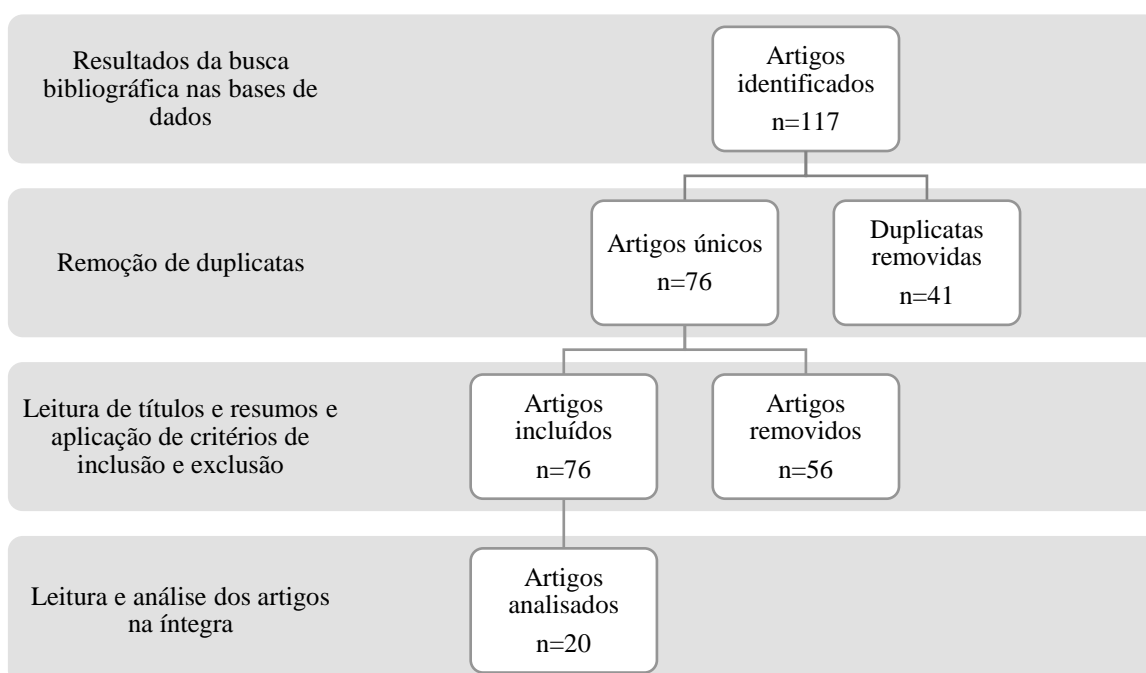
Quadro 1. Descritores primários e sinônimos utilizados para a construção da estratégia de busca nos idiomas: português, inglês e espanhol.

FENÔMENO	CONTEXTO	OBJETO
Alocação de recursos	Sistema único de saúde	Oncologia e tratamento
Alocação de Recursos em Saúde		
Alocação de Recursos para os Cuidados de Saúde		
Distribuição de Recursos para Cuidados de Saúde		Câncer Oncologia
Dotação de Recursos para Cuidados de Saúde	Sistema Único de Saúde	Tratamento farmacológico Tratamento Oncológico
Racionamento de Recursos para Cuidados de Saúde		Medicamentos
Racionamento de Recursos para a Atenção à Saúde		
Realocação de Recursos		
Sintaxe – português		
Alocação de Recursos em Saúde OR Alocação de Recursos para os Cuidados de Saúde OR Distribuição de Recursos para Cuidados de Saúde OR Dotação de Recursos para Cuidados de Saúde OR Racionamento de Recursos para Cuidados de Saúde OR Racionamento de Recursos para a Atenção à Saúde OR Realocação de Recursos AND Sistema Único de Saúde AND Câncer OR Oncologia OR Tratamento farmacológico OR Tratamento Oncológico OR Medicamentos		
Sintaxe – inglês		
Resource Allocation OR Health Care Rationing OR Distribution of Health Care Resources OR Endowment of Health Care Resources OR Resource Rationing for Health Care OR Resource reallocation AND Brazilian Public Health System OR Unified Health System AND Neoplasms OR Cancer OR Oncology OR Medical Oncology OR Drug Therapy OR Drug		
Sintaxe – espanhol		
Asignación de Recursos AND Sistema Único de Salud AND Cancer OR Oncología Médica OR Neoplasias OR Quimioterapia OR Medicamentos		

Na Etapa 2 foi realizada busca bibliográfica nas bases de dados e identificou-se um total de 117 artigos científicos. Sendo 34 artigos científicos na base de dados BVS (Lilacs), 16 na Scielo, 40 na Pubmed (Medline), 06 na Scopus e 21 na Web of Science.

Os artigos foram exportados para dentro do software Zotero (um gerenciador de referências em software livre e de código aberto para gerenciar dados bibliográficos e materiais relacionados a pesquisa), no qual foram removidos os 41 artigos duplicados entre as bases de dados e gerada uma planilha em Excel para a realização da seleção dos dados.

Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos artigos analisados nessa revisão.



A triagem de estudos elegíveis foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos. Os estudos sabidamente elegíveis e os que geraram dúvidas em relação à elegibilidade foram lidos na íntegra, pela leitura de seu texto completo. No final do processo de seleção, permaneceram na revisão 20 artigos científicos (Quadro 2) para compor a análise e síntese de resultados para responder à pergunta de pesquisa, conforme Figura 2.

Quadro 2. Dados analisados e sintetizados de forma a sumarizar as evidências disponíveis sobre a alocação de recursos para o tratamento oncológico no SUS.

