



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Mario Jorge Sobreira da Silva

Atenção oncológica e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Rio de Janeiro

2018

Mario Jorge Sobreira da Silva

Atenção oncológica e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586a Silva, Mario Jorge Sobreira da.
Atenção oncológica e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde / Mario Jorge Sobreira da Silva. -- 2018.
293 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Assistência à Saúde.
3. Institutos de Câncer. 4. Integralidade em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Políticas Públicas de Saúde. 7. Neoplasias.
I. Título.

Mario Jorge Sobreira da Silva

Atenção oncológica e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 05 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Luciane Cruz Lopes
Universidade de Sorocaba – Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

Prof.^o Dr.^o Luis Felipe Ribeiro Pinto
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Coordenação de Pesquisa

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Edais Pepe
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2018

À minha esposa Paula e aos meus filhos Maria Clara, João Pedro e Joaquim, por me preencherem de amor e felicidade, pelo apoio incondicional e por serem a minha maior inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Claudia Osorio, minha orientadora, por tudo que me ensinou durante esta trajetória, por seu exemplo, generosidade, carinho, respeito, paciência e confiança. Minha eterna gratidão!

À minha esposa e meus filhos, que foram solidários e por terem compreendido e respeitado as minhas ausências. Por participarem de cada etapa da construção deste trabalho. Pela escuta, leituras, sugestões e incentivos. Amo muito vocês!

Aos meus pais, Mario e Diva, por terem me ensinado a importância de ser resiliente e por acreditarem na minha capacidade. Às minhas irmãs e sobrinhos por estarem sempre ao meu lado. Muito obrigado!

Aos docentes e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, por compartilharem o conhecimento de forma tão simples e, ao mesmo tempo, tão profunda, e por me ensinarem que a verdadeira ciência deve ser socialmente construída.

Às professoras Gisele O'dwyer e Enirtes Caetano, pelas parcerias construídas ao longo do processo, que foram vitais para o desenvolvimento deste trabalho. Às professoras Marilene Castilho e Margareth Portela, pelas diversas contribuições para a pesquisa e pelo carinho que sempre me acolheram. Às editoras da Revista Cadernos de Saúde Pública, Marília, Cláudia e Luciana, por terem me apresentado de forma tão fascinante os bastidores da publicação científica. Meu respeito e admiração!

Ao Programa de Excelência Acadêmica (PROEX/CAPES) pelo apoio financeiro para a realização do trabalho de campo.

Aos meus colegas da turma de doutorado 2014 em Saúde Pública, em especial Renata, Mirna, Ângela, Raquel, Dolores e Isabel, pela ajuda mútua e amizade construída, e pelas longas conversas sobre as teorias e os métodos.

Aos profissionais que contribuíram com suas entrevistas, por toda disponibilidade e gentileza que me receberam.

Aos meus colegas de trabalho, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, representados por Rosilene, Fernando, Nélia, Juliana e Marisa, e especialmente aos meus chefes, por todo o incentivo e ajuda para que eu pudesse concluir a pesquisa.

Aos meus amigos, representados por Elaine e Maely, que estiveram ao meu lado e me incentivaram a empreender este projeto. Sou muito grato pela nossa parceria, por me esclarecerem dúvidas e pelas palavras de coragem.

À Deus pelo dom da vida e por mais essa conquista.

*Um especialista em resolver problemas deve ser dotado de duas
qualidades incompatíveis – uma imaginação inquieta e uma
paciente obstinação*

EVES apud SINGH, 2008, p.213.

RESUMO

A assistência farmacêutica é considerada um elemento estruturante da rede de atenção oncológica. A compreensão sobre sua organização é essencial, pois, favorece a identificação de oportunidades para melhoria das ações implementadas em sistemas integrados de atenção à saúde. Este estudo objetiva analisar a organização da assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando identificar seus limites e possibilidades. Para tanto, foram combinados métodos com o intuito de fornecer uma visão ampliada sobre o objeto investigado, tendo como condição marcadora o câncer de mama. O estudo foi realizado em cinco etapas: 1) análise documental da política de atenção oncológica; 2) análise da estrutura assistencial e do perfil de atendimento em oncologia; 3) análise do fluxo de atendimento ambulatorial de quimioterapia; 4) caracterização dos municípios que dispõem de serviços de quimioterapia; 5) estudo de casos múltiplos em municípios selecionados, envolvendo entrevista com gestores da rede de atenção oncológica e da assistência farmacêutica municipal, e com profissionais das equipes multiprofissionais de terapia antineoplásica de serviços de quimioterapia. A pesquisa se utilizou da teoria da estruturação de Giddens, devido ao seu potencial explicativo e analítico, e do delineamento ecológico, para gerar hipóteses e favorecer a seleção dos municípios investigados, ampliando a capacidade de interpretação dos resultados. Os principais limites verificados foram: insuficiência da rede assistencial e ausência de indução financeira para sua expansão; dificuldades de acessibilidade geográfica para realização de quimioterapia; disparidade na oferta de serviços em oncologia; baixa integração dos diversos níveis de atenção, em prol da prevenção e controle do câncer; subfinanciamento da atenção oncológica; dificuldades em garantir acesso e a continuidade do tratamento; e ausência de mensuração dos desfechos clínicos. As possibilidades identificadas envolvem: a sistematização de uma política de assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde; o aperfeiçoamento do modelo de gestão e organização da rede de atenção oncológica, e da própria assistência farmacêutica; e o subsídio a ações para melhorar o desempenho da assistência farmacêutica e a qualidade do cuidado em oncologia. A análise permitiu traçar um panorama sistêmico da organização da assistência farmacêutica em oncologia no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Assistência à Saúde; Institutos de Câncer; Integralidade em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Pharmaceutical services are acknowledged as an essential structural element for the cancer care network and understanding how this network is organized helps to identify opportunities for improvement of health care in comprehensive systems. This study aims to analyze the organization of pharmaceutical services in cancer care network of the Brazilian National Health System, to identify limits and possibilities for action, using breast cancer as a marker condition. Different methods were combined to offer a broad view of the issue. Research was undertaken in five steps: 1) analysis of Brazilian oncology care policy documentation; 2) analysis of the structure and profile of oncology care in Brazil; 3) analysis of outpatient chemotherapy origin-destination flows; 4) characterization of municipalities that harbor chemotherapy facilities; 5) multiple case study in selected municipalities, involving in-depth interviews with municipal cancer care network and pharmaceutical services managers, professionals involved in chemotherapy care teams in chemotherapy facilities. The study adopted Giddens' structuration theory because of its analytical and explanatory potential as well as ecological study methods to generate hypotheses and selection of municipalities, and to amplify analysis and interpretation of results. Main limits were insufficiency of care network and lack of financial backing for network expansion, barriers in geographical accessibility for chemotherapy, disparities in offer of chemotherapy services, inadequate integration among different levels of cancer prevention and care, underfinancing of oncology care, hindrances for continuity of care and access to treatment, absence of measurable clinical outcomes. Possibilities for action involve implementation of a pharmaceutical services cancer policy in Brazilian National Health System, refinement of organization and management of cancer care network and of pharmaceutical services, and support for implementation of actions to better pharmaceutical services performance and overall quality of cancer care. The analyses offered a systemic outlook of the organization of pharmaceutical services for cancer in Brazilian National Health System.

Keywords: Pharmaceutical Services; Delivery of Health Care; Cancer Care Facilities; Integrality in Health; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Pirâmides etárias da população brasileira, anos 1980 e 2050.....	19
Quadro 1 –	Principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade da população brasileira, segundo sexo, no ano de 2008.....	20
Figura 2 –	A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	38
Figura 3 –	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto para o SUS.....	44
Figura 4 –	Redes temáticas prioritárias de atenção à saúde no âmbito do SUS....	46
Figura 5 –	Distribuição proporcional dos cânceres mais incidentes estimados para a população brasileira no ano de 2016, segundo sexo, excetuando os casos de pele do tipo não melanoma.....	47
Figura 6 –	Atuação interdisciplinar, em diversos níveis de atenção à saúde para promoção do cuidado integral ao paciente oncológico.....	55
Figura 7 –	Estrutura operacional da Rede de Atenção Oncológica.....	56
Figura 8 –	Estruturação da Assistência Farmacêutica em Oncologia	58
Figura 9 –	Atividades de Assistência Farmacêutica em Oncologia no contexto da microgestão.....	64
Figura 10 –	Fluxo das etapas de realização da pesquisa.....	71
Quadro 2 –	Diagnóstico de câncer de mama segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10.....	77
Figura 11 –	Tipologia dos fluxos.....	79
Quadro 3 –	Principais características dos municípios e das unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia incluídas no estudo de casos.....	162
Quadro 4 –	Perfil dos gestores da rede, de municípios selecionados, participantes da entrevista.....	165
Quadro 5 –	Perfil dos gestores da assistência farmacêutica, de municípios selecionados, participantes da entrevista.....	166
Quadro 6 –	Perfil dos médicos, de serviços habilitados para realização de quimioterapia selecionados, participantes da entrevista.....	203
Quadro 7 –	Perfil dos farmacêuticos, de serviços habilitados para realização de quimioterapia, participantes da entrevista.....	204
Quadro 8 –	Perfil dos enfermeiros, de serviços habilitados para realização de quimioterapia, participantes da entrevista.....	206
Quadro 9 –	Aspectos estruturais da assistência farmacêutica em instituições habilitadas para realização de quimioterapia.....	226

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência relativa das cinco principais causas de mortalidade da população brasileira, nos anos de 1996 e 2015.....	20
Tabela 2 – Categorias da análise temática das entrevistas realizadas com os gestores da rede e da assistência farmacêutica de municípios selecionados.....	86
Tabela 3 – Categorias da análise temática das entrevistas realizadas com profissionais dos serviços habilitados em alta complexidade em oncologia de municípios selecionados.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
APAC-Onco	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNCC	Campanha Nacional Contra o Câncer
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Consinca	Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDT	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
EC	Emenda Constitucional
EM	Erros de Medicação
EMTA	Equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica
ENF	Enfermeiros
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPI	Equipamentos de Proteção Individual

FARM	Farmacêuticos
GAF	Gestor da Assistência Farmacêutica
GR	Gestor da Rede
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MAC	Modelo de Atenção Crônica
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MED	Médicos
MS	Ministério da Saúde
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PCC	Programa de Controle do Câncer
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCDT-Onco	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor Regional
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNCC	Programa Nacional de Controle do Câncer
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
POP	Procedimento Operacional Padronizado
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Pro-Onco	Programa de Oncologia
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RS	Regiões de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	TRANSIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA ATENÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL.....	18
3.2	REGIONALIZAÇÃO COMO BASE DE DESENVOLVIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS.....	25
3.3	REDES DE ATENÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS E MODELOS.....	35
3.4	AS REDES DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL.....	47
3.5	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ONCOLOGIA: UM DEBATE NECESSÁRIO.....	57
4	OBJETIVOS	65
4.1	OBJETIVO GERAL.....	65
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	65
5	METODOLOGIA	66
5.1	SOBRE O REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	66
5.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	70
5.3	ETAPAS DO ESTUDO.....	72
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	87
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
6.1	PRIMEIRO ARTIGO: POLÍTICA DE ATENÇÃO AO CÂNCER NO BRASIL APÓS A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	90
6.2	SEGUNDO ARTIGO: ASSISTÊNCIA AO CÂNCER NO BRASIL: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA TEORIA DE ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS.....	115
6.3	TERCEIRO ARTIGO: ORIGIN-DESTINATION FLOWS IN CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER IN BRAZIL: IMPLICATIONS FOR PHARMACEUTICAL SERVICES.....	134
6.4	ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ONCOLOGIA.....	159
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS: “ESTRUTURANDO O PENSAMENTO”	244
	REFERÊNCIAS	250

APÊNDICES.....	277
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA.....	278
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	280
APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DAS UNIDADES HABILITADAS PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA.....	283
APÊNDICE D: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA PARA UNIDADES HABILITADAS PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA.....	285
ANEXOS.....	286
ANEXO 1: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	287
ANEXO 2: MODELO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO.....	293

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo vem sendo observado um conjunto de transformações sociais que tem proporcionado um significativo aumento da expectativa de vida ao nascer. Este fenômeno tem sido relacionado ao processo de globalização e disseminação da informação, que contribui fortemente para a identificação e adoção de estratégias que ampliam a longevidade, em países de variados níveis de desenvolvimento (GALOR, 2012). No entanto, o envelhecimento populacional tem aumentado a susceptibilidade dos indivíduos a uma série de problemas de saúde, até então pouco experimentados.

O câncer é uma das condições de saúde que mais tem gerado preocupação nos indivíduos, nas famílias, nas sociedades, nos profissionais de saúde e nos governantes, no mundo contemporâneo. Tal fato está relacionado à multicausalidade da doença, à escassez de recursos financeiros e à necessidade de emprego de ações intersetoriais para o seu controle. Soma-se a isto, o crescente aumento da incidência e da mortalidade pela doença que vem sendo observado. Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), em 2012 foram registrados cerca de 14.1 milhões de novos casos de câncer e ocorreram 8.2 milhões de mortes por neoplasias malignas em todo o mundo (TORRE et al., 2015). Desta forma, se faz essencial a adoção de estratégias globais e regionais para o controle da doença.

Um mecanismo fundamental para que se tenha segurança, efetividade e eficiência no controle do câncer é a sistematização das ações e serviços de saúde. Segundo Karanikolos et al. (2013), a performance dos sistemas de saúde tem influência nos resultados do câncer através dos seguintes mecanismos: cobertura, inovação e qualidade dos cuidados. Assim, a estruturação de redes regionalizadas de atenção sanitária centradas no cuidado integral vem sendo apontada como uma solução para o enfrentamento do câncer e das demais condições crônicas de saúde.

O modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é quase centenário, tendo sido concebido por Dawson em 1920 na Grã-Bretanha (OPAS, 1964). Esta concepção se disseminou pelo mundo, passando a ser adotado em sistemas nacionais de saúde de modelos bismarckiano e Beveridgeano. Países como Espanha, Canadá, Estados Unidos, Alemanha, França, além do próprio Reino Unido, tem adotado esse padrão de assistência à saúde e garantido o êxito nos seus resultados (MENDES, 2011). No entanto, na América Latina as experiências ainda são muito incipientes e inúmeros desafios têm sido apontados para a consolidação da proposta, tais como a persistente fragmentação da organização e da prestação do cuidado em saúde e o estrangulamento do financiamento público para as ações e serviços sanitários (ATUN et al., 2015). Estas fragilidades podem comprometer, dentre outras coisas, o acesso, a continuidade e

a equidade da população aos cuidados de saúde.

Na concepção das RAS, as ações e serviços de saúde devem ser integrados e operados de forma coordenada pela atenção primária (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Considerando as singularidades dos diversos temas da atenção à saúde, as redes podem ser organizadas segundo linhas temáticas de cuidados (SILVA, 2013). No entanto, alguns elementos constitutivos das redes devem estar sempre presentes, tais como: a atenção básica; a atenção especializada (nível secundário e terciário); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e, o sistema de governança (MENDES, 2011).

A Assistência Farmacêutica (AF) compõe o sistema de apoio das RAS. É entendida como um componente transversal e deve ser desenvolvida tanto na perspectiva da macropolítica quanto no contexto de macro e microgestão, de forma a prover oportunamente medicamentos seguros e de qualidade, e contribuir para a prevenção de doenças e para a promoção e recuperação da saúde (ASHP, 2008; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; LEWIS et al., 2014; COE; CHOE, 2017). No contexto da Rede de Atenção Oncológica (RAO), as principais metas globais relacionadas à AF envolvem: promover alta qualidade no cuidado; proteger os trabalhadores quanto aos riscos de exposição aos quimioterápicos; eliminar os erros de medicação com agentes anticâncer; desenvolver um planejamento ético para gerenciar os medicamentos; e, contribuir para a melhoria dos resultados do uso de antineoplásicos (GOLDSPIEL, 2012; HOLLE et al., 2017).

Estudos sobre a efetividade da AF em oncologia são escassos. Esta situação pode estar relacionada à multidimensionalidade e complexidade do problema. Em geral, as pesquisas limitam-se a investigar ações relativas a microgestão da AF. Em que pese, a importância do escopo destas investigações, se faz necessário a realização de trabalhos que busquem responder de forma sistêmica e ampliada os seguintes questionamentos: Como a AF tem se organizado no contexto das RAO? A AF tem influenciado a consolidação da RAO? Se sim, de qual maneira?

Neste sentido, este trabalho tem o intuito de analisar a organização da AF nas RAO no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando identificar seus limites e possibilidades, tendo o câncer de mama como condição marcadora.

2. JUSTIFICATIVA

Os seguintes argumentos justificam a realização do presente estudo:

- i) o câncer tem se configurado como um grande problema de saúde pública, sendo previsto para 2025 a ocorrência de 20 milhões de novos casos anualmente em todo o mundo e se tornará a principal causa de mortalidade da população mundial (FERLAY et al., 2015; TORRE et al., 2016; FITZMAURICE et al., 2017);
- ii) a existência de iniquidades no acesso a medicamentos para tratamento do câncer em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil (LOPES JR; SOUZA; BARRIOS, 2013; BAZARGANI et al., 2014; CUOMO; SEIDMAN; MACKEY, 2017);
- iii) o desempenho dos sistemas de saúde tem influenciado os resultados do tratamento do câncer (KARANIKOLOS et al., 2013; COLEMAN, 2014; ALLEMANI et al., 2015);
- iv) as dificuldades de financiamento do tratamento do câncer devido: ao aumento da incidência e dos sobreviventes do câncer, ao significativo número de inovações tecnológicas e ao constrangimento orçamentário dos sistemas de saúde (AGGARWAL; SULLIVAN, 2014; CHALKIDOU et al., 2014; CAVALLI; ATUN, 2015; CHERNY et al., 2017; OLVER, 2017);
- v) o processo de implementação das RAS no Brasil é recente, demandando a necessidade de pesquisas que identifiquem limites e oportunidades de melhorias para sua concretização (MAGALHÃES JUNIOR, 2014);
- vi) a AF é vital para a atenção ao paciente oncológico (HOLLE; MICHAUD, 2014; LIN et al., 2015; HOLLE et al., 2017) e estruturante da RAO (BLAKE et al., 2001);
- vii) as pesquisas sobre AF em redes integradas de atenção à saúde têm sido apontadas como linhas prioritárias (NORONHA, 2014);
- viii) e, a inexistência de estudos sobre o tema, até o momento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os aspectos teóricos que deram suporte ao desenvolvimento do presente estudo¹. O texto está pautado na literatura nacional e internacional, sendo estruturado em cinco tópicos. O primeiro contextualiza o processo de transição das condições de saúde apontando para a necessidade de mudança no modelo de atenção sanitária. Em seguida, é destacada a importância da regionalização para a estruturação dos sistemas integrados de atenção à saúde. O terceiro tópico apresenta o conceito e os elementos constitutivos das RAS. O quarto situa historicamente a questão do controle do câncer no Brasil. O último enfatiza a importância de se estabelecer um debate sobre a AF em oncologia.

3.1 TRANSIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DA ATENÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL

Para se compreender a situação de saúde de uma população, geralmente, são analisados dados relativos aos problemas ou necessidades de saúde, ou ainda, às informações sobre a utilização de serviços sanitários. Esses parâmetros subsidiam documentos técnicos, planos e programas de saúde, e quando adequadamente explicados, a partir da identificação de seus determinantes, favorecem a adoção de intervenções (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

No Brasil, a análise da situação de saúde tem revelado um acelerado processo de envelhecimento e um significativo aumento na carga de doenças, ampliando a necessidade da população pelos serviços de saúde (BRASIL, 2017a).

A transição demográfica observada no país é a combinação da redução das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade e do aumento da expectativa de vida ao nascer, resultando numa mudança da pirâmide etária da população de forma abrupta (MENDES et al., 2012). Enquanto, nos anos 80 se observava um formato triangular com base dilatada, em 2050 é previsto um expressivo aumento da população adulta e idosa, praticamente criando um padrão inverso, conforme demonstrado na Figura 1. Este novo perfil populacional traz consigo transformações nas condições de saúde e traz desafios à gestão do SUS.

¹ Parte deste referencial foi publicado como um capítulo de livro intitulado: “*Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção Oncológica*” (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2017).

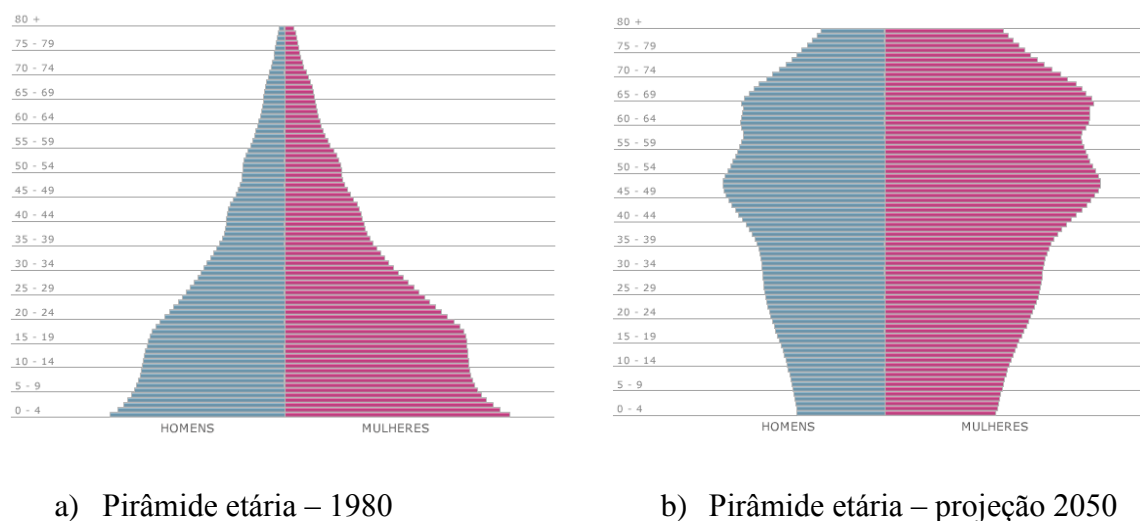


Figura 1: Pirâmides etárias da população brasileira, anos 1980 e 2050.
 Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

No que tange as condições de saúde, Mendes (2011) aponta que estas podem se expressar de maneira breve ou de forma duradoura, exigindo diferentes respostas dos sistemas de atenção à saúde. Nesta concepção, dependendo do tempo de duração da doença e da forma de enfrentamento e de estruturação do sistema sanitário, as condições de saúde podem ser classificadas como agudas ou crônicas (OMS, 2003).

Essa tipologia rompe com a clássica classificação das doenças transmissíveis e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), amplamente utilizada pela epidemiologia, para enfatizar a organização do sistema de atenção sanitária, considerando as respostas sociais que devem ser adotadas diante do problema de saúde apresentado. Assim, determinadas doenças transmissíveis podem ser consideradas condições crônicas (AIDS, por exemplo), devido a sua longevidade, e por exigirem formas de enfrentamento diferenciadas das doenças transmissíveis agudas (SANTOSA et al., 2014).

Partindo dessa categorização, a análise das condições de saúde da população brasileira tem demonstrado que devido ao envelhecimento, aos hábitos de vida e ao crescente uso de inovações tecnológicas, uma importante transição epidemiológica tem sido observada, com maior prevalência de condições crônicas (VERAS, 2009; MENDES, 2010; LEITE et al., 2015; MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). Este fato é corroborado quando observamos os dados das cinco principais causas de mortalidade no Brasil nos anos de 1996 e de 2015 (Tabela 1), ou ainda, quando da apreciação da carga de doença no Brasil, no ano de 2008, que evidencia que as condições crônicas comprometem significativamente a qualidade de vida da população, conforme demonstrado no Quadro 1.

Tabela 1: Frequência relativa das cinco principais causas de mortalidade da população brasileira, nos anos de 1996 e 2015.

Principais Causas 1996	%	Principais Causas 2015	%
Doenças do aparelho circulatório	27.46	Doenças do aparelho circulatório	27.66
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	15.08	Neoplasias (tumores)	16.59
Causas externas de morbidade e mortalidade	13.11	Causas externas de morbidade e mortalidade	12.03
Neoplasias (tumores)	11.38	Doenças do aparelho respiratório	11.83
Doenças do aparelho respiratório	9.73	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6.03
Total de óbitos	100.00	Total de óbitos	100.00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / DATASUS

Quadro 1: Principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade da população brasileira, segundo sexo, no ano de 2008.

Homens	Mulheres
Doença Cardíaca Isquêmica	Depressão
Homicídio e violência	Doença cardíaca isquêmica
Abuso e dependência de álcool	Diabetes mellitus
Acidente vascular cerebral	Acidente vascular cerebral
Acidente de trânsito	Doença pulmonar obstrutiva crônica
Diabetes mellitus	Alzheimer e outras demências
Depressão	Transtorno afetivo bipolar
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Infecções de vias aéreas inferiores
Infecções de vias aéreas inferiores	Asma
Transtorno afetivo bipolar	Câncer de mama
Cirrose/Álcool e outras	Osteoartrite
HIV/AIDS	Doenças cardíacas hipertensivas
Asma	Abuso e dependência de álcool
Doenças cardíacas hipertensivas	Epilepsia
Alzheimer e outras demências	Acidente de trânsito

Fonte: Adaptado de LEITE et al., 2015

Neste sentido, é possível identificar que, ao mesmo tempo, diferentemente do que vem acontecendo nos países desenvolvidos, coexiste no país um alto índice de doenças transmissíveis de curso crônico, como a AIDS e a hepatite C, um expressivo quantitativo de pessoas convivendo com DCNT e um significativo número de indivíduos com incapacidades originadas por causas externas, caracterizando a denominada tripla carga de doenças (MENDES, 2010; SILVA, 2011; LEITE et al., 2015), de considerável longitudinalidade. Este padrão representa um grande obstáculo para a organização do sistema de saúde brasileiro.

A apreciação desse processo de transição da situação de saúde, no entanto, não pode ser alijada da análise de outros parâmetros que influenciam tão fortemente a necessidade de reorientação do sistema de atenção à saúde, tais como os desenvolvimentos técnico-científico e econômico (MENDES, 2011).

As inovações tecnológicas na área da saúde, resultado de um acentuado desenvolvimento científico e tecnológico, têm contribuído fortemente para uma “utopia da infinitude” da vida e da cura para todas as doenças existentes. Uma diversidade de medicamentos inovadores, equipamentos, procedimentos técnicos e protocolos assistenciais, estão sendo incorporados às práticas e cuidados sanitários, promovendo benefícios por um lado e, por outro, trazendo riscos, ampliando a vulnerabilidade da população a novos problemas de saúde (LORENZETTI et al., 2012; LEHOUX et al., 2016).

Os investimentos necessários para a incorporação de novas tecnologias no setor saúde, geralmente, são altos e exigem a adoção de medidas que garantam eficiência no uso dos recursos ao passo que se garanta a melhoria da qualidade da assistência prestada (KRAUSS-SILVA, 2003; LEHOUX et al., 2016). A manutenção desse equilíbrio necessário entre eficiência e melhoria da qualidade é um grande desafio aos gestores de saúde no Brasil, tendo em vista o permanente constrangimento no financiamento do setor. A insuficiência de recursos alocados para o desempenho do sistema de atenção à saúde ao longo dos anos parece estar sendo adotada como uma política de Estado, o que compromete o alcance dos ideários da reforma sanitária que foram alicerçados com a constituição do SUS (SOARES; SANTOS, 2014; SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

Considerando a transição demográfica e epidemiológica que ocorre no Brasil e algumas dificuldades destacadas, a reorientação das ações e serviços de saúde parece ser essencial, de forma a minimizar a segmentação ora existente, desviando o foco das condições agudas e das agudizações das condições crônicas, e dando mais ênfase a cronicidade dos agravos, diminuindo os impactos sanitários e econômicos experimentados pelo sistema de saúde

(MENDES, 2010; SILVA, 2011).

Diante desse cenário, de grandes transformações que exigem respostas sociais efetivas, se faz importante refletir sobre os caminhos percorridos pelo SUS ao longo dos seus quase 30 anos.

3.1.1 Avanços e desafios na consolidação do Sistema Único de Saúde

De acordo com Paim; Almeida-Filho (2014), o processo de reforma sanitária brasileira, após a criação do SUS, pode ser dividido em três momentos, denominados como: a) anos de instabilidade; b) social democracia conservadora; c) conservação-mudança.

O primeiro momento compreende o período de 1989-1994 e se caracteriza pela publicação de um conjunto de regulamentações voltadas ao processo de operacionalização do SUS, tais como as Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b) – e as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91¹, NOB 01/92² e NOB 01/93³). Nesse período, especial ênfase foi dada à participação social na gestão do SUS, ao processo de descentralização e à definição de mecanismos de repasse financeiro.

A descentralização, com destaque para a estratégia de municipalização da gestão dos serviços de saúde, caracterizou uma importante mudança para o sistema de atenção sanitária, sendo considerado um princípio de democratização e de efetivação da universalidade (VIANA; MACHADO, 2009). Porém, essa experiência tem se tornado um grande obstáculo para a consolidação de outros princípios estruturantes do SUS, devido as grandes desigualdades sociais e econômicas, a variabilidade das estruturas dos serviços de saúde e as distintas situações de saúde observadas nas diferentes cidades brasileiras (AGUIAR, 2015).

Apesar dos poucos avanços alcançados neste primeiro momento, cabe destacar a importância da criação das instâncias de negociação e pactuação das políticas de saúde – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) – visando viabilizar parcerias para a realização das ações e serviços de saúde. Esta estratégia fortaleceu as práticas gerenciais e favoreceu a ampliação da oferta de serviços de saúde à população (SCATENA; TANAKA, 2001; AGUIAR, 2015).

¹ BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n.º 258, de 07 de Janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS n.º 01/91 – Política de financiamento do SUS.

² BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 234, de 07 de Fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica para o SUS n.º 01/92 – Normaliza a assistência à saúde no SUS.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 545, de 20 de Maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

No momento intitulado “social democracia conservadora”, entre os anos de 1995-2002, foram publicadas as seguintes grandes diretrizes: NOB 01/96¹ e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001² e NOAS 01/2002³). O documento de 1996 buscou fortalecer a atenção básica e aperfeiçoar os mecanismos de gestão do SUS. As estratégias estabelecidas consolidaram o processo de descentralização da gestão do SUS, porém, poucos avanços no estabelecimento de relações federativas foram observados, persistindo a fragmentação das ações e serviços de saúde e o não atendimento das necessidades da população (SANTOS, 2013; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014; AGUIAR, 2015).

As NOAS objetivaram promover maior equidade na alocação de recursos e ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Neste sentido, as NOAS buscaram favorecer o processo de regionalização e organização da atenção à saúde e fortalecer a capacidade de gestão do SUS, melhorando o desempenho do sistema (VIANA; MACHADO, 2009; VIEIRA, 2009a; SANTOS, 2013).

Neste período houve, ainda, a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29⁴ em 2000, que garantiu o financiamento mínimo para a área da saúde, por parte dos entes federados. Em que pese a total relevância desta regulamentação, durante o segundo momento, a maioria dos estados brasileiros não cumpria com o estabelecido, comprometendo a consolidação do SUS (CAMPELLI; CALVO, 2007), situação que tem persistido ao longo do tempo (PIOLA, FRANÇA; NUNES, 2016; SANTOS, DELDUQUE; ALVES, 2016).

O momento denominado “conservação-mudança”, de 2003-2012, caracteriza-se pela dialética da *manutenção* de um conjunto de medidas que já haviam sido implementadas nos períodos anteriores e do *avanço* em direção ao alcance dos princípios da reforma sanitária (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Os principais documentos publicados no período foram: o Pacto pela Saúde, em 2006 (incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão); o Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/90; a Lei 12.466/2011, que

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 05 de Novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB 01/96, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de Janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

⁴ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de Setembro de 2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

dispõe sobre dispositivos operacionais para o SUS; e, a Lei Complementar 141/2012, que regulamentou a EC 29/2000.

Segundo Lima et al. (2012a), o Pacto pela Saúde buscou favorecer as relações federativas e o processo de regionalização, sem comprometer a descentralização. No entanto, os dispositivos adotados parecem ter sido insuficientes para promover a integração entre os entes de forma a garantir a atenção integral ao usuário.

Com o intuito de favorecer o processo de regionalização foram publicadas em 2011 e 2012 um conjunto de normatizações (Decreto 7.508/2011; Lei 12.466/2011; Lei Complementar 141/2012). Porém, esses mecanismos parecem, ainda, ser insatisfatórios para garantir mudanças significativas que rompam com a segmentação existente no sistema de saúde brasileiro, de modo a se assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Algumas das causas e características que estão relacionadas à fragmentação do sistema de saúde envolvem: a forma de organização hierárquica, ainda vigente; o limitado controle social, especialmente pelos usuários; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; a falta de estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional; o financiamento por procedimentos; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; a formação de profissionais em dissonância com o modelo de saúde vigente; a insuficiência e má distribuição de recursos disponíveis; e, as culturas organizacionais contrárias a integração (MENDES, 2010; VIEGAS et al., 2010; SANTOS, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015).

Assim, segundo Silva (2011), a construção do SUS visava reduzir a fragmentação na atenção à saúde, porém, se avançou muito em termos de descentralização das ações e serviços, e pouca ou nenhuma ênfase se deu aos princípios de regionalização e de intersetorialidade previstos nas políticas de saúde, comprometendo o processo de construção de redes de atenção.

Desta forma, percebe-se que o sistema de atenção à saúde, caracterizado pela falta de interlocução e isolamento dos pontos de atenção à saúde precisam ser reorientados para que garantam a integralidade e a continuidade do cuidado. Neste sentido, uma maior reflexão sobre a regionalização no Brasil parece necessária, visando identificar os principais entraves e as possibilidades existentes para sua consolidação.

3.2 REGIONALIZAÇÃO COMO BASE DE DESENVOLVIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A regionalização é entendida como um processo fundamental para garantir o acesso, a equidade e o cuidado integral em um determinado espaço geográfico. Para se efetivar, exige construção de consensos entre diferentes atores sociais (cidadãos, entes federados, instituições públicas e privadas) que se associam de maneira interdependente e sem subordinação (DOURADO; ELIAS, 2011; VIANA; LIMA, 2011; MELLO et al., 2017).

A estrutura teórica conceitual da regionalização da saúde foi estabelecida nos anos 50, se caracterizando pelo processo de integração dos serviços de saúde. Porém, a sua essência já estava presente na proposta de reorganização dos serviços médicos da Inglaterra enunciada no relatório Dawson em 1920. No final dos anos 60 o termo se concretizou passando a ser empregado como base para o planejamento, organização e execução de projetos sanitários e desenvolvimento socioeconômico regional (OPAS, 1964; MELLO; VIANA, 2012).

No Brasil, o conceito de regionalização passou a ser utilizado desde a década de 70, quando iniciado o movimento da reforma sanitária, e em 1988, com a publicação da Constituição Federal¹ (CF), tornou-se um princípio estruturante da política nacional de saúde (SANTOS, 2013). O objetivo central do processo de regionalização é proporcionar o uso eficiente das tecnologias em saúde em todo o território nacional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Segundo Silva; Gomes (2013), a regionalização pode ampliar a satisfação dos usuários, favorecer a sensação de pertencimento regional, melhorar a oferta de serviços à população, suplantando a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar a qualidade do controle público sobre os serviços de saúde.

A regionalização ganhou destaque quando da edição da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90, mas poucos investimentos foram engendrados ao longo dos anos 90 para sua efetivação (VIANA; LIMA, 2011). Conforme já apontado, neste período o processo de descentralização ganhou maior destaque e como resultado, ocorreu uma fragilização da lógica territorial na formulação das políticas públicas (GADELHA et al., 2011), isolamento dos entes federativos (DOURADO; ELIAS, 2011) e segmentação e enfraquecimento dos serviços de saúde (SANTOS, 2013).

Apenas em 2001, com a publicação da NOAS-SUS 01, a regionalização passou a ser destacada como possibilidade operacional no contexto de saúde brasileiro. O documento

¹ BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

propunha a integração dos serviços através da criação de pactos, com o intuito de garantir acesso universal. Os instrumentos destinados as pactuações foram: o plano diretor regional (PDR), a programação pactuada e integrada (PPI) e o plano diretor de investimento (PDI) (MACHADO, 2009). De acordo com a regulamentação, as secretarias estaduais de saúde tinham autonomia para determinar as suas regiões de saúde (RS), não havendo critérios pré-estabelecidos para essa definição. Tal fato gerou uma série de iniquidades, considerando que em muitos casos a definição das regiões foi resultado da oferta de serviços e não do perfil de necessidades e prioridades de saúde da população. Além disso, a ideia de hierarquização dos serviços, utilizada na norma, pressupôs certa superioridade de alguns municípios em relação aos demais, por estabelecer determinado nível de importância aos serviços ofertados por cada município (GUIMARÃES, 2005; DOURADO; ELIAS, 2011).