Título	Ano	Autor	Objetivo	Principais Resultados	Conclusões e Recomendações
Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto?	2017	Alessandro Gonçalves Campolina Patrícia Coelho De Soárez Fábio Vieira do Amaral Jair Minoro Abe	O objetivo deste estudo é apresentar uma síntese dos aspectos metodológicos da análise de decisão multicritérios: definições, abordagens, aplicações e etapas de implementação. Realizou-se um estudo de caso no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) com a intenção de compreender as perspectivas de tomadores de decisão no processo de elaboração de uma recomendação de incorporação de tecnologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por um relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).	Foram identificadas como vantagens do método: permitir considerar de modo explícito os critérios que influenciaram a decisão; facilitar o acompanhamento e visualização das etapas do processo; permitir avaliar a contribuição de cada critério de modo isolado e agregado para o resultado da decisão; facilitar a discussão de perspectivas divergentes dos grupos de interesse e aumentar a compreensão das recomendações elaboradas. O emprego de uma abordagem explícita de ADMC poderá facilitar a mediação de conflitos e otimizar a participação de diferentes grupos de interesse.	Alguns aspectos práticos para a implementação de um modelo de ADMC no Brasil podem ser identificados, com destaque para a importância de: treinar todos os membros de comissões como a CONITEC na utilização da ADMC e disponibilizar facilitadores para auxiliar no uso das técnicas no processo de decisão; selecionar métodos adequados para a captura e agregação de dados; viabilizar a exploração dos modelos para garantir a robustez dos critérios, o que pode ser feito em tempo real ou entre as reuniões da comissão; e, por fim, permitir com que as saídas dos modelos possam ser visualizadas ao longo das discussões e incorporadas na documentação do relatório de ATS, junto com as recomendações finais.

<p>Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde</p>	<p>2011</p>	<p>Fabiola Sulpino Vieiral Paola ZucchiII</p>	<p>Analisar a aplicação direta de recursos financeiros pelos entes federados para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Em 2009 o valor total liquidado para a aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo foi de R\$ 8,9 bilhões. Estados e o Distrito Federal foram os principais executores, sendo responsáveis por 47,1% do valor total liquidado no Sistema Único de Saúde. Alguns estados tiveram gasto per capita muito acima da média (R\$ 22,00 hab/ano) e da mediana (R\$ 17,00 hab/ano). Houve diferença no gasto de municípios por região e observou-se que a média do gasto per capita dos que têm até 5 mil habitantes foi 3,9 vezes maior que dos municípios com mais de 500 mil habitantes. Municípios com até 10 mil habitantes tiveram gasto per capita maior que os demais municípios.</p>	<p>Aspectos econômicos, tais como escala da aquisição de medicamentos e poder de negociação, podem explicar as diferenças de gasto per capita entre os entes federados, especialmente os municípios. O estudo sinaliza para ineficiências nas aplicações de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde.</p>
--	-------------	---	--	--	--

<p>Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do plano plurianual 2008 - 2011</p>	<p>2010</p>	<p>Carolina Palhares Lima</p>	<p>O enfoque da pesquisa leva em consideração três aspectos: 1) os papéis da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e os fatores de interferência na condução das políticas públicas nacionais; 2) o alto custo, a magnitude e a complexidade de implantação da atenção especializada em saúde; e 3) a necessidade de monitoramento e divulgação dos resultados das políticas de saúde no País.</p>	<p>A divulgação dos indicadores e dos resultados da atenção especializada não é feita de maneira sistematizada, o que não permite a análise do alcance dos objetivos desse programa de governo. Além disso, a apresentação de resultados discrepantes de um mesmo indicador e a definição de metas facilmente alcançáveis não traduzem os resultados reais do programa e inviabiliza o monitoramento da política de saúde e a prestação de contas à sociedade. Da mesma forma, a aferição dos resultados desses indicadores a partir da obtenção de dados públicos em bases oficiais é praticamente impossibilitada devido à dificuldade de acesso às fórmulas de cálculo e aos critérios utilizados pelo gestor para a seleção dos dados que constituem o indicador. Somase a isso, o fato de nem todos os dados estarem acessíveis ao público externo e de ser bastante complexa a utilização dos sistemas nacionais de informação em saúde.</p>	<p>É necessário o aprimoramento do processo de seleção, utilização e divulgação dos indicadores da atenção especializada nos próximos Planos Plurianuais, com vistas a se obter dados que possam, de fato, contribuir para a transparência e subsidiar a gestão das políticas públicas de saúde.</p>
--	-------------	-------------------------------	--	--	--

<p>Cancer care in Brazil: structure and geographical distribution.</p>	<p>2019</p>	<p>Mario Jorge Sobreira da Silva Gisele O'Dwyer Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro</p>	<p>Analisar a estrutura de atendimento oncológico previsto nas normas brasileiras, descrever os tipos de credenciamentos dos serviços oncológicos e sua distribuição geográfica, e determinar os parâmetros de planejamento e avaliação para qualificar as unidades de saúde que prestam atenção ao câncer no Brasil.</p>	<p>A análise das normas indicou que esses documentos servem como normas estruturantes e recursos para o desenvolvimento e implementação das políticas de atenção ao câncer no Brasil. Foram identificados 299 serviços de oncologia de alta complexidade em unidades localizadas em 173 (3,1%) municípios. Em alguns estados, não havia serviços autorizados em radioterapia, oncologia pediátrica e/ou hematologia-oncologia. Houve um déficit significativo nos serviços de oncologia credenciados.</p>	<p>Os parâmetros que têm sido utilizados para avaliar a necessidade de serviços oncológicos credenciados no Brasil são amplamente questionados porque a melhor base de cálculo é a incidência de câncer ou a carga de doença, e não o tamanho da população. Os resultados indicam que a oferta de serviços oncológicos é insuficiente e a organização da rede de atenção oncológica precisa ser melhorada no Brasil.</p>
<p>Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil</p>	<p>2009</p>	<p>Luciana Dias de Lima Carla Lourenço Tavares de Andrade</p>	<p>Partindo da concepção de atenção básica como estratégia de reordenamento e articulação do conjunto de ações e serviços que compõem o sistema de saúde procurou-se investigar as condições de financiamento do SUS nos municípios com mais de 100 mil habitantes de forma ampla.</p>	<p>A importância do SUS aos cofres públicos nos revela o quanto as economias dos grandes municípios do país são dependentes das transferências de recursos da saúde provenientes da União. O estudo evidencia que, em muitos casos, um grau elevado de vinculação à saúde das receitas correntes municipais pode ser necessário para gerar condições de financiamento semelhantes nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Os municípios localizados nas regiões Sudeste e Centro-Oeste são os que apresentam os maiores valores, médios e medianos, de receitas totais per capita vinculadas à saúde, seguidos daqueles situados nas regiões Nordeste e Sul. A situação mais crítica parece ser a dos</p>	<p>A pesquisa sugere que os mecanismos implantados são frágeis e temporalmente limitados, pois não alteraram as condições institucionais dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Os entraves observados estão relacionados às questões endógenas da política de saúde (regras para a distribuição dos recursos setoriais), mas, principalmente, são frutos do sistema mais geral de repartição de competências e partilha de receitas públicas não atreladas exclusivamente ao setor da saúde.</p>