Durante a vigência da NOAS 01/2001, a designação de recursos financeiros para prestação de serviços para a população referenciada não foi capaz de promover a solidariedade e suplantar as práticas auto-interessadas dos municípios (MACHADO, 2009). Os avanços alcançados com a descentralização, a identificação por parte dos municípios de uma possível (re)centralização pelos estados e a concentração política e financeira pelo governo federal, se tornaram verdadeiros obstáculos para a implementação da regionalização no início dos anos 2000 (DOURADO; ELIAS, 2011). Além disso, a inflexibilidade das regras para a organização dos serviços regionais demonstrou-se pouco coerente com as possibilidades de efetivação das governanças regionais e muito pouco se avançou na criação de espaços colegiados destinados à cooperação e solidariedade federativa (SILVA, 2011). Como consequência, um novo arranjo político precisava ser conformado para que se pudessem legitimar as RS como espaços democráticos, solidários e cooperativos.

Então, em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, uma série de medidas foi adotada para fortalecer a regionalização, destacando-se: a) maior flexibilização da conformação regional – admitindo a criação de regiões interestaduais ou fronteiriças de algumas regiões, para além das regiões intraestaduais; b) criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) – responsáveis por delimitar as prioridades, definir o plano de ação e estabelecer as pactuações; c) formalização dos pactos através dos Termos de Compromissos de Gestão (TCG); d) responsabilização do gestor estadual pela regulação da assistência prestada, com possibilidade de cogestão pelos municípios da região (MACHADO, 2009; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Observou-se, com a publicação do Pacto, maior tendência à solidariedade,

estabelecimento de formas de mitigação do poder, melhoria nos processos de regulação sob os compromissos pactuados e promoção de uma maior simetria entre os entes federados (MACHADO, 2009). Apesar dos avanços, uma diversidade de desafios não foi superada, persistindo relações intergovernamentais permeadas por conflitos.

Naquele momento, os acordos eram firmados por adesão dos municípios e como consequência atendiam parcialmente as necessidades dos usuários (LIMA et al., 2012b). Assim, as ferramentas utilizadas durante a vigência do Pacto pela Saúde/2006 parecem ter sido insuficientes para garantir a integralidade do cuidado (MACHADO, 2009), reforçando as fragilidades do sistema de saúde brasileiro.

Verificou-se, então, que essa fragmentação presente desde a criação do SUS, devido à ênfase pelo processo de descentralização, comprometeu a resolubilidade das ações de saúde, exigindo-se uma reorientação do modelo de assistência à saúde. Assim, buscando dar maior notoriedade ao processo de regionalização, em 30 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria GM/MS n.º 4.279¹, que estabeleceu diretrizes e estratégias para a organização e estruturação das RAS no âmbito do SUS (SILVA, 2013; SHIMIZU, 2013). Os detalhes sobre as RAS serão apresentados no subcapítulo seguinte.

Neste sentido, em 28 de junho de 2011 foi publicado o Decreto n.º 7.508, que regulamentou a Lei 8.080/90, e dentre outras medidas, orientou o processo de conformação das redes regionalizadas de saúde. Segundo o documento: as RS e as RAS deverão estar pactuadas na CIT e o acesso ao cuidado integral deverá ser garantido aos usuários; o planejamento da saúde deverá considerar não apenas as ações e serviços públicos de saúde, mas também a assistência prestada pelo setor privado, sendo este complementar ou não ao SUS; e, o Ministério da Saúde (MS) passará a organizar a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), de forma a subsidiar a assistência à saúde no âmbito do SUS. O regulamento define, também, as atribuições da Comissão Intergestores Regionais (CIR), que passará a substituir os CGR criados no Pacto pela Saúde em 2006, e cria o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), substituindo o TCG, buscando fortalecer o processo de governança regional (BRASIL, 2011a; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; OUVENEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Segundo o Decreto, as RAS deverão estar compreendidas em uma região de saúde,

¹ A Portaria GM/MS n.º 4.279, 30 de dezembro de 2010, foi revogada pela Portaria GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017, que consolidou as normas sobre as redes do SUS (BRASIL, 2017b)

cabendo aos entes federativos envolvidos a definição: dos limites territoriais, da população adscrita, do elenco de ações e serviços de saúde que serão ofertados na região e dos mecanismos de acessibilidade aos serviços. Para a sua operacionalização estima-se a ocorrência de planejamento integrado, a gestão compartilhada, o financiamento regional e a adoção de medidas que garantam a governança regional (SANTOS, 2013; SILVA, 2013; GOYA, 2017).

O COAP passou a ser entendido como um potente instrumento de integração dos serviços no contexto das RS, promovendo maior equidade (SHIMIZU, 2013; SANTOS; CAMPOS, 2015), pela responsabilização dos contratados e maiores mecanismos de controle para os contratantes. Entretanto, sua implementação trouxe empecilhos não aventados. De acordo com Mendes; Louvison (2015), em São Paulo, o Pacto pela Saúde e a criação dos CGR conseguiram mobilizar as RS para uma discussão ampliada sobre a regionalização; porém, observou-se uma inflexão deste processo, após a publicação do Decreto n.º 7.508/2011. Isto porque a proposta da realização de um contrato entre entes federados, por meio do COAP, tem desfavorecido as pactuações e os consensos, inibindo a solidariedade e cooperação.

Os mecanismos engendrados para fortalecer a regionalização da saúde, até o momento, têm se apresentado pouco efetivos (GUIMARÃES, 2005; MENDES; LOUVISON, 2015; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017), e o atraso no processo de regionalização tem sido significativo (RIBEIRO, 2015). Segundo Viana; Lima; Ferreira (2010), os fatores envolvidos neste atraso são os seguintes: priorização da estratégia de descentralização nos anos 90; inexistência de um plano de desenvolvimento socioeconômico; desconsideração da lógica territorial no planejamento político; e, iniquidade na oferta e no acesso aos serviços de saúde, devido à baixa articulação, cooperação e solidariedade entre os entes federados.

Como consequência desse atraso, os seguintes problemas têm sido identificados: diminuição da resolutividade dos problemas de saúde da população; ampliação da disputa entre os entes federados por recursos financeiros, dificultando os processos de cooperação e solidariedade; expansão das iniquidades em saúde, considerando as desigualdades de capacidade instalada existentes entre os municípios; fragilização e comprometimento da função dos governos estaduais, no que se refere ao seu potencial de articulação, governança e regulação; deficiência na oferta de ações e serviços de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO et al., 2017).

Os estados têm um papel central e decisivo no processo da regionalização. Cabe a eles realizarem a organização social da região, apoiar financeira e administrativamente os municípios e induzir a regionalização através de pactuações nas CIB (SILVA; GOMES, 2013;

MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017). A CIB é reconhecida como um *locus* privilegiado para a construção de parcerias intergovernamentais e para a consolidação de práticas de negociação de forma equilibrada e participativa entre os gestores. Trata-se de um espaço de fortalecimento da regionalização e das instâncias regionais de articulação intergovernamental (MACHADO et al., 2014). Portanto, a fragilização das funções dos governos estaduais é um grande obstáculo para a consolidação da regionalização.

No que tange aos desafios, a insuficiência de financiamento é um dos maiores a ser superado para a concretização da regionalização (SILVA, 2011; VIANA; LIMA, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO et al., 2017). O subfinanciamento provoca grandes iniquidades à medida que fortalece a mercantilização da saúde, através da ampliação das transferências de recursos públicos para a gestão privada de serviços de saúde e do incentivo fiscal para a contratualização de planos de saúde e para as empresas que prestam serviços ao SUS (MENDES; LOUVISON, 2015). Como consequência observa-se uma diminuição do processo de arrecadação e o comprometimento do financiamento do setor saúde.

Neste cenário, outros fatores que se perpetuam são os constantes impasses econômicos (SILVA; GOMES, 2013), as desigualdades de financiamento entre os estados e municípios (LIMA et al., 2012a), a defasagem da tabela de procedimentos (MACHADO, 2009) e a centralização dos recursos de financiamento da saúde pelo governo federal (SANTOS, 2013). Assim, o aumento da base financeira para a consolidação da regionalização da saúde e do próprio SUS parece ser o único caminho para superar esse dilema (VIANA; LIMA, 2011; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). Porém, a suplantação desse desafio parece distante, à medida que se observa a ampliação do desfinanciamento da saúde com a aprovação da EC 86/2015¹, que diminuiu ainda mais o nível de investimento do governo federal no setor saúde (MENDES; LOUVISON, 2015). Como destacam Viana; Lima (2011), resta aos governantes e a sociedade decidir pela sustentabilidade econômica e financeira do SUS.

Outro desafio que se destaca é a ampliação do setor privado na oferta de ações e serviços de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; MENDES; LOUVISON, 2015). A associação da saúde a um bem de consumo tem colocado em discussão à força do mercado que influencia negativamente o desenvolvimento do SUS (SHIMIZU, 2013; GOYA et al., 2016). A insuficiência de financiamento na saúde pública, já relatada, diminui o investimento na área

¹ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n.º 86, de 17 de março de 2015. Torna obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

(LIMA et al., 2012a; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016), implicando num ciclo de “desmantelamento”, a medida que reduz a capacidade de resolução e compromete a qualidade dos serviços públicos, colocando o SUS em situação de desigualdade com o setor privado. Além disso, a abertura da área da saúde para investimentos e lucratividade pelo capital estrangeiro, conforme autorização da Lei 13.097/2015¹, tende a ampliar as diferenças entre os setores público e privado, à medida que instituições filantrópicas, prestadoras de serviços públicos, não dependerão mais de financiamento estatal para sua “sobrevivência” (MENDES; LOUVISON, 2015). Assim, é de se esperar uma diminuição da capacidade instalada para prestação de ações e serviços públicos, comprometendo a universalidade do acesso, um dos princípios estruturantes do SUS.

As relações de disputa entre os entes federados proporcionam constantes conflitos e, também, têm constituído um desafio para a regionalização (SILVA, 2011; SILVA; GOMES, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). Diversas causas estão relacionadas a esta situação, tais como: diferenças sociopolíticas (SILVA; GOMES, 2013; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017), diferenças de poder (SHIMIZU, 2013) e heranças centralizadoras em alguns estados da federação (LIMA et al., 2012b). Santos (2013) atribui essas causas ao modelo de descentralização que se deu no Brasil desagregado do processo de maturidade política e econômica dos municípios. Como consequência observa-se uma cooperação e solidariedade condicional entre os governantes (MACHADO, 2009; RIBEIRO; MOREIRA, 2016) e um baixo compartilhamento de projetos (SILVA, 2013), inviabilizando o processo da regionalização. Uma das táticas que vem sendo empregadas para minimizar esses conflitos é a criação de espaços de gestão intergovernamental nas regiões.

A gestão intergovernamental das regiões, ainda que reconhecida como espaço legítimo para a criação de consensos, cooperação e solidariedade, também tem se revelado como um dos desafios da regionalização (SILVA, 2011; MEDEIROS et al., 2017). Tal fato se dá pela dificuldade existente em compatibilizar interesses sociais e institucionais distintos (SILVA; GOMES, 2013), pela baixa capacidade de articulação e pactuação dos indivíduos (SHIMIZU, 2013), pela indefinição do papel dos sujeitos e dos arranjos políticos (SILVA; GOMES, 2013) inviabilizando a mobilização de atores estratégicos nesses colegiados, e pela utilização dos espaços por alguns municípios exclusivamente para barganhar e negociar a (re)distribuição de

¹ BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 13.097, de 19 de Janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores e dá outras providências.

recursos financeiros (MACHADO, 2009; SILVA, 2013). Assim, se faz necessário fortalecer esses espaços, com uma maior e melhor definição dos interlocutores envolvidos, institucionalizando esses colegiados como ambientes de negociação e construção de acordos legítimos.

Outro desafio que se destaca refere-se às fragilidades e precariedades nas políticas de pessoal e de gestão do trabalho (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015). Tem sido destacada na literatura a imensa rotatividade dos profissionais de saúde e a baixa disponibilidade de médicos, em especial, para atuar em atividades essenciais da Atenção Primária a Saúde (APS), por exemplo (SILVA, 2011). No processo de regionalização e na efetivação das RAS, a APS tem papel central exercendo a atribuição de ordenadora e coordenadora da linha de cuidado, promovendo a integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; SILVA, 2013). Portanto, se fazem necessárias mudanças políticas que busquem garantir a fixação dos profissionais aos serviços de saúde, visando ampliar a vinculação desses ao projeto político do SUS. Porém, a entrada de capitais estrangeiros na assistência à saúde que proporciona grande competitividade na oferta de salários pelo setor privado e a flexibilização dos vínculos trabalhistas, com a crescente terceirização dos serviços de saúde (MENDES; LOUVISON, 2015), parecem comprometer a superação desse desafio.

A precarização, improvisação e maltrato observada em relação aos trabalhadores da saúde parece atingir, também, a infraestrutura, os equipamentos e o modelo de atenção e de cuidado em saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015), sendo outro desafio a ser superado. Não é incomum se identificar os constrangimentos na oferta e no tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014), além de grandes dificuldades em garantir acesso às instituições de maior densidade tecnológica (SHIMIZU, 2013). Existe grande diferença em relação à capacidade instalada dos municípios (MACHADO, 2009), revelando grandes limitações estruturais do SUS (SILVA, 2013) e insuficiência de resolubilidade (LIMA et al., 2012b).

Apesar dos avanços na rede ambulatorial, devido aos investimentos para fortalecer a APS, observa-se certo estrangulamento na capacidade de promoção da integralidade e equidade pelos municípios isoladamente (MENDES; LOUVISON, 2015; MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017), por causa do insuficiente número de instalações de serviços de média e alta complexidade. Sendo os serviços especializados concentrados em poucas cidades (VIANA; LIMA, 2011; RIBEIRO et al., 2017), a regionalização se faz essencial a fim de se minimizar as

iniquidades de acesso existentes entre os municípios e de se garantir um itinerário terapêutico adequado aos usuários do SUS.

Essas diferenças estruturais têm proporcionado uma busca individualizada por serviços e cuidados em saúde, muitas vezes sem uma lógica sanitária e territorial, gerando iniquidades de acesso (GUIMARÃES, 2005). Este fenômeno denominado “itinerário da saúde”, resultado da desorganização do sistema, tem ampliado a tensão existente entre os municípios, considerando que alguns não querem compartilhar seus recursos com cidadãos que não residem em seus territórios (SILVA; GOMES, 2013). Segundo Gadelha et al. (2011) a organização dos serviços pode determinar a configuração das RS. Ainda de acordo com os autores, quanto maior o nível de complexidade dos serviços ofertados, maior tende a ser a distância em que as pessoas se dispõem a percorrer para atendimento. Assim, a regionalização pode ser entendida como um elemento indicativo do desenvolvimento socioeconômico de uma região. Tal correlação já foi demonstrada, onde regiões com maior desenvolvimento socioeconômico foram aquelas que apresentavam maior oferta de serviços de saúde e maior densidade tecnológica (VIANA et al., 2015). Deste modo, se faz necessário equilibrar a oferta e a demanda existente, buscando equalizar as desigualdades existentes entre os municípios através do processo da regionalização.

Para tanto, recomenda-se buscar integrar os serviços obedecendo à lógica territorial da rede urbana (LIMA et al., 2012a). Porém, devido à diversidade e diferenças existentes entre as realidades regionais (SILVA, 2013), em algumas situações, pode-se fazer necessária a extrapolação geográfica dos estados ou de fronteiras, promovendo outros desafios. Considerando a necessidade de mobilização de atores de estados distintos, uma dificuldade a ser destacada refere-se à organização e pactuação entre esses diferentes sujeitos (LIMA et al., 2012a). Outro problema a ser superado está relacionado à precariedade da rede de transporte e de comunicação de algumas regiões, em contraste com as longas distâncias a serem percorridas para atendimento. A ausência de ações intersetoriais destinada a garantir o acesso dos pacientes tem sido um grande desafio (REIS; CESSÉ; CARVALHO, 2010). Portanto, embora a integração dos serviços seja fundamental, a sua concretização não parece ser um processo simples.

Outro entrave importante no processo de regionalização é a regulação, ou sua ausência (VIANA; LIMA, 2011). O sistema regional de regulação da assistência tem se demonstrado extremamente frágil (LIMA et al., 2012a; SILVA; GOMES, 2013) trazendo grandes limitações ao acesso (MACHADO, 2009). Uma regulação mais eficiente poderia garantir a continuidade do cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde da população.

A institucionalidade da governança nas regiões também tem se apresentado como um dilema (SANTOS; CAMPOS, 2015). A governança regional tem sido entendida como indispensável para a concretude da política social de saúde, pois é, a única forma de se conseguir enfrentar os inúmeros problemas de saúde apresentados pela população e a diversidade de obstáculos presentes no sistema de saúde brasileiro (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Como o federalismo brasileiro não contempla a região na sua estrutura, a regionalização deve ser construída por acordo político, envolvendo a concessão por parte dos entes, visando à melhoria da prestação de serviços da população (VIANA; LIMA, 2011). Não é propósito da regionalização a criação de mais uma esfera de gestão, mas sim a oportunidade de fomentar as articulações que favoreçam a integralidade do cuidado e o desenvolvimento socioeconômico das regiões (GUIMARÃES, 2005). Porém, se faz fundamental estabelecer estratégias políticas e jurídicas que favoreçam a real construção das regiões e sua governança, conforme advogam Santos; Campos (2015).

As comissões criadas no âmbito do Pacto da Saúde em 2006 (CGR) e do Decreto 7.508/2011 (CIR) parecem preencher esta função, pois são, espaços destinados ao compartilhamento de projetos, fortalecimento da gestão intergovernamental, reconhecimento de problemas, identificação de prioridades e resoluções para a estruturação e organização da rede assistencial, facilitando a conformação das RAS e a construção de objetivos comuns (LIMA et al. 2012b; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SILVEIRA FILHO et al., 2016). Porém, esses espaços precisam ser reconfigurados e fortalecidos a fim de exercerem adequadamente a sua função (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Pesquisas dedicadas à análise desses colegiados têm destacado os seguintes problemas: composição não paritária; ausência de participação social; presença de interesses político-partidários; estabelecimento de RAS sem identidade solidária; constituição de colegiados como recintos burocráticos; desinteresse dos gestores em debater assuntos regionais; falta de compreensão dos gestores sobre os temas debatidos; insuficiente tempo para o debate, apontando para a baixa apropriação dos assuntos para a tomada de decisão, e falta de pertencimento nas decisões tomadas, dificultando a implementação da regionalização; subordinação à lógica dos interesses privados na organização das RAS; assimetria do poder técnico-político e baixa autonomia dos gestores de saúde para a tomada de decisão; coação dos gestores para estabelecimento de fluxos paralelos aos firmados nas comissões determinando privilégios a correligionários políticos; adoção de caráter emergencialista nas decisões,

caracterizada pela ausência de ações articuladas visando o fortalecimento das RAS e uma maior resolutividade dos problemas de saúde da população; falta de regulação do setor privado; ausência de planejamento regional; ausência de mediadores (técnicos) para auxiliar os gestores na tomada de decisão; tensionamento dos interesses particulares do poder político; assimetria de poder; ausência de mecanismos e incentivos para garantir investimentos, alocação e gestão de recursos financeiros para permitir a formalização dos acordos e parcerias intergovernamentais; falta de regulação das relações público-privadas; desconsideração do plano de regionalização para sua conformação; fóruns transitórios – não permanentes como deveriam ser – dificultando a cultura de debate e negociação e fragilizando a governança regional de saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; LIMA et al., 2012b; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Um fator a ser ponderado, refere-se à legitimidade dos participantes das comissões intergestores, assim como a qualificação das equipes técnicas envolvidas com o planejamento e a gestão, pois são, atores decisivos no processo da regionalização (LIMA et al., 2012a). Para tanto, deve-se garantir que as CIR funcionem como espaços de solidariedade e cooperação, e não apenas como espaço de “barganha” e auxílio financeiro. O princípio da equidade intra e inter-regional devem nortear as instâncias regionais de decisão em prol de reduzir as desigualdades existentes (SANTOS, 2013).

A regionalização no Brasil é um processo complexo, devido à multiplicidade de características que o país apresenta. O número potencial de usuários do sistema, a pluralidade regional e territorial, as diferenças na distribuição dos serviços e tecnologias em saúde, a necessidade de regulação centralizada frente a autonomia dos entes federados, a multiplicidade de agentes envolvidos na organização e prestação do cuidado em saúde são alguns dos fatores que ilustram essa complexidade (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIANA et al., 2015). Segundo Silva; Souza; Barreto (2014) a regionalização é uma forma de ampliação da autonomia decisória e do protagonismo do governo local.

As vantagens do processo de regionalização são as seguintes: promoção da integralidade na sua dimensão vertical (acesso), horizontal (continuidade do cuidado), sistêmica (intersetorialidade; otimização de recursos, promovendo economia de escopo (ampliação da diversidade de serviços ofertados) e de escala (aproveitamento da capacidade instalada); melhoria na relação entre os diferentes níveis de atenção à saúde; e, favorecimento da implementação das linhas de cuidado, orientando os usuários sobre os percursos a serem percorridos e condutas a serem adotadas (SILVA, 2011; REIS et al., 2017; MELLO et al., 2017).

Portanto, torna-se essencial a adoção de medidas que possam fortalecer o processo de regionalização, tais como: a promoção do equilíbrio entre indução, autonomia e regulação; romper com o modelo de atenção centrado nos procedimentos; mitigar a tensão das diferenças sociopolíticas dos municípios; consolidar as RS; melhorar o sistema de regulação; favorecer a adoção de medidas mais flexíveis e dialógicas entre os municípios; ampliar as formas de financiamento da saúde e alocar os recursos de forma solidária, equacionando os recursos para a reestruturação dos serviços de saúde e da organização de sistemas regionais de saúde; superar a dimensão política que envolve disputas e conflitos; promover mecanismos de cogestão municipal; aprimorar as dimensões técnicas e políticas da regionalização; adequar as carreiras e a gestão de pessoas, melhorando as políticas do trabalho em saúde; assumir a regionalização como um projeto de governo, não se limitando a uma divisão espacial do território; e, estimular o desenvolvimento social e econômico da região, buscando diminuir as desigualdades (REIS; CESSE; CARVALHO, 2010; SHIMIZU, 2013; SILVA, 2011; SILVA; GOMES, 2013, SANTOS; CAMPOS, 2015; RIBEIRO, 2015).

Outras estratégias que podem contribuir para consolidação da regionalização são: i) qualificar o processo de gestão dos recursos financeiros do setor saúde, a fim de diminuir as iniquidades de acesso e garantir a integralidade do cuidado (MACHADO, 2009); ii) melhorar os métodos de planejamento regional e gestão em rede (SANTOS, 2013; SILVA, 2013); iii) entender as regiões como espaços de “produção singular de gestão e de cuidado” (MENDES; LOUVISON, 2015); iv) compatibilizar as políticas e programas de saúde às necessidades da população (SANTOS; CAMPOS, 2015); v) realizar gestão e tomar decisões informadas por evidências (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014); vi) desburocratizar e organizar a participação social nos espaços de gestão intergovernamental (SILVA, 2013); vii) e, induzir políticas que enfoquem o desenvolvimento socioeconômico das regiões, agregando uma visão sistêmica às resoluções dos problemas de saúde (LIMA et al., 2012a).

Essas melhorias parecem ser essenciais para se efetivar a implantação das RAS, superando os problemas apontados pelo modelo vigente e restabelecendo a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção.

3.3 REDES DE ATENÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS E MODELOS

A proposta de construção das RAS no âmbito do SUS é fundamentada na teoria de redes

regionalizadas idealizada no relatório Dawson (OPAS, 1964). As ideias centrais deste referencial envolvem os atributos da rede e os mecanismos de coordenação do cuidado que devem ser adotados. Para uma maior compreensão, esta forma de organização será detalhada a seguir.

3.3.1 Aporte teórico sobre as Redes de Atenção à Saúde

A estruturação da atenção à saúde no formato de redes tem o intuito de promover uma maior integração dos diferentes níveis de atenção de sorte que aumente a resolutividade dos problemas de saúde da população, reduza os custos do sistema de saúde e sistematize adequadamente o processo de referência e contra referência, tendo o usuário como centro da atenção (VIEGAS et al., 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2013; GOMES, 2014).

As RAS são consideradas:

... organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011; p. 82)

Desta forma, as RAS devem atuar segundo objetivos comuns, de forma cooperativa e sem hierarquia, permitindo a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção e favorecendo a assistência integral ao usuário. Assim não há sobreposição de ações e garante-se segurança, efetividade, eficiência e qualidade pelos serviços prestados.

De acordo com Rosen; Ham (2008), os objetivos de uma rede integrada de saúde são: melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados terapêuticos dos pacientes e a eficiência na utilização dos recursos.

Para tanto, se faz necessário que o sistema esteja organizado em torno das condições de saúde da população, e não da oferta de serviços. Assim, uma rede integrada deve reunir tudo que pode ser necessário para abordar uma condição de saúde ou um conjunto de condições de saúde, garantindo a resolutividade em todo o ciclo de atendimento do usuário (PORTER; TEISBERG, 2007; EVANS et al., 2016). Esta forma de organização, centrada no paciente e direcionada para os resultados, garante a continuidade – nos diferentes níveis de atenção – e a integralidade do cuidado (SUTER et al., 2009; MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2010), as RAS se constituem a partir de três elementos fundamentais: a) uma população e um território sanitário; b) uma estrutura operacional – envolvendo serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, além de sistemas de apoio, logística e governança; c) e, um modelo de atenção à saúde.

A *população* é a razão de ser de um sistema integrado de saúde, uma vez que as suas necessidades é que irão determinar a forma ideal de organização da rede. Neste sentido, é praticamente impossível estruturar uma RAS se não for definida previamente uma população adscrita. Como consequência, a identificação do *território sanitário* no qual a população está inserida é condição *sine qua non* para a consolidação das redes (MENDES, 2011; SILVA, 2013).

Uma população de um sistema integrado de saúde e estando sob a responsabilidade de uma RAS deve ser conhecida e estar cadastrada em um adequado sistema de informação. Além disso, é essencial que esta população esteja estratificada em subpopulações, considerando a exposição aos fatores de risco e aos riscos relacionados às condições de saúde instaladas (LAVRAS, 2011). Mendes (2010) afirma que este é um processo complexo, estruturado em diversos momentos, e de responsabilidade da atenção primária.

A *estrutura operacional*, segundo elemento constitutivo das RAS, é constituída por uma variedade de serviços e ações de saúde e pelas suas ligações que determinam os fluxos de atendimento nos diferentes pontos de atenção (MENDES, 2011; SILVA, 2013).

Para tanto, é necessário que haja uma coordenação dos fluxos de encaminhamento favorecendo o acesso e o atendimento dos pacientes, e garantindo a continuidade do cuidado nos diferentes serviços de saúde, de forma integrada (LAVRAS, 2011; ALMEIDA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014).

Essa sistematização dos fluxos assistenciais, envolvendo saberes, tecnologias e outros recursos necessários para se garantir o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, tem sido denominada linha do cuidado. A concepção de linha de cuidado envolve: a racionalização da organização dos serviços; o caminhar qualificado do usuário na rede de atenção; a responsabilização dos profissionais e do sistema pela saúde do paciente; e, a articulação entre os macro e microprocessos institucionais (MALTA; MERHY, 2010).

De acordo com Mendes (2011), a estrutura operacional das RAS é composta por cinco componentes: 1) a atenção primária à saúde; 2) os pontos de atenção à saúde de nível secundário e terciário; 3) os sistemas de apoio – diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde; 4) os sistemas logísticos; 5) e, o sistema de governança. Nessa lógica, os três primeiros correspondem às ações e serviços de saúde (nós das redes), o quarto aos

mecanismos para garantia dos fluxos assistenciais (ligações) e o quinto às estratégias de gestão, necessárias para favorecer o funcionamento da rede frente a dinâmica existente. A Figura 2 ilustra essa forma de organização.

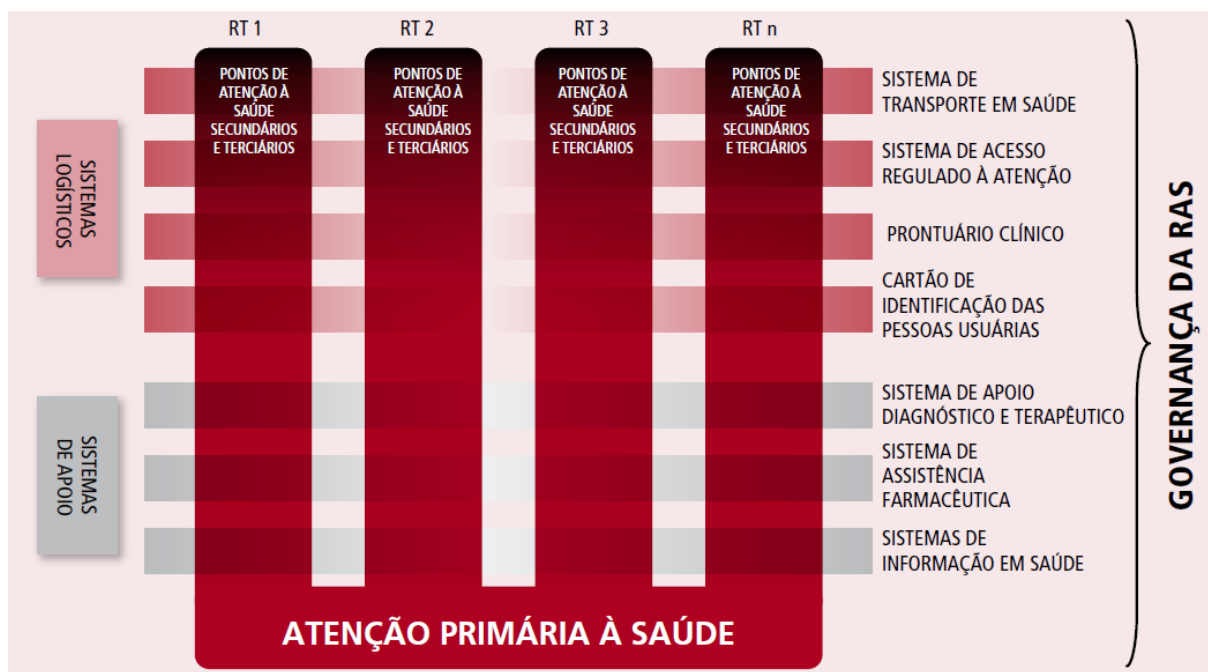


Figura 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.

Legenda: RT: Redes Temáticas.

Fonte: Mendes, 2011.

Segundo essa perspectiva, as redes podem ser estruturadas como redes temáticas de atenção à saúde, tendo a APS como o centro de integração e comunicação, exercendo o papel de ordenadora e coordenadora da RAS (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011; RODRIGUES et al., 2014; BOUSQUAT et al., 2017).

Starfield (2002) descreve a APS como a porta de entrada do usuário para o sistema de atenção à saúde, que fornece assistência centrada no indivíduo, para diversas condições de saúde, exceto para situações raras ou incomuns, e que articula, quando necessário, com outros níveis de atenção, estratégias para a continuidade do cuidado. Além disso, a APS promove a integração da atenção quando existe mais de uma necessidade de saúde a ser atendida e lida com as causas e consequências dos problemas de saúde, buscando encontrar soluções ou minimizar os riscos eminentes. Nessa concepção, esse nível de atenção organiza e racionaliza os recursos necessários para garantir a promoção e recuperação da saúde, a prevenção de doenças e a qualidade de vida.

Os seguintes atributos são sugeridos para a prática da APS: a) primeiro contato – implica em favorecer o acesso e a utilização dos serviços de maneira adequada; b) longitudinalidade – atendimento regular, oportuno, consistente e continuado pela equipe de saúde para o usuário, família e comunidade; c) integralidade – prestação de cuidados que transcendem as condições específicas de saúde, sendo realizados na perspectiva holística; d) coordenação do cuidado – garantia de continuidade da atenção necessária e de resolutividade; e) centralidade na família – considerar a família como sujeito da atenção; f) e, orientação comunitária – compreender o contexto e os determinantes sociais da saúde que influenciam a ocorrência de problemas e buscar formas de enfrentamento (STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011; MENDES, 2011).

Como parte de um sistema integrado de saúde, a APS deve ser responsável por resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população, ser o centro de comunicação dos pontos da rede através dos mecanismos de referência e contra referência e responsabilizar-se pela atenção integral da população da sua área adscrita (MENDES, 2011). Para isso é fundamental que toda a rede esteja fortalecida e que haja uma articulação virtuosa entre os diferentes componentes da rede assistencial (BOUSQUAT et al., 2017; VIEIRA; GAZZINELLI, 2017).

Os pontos de atenção secundários e terciários são os elementos temáticos das RAS, sendo considerados como ações e serviços especializados ou de maior nível de complexidade (média e alta). Assim, dependendo do tipo da rede temática de atenção à saúde é que os pontos de atenção secundária e terciária serão definidos. Estes pontos devem estar distribuídos segundo o processo de territorialização, sendo os de atenção secundária nas microrregiões de saúde e os de atenção terciária nas macrorregiões (MENDES, 2010).

A atenção secundária é constituída por ações e serviços prestados em regime ambulatorial e/ou hospitalar, envolvendo geralmente tecnologias de densidade intermediárias, entre a atenção primária e terciária, e realiza os denominados procedimentos de média complexidade (ERDMANN et al., 2013). Já a atenção terciária é realizada, principalmente, em regime hospitalar através do uso de procedimentos de alta complexidade tecnológica (MENDES, 2011). No Brasil, a atenção especializada de média e alta complexidade não tem se consolidado de forma adequada, existindo grandes vazios assistenciais para diversas especialidades (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017; MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017; SILVA et al., 2017a).

No contexto das RAS não existe relação de subordinação ou hierarquia entre os diferentes pontos já que todos são essenciais para se assegurar o cuidado integral em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

Cabe, ainda, destacar que os pontos de atenção à saúde não correspondem, obrigatoriamente, aos estabelecimentos de saúde, pois, uma única unidade pode conter diversas ações e serviços que podem ser ofertados em diferentes redes temáticas (MENDES, 2011). Em um hospital, por exemplo: a emergência pode ser um ponto de atenção para a rede de atenção às urgências e emergências; a maternidade e a unidade de terapia intensiva neonatal podem ser pontos de atenção para a rede cegonha; e, as unidades de quimioterapia e radioterapia podem ser pontos de atenção para a RAO.

O terceiro componente das RAS envolve os denominados sistemas de apoio. Tratam-se de ações e serviços que são prestados para todos os pontos da rede de atenção, sendo um suporte fundamental para a prática clínica. É constituído pelo sistema de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), o sistema de assistência farmacêutica e os sistemas de informação em saúde (SIS) (MENDES, 2010).

O SADT compreende “*os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica*” (MENDES, 2011; p. 115).

Esses serviços devem ser otimizados dentro das RAS evitando-se retrabalho e redundância e favorecendo a efetividade e a eficiência do sistema de saúde (MENDES, 2010). Assim, consegue-se ampliar e agilizar a resolução dos problemas de saúde da população, além de se minimizar os gastos em saúde devida as economias de escala e de escopo.

A economia de escala refere-se à quantidade de atividades e procedimentos realizados pelas unidades assistenciais, considerando a oferta de serviços, a capacidade produtiva destes e as necessidades da população. É resultado não apenas da otimização dos recursos, mas também da acessibilidade dos usuários. Já a economia de escopo diz respeito à variedade de atividades desenvolvidas em um determinado serviço, eliminando a ociosidade e explorando as potencialidades da sua capacidade instalada (PORTER; TEISBERG, 2007; SILVA, 2013).

Nesta circunstância, a otimização das ações e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico tende a melhorar a comunicação entre os pontos de atenção, a resolutividade do sistema de saúde, a qualidade da assistência prestada e a satisfação dos usuários, sendo uma adequada medida para a organização das RAS (LEGA, 2007). Porém, a disponibilidade dos SADT tem sido considerada insuficiente para atender as necessidades de saúde da população brasileira (LIMA et al., 2017)

O sistema de assistência farmacêutica, fundamental para a organização das RAS, apresenta uma complexa estrutura organizativa englobando um conjunto de atividades

relacionadas com os medicamentos, visando apoiar as ações de saúde realizadas pelos pontos de atenção. Envolve um conjunto de atividades relativas à gestão técnica e à gestão clínica dos medicamentos, que se integram de forma singular ao processo de cuidado em saúde (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011), na perspectiva da microgestão, além de um elenco significativo de ações que objetivam garantir o acesso e o uso apropriado dos medicamentos no contexto da macrogestão e da macropolítica (SANTOS-PINTO et al., 2013; TAVARES; PINHEIRO, 2014; VIEIRA; ZUCCHI, 2015; ARAÚJO et al., 2017a). Sendo a AF o principal objeto desta tese, maior detalhamento será realizado em subcapítulo específico.