				<p>municípios situados no Norte do país, pois o ingresso de recursos exclusivos da saúde não é suficiente para compensar os baixos valores das receitas vinculadas à saúde pela EC-29.</p>	
<p>Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil</p>	2000	<p>Cláudia Travassos Francisco Viacava Cristiano Fernandes Célia Maria Almeida</p>	<p>Avaliar o padrão de equidade no consumo de serviços de saúde em dois momentos, antes da criação do SUS e depois da sua implantação. A análise centrou-se nas regiões Nordeste e Sudeste e utilizou os dados disponíveis em 1989 e 1996/1997. Buscou-se medir a ocorrência de mudança nas dimensões da equidade geográfica e social, em cada uma das regiões estudadas.</p>	<p>Observou-se pequena redução dos níveis de desigualdades no período analisado (1989-1996/1997), com o sistema de saúde atual mantendo-se caracterizado por marcadas iniquidades.</p>	<p>A análise aqui apresentada evidencia a enorme complexidade do sistema de saúde brasileiro, constituído por vários mercados de serviços de saúde, estruturados segundo lógicas de oferta e demanda próprias e seletivas, que se imbricam de forma a agravar cumulativamente o quadro de desigualdades no consumo de serviços de saúde.</p>
<p>Equidade na alocação de recursos do Sistema Único de Saúde entre os estados brasileiros: uma avaliação do uso de uma cesta de indicadores de desigualdade social</p>	2002	<p>Lúcia de Paiva</p>	<p>Aplicar uma cesta de indicadores sócio-econômicos e de saúde, de uso corrente, para discussão da equidade na distribuição dos recursos financeiros de custeio da assistência, que possa contribuir para uma alocação mais justa dos mesmos, entre os estados brasileiros.</p>	<p>As desigualdades em saúde exigem ações que vão além da atenção médica, dentre elas as de prevenção e promoção da saúde. Os problemas de saúde produzidos pelo acesso inadequado aos serviços se constituem indubitavelmente em campo de ação das políticas de equidade em saúde, mas não as esgota.</p>	<p>Assumindo a concepção de que "equidade em saúde se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas socialmente injustas", para ser equitativo o Ministério da Saúde deveria, a princípio, alocar mais recursos nos estados mais pobres.</p>

<p>Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil</p>	<p>2011</p>	<p>João Maurício Brambati Sant'Ana Vera Lúcia Edais Pepe Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro Miriam Ventura</p>	<p>Discute essas questões considerando o arcabouço conceitual que informa a política de medicamentos e a política de assistência farmacêutica brasileiras, sobretudo os conceitos de medicamentos essenciais e de alocação de recursos escassos.</p>	<p>A alocação de recursos públicos em saúde é uma questão que afeta direitos individuais e coletivos ao mesmo tempo, uma vez que trata de recursos escassos até mesmo nos países mais ricos e com menos desigualdades sociais. Gestores da saúde e operadores da justiça, têm contribuído para a intensificação do fenômeno da judicialização da assistência farmacêutica e para as distorções dele advindas. Alguns fatores podem contribuir para reduzir a intensidade do fenômeno assim como das consequentes distorções.</p>	<p>A estruturação adequada do sistema público de saúde, garantindo acesso regular aos medicamentos por ele selecionados, bem como a sua concentração no real objetivo da seleção de medicamentos essenciais, de modo a considerar as peculiaridades das demandas dentro de uma ótica de racionalidade clínica e não apenas financeira, são bons exemplos.</p>
<p>Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência</p>	<p>2016</p>	<p>Renata Erthal Knust Margareth Crisóstomo Portela Claudia Cristina de Aguiar Pereira Guilherme Bastos Fortes</p>	<p>Estimar os custos médicos diretos da assistência ao câncer de pulmão não pequenas células avançado.</p>	<p>A coorte representou um custo de R\$2.473.559,91, sendo 71,5% relacionados à atenção ambulatorial e 28,5% às internações. Na atenção ambulatorial, predominaram os custos com radioterapia (34%) e quimioterapia (22%). Os resultados apontaram para custos menores na fase inicial de tratamento (7,2%) e custos muito elevados na fase de manutenção (61,6%). Por fim, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas das médias dos custos por faixas etárias, níveis de escolaridade, desempenho físico e tipo histológico.</p>	<p>Para cerca de 80% dos pacientes incluídos no estudo, as estimativas aqui apresentadas sejam satisfatoriamente fidedignas ao cuidado da doença, sob a perspectiva de um prestador de referência do SUS, fornecendo elementos para a gestão do serviço, bem como para estudos que redundem em formas mais racionais de alocação de recursos.</p>
<p>Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto</p>	<p>2011</p>	<p>Cristina Mariano Ruas Brandão</p>	<p>Descrever os gastos do Ministério da Saúde com</p>	<p>A população atendida pelo programa no período de 2000–2004</p>	<p>Doenças que apresentam elevado gasto médio individual, para as</p>