Os SIS são considerados componentes chaves das RAS. Estes sistemas auxiliam no diagnóstico das situações de saúde e contribuem para o planejamento e avaliação das intervenções sanitárias (MENDES, 2011).

Segundo AbouZahr; Boerma (2005), os SIS buscam sistematizar os dados de saúde com o intuito de subsidiar as práticas, serviços, programas e políticas públicas, sendo ainda, uma importante fonte para a realização de pesquisas sobre os sistemas de saúde. Ainda, de acordo com os autores, considerando as necessidades de saúde da população, os SIS devem incluir os seguintes domínios: determinantes biológicos e sociais da saúde; a estrutura e o desempenho do sistema de atenção à saúde; os resultados de saúde produzidos; e, as desigualdades no acesso, cobertura e uso dos serviços.

Assim, a consolidação das RAS é altamente dependente de adequados SIS. Dados de qualidade e eficazes subsidiam gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão e irão refletir em melhorias contínuas do cuidado em saúde. Informações adequadas minimizam riscos relativos à gestão tanto no nível estratégico quanto no nível operacional (ARTERO, 2008; SUTER, 2009; MENDES 2011; HENAO; MUÑOZ, 2016).

Os sistemas logísticos, quarto componente das RAS, envolvem os mecanismos necessários para garantir a racionalidade dos fluxos e contra fluxos dos usuários, das informações e dos produtos dentro das redes. Tratam-se de táticas essenciais para efetivar o funcionamento das redes (MENDES, 2010). Para tanto, o uso de tecnologias de informação é essencial, visando superar a fragmentação do sistema e das ações de saúde e promovendo maior integração e eficiência dos serviços (JONES et al., 2014; EVANS et al., 2016).

De acordo com Mendes (2011), *“os principais sistemas logísticos das RAS são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde”* (p. 138).

O cartão de identificação das pessoas usuárias deve permitir o reconhecimento

inequívoco do indivíduo em qualquer ação ou serviço de saúde necessário (MENDES, 2011). O prontuário clínico exerce a função de comunicação entre os profissionais de saúde, os usuários e os serviços sanitários, além de funcionarem como ferramentas gerenciais e de educação em saúde. O uso dos prontuários clínicos eletrônicos tem sido apontado como os mais adequados por facilitarem a troca de informações entre os diferentes pontos de atenção da RAS (PORTER; TEISBERG, 2007; JONES et al., 2014; EVANS et al., 2016). Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde são subterfúgios para sistematizar o acesso dos usuários às ações e serviços necessários, minimizando o emprego de fluxos informais que comprometem a qualidade do atendimento. Estes sistemas permitem, ainda, a identificação das demandas que não estão sendo atendidas, e assim podem ser empregados como uma ferramenta de planejamento (ALMEIDA et al., 2010; BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Já os sistemas de transporte em saúde objetivam atender situações de urgência e emergência e reduzir as barreiras geográficas e econômicas que comprometem o acesso dos usuários a determinadas ações e serviços (transporte eletivo). Além disso, garantem a movimentação de produtos para diferentes pontos da rede – tais como, materiais biológicos, medicamentos e resíduos de saúde – e equipes de saúde para atendimento de usuários em domicílio ou em unidades matriciadas (MENDES, 2011).

A governança, quinto componente das RAS, refere-se à totalidade de maneiras que uma sociedade se organiza e administra os negócios do Estado, indo além dos mecanismos formais do governo. Representa um processo articulado e complexo de interações que se estabelece entre diferentes sujeitos e instituições, favorecendo relações de cooperação em prol do alcance de objetivos coletivos frente a uma diversidade de interesses (FRENK; MOON, 2013; BARBAZZA; TELLO, 2014; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; CASANOVA et al., 2016).

Deste modo, o sistema de governança corresponde a um arranjo organizativo uni ou multi-institucional responsável pelo gerenciamento da RAS, sendo um importante fator para o desempenho adequado do sistema de saúde (BRINKERHOFF; BOSSERT, 2014; BRETAS JUNIOR; SHIMUZU, 2017). Os objetivos de um sistema de governança são: estabelecer uma missão e uma visão a ser alcançada; definir objetivos e metas a serem atingidas; articular as políticas institucionais para se alcançar os objetivos e metas; e, desenvolver mecanismos de gestão suficientes para garantir um bom desempenho organizacional (MENDES, 2011; BARBAZZA; TELLO, 2014).

Portanto, a governança das RAS difere da gestão das ações e serviços de saúde, uma vez que sua função é articular os demais componentes da rede, sendo considerado “*um sistema*

transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde” (MENDES, 2011; p. 157).

O terceiro elemento que compõe a RAS é o modelo de atenção à saúde. O modelo é um tipo de paradigma que caracteriza as condições de saúde e as formas de intervenção que devem ser empregadas para a resolução dos problemas (SILVA, 2013).

O modelo de atenção à saúde é:

... um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011; p. 209)

No contexto das RAS os modelos de atenção à saúde devem ser inovadores, atendendo as necessidades sanitárias da população de acordo com as condições de saúde apresentadas. Existem modelos de atenção distintos destinados ao atendimento das condições agudas e das condições crônicas (MENDES, 2010).

Os modelos de atenção às condições agudas, também, são empregados para responder aos eventos agudos apresentados por indivíduos que apresentam condições crônicas. O objetivo deste modelo é definir o nível de gravidade de um indivíduo em uma situação de urgência ou emergência e identificar o ponto de atenção adequado para resolução do problema apresentado. Em geral, são empregados modelos de triagem de risco que objetivam: identificar indivíduos com risco de morte; reduzir a superlotação nos serviços de emergência; garantir a reavaliação dos pacientes; assegurar o atendimento das prioridades em função da classificação de risco; e, contribuir com informações sobre a situação de saúde da população (MENDES, 2011; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; McHUGH et al., 2016).

Os modelos de atenção às condições crônicas são mais complexos e têm sido amplamente empregados, devido ao processo de transição das situações de saúde (KADU; STOLEE, 2015). De acordo com Mendes (2011), todos os modelos de atenção às condições crônicas são derivados com base em um modelo seminal, o Modelo de Atenção Crônica (MAC). Nesses modelos as intervenções em saúde são propostas segundo os diferentes momentos de evolução das condições de saúde, exigindo distintas formas de gerenciamento destas. A Figura 3 apresenta o modelo de atenção às condições crônicas sugerido para o SUS.

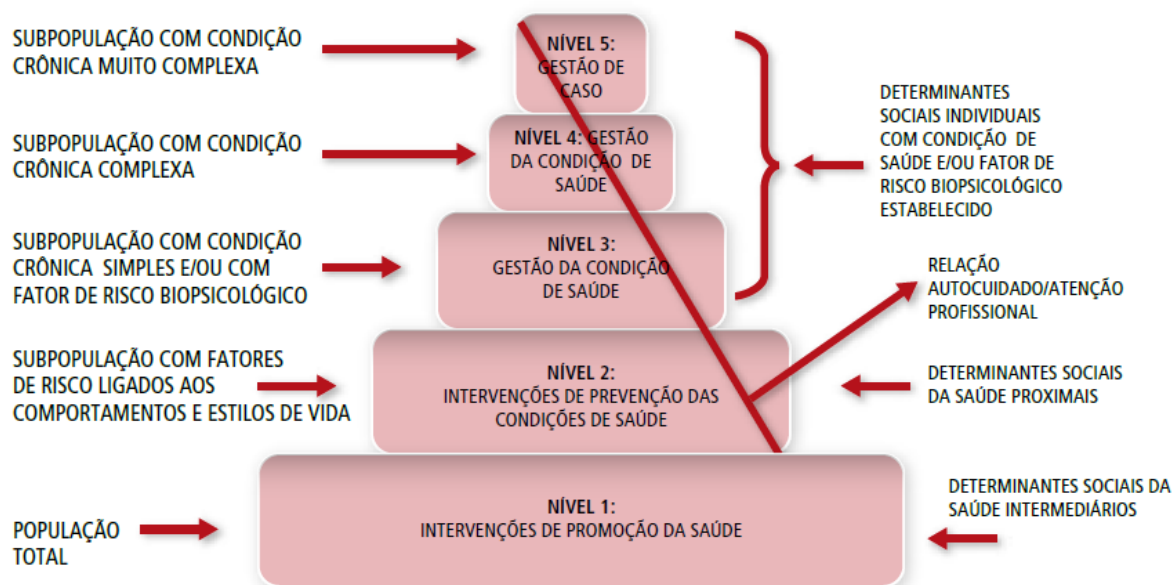


Figura 3: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto para o SUS.
 Fonte: Mendes, 2011.

Nessa perspectiva a gestão da condição de saúde é entendida como o processo de gerenciamento de um problema de saúde já estabelecido, através de um conjunto de estratégias que busquem minimizar os riscos para os indivíduos. Já a gestão do caso corresponde ao processo cooperativo que se estabelece entre um profissional – gestor do caso – e um indivíduo que apresenta uma condição de saúde muito complexa (MENDES, 2011).

3.3.2 As Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

Embora a concepção de rede tenha sido prevista quando da publicação da CF de 1998, o marco legal para o processo de consolidação das RAS no âmbito do SUS foi a Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que passou a compor a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017. Segundo a norma, a RAS corresponde aos “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (BRASIL, 2017b).

O objetivo das RAS, no Brasil, é efetivar os princípios e diretrizes do SUS e promover melhoria da qualidade dos processos realizados, garantindo resultados eficientes em saúde. Para tanto, a APS exerce um papel central na comunicação com os demais pontos da rede de atenção

e responsabiliza-se pela continuidade e plenitude do cuidado (SILVA, 2013).

Os fundamentos para se garantir a resolutividade do sistema integrado de saúde são: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos; construção de integração vertical e horizontal dos serviços da rede; realização de processos de substituição, otimizando o uso dos recursos públicos nos serviços de saúde; definição das RS/áreas de abrangência; e, estruturação dos níveis de atenção à saúde segundo as densidades tecnológicas singulares (SANTOS, 2013).

A referida Portaria descreve ainda: os atributos essenciais para o funcionamento das RAS; estratégias de microgestão dos serviços; os elementos constitutivos da rede – população e região de saúde; estrutura operacional (APS, pontos de atenção secundário e terciário, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança); e, modelo de atenção à saúde –; além de diretrizes e os caminhos para a organização e estruturação da RAS (BRASIL, 2017b).

Porém, alguns desafios vêm sendo apresentados para a efetivação das redes de atenção no âmbito do SUS, tais como: o esgotamento da forma de expansão dos serviços de saúde; a cobertura insuficiente para atender plenamente as necessidades dos usuários; o baixo financiamento do SUS; a precarização dos contratos de trabalho dos profissionais da saúde; a manutenção do modelo de saúde centrado em procedimentos; a falta de articulação entre as esferas de governo; a integração de um modelo assistencial no qual a atenção primária tenha centralidade; as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público; e os problemas na gestão e na regulação pública do sistema de saúde (BADUY et al., 2011; SILVA, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013; ARRUDA et al., 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

A regionalização, portanto, se apresenta como uma alternativa para superar a fragmentação do sistema de saúde. Para tanto, há necessidade de maior regulação dos serviços de saúde públicos e privados, melhorar o financiamento para o setor saúde, aprimorar a formação profissional, continuar a luta em defesa da saúde como um direito de cidadania, qualificar a APS para os desafios apresentados pela coordenação das redes temáticas de atenção à saúde, organizar adequadamente os pontos especializados das RAS e favorecer a interação entre os entes federativos (SHIMIZU, 2013; SANTOS, 2017).

Apenas com a regionalização será possível a implantação das RAS de forma sistêmica e resolutiva. A legitimidade das RS é fundamental para romper com a lógica da segmentação das ações e serviços de saúde. A geração de unidades regionais equitativas depende da criação de colegiados intergovernamentais responsáveis pelo planejamento e gestão regional

(SANTOS; CAMPOS, 2015; SILVEIRA FILHO et al., 2016).

Outras propostas que vêm sendo apontadas para a consolidação de redes efetivas e de qualidade, envolvem: i) a educação permanente dos trabalhadores; ii) a criação e implantação de protocolos assistenciais; iii) o emprego de métodos baseadas na gestão da clínica; iv) a adoção de sistema de regulação; v) e, o apoio à rede por equipe de assessores técnicos, consolidando a interlocução da rede (BADUY et al., 2011; SILVA, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

O processo de estruturação de uma RAS deve pautar-se, ainda, nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para atendê-los, organizada na lógica regional (MENDES, 2010). Neste sentido, após discussão em grupos técnicos do MS e pactuação tripartite, foram definidas áreas temáticas prioritárias para implantação das RAS no Brasil¹, conforme demonstrado na Figura 4. Nessa concepção, uma rede temática pode ser dividida em sub-redes ou em linhas de cuidado.

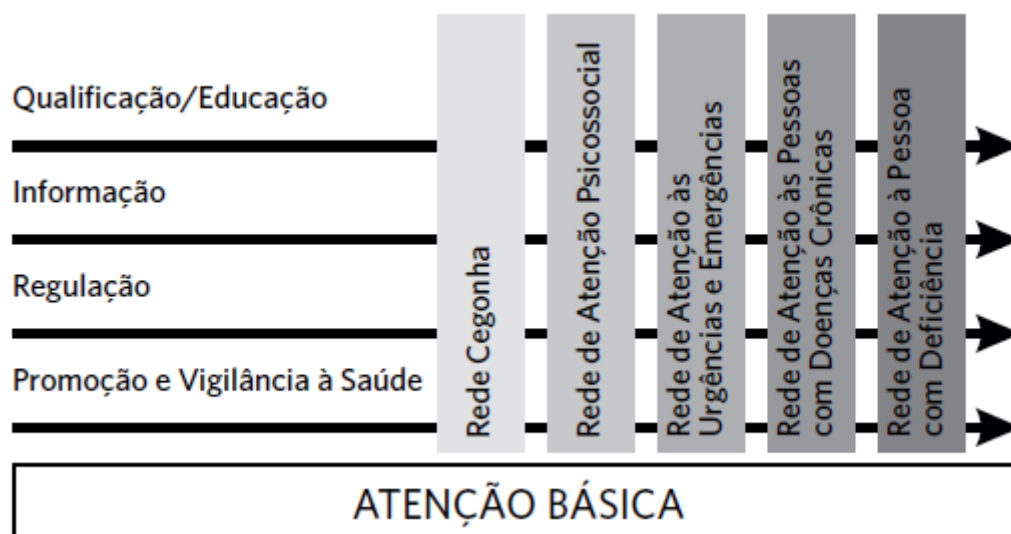


Figura 4: Redes temáticas prioritárias de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Fonte: Magalhães Junior, 2014.

Desde 2010, com a publicação da Portaria n.º 4.279, a implantação das RAS e o fortalecimento da Atenção Básica (AB)² passaram a ser as prioridades da agenda assistencial no SUS (MAGALHÃES JUNIOR, 2014). Assim algumas sub-redes passaram a ser

¹ Informações disponibilizadas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria

² Cabe destacar que recentemente alterações significativas foram realizadas na Política Nacional de Atenção Básica, gerando retrocesso, em importantes avanços logrados.

implantadas, dentre elas a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase na prevenção e controle do câncer. Maior detalhamento sobre esta norma e seus antecedentes serão realizados no subcapítulo seguinte.

3.4 AS REDES DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E O CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

O processo de definição da RAO, considerada prioritária para o SUS, se deu em função de razões epidemiológicas e assistenciais (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A situação do câncer no Brasil e no mundo é bastante alarmante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) são previstos para 2030 aproximadamente 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de óbitos por esta causa e 75 milhões de sobreviventes com a doença (WHO, 2014). No Brasil projetaram-se para os anos de 2016 e 2017 a ocorrência de aproximadamente 596.070 novos casos de câncer por ano (INCA, 2015). A Figura 5 apresenta a frequência dos cânceres mais incidentes estimados para 2016, entre homens e mulheres, excetuando-se o câncer de pele do tipo não melanoma.


Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
			Homens	Mulheres	Mama feminina	57.960	28,1%
Próstata	61.200	28,6%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Colo do útero	16.340	7,9%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Estômago	12.920	6,0%			Estômago	7.600	3,7%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Esôfago	7.950	3,7%			Ovário	6.150	3,0%
Bexiga	7.200	3,4%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Laringe	6.360	3,0%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Leucemias	5.540	2,6%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%					

Figura 5: Distribuição proporcional dos cânceres mais incidentes estimados para a população brasileira no ano de 2016, segundo sexo, excetuando os casos de pele do tipo não melanoma. Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2015.

Apesar do significativo aumento da incidência de câncer, no Brasil e no mundo, a incorporação de novos medicamentos e outras alternativas terapêuticas vêm proporcionando um aumento da sobrevida dos pacientes oncológicos, exigindo uma reorientação das ações e serviços de saúde (WUNSCH FILHO et al., 2008; TORRE et al., 2016). Oliveira et al. (2011) descrevem que embora o câncer seja a segunda causa de morte no Brasil, as estratégias para seu controle enfrentam problemas na organização e no desenvolvimento das ações e serviços de

saúde. Caracterizam o câncer como um problema de saúde pública não apenas pelo aumento da incidência e da mortalidade, mas também pela dificuldade existente em garantir a equidade no acesso ao sistema de saúde do diagnóstico ao tratamento da doença. Sobre este ponto, as desigualdades regionais de acesso parecem estar influenciando os desfechos em oncologia, nas diferentes regiões do país (GUERRA et al., 2017). O entendimento sobre essas fragilidades do sistema de saúde no controle do câncer perpassa pela compreensão de aspectos histórico-contextuais.

3.4.1 Um breve histórico sobre as políticas de controle do câncer no Brasil

Enquanto nas primeiras décadas do século XX os países desenvolvidos identificavam o câncer como um problema de saúde pública e implementavam medidas para o seu controle, no Brasil as endemias ocupavam a agenda das políticas de saúde. A primeira proposta governamental de uma política de combate ao câncer se deu em 1920. Seu arcabouço envolvia, basicamente, o processo de notificação compulsória dos casos identificados e do registro do câncer como causa de óbito (BRASIL, 2006b).

O perfil epidemiológico do câncer naquela época, resultado das notificações e registros, levou a criação de unidades específicas para o tratamento de pacientes a partir de parcerias firmadas entre instituições filantrópicas e a iniciativa pública e o desenvolvimento de ações públicas que objetivavam ampliar o conhecimento da população sobre medidas de prevenção sobre o câncer. Essas iniciativas, porém, eram esporádicas e foram descontinuadas até o final dos anos 30 (TEIXEIRA, 2009).

Embora investimentos governamentais tenham sido engendrados no início da década de 30 em prol da estruturação de uma unidade hospitalar destinada exclusivamente ao tratamento e ao estudo sobre o câncer, e tenha sido publicada em janeiro de 1937 a Lei n.º 378¹ criando o Centro de Cancerologia, no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2006b), apenas em 1941 é que surgiu o Serviço Nacional de Câncer (SNC) responsável por organizar, orientar, fiscalizar e executar as atividades relacionadas ao câncer, em todo o país (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A denominada Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC), de responsabilidade do SNC, envolvia os seguintes eixos norteadores:

... a pesquisa sobre a etiologia, a epidemiologia, a profilaxia, o diagnóstico e a terapêutica; as ações preventivas; a propagação

¹ BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 378, de 13 de Janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública

dos exames de saúde periódicos e da importância do diagnóstico precoce; o tratamento e a vigilância dos recuperados; e o internamento dos cancerosos necessitados (TEIXEIRA, 2010; p. 23).

Segundo Teixeira (2010), durante a década de 40 o SNC teve uma atitude bastante tímida, apesar da amplitude das suas responsabilidades, limitando-se a buscar incorporar instituições filantrópicas à CNCC. As instituições que se integravam a campanha passavam a receber ajuda técnica do SNC e auxílio financeiro do MS.

No início dos anos 50, o SNC ampliou o seu foco de atuação privilegiando ações destinadas ao diagnóstico precoce do câncer. Essa estratégia chamou a atenção dos legisladores, garantindo maior aporte financeiro para as ações da campanha de combate ao câncer e para a fundação da sede do SNC, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 1957 (BRASIL, 2006b).

O fortalecimento e a ampliação das ações organizadas pelo SNC permitiram que os especialistas em oncologia passassem a perceber o câncer como um problema social, a partir da década de 60. Com essa nova concepção, a identificação dos determinantes sociais do câncer e a adoção de medidas de prevenção passaram a ganhar relevância. Neste sentido, a publicação de uma nova legislação parecia se fazer necessária (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). O final dos anos 60, porém, foram marcados por uma involução dessa visão devido à lógica privatista, médico-hospitalocêntrica e de medicina liberal que se instaurou no Brasil após o golpe militar de 1964, levando a extinção do SNC em 1970 (BRASIL, 2006b).

A compra de serviços privados para o tratamento de pacientes com câncer no início dos anos 70, passou a ser uma prática. Em que pese a ampliação do atendimento, poucos resultados efetivos foram observados, devido à desorganização do sistema e a inexistência de ações preventivas nesse período. Em 1973 foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), com o objetivo de coordenar as ações nacionais relacionadas ao câncer (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). Com o intuito de apoiar o planejamento das ações de combate ao câncer, foi previsto a construção de um registro nacional de câncer e implementado o processo de reembolso por procedimentos executados fora do setor público. Este artifício despertou grande interesse de instituições privadas pela realização de ações de diagnóstico e tratamento do câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Em 1975, o PNCC foi substituído pelo Programa de Controle do Câncer (PCC), com o objetivo de aumentar a cobertura previdenciária e integrar ações de combate ao câncer. Este programa vigorou até 1980 (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

O início dos anos 80 foi marcado pelas estratégias de cogestão gerencial e administrativa entre o MS e Ministério da Previdência e Assistência Social. Como tática, foi criado por uma

comissão interministerial o Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), que reunia 25 unidades hospitalares de câncer com o objetivo de realizar um atendimento mais abrangente e de qualidade. Além disso, em 1987 foi implementado o Programa de Oncologia (Pro-Onco) com o objetivo de implementar ações nacionais relacionadas a informação, prevenção, diagnóstico e controle do câncer. Após a publicação da CF de 1988, o INCA passou a ser responsável pelas ações nacionais de controle do câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

A década de 90 foi um período de grandes transformações devido à criação do SUS, conforme exposto anteriormente. No que tange ao controle do câncer, o Pro-Onco passou a ser gerenciado pelo INCA, ampliando as suas ações (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). Em 1992, foi criado o Conselho Consultivo do INCA (Consinca) que passou a ser o responsável pela elaboração de normas para a assistência oncológica no país. Institucionalmente o INCA configurou-se como um centro de referência para estudo e tratamento do câncer no país (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). A primeira iniciativa regulatória da alta complexidade em oncologia no Brasil foi a Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993a). A norma descrevia critérios para o cadastramento de hospitais para a realização de procedimentos de alta complexidade na área oncológica e fluxos para a efetuação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Em 1998, com o intuito de favorecer a integração dos serviços de oncologia foi publicada a Portaria n.º 3.535, que atualizou os critérios mínimos para cadastramento de centros de atendimento de oncologia (BRASIL, 1998a). De acordo com o documento: os serviços poderiam ser classificados como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do tipo I, II ou III, dependendo do seu nível de especialização e do perfil de atendimento – local, regional e/ou nacional – ou como serviço isolado de quimioterapia e/ou radioterapia; e, as estimativas de necessidades de prestadores de serviço passou a considerar a base populacional – sendo previsto um CACON para cada 550.000 habitantes. Outro documento importante, publicado no mesmo ano, foi a Portaria n. 3.536, que definiu as novas regras para autorização, cobrança e pagamento de procedimentos quimioterápicos e radioterápicos (BRASIL, 1998b). Assim, a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC) passou a ser adotada no sistema de atenção ao câncer.

O conjunto de normatizações publicados nos anos 90 favoreceu a ampliação da rede prestadora de serviços isolados de quimioterapia e radioterapia no país, que ofereciam apenas assistência ambulatorial aos pacientes. A ausência de cobertura hospitalar por parte destas unidades comprometia a continuidade do cuidado ao paciente oncológico. Esta segmentação,

ao contrário do que propunham as normas de 1998, retardavam o acesso dos pacientes a determinados procedimentos e diminuía as possibilidades de cura e de sobrevivência (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Em 2002, a OMS publicou diretrizes políticas e de gestão para Programas Nacionais de Controle de Câncer. O guia descreve que um programa nacional deve estar projetado para reduzir a incidência e mortalidade de câncer e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Descreve ainda que um bom programa deve utilizar os recursos de maneira adequada e eficiente, além de garantir resultados equitativos. Para tanto, deve enfatizar ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (WHO, 2002).

Tendo por base essas prerrogativas, em 8 de dezembro de 2005 foi publicada a Portaria n.º 2.439, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Este documento trouxe no seu escopo, aspectos relativos à organização de linhas de cuidado, envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para pacientes com câncer. Além disso, é destacada a importância de se favorecer a integração dos serviços e implementar RAO. Ações de ensino, pesquisa, incorporação de tecnologias, vigilância e informação em saúde também são tratados na norma (BRASIL, 2005a).

Os parâmetros para planejamento e avaliação da rede assistencial de oncologia passaram a ser estabelecidos pela Portaria n.º 741, de 19 de dezembro de 2005. Em seus anexos, requisitos mínimos estruturais para a inscrição de serviços de saúde, que prestam assistência oncológica, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram estabelecidos. Alterações no critério de cálculo para a cobertura assistencial foram implantadas, deixando-se de empregar a base populacional e passando-se a utilizar a incidência anual – uma unidade para cada 1.000 novos casos. A tipologia de habilitação das unidades passou a ser a seguinte: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), CACON e CACON de referência. Nessa nova lógica, novos serviços isolados de quimioterapia e/ou radioterapia não poderiam ser habilitados e maior rigidez nos critérios de manutenção dos já existentes foram estabelecidos (BRASIL, 2005b).

No que tange aos serviços de quimioterapia, a Portaria n.º 741/2005 considerou os critérios estabelecidos na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 220, de 21 de setembro de 2004. Este documento estabeleceu o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica e instituiu e definiu as responsabilidades da Equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica (EMTA), constituída, no mínimo, por médico especialista, farmacêutico e enfermeiro (BRASIL, 2004a).

Percebe-se que nesse período, o problema do câncer ganha maior notoriedade e centralidade nas políticas públicas (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012). Tanto que, em 2006, no Pacto pela Saúde, a atenção oncológica foi referida como uma das prioridades no arcabouço do Pacto pela Vida, envolvendo o estabelecimento de ações de combate ao tabagismo e para a redução da mortalidade pelos cânceres de colo de útero e mama (BRASIL, 2006a). Já em 2008, no programa *Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011* foram priorizados investimentos para a expansão das ações de rastreamento e dos serviços de assistência oncológica de alta complexidade (BRASIL, 2008a).

Seguindo essa medida, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, publicado em 2011, buscou fortalecer as ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento visando reduzir a mortalidade pelos cânceres de colo de útero e de mama (BRASIL, 2011c). Em 2012, com a publicação da Lei n.º 12.732 ficou estabelecido que o paciente com câncer tem que iniciar o seu primeiro tratamento, no âmbito do SUS, em no máximo 60 dias após o seu diagnóstico definitivo (BRASIL, 2012b).

Em que pese os avanços alcançados com a implementação da PNAO e das demais estratégias no âmbito do SUS, fragilidades no sistema de atenção à saúde, refletindo em atrasos no diagnóstico e tratamento dos pacientes e em resultados negativos aos pacientes, continuavam sendo observados (TRUFELLI et al., 2008; SOARES et al., 2012; BARROS; UEMURA; SOARES, 2013). Neste sentido, repensar a forma de organizar a rede de atendimento ao paciente oncológico, buscando assegurar o alcance da integralidade do cuidado se demonstrou necessário.

3.4.2 A política para prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foi instituída a partir da publicação da Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013, que substituiu a PNAO, e que passou a compor a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, como Anexo IX (BRASIL, 2017c). O objetivo da política é reduzir a mortalidade e as incapacidades provocadas pelo câncer, além de reduzir a incidência de alguns tipos de neoplasias e promover melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos

Ao reconhecer o câncer como uma doença crônica prevenível e que necessita de cuidado

integral, o documento amplia o olhar sobre o problema e dá o mesmo peso para as diversas dimensões de ações que podem ser desenvolvidas no âmbito da rede.

Quanto à organização da rede, a norma estabelece que a mesma deve ser estruturada de acordo com os princípios da regionalização e da descentralização, respeitando os fundamentos de acesso e de economias de escala e escopo.

Para o funcionamento pleno da rede, ainda se faz necessário: estabelecer medidas para formação de profissionais com intuito de atuarem adequadamente nos diversos pontos da rede de atenção, realizar articulações intersetoriais e garantir a participação social, e avaliar adequadamente a incorporação e o uso de tecnologias.

No que tange à promoção da saúde são destacadas diretrizes destinadas à identificação e intervenção, por meio de ações conjuntas com outros setores, sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer, tais como: a melhoria dos hábitos alimentares; os incentivos para a realização de prática de atividades físicas e corporais; o enfrentamento aos danos produzidos pelos agrotóxicos; e, o combate ao tabagismo, ao uso de álcool, ao sobrepeso e a obesidade.

Em relação às medidas de prevenção do câncer, o documento enfatiza a necessidade de eliminar, reduzir e controlar os fatores de risco relacionados à doença, além de intervir sobre os determinantes sociais do câncer e realizar ações de detecção precoce.

O estabelecimento de mecanismos voltados à vigilância, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e dos seus fatores de risco e de proteção, também são colocados como prioritários na política.

No que se refere ao cuidado integral devem ser realizadas ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidado paliativo. Esse conjunto de ações deve ser ofertado de forma oportuna e segura, e de acordo com a necessidade do usuário e com diretrizes baseadas em evidência, evitando-se rupturas no atendimento.

O documento apresenta, também, as responsabilidades das esferas de gestão do SUS, em níveis federal, estadual e municipal. Neste ponto, são enfatizados mecanismos para articulação e cogestão da RAO, focadas no princípio da regionalização. Por outro lado, as responsabilidades para o nível municipal são muito gerenciais e operativas, na tentativa de garantir o princípio da descentralização. A dialética que se estabelece entre esses dois princípios, no documento, se não bem compreendida pelos gestores, pode acabar comprometendo a integração do sistema e os objetivos da política.

Além disso, são apresentados os mecanismos de planejamento, avaliação e

monitoramento que devem ser realizados, e as fontes de financiamento para a RAO.

Quanto à estrutura operacional, a PNPCC suporta todos os componentes previstos no referencial teórico das RAS. De maneira mais específica, um conjunto de responsabilidades são atribuídas à APS, envolvendo ações de promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, coordenação e manutenção do cuidado dos usuários com câncer, registro de informações sobre as ações de controle, atenção domiciliar e participação em cuidados paliativos. No que tange às responsabilidades da APS na atenção ao câncer, ressalta-se que a capacitação é uma condição necessária. Tomasi et al. (2015), por exemplo, destacaram que as equipes de APS precisam ser qualificadas para a realização adequada do rastreamento do câncer de colo uterino. Por ser o câncer uma área temática muito especializada e considerando o longo processo de fragmentação existente no sistema de saúde brasileiro, tradicionalmente muitas das ações propostas para a APS eram realizadas por outros níveis de atenção.

O segundo componente da estrutura operacional da RAO é a atenção domiciliar. Trata-se de um constituinte específico para essa rede temática. As suas responsabilidades envolvem: a realização de cuidados paliativos; o atendimento e apoio aos pacientes, familiares e cuidadores; o controle dos sintomas do câncer – com ênfase na dor oncológica; e, a promoção da qualidade de vida e da dignidade para os pacientes e familiares. Mendes; Vasconcellos (2015) ao analisarem a relação entre cuidados paliativos para o câncer e os princípios doutrinários do SUS descrevem que a rede de cuidados paliativos ainda não está suficientemente desenvolvida para responder adequadamente as demandas da PNPCC, e indicam a necessidade de investimento e qualificação profissional para atuação neste ponto de atenção.

A atenção ambulatorial e hospitalar especializada é considerada o terceiro componente da estrutura operacional dessa rede. Ações de diagnóstico e terapêutica, tratamento de lesões precursoras e atendimento às urgências e agudizações do câncer, são as responsabilidades destes serviços. Estes serviços além de atuarem integrados entre si e com os demais componentes da rede, devem se articular com as demais redes temáticas para que se garanta a atenção integral em saúde, considerando o significativo número de comorbidades apresentadas pelos pacientes oncológicos e o curso da doença.

A Figura 6 demonstra o processo articulado necessário ao tratamento do paciente com câncer, de forma a promover integração da rede assistencial e o trabalho integrado de equipes de saúde, em prol do atendimento qualificado ao paciente oncológico (BORRAS et al., 2014; SILVA, MORAES, 2017).

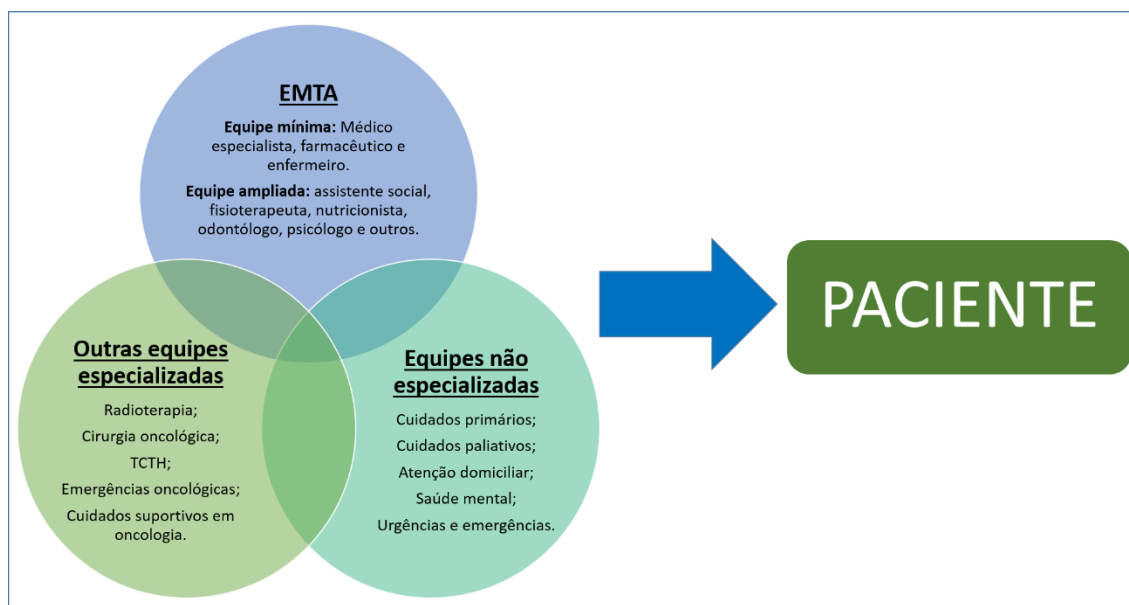


Figura 6: Atuação interdisciplinar, em diversos níveis de atenção à saúde para promoção do cuidado integral ao paciente oncológico.

Legenda: EMTA: Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica; TCTH: Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas

Fonte: SILVA; MORAES, 2017.

Os critérios para habilitação de estabelecimentos de saúde para atendimento oncológico foram redefinidos, com a publicação da Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014. A tipologia adota a seguinte classificação: CACON, UNACON e Serviço de Complexo Hospitalar (BRASIL, 2014a).

O CACON corresponde ao estabelecimento que realiza consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e todas as modalidades de tratamento, inclusive cuidados paliativos, para todos os tipos de câncer, podendo (CACON com serviço de oncologia pediátrica) ou não atender crianças e adolescentes.

A UNACON é o serviço que realiza consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e tratamento por cirurgia, oncologia clínica e cuidados paliativos para os cânceres mais prevalentes no Brasil, podendo (UNACON com serviço de radioterapia) ou não realizar radioterapia de seus usuários. Caso não realize radioterapia na unidade, o paciente deverá ser adequadamente referenciado para outro estabelecimento. A UNACON poderá ainda ser habilitada como: UNACON com serviço de hematologia – caso trate tumores hematológicos; UNACON com serviço de oncologia pediátrica – se realizar atendimento de crianças e adolescentes; UNACON exclusiva de hematologia; UNACON exclusiva de oncologia pediátrica.

Os serviços de complexo hospitalar correspondem aos serviços de radioterapia de complexo hospitalar ou a hospitais gerais que realizam cirurgia oncológica, que podem se vincular, dentro de uma mesma regional de saúde, a um CACON ou a um UNACON para a realização de procedimentos específicos que favoreçam o acesso do paciente e a continuidade do cuidado.

A Portaria n.º 140/2014 altera novamente o parâmetro para cobertura de serviços, voltando a empregar a base populacional para cálculo, sendo definido como critério um estabelecimento para cada 500.000 habitantes. Essa alternativa se deu devido à inexistência de informações sobre incidência de câncer segundo município ou região de saúde, o que inviabilizaria dimensionar o número de unidades de saúde necessárias para o tratamento do câncer.

A Figura 7 apresenta de forma esquemática a estrutura operacional da RAO, de acordo com os elementos previstos na PNPCC.

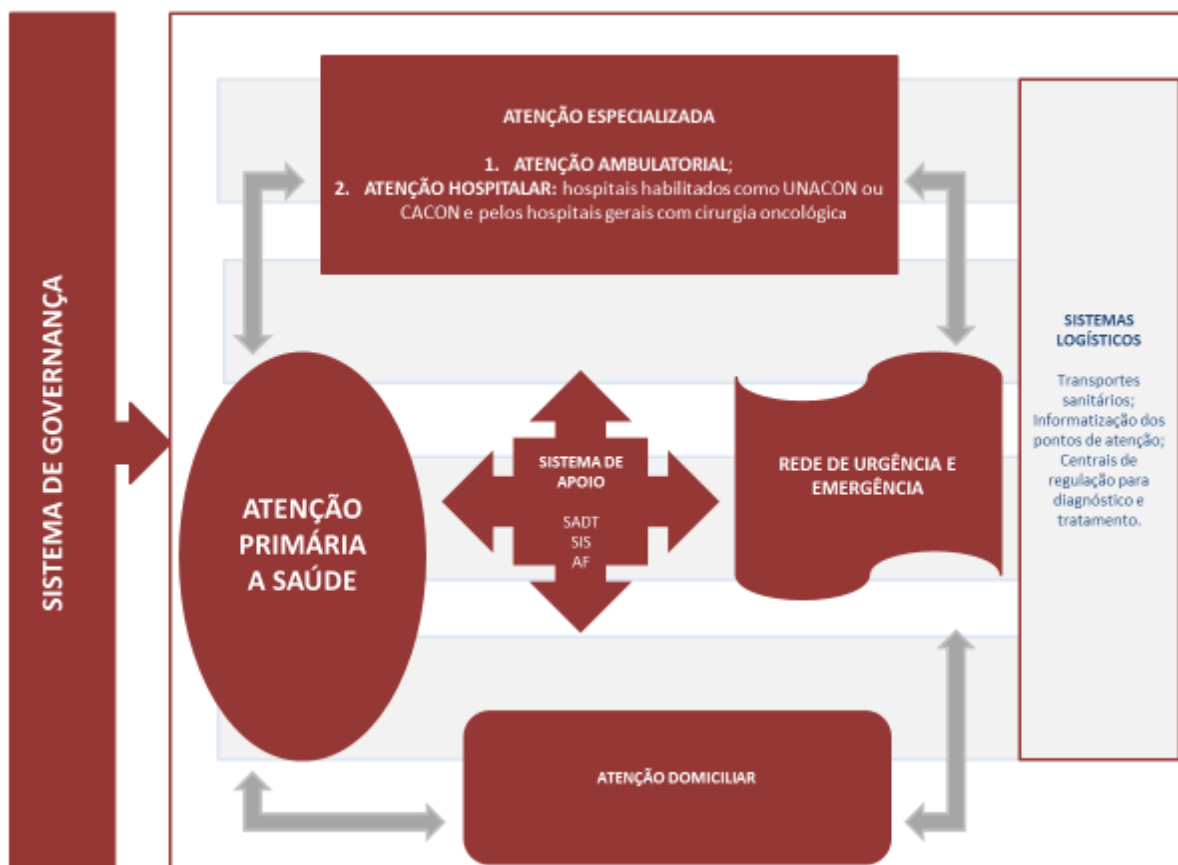


Figura 7: Estrutura operacional da Rede de Atenção Oncológica.

Legenda: AF: Assistência Farmacêutica; CACON: centro de alta complexidade em oncologia; SADT: Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; SIS: Sistemas de Informação em Saúde; UNACON: unidade de alta complexidade em oncologia.

Fonte: Adaptado de SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2017.

O modelo de atenção é considerado por Mendes (2010; 2011) e pela PNPCC (BRASIL, 2017c) um elemento constituinte central da RAS. Segundo Clough; Kamal (2015), a existência de um modelo de atenção em oncologia (*Cancer Care Model*) melhora a qualidade do cuidado e reduz custos com o tratamento. Porém, é importante destacar que a PNPCC não detalha, de forma suficiente, o modelo de atenção que deve ser adotado para o controle do câncer no país, sendo bastante genérica na apresentação desta concepção.

Em relação com este ponto, destaca-se que foram publicados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia (PCDT-Onco) (BRASIL, 2014b). Em que pese a importância do documento, este não constitui esboço de um modelo de atenção, e nem o substitui, sendo apenas uma parte do todo. Destaca-se que o modelo deve ser utilizado na perspectiva do sistema de atenção e o PCDT-Onco teria sua aplicabilidade nos serviços.

A ausência do modelo de atenção pode significar uma importante lacuna para a consolidação da política de controle do câncer e para a organização da AF em oncologia.

3.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ONCOLOGIA: UM DEBATE NECESSÁRIO

Segundo a PNPCC, a AF deve atender as necessidades do tratamento oncológico, de acordo com o plano regional de organização das linhas de cuidados dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS (BRASIL, 2017c). Sendo assim, a AF pode ser compreendida como um (sub)componente diagonal e essencial para os demais pontos de atenção da rede devendo atuar de forma articulada, com estes, em prol da integralidade do cuidado e da efetividade e qualidade da assistência prestada. Para tanto, a efetivação da AF como política pública se faz necessária.

Nesta perspectiva, a AF vem sendo definida como um

... conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2017d).

É, portanto, parte indissociável da atenção à saúde e os resultados das ações e serviços

farmacêuticos prestados terão reflexo direto sobre a situação de saúde da população. Como parte integrante da política de saúde, é reconhecida como uma área estratégica do sistema de saúde que oferece suporte para as intervenções terapêuticas desenvolvidas nos serviços de saúde, envolvendo procedimentos técnicos, administrativos e científicos (BRASIL, 2014c).

Considerando sua complexidade, as atividades da AF deverão ser realizadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Esta articulação necessária pode se constituir em um grande limite para a efetivação desta política na conjuntura do SUS, devido à dificuldade de integração das ações e serviços de saúde (TAVARES; PINHEIRO, 2014).

As ações e serviços farmacêuticos em oncologia deve ocorre em diversos níveis (macropolítica, macrogestão e microgestão), de forma articulada e integrada (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2017). No contexto macropolítico, as atividades estão direcionadas, especialmente, ao estabelecimento de princípios e diretrizes que busquem, em linhas gerais, garantir o acesso e a racionalidade do uso dos medicamentos antineoplásicos. Na lógica da gestão, para ser eficiente, a AF deve ser integrada ao cuidado prestado, englobando duas grandes vertentes complementares, uma relativa à gestão técnica da AF (macrogestão) e a outra à gestão clínica do medicamento (microgestão), que auxiliam na obtenção de resultados clínicos, econômicos e humanísticos positivos (MENDES, 2010; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2014c), conforme demonstrado na Figura 8.



Figura 8: Estruturação da Assistência Farmacêutica em Oncologia.

Legenda: RH: Recursos Humanos

Fonte: SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2017.

A estruturação da AF em oncologia, no entanto, é atravessada por uma diversidade de fatores contextuais relacionados a própria organização da área de forma mais generalista. Em que pese os avanços identificados da AF no Brasil, em termos de organização e financiamento (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012; BRASIL, 2014c; ALEXANDRE et al., 2015), estudos têm demonstrado uma série de questões relacionadas à qualificação da AF no âmbito do SUS (ARAÚJO et al., 2017a; FALEIROS et al., 2017; VIDAL et al., 2017), tais como: 1) problemas relativos à qualidade dos serviços de farmácia; 2) insuficiência de financiamento; 3) formação profissional em dissonância com as necessidades do SUS; 4) demandas judiciais por medicamentos; e, 5) dificuldades de acesso e continuidade do tratamento.

A avaliação da AF no Brasil realizada em 2004 destacou problemas relativos à gestão dos medicamentos e quanto ao seu uso racional (OPAS, 2005). Esta situação parece se perpetuar. Vieira (2008) ao analisar a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil identificou que 90,3% dos municípios fiscalizados pela Controladoria Geral da União, entre 2004 e 2006, apresentaram algum tipo de problema na AF. A análise da gestão de AF de 36 municípios brasileiros, referente ao ano de 2009, apontou fragilidades relativas as diversas atividades que são realizadas (VIEIRA; ZUCCHI, 2015). Em sua maioria, os serviços estão centrados em dispensar/distribuir medicamentos, como forma exclusivamente de atender as demandas provenientes do atendimento médico, reforçando o modelo curativo do sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO et al., 2017b). Esse modelo não atende à dimensão da integralidade do cuidado previsto para o SUS, particularmente quando pensamos no paciente com câncer.

A garantia de acesso aos medicamentos essenciais, ou seja, fármacos fundamentais para atender às necessidades prioritárias de saúde de uma população é um ponto estruturante da AF. Para tanto é fundamental que se realize um processo adequado de seleção de medicamentos e se adote uma lista de medicamentos essenciais (MAGARINOS-TORRES et al., 2014). Porém, entre 2012 e 2017, a Rename (BRASIL, 2017e) não apresenta em sua lista os medicamentos que devem ser empregados para o tratamento das neoplasias, e nem os fármacos destinados ao controle da dor e aos cuidados paliativos, conforme preconiza a lista de medicamentos essenciais da OMS (WHO, 2017a; WIRTZ et al., 2017). Apesar da publicação dos PCDT-Onco (BRASIL, 2014b), a lacuna existente na Rename – comprometendo a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos – particulariza o acesso e promove iniquidades na terapêutica do câncer, contrapondo-se aos pressupostos do Decreto 7.508/2011.

Aos problemas originados na pluralidade e nas contradições presentes nas normas em

vigor, soma-se o sistema de financiamento da AF ora praticado. Ambos privilegiam nortear a disponibilização de medicamentos com pouca ênfase na qualificação e estruturação dos serviços, comprometendo a qualidade da assistência prestada (ARAÚJO et al., 2008; VIEIRA; ZUCCHI, 2013; FALEIROS et al., 2017). É necessário, portanto, reorganizar as ações e serviços da AF com o intuito de atender as necessidades dos usuários do SUS.

Essa mudança passa necessariamente pela reorientação do mecanismo de financiamento da AF vigente. Até 2017, o bloco de financiamento da AF estava regulamentado pela Portaria n.º 204/2007 e suas alterações. Neste modelo, a AF é financiada através de recursos destinados a três componentes denominados: básico, estratégico e especializado (BRASIL, 2007). Destaca-se que este financiamento não contempla os medicamentos utilizados na atenção hospitalar ou os quimioterápicos empregados no tratamento do câncer. Além disso, este formato de financiamento está centrado no processo de abastecimento, não havendo recursos para a estruturação e qualificação dos serviços de farmácia (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Vieira; Zucchi (2013) apontam que em 2009 as despesas com medicamentos, das três esferas de governo, ultrapassaram o montante de 8,9 bilhões de reais e o investimento no Programa Farmácia Popular passou de 437,8 milhões de reais. Porém, os recursos destinados à estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos foram de apenas 10,1 milhões de reais, neste mesmo período, ou seja, apenas 0,18% do financiamento para a aquisição de medicamentos.

Os medicamentos utilizados no tratamento do câncer são financiados com recursos das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC-Onco) (VIEIRA, 2009b). Porém, mensurar os gastos com esses produtos parece impossível, pois, o financiamento é realizado para um bloco de atividades e não permite a identificação dos medicamentos que foram utilizados (VIEIRA; ZUCCHI, 2013). Frente a esta dificuldade e ao fato de que os medicamentos de câncer não estão listados na Rename, a estimativa de gastos é inviável até o momento, comprometendo o planejamento da AF em oncologia.

Embora o câncer não tenha seu tratamento contemplado dentro dos componentes do bloco de financiamento da AF, os medicamentos mesilato de imatinibe, trastuzumabe e L-asparaginase estão sendo adquiridos pelo MS, por meio do Componente Especializado da AF (CEAF), e estão sendo distribuídos as Secretarias de Estado da Saúde e, dessas, aos hospitais habilitados em oncologia no SUS (MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016).

Em 30 de janeiro de 2013, o protocolo do uso do trastuzumabe foi instituído a partir da publicação da Portaria n.º 73, incluindo os procedimentos para utilização do trastuzumabe na

tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS no grupo 6 (medicamentos) e subgrupo 4 (CEAF). E em 27 de março de 2013, houve a publicação da Portaria n.º 312 que instituiu o protocolo para uso do mesilato de imatinibe para o tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto. Porém, os critérios para financiamento desses medicamentos não são claros na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2017d), apontando para uma desarticulação entre as normatizações vigentes no país.

É sabido que a incorporação de medicamentos gera um impacto significativo nos gastos em saúde. Desta forma, uma das medidas adotadas pelo governo federal é a centralização da aquisição de medicamentos como uma estratégia para minimizar os gastos com a farmacoterapia (VIEIRA; ZUCCHI, 2013; MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016). Porém, a utilização dos recursos do CEAF para a compra de medicamentos que não estão incluídos no seu rol parece ser um mecanismo frágil, considerando que esta ação implica em diminuição de investimentos para a aquisição de medicamentos especializados. Lima-Dellamora; Caetano; Osorio-de-Castro (2013) ao examinarem a dispensação de medicamentos do CEAF em pólos do Estado do Rio de Janeiro identificaram falta destes insumos em algumas unidades, podendo este fato ser reflexo do uso dos recursos do CEAF para aquisição de medicamentos de outra natureza.

Para além da falta de medicamentos, a existência de problemas na infraestrutura dos serviços de farmácia, baixa adesão da equipe aos protocolos terapêuticos e clínicos e pouca interação entre os profissionais, também foram observados em pólos de dispensação de medicamentos do CEAF (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2013). O envolvimento do farmacêutico, exclusivamente, em atividades relativas à gestão de medicamentos dificulta a interação deste profissional com a equipe de saúde e promove fragmentação do cuidado (ROVER et al., 2016). De acordo com o estudo, parte destes problemas tem origem na insuficiência de recursos financeiros destinados à organização e ao planejamento dos serviços, e na formação profissional que não fornece subsídios para a atuação clínica do farmacêutico.

A qualidade da formação do profissional farmacêutico para atuação no SUS foi objeto de estudo de Nicoline; Vieira (2011). Os autores destacam que farmacêuticos recém-graduados não estão preparados para atuar no SUS, devido à complexidade inerente ao sistema e as dificuldades em compreender aspectos relacionados à gestão, à intersetorialidade e ao controle social no setor saúde. O estudo revelou que as mudanças curriculares adotadas não estão sendo

suficientes para a percepção, pelos graduandos, da importância da capacitação para a atuação em AF no SUS. Destaca-se também que as lacunas da AF no SUS comprometem o processo formativo, a partir da lógica da formação em serviço.

Acredita-se que esta realidade pode ser inferida para a assistência ao paciente oncológico, considerando que inúmeras universidades de farmácia não abordam este assunto durante a graduação e muitos serviços de farmácia de instituições destinadas ao tratamento do câncer no país não desempenham ações de ensino, inviabilizando um adequado processo de formação e qualificação profissional para esta área de atuação (THULLER; BERGMANN; FERREIRA, 2011; SILVA, 2016).

As falhas de gestão e de formação profissional também favorecem as demandas judiciais por medicamentos que têm representado um grande desafio para a AF no país (PINTO; OSORIO-DE CASTRO, 2015). Lopes et al. (2010) ao estudarem as demandas judiciais de medicamentos no Estado de São Paulo identificaram que 75% do gasto com aquisição de medicamentos por ação judicial em 2005 foi com antineoplásicos. Somados os gastos ocorridos em 2006 e 2007 com aquisição de medicamentos o valor financeiro investido em São Paulo, com apenas sete antineoplásicos, ultrapassou o montante dos 40,7 milhões de reais. Em termos gerais, este valor corresponde a mais de 300% do investimento realizado pelo MS na estruturação e qualificação da AF em 2009 (VIEIRA; ZUCCHI, 2013). Deprá; Ribeiro; Maksud (2015) ao analisarem as estratégias das instituições da sociedade civil para acessar medicamentos para o câncer de mama no SUS apontam que a via judicial tem sido um caminho utilizado devido à deficiência dos serviços, às iniquidades no acesso e aos atrasos na inclusão de medicamentos no SUS.

Demandas judiciais podem garantir disponibilidade, porém, não garantem o uso seguro dos medicamentos e conseqüentemente a saúde dos usuários. A ausência de um adequado acompanhamento do uso terapêutico do medicamento pode trazer outros agravos a saúde do indivíduo, considerando outras doenças e/ou terapias concomitantes, a falta de informação para a garantia da utilização apropriada dos medicamentos e a ocorrência de problemas relacionados aos medicamentos (FIGUEIREDO, PEPE, OSORIO-DE-CASTRO, 2010). Logo, uma maior qualificação e estruturação dos serviços pode contribuir para minimizar as demandas judiciais para fornecimento de medicamentos (GOMES; AMADOR, 2015).

Além dos fatores já apontados, as dificuldades para ter acesso a medicamentos e a continuidade do tratamento vêm sendo apontadas como mais um desafio, no contexto da AF no SUS (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012; SANTA HELENA; ANDERSEN; MENONCIN,

2015; KATREIN et al., 2015). Em oncologia esta situação se agrava, pois, a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde têm tanta influência no prognóstico, aumentando o risco de morte, e na sobrevivência dos pacientes com câncer, quanto à existência de programas de prevenção, a eficácia das intervenções e a oferta de meios diagnósticos e de tratamento (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2009; SANTOS; MELO, 2011).

A inexistência de uma lista inclusiva de medicamentos antineoplásicos e o alto custo dos medicamentos oncológicos são desafios que precisam ser superados para que se garanta acesso e continuidade (MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016). Outros problemas no acesso ao tratamento na RAO vêm sendo reportados, implicando em atrasos no tempo para início da terapia e em resultados definidos de saúde (OLIVEIRA et al., 2011; GRABOIS, OLIVEIRA; SÁ CARVALHO, 2013; GUERRA et al., 2015; MEDEIROS et al., 2015). O tratamento hábil em tempo oportuno é um critério de qualidade da assistência, portanto, conhecer o itinerário terapêutico da população adscrita na rede é fundamental. Medidas intersetoriais podem e devem ser adotadas, nestas circunstâncias, para garantia de transporte e hospedagem, por exemplo. Desta forma, a organização das redes de atenção em oncologia e, conseqüentemente, a AF que dá suporte a esta rede deve considerar as necessidades dos usuários e seus itinerários terapêuticos no planejamento das ações e serviços. A Figura 9 apresenta as atividades de AF em oncologia desenvolvidas no contexto da microgestão (serviços de alta complexidade) e as suas relações com os demais pontos (outros serviços farmacêuticos) da RAO.

Considerando a complexidade das ações e serviços desenvolvidos pela AF e a importância da sua organização para efetivação da RAO, torna-se essencial compreender quais os limites existentes e quais as possibilidades de se garantir a qualidade da AF na atenção ao paciente oncológico no âmbito do SUS e frente ao preconizado pelo próprio sistema. Estudos de avaliação podem contribuir para diagnosticar possíveis problemas, identificar suas causas e colaborar, através de proposição de ações corretivas e preventivas, para melhorar a organização, as práticas e a gestão da AF.

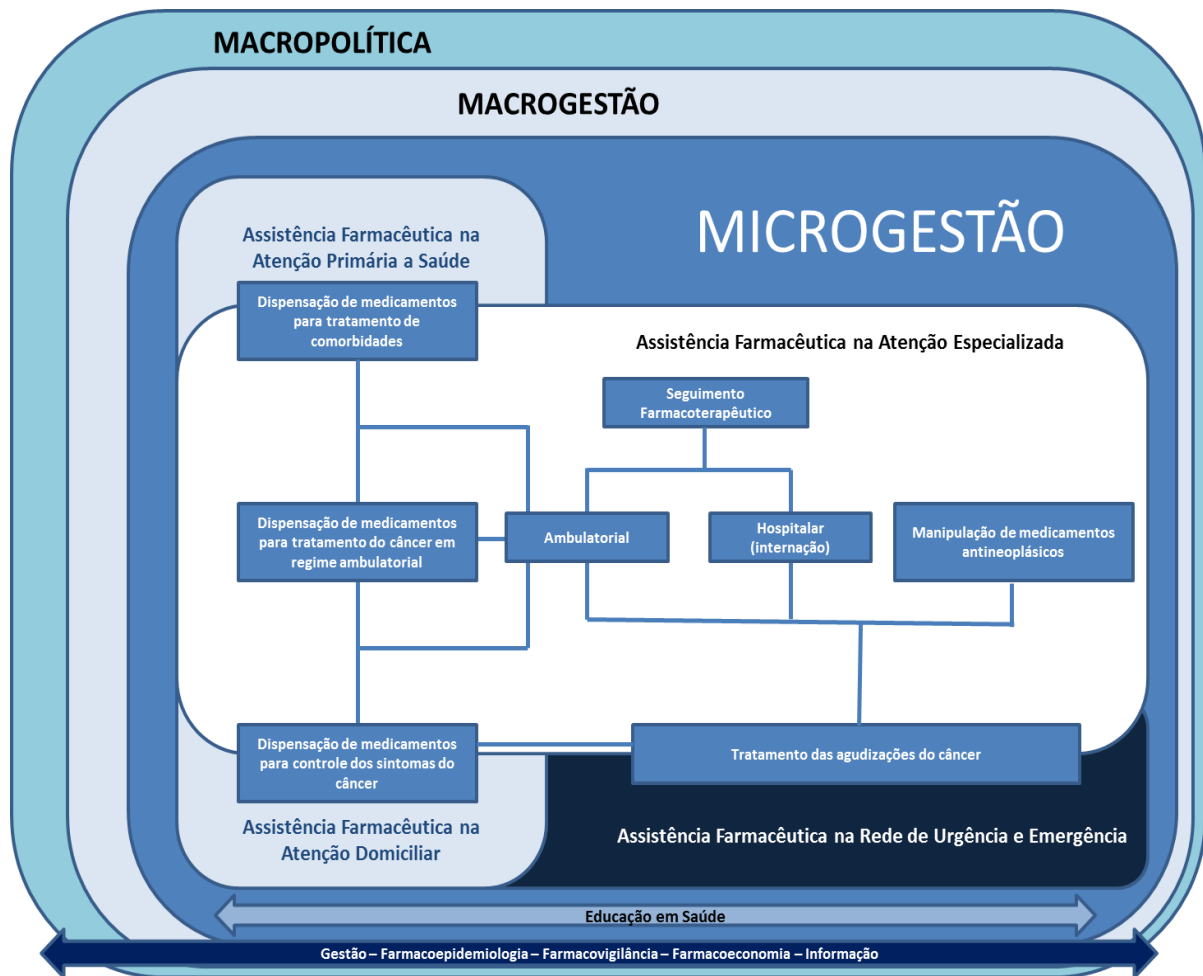


Figura 9: Atividades de Assistência Farmacêutica em Oncologia no contexto da microgestão.
 Fonte: SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2017.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização da Assistência Farmacêutica (AF) nas redes de atenção em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando identificar seus limites e possibilidades, tendo o câncer de mama como condição marcadora.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os marcos estruturantes da política de atenção oncológica no Brasil, no período pós-SUS;
2. Analisar a distribuição geográfica, o perfil de atendimento e a relação entre necessidade e oferta dos estabelecimentos de saúde para o tratamento do câncer no Brasil, no âmbito das regiões de saúde (RS);
3. Mapear e analisar os fluxos percorridos por pacientes em uso de quimioterapia para o tratamento do câncer de mama a fim de identificar suas potenciais implicações para a organização da AF;
4. Analisar a compreensão dos gestores da rede de atenção oncológica e da assistência farmacêutica municipal sobre a organização da AF na RAO;
5. Analisar as práticas de AF em unidades habilitadas para realizar o tratamento quimioterápico do câncer de mama.

5. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o marco metodológico do presente estudo, as proposições teóricas que apoiaram o planejamento da pesquisa, o relato da coleta das evidências e as estratégias analíticas e de interpretação dos resultados que foram empregadas.

O projeto partiu da hipótese que a AF é elemento essencial para o adequado funcionamento da RAO e que o comprometimento de parte ou do todo na sua organização podem refletir na integralidade do cuidado e na qualidade da assistência prestada aos pacientes oncológicos. Neste sentido, fatores relacionados aos indivíduos envolvidos no planejamento, na gestão e nas ações de AF, para além de aspectos contextuais, tais como as distâncias percorridas para obtenção de tratamento, ausência de pactuação e contratualização de serviços em redes regionalizadas, restrições de financiamento para o setor saúde e questões relativas ao direito das pessoas, proporcionando um significativo número de ações judiciais por medicamentos antineoplásicos, podem gerar grandes impactos na sistematização da AF e, conseqüentemente, comprometer o tratamento dos pacientes com câncer.

Desta forma, entendendo a complexidade do objeto investigado e as dificuldades em responder aos inúmeros questionamentos sobre o assunto utilizando uma única estratégia metodológica, optou-se neste estudo pela adoção de métodos quantitativos e qualitativos combinados. Presume-se que as diferentes perspectivas metodológicas são complementares para a análise do fenômeno investigado e podem contribuir para uma visão mais ampliada, aprofundando a discussão sobre o tema (FLICK, 2009).

5.1 SOBRE O REFERENCIAL METODOLÓGICO

Sabe-se que para se concretizar a AF de maneira plena se faz necessário uma série de investimentos estruturais – tais como: normas, financiamento, pessoas, equipamentos e materiais – e a realização de processos adequadamente definidos. Porém, esses aspectos são insuficientes para que se alcance efetividade das ações desenvolvidas, considerando que todas as atividades da AF dependem da compreensão e da atuação dos diferentes atores envolvidos com esta prática. Esses agentes, portanto, são capazes de influenciar positivamente ou não este processo.

Com base nesse pressuposto e entendendo que a AF em oncologia é marcada por

componentes políticos e técnicos, e pela ação do “trabalho vivo em ato”¹, buscou-se encontrar uma abordagem metodológica que pudesse subsidiar a análise dessas diferentes dimensões de forma integrada. Este referencial foi encontrado na teoria da estruturação de Giddens, que propõe reconceituar o dualismo existente entre o objetivismo e o subjetivismo, presente em determinadas teorias sociais, em dualidade da estrutura (GIDDENS, 2003).

Segundo Giddens (2003), a estruturação de instituições é reflexo da maneira como as atividades se desenvolvem ao longo do tempo em um determinado espaço e, deste modo, essas práticas se enraízam nos sujeitos e no objeto social. Neste sentido, o autor identifica os seguintes elementos como parte da sua teoria: o agente, a agência; agência e poder; estrutura, estruturação; a dualidade da estrutura; formas de instituição; e, tempo, o corpo e encontros.

A compreensão do que Giddens denomina *agente* perpassa pelo entendimento de três processos que estão embutidos na realização de uma ação: o monitoramento reflexivo, a racionalização e a motivação. O *monitoramento reflexivo* é definido como uma característica crônica da atividade rotineira e envolve a conduta do indivíduo e dos outros. Em outras palavras, os atores controlam e regulam as suas atividades e esperam que os demais façam o mesmo, por conta própria, além de monitorarem os aspectos contextuais. A *racionalização* é entendida como a compreensão teórica dos atores que subsidia a ação. E, a *motivação* está relacionada ao potencial para a ação, mas não está vinculada a sua continuidade. Já *agência* é compreendida como a capacidade dos indivíduos em realizar uma ação e de interferir nela a partir da sua conduta (GIDDENS, 2003; O’DWYER, 2015).

Entendendo que o agente é capaz de fazer a diferença considerando a sua *agência* (humana), presume-se que uma ação é dotada de *poder* no sentido de capacidade de mudança. O uso desse poder caracteriza a ação, que se utiliza de recursos para se concretizar. Essa forma de poder em sistemas sociais pressupõe relações reguladas de autonomia e dependência entre diferentes atores em um cenário de interação social (GIDDENS, 2003).

Na concepção de Giddens, *estrutura* refere-se às regras envolvidas na produção e reprodução dos sistemas sociais e aos recursos utilizados na ação, com base nos conhecimentos e habilidades dos agentes. A *estruturação* relaciona-se à reprodução de sistemas sociais a partir das interações estabelecidas e fundamentadas nas atividades cognoscitivas dos atores (GIDDENS, 2003; O’DWYER, 2015). Cognoscitividade é entendida como:

¹ Segundo Merhy (2002), o “trabalho vivo em ato” corresponde à prática, ao que está sendo desenvolvido em ato. Apresenta duas dimensões: a atividade construtora de produtos, bens ou serviços; e a relação do trabalhador com o seu ato produtivo. (MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002).

Tudo que os atores sabem (creem) acerca das circunstâncias de sua ação e da de outras, apoiados na produção e reprodução dessa ação incluindo tanto o conhecimento tácito quanto o discursivamente disponível (GIDDENS, 2003; p. 440).

A *dualidade da estrutura* corresponde à capacidade do agente em mobilizar as normas e recursos disponíveis em uma instituição produzindo práticas rotinizadas ou fomentando transformações. Essa mudança potencial pode acontecer em condições de autonomia total ou de coerção (O'DWYER, 2015).

Quanto às *formas de instituição* [dos processos], Giddens pondera que devem ser consideradas as suas propriedades estruturais, quanto às seguintes dimensões: *significação* – possibilitada pela comunicação, a partir de um esquema interpretativo; *dominação* – dependendo dos recursos alocativos (geram controle sobre objetos, bens ou fenômenos materiais) e autoritários (geram controle sobre pessoas ou atores); e *legitimação* – exercida através da sanção de normas. Com base na análise dessas dimensões as instituições podem ser classificadas em: instituições políticas (prevalece a dominação autoritária), instituições econômicas (prevalece a dominação alocativa) e instituições legais (prevalece a regulação normativa) (GIDDENS, 2003).

O último elemento refere-se aos aspectos contextuais relacionados à integração social e sistêmica. Para Giddens todos os sistemas sociais se expressam nas rotinas da vida social cotidiana, como práticas reproduzidas a partir das relações estabelecidas ao longo do *tempo* em um dado espaço. Neste sentido, as rotinas mediam as propriedades físicas e sensoriais do corpo humano. O *corpo* é entendido como *locus* do agente ativo e, portanto, não se restringe a um conjunto de características físicas, mas compreende a noção de motivação, que pode ter origem consciente ou inconsciente no indivíduo. Além disso, considera-se que os sistemas sociais são produzidos e reproduzidos a partir de *encontros* (interações) (GIDDENS, 2003; O'DWYER, 2015).

Assim, de acordo com a teoria da estruturação, as práticas sociais são compreendidas como métodos, técnicas ou procedimentos realizados adequadamente por agentes que se utilizam de regras e recursos (O'DWYER; MATTOS, 2010). Essas práticas em um cenário institucional, considerando suas propriedades estruturais e a integração social e sistêmica estabelecidas, poderão ou não promover transformações significativas.

O emprego da teoria da estruturação permite que a pesquisa seja enquadrada como: análise institucional ou como análise de conduta estratégica. Na análise institucional o foco está nas propriedades estruturais como atributos dos sistemas sociais que são reproduzidos de

maneira crônica. Portanto, a base de análise são as regras e recursos disponíveis. Na análise de conduta estratégica busca-se compreender como as atividades acontecem dentro de um contexto de tempo, espaço e interação, apoiadas pela estrutura. Assim, o cerne da investigação é a agência humana e permite a identificação de práticas rotinizadas ou possíveis mudanças (GIDDENS, 2003; JUNQUILHO, 2003).

De acordo com O'Dwyer (2015), a sistematização dos elementos conceituais que compõem a teoria da estruturação permite o emprego desta abordagem metodológica para a análise das práticas do SUS, considerando que estas são subsidiadas por uma diversidade de normas e regulamentos que são contextualizados em circunstâncias da ação. Ainda, segundo a autora, considerando a dualidade da estrutura, as políticas podem ser analisadas quanto: a estrutura disponível com seu implícito caráter limitador ou facilitador, ou seja, uma abordagem sobre a fase da formulação da política, correspondendo a uma análise institucional; e/ou, ao discurso e à ação do agente, estando relacionada a implantação da política, equivalendo a uma análise de conduta estratégica. Sempre que possível essas duas análises devem ser executadas de forma concomitante.

O uso da teoria da estruturação apresenta grande potencial explicativo e analítico, possibilitando o seu emprego de forma abrangente. Além disso, é compatível com outras estratégias de pesquisa, uma vez que pressupõe que o processo de transformação não está limitado, exclusivamente, à estrutura ou aos atores sociais, possibilitando, assim, o uso da triangulação de métodos.

A triangulação, conforme destacam Minayo; Assis; Souza (2005), é uma definição originada no interacionismo simbólico que pode se referir à combinação e à interseção de diferentes teorias, de vários pesquisadores que utilizam perspectivas diversas, de múltiplos fontes de dados e ao uso de distintas técnicas de coleta e análise de informações utilizadas durante a pesquisa. Tem sido uma estratégia bastante utilizada em pesquisas avaliativas (DESLANDES, 2015), especialmente para ampliar e complementar o conhecimento existente sobre determinado assunto (FLICK, 2009).

Nas pesquisas avaliativas, também conhecidas como avaliações formativas, busca-se analisar as interações existentes entre as pessoas e as instituições, destacando as vivências e experiências que foram engendradas em prol da obtenção de resultados efetivos (BOSI; UCHIMURA, 2007). Em outras palavras, além da técnica são também analisados elementos contextuais. Os princípios da investigação avaliativa se alinham, portanto, aos pressupostos da teoria da estruturação de Giddens, especialmente quando da análise da conduta estratégica

(O'DWYER; MATTOS, 2010).

Além disso, a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, possível no contexto da triangulação, se demonstra estratégia interessante, especialmente, quando se deseja aumentar a validade dos achados, ampliar a capacidade de interpretação dos resultados, subsidiar hipóteses, aprofundar as informações e/ou expandir o alcance das questões investigadas (DESLANDES, 2015). Essa perspectiva dialógica entre diferentes métodos tem grande potencial de utilização, especialmente quando da análise de fenômenos complexos.

5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo foi estruturado com base em duas estratégias metodológicas. A primeira se utilizou da teoria da estruturação de Giddens devido ao seu potencial explicativo e analítico, e a sua aplicabilidade em contextos de interação social e de integração sistêmica. Nela foram incluídas: a) análises documentais permitindo ampliar a compreensão da fase de formulação e implementação das políticas, entendidas como *regras e recursos*; b) entrevistas com gestores da RAO e da AF de municípios selecionados, visando identificar os sentidos que têm sido atribuídos a AF em oncologia; c) entrevistas com profissionais atuantes em serviços de oncologia habilitados pelo SUS e observação direta dos recursos estruturais disponíveis.

A segunda estratégia foi utilizada com a finalidade de ampliar a capacidade de interpretação dos resultados, produzir hipóteses e favorecer a seleção dos municípios que seriam investigados. Para tal optou-se pela realização de um estudo ecológico. O método aplicado, de caráter exploratório e quantitativo, empregou como parâmetro de análise o fluxo de atendimento ambulatorial de quimioterapia em unidades habilitadas pelo SUS como CACON, UNACON ou Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar (tipo de habilitação existente até janeiro de 2017). Este recurso metodológico foi aplicado para favorecer a identificação de potenciais implicações contextuais para a organização da AF em oncologia e para verificar as características dos municípios que realizavam atendimento de pacientes com câncer, sendo importante subsídio para a seleção dos casos (municípios) que foram analisados, através da abordagem de estudo de casos múltiplos.

As diversas etapas do estudo se alternaram por entre as estratégias, como pode ser demonstrado pela Figura 10, que apresenta de forma esquemática o delineamento da pesquisa, envolvendo os métodos e técnicas utilizadas. Maiores detalhes sobre as etapas do estudo serão apresentados nas seções subsequentes.