<p>Custo: Uma Análise Centrada no Paciente</p>		<p>Augusto Afonso Guerra Júnior Mariângela Leal Cherchiglia Eli Iola Gurgel Andrade Alessandra Maciel Almeida Grazielle Dias da Silva Odilon Vanni de Queiroz Daniel Resende Faleiros Francisco de Assis Acurcio</p>	<p>usuários do Programa de Medicamentos de Alto Custo (PMAC) que iniciaram o tratamento entre 2000–2004, além de traçar o perfil epidemiológico desses pacientes. Gastos privados com medicamentos não foram incluídos na análise.</p>	<p>foi 611.419. O gasto total no período de 2000–2004 com medicamentos foi de R\$2.931.351.490,21; gasto total per capita de R\$4.794,34 20.992,21 e mediana de R\$1.006,22.</p>	<p>quais existem diferentes estratégias terapêuticas, devem ser alvos prioritários de avaliação. Os resultados apresentados poderão servir de subsídio na composição dos custos para diferentes avaliações econômicas.</p>
<p>Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil</p>	<p>2016</p>	<p>Noemia Urruth Leão Tavares Vera Lucia Luiza Maria Auxiliadora Oliveira Karen Sarmento Costa Sotero Serrate Mengue Paulo Sergio Dourado Arrais Luiz Roberto Ramos Mareni Rocha Farias Tatiane da Silva Dal Pizzol Andréa Dâmaso Bertoldi</p>	<p>Analisar o acesso gratuito ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas na população brasileira, segundo fatores socioeconômicos e demográficos. Analisaram-se também os grupos farmacológicos mais utilizados, segundo fonte de financiamento: gratuito ou pago do próprio bolso.</p>	<p>Cerca de metade dos adultos e idosos que tiveram acesso total ao tratamento de doenças crônicas no Brasil obtiveram todos os medicamentos que necessitavam gratuitamente (47,5%; IC95% 45,1–50,0). As prevalências de acesso gratuito foram maiores entre os homens (51,4%; IC95% 48,1–54,8), na faixa etária de 40-59 anos (51,1%; IC95% 48,1–54,2) e nas classes sociais mais pobres (53,9%; IC95% 50,2–57,7). Grande parte dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, como os diuréticos (C03) (78,0%; IC95% 75,2–80,5), betabloqueadores (C07) (62,7%; IC95% 59,4–65,8) e os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (C09) (73,4%;</p>	<p>O acesso gratuito aos medicamentos para tratamento das doenças crônicas ocorre para uma considerável parcela da população brasileira, principalmente para os mais pobres, indicando diminuição das desigualdades socioeconômicas, mas com diferenças regionais e entre algumas classes de medicamentos.</p>

				IC95% 70,8–75,8) foram obtidos de forma gratuita. Os medicamentos que atuam no sistema respiratório como os agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas (R03) (60,0%; IC95% 52,7–66,9) foram na sua maioria pagos do próprio bolso.	
Governança regional estratégias e disputas para gestão em saúde	2014	Adriano Maia dos Santos Ligia Giovanella	Analisar o sistema de governança regional em saúde quanto a estratégias e disputas de gestão.	A rotatividade de secretários de saúde, baixa autonomia nas decisões executivas, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas partidárias na tomada de decisão são fatores que obstruem a comissão intergestores regional às demandas sociais. Recursos financeiros insuficientes não viabilizam o cumprimento da programação pactuada integrada nem o aumento da oferta pública na rede e impunham ao gestor a compra de serviços no mercado privado por valores acima da Tabela do Sistema Único de Saúde.	A rede regionalizada de saúde apresenta padrão de governança conflitante e com institucionalidade intermediária. A comissão intergestores regional necessita incorporar, à rotina de gestão, dispositivos mais democráticos que logrem articulação com instituições de ensino, permeáveis às demandas sociais, para definição das políticas regionais.
Impacto econômico das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo	2019	Adriane Lopes Medeiros Simone Daniela Oliveira de Melo	Compreender a participação das despesas com medicamentos judicializados nas despesas totais liquidadas com medicamentos (DTLM) no Estado de São Paulo (SP).	No período estudado, as DTLM em SP superaram 11 bilhões de reais, apresentando tendência decrescente em valores globais e na participação percentual em relação à despesa total com saúde (de 11,32% em 2010 para 8,95% em 2018). De 2016 a 2018, 17% das DTLM foram destinadas às ações judiciais (R\$ 679.935.967,31), sendo a tendência crescente. A	As demandas judiciais por medicamentos não têm levado ao aumento da destinação de recursos para sua aquisição, mas à concorrência por recursos originalmente destinados à política de assistência farmacêutica, com redução da participação percentual dos medicamentos das listas oficiais