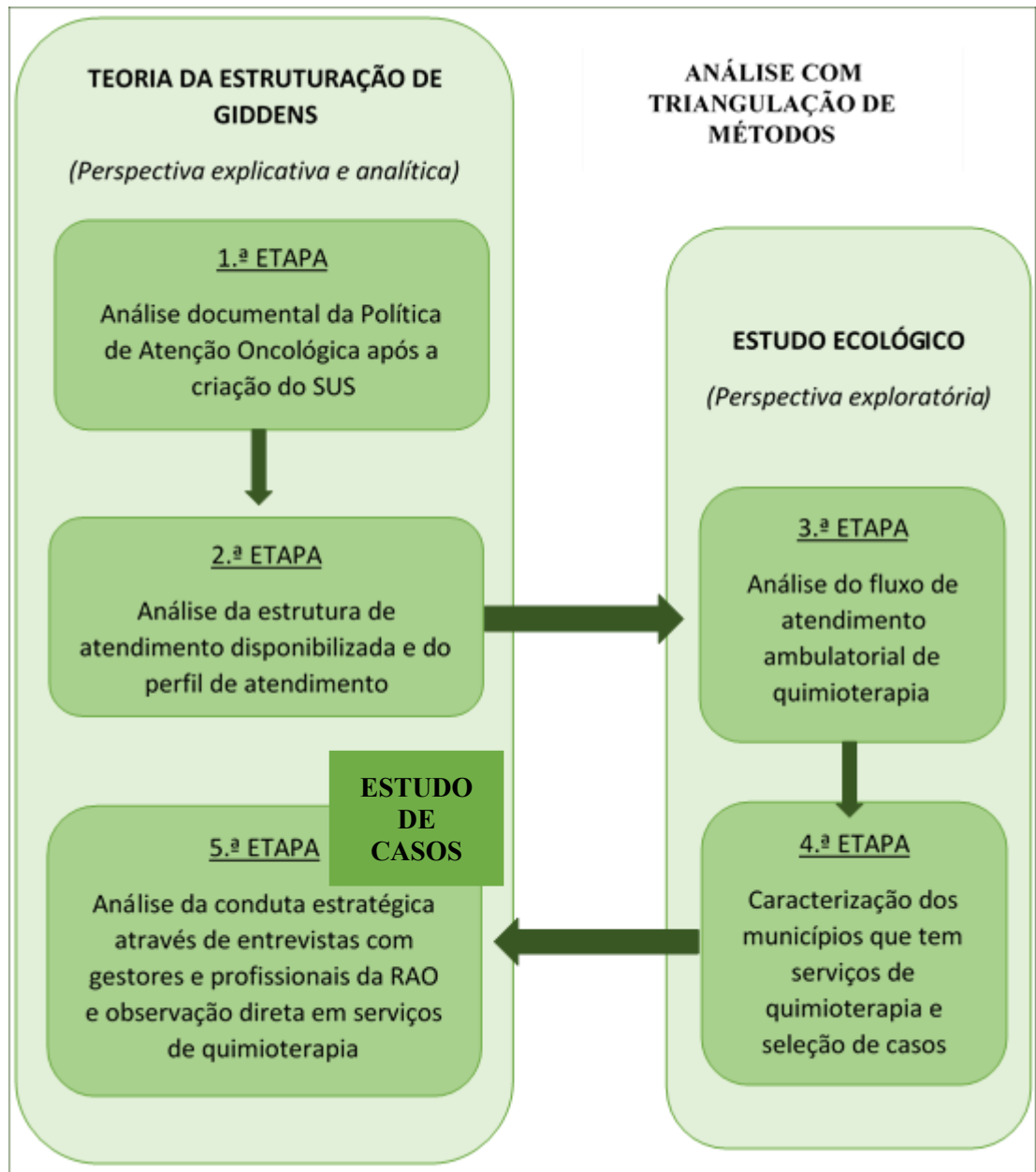


Figura 10: Fluxo das etapas de realização da pesquisa.

Fonte: Elaboração própria.

Para delimitar a análise possibilitando uma maior compreensão dos resultados da pesquisa, no estudo ecológico e no estudo de casos, decidiu-se pelo emprego do câncer de mama como uma condição marcadora.

5.2.1 Câncer de mama como condição marcadora

Segundo Bottari; Vasconcellos; Mendonça (2008), a utilização de condições marcadoras pode ser uma forma de avaliar a qualidade da assistência à saúde. O pressuposto é que a

avaliação a partir de uma condição marcadora reflita a qualidade da atenção à saúde prestada a qualquer outro problema de saúde. Além disso, ressalta-se que a condição marcadora favorece a definição dos focos nas avaliações das ações de saúde e amplia o potencial de utilidade dos resultados das pesquisas.

A escolha do câncer de mama como condição marcadora justifica-se pelos seguintes fatos: a) a existência de programa para prevenção e controle bem consolidado (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013; CECILIO et al., 2015); b) a prioridade governamental, pactuada no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer de mama (BRASIL, 2011c); c) o prolongado tempo de sobrevivência global após o diagnóstico da doença (SIMEÃO et al., 2013; ALLEMANI et al., 2015); d) o longo tempo de *follow up* das pacientes em regime ambulatorial, com uso de hormonioterapia (SOARES et al., 2012; BURSTEIN et al., 2014); e) a significativa incorporação de novos medicamentos de alto custo para o tratamento deste agravo (GADELHA; MARTINS; PETRAMALE, 2015; GUERRA et al., 2015); f) o pouco conhecimento sobre a qualidade dos serviços prestados a portadores de câncer de mama (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2009); g) e, o fato de ser o único tipo de câncer entre as principais cargas de doenças da população brasileira (LEITE et al., 2015). Por conseguinte, pacientes com câncer de mama necessitam de ações de AF nos diferentes pontos da rede, incluindo a atenção básica, a atenção domiciliar e a atenção especializada, tanto em nível ambulatorial quanto em nível hospitalar, sendo uma boa condição marcadora para avaliar a organização da AF na RAO.

Os subcapítulos seguintes irão descrever mais detalhadamente cada uma das etapas da pesquisa indicando os sujeitos, as fontes e os instrumentos para coleta das informações e as técnicas de análise que foram adotadas.

5.3 ETAPAS DO ESTUDO

Conforme demonstrado na Figura 10, o estudo foi desenvolvido em cinco etapas. Em cada um dos momentos da pesquisa foi necessário mobilizar um conjunto de materiais e técnicas. Sendo assim, serão detalhados no interior de cada etapa os recursos utilizados.

5.3.1 Análise documental

Nesta etapa buscou-se analisar as contribuições das legislações para a evolução da política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do SUS (1990-2017). Este entendimento era de extrema importância para a pesquisa, considerando que as normativas expressam as motivações e intencionalidades dos formuladores no momento da sua elaboração. As normativas se revelam ainda como importante elemento contextual, uma vez que funcionam como *regras* e *recursos* capazes de influenciar a estrutura e as práticas nas organizações (O'DWYER, 2015).

A fonte de dados foram as legislações publicadas no período de setembro de 1990 a abril de 2017. Essa temporalidade foi demarcada pela publicação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) até o período limite para início da análise.

A coleta dos dados foi realizada, inicialmente, nos sites das Secretarias de Atenção (SAS) e Vigilância em Saúde (SVS) do MS (<http://portalsaude.saude.gov.br>), do INCA (<http://www2.inca.gov.br>) e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) (<http://conitec.gov.br>), por dois pesquisadores devidamente treinados. Os dados foram coletados no mês de maio de 2017. Após leitura do *caput* de cada normativa, foram incluídas as que tratavam da organização da atenção oncológica. No entanto, a revisão das normas mostrou que outras legislações importantes estavam citadas no corpo das Portarias, Decretos, Leis e Resoluções. Desta forma, foi necessário verificar, em cada norma encontrada pela busca nos sites oficiais, citações adicionais da legislação, para inclusão. Esta estratégia foi importante para minimizar o viés de informação e para superar a limitação da inexistência de um sítio eletrônico onde pudessem ser resgatadas todas as normativas.

Foram excluídas aquelas normas que, apesar de estarem relacionadas à prevenção e ao controle do câncer, não abordavam de forma direta a estruturação do cuidado, como por exemplo as políticas de promoção à saúde, que por sua importância e dimensão, merecem uma análise específica.

Utilizou-se a teoria da estruturação de Giddens para analisar as normativas implementadas no período pós-SUS. O plano de análise documental visou compreender a implantação da política de atenção ao câncer no Brasil, onde as legislações seriam as regras e recursos estruturais disponíveis.

O conteúdo de cada norma foi classificado quanto ao período histórico correspondente e à sua finalidade. Para fins da pesquisa, foram definidas quatro fases históricas de análise, correspondentes à fase de estruturação da política de organização do cuidado oncológico no

período posterior a criação do SUS: *fase de definição* (de 1990 até a publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998); *fase de organização* (da publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998 até a Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005); *fase de expansão* (da publicação da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005 até a Portaria GM/MS nº 874 de 2013); e *fase de integração* (a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 874 de 2013). A escolha destas normativas como marcos temporais se justifica pela considerável mudança na forma de compreensão e organização da atenção oncológica (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012; MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

No que diz respeito à finalidade dos documentos, o aspecto semântico das regras, identificou-se que o conjunto legislativo se dividiu nas seguintes categorias: *regras estruturantes* (envolvendo: organização do sistema e dos serviços de saúde; gestão/governança; parâmetros funcionais; instalações físicas; critérios para credenciamento de serviços; formas de habilitação; recursos humanos; parâmetros de avaliação; sistemas de apoio); *habilitação/credenciamento* (incluindo o número de estabelecimentos habilitados) ; *financiamento* (abarcando: valores de procedimentos; programação de recursos; modelos de repasse e reembolso); *protocolos e tecnologia* (contendo: definições operacionais; inclusão, substituição e exclusão de tecnologia; PCDT). Cabe destacar que uma normativa, a depender de seu conteúdo, foi classificada em mais de uma categoria.

A análise foi descritiva, considerando a categoria da norma e o ano de publicação. As evoluções das fases identificadas pelos marcos históricos foram caracterizadas no interior de cada uma das categorias. Foi também feita uma análise da distribuição das normas de cada categoria ao longo do tempo.

5.3.2 Análise da estrutura da assistência oncológica e perfil de atendimento

A análise realizada na etapa anterior suscitou a necessidade de melhor compreender a estrutura assistencial para o tratamento do câncer no Brasil, uma vez que esta é elemento de extrema relevância para a operacionalização da AF em oncologia.

Assim, foi realizado um estudo transversal, incluindo todos os serviços que estavam habilitados pelo SUS para o tratamento do câncer em fevereiro de 2017. A definição do período se deu em função da identificação da última normativa publicada incluindo a lista completa dos estabelecimentos credenciados para realizar procedimentos de alta complexidade em oncologia (quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica).

A fonte de dados foram as legislações vigentes (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017f), publicadas pelo MS, com a listagem de hospitais habilitados para realizar procedimentos em oncologia.

Para caracterização da oferta dos serviços foram coletadas as seguintes informações: localização geográfica (município e Unidade Federativa (UF)), tipo de habilitação (CACON, UNACON ou complexo hospitalar), tipo de atendimento (oncologia clínica, radioterapia, cirurgia oncológica, onco-pediatria e onco-hematologia) e classificação dos hospitais, segundo a produção cirúrgica em câncer (porte A - acima de 999 cirurgias/ano; porte B - entre 600 e 999 cirurgias/ano; porte C - abaixo de 600 cirurgias/ano). Identificou-se, ainda, a RS na qual o estabelecimento de saúde estava sediado.

A análise se apoiou na teoria da estruturação de Giddens, de caráter institucional, com foco nas propriedades estruturais, de *regras* e *recursos* disponíveis, presentes no momento da formulação das políticas (GIDDENS, 2003).

Desta forma, buscou-se analisar a adequação entre o número de serviços habilitados e a estimativa de necessidades. Para tanto, foi utilizado o tamanho da população, conforme recomendado pela Portaria nº 140 (BRASIL, 2014a). Segundo a normativa, o parâmetro para habilitação de CACON ou UNACON é de 500.000 habitantes na RS. Para atendimento de onco-pediatria e onco-hematologia foi considerado um estabelecimento para cada: 3.500.000 habitantes na região Norte; 2.700.000 habitantes no Nordeste; 1.700.000 habitantes no Centro-Oeste; e 1.300.000 habitantes nas regiões Sudeste e Sul; conforme definido na regulamentação.

Com base nestes parâmetros foram estabelecidas categorias de análise: ***adequado*** – número de serviços ofertados igual ao necessário; ***maior*** – oferta superior à necessidade; ***menor*** – oferta inferior à necessidade. Esta análise foi estendida para as UF, pois as RS no Brasil não extravasam as fronteiras estaduais (MELLO et al., 2017), sendo considerado pertinente o exame neste âmbito. Os dados da população foram extraídos das estimativas populacionais para os municípios e Unidade Federativa (UF), do ano de 2017, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹.

A análise agregou RS em cinco grupos, conforme proposto por Viana et al. (2015): ***grupo/tipo 1*** – baixo nível socioeconômico e baixa oferta de serviços; ***grupo/tipo 2*** – médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; ***grupo/tipo 3*** – médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; ***grupo/tipo 4*** – alto

¹ Estimativas populacionais para municípios e UF, do ano de 2017. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2017/estimativa_dou.shtm

desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e *grupo/tipo 5* – alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. As informações sobre a classificação de cada região foram extraídas do sítio eletrônico <http://www.resbr.net.br/>, de acesso público.

Buscou-se, ainda, identificar a quantidade de serviços habilitados em cada agrupamento das RS, com intuito de verificar a variação existente entre os diferentes estratos. Para tanto, foram considerados três conjuntos de estabelecimentos habilitados: *apenas 1*; *entre 2-5*; e, *>5*.

Os dados extraídos das legislações e dos bancos de dados secundários, foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel[®]. Foi realizada análise de frequência de modo a permitir a realização das categorizações descritas.

5.3.3 Análise do fluxo de atendimento ambulatorial de quimioterapia

Com a finalidade de promover maior aproximação com o objeto da pesquisa, a AF em oncologia, e frente a identificação da estrutura assistencial disponível para o tratamento do câncer no SUS, considerou-se pertinente a identificação de informações sobre a realização da quimioterapia no Brasil, especialmente pelas dificuldades de acesso ao tratamento relatadas em estudos anteriormente publicados (OLIVEIRA et al., 2011; GRABOIS, OLIVEIRA; SÁ CARVALHO, 2013; GUERRA et al., 2015; MEDEIROS et al., 2015).

Assim, o principal propósito desta etapa foi identificar as potenciais implicações que a acessibilidade geográfica pode promover para a organização da AF, a fim de produzir hipóteses que pudessem ser investigadas em outra etapa prevista para a pesquisa, o estudo de casos.

Para tanto, foi realizado um estudo ecológico com intuito de analisar os atendimentos ambulatoriais de quimioterapia, realizados no período de janeiro e dezembro de 2013 em todo o Brasil, em unidades habilitadas pelo SUS como CACON, UNACON ou Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar (tipo de habilitação existente à época – 2013). A utilização de dados de 2013 se deu pela completude das informações no banco de dados utilizado para a coleta das informações.

Segundo Medronho (2009), os estudos ecológicos são aqueles que apresentam como unidade de análise uma população ou um grupo definido de pessoas, que pertencem a determinada área geográfica. Assim, elegeu-se como população do estudo mulheres que apresentavam o câncer de mama como diagnóstico principal, de acordo com a 10^a revisão da

Classificação Internacional de Doenças - CID-10¹ - condição marcadora. O Quadro 2 apresenta os diagnósticos de câncer de mama que foram incluídos na investigação.

Quadro 2: Diagnóstico de câncer de mama segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10

C50.0 – Neoplasia maligna do mamilo e aréola
C50.1 – Neoplasia maligna da porção central da mama
C50.2 – Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama
C50.3 – Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama
C50.4 – Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama
C50.5 – Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama
C50.6 – Neoplasia maligna da porção axilar da mama
C50.8 – Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva
C50.9 – Neoplasia maligna da mama, não especificada

Fonte: 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Para a realização dos estudos ecológicos geralmente são utilizadas bases de dados que contenham informações de grandes populações. Uma das finalidades desse tipo de estudo é a identificação de como contextos sociais podem afetar a saúde de uma coletividade (MEDRONHO, 2009). Neste sentido, esta perspectiva metodológica pareceu adequar-se aos objetivos da pesquisa e alinhar-se com a teoria da estruturação de Giddens.

A fonte de coleta dos dados utilizada foi o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS: www.datasus.gov.br), considerando apenas as APAC-Onco. Cabe destacar que o número de procedimentos autorizados não corresponde ao número de pacientes atendidas nas unidades habilitadas, uma vez que cada autorização de quimioterapia é válida para um período de três meses e que o tempo de tratamento das pacientes com câncer de mama varia conforme o esquema terapêutico empregado, podendo chegar a 60 meses em casos de hormonioterapia (VIEIRA; ZUCCHI, 2013; BRASIL, 2015).

Os dados foram agregados segundo o município de residência das pacientes com câncer de mama e o de realização da quimioterapia. Não foram identificados sujeitos, ruas ou bairros. A identificação da origem dos sujeitos se deu exclusivamente pelo código de identificação do município de residência. A identificação do destino das pacientes com câncer de mama foi pela

¹ CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Disponível no sítio do DATASUS: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 20 nov 2015.

identificação do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) das unidades habilitadas e do seu correspondente código de identificação do município de atendimento. Para caracterização do perfil dessas unidades foram coletadas as seguintes informações do CNES do DATASUS (<http://cnes.datasus.gov.br/>): tipo de habilitação, natureza da empresa e tipo de estabelecimento. Foram identificadas, ainda, a UF e a respectiva RS na qual o estabelecimento de saúde estava sediado.

Foi definido um "par de origem-destino", caracterizado pela ligação entre o local de residência (origem) e o local da quimioterapia (destino). Este par foi considerado indivisível para os propósitos do estudo e a linha, que conectou ambas as extremidades, se expressou como um "fluxo".

A análise dos dados considerou a distância percorrida entre a origem e o destino dos pacientes. A associação entre as duas variáveis consistiu em uma interação espacial, como resultado do desenho ecológico. Para tanto, foi considerada a distância euclidiana que corresponde a “*medida de comprimento de reta mais curta entre dois pontos*” (FERREIRA, 2014; p. 148).

O mapeamento mostrou as ligações, os nós e a conformação das redes, que representam as potenciais interações espaciais existentes entre origem-destino (FERREIRA, 2014). Estas estruturas de interconexão conformaram a "rede de serviços de saúde" para o câncer de mama, que não representam, necessariamente, a RAO pactuada entre os gestores. Tratando-se de uma “rede de interações”, estabelecida pelo cotidiano da população.

Inicialmente, a análise da conformação das redes foi focada em fluxos específicos, em especial, o fluxo dominante, que correspondia ao maior fluxo a partir de cada origem. Para a identificação da conformação das redes foi empregada a sistematização proposta por Oliveira et al. (2011), que considera a classificação das estruturas hierárquicas segundo o modelo de Nystuen e Dacey (1961), a saber: *independente* – se a direção do fluxo dominante fosse de uma cidade maior para uma cidade menor; *subordinada* – se a direção do fluxo dominante fosse de uma cidade menor para uma cidade maior, e neste caso, nenhuma cidade poderia ser subordinada a qualquer uma de suas subordinadas; e *transitivas* – quando uma cidade A fosse subordinada a B e B fosse subordinada a C, resultando em A subordinada a C.

Na sequência, os fluxos foram classificados de acordo com a direção, a hierarquia e a rede de serviços de saúde, de acordo com a tipologia de relacionamentos (RABINO; OCCELLI, 1996), impedindo perda de informação, em: *fluxos hierárquicos* – quando acompanham a estrutura da rede; *fluxos transversais* – quando ocorrem entre diferentes redes ou entre

diferentes ramos de uma mesma rede; **ligação local** – quando origem e destino coincidem; **fluxos horizontais** – quando conectam pontos do mesmo nível hierárquico; **fluxos ascendentes** – quando a conexão se dirige para um ponto de maior nível hierárquico; **fluxos descendentes** – quando a conexão se dirige para um ponto de menor nível hierárquico; **fluxos em curto-circuito** – quando saltam o nível hierárquico mais próximo. As dimensões hierarquia e direção do fluxo quando combinadas resultam em 18 possibilidades de classificação diferentes (OLIVEIRA et al., 2007), conforme apresentado na Figura 11. Apenas municípios de origem que obtiveram fluxo dominante igual ou superior a 5% do total de APAC-Onco autorizadas para o município de destino, foram incluídos na análise.

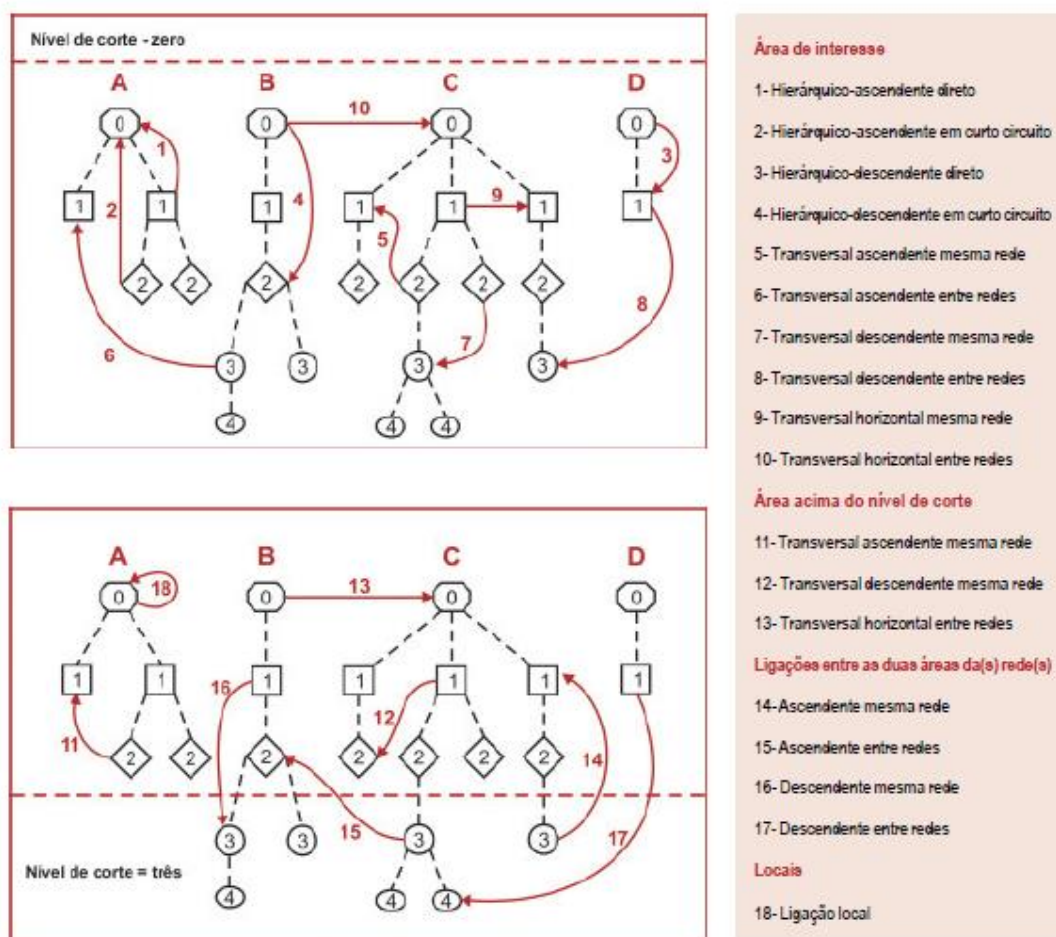


Figura 11: Tipologia dos fluxos.
Fonte: OLIVEIRA et al., 2007.

A tabulação e o processamento dos dados foi realizada no programa TabWin (DATASUS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>), onde foram

processadas as informações do binômio origem-destino, favorecendo a identificação dos fluxos. O mapeamento dos fluxos foi realizado no programa TerraView (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais: <http://www.dpi.inpe.br/terraview/index.php>), utilizando-se o *plug-in* de fluxos.

Para auxiliar a análise, foram utilizados dados de mortalidade por câncer de mama ocorridos no ano de 2013, segundo local de residência, e as normatizações vigentes relacionadas ao câncer de mama, com a finalidade de dar suporte à discussão.

Os achados foram analisados, ainda, quanto às suas potenciais implicações para a estruturação da rede de serviços de saúde, para a regionalização e para o acesso a serviços de saúde; e em relação às possíveis influências na organização da AF em oncologia, especialmente sob aspectos relativos à gestão, ao planejamento, à logística, à seleção e à incorporação de medicamentos.

Todas as informações, *softwares* e pacote de dados, utilizados nesta etapa do estudo são de acesso público.

5.3.4 Caracterização dos municípios e seleção de casos

Com o intuito de selecionar os casos, que foram estudados em profundidade, no momento seguinte, os municípios que realizavam procedimentos de quimioterapia para pacientes com câncer de mama, no ano de 2013, foram caracterizados quanto aos seguintes aspectos: localização geográfica (macrorregião, UF e RS); número de unidades habilitadas como CACON, UNACON ou Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar, sediadas no município; número de municípios que realizavam fluxo de atendimento.

Os dados foram obtidos das informações geradas a partir da análise da estrutura da assistência em oncologia (2.^a etapa) e do mapeamento de fluxos origem-destino que foi realizado (3.^a etapa).

Foi considerada, também, a caracterização das RS, segundo a tipologia proposta por Viana et al. (2015), realizada na 2.^a etapa. Como a referida tipologia foi construída com base na análise de duas dimensões – situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços de saúde – o seu emprego parece adequado, por considerar aspectos contextuais importantes, em análise de fenômenos complexos como a RAO (TREMBLAY et al., 2016). Os dados empregados para tipificar as 436 RS foram referentes ao ano de 2013.

Esta escolha metodológica permitiu, ainda, agrupar os municípios em torno de

características comuns, reduzindo o número de casos investigados em profundidade, sem comprometer a variedade de informações que poderiam ser analisadas, na etapa de estudo de casos.

5.3.4.1 Sobre o estudo de casos

O estudo de caso é uma estratégia apropriada quando a finalidade é compreender como ou por que um determinado fenômeno social acontece ou quando se deseja examinar e descrever ampla e minuciosamente comportamentos, ações e situações observadas em indivíduos, grupos, organizações e/ou sociedades (MINAYO, 2008; FLICK, 2009; YIN, 2015).

A análise de casos tem grande aplicabilidade quando se deseja compreender as interações sociais influenciadas pelas condições contextuais (YIN, 2015), sendo seu uso adequado para a presente pesquisa.

Os estudos de casos podem ser do tipo único ou múltiplo. Caso possua apenas uma unidade de análise é classificada como do tipo holística, e havendo mais de uma será do tipo integrada (FLICK, 2009). A escolha do tipo de estudo de caso a ser realizado depende da finalidade do estudo.

Uma diversidade de fontes pode ser utilizada para gerar evidências em uma pesquisa de estudo de caso. As seis fontes, mais comumente, empregadas são: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observações participantes e artefatos físicos (VENTURA, 2007). O uso de diferentes fontes de informação pode ampliar a qualidade da análise.

A definição da estratégia analítica do estudo de caso é de extrema importância para a orientação da análise dos dados (TREMBLAY et al., 2016). Uma das cinco técnicas específicas de análise deve ser utilizada: a) combinação de padrão; b) construção de explicação; c) análise de séries temporais; d) modelos lógicos; e) síntese cruzada dos casos. Nesta última técnica, os achados de cada caso, em particular, são examinados individualmente e comparados em relação a um padrão de resultados observados pelo conjunto dos casos (YIN, 2015).

Fundamentado pela teoria da estruturação de Giddens e com base na pergunta norteadora, a próxima etapa da pesquisa foi desenhada como um projeto integrado de casos múltiplos, com análise sendo realizada através da síntese de casos cruzados. A unidade principal de análise (caso) foi o município, sendo considerado a princípio todas as cidades que tinham, em seu território, serviços de quimioterapia para tratamento de mulheres com câncer de mama.

As subunidades de análise foram três: (1) os gestores da rede de atenção oncológica, (2) os gestores da assistência farmacêutica municipal, (3) e os profissionais da equipe mínima de terapia antineoplásica (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) das unidades habilitadas.

5.3.4.2 A seleção dos casos: identificação dos municípios

Cabe destacar que a pesquisa de estudo de caso é fundamentada nas pesquisas sociais em saúde de natureza qualitativa e, portanto, não há intenção de se definir uma amostra significativamente estatística para esta abordagem (YIN, 2015). Em pesquisa qualitativa busca-se: priorizar as pessoas, grupos, organizações ou instituições que apresentem as características que se deseja compreender; considerar a saturação da informação; envolver diferentes informantes a fim de detectar semelhanças e diferenças; e, conseguir identificar a diversidade de experiências relacionadas ao fenômeno sob investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Desta forma, optou-se por selecionar um município de cada tipo de região de saúde diferente, apontados na caracterização, totalizando a investigação de cinco municípios. Alguns critérios descritivos foram considerados: número de unidades habilitadas (1-2, 3-5 e ≥ 6); tipo de habilitação das unidades habilitadas (CACON, UNACON ou Serviço de Oncologia de Complexo Hospitalar); tipo de prestador de serviço (público, privado ou misto); tipo de estabelecimento das unidades habilitadas (especializado em oncologia, geral ou outros); número de municípios atendidos (1-10, 11-30 e ≥ 31); e fluxo de atendimento ($>$ local/regional ou $>$ externo). Não houve pretensão de combinar todos estes critérios, sendo os parâmetros utilizados apenas como norteadores do processo de seleção. Evitou-se a inclusão de casos extremos – que apresentavam características muito distintas, tais como vários serviços de quimioterapia localizados em diferentes municípios –, pois, não são adequados para as pesquisas de estudo de caso múltiplos.

Uma vez selecionado o município, era realizado contato com o gestor de saúde local, a fim de apresentar a proposta de realização da pesquisa. Em caso de concordância do gestor municipal, a(s) direção(ões) da(s) unidade(s) habilitada(s) foi(foram) contactada(s). Em cada município foi incluído apenas um serviço credenciado para realização de procedimentos de alta complexidade em oncologia. Nos casos, em que a(s) unidade(s) não aceitava(m) participar do estudo, um novo município, dentro do mesmo tipo de região, era contactado.

A descrição das características dos municípios selecionados foi realizada com as

seguintes informações adicionais: área de abrangência na macrorregião de saúde, cobertura populacional e se estava sediada em região de fronteira (nacional ou estadual). Foram, ainda, apresentados dados das unidades, sediadas nos municípios que aceitaram participar do estudo, quanto à(ao): tipo de habilitação, natureza jurídico-institucional e procedimentos que realizava.

5.3.5 A análise da conduta estratégica

A análise da conduta estratégica, proposta por Giddens, se aplica quando a intenção da pesquisa empírica é “*dar primazia às consciências discursiva e prática, e às estratégias de controle dentro de limites contextuais definidos*”. (GIDDENS, 2003; pg. 340). A análise, portanto, se concentra nas atividades contextualmente construídas que precisam ser interpretadas. Ainda, que a investigação enfatize as práticas, os elementos da estrutura não devem ser desconsiderados.

O trabalho de campo foi orientado pelas seguintes questões: como a AF está organizada nas unidades habilitadas? Como os agentes estão desenvolvendo as suas atividades, considerando a estrutura disponível (regras e recursos institucionais)? Quais as estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso apropriado dos medicamentos no tratamento das mulheres com câncer de mama?

Uma gama de técnicas de coleta e análise de dados pode ser utilizada quando do uso desse tipo de pesquisa. As entrevistas são as fontes de coleta de evidências mais empregadas. As técnicas de análise mais adequadas, nesse tipo de abordagem, são a codificação teórica, a análise de conteúdo, a análise narrativa e as análises hermenêuticas (FLICK, 2009). A definição dessas estratégias depende do objetivo da investigação.

Tendo por base os objetivos desta etapa, optou-se pelo uso das entrevistas como principal fonte de coleta de evidências. A observação direta também foi utilizada nas unidades habilitadas.

Para a coleta das evidências foram utilizados roteiros para a realização de entrevistas semiestruturadas de natureza episódica. Tratou-se, portanto, de um dispositivo com poucas questões, que se desdobraram em uma diversidade de tópicos sobre o objeto de investigação, visando apreender as subjetividades dos entrevistados, com a finalidade de conhecer a rotina e a experiência dos mesmos com o fenômeno investigado (MINAYO, 2008; FLICK; 2009; YIN, 2015; TREMBLAY et al., 2016).

As seguintes dimensões foram consideradas na construção dos roteiros:

- **contexto político-institucional** – entendido como o conjunto de circunstâncias e de inter-relações que se estabelecem em uma situação. Contemplou os seguintes temas: histórico e trajetória; conjuntura (atores e regras políticas); direcionalidade (capacidade dos dirigentes em formularem uma orientação para o processo); e, institucionalidade (estratégias, políticas e projetos – compreendendo aspectos regulatórios, normativos e cognitivos);
- **integralidade do cuidado** – compreendido como o atendimento de todas as necessidades de saúde dos indivíduos. Considerou-se os três diferentes sentidos atribuídos a essa dimensão: resolutividade, organização dos serviços e respostas governamentais aos problemas de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2009). Os seguintes temas foram apreciados: organização da vigilância e da informação em saúde; comunicação em saúde; intersetorialidade; organização da rede de serviços; planejamento das ações; atuação da equipe na coordenação do cuidado; e, respeito ao direito das pessoas/judicialização;
- **organização da AF** – concebida como uma estratégia que objetiva suplantar a desagregação existente entre os componentes de natureza técnica, científica operativa e de inovação tecnológica da AF (BRASIL, 2014c). Desta forma, foram considerados os seguintes temas: conformação e estrutura; financiamento; gestão do medicamento; gestão do uso do medicamento; incorporação de tecnologias; evidências científicas; e, sistema de informação.
- **desempenho da AF** – entendido como resultados efetivos e eficientes relativos ao acesso e uso apropriado de medicamentos. Os seguintes tópicos foram contemplados: acesso/acessibilidade; continuidade; adequação e segurança.

Foram construídos três instrumentos para coleta das informações contendo as quatro dimensões, sendo: um destinado aos gestores da rede de atenção oncológica (Apêndice A), um destinado aos gestores de assistência farmacêutica (Apêndice B) e outro à EMTA (médico, enfermeiro e farmacêutico) das unidades habilitadas (Apêndice C). Alguns temas foram abordados em apenas um instrumento, considerando o perfil dos sujeitos.

Nos serviços habilitados para realização da quimioterapia, por se buscar realizar uma análise sistêmica e contextual da assistência farmacêutica, documentos e registros foram considerados, além da observação direta da ação dos farmacêuticos dentro do serviço de farmácia das instituições (Apêndice D). Estes dados foram registrados em diário de campo

específico e utilizados na etapa de análise.

Os resultados foram interpretados segundo a técnica da análise temática de conteúdo, que corresponde a um procedimento que permite identificar características específicas da mensagem tornando-a replicáveis e válidas para um determinado contexto (MINAYO, 2008; BARDIN, 2010). O seu uso em estudos investigativos pode estar relacionado a três diferentes propósitos: a descrição das características do texto; a identificação e análise das causas das mensagens; e, a interpretação dos efeitos da comunicação (FRANCO, 2012).

De forma operacional, a análise temática de conteúdo se estrutura em três fases (BARDIN, 2010): a) a pré-análise; b) a exploração do material; c) e, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A *pré-análise* correspondeu à fase de organização do material com o intuito de selecionar o material que seria analisado, de revisão das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e da definição de categorias que iriam subsidiar a compreensão do material e a interpretação dos dados (FRANCO, 2012). As dimensões centrais de análise definidas *a priori*, foram: o contexto político-institucional, a integralidade do cuidado, a organização da AF e o desempenho da AF.

A *exploração do material* consistiu em uma operação classificatória com o intuito de reconhecer os núcleos de sentido dos relatórios produzidos. Buscou-se examinar o material procurando identificar as categorias de análise que seriam mais representativas dos temas destacados (MINAYO, 2008). O processo de codificação foi realizado utilizando o *software* QSR NVivo 11[®], que favoreceu a ação recursiva de definição dos códigos e do reconhecimento da conexão existente entre estes. Desta forma, as dimensões de análise foram redefinidas e os temas foram especificados o que resultou em duas estruturas de análise, uma aplicada aos gestores da rede e de AF municipal (Tabela 2) e a outra aos profissionais (Tabela 3).

Já o *tratamento dos resultados*, a *inferência analítica* e a *interpretação* corresponderam às atividades que tiveram por finalidade dar significado e validade aos achados (BARDIN, 2010). A teoria de estruturação foi utilizada nesta análise com a finalidade de compreender a organização da AF na RAO, através da identificação de fatores limitantes ou facilitadores relacionados a uma diversidade de aspectos contextuais.

Tabela 2: Categorias da análise temática das entrevistas realizadas com os gestores da rede e da assistência farmacêutica de municípios selecionados

Categoria	Subcategoria	Temas
Contexto Político-Institucional	Conjuntura	1. Mudanças na gestão 2. Controle externo 3. Questões de mercado 4. Aspectos financeiros
	Direcionalidade	1. Políticas vigentes 2. Rename 3. Diretrizes 4. Priorização na atenção ao câncer
	Institucionalidade	1. Plano regional 2. Estratégias locais 3. Capacitação.
Integralidade do Cuidado	Organização da rede	1. Regionalização 2. Integração da rede 3. Linha de cuidado 4. Regulação 5. Informação em saúde 6. Problemas estruturais 7. Itinerário da saúde
	Capacidade resolutiva	1. Intersetorialidade 2. Comunicação em saúde 3. Acolhimento
	Respostas governamentais	1. Expansão da rede 2. Judicialização x Juridicização 3. Auxílio social 4. Pagamento administrativo
Operacionalização da Assistência Farmacêutica	Conformação e estrutura	1. Concepção do termo 2. Estrutura organizacional 3. Cuidados farmacêuticos 4. Profissionais 5. Sistema de informação
	Financiamento	1. Tratamento oncológico 2. Assistência farmacêutica 3. Mudanças no modelo
	Tecnologias	1. Incorporação 2. Evidências científicas 3. Informação sobre medicamentos
	Acesso	1. Disponibilidade 2. Capacidade aquisitiva 3. Aceitabilidade
	Segurança	1. Farmacovigilância/tecnovigilância 2. Prevenção de erros 3. Gerenciamento de resíduos

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3: Categorias da análise temática das entrevistas realizadas com profissionais dos serviços habilitados em alta complexidade em oncologia de municípios selecionados

Categoria	Subcategoria	Temas
Integralidade do Cuidado	Organização institucional	1. Instalações físicas 2. Modelo jurídico institucional 3. Equipe multiprofissional 4. Fluxo de atendimento 5. Capacidade de atendimento
	Resolutividade/Capacidade resolutiva	1. Integração e funcionamento da rede 2. Regulação 3. Burocracia 4. Eficiência 5. Equidade 6. Cuidado integral
	Respostas institucionais	1. Judicialização 2. Apoio das ONG e do voluntariado 3. Projeto itinerante 4. <i>Delivery</i> da hormonioterapia 5. Terceirização de serviços
Operacionalização da Assistência Farmacêutica	Conformação e estrutura	1. Estrutura organizacional 2. Atividades 3. Processos 4. Protocolos 5. Formação
	Financiamento	1. Tratamento oncológico 2. Auditoria terapêutica 3. Farmacoeconomia
	Tecnologias	1. Incorporação 2. Evidências científicas 3. Informação sobre medicamentos
	Efeito das intervenções	1. Disponibilidade de medicamentos 2. Acessibilidade 3. Segurança 4. Adesão ao tratamento 5. Desfechos

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, os resultados foram triangulados com as informações contextuais obtidas nas etapas anteriores, tendo por base a proposta metodológica de Giddens, traçando assim um panorama mais sistêmico sobre a organização da AF na RAO, e sinalizando limites e possibilidades deste fenômeno.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada com base na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º

466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), sob o parecer ético n.º 1.574.456.

Todos os procedimentos relativos ao envolvimento de pessoas e instituições foram vinculados à anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados (ANEXO 1) e termo de autorização de pesquisa pelos responsáveis institucionais (ANEXO 2). Foram garantidos sigilo e confidencialidade para todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo. Assim, os nomes dos municípios selecionados também não foram divulgados, a fim de evitar a possibilidade de identificação de alguns atores.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta as evidências e informações coletadas e a interpretação analítica, tendo por base a metodologia utilizada. O texto foi organizado e dividido em quatro subcapítulos. Inicialmente será apresentada a caracterização da evolução histórica da política de atenção oncológica no Brasil, no período de 1990 até 2017. O segundo subcapítulo traz a análise da distribuição geográfica, do perfil de atendimento e da relação entre necessidade e oferta dos serviços assistenciais de oncologia no âmbito do SUS. Na sequência expõe-se o mapeamento e análise da acessibilidade geográfica de pacientes em uso de quimioterapia para o tratamento do câncer de mama, com a finalidade de identificar potenciais implicações para organização da AF. Por fim, apresenta-se o processo de seleção dos casos estudados e a análise da compreensão, de gestores municipais e profissionais de saúde de serviços habilitados, e práticas da AF em oncologia

Os três primeiros subcapítulos foram organizados no formato de artigos e já submetidos a revistas científicas. Considerando a densidade das informações do quarto capítulo, optou-se pela sua apresentação em formato integral, de modo a proporcionar uma compreensão sistêmica dos resultados.

6.1 PRIMEIRO ARTIGO: POLÍTICA DE ATENÇÃO AO CÂNCER NO BRASIL APÓS A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹

Cancer Care Policy in Brazil after creation of Unified Health System

Política de Atención Oncológica en Brasil después de la creación del Sistema Único de Salud

Título abreviado: Política de Atenção ao Câncer no Brasil

Autores: Mario Jorge Sobreira da Silva², Fernando Lopes Tavares de Lima³, Gisele O’Dwyer⁴, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro⁵.

RESUMO

Introdução: Com o Sistema Único de Saúde (SUS), um conjunto de normativas foi publicado objetivando estruturar a atenção ao paciente oncológico, em diversas frentes de organização.

Objetivo: Analisar as contribuições das legislações para a evolução da política de atenção ao câncer no Brasil no período pós-SUS (1990-2017). **Método:** Realizou-se um estudo descritivo utilizando a Teoria da Estruturação de Giddens para análise dos dados. A fonte de dados foram as legislações sobre a atenção ao câncer no Brasil, disponíveis nos sítios eletrônicos governamentais, publicadas entre setembro/1990 e abril/2017. O conteúdo das normas legais foi classificado quanto ao período histórico (em quatro fases: definição; organização; expansão; integração) e à sua finalidade (nas categorias: regras estruturantes; habilitação/credenciamento; fi-

¹ Os achados da análise documental foram sistematizados no artigo intitulado “**Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde**”, que foi aprovado e publicado pela Revista Brasileira de Cancerologia (SILVA et al., 2017b). O artigo encontra-se formatado, segundo as regras da revista. Instruções aos autores estão disponíveis em: www.inca.gov.br/rbc/

² Farmacêutico, doutorando em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, Coordenação de Ensino do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – e-mail: mario.silva@inca.gov.br – Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

³ Cirurgião-dentista, doutorando em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, Coordenação de Ensino do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – e-mail: flima@inca.gov.br – Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

⁴ Médica, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública – e-mail: odwyer@ensp.fiocruz.br – Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

⁵ Farmacêutica, doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo IFF/Fiocruz, Departamento de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública – e-mail: claudiaosorio.soc@gmail.com – Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

nanciamento; protocolos/tecnologia). **Resultados:** Foram incluídas e analisadas 220 normativas, sendo seis referentes à fase de definição, 70 na fase de organização, 85 na fase de expansão e 59 na fase de integração. Quanto à finalidade, 76 eram regras estruturantes, 14 tratavam de habilitação/credenciamento, 50 versavam sobre financiamento e 100 referiam-se a protocolos/tecnologias. Ao longo do tempo, o número de regras publicadas oscilou, dependendo da categoria. **Conclusão:** Pode-se afirmar que nos poucos anos de normatização legal estruturou-se uma política de atenção ao câncer com vários elementos, com importância maior ou menor no decorrer do período. O grande volume de normas dificulta o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, ainda que inseridos e atuantes na área. Porém, a sucessão de normativas indica lugar de destaque na agenda política, em consonância com a importância epidemiológica do câncer.

Palavras chave: Políticas Públicas de Saúde; Neoplasias; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: With the advent of the Brazilian Health System (SUS), a series of norms were passed to organize several aspects of cancer care. **Objective:** To analyze the contributions of legislation to evolution of cancer care policy in Brazil, after SUS (1990-2017). **Method:** A descriptive study was realized based on Giddens' Structural Theory to analyze the data. Legislation on cancer care in Brazil was used as a data source. The documents were searched in government websites, for the period from September 1990 to April 2017. Content of each law was reviewed and classified according to historical period (in four phases: definition, organization, expansion, integration) and to purpose of regulation (into four categories: structural aspects; certified type; financing; protocols and technology). **Results:** A total of 220 laws were included and analyzed: six for the definition phase, 70 for the organization phase, 85 for expansion phase and 59 for the integration phase. As to purpose, 76 versed on structural aspects, 14

on certified type, 50 on financing and 100 on protocols and technology. Number of laws varied during the period, according to category. **Conclusion:** From 1990 to 2017 a structured policy on cancer care was produced, composed of different elements which differed in importance over time. The large number of laws makes overall knowledge of regulation difficult even for committed managers and health professionals. However, publication of laws indicates that cancer care is among the government's priorities, in agreement with the epidemiologic importance of the disease.

Key words: Public Health Policy; Neoplasms; Unified Health System.

RESUMÉN

Introducción: Con el advenimiento del Sistema Único de Salud (SUS), un conjunto de normativas fue publicado con el objetivo de estructurar la atención al paciente oncológico, en diversos frentes de organización. **Objetivo:** Analizar las contribuciones de la legislación a la evolución de la política de atención oncológica en Brasil, después del SUS (1990-2017). **Método:** Se realizó un estudio descriptivo basado en la Teoría Estructural de Giddens para el análisis de los datos. Se utilizó como fuente de datos las legislaciones sobre la atención al cáncer en Brasil, disponibles en los sitios electrónicos gubernamentales, referente al período de septiembre de 1990 hasta abril de 2017. El contenido de cada legislación fue revisado y clasificado de acuerdo con el período histórico (en cuatro fases: definición, organización, expansión, integración) y con finalidad de regulación (en cuatro categorías: aspectos estructurales, tipo de habilitación, financiación, protocolos y tecnología). **Resultados:** Se incluyeron y analizaron un total de 220 normas: seis para la fase de definición, 70 para la fase de organización, 85 para expansión y 59 para la fase de integración. En cuanto a su finalidad, 76 versado en aspectos estructurales, 14 en tipo de habilitación, 50 en financiamiento y 100 en protocolos y tecnología. A lo largo del tiempo, el número de reglas publicadas osciló, dependiendo de la categoría. **Conclusión:** De

1990 a 2017 se elaboró una política estructurada sobre la atención al cáncer, compuesta por diferentes elementos que diferían en importancia a lo largo del tiempo. El gran número de normas legales hace que el conocimiento global de la reglamentación sea difícil incluso para los directivos comprometidos y los profesionales de la salud. Sin embargo, la publicación de las normas indica el estatus especial del cuidado del cáncer en la agenda política, de acuerdo con la importancia epidemiológica de la enfermedad.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; Neoplasias; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

No início do século XX os países desenvolvidos identificavam o câncer como um problema de saúde pública e implementavam medidas para o seu controle, enquanto que no Brasil as endemias ocupavam a agenda das políticas de saúde. A primeira proposta governamental de combate ao câncer no Brasil se deu em 1920, mas seu arcabouço envolvia, basicamente, a notificação compulsória dos casos e o registro do câncer como causa de óbito¹.

O perfil epidemiológico do câncer, produzido por notificações e registros, levou à criação de unidades específicas para o tratamento, a partir de parcerias entre instituições filantrópicas e a iniciativa pública, além de ações públicas que objetivavam ampliar o conhecimento da população sobre medidas de prevenção².

Em 1937 surge normativa criando o Centro de Cancerologia, no estado do Rio de Janeiro, unidade hospitalar pública destinada exclusivamente ao tratamento e ao estudo do câncer³. Entretanto, apenas em 1941 surge o Serviço Nacional de Câncer, atualmente denominado Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), responsável por organizar, orientar, fiscalizar e executar as atividades relacionadas ao câncer, em todo o país⁴.

Até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, diversas campanhas e programas foram desenvolvidos em prol do combate ao câncer e houve uma ampliação significativa no número de estabelecimentos destinados ao seu tratamento^{1,4-5}. Em que pese os avanços alcançados, as questões conjunturais do período entre 1940 e 1990, tais como a expansão da lógica privatista, médico-hospitalocêntrica e de medicina liberal especialmente após o golpe militar de 1964^{1,5}, não favoreceram a organização do sistema de saúde de forma satisfatória para um eficiente controle do câncer no Brasil.

Com o SUS, um novo conjunto de políticas foi implementado com o intuito de estruturar a assistência ao paciente oncológico, em diversas frentes de organização. No entanto, não existem publicações sistematizando o volume das normativas publicadas no período e a suficiência destas para organizar e regular o setor. Nesta perspectiva, este artigo buscou analisar as contribuições das legislações para a evolução da política de atenção ao câncer no Brasil no período pós-SUS (1990-2017).

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo sobre as políticas de atenção ao câncer implementadas no Brasil no período pós-SUS. A fonte de dados foram as legislações publicadas no período de setembro de 1990 a abril de 2017.

A busca da legislação foi realizada, inicialmente, nos sites das Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷ do Ministério da Saúde (MS), do INCA⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁹, por dois pesquisadores devidamente treinados para a coleta dos dados. Os dados foram coletados no mês de maio de 2017. Após leitura do *caput* de cada normativa, foram incluídas as que tratavam da organização da atenção oncológica. No entanto, a revisão das normas mostrou que outras legislações importantes estavam

citadas no corpo das Portarias, Decretos, Leis e Resoluções. Desta forma, foi necessário verificar, em cada norma encontrada pela busca nos sites oficiais, citações adicionais da legislação, para inclusão.

Foram excluídas aquelas normas que, apesar de estarem relacionadas à prevenção e ao controle do câncer, não abordavam de forma direta a estruturação do cuidado, como por exemplo as políticas de promoção à saúde, que por sua importância e dimensão, merecem uma análise específica.

O conteúdo de cada norma foi classificado quanto ao período histórico correspondente e à sua finalidade. Para os fins deste artigo, foram definidas quatro fases históricas de análise, correspondentes à fase de estruturação da política de organização do cuidado oncológico no período pós-SUS: *fase de definição* (de 1990 até a publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998); *fase de organização* (da publicação da Portaria GM/MS nº 3.535 de 1998 até a Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005); *fase de expansão* (da publicação da Portaria GM/MS nº 2.439 de 2005 até a Portaria GM/MS nº 874 de 2013); e *fase de integração* (a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 874 de 2013). A escolha destas normativas como marcos temporais se justifica pela considerável mudança na forma de compreensão e organização da atenção oncológica^{5,10}.

No que diz respeito à finalidade dos documentos, o aspecto semântico das regras, identificou-se que o conjunto legislativo se divide nas seguintes categorias: *regras estruturantes* (envolvendo: organização do sistema e dos serviços de saúde; gestão/governança; parâmetros funcionais; instalações físicas; critérios para credenciamento de serviços; formas de habilitação; recursos humanos; parâmetros de avaliação; sistemas de apoio); *habilitação/credenciamento* (incluindo o número de estabelecimentos habilitados) ; *financiamento* (abarcando: valores de procedimentos; programação de recursos; modelos de repasse e reembolso); *protocolos e tecnologia* (contendo: definições operacionais; inclusão, substituição e exclusão de tecnologia;

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)). Cabe destacar que uma normativa, a depender de seu conteúdo, foi classificada em mais de uma categoria.

A análise foi descritiva, considerando a categoria da norma e ano de publicação. As evoluções das fases identificadas pelos marcos históricos foram caracterizadas no interior de cada uma das categorias. Foi também feita uma análise da distribuição das normas de cada categoria ao longo do tempo.

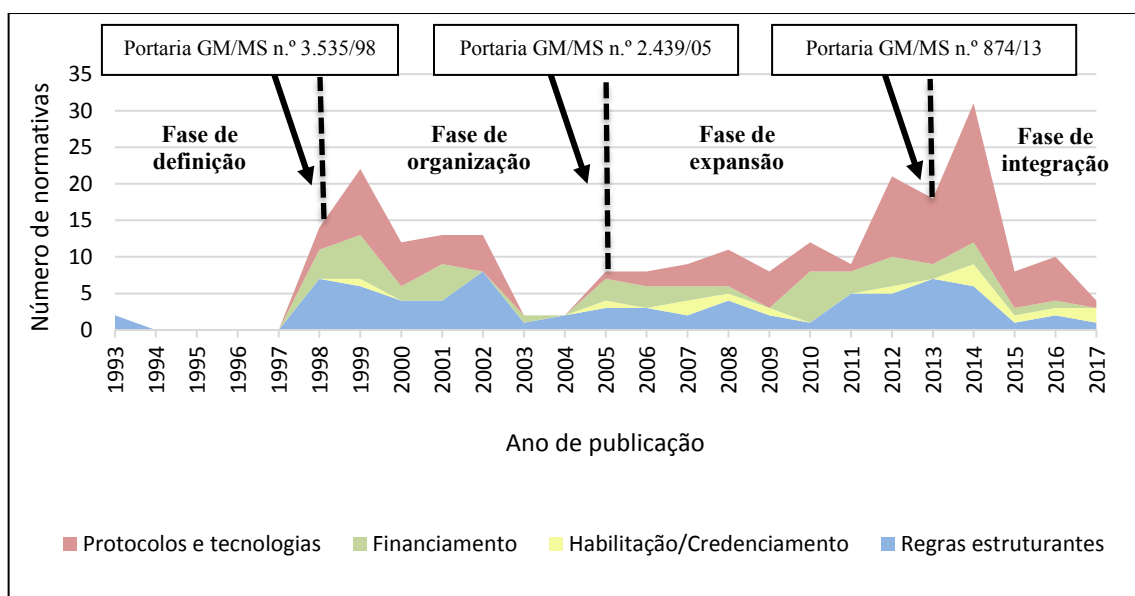
Utilizou-se a Teoria da Estruturação de Giddens para analisar as normativas implementadas no período pós-SUS. Esta teoria pressupõe que a estruturação depende de procedimentos, métodos ou técnicas hábeis, executadas a partir de regras e recursos estruturais. As regras têm um aspecto normativo, dos direitos e obrigações, e um aspecto semântico, mais processual, associado ao desempenho. Os recursos são autoritativos, próprios da relação entre pessoas, ou alocativos, relativos às capacidades materiais. Neste contexto, as dimensões estruturais são a base de poder, ora facilitadoras ora restritivas¹¹. O plano de análise documental visou compreender a implantação da política de atenção ao câncer no Brasil, onde as legislações seriam as regras e recursos estruturais disponíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de busca resultou em 99 normativas que trataram da implantação de uma política para controle do câncer no Brasil no período pós-SUS, sendo 36 no site do MS, 36 no do INCA e 27 no da CONITEC. Destas, 30 eram duplicatas ou triplicatas e foram excluídas. Após leitura dos 69 documentos na íntegra foram incluídas mais 151 referenciadas, o que resultou em 220 normativas analisadas neste estudo.

A primeira análise realizada foi a distribuição temporal das normas estudadas. Foram identificadas seis normas na fase de definição, 70 na fase de organização, 85 na fase de expansão e 59 na fase de integração. Ao longo do tempo, o número de regras publicadas oscilou, a depender da categoria, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1: Distribuição das normativas publicadas sobre atenção ao câncer no período pós-SUS, de acordo com à finalidade. Brasil, 1990-2017.



Fontes: Sites do Ministério da Saúde (MS) (Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁹.

REGRAS ESTRUTURANTES

Foram identificadas 76 legislações relativas à esta categoria, distribuídas conforme apresentado no Quadro 1.

Na *fase de definição* foram identificadas três normativas relativas à organização dos serviços de tratamento oncológico e duas que visavam a prevenção e diagnóstico do câncer. Elas regulamentaram os cuidados prolongados de doentes crônicos, inclusive oncológicos, incluíram os serviços de oncologia entre as áreas que passaram a compor as Redes Integradas de

Procedimentos de Alta Complexidade e normatizaram o credenciamento de hospitais de alta complexidade.

Quadro 1: Normativas analisadas na categoria “Regras Estruturante”, por fase de estruturação.

Fase de estruturação da política (76)	Normativa
Definição (5)	Portaria MS/GM 65/93; Portaria MS/GM 170/93; Portaria MS/GM 2.413/98; Portaria MS/GM 3.040/98; Portaria MS/GM 3.041/98.
Organização (30)	Portaria MS/SAS 171/98; Portaria MS/GM 3.535/98; Portaria MS/GM 3.536/98; Portaria MS/SAS 113/99; Portaria MS/GM 255/99; Portaria MS/SAS 296/99; Portaria MS/GM 788/99; Portaria MS/GM 1.478/99; Lei 9.797/99; Portaria MS/GM 1.312/00; Portaria MS/GM 1.313/00; Portaria MS/GM 1.315/00; Portaria MS/GM 1.316/00; Portaria MS/GM 44/01; Portaria MS/SAS 579/01; Portaria MS/GM 1.102/01; Lei 10.289/01; Portaria MS/GM 19/02; RDC 50/02; RDC 202/02; Portaria MS/GM 472/02; Portaria MS/GM 1.101/02; Portaria MS/GM 1.289/02; Portaria MS/GM 1.318/02; Portaria MS/GM 1.319/02; Portaria MS/GM 456/03; RDC 220/04; RDC 306/04; Portaria MS/GM 485/05; Portaria MS/GM 1.163/05.
Expansão (25)	Portaria MS/GM 2.439/05; Portaria MS/GM 2.571/05; RDC 20/06; Portaria MS/SAS 741/06; Portaria MS/SAS 768/06; RDC 67/07; Portaria MS/GM 3.212/07; Portaria MS/SAS 288/08; Portaria MS/SAS 779/08; Retificação da Portaria MS/SAS 779/08; Lei 11.664/08; Portaria MS/SAS 215/09; Portaria MS/SAS 2.600/09; Portaria MS/SAS 310/10; Portaria MS/GM 12/11; Portaria MS/GM 451/11; Portaria MS/GM 588/11; Portaria MS/GM 847/11; Portaria MS/GM 1.682/11; Portaria MS/GM 531/12; Portaria MS/GM 931/12; Portaria MS/SAS 1.228/12; Portaria MS/SAS 2.304/12; Lei 12.732/12; Lei 12.802/12.
Integração (16)	Portaria MS/GM 874/13; Portaria MS/GM 876/13; Portaria MS/GM 1.504/13; Portaria MS/GM 2.898/13; Portaria MS/GM 3.388/13; Portaria MS/GM 3.394/13; Portaria MS/GM 140/14; Portaria MS/GM 176/14; Portaria MS/GM 189/14; Portaria MS/GM 192/14; Portaria MS/GM 1.220/14; Portaria MS/GM 1.550/14; Portaria MS/GM 1.575/14; Portaria MS/GM 186/16; Portaria MS/GM 1.325/16; Portaria MS/GM 613/16.

Fontes: Sites do Ministério da Saúde (MS) (Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁹.

Destaca-se a Portaria nº 170/93, que classifica as unidades de tratamento oncológico em: 1) Centro de Referência (CR) I (aptos para atendimentos a pacientes com qualquer tipo de neoplasia); 2) CR II (aptos ao tratamento dos principais tipos de neoplasias). Em paralelo, houve a normatização dos Centros de Radioterapia e de Quimioterapia isolados, que deveriam, obrigatoriamente, estar vinculados a um CR.

Nota-se que nesta fase houve pouco incremento das normativas relacionadas à atenção oncológica. Este fato, pode estar relacionada a ênfase governamental no processo de descentralização da saúde¹².

A *fase de organização* teve como seu marco-legal a publicação da Portaria nº 3.535/98, que estabeleceu novos critérios para cadastramento de centros de atendimento de alta complexidade em oncologia. Entre as principais finalidades desta normativa destacam-se as estratégias para o atendimento integral aos usuários com câncer e o estabelecimento de uma rede hierarquizada, com definição de fluxos e referências. Pela primeira vez foi utilizado um parâmetro epidemiológico/demográfico (casos novos anuais de câncer) para justificar a necessidade de novos serviços.

Uma importante mudança foi a substituição dos CR pelo Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e a inclusão de seus ambulatórios no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Os CACON foram tipificados em: CACON I (hospital geral que realiza diagnóstico e tratamento dos tumores mais frequentes); CACON II (instituições dedicadas prioritariamente ao controle dos tumores mais frequentes); CACON III (instituições dedicadas exclusivamente ao controle de qualquer tipo de câncer). Os estabelecimentos credenciados deveriam atuar na prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

Em 1999, ficou reestabelecida a abertura de serviço isolado de radioterapia e/ou quimioterapia, desde que houvesse referência junto a hospital geral já cadastrado pelo SUS (Portaria nº 113/99). A unidade deveria consultar, previamente, o gestor local ou estadual do SUS, sobre a necessidade da sua criação. Tratou-se de uma regra de aspecto normativo, considerando direitos e obrigações, e de um recurso autoritativo, por estar condicionada à aprovação do gestor local¹¹, sendo uma primeira iniciativa de descentralização do processo de habilitação.

Nesta fase, foram identificadas, ainda, normas estruturantes facilitadoras do desempenho do sistema de atenção ao câncer. Entre elas, destacam-se: 1) a obrigatoriedade da cirurgia

plástica reparadora da mama pelo SUS, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer (Lei nº 9.797/99); 2) a criação de Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica (Portaria nº 1.478/99); 3) a definição do Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea (Portarias nº 1.312/00, nº 1.313/00, nº 1.315/00, nº 1.316/00, e nº 44/01); 4) o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial, incluindo a oncologia (Portaria nº 1.101/02); 5) a implantação do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (Portarias nº 19/02, nº 472/02 e nº 1.319/02); 6) a instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (Lei nº 10.289/01); 7) a inserção de indicadores na atenção básica relacionados aos exames citopatológicos cérvico-vaginais e às taxas de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero e de mama (Portaria nº 456/03).

Por fim, neste segundo período, foram publicadas normas referentes à organização e segurança em estabelecimentos de saúde que, apesar de não estarem relacionadas exclusivamente à oncologia, impactaram na estruturação dos serviços (Portaria nº 485/05; RDC nº 50/02, nº 202/02 e nº 306/04).

Apesar da diversidade de normativas publicadas relativas à atenção ao câncer na fase de organização, este período foi claramente marcado pela centralidade no fortalecimento, expansão e qualificação da atenção básica, dos Serviços de Atendimento Móvel e de Urgência e dos Programas Brasil Sorridente e Farmácia Popular¹³. Sendo assim, as regras estruturantes foram mais relacionadas aos serviços e processos de alta complexidade em oncologia, e pouco direcionadas à organização do sistema.

A conhecida Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (Portaria nº 2.439/05) é considerada um grande marco para a área da oncologia e para denominada *fase de expansão*, principalmente por estruturar a linha de cuidado do paciente com câncer. O reconhecimento das ações de promoção à saúde e prevenção do câncer, e a organização do sistema para promover um itinerário terapêutico adequado do paciente, refletem a importância dessa regulamentação.

Tais aspectos foram endossados pelo ‘Pacto pela saúde’ publicado em 2006¹⁴, fortalecendo as ações estratégicas para prevenção e controle do câncer no Brasil.

No que tange a organização das Redes de Atenção Oncológica (RAO), a Portaria nº 741/05 promove uma reconfiguração dos critérios para habilitação de unidades em alta complexidade em oncologia, passando a adotar as seguintes categorias: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), CACON e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Estas unidades se diferenciam principalmente pela capacidade e tipo de atendimento realizado. Outro aspecto importante a ser ressaltado é a demanda pela implantação dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), como instrumento necessário para realizar as ações de vigilância em saúde.

Nesta fase, duas normativas versaram sobre a gestão da assistência oncológica, apontando a responsabilidade das esferas governamentais na governança da RAO. As condições técnicas dos serviços especializados foram abordadas em seis normativas. Parâmetros funcionais mínimos foram elencados de forma a buscar melhorar os processos de trabalho e qualificar as ações desenvolvidas pelos serviços. Os aspectos relacionados as instalações físicas foram descritos em três regulamentações, quatro normativas versaram sobre equipamentos, três documentos tratavam de recursos humanos, incluindo formação de pessoas, e duas legislações traziam subsídios para avaliação dos serviços. Foram identificadas sete normativas relacionadas a integralidade do cuidado para os tumores oftalmológicos, mamários e de colo uterino. Aspectos diagnósticos foram identificados em oito legislações e duas se referiam aos sistemas de informação.

Algumas regulamentações merecem ser destacadas, considerando a sua relevância e as alterações estruturais proporcionadas: 1) o regulamento técnico dos serviços de radioterapia (RDC nº 20/06); 2) a atualização da regulamentação técnica do transplante de células tronco-

hematopoéticas, incluindo os requisitos mínimos para a realização dessa terapêutica e o fortalecimento do Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), do Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (Rereme), do Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (Renacord) e do Registro Brasileiro de Transplantes de Medula Óssea (RBTMO) (Portaria nº 2.600/09); 3) a criação da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC) (Portaria nº 12/11); 4) o plano de expansão da radioterapia (Portaria nº 931/12); 5) a publicação da Lei nº 12.732/12, que instituiu a obrigatoriedade de iniciar o tratamento oncológico em no máximo 60 dias após o diagnóstico. Essas normativas constituíram-se em recursos autoritativos¹¹, devido a definição dos atores envolvidos e relações hierárquicas estabelecidas, e alocativos¹¹, mediante a distribuição de equipamentos de radioterapia para os serviços. Além disso, representam regras com aspectos normativos e semânticos¹¹, considerando o desempenho esperado pelos serviços a partir dos regulamentos técnicos, sendo, portanto, regras facilitadoras de modificação estruturante na assistência ao câncer.

No quarto período (*fase de integração*), a conformação do modelo de redes de atenção à saúde foi priorizada. Desta forma, é possível observar que há uma ampliação nas atribuições dos demais níveis de atenção componentes da rede. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Portaria nº 874/13) que substituiu a PNAO, é o grande marco-legal dessa fase. Além de questões centrais relacionadas a linha de cuidado já contempladas nas legislações anteriores, maior ênfase a integralidade do cuidado e a informação em saúde foram evidenciadas.

Para organizar o sistema, novos critérios e parâmetros passaram a ser estabelecidos pela Portaria nº 140/2014. Essa redefinição buscou ampliar a qualificação e consolidar a atuação dos serviços especializados em oncologia. Nota-se que o parâmetro para habilitação de UNACON e CACON passou a adotar o número de habitantes (uma unidade para 500.000). Uma novidade

é a definição de critérios para credenciamento de estabelecimentos que realizam atendimento em oncologia pediátrica ou hematológica.

Nesta fase, cinco normativas estiveram relacionadas à gestão da assistência oncológica, duas versaram sobre instalações físicas, quatro trataram de condições técnicas, duas referiram-se à equipamentos e duas descreveram aspectos sobre recursos humanos. Parâmetros para avaliação e monitoramento dos estabelecimentos foram descritos em três legislações.

Se destacam nesta fase, as legislações referentes: 1) à instituição do Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do SUS (Portaria nº 3.394/13); 2) à criação dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) (Portaria nº 189/14); 3) a qualificação dos diagnósticos para câncer de colo de útero (Portarias nº 3.388/13, nº 1504/13, nº 176/14, nº 1.325/16 e nº 613/17).

HABILITAÇÃO/CREDENCIAMENTO

Foram identificadas 14 normativas relacionadas à habilitação/credenciamento, sendo uma na *fase de organização*, seis na *fase de expansão* e sete na *fase de integração* (Quadro 2). Embora tenham sido estabelecidos critérios para credenciamento de serviços de alta complexidade em oncologia na primeira fase (Portaria nº 170/93), neste período não foi publicada nenhuma portaria com a lista das unidades habilitadas.

A primeira portaria que versou sobre este tema objetivou cadastrar os centros de alta complexidade e os serviços isolados de quimioterapia (Portaria nº 410/99). O documento apresentou um total de 202 estabelecimentos habilitados.

Quadro 2: Normativas analisadas na categoria “Habilitações e credenciamento”, por fase de estruturação.

Fase de estruturação da política (14)	Normativas
Definição (0)	-
Organização (1)	Portaria MS/SAS 410/99
Expansão (6)	Portaria MS/SAS 741/05; Portaria MS/SAS 361/07; Portaria MS/SAS 513/07; Portaria MS/SAS 146/08; Portaria MS/SAS 62/09; Portaria MS/SAS 102/12.
Integração (7)	Portaria MS/SAS 140/14; Portaria MS/SAS 189/14; Portaria MS/SAS 1426/14; Portaria MS/SAS 886/15; Portaria MS/SAS 181/16; Portaria MS/SAS 458/17; Portaria MS/SAS 637/17.

Fontes: Sites do Ministério da Saúde (MS) (Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁹.

A partir de 2007, durante a *fase de expansão*, passou-se a admitir nove formas diferentes de habilitação de serviços especializados em oncologia e a manutenção dos serviços isolados de quimioterapia e radioterapia (Portaria nº 361/07). Esta variedade, permitiu ampliar o número de estabelecimentos credenciados, chegando a 232 estabelecimentos (Portaria nº 513/07). Este é um caso em que a regra permitiu uma modificação significativa nos serviços disponíveis, estruturando um novo patamar de acesso a serviços especializados.

Em 2008, visando reorganizar a rede de alta complexidade em oncologia, novas formas de credenciamento foram adotadas, extinguindo-se os serviços isolados de quimioterapia e radioterapia, e incluindo-se a conformação de complexos hospitalares. Esta nova condição passou a permitir que um conjunto de estabelecimentos de um mesmo município pudessem se reunir e conformar uma habilitação sob uma instituição mantenedora, resultando na habilitação de 222 estabelecimentos (Portaria nº 146/08). Novamente há estruturação de serviços integrados induzidos por normas legais.

Em 2009, observa-se uma mudança na concepção sobre a conformação dos complexos hospitalares, não sendo mais permitida a associação de serviços de radioterapia ou de oncologia clínica de complexo hospitalar às UNACON (Portaria nº 62/09). Esta reorganização previa a

expansão da rede de atenção oncológica ao permitir que serviços de radioterapia e de oncologia/clínica pudessem se associar entre si, desde que ao menos um dos estabelecimentos fosse um hospital. Considerando as novas formas de habilitação, foram habilitados 269 estabelecimentos (Portaria nº 102/12).

Na *fase de integração*, com o intuito de estruturar a PNPCC, observou-se pela primeira vez o estabelecimento de critérios para habilitação de serviços de média complexidade, voltados ao diagnóstico e tratamento de lesões precursoras de câncer do colo de útero e ao diagnóstico do câncer de mama (Portaria nº 189/14). Esta mudança paradigmática pareceu ser uma estratégia importante para ampliar o acesso a alta complexidade e para atender as metas estabelecidas no plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis¹⁵ e concretizar o modelo de atenção à saúde que passou a ser estruturado a partir de 2011 no país¹⁶.

Ainda em 2014, com intuito de fortalecer a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas no eixo temático câncer, novos critérios foram definidos para credenciamento de serviços de alta complexidade, passando-se a adotar seis tipos de habilitação distintos (Portaria nº 140/14). A principal alteração se deu em relação ao hospital geral com cirurgia oncológica que passou a ter necessidade de conformar um complexo hospitalar. Neste período estavam habilitados 288 estabelecimentos (Portaria nº 140/14).

Os novos critérios buscaram ampliar a qualificação dos estabelecimentos de alta complexidade e, no primeiro semestre de 2017, 299 estabelecimentos foram credenciados para o tratamento do câncer (Portarias nº 458/17).

As constantes mudanças nos critérios de habilitação/credenciamento ao longo dos períodos promoveram incremento de 48,0% no número de estabelecimentos habilitados, passando de 202 em 1999 (Portaria nº 410) para 299 em 2017 (Portarias nº 458). Há de se considerar, ainda, que em 1999 haviam 75 serviços isolados de quimioterapia (Portaria nº 410). Estes estabelecimentos por estarem focados em um único procedimento, não atendiam a integralidade do

cuidado do paciente oncológico. Esta disparidade foi resolvida ao longo do tempo, com os novos critérios de habilitação que foram sendo estabelecidos. No entanto, cabe problematizar a suficiência no número de estabelecimentos para atender as necessidades da população, considerando a incidência crescente do câncer no Brasil e a alta mortalidade relacionada a este agravo¹⁷.

FINANCIAMENTO

Das 50 portarias sobre financiamento implantadas, apenas uma pertence à *fase de definição*. As *fases de organização e expansão* contém a maioria das portarias sobre financiamento, 19 e 22 respectivamente. *Na fase de integração* da área foram produzidas oito portarias (Quadro 3).

Quadro 3: Normativas analisadas na categoria “Financiamento”, por fase de estruturação.