				representatividade dos medicamentos judicializados na DTLM alerta para questões de custo, mas também para a segurança do paciente e sustentabilidade das políticas públicas de saúde, pois o rol também contempla medicamentos novos, para os quais a superioridade em efetividade e segurança ainda não foram comprovadas comparando-se às alternativas disponíveis, e/ou com uso offlabel.	do Sistema Único de Saúde (SUS) a cada ano.
Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal	2014	Teresa Robichez de Carvalho Machado	Análise da audiência pública sobre judicialização da saúde, convocada em 2009 pelo Supremo Tribunal Federal, que objetivou possibilitar o debate dos diversos setores envolvidos na busca por soluções judiciais à luz do referencial teórico de Nancy Fraser.	A ausência de falas sobre necessidades e a concentração da discussão em três focos: dispensação de medicamentos, alocação de recursos e função e interligação entre os três poderes. Para Fraser, o discurso político sobre necessidades abrange três momentos: (i) estabelecimento ou negação do status político de uma necessidade; (ii) interpretação da necessidade e poder de defini-la; e (iii) satisfação da necessidade.	Percebe-se a importância de que o debate sobre necessidades na área de saúde, incluindo o aspecto da judicialização, não se restrinja aos aspectos jurídicos, administrativos ou terapêuticos elencados por Fraser, mas busque avançar na definição e na satisfação das necessidades identificadas pelos diversos setores sociais.

Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil	2010	Fabiola Sulpino Vieira	Descreve-se e discute-se a organização da assistência farmacêutica no SUS, analisando-se os avanços e desafios que se apresentam para que o direito à assistência terapêutica integral e farmacêutica seja garantido à população brasileira.	O SUS avançou consideravelmente nos últimos anos na organização de programas com a finalidade de garantir o acesso da população a medicamentos. Entretanto, tal modelo engendra uma série de dificuldades para a população e órgãos de controle da administração pública quanto à informação de quais medicamentos podem ser encontrados e em quais condições são prescritos e dispensados nos serviços de saúde do SUS. Soma-se a essa dificuldade o fato de que a Rename tem caráter norteador ao invés de obrigatório quanto à disponibilidade dos medicamentos.	Necessidade de reestruturação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS. Seria importante dispor de uma lista única de medicamentos financiados, contendo indicação da esfera administrativa responsável pela oferta, além de discussão e redefinição da participação de cada uma delas no gasto total do SUS com medicamentos.
Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade	2018	Jorge Antonio Zepeda Bermudez Angela Esher Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos Gabriela Costa Chaves Maria Auxiliadora Oliveira Rondineli Mendes da Silva Vera Lucia Luiza	Analisam a Assistência Farmacêutica (AF) e o acesso a medicamentos no Brasil na perspectiva do princípio da integralidade nos 30 anos do SUS. A partir da sua inclusão no movimento de reforma sanitária, foram selecionados temas relevantes, incluindo a reorientação da AF, a questão de recursos humanos, o conceito de medicamentos essenciais, o uso apropriado de medicamentos, o desenvolvimento tecnológico e a produção industrial e a regulação ética.	Com fortes componentes regulatórios e tendo a política nacional de medicamentos como eixo estruturante, as três décadas do SUS são confrontadas entre avanços e retrocessos, considerando a complexidade nacional, as mudanças políticas, econômicas e sociais que impactaram políticas públicas e o acesso a medicamentos, tema que hoje mostra sua importância mesmo nas economias mais ricas do mundo, a partir de foros de discussão relacionados com Saúde Global.	O país é grande, desigual e complexo, e atravessou várias mudanças políticas, econômicas e sociais ao longo desse tempo. O tema dos medicamentos e AF é bastante amplo e central, com várias imbricações intersetoriais.

<p>Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde</p>	<p>2017</p>	<p>Karen Sarmento Costa Noêmia Urruth Leão Tavares José Miguel do Nascimento Júnior Sotero Serrate Mengue Juliana Álvares Augusto Afonso Guerra Junior Francisco de Assis Acurcio Orlando Mario Soeiro</p>	<p>Dialogar com resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), componente de Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Primária, ampliando o debate sobre os avanços e os desafios para a Assistência Farmacêutica (AF) na atenção primária no Brasil.</p>	<p>Os resultados da PNAUM apontam para avanços da AF que refletem o esforço do conjunto de atores envolvidos na implantação dessa política nos municípios brasileiros. Levantam ainda, desafios que precisam ser analisados, discutidos e enfrentados pela sociedade com base neste diagnóstico nacional. Na grande parte dos municípios, apesar da existência da lista de medicamentos atualizada, foi incipiente a presença de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída.</p>	<p>Na percepção dos responsáveis pela AF municipal, a lista não atende integralmente as necessidades de saúde da população assistida. Espera-se que os atores envolvidos nas políticas e gestão vejam a PNAUM – Serviços como uma ferramenta estratégica de avaliação e monitoramento das políticas farmacêuticas no país, a qual também permite à sociedade o acompanhamento da implantação dessas políticas no Brasil.</p>
<p>Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo</p>	<p>2010</p>	<p>Luciane Cruz Lopes Silvio Barberato-Filho Augusto Chad Costa Claudia Garcia Serpa Osoriode-Castro</p>	<p>Avaliar a racionalidade das ações judiciais e pedidos administrativos recebidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo segundo evidências científicas de eficácia e segurança.</p>	<p>Os medicamentos bevacizumabe, capecitabina, cetuximabe, erlotinibe, rituximabe, imatinibe e temozolomida geraram gastos superiores a R\$ 40 milhões para atender 1.220 solicitações, com custo médio de R\$ 33,5 mil por paciente. Os estudos selecionados não recomendam parte das indicações dos medicamentos prescritos. Cerca de 17% dos pedidos não tinham evidência para a indicação mencionada no pleito, o que equivale a um gasto inadequado de, no mínimo, R\$ 6,8 milhões.</p>	<p>Os resultados reforçam a necessidade de qualificação técnica para tratar as demandas judiciais e exige capacitação dos profissionais no manejo da literatura científica, na seleção adequada dos fármacos e na escolha da melhor conduta terapêutica para cada condição clínica. Dessa forma será possível garantir o acesso a tecnologias eficazes e seguras, e assim aprimorar o modelo de assistência farmacêutica em oncologia.</p>
<p>Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à</p>	<p>2009</p>	<p>Saint Clair Santos Gomes Junior</p>	<p>Desenvolver um modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à</p>	<p>O modelo estimou a necessidade de cirurgia para 52,5% dos casos de câncer, radioterapia para 42,7% e</p>	<p>A utilização de modelos dessa natureza propicia uma melhor distribuição dos recursos em</p>