Fase de estruturação da política (50)	Normativas
Definição (1)	Portaria MS/GM 2.413/98
Organização (19)	Portaria MS/SAS 145/98; Portaria MS/SAS 205/98; Portaria MS/GM 3.536/98; Portaria MS/SAS 01/99; Portaria MS/SAS 34/99; Portaria MS/SAS 54/99; Portaria MS/SAS/SE 56/99; Portaria MS/GM 531/99; Portaria MS/GM 1.479/99; Portaria MS/SAS/SE 19/00; Portaria MS/GM 1.317/00; Portaria MS/SAS/SE 54/01; Portaria MS/SAS 432/01; Portaria MS/SAS 482/01; Portaria MS/SAS 515/01; Portaria MS/GM 627/01; Portaria MS/GM 1708/03; Portaria MS/GM 1.095/05; Portaria MS/GM 1.617/05.
Expansão (22)	Portaria MS/SAS 757/05; Portaria MS/GM 2.607/05; Portaria MS/SAS 287/06; Portaria MS/GM 1.345/06; Portaria MS/SAS 467/2007; Portaria MS/GM 2.488/07; Portaria MS/SAS 346/2008; Portaria MS/SAS 282/10; Portaria MS/SAS 305/10; Portaria MS/SAS 706/10; Portaria MS/SAS 720/2010; Portaria MS/SAS 1.856/10; Portaria MS/GM 2.410/2010; Portaria MS/GM 3.662/10; Portaria MS/SAS 90/11; Portaria MS/SAS 939/11; Portaria MS/SAS 122/12; Portaria MS/GM 2.948/12; Portaria MS/GM 931/12; Portaria MS/GM 2.012/11; Decreto 7.988/13. Lei 12.715/12.
Integração (8)	Portaria MS/SAS 827/13; Portaria MS/GM 874/13; Portaria MS/SAS 140/14; Portaria MS/GM 183/14; Portaria MS/GM 189/14; Portaria MS/SAS 1.363/14; Portaria MS/SAS 103/15; Portaria MS/GM 94/16.

Fontes: Sites do Ministério da Saúde (MS) (Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁹.

As portarias editadas nas *fases de definição e organização* versam principalmente sobre valores de procedimentos, incluindo limites de cobrança. Destacam-se, na fase de organização, três portarias que tratavam de programação de recursos para a assistência ambulatorial de média e alta complexidade (Portarias nº 01/99, nº 531/99 e nº 3.536/99) e ações estratégicas de alta complexidade (Portaria nº 627/01). Outra portaria importante foi a definição da fonte de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) para financiar a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (CNCPAAC) (Portaria nº 1.479/99).

Na *fase de expansão*, três portarias são mais importantes por tratarem de repasse para fundos municipais e estaduais, por instituir incentivo financeiro para custeio das atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) (Portarias nº 2.607/05 e nº 1.345/06) e por estabelecer recursos aos Estados, Municípios e Distrito Federal para custeio da atualização dos procedimentos de radioterapia e quimioterapia da tabela do SUS (Portaria nº 2.410/10). Uma normativa que também se destaca neste período é a Lei nº 12.715/12, que institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) para captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. As outras 12 normativas tratavam de valores de procedimentos.

Três importantes normativas da *fase de integração* tratam do financiamento no bojo dos temas prevenção e controle na atenção ao paciente com câncer e avaliação de estabelecimentos especializados em câncer (Portarias nº 874/13, nº 140/14 e nº 183/14). Outras duas tratavam da recomposição de valores de procedimentos.

Percebe-se que poucos investimentos foram relacionados à ampliação da oferta de serviços, estando em sua maioria focadas no processo de ressarcimento pelos procedimentos realizados. A restrita indução financeira pode estar se refletindo na expansão dos estabelecimentos destinados ao tratamento do câncer.

PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS

A primeira fase teve apenas uma normativa sobre tecnologias e protocolos (Portaria nº 38/98), seguida por 27 normas, da *fase de organização* (Quadro 4).

Quadro 4: Normativas analisadas na categoria “Protocolos e tecnologias”, por fase de estruturação.

Fase de estruturação da política (100)	Número da normativa
Definição (1)	Portaria MS/SAS 38/98
Organização (27)	Portaria MS/SAS 184/98; Portaria MS/SAS 3.536/98; Portaria MS/SAS 34/99; Portaria MS/SAS/SE 44/99; Portaria MS/SAS/SE 54/99; Portaria MS/SAS 190/99; Portaria MS/GM 288/99; Portaria MS/GM 295/99; Portaria MS/SAS 296/99; Portaria MS/SAS 401/99; Lei 9.797/99; RDC 34/00; Portaria MS/SAS 54/00; Portaria MS/SAS 96/00; Portaria MS/SAS 130/00; Portaria MS/GM 1.314/00; Portaria MS/GM 1.317/00; Portaria MS/SAS/SE 48/01; Portaria MS/SAS/SE 49/01; Portaria MS/SAS 431/01; Portaria MS/SAS 580/01; Portaria SPS/MS/SAS 25/02; Portaria MS/GM 585/02; Portaria MS/SAS 859/02; Portaria MS/SAS 862/02; Portaria MS/GM 1.319/02; Portaria MS/GM 1.655/02.
Expansão (38)	Portaria SAS/MS 757/05; RDC 20/06; Portaria MS/SAS 322/06; Portaria MS/SAS 466/07; Portaria MS/SAS 723/07; Portaria MS/GM 2.918/07; Portaria MS/SAS 36/08; Portaria MS/SAS 346/2008; Portaria MS/SAS 347/08; Portaria MS/SAS 461/08; Portaria MS/SAS 649/08; Portaria MS/SAS 381/09; Portaria MS/GM 1.183/09; Portaria MS/GM 1.783/09; Portaria MS/GM 1.945/09; Portaria MS/GM 2.600/09; Portaria MS/SAS 420/10; Portaria MS/SAS 421/10; Portaria MS/SAS 581/10; Portaria MS/GM 2.415/10; Portaria MS/GM 189/11; Portaria MS/SCTIE 18/12; Portaria MS/SAS 114/12; Portaria MS/SAS 115/12; Portaria MS/SAS 458/12; Portaria MS/SAS 599/12; Portaria MS/SAS 600/12; Portaria MS/SAS 601/12; Portaria MS/SAS 602/12; Portaria MS/SAS 621/12; Portaria MS/SAS 1.083/12; Portaria MS/GM 2.947/12; Portaria MS/SAS 73/13; Portaria MS/SAS 298/13; Portaria MS/SAS 312/13; Portaria MS/SAS 357/13; Portaria MS/SAS 453/13; Portaria MS/SAS 505/13.
Integração (34)	Portaria MS/GM 54/13; Portaria MS/SAS 1.219/13; Portaria MS/SAS 1.253/13; Portaria MS/SAS 07/14; Portaria MS/SAS 09/14; Portaria MS/SAS 10/14; Portaria MS/SAS 67/14; Portaria MS/SAS 126/14; Portaria MS/SAS 494/14; Portaria MS/SAS 705/14; Portaria MS/SAS 743/14; Portaria MS/SAS 840/14; Portaria MS/SAS 956/14; Portaria MS/SAS 957/14; Portaria MS/SAS 958/14; Portaria MS/SAS 1.051/14; Portaria MS/SAS 1.340/14; Portaria MS/SAS 1.439/14; Portaria MS/SAS 1.440/14; Portaria MS/SAS 1.444/14; Portaria MS/SAS 1.501/14; Portaria MS/SAS 1.576/14; Portaria MS/GM 59/15; Portaria MS/SAS 516/15; Portaria MS/SAS 708/15; Portaria MS/SAS 821/15; Portaria MS/SAS 1.008/15; Portaria SVS/MS 54/16; Portaria MS/GM 94/16; Portaria MS/SAS 498/16; Portaria MS/SAS 933/16; Portaria MS/SAS 1.354/16; Lei nº 13.269/16; Portaria MS/GM 16/17.

Fontes: Sites do Ministério da Saúde (MS) (Secretarias de Atenção⁶ e Vigilância em Saúde⁷), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁸ e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)⁹.

Neste período as normativas se voltaram para definições operacionais delimitando o escopo da atenção ao câncer no país, com os serviços e insumos envolvidos. Já em 2000 e 2001, protocolos pontuais para tecnologias de uso em situações específicas foram publicados, como a Portaria nº 431/01, que aprova o PCDT de Leucemia Mielóide Crônica do Adulto. Este foi o primeiro PCDT em oncologia, da forma como conhecemos atualmente.

Ainda neste período observa-se que três das 27 normas publicadas foram consideradas normas estruturantes para a categoria ‘tecnologias’ (Portarias nº 401/99, nº 96/00 e nº 1.319/02).

A partir de 2002, os PCDT publicados pelo MS, se consolidaram. Os PCDT, baseados nas premissas da Medicina Baseada em Evidências (MBE), objetivam definir critérios claros para inclusão no tratamento, propor esquemas terapêuticos, monitorar resultados e desfechos clínicos e propor normas para seguimento farmacoterapêutico, possibilitando um olhar criterioso sobre o tratamento e o paciente individual¹⁸.

De 2002 a 2006 aparece um hiato nas normativas sobre tecnologias adotadas e protocolos terapêuticos em oncologia. A sequência é retomada em 2006, com a publicação de diversos protocolos, na *fase de expansão*, de acordo com a linha de tempo proposta, que vai até 2013. Nesta fase, observam-se 38 normativas publicadas. As normativas que tratam de tecnologias estão imbuídas de perfil relacionado à aprovação de procedimentos, inclusão ou exclusão em tabelas de procedimentos e revisão de procedimentos oncológicos. Destaca-se que, das normas publicadas nesse período, 23 (cerca de 61%) são PCDT. Neste momento havia uma pressão importante para incorporação de novas tecnologias e para a revisão de procedimentos no SUS¹⁷. Esta pressão se fazia sentir pelo governo federal, estados e municípios, por meio da judicialização¹⁹⁻²¹. Os medicamentos oncológicos e procedimentos em oncologia, área de alto custo e de importância epidemiológica crescente^{18,22}, eram percebidos como grandemente defasados²⁰.

A partir de 2013 e até 2017 (*fase de integração*) foram publicadas 34 normas, sendo 14 sobre tecnologias e 20 (cerca de 59%) PCDT. O equilíbrio relativo entre estes dois aspectos se justifica. A partir de 2011 surge a CONITEC²³, pautando a forma da incorporação de tecnologias em saúde. As normas recomendam a inclusão de tecnologias providas no âmbito do SUS em lista nacional. A Lei prevê tempo regulamentar para a decisão de incorporação, para provisão da tecnologia pelo SUS e para o desenvolvimento de um PCDT, pela CONITEC²⁴⁻²⁵. Assim, vemos relativa correspondência entre PCDT e normas de tecnologias – regulando incorporação, não incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em oncologia.

Entretanto, observam-se inconsistências, frente à lei, relacionadas aos protocolos. Não existe correspondência estrita de protocolos para tudo que foi incorporado, evidenciando lacunas importantes. A vacina contra HPV para prevenção de colo de útero, incorporada em 2013, não apresentou, até abril de 2017, protocolo específico, como também para iodoterapia incorporada em 2014.

Identifica-se como limite desse estudo a impossibilidade de coletar os dados em um único sítio governamental, o que implica na possibilidade de não inclusão de todas as normativas. Porém, a busca das normas referenciadas nas legislações encontradas buscou minimizar essa dificuldade. Outra limitação, foi a ausência de correlação dos achados com os agentes envolvidos nas publicações e na gestão da saúde no período, para compreender os motivos e ações dos gestores na definição e aplicação do conjunto de normas. Acessar esses agentes poderia explicar lacunas temporais identificadas, assim como privilégio de alguns temas.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que nos poucos anos de normatização estruturou-se uma política de atenção ao câncer com vários elementos, incluindo normas de estruturação de serviços, de organização e de orientação terapêutica. Houve expansão do número de serviços habilitados em

alta complexidade em oncologia, mesmo que insuficiente para as demandas epidemiológicas. Apesar da habitual indução financeira que o nível federal pratica sobre estados e municípios não houve predominância de normas de financiamento da política, como esperado.

Percebeu-se um predomínio de temas como: o câncer cérvico-uterino, o câncer de mama e o transplante de medula óssea. O que se destaca, no entanto, é o número de normas, em todas as fases da política. A sucessão de normativas indica pujança do tema e lugar de destaque na agenda política, em consonância com a importância epidemiológica do câncer. Outrossim, esse acúmulo de normas dificulta o conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, ainda que inseridos e atuantes na área.

Por fim, destaca-se a necessidade de maior equilíbrio na agenda governamental para provimento da assistência integral ao paciente com câncer, fortalecendo a integração de todos os níveis de atenção e garantindo o acesso qualificado aos serviços de alta de complexidade em oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
2. Teixeira LA. O câncer na mira da medicina brasileira. *Rev Bras Hist Ciênc* 2009; 2(1): 104-17.
3. Brasil. Presidência da República. Lei n.º 378, de 13 de Janeiro de 1937. *Diário Oficial da União*. Seção I, fl. 1210 (Jan 15, 1937). 1937.
4. Teixeira LA, Fonseca CMO. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007.

5. Teixeira LA, Porto M, Habib PABB. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. Cad Saúde Colet 2012; 20(3): 375-80.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. [acesso em Mai 2017]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/814-sas-raiz/daet-raiz/doencas-cronica/11-doencas-cronica/12343-legislacao-doencas-cronicas>>.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. [acesso em Mai 2017]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/11230-orientacoes>>.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [Internet]. Brasil: INCA. [acesso em Mai 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/>.
9. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) [Internet]. Brasil: CONITEC. [acesso em Mai 2017]. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>>.
10. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Saúde debate 2015; 39(106): 881-92.
11. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
12. Viana ALD, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Cienc Saude Colet 2009; 14(3): 807-17.

13. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(3): 521-32.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União. Seção I, fl. 43-51 (Fev 23, 2006)*. 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União. Seção I, fl. 88-93 (Dez 31, 2010)*. 2010.
17. Brasil. Tribunal de Contas da União. Política Nacional de Atenção Oncológica Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
19. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de- Castro CGS. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:620-8.
20. Vidal TJ, Moraes EL, Retto MPF, Silva MJS. Demandas judiciais por medicamentos anti-neoplásicos: a ponta de um iceberg?. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(8): 2539-48.
21. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15: 3551-60.

22. Silva CF, Silva MV, Osorio-de-Castro CGS. Os ensaios clínicos e o registro de anticorpos monoclonais e biomedicamentos oncológicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2016; 39(3):149–56.
23. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*. Seção I, fl. 1-3 (Jun 29, 2011). 2011.
24. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. Seção I, fl. 3 (Dez 22, 2011). 2011.
25. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nova Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde e impacto ao Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5): 993-6.

6.2 SEGUNDO ARTIGO: ASSISTÊNCIA AO CÂNCER NO BRASIL: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA TEORIA DE ESTRUTURAÇÃO DE GIDDENS¹

Título resumido: Assistência ao Câncer no Brasil

Autores: Mario Jorge Sobreira da Silva^{2,3} e Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro³

RESUMO

Os objetivos deste estudo são analisar a distribuição geográfica, o perfil de atendimento, e a relação entre necessidade e oferta dos estabelecimentos de saúde para o tratamento do câncer no Brasil, no âmbito das regiões de saúde. Foi realizado um estudo transversal incluindo todos os serviços habilitados pelo Sistema Único de Saúde para o tratamento do câncer em fevereiro de 2017. A fonte de dados utilizada foram as normativas vigentes. Foram coletadas as seguintes informações: localização geográfica, tipo de habilitação, tipo de atendimento e classificação dos hospitais, segundo a produção cirúrgica em câncer. Foi analisada a adequação do número de unidades habilitadas frente ao tamanho da população nas regiões de saúde. A análise considerou os aspectos facilitadores ou coercitivos das políticas, com base nas regras e recursos disponíveis. Foram identificadas 299 habilitações de alta complexidade em oncologia em estabelecimentos localizados em 173 (3,1%) municípios. A maioria dos hospitais (51,8%) realizava menos de 600 cirurgias oncológicas e pode ser desabilitada em futuro próximo. Em algumas Unidades Federativas não havia serviço habilitado para procedimentos de radioterapia, de oncopediatria e/ou de onco-hematologia. Questiona-se os parâmetros que vem sendo utilizados para calcular a necessidade dos serviços habilitados no Brasil, uma vez que a melhor base de cálculo seria a incidência do câncer ou a carga de doença, e não a população. Os resultados encontrados apontam para carência no número e heterogeneidade de distribuição geográfica de serviços habilitados para a assistência oncológica em todo Brasil.

Palavras chave: Atenção à Saúde; Institutos de Câncer; Planejamento em Saúde; Sistema

¹ Os resultados do estudo transversal foram organizados e apresentados no artigo intitulado “**Assistência ao câncer no Brasil: uma análise segundo a Teoria de Estruturação de Giddens**”, que foi submetido e encontra-se em fase de avaliação na Revista Cadernos de Saúde Pública. O manuscrito encontra-se formatado, segundo as regras da revista. As instruções aos autores encontram-se disponíveis em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

² Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz.

Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças de origem multicausal e de crescente incidência e mortalidade, cujo controle necessita de ações intersetoriais em um cenário de escassez de recursos financeiros¹. Seu tratamento é multimodal (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) e de alto custo². No entanto, grandes disparidades nos resultados do tratamento do câncer são observadas em função do nível de desenvolvimento dos países e da equidade no acesso³. Um mecanismo fundamental para segurança, efetividade e eficiência no controle do câncer é a organização e a sistematização das ações e serviços de saúde⁴⁻⁶.

No Brasil, foram projetados para os anos de 2016 e 2017 a ocorrência de aproximadamente 596.070 novos casos de câncer por ano⁷. O Sistema Único de Saúde (SUS) concentra a maioria dos tratamentos, pelo seu alto custo. Ademais, parte dos aproximadamente 25% da população brasileira que possui um plano privado de assistência médica⁸ utiliza o SUS quando é necessário o tratamento do câncer⁹. A rede de atenção às pessoas com câncer é composta pelos componentes de atenção básica, atenção domiciliar, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, e sistemas de apoio, de regulação, logísticos e de governança¹⁰.

A atenção especializada inclui Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que realiza atendimento para todos os tipos de câncer, incluindo os hematológicos, e podem ou não atender pediatria; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que presta assistência para pacientes com os tumores mais prevalentes possuindo ou não serviços de radioterapia, de onco-hematologia ou de onco-pediatria; e complexos hospitalares (Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar e Serviços de Radioterapia de Complexo Hospitalar), que realizam procedimentos específicos de forma complementar e devem estar formalmente vinculados a um CACON ou UNACON¹¹. Estes serviços devem estar distribuídos nas regiões de saúde (RS), marco territorial da atenção oncológica, segundo critérios populacionais¹¹.

Apesar da estrutura prevista, questões relacionadas à oferta de serviços em oncologia são ainda pouco conhecidas. No Brasil, as regras e recursos estruturais estão todas pautadas na legislação¹², o que oportuniza o emprego da Teoria de Estruturação de Giddens¹³ como referencial analítico adequado para o exame da assistência oncológica. Os objetivos deste estudo são analisar a distribuição geográfica, o perfil de atendimento e a relação entre

necessidade e oferta dos estabelecimentos de saúde para o tratamento do câncer no Brasil, no âmbito das RS.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, incluindo todos os serviços que estavam habilitados pelo SUS para o tratamento do câncer em fevereiro de 2017.

Para caracterização da oferta dos serviços foram coletados dados das legislações vigentes^{14,15}, publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), a saber: localização geográfica (município e Unidade Federativa (UF)), tipo de habilitação (CACON, UNACON ou complexo hospitalar), tipo de atendimento (oncologia clínica, radioterapia, cirurgia oncológica, onco-pediatria e onco-hematologia) e classificação dos hospitais, segundo a produção cirúrgica anual em câncer (*porte A* - acima de 999; *porte B* - entre 600 e 999; *porte C* - abaixo de 600). Identificou-se, ainda, a RS na qual o estabelecimento de saúde estava sediado.

Para analisar a adequação entre o número de serviços habilitados e a estimativa de necessidades, foi utilizado o tamanho da população, conforme recomendado pela Portaria nº 140/2014¹¹. Segundo a normativa, o parâmetro para habilitação de CACON ou UNACON é de 500.000 habitantes na RS. Para atendimento de onco-pediatria e onco-hematologia deve-se considerar um estabelecimento para cada: 3.500.000 habitantes na região Norte; 2.700.000 habitantes no Nordeste; 1.700.000 habitantes no Centro-Oeste; e 1.300.000 habitantes nas regiões Sudeste e Sul. Com base nestes parâmetros foram estabelecidas categorias de análise: *Adequado* – número de serviços ofertados igual ao necessário; *Maior* – oferta superior à necessidade; *Menor* – oferta inferior à necessidade. Esta análise foi estendida para as UF, pois as RS não extravasam as fronteiras estaduais, sendo considerado pertinente o exame neste âmbito. Os dados da população foram extraídos das estimativas populacionais para os municípios e UF, do ano de 2017, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

(https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2017/estimativa_dou.shtm).

A análise agregou as RS em cinco grupos, conforme proposto por Viana *et al.*¹⁶: 1) baixo nível socioeconômico e baixa oferta de serviços; 2) médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; 3) médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; 4) alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e 5) alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. As informações sobre a

classificação de cada região foram extraídas do sítio eletrônico <http://www.resbr.net.br/>, de acesso público.

Buscou-se, ainda, identificar a quantidade de serviços habilitados em cada agrupamento das RS, com intuito de verificar a variação existente entre os diferentes estratos. Para tanto, foram considerados três conjuntos de estabelecimentos habilitados: *apenas 1*; *entre 2-5*; e, *>5*.

Os dados extraídos das legislações e dos bancos de dados secundários, foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel[®]. Foi realizada análise de frequência de modo a permitir a realização das categorizações descritas.

A análise se apoiou na Teoria da Estruturação de Giddens. Conforme este referencial, os estudos que envolvem a análise de políticas podem ser relacionados à fase de formulação, buscando identificar seus aspectos facilitadores ou coercitivos¹³. No presente estudo, realizou-se uma análise institucional com foco nas propriedades estruturais, de regras e recursos disponíveis, presentes no momento da formulação das políticas. As regras apresentam aspectos normativos, relativos aos direitos e obrigações, e aspectos semânticos, referente ao significado processual e qualitativo das práticas. Já os recursos podem ser autoritativos, pelo empoderamento de sujeitos ou instituições, ou alocativos, pelo fornecimento de bens, objetos ou materiais¹³.

RESULTADOS

A análise documental permitiu identificar um total de 319 estabelecimentos, correspondendo a 299 habilitações de alta complexidade em oncologia pelo SUS. A diferença entre o número de estabelecimentos e o de habilitações ocorreu em função da união de dois ou mais serviços para a conformação de um único complexo hospitalar ou pela existência de serviço(s) de oncologia clínica adicional de um estabelecimento habilitado.

A maioria das habilitações identificada foi do tipo UNACON (27,4%), seguida do tipo UNACON com serviço de radioterapia (20,1%). Identificou-se serviços exclusivamente credenciados para onco-hematologia e outros exclusivos para onco-pediatria (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos tipos de habilitação do componente da atenção especializada em oncologia. Brasil, 2017.

Tipo de Habilitação	n (%)
CACON	18 (6,0)
CACON com serviço de oncologia pediátrica	26 (8,7)
UNACON	82 (27,4)
UNACON com serviço de radioterapia	60 (20,1)
UNACON com serviço de hematologia	23 (7,7)
UNACON com serviço de oncologia pediátrica	7 (2,3)
UNACON com serviços de radioterapia e hematologia	33 (11,0)
UNACON com serviços de radioterapia e oncologia pediátrica	3 (1,0)
UNACON com serviços de hematologia e oncologia pediátrica	8 (2,7)
UNACON com serviços de radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica	13 (4,3)
UNACON exclusiva de hematologia	2 (0,7)
UNACON exclusiva de oncologia pediátrica	13 (4,3)
UNACON exclusiva de oncologia pediátrica com serviço de radioterapia	2 (0,7)
Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar	1 (0,3)
Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar	8 (2,7)
Total	299 (100,0)

CACON: Centro de Alta Complexidade em Oncologia; UNACON: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.

A distribuição por municípios demonstrou que os estabelecimentos estavam localizados em 173 (3,1%) dos 5.570 existentes e as capitais concentravam 39,4% dos serviços. Todas as macrorregiões brasileiras e UF tinham ao menos um estabelecimento credenciado. Em algumas UF não havia serviços habilitados para realização de procedimentos de radioterapia, de onco-pediatria e/ou de onco-hematologia, conforme apresentado na Tabela 2.

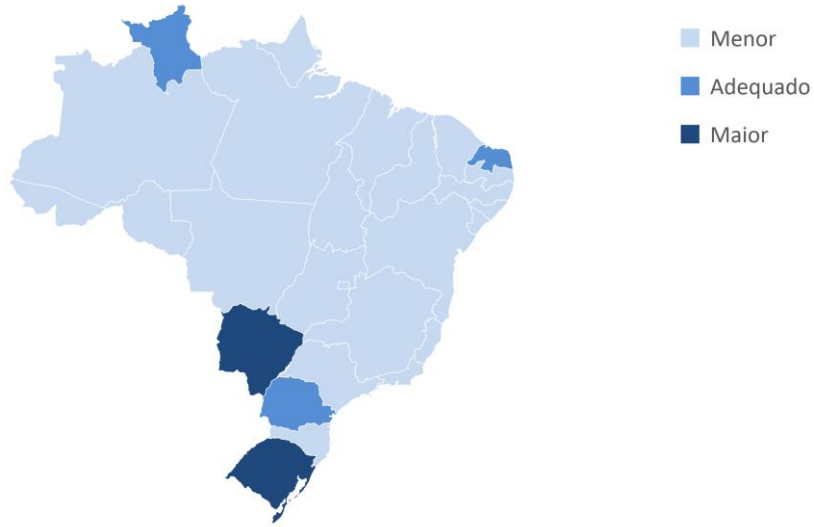
Quanto à classificação dos hospitais habilitados, segundo a produção cirúrgica de câncer, 56 (18,7%) eram de porte A, 56 (18,7%) de porte B e 155 (51,8%) de porte C. Embora credenciados para realizar cirurgia oncológica, dois (0,7%) estabelecimentos não estavam classificados na normativa publicada pelo MS. Outros 30 (10,1%) serviços não foram incluídos nesta classificação, por não realizarem cirurgia de câncer.

Considerando os parâmetros de planejamento e avaliação, e que a população brasileira em 2017 foi estimada em 207.660.929 habitantes, verificou-se que existia um déficit de 144 serviços do tipo CACON ou UNACON, 53 de onco-pediatria e dois de onco-hematologia. As Figuras 1.a, 1.b e 1.c apresentam as relações entre oferta e necessidade de serviços habilitados no Brasil. Observa-se que existe uma distribuição heterogênea dos estabelecimentos credenciados para a assistência oncológica, variável de acordo com o tipo de atendimento, resultando em concentração de serviços em determinadas UF. As UF da macrorregião Sul do país foram as que apresentaram melhor relação necessidade *versus* oferta e as UF da macrorregião Norte apresentaram a pior relação.

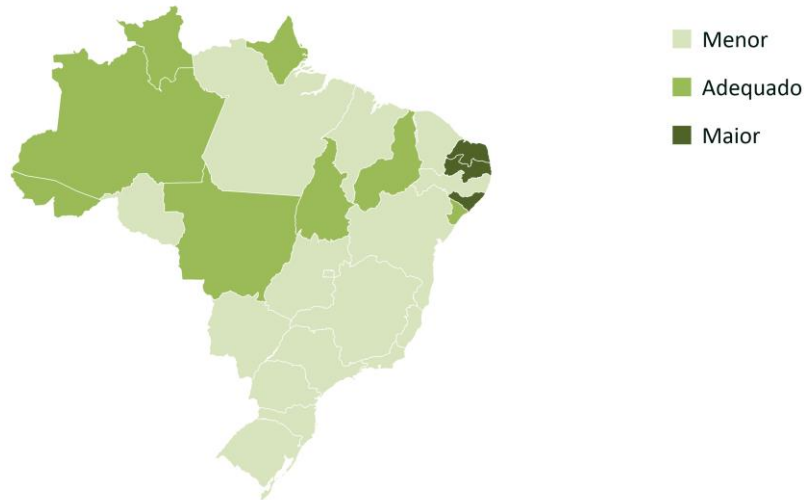
Tabela 2: Distribuição das habilitações para atenção oncológica e tipos de procedimentos realizados em oncologia, segundo a localização geográfica. Brasil, 2017.

Localização Geográfica	Habilitações para atenção oncológica n (%)	Tipos de procedimentos realizados				
		Oncologia Clínica n (%)	Radioterapia n (%)	Cirurgia Oncológica n (%)	Oncologia Pediátrica n (%)	Hematologia n (%)
Região Norte	12 (4,0)	10 (3,7)	8 (5,1)	10 (3,7)	2 (2,8)	2 (1,6)
Acre	1 (0,3)	1 (0,4)	1 (0,6)	1 (0,4)	-	-
Amazonas	3 (1,0)	1 (0,4)	2 (1,3)	2 (0,7)	1 (1,4)	1 (0,8)
Amapá	1 (0,3)	1 (0,4)	-	1 (0,4)	-	-
Pará	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (1,3)	2 (0,7)	1 (1,4)	1 (0,8)
Rondônia	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (1,3)	1 (0,4)	-	-
Roraima	1 (0,3)	1 (0,4)	-	1 (0,4)	-	-
Tocantins	2 (0,7)	2 (0,7)	1 (0,6)	2 (0,7)	-	-
Região Nordeste	57 (19,1)	52 (19,1)	27 (17,3)	50 (18,6)	14 (19,4)	20 (16,3)
Alagoas	5 (1,7)	4 (1,5)	3 (1,9)	5 (1,9)	2 (2,8)	2 (1,6)
Bahia	14 (4,7)	13 (4,8)	8 (5,1)	13 (4,8)	2 (2,8)	4 (3,3)
Ceará	9 (3,0)	8 (2,9)	4 (2,6)	9 (3,3)	2 (2,8)	5 (4,1)
Maranhão	3 (1,0)	3 (1,1)	2 (1,3)	3 (1,1)	-	2 (1,6)
Paraíba	4 (1,3)	4 (1,5)	2 (1,3)	4 (1,5)	2 (2,8)	1 (0,8)
Pernambuco	10 (3,3)	9 (3,3)	3 (1,9)	8 (3,0)	2 (2,8)	3 (2,4)
Piauí	3 (1,0)	3 (1,1)	1 (0,6)	1 (0,4)	1 (1,4)	1 (0,8)
Rio Grande do Norte	7 (2,3)	6 (2,2)	2 (1,3)	5 (1,9)	2 (2,8)	1 (0,8)
Sergipe	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (1,3)	2 (0,7)	1 (1,4)	1 (0,8)
Região Sudeste	141 (47,2)	126 (46,3)	75 (48,1)	127 (47,2)	36 (50,0)	63 (51,2)
Espírito Santo	7 (2,3)	7 (2,6)	2 (1,3)	6 (2,2)	1 (1,4)	5 (4,1)
Minas Gerais	33 (11,0)	33 (12,1)	25 (16,0)	31 (11,5)	3 (4,2)	17 (13,8)
Rio de Janeiro	27 (9,0)	22 (8,1)	11 (7,1)	18 (6,7)	6 (8,3)	8 (6,5)
São Paulo	74 (24,7)	64 (23,5)	37 (23,7)	72 (26,8)	26 (36,1)	33 (26,8)
Região Sul	67 (22,4)	64 (23,5)	35 (22,4)	62 (23,0)	15 (20,8)	32 (26,0)
Paraná	24 (8,0)	23 (8,5)	11 (7,1)	22 (8,2)	6 (8,3)	11 (8,9)
Rio Grande do Sul	28 (9,4)	28 (10,3)	17 (10,9)	26 (9,7)	7 (9,7)	16 (13,0)
Santa Catarina	15 (5,0)	13 (4,8)	7 (4,5)	14 (5,2)	2 (2,8)	5 (4,1)
Região Centro-Oeste	22 (7,4)	20 (7,4)	11 (7,1)	20 (7,4)	5 (7,0)	6 (4,9)
Distrito Federal	5 (1,7)	4 (1,5)	2 (1,3)	4 (1,5)	1 (1,4)	1 (0,8)
Goiás	5 (1,7)	5 (1,8)	3 (1,9)	5 (1,9)	1 (1,4)	2 (1,6)
Mato Grosso	5 (1,7)	5 (1,8)	2 (1,3)	5 (1,9)	2 (2,8)	2 (1,6)
Mato Grosso do Sul	7 (2,3)	6 (2,2)	4 (2,6)	6 (2,2)	1 (1,4)	1 (0,8)
Brasil	299 (100,0)	272 (100,0)	156 (100,0)	269 (100,0)	72 (100,0)	123 (100,0)

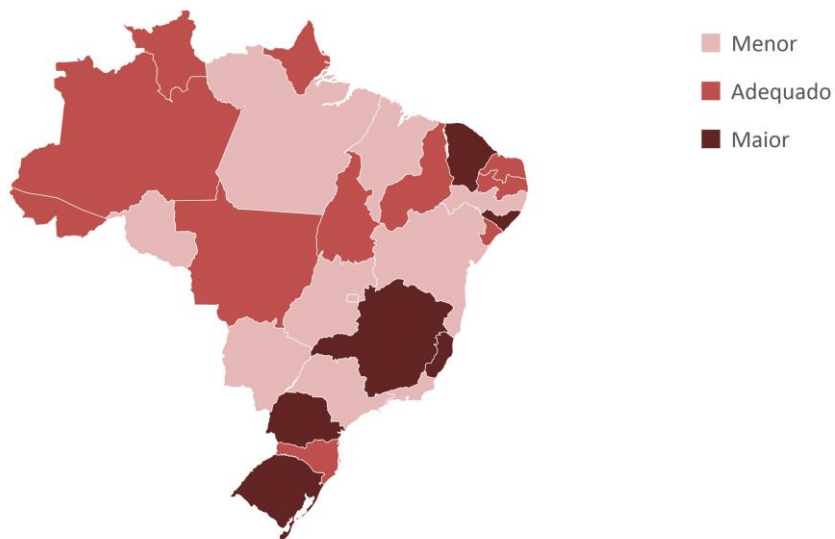
1.a) Estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON



1.b) Estabelecimentos de saúde com atendimento de oncologia pediátrica



1.c) Estabelecimentos de saúde com atendimento de onco-hematologia



CACON: Centro de Alta Complexidade em Oncologia; UNACON: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.

Figura 1: Relação entre oferta e necessidade de estabelecimentos de saúde habilitados para atenção oncológica, segundo a localização geográfica. Brasil, 2017.

Quando considerada as RS, identificou-se que 155 (35,4%) das 438 existentes possuíam algum serviço habilitado. A maioria dos estabelecimentos (56,9%) estava sediada em RS do grupo 5. As RS dos grupos 1 e 2 realizavam menor variabilidade de tipos de atendimentos e não realizavam procedimentos de onco-pediatria. Considerando os dados populacionais, 26 regiões (16,8%) que tinham serviços habilitados como CACON ou UNACON apresentavam déficit de oferta. Proporcionalmente, a oferta de serviços acompanhou a tipologia das RS (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para uma carência no número de serviços habilitados para a assistência oncológica em todo Brasil. Maior preocupação se estabelece na região Norte com apenas 12 estabelecimentos credenciados, que conformam 11 habilitações de alta complexidade em oncologia. A análise segundo UF amplia a gravidade da situação, ao apontar que somente cinco estados apresentam nível adequado ou maior entre oferta e necessidade. Os achados revelam grandes disparidades no país e a existência de vazios sanitários na assistência ao câncer.

A Portaria n.º 140/2014¹¹, ao definir requisitos para funcionamento dos serviços especializados em oncologia e ao estabelecer critérios e parâmetros organizacionais e de gestão, revela-se como um recurso autoritativo, de acordo com a perspectiva de Giddens¹³. Não há previsão, pela normativa, de nenhum recurso alocativo que favoreça o alcance das regras estabelecidas, o que pode inviabilizar seu cumprimento por muitas instituições. A normativa também assume um caráter coercitivo ao restringir as habilitações apenas aos estabelecimentos que já tenham estrutura, recursos financeiros e humanos para atender aos requisitos estabelecidos na legislação. Tal fato, embora vislumbre ampliar a qualificação dos serviços habilitados em alta complexidade em oncologia, afeta diretamente a expansão da rede de atendimento aos pacientes com câncer.

No que tange aos aspectos normativos, a habilitação de cada estabelecimento depende do cumprimento de uma grande quantidade de itens obrigatórios, reforçando o caráter coercitivo. Esta condição tem maior reflexo sobre a habilitação de CACON, uma vez que uma das exigências impostas pela Portaria n.º 140/2014¹¹ é a oferta de formação profissional em Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Clínica e Radioterapia, além de ser cenário de prática para a formação de técnico em Radioterapia. Em que pese a carência de recursos humanos na área da oncologia no Brasil¹⁷⁻¹⁸, esse nível de exigência, embora possa ser facilitador do processo de formação, evita que muitos estabelecimentos sejam credenciados como CACON –

que não recebem quaisquer incentivos financeiros iniciais ou incrementais.