assistência oncológica no sistema público de saúde		Rosimary Terezinha Almeida	assistência oncológica no sistema público de saúde do Estado de São Paulo, Brasil, tendo por base dados de domínio público.	quimioterapia para 48,5%. Os modelos de mistura identificaram dois subgrupos de casos com tempo médio de utilização diferenciado para radioterapia e quatro subgrupos para quimioterapia. Com esses parâmetros, a infraestrutura estimada foi de: 147 salas de cirurgia, 2 653 leitos cirúrgicos, 297 poltronas de quimioterapia e 102 equipamentos de terapia por radiação. Essas estimativas indicam a necessidade de aumentar os serviços de quimioterapia em 1,2 e os serviços de radioterapia em 2,4 vezes em relação aos parâmetros de programação utilizados atualmente no sistema público de saúde.	saúde, uma vez que toma como base a necessidade assistencial regional.
Fundo Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde: mecanismo facilitador para melhorar o acesso aos medicamentos	2010	Myrza M. L. de L. Horst Orenzio Soler	Descrever o funcionamento do Fundo Estratégico para medicamentos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).	O levantamento revelou um fundo bem estruturado que movimentou recursos crescentes, de US\$ 3 475 043,00 em 2004 a US\$ 19 646 634,00 em 2007 (de janeiro a setembro). Houve um crescimento na participação dos antirretrovirais nesse dispêndio, de pouco menos de 8% do total em 2004 a 57,89% em 2007. Ainda em 2007, 66,63% da movimentação financeira do Fundo Estratégico foram destinados à compra de antirretrovirais para nove países (Brasil, Guatemala, El Salvador, Equador, Honduras, Haiti, Belize, Nicarágua e Bolívia) de um total de 17 países participantes. O país que mais	A proposta de unificar as compras de medicamentos de todos os países participantes para melhor negociação de preços e administração das compras permitirá economias de escala. O Fundo Estratégico pode contribuir para ampliar o acesso aos medicamentos e melhorar a gestão do sistema público de saúde da América Latina.

				movimentou recursos financeiros por meio do Fundo Estratégico foi o Brasil, com 63% dos gastos para compra de insumos estratégicos no período de janeiro a setembro de 2007.	
--	--	--	--	--	--

3. Resultados

Foram selecionados para a análise 20 artigos publicados entre 2000 e 2019, com um número significativo de publicações sobre a assistência farmacêutica, mas poucos abordam como é feita a alocação de recursos para o tratamento medicamentoso oncológico no SUS.

Portanto foi necessária a complementação da busca através de ofícios emitidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, como também da legislação vigente sobre o tema em estudo.

No Brasil, segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a assistência farmacêutica deve estar organizada para atender às necessidades do tratamento oncológico, de acordo com o plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer, e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS ⁵.

A Rede de Atenção Oncológica está formada por estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência especializada ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos ⁹.

O fornecimento de medicamentos antineoplásicos não ocorre por meio de programas de dispensação de medicamentos do SUS, integram a assistência oncológica e se dá por meio da notificação dos medicamentos como procedimentos quimioterápicos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Dentro dele, há a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, que é o documento pelo qual os gestores e profissionais de saúde solicitam o ressarcimento. Os recursos são repassados pelo Ministério da Saúde à respectiva Secretaria de Saúde gestora, que efetua o ressarcimento aos estabelecimentos de saúde credenciados no SUS e habilitados em oncologia ⁷.

Cabe exclusivamente ao médico assistente do estabelecimento de saúde credenciado a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme protocolo de tratamento fundamentado em evidências científicas e adotadas na instituição onde este médico atua. A aquisição e o fornecimento dos medicamentos são de responsabilidade do prestador de serviço contratualizado. Os procedimentos que constam na tabela do SUS

não contemplam medicamentos oncológicos, mas a indicações terapêuticas de tipos e situações tumorais especificadas em cada procedimento descritos e independentes de esquema terapêutico utilizado, cabendo informar ainda que a responsabilidade pela padronização dos medicamentos é dos estabelecimentos habilitados em oncologia e a prescrição, prerrogativa do médico assistente do doente, conforme conduta adotada naquela instituição. Os medicamentos devem ser fornecidos pelos estabelecimentos de saúde credenciados e são posteriormente ressarcidos conforme o código do procedimento informado na APAC ⁹.

O ressarcimento do tratamento refere-se a um valor médio mensal, segundo o esquema terapêutico utilizado. Na quimioterapia, apesar de o tratamento ser feito de forma contínua ou por ciclos, a tabela de procedimentos do SUS refere-se a um valor médio mensal de um esquema terapêutico, e não ao valor diário ou de um ciclo. O SUS ressarce por competências e não por ciclos; assim, o valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado, e ressarcido, uma única vez por mês. Somente após a realização do procedimento, deverá ser preenchida a APAC para que ocorra o ressarcimento ¹⁰.

Assim, exceto por aqueles antineoplásicos, comprados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos aos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, os hospitais são responsáveis pela aquisição e fornecimento dos medicamentos por eles mesmos padronizados, cabendo-lhes codificar e cobrar conforme as normas expressas nas portarias e manuais ¹⁰.

Por fim, o financiamento do acesso a medicamentos utilizados para tratamento antineoplásico é feito segundo a lógica de procedimentos, de forma que os repasses feitos pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS são para pagamento aos prestadores ¹¹.

4. Discussão

É importante esclarecer, que a assistência oncológica no SUS não se constitui em assistência farmacêutica e não se inclui no bloco da Assistência Farmacêutica, mas no bloco da Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade e é ressarcida por meio de procedimentos específicos (cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos e iodoterápicos) ⁹.

O conhecimento sobre o arcabouço legal do tratamento medicamentoso oncológico é necessário para discutirmos como é realizada a alocação de seus recursos no SUS.

Em 1996, considerando a necessidade de aprimorar o controle e avaliação dos procedimentos de Alta Complexidade e de individualizar o registro das informações para o acompanhamento dos usuários submetidos a exames e/ou tratamentos que envolvam procedimentos de Alta Complexidade e cobrança de serviços prestados, o Ministério da Saúde criou sistema próprio de controle e remuneração dos procedimentos de alta complexidade no SUS (Portaria MS 2.043/96), que se operacionaliza, até os dias atuais, por meio da denominada APAC, um formulário mediante o qual a União autoriza o ressarcimento federal de CACON e UNACON dos custos diretos do tratamento especificamente ofertado. A Rede de Atenção Oncológica no SUS inclui hospitais habilitados como UNACON e CACON e devem oferecer assistência especializada integrada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente. Entre tais procedimentos, encontraremos todos aqueles relacionados à assistência farmacêutica oncológica prestada nos estabelecimentos de saúde habilitados na forma da Portaria MS 140/14 (conforme art. 9º, § 13, da Portaria MS/SAS 346/08) ¹².

Desde a Norma Operacional Básica de 1996, o financiamento da assistência oncológica passou a ser operacionalizado, no campo das ações de alta complexidade com base no denominado Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC), que são limites financeiros acordados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), divididos em blocos de financiamento (Portaria de Consolidação MS 6/17, art. 8º, inciso I) ¹².

Para responder aos desafios da estruturação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, o Ministério da Saúde publicou em 2/9/98 a Portaria nº 3.535 (república em 12/10/98), pioneira ao estabelecer requisitos de garantia ao atendimento integral do doente com câncer e parâmetros para o planejamento da assistência oncológica. Esta portaria foi complementada por outra (nº 3.536/98), que determinou a adoção do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia: os novos procedimentos passaram a se basear na neoplasia, e não mais nos medicamentos, com autorização prévia regulamentada e alimentando um sistema de informações ¹³.

Em 2005, avançando na busca de respostas aos desafios da área oncológica, o Ministério da Saúde publicou as portarias nº 2.439, de 19 de dezembro de 2005, a primeira a instituir uma Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser criada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e a de nº 741, de 19 de dezembro de 2005, pela qual a Secretaria de Atenção à Saúde substituiu a 3.535/98

e estabelece novas classificação e exigências para hospitais que tratam câncer, além de estabelecer parâmetros para o planejamento da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e definir processos relacionados à informação em câncer e ao acesso a exames de média complexidade ¹³.

O paciente é, portanto, inicialmente atendido na rede básica de saúde ou hospitalar geral e, após o diagnóstico de câncer, encaminhado para o Centro de Oncologia mais próximo de sua residência, que atenda ao tipo específico de neoplasia. Com isso, todo o tratamento será fornecido pelo UNACON ou CACON ao qual o paciente estiver em tratamento ⁹.

Para o tratamento do câncer é necessária a assistência oncológica (e não simplesmente a assistência farmacêutica), assistências estas que se incluem em diferentes pactuações e rubricas orçamentárias ¹³.

Os dispêndios realizados pelo Governo Federal com os tratamentos oncológicos são suportados pela ação orçamentária 8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. A referida ação também se destina ao custeio de toda a assistência hospitalar e ambulatorial pública. A maior parte dos valores alocados para as despesas com a assistência oncológica integram o Teto da Média e Alta Complexidade (MAC). A distribuição dos tetos financeiros MAC para cada unidade da Federação considera a série histórica da produção ambulatorial e hospitalar, entre outros fatores como a população residente e a capacidade instalada ¹⁴.

O processo de financiamento das ações e dos serviços relacionados à Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS através da alocação dos recursos federais relacionados à oncologia e transferidos a Estados e Municípios, que oneram a ação orçamentária nº 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade é de responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) ¹⁴.

Convém destacar que a sistemática de financiamento das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, sobretudo no que diz respeito à Média e Alta Complexidade, não permite aferir de forma objetiva o montante de recursos federais destinados à oncologia, uma vez que suporta também gastos com todos os demais exames e tratamentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. O valor total despendido na referida ação para o pagamento apenas de despesas com tratamentos de câncer (cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia e iodoterapia) atingiu, em 2010, o montante de R\$ 1.921.378.041 ¹⁴. Uma estimativa baseada nos registros contidos nos sistemas SIA e

SIH indica que os procedimentos de quimioterapia, de radioterapia e de cirurgias oncológicas realizados no SUS superaram a marca de R\$ 2,9 bilhões em 2017, o que corresponde a cerca de 7% da dotação orçamentária disponível para a União para ações de Média e Alta Complexidade no mesmo ano. Em regra, esses recursos financeiros são transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados e Municípios, cabendo a esses entes ofertar as ações e serviços à população ¹⁵.

A Lei Complementar nº 141/2012 (art. 17) indica que os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde serão rateados a Estados e Municípios com base em três tipos de critérios. São eles: (1) necessidades de saúde da população; (2) dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial; (3) capacidade de oferta de ações de serviços de saúde ¹⁵.

Além do dispositivo supracitado, o art. 35 da Lei nº 8.080/1990 também trata dos critérios de rateio dos recursos federais no SUS. Nesse caso, há a indicação de que a definição dos valores a serem transferidos depende de análise técnica dos programas e projetos específicos. Isso significa que pode haver a adoção de metodologias de cálculo específicas para cada política de saúde instituída (programas e projetos) ¹⁵.

Nesse contexto, observa-se que há diversos critérios de rateio de recursos do SUS adotados pela União, que vão desde critérios objetivos, como é o caso dos valores per capita utilizado no Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), até critérios mais subjetivos, tais como os aumentos dos valores transferidos decorrentes de decisões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) ¹⁵.

Desde a promulgação das Leis 12.401/11 e 12.466/11, a competência decisória da CIT no campo das responsabilidades financeiras dos gestores, foi expressamente reconhecida em nível legal. Os Art. 30 a 32 do Decreto 7.508/11 reiteram essas disposições. Na forma da lei, o órgão poderá não apenas avaliar a suficiência do repasse federal presentemente realizado em razão do procedimento da tabela do SUS em que estará inserido, isto é, o valor da APAC-ONCO correspondente, como também poderá entabular novas responsabilidades entre os entes federativos caso julgue necessário ¹².

Dessa forma, as análises acerca dos valores transferidos pela União no âmbito do SUS devem considerar as especificidades de cada política. No caso da oncologia, os recursos são transferidos por meio do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC), que consiste em montantes transferidos regularmente para o custeio de ações de assistência à saúde que não são classificadas como atenção básica. Esses montantes são calculados com base principalmente na capacidade de oferta de ações e de

serviços de saúde dos entes e consistem no somatório de diversas especialidades, tais como oncologia, oftalmologia, neurologia e entre outros ¹⁵.

Não é possível identificar, dentro do montante do Teto MAC, o quanto exatamente se refere à oncologia, sobretudo porque foram adotadas diferentes metodologias ao longo dos anos. Entretanto, é possível identificar aumentos recentes nos Tetos decorrentes principalmente de expansões da oferta de tratamentos em oncologia. A lógica adotada é de que o Estado ou Município terá aumentos no seu Teto MAC à medida que comprova aumentos na capacidade de ofertar tratamentos oncológicos, seja pela habilitação de novos hospitais, instalação de equipamentos ou até pela realização de procedimentos em quantitativo acima do parâmetro esperado ¹⁵.

Via de regra, os aumentos do Teto MAC são precedidos de solicitações dos gestores dos estados ou municípios. Caso o Ministério da Saúde chancele o pleito de aumento do Teto MAC decorrente do aumento da capacidade de oferta de tratamentos oncológicos, é publicada uma portaria pelo Ministro da Saúde indicando o valor a ser acrescido, o ente beneficiado e o motivo para o acréscimo. A partir disso o Ministério da Saúde passa a transferir recursos de forma regular e automática a Estados e Municípios acrescidos de tal valor ¹⁵.

No caso da oncologia, o único critério de rateio dos recursos federais objetivamente instituído é aquele descrito no art. 37 da Portaria SAS nº 140/2014, que estabelece que a União transferirá aos estados e municípios gestores os valores correspondentes ao parâmetro de produção esperado para os hospitais habilitados em oncologia. Dessa forma, a habilitação de um novo hospital para o atendimento oncológico implica na transferência de recursos federais entre R\$ 6 milhões (para hospitais sem radioterapia) e R\$ 8 milhões anuais (para hospitais com radioterapia) ¹⁵.

5. Conclusão

A Lei Complementar nº 141/2012 e a Lei nº 8.080/1990 dispõem sobre como os recursos do SUS devem ser rateados. Entretanto, tais dispositivos tratam do assunto de forma abstrata, o que inviabiliza a adoção, na prática, dos critérios de rateio ali descritos. Isso confere uma discricionariedade aos gestores públicos federais na definição de como os recursos do SUS são rateados entre os entes federativos.

A inexistência de critérios de rateio objetivamente definidos potencializa o risco de alocação ineficiente dos recursos e de ingerências indevidas nesse processo, expondo o financiamento da assistência oncológica no SUS ao risco de ser utilizado como

barganha entre os atores envolvidos, em detrimento dos critérios estritamente técnicos e relacionados à necessidade assistencial da população.

Diante do cenário de exposto, conclui-se que a principal alternativa aos gestores públicos é otimizar a alocação dos recursos já disponíveis, o que passa, necessariamente, pela instituição dos critérios de rateio dos recursos e pela revisão dos montantes repassados atualmente. A sustentabilidade da Política Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer no SUS deve ser garantida através de dotação suficiente para atender às notórias necessidades de expansão da demanda de procedimentos oncológicos nos próximos anos.

Referências

1. Bray F. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2019. [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2005. [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Anexo IX da Portaria de consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2017. [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

6. Ministério da Saúde (BR). Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 262 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/28/Livro-1---Da-excepcionalidade---s-linhas-de-cuidado---o-Componente-Especializado-da-Assist--ncia-Farmac--utica.pdf>.
7. Medicamentos Oncológicos no Sus [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [acesso em 20 jul 2020]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/assistencia-farmaceutica-basica/10924-medicamentos-oncologicos-no-sus>.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-764.
9. Ministério da Saúde (BR), Sistema Eletrônico de Informações. Nota Técnica nº 960/2018-NJUD/SE/GAB/SE/MS. Brasília (DF); 2018.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília (DF); 2019.
11. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(2):149–56.
12. Ministério Público Federal (BR), Procuradoria da República no Rio Grande Do Sul. Ação Civil Pública. Porto Alegre (RS); 2019.
13. Gadelha MIP. A Assistência Oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2018; 64(2): 237-245
14. Tribunal de Contas da União (BR). Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Política Nacional de Atenção Oncológica - Relatório de auditoria operacional. Brasília (DF); 2011.
15. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (BR). Secretaria Federal de Controle Interno. Relatório de Avaliação - Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF); 2017.