Tabela 3: Distribuição, perfil dos estabelecimentos habilitados para atenção oncológica e relação oferta x necessidades, segundo tipologia das regiões de saúde. Brasil, 2017.

Tipologia da Região de Saúde	Grupo 1 (n= 175)	Grupo 2 (n= 47)	Grupo 3 (n= 129)	Grupo 4 (n= 27)	Grupo 5 (n= 60)	Total (n= 438)
Número de regiões com estabelecimentos habilitados para atenção oncológica	15 (8,6%)	8 (17,0%)	59 (45,7%)	18 (66,7%)	55 (91,7%)	155 (35,4%)
Tipo de habilitação em oncologia						
<i>CACON^(a)</i>	1	0	8	4	31	44
<i>UNACON^(b)</i>	15	8	66	24	133	246
<i>Complexos hospitalares^(c)</i>	0	0	0	3	6	9
Tipo de procedimentos realizados						
<i>Oncologia Clínica</i>	16	8	73	28	148	273
<i>Oncologia Pediátrica</i>	0	0	8	7	57	72
<i>Onco-hematologia</i>	1	0	24	12	86	123
<i>Radioterapia</i>	7	2	46	15	86	156
<i>Cirurgia Oncológica</i>	12	8	66	28	155	269
Relação entre a oferta e a necessidade de serviços do tipo CACON ^(d) ou UNACON ^(e)						
<i>Adequado</i>	12	7	33	10	25	87
<i>Maior que o necessário</i>	2	1	21	2	16	42
<i>Menor que o necessário</i>	1	0	5	6	14	26
Relação entre a oferta e a necessidade de serviços de oncologia pediátrica ^(f)						
<i>Adequado</i>	14	8	47	11	24	104
<i>Maior que o necessário</i>	0	0	7	2	17	26
<i>Menor que o necessário</i>	1	0	5	5	14	25
Relação entre a oferta e a necessidade de serviços de onco-hematologia ^(g)						
<i>Adequado</i>	12	8	38	9	18	85
<i>Maior que o necessário</i>	2	0	18	5	31	56
<i>Menor que o necessário</i>	1	0	3	4	6	14
Quantidade de estabelecimentos habilitados como CACON ^(a) ou UNACON ^(b)						
<i>Apenas 1</i>	14	8	48	13	21	104
<i>Entre 2-5</i>	1	0	11	5	28	45
<i>>5</i>	0	0	0	0	6	6

(a) CACON: Centro de Alta Complexidade em Oncologia, incluindo a subcategoria: CACON com oncologia pediátrica; (b) UNACON: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, incluindo as subcategorias: UNACON com oncologia pediátrica, UNACON com hematologia, UNACON com radioterapia; e as categorias: UNACON exclusiva de oncologia pediátrica e UNACON exclusiva de hematologia; (c) Inclui: Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar e Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar; (d) Centro de Alta Complexidade em Oncologia; (e) Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, incluindo as subcategorias: UNACON com oncologia pediátrica, UNACON com hematologia e UNACON com radioterapia; (f) Inclui: CACON com oncologia pediátrica, UNACON com oncologia pediátrica e UNACON exclusiva de oncologia pediátrica; (g) Inclui: CACON, CACON com oncologia pediátrica, UNACON com hematologia e UNACON exclusiva de hematologia.

O CACON funciona como um centro de referência regional para o tratamento de todos os tipos de câncer¹⁰ e, segundo a análise, existiam apenas 44 estabelecimentos habilitados em todo país, sendo 70,5% destes localizados nas macrorregiões Sul e Sudeste. Destaca-se, que ao longo do tempo, este número não se ampliou¹². Assim, cabe especular que vantagens existiriam para uma instituição ter interesse em se credenciar como CACON? O aumento do número de CACON passaria, necessariamente, pelo investimento financeiro nas instituições por meio de incentivos ou outras medidas?

Em 2016, uma estratégia empregada no estado do Paraná, no âmbito do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS (HospSUS) foi o recebimento de incentivo financeiro para as unidades habilitadas como CACON, com o intuito de propiciar ampliação da sua capacidade de atendimento¹⁹. Embora esta possa ser considerada uma boa medida, mecanismos para expansão e controle são necessários, a fim de se evitar distorções no uso dos recursos aplicados, uma vez que a legislação não menciona estes aspectos.

Considerando a análise institucional da assistência oncológica, é possível perceber que a formulação das políticas tem assumido sentidos de “dominação autoritativa” e de “legitimação”, devido à geração de controle exercido através da sanção de normas¹³. Essa caracterização tem sido retratada historicamente na evolução da oferta de serviços de oncologia no Brasil. Embora tenham aumentado o número total de serviços ao longo do tempo¹², a oferta persiste insuficiente, quando analisados os parâmetros para planejamento.

No que se refere ao perfil dos serviços, três questões merecem ser destacadas. A primeira refere-se à integralidade do cuidado. A maioria dos estabelecimentos são habilitados como algum tipo de UNACON. A falta de tratamento integral ao paciente oncológico, para além de desfechos sanitários negativos, individuais ou coletivos⁴⁻⁵, é fonte de ineficiência no uso dos recursos públicos, uma vez que apenas parte do tratamento é garantida. A multimodalidade do tratamento do câncer deve ser realizada de maneira simultânea ou consecutiva, independentemente de ter caráter curativo ou paliativo²⁰, sendo necessárias ações multiprofissionais e intersetoriais para garantir que todo o tratamento ocorra conforme o planejado. A insuficiência da oferta de determinados serviços pode implicar em perda do chamado “tempo ótimo para tratamento” e comprometer a efetividade dos resultados. No entanto, realizar essa discussão sobre a assistência oncológica no Brasil é difícil, considerando a indisponibilidade de dados de desfechos sanitários relativos ao tratamento do câncer²¹. É praticamente impossível relacionar objetivamente os investimentos ao longo do tempo com os indicadores de sobrevida e mortalidade.

O segundo aspecto está relacionado à necessidade de tratamento de alguns tipos de câncer. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)¹⁰ define que embora seja responsabilidade do CACON atender todos os tipos de câncer, não há obrigatoriedade de tratar neoplasias raras e infantis. O paradoxo expresso nesta normativa leva a algumas reflexões. Ações intersetoriais e a estruturação de linhas de cuidado para os diferentes tipos de tumores são estratégias fundamentais para se evitar resultados negativos nos pacientes. Modelos de organização com fluxo adequado de atendimento de pacientes com tumores raros são necessários, envolvendo todos os componentes da rede de atenção oncológica, de forma a realizar o tratamento mais adequado possível em tempo oportuno²². O mesmo deve ocorrer para pacientes pediátricos, com extensa faixa etária de 0-19 anos⁷. Embora para estes pacientes existam centros de referência para tratamento, mesmo que insuficientes conforme demonstrado, pacientes adolescentes, em geral, por estarem fora das faixas etárias mais comuns para desenvolvimento de câncer, não contam com profissionais especializados em muitos serviços²³. Sob a perspectiva de Giddens¹³, os aspectos semânticos, em termos processuais e qualitativo das práticas, expressos na PNPCC¹⁰, apontam para um comprometimento do atendimento de pacientes pediátricos e com tumores raros, considerando que as linhas de cuidado para estas neoplasias não estão totalmente definidas e que não há clareza sobre o itinerário terapêutico que deve ser percorrido pelos pacientes.

Já o terceiro aspecto se refere às diferenças observadas na oferta de serviços. A simples garantia de acessibilidade à uma unidade habilitada, não se traduz em equidade na assistência, sendo estas disparidades presentes em todo o país. Kaliks et al.²⁴, ao analisarem o atendimento prestado para os principais tipos de câncer no Brasil, revelaram que muitas unidades habilitadas pelo SUS sequer apresentam protocolos institucionais para quimioterapia ou seguem os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que, segundo a legislação, seriam obrigatórios para todos os produtos incorporados e ofertados pelo SUS. Estes achados apontam para a falta de cumprimento de aspectos normativos¹³, previstos nas regras vigentes. Na prática, não existe a possibilidade de auditoria terapêutica. Em última análise, o que vai determinar o tratamento que o paciente recebe não é a doença que ele tem, mas onde ele será tratado. Parece não haver nenhuma afirmação mais contundente sobre a iniquidade na assistência oncológica no SUS.

Quanto à distribuição geográfica, cabe problematizar a concentração das unidades habilitadas nas capitais das UF (aproximadamente 40,0%). Apesar disto, essas localidades

apresentam cobertura insuficiente, devido à população local. Por outro lado, frente às dimensões territoriais do país, a distância percorrida pelos pacientes residentes em cidades do interior do Brasil é um grande desafio e pode comprometer a continuidade e a integralidade do cuidado. Problemas relacionados ao fluxo de atendimento de adultos e crianças com câncer, já foram evidenciados em estudos anteriores²⁵⁻²⁷, que destacaram as longas distâncias percorridas pelos pacientes até um serviço de assistência oncológica. Compreender os elementos que influenciam o acesso dos pacientes aos serviços de tratamento do câncer é fundamental para melhorar o planejamento em saúde e para a alocação adequada dos recursos financeiros. Nos EUA, aproximadamente metade da população está a menos de uma hora de um serviço de referência para o tratamento do câncer²⁸, impactando positivamente nos resultados do cuidado em oncologia naquele país.

Outro aspecto a ser contextualizado refere-se à existência de vazios sanitários, em especial para radioterapia, onco-pediatria e onco-hematologia. Pelos resultados heterogêneos da distribuição dos serviços, é possível supor que a implementação de novos serviços não vem considerando os locais com maior déficit de atenção especializada.

A radioterapia é um serviço de extrema importância, uma vez que aproximadamente 50% dos pacientes oncológicos precisarão realizá-lo em alguma fase do tratamento²⁹. Problemas na cobertura de serviços de radioterapia vêm sendo observados em diversos países do mundo, atingindo um déficit estimado de mais de 4.300 equipamentos, resultando em aproximadamente 2 milhões de pessoas sem tratamento, principalmente nos países de baixo e médio desenvolvimento²⁹⁻³⁰, nos que se incluem o Brasil. De sorte a minimizar este déficit no país, em 2012 foi instituído o chamado “Plano de Expansão da Radioterapia no SUS”³¹, com o objetivo de criar ou ampliar os serviços. Segundo a norma, o MS se responsabilizou em financiar a compra e a instalação de 80 novos equipamentos. Tratou-se, portanto, de um recurso alocativo de caráter indutor¹³. Porém, segundo Araújo et al.¹⁸, em 2015 já eram necessários mais de 250 serviços de radioterapia e projeções realizadas para 2030, mantidos os investimentos atuais, sinalizaram para uma carência de cerca de 200 novos equipamentos.

Os principais motivos relacionados a insuficiência dos serviços de radioterapia são a limitada capacitação de profissionais³⁰ e o alto investimento financeiro necessário²⁹. Destacam-se, ainda, como problemas, a existência de equipamentos obsoletos comprometendo a qualidade do cuidado³⁰ e as distâncias percorridas até os centros de radioterapia como uma barreira para acesso e uso³². O déficit da radioterapia no Brasil, conforme demonstrado no presente estudo, é bastante acentuado e as trajetórias até um local de tratamento são extremamente longas. De

acordo com Santibáñez et al.³³, a distância ideal até um serviço de radioterapia é aquela que deve ser percorrida em até 90 min. Tempos superiores a este são associados a declínio na utilização dos serviços, com consequências clínicas importantes.

Quanto à onco-pediatria, o abandono do tratamento tem sido qualificado como a maior causa de falha terapêutica em diversos países do mundo. Dentre as causas de abandono se encontram as questões socioeconômicas, a insuficiente provisão de serviços e a piora na qualidade de vida dos pacientes³⁴. Por outro lado, a ampliação do número de centros especializados de excelência no tratamento pediátrico, com estruturação de rede assistencial, a definição de protocolos e a existência de uma lista de medicamentos essenciais têm sido correlacionadas ao aumento da sobrevida^{23,34}.

No Brasil existem poucos PCDT para tratamento pediátrico. Para vários tumores infantis inexistem protocolos ou diretrizes oficiais¹², o que somado as disparidades já destacadas, aumentam expressivamente a vulnerabilidade da população infantil que necessita de atendimento. Além disso, ressalta-se que a atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)³⁵, não inclui os medicamentos necessários para o tratamento do câncer, em contrariedade a legislação³⁶. Estima-se, ainda, que grande parte do atendimento pediátrico, no Brasil, aconteça em estabelecimentos não credenciados para esta finalidade, o que pode representar um risco maior para os indivíduos em tratamento^{26,37}. Tais aspectos têm impactado negativamente os resultados clínicos em oncopediatria no Brasil, comparativamente aos encontrados por outros países da América Latina³⁷. Considerando a ausência de normatizações específicas, é possível afirmar que a onco-pediatria apresenta uma agenda inconclusa, havendo necessidade de investimentos para estruturar a rede assistencial de diagnóstico e de cuidado.

O tratamento das neoplasias hematológicas demanda a utilização de centros específicos de tratamento, devido à complexidade e especificidade dos tumores³⁸. A garantia de tratamento integral ao paciente com enfermidades malignas hematológicas é uma necessidade, uma vez que esses tumores são altamente curáveis³⁹. Apesar da quantidade de serviços disponíveis de onco-hematologia no Brasil, muito próxima dos parâmetros normativos, pouco se conhece sobre a qualidade, complexidade da assistência ofertada e como os pacientes são efetivamente tratados. Não existem PCDT para a maioria das doenças onco-hematológicas e os medicamentos essenciais para o tratamento destas neoplasias não estão divulgados³⁵. Além disso, nem todos os serviços de onco-hematologia realizam Transplante de Células Tronco-Hematopoiéticas (TCTH), uma das modalidades de tratamento necessárias. Atualmente, na macrorregião Norte do país não há nenhum centro habilitado para realizar este procedimento.

No que diz respeito a cirurgia oncológica, apesar da maioria dos estabelecimentos realizarem este procedimento, é importante refletir sobre a suficiência de serviços e as regras estabelecidas pela legislação vigente⁴⁰. Estima-se que mais de 80% dos pacientes com câncer irão necessitar de cirurgia em algum momento do seu tratamento⁴¹. Disparidades globais na realização de cirurgia oncológica vem sendo observadas. Em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento, são verificados poucos avanços nesta área. Estima-se que em 2030, 70% das mortes por câncer ocorrerão nestas localidades devido à falta de investimentos no tratamento, especialmente em cirurgia². Estratégias para melhorar a formação de profissionais são necessárias, a fim de que se alcance melhores resultados. Recomenda-se que cirurgiões que trabalham fora da atenção especializada sejam treinados e capacitados para a realização de cirurgias de câncer mais simples e que não demandem o acompanhamento de um cirurgião oncológico⁴¹. No entanto, as realizações destas cirurgias precisam ser seguras e os centros necessitam estar integrados à outros, aonde ocorram as demais modalidades de tratamento, de forma que o paciente mantenha o seu cuidado integral². Essa articulação, porém, precisa ser construída no Brasil, pois conforme demonstrado, poucos são os estabelecimentos habilitados como Hospitais Gerais com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar.

A Portaria n.º 2947/2012⁴⁰ é considerada uma regra autoritativa, pois define a correspondência entre o número de cirurgias oncológicas realizadas e a classificação de porte dos hospitais (A, B ou C). Por outro lado, para hospitais de porte A ou B, também é entendida como uma estrutura de recurso alocativo, uma vez que estabelece o incremento de 20% nos valores dos serviços hospitalares (SH) e dos serviços profissionais (SP) dos procedimentos de cirurgia realizados, desde que comprove, anualmente, aumento na produtividade. Assim, para estas duas categorias, a norma exerceria um caráter facilitador¹³ para a ampliação da oferta de serviços oferecidos.

Já para os hospitais de porte C, a mesma normativa⁴⁰ exerce um caráter coercitivo¹³, ao estabelecer a necessidade de aumento de produção anual em 25% e o alcance da realização de no mínimo 600 procedimentos cirúrgicos anuais, em até cinco anos, sem nenhum incremento financeiro, sob o risco de descredenciamento ao final do período. Conforme os dados da Portaria n.º 3398/2016¹⁴, aproximadamente 52% dos hospitais são classificados como de porte C. Mais da metade destes estabelecimentos realizam menos de 400 cirurgias oncológicas ao ano. É praticamente impossível atingir as metas estabelecidas para se tornarem um hospital de porte B. Sendo assim, é possível supor que, em no máximo dois anos, o número de hospitais autorizados a realizar cirurgia oncológica no Brasil será diminuído, aumentando o déficit atual,

se nenhuma medida alternativa para habilitação for implementada. Sobre os dois hospitais sem classificação, se desconhece o número de procedimentos realizados que poderiam justificar as suas habilitações.

É fundamental que no planejamento da rede de atenção oncológica se considere os parâmetros mínimos recomendados para que se estabeleça maior equidade e se garanta integralidade das ações e serviços⁵⁻⁶. Entretanto, cabe questionar os parâmetros atualmente utilizados para calcular a necessidade dos serviços habilitados no Brasil, uma vez que a melhor base de cálculo seria a incidência do câncer ou a carga de doença, e não a população⁴²⁻⁴³. Esses dados, porém, não estão disponíveis para todas as RS do país⁷.

Melhora considerável se faz necessária ao modelo de registro de câncer para que dados mais fidedignos sejam produzidos, permitindo alterações nos parâmetros atualmente adotados e um melhor planejamento da organização da assistência oncológica no SUS. Porém, medidas coercitivas foram recentemente identificadas com a retirada dos investimentos para a criação e manutenção dos serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde⁴⁴, comprometendo a realização do registro de câncer em âmbito nacional. Desta forma, não podemos idealizar, para um futuro próximo, mudanças significativas na forma de planejar a assistência oncológica no Brasil.

É importante, ainda, interrogar a motivação do uso de parâmetros populacionais diferentes para cada macrorregião brasileira, para cálculos das necessidades de serviços de onco-pediatria e onco-hematologia. Essa regra autoritativa¹³ parece exercer um papel coercitivo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, promovendo maior iniquidade nestas localidades, de acordo com o que foi constatado na análise realizada. Se fossem empregados os mesmos parâmetros populacionais para todas as macrorregiões do país o déficit identificado seria certamente maior.

A baixa oferta de serviços de oncologia, pode ter origem na forma de financiamento atualmente praticada, que contempla exclusivamente o pagamento dos procedimentos realizados através das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que financia os procedimentos de TCTH¹². Em que pese os investimentos atualmente empregados, e seu aumento significativo nos últimos anos, poucos resultados vêm sendo observados em termos de aumento de sobrevida e diminuição de mortalidade. Nesta perspectiva, estima-se que os investimentos têm sido basicamente maiores para a mortalidade observada do que para os tratamentos da morbidade relacionada ao câncer ou para os custos

diretos dos procedimentos²¹. Portanto, o mecanismo atual de financiamento parece exercer efeito coercitivo¹³ e tem inviabilizado a ampliação do tratamento do paciente com câncer e o acesso a novas tecnologias⁴⁵.

Por fim, a análise segundo a tipologia das RS ratificou que serviços de alta complexidade em oncologia são mais frequentes nas regiões mais desenvolvidas e com maior concentração de renda. A oferta de serviços em cidades de referência é dotada de certa racionalidade, considerando os contextos de economia de escala e de escopo, previstos na lógica da organização dos sistemas integrados de atenção à saúde³⁴. Porém, é importante que esta sistematização leve em conta a acessibilidade geográfica dos usuários, as questões epidemiológicas, o número de profissionais habilitados e a disponibilidade e capacidade de atendimento de cada estabelecimento^{25,33,46}, de forma a não inviabilizar o acesso aos serviços, especialmente por populações socioeconomicamente marginalizadas.

Chama a atenção a inexistência de serviços habilitados em 283 (de 438) RS e o déficit de serviços em outras 26. A conformação de macrorregiões de saúde, que funcionem como pólos capazes de atender as demandas de atendimento de duas ou mais RS, parece ser necessária, seguindo o modelo de integração de redes de atenção, como estratégia para ampliar a qualidade do cuidado ao paciente oncológico⁴⁷. Porém, não se pode negligenciar que o atendimento de pacientes em outros municípios deve ser antecedido por pactuações estabelecidas entre os entes federados. Essas ações solidárias e cooperativas, no entanto, estão sendo comprometidas, devido à inconsistência do modelo de governança adotado, uma vez que o estabelecimento de contratos cria certo tensionamento entre os entes subnacionais⁴⁸⁻⁴⁹.

Destacam-se algumas limitações, no presente estudo. A primeira refere-se à ausência da definição de macrorregiões de saúde nos dispositivos legais vigentes, o que pode mascarar a relação entre oferta e necessidade, face ao poder de atração de alguns municípios. A segunda questão é que a simples quantificação de estabelecimentos habilitados é insuficiente para se garantir que todos os usuários terão o seu tratamento garantido. A capacidade de atendimento é variável em cada instituição, dependendo da quantidade de profissionais, equipamentos e pacientes em atendimento (tratamento e monitoramento)⁵⁰. Essas variáveis exercem influência importante na capacidade de realizar novos procedimentos. Portanto, os dados apresentados de necessidade podem estar subestimados, sendo a carência apresentada ainda maior.

CONCLUSÃO

Foram identificadas grandes disparidades na oferta de serviços de alta complexidade em oncologia no Brasil, além de heterogeneidade importante nos procedimentos realizados. O déficit identificado pode ter impactos significativos na sobrevida, na qualidade de vida e na mortalidade relacionada ao câncer.

Alterações na forma de planejamento e financiamento se demonstraram amplamente necessárias, a fim de se garantir universalidade, equidade no acesso e tratamento, e integralidade no cuidado do paciente oncológico. Espera-se, ainda, que as regras e recursos presentes na formulação das políticas sejam mais indutivos e facilitem a ampliação e qualificação da assistência oncológica em todo o país.

Referências

1. Torre LA et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65(2):87-108.
2. Hoekstra HJ et al. Fighting global disparities in cancer care: A surgical oncology view. *Ann Surg Oncol* 2016; 23(7): 2131-6.
3. Souza JÁ et al. Global health equity: cancer care outcome disparities in high-, middle-, and low-income countries. *J Clin Oncol* 2015; 34(1): 6-13.
4. Karanikolos M et al. Health systems performance and cancer outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2013; 46: 7-12.
5. Coleman MP. Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity. *Lancet* 2014; 383(9.916): 564-73.
6. Allemani C. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25.676.887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015; 385(9.972): 977-1010.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano 11, n. 2, 2017.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS, ano 1, n. 3, 2017.
10. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Anexo IX da Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União*, 2017; 03 out.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2014; 02 abr.
12. Silva MJS et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol*. No prelo.

13. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
14. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.398, de 28 de dezembro de 2016. Publica a relação de hospitais habilitados na Alta Complexidade em Oncologia classificados nos portes A, B ou C. Diário Oficial da União, 2016; 30 dez.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 458, de 24 de fevereiro de 2017. Mantem as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria n.º 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014. Diário Oficial da União, 2017; 7 mar.
16. Viana ALD et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. *Saude Soc* 2015; 24(2): 413-22.
17. Thuler LCS; Bergmann A; Ferreira SC. Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e oportunidades. *Rev Bras Cancerol* 2011; 57(4): 467-72.
18. Araújo LP; Sá NM; Moraes Atty AT. Necessidades Atuais de Radioterapia no SUS e Estimativas para o Ano de 2030. *Rev Bras Cancerol* 2016; 62(1): 35-42.
19. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Gabinete do Secretário. Resolução n.º 445, de 07 de novembro de 2016. Institui no âmbito do HOSPSUS — Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos o Incentivo de Custeio para Oncologia aos estabelecimentos hospitalares que têm como perfil assistencial exclusivo a oncologia e possuem habilitação como Centros de Assistência Especializada em Oncologia — CACON. Diário Oficial do Estado do Paraná, 2016, 9 nov.
20. Onukwugha E et al. Impact of multidisciplinary care on processes of cancer care: A multi-institutional study. *Journal of oncology practice* 2016; 12(2): e157-68.
21. Siqueira ASE et al. Economic Impact Analysis of Cancer in the Health System of Brazil: Model Based in Public Database. *Health Science Journal* 2017; 11(4): 514.
22. Ray-Coquard I. Improving treatment results with reference centres for rare cancers: where do we stand?. *European Journal of Cancer* 2017; 77: 90-8.
23. Alvarez E et al. Adolescent and young adult oncology patients: Disparities in access to specialized cancer centers. *Cancer* 2017; 123(13): 2516-23.
24. Kaliks RA et al. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. *Braz J Oncol* 2017; 13(44): 1-12.
25. Oliveira EXG et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do cancer de mama. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(2): 317-26.
26. Grabois MF; Oliveira EX; Sá Carvalho M. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(2): 368-78.
27. Silva MJS; Melo E; Osorio-de-Castro CGS. Origin-destination flows in chemotherapy for breast cancer in Brazil: implications for pharmaceutical services. *Cien Saude Colet*. No prelo.
28. Onega T; Alford Teaster J; Wang F. Population based geographic access to parent and satellite National Cancer Institute Cancer Center Facilities. *Cancer* 2017; 123(17): 3305-11.
29. Zubizarreta EVDJ; Van Dyk J; Lievens Y. Analysis of global radiotherapy needs and costs by geographic region and income level. *Clinical Oncology* 2017; 29(2): 84-92.
30. Goksel F et al. Radiation oncology facilities in Turkey: current status and future perspectives. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12(9): 2157-62.
31. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 931, de 10 de maio de 2012. Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2012; 11 mai.

32. Liu E et al. A Quantitative Analysis of the Relationship Between Radiation Therapy Use and Travel Time. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 2015; 93(3): 710-8.
33. Santibáñez P et al. Optimal location of radiation therapy centers with respect to geographic access. *Int J Radiation Oncol Biol Phys* 2015; 89(4): 745-55.
34. Rodriguez-Galindo C et al. Global challenges in pediatric oncology. *Current opinion in pediatrics* 2013; 25(1): 3-15.
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
36. Presidência da República. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2011; 29 jun.
37. Magalhães IQ et al. A Oncologia Pediátrica no Brasil: Por que há Poucos Avanços?. *Rev Bras Cancerol* 2016; 62(4): 337-41.
38. Matthey F et al. Facilities for the treatment of adults with haematological malignancies– 'Levels of Care': BCSH Haemato-Oncology Task Force 2009. *Hematology* 2010; 15(2): 63-9.
39. Snowden JA et al. Haematological cancers: improving outcomes. A summary of updated NICE service guidance in relation to Specialist Integrated Haematological Malignancy Diagnostic Services (SIHMDS). *Journal of clinical pathology* 2017; 70: 461-8.
40. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.947, de 21 de dezembro de 2012. Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. *Diário Oficial da União*, 2012; 24 dez.
41. Sullivan R et al. Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. *The lancet oncology* 2015; 16(11): 1193-224.
42. Gomes Junior SCS; Almeida RT. Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(2): 113-9.
43. Tai CG; Hiatt RA. The population burden of cancer: research driven by the catchment area of a cancer center. *Epidemiol Rev* 2017; 39(1): 108-22.]
44. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.357, de 2 de junho de 2017. Desabilita os entes federados ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. *Diário Oficial da União*, 2017; 5 jun.
45. Arruda FT; Viani GA. Análise de 20 anos do modelo de remuneração do SUS para a radioterapia: precisamos mudá-lo?. *Braz J Oncol* 2017; 13(44): 1-11.
46. Murage P et al. Geographical disparities in access to cancer management and treatment services in England. *Health & Place* 2016; 42: 11-8.
47. Simeone Jr WJ et al. Quality assessment across a national cancer network. *Journal of Oncology Practice* 2013; 9(3): 165-8.
48. Santos L; Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude Soc* 2015; 24(2): 438-46.
49. Ouverney AM; Ribeiro JM; Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4): 1193-207.
50. Ma X et al. Capacity planning and appointment scheduling for new patient oncology consults. *Health Care Manag Sci* 2016; 19(4): 347-61.

6.3 TERCEIRO ARTIGO: ORIGIN-DESTINATION FLOWS IN CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER IN BRAZIL: IMPLICATIONS FOR PHARMACEUTICAL SERVICES¹

Fluxos origem-destino para quimioterapia para o câncer de mama no Brasil: implicações para a assistência farmacêutica

Short title: Origin-destination flows for chemotherapy

Authors: Mario Jorge Sobreira da Silva^{2,2}, Enirtes Caetano Prates Melo³ e Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro².

ABSTRACT

This study maps and analyzes patient flows for breast cancer chemotherapy in order to identify the potential implications for organization of pharmaceutical services in the cancer care network. An ecological study design sought to correlate the place of residence with place of care for breast cancer patients. All chemotherapy procedures financed by Brazil's Unified Health System (SUS) and performed from January to December 2013 were included. Flows were mapped using TerraView[®] software. A total of 1 347 803 outpatient chemotherapy procedures were delivered by 243 cancer care units located in 156 municipalities. Seventeen cities concentrated approximately 50.0 % of the procedures. A total of 8 538 origin-destination flows were generated and 49.2% of procedures were performed in services located outside the municipality in which the patient resided. Context challenges, related to inequality of access to chemotherapy and hindrances in planning and management of pharmaceutical services, were discussed.

¹ Os resultados do estudo ecológico foram reunidos no artigo intitulado “**Origin-destination flows in chemotherapy for breast cancer in Brazil: implications for pharmaceutical services**”, que foi submetido e aprovado para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva, e encontra-se no prelo aguardando publicação (SILVA; MELO; OSORIO-DE-CASTRO, no prelo). O artigo encontra-se disponível on-line (pré-view) em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/origindestination-flows-in-chemotherapy-for-breast-cancer-in-brazil-implications-for-pharmaceutical-services/16346>. O texto encontra-se formatado, segundo as regras da revista. As instruções aos autores encontram-se disponíveis em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/uploads/arquivos/Instrucoes-para-colaboradores-2017.pdf>

² Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz.

Key words: pharmaceutical services; healthcare delivery; breast cancer; spatial analysis; health services accessibility.

RESUMO

Este estudo mapeia e analisa os fluxos percorridos por pacientes em uso de quimioterapia para o tratamento do câncer de mama no Brasil, usando metodologia de redes, de forma a identificar potenciais implicações para organização da assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica. Realizou-se um estudo ecológico correlacionando o local de residência e de atendimento de pacientes com câncer de mama. Incluiu-se todos os procedimentos de quimioterapia financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), realizados no ano de 2013. O mapeamento dos fluxos foi efetuado no programa TerraView[®]. Foram realizados 1.347.803 procedimentos ambulatoriais de quimioterapia em 243 unidades habilitadas pelo SUS, sediadas em 156 municípios brasileiros. Dezesete cidades concentraram aproximadamente 50,0% dos atendimentos. Foram gerados 8.538 fluxos de origem-destino e 49,2% dos procedimentos foram realizados em serviços sediados fora do município de residência da mulher. Alguns aspectos da organização da assistência farmacêutica, relacionados a desigualdades no acesso à quimioterapia e dificuldades no planejamento de ações e serviços farmacêuticos foram problematizados frente ao contexto apresentado.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Assistência à Saúde; Câncer de mama; Análise Espacial; Acesso aos Serviços de Saúde.

INTRODUCTION

Breast cancer is an important source of morbidity in Brazil¹. It is the leading cause of cancer mortality and the most common neoplasm in women, except for non-melanoma skin cancer². Breast cancer prevention and control are top health priorities in Brazil³.

Despite the adoption of a significant set of measures for breast cancer prevention and control, since the 1970s, the mortality rates in the country appear to have stabilized⁴⁻⁶. However, a relative increment has been observed in the survival time of women diagnosed with breast cancer, attributed to the incorporation of new drugs and other health technologies⁷. Although cancer patients' survival is related to time of diagnosis and staging of the disease, it is also largely associated with effective therapy, including pharmacotherapy, thus highlighting the importance of pharmaceutical services.

Pharmaceutical services are a complex process that involves multi-professional, interdisciplinary, and inter-sectorial activities, aimed at guaranteeing the availability and rational use of high-quality medicines⁸. Adequate organization of pharmaceutical services requires knowledge of the population's epidemiological, demographic, and economic profiles, analyzing need, access, equity, and drug utilization⁹.

In the context of cancer care, various components are necessary to guarantee an effective cancer care network, including pharmaceutical services, which should be organized according to a regional plan for comprehensive care of various types of cancers. Cancer care must also abide by rules for technology incorporation in Brazil's Unified Health System (SUS)¹⁰. Pharmaceutical services are viewed as a cross-cutting component, linked to other points of care in the health service network.

Local factors related to cancer patients and the health system, such as long distances between patients' homes and cancer care facilities, facilities' greater or lesser polarizing effect, bottlenecks in health service networks, and mechanisms for regulating patient flows have led

to delays in cancer care, compromising access to treatment and its continuity, with impacts on survival time and mortality¹¹⁻¹³.

Knowledge of the paths traveled by patients to receive chemotherapy can support planning strategic measures for restructuring care. The aim of this study is to map and analyze patient flows in chemotherapy for breast cancer treatment using a network methodology to identify potential obstacles to the organization of pharmaceutical services in the cancer care network.

METHOD

An ecological study was carried out to analyze outpatient chemotherapy in public and SUS-affiliated private health service facilities, certified by the Ministry of Health (MOH) as one of three different types: ‘high-complexity oncology center’ (CACON), which gives comprehensive treatment to all types of cancers; ‘high-complexity oncology center unit’ (UNACON), that targets only the most prevalent cancer types, and includes at least chemotherapy and surgical services; or ‘hospital complex-based oncology clinics’ that only dispense chemotherapy to prevalent cancer types¹⁰. The study population consisted of women with principal diagnosis of breast cancer (subcategories C50.0 to C50.9 of the International Classification of Diseases, 10th Revision - ICD-10).

The study’s data source was the ‘Authorization for High-Complexity Procedures in Oncology’ (APAC/Onco) registers, harbored in SUS’ Ambulatory Care Information System (SIA-SUS). These registers are mandatory for chemotherapy and radiotherapy procedure payments to SUS providers¹⁴. The study included all chemotherapy procedures (encompassing traditional chemotherapy and hormone therapy) performed in the public and SUS-affiliated private health services facilities, from January to December 2013.

The data were aggregated by the breast cancer patients’ municipality of residence and the municipality where chemotherapy was performed. The study did not identify individual

patients, streets, or neighborhoods. Identification of the case's origin was based exclusively on the zipcode of the municipality of residence. Identification of the destination of breast cancer patients was based on the National Registry of Corporate Taxpayer Identification Numbers of the cancer care facilities and the zipcode for the corresponding municipality. The National Registry of Healthcare Establishments of SUS' Department of Informatics (DATASUS) furnished the following data on cancer care facilities: type of facility (CACON, UNACON or hospital complex-based oncology clinics), nature of the organization (public or private), and type of establishment (general hospital, oncology or other). The study also identified the Brazilian state and the 'health region' (a group of municipalities not limited by state boundaries and characterized by the same social, cultural and economic identity)¹⁵ in which the healthcare establishment was located.

An 'origin-destination pair' was defined, characterized by the link between place of residence (origin) and place of chemotherapy (destination). This pair was considered indivisible for the purposes of the current study and the line joining both ends expressed itself as a 'flow'.

Points of encounter for various destinations were characterized as 'nodes'. The interconnecting structures depicted by nodes, and by links between them, formed the 'health service network' for breast cancer. Network conformation focused on the 'dominant flow', representing the largest flow from a given origin (in this case the patient's municipality of residence). However, an accumulation of lines, resulting from the drawing of numerous links, complicated the identification of broad patterns. The problem was resolved by use of the system proposed by Oliveira et al.¹³, which provides identification of network conformation, based on the hierarchical structures proposed by Nystuen and Dacey¹⁶: i) *independent* – if the dominant flow was from a larger city to a smaller city; ii) *subordinate* – if the dominant flow was from a smaller city to a larger city, and in this case no city could be subordinate to any of its subordinates; or iii) *transitive* – when city A was subordinate to B and B was subordinate to C, resulting in A

subordinate to C. Mapping showed dominant flows, nodes and overall network conformation, representing the spatial interactions existing between origins and destinations¹⁷.

Flows are classified according to the direction, the hierarchy, and the health service network to which the flow belonged, resulting in a typology of relationships¹⁸, avoiding loss of information. In this analysis, hierarchy and flow direction were combined and resulted in 11 classification possibilities¹⁹ (Box 1). This study only incorporated into the health service network the municipalities of origin with a dominant flow greater than or equal to 5% of the total APAC/Oncology authorizations for a given municipality.

Box 1: Typology of flows.

Classification	Definition
Direct upward hierarchical	<i>The flow follows the network structure and the link goes to a node at a higher hierarchical level.</i>
Short-circuit upward hierarchical	<i>The flow follows the network structure and the link goes to a node at a higher hierarchical level but skips the closest hierarchical level.</i>
Direct downward hierarchical	<i>The flow follows the network structure and the link goes to a node at a lower hierarchical level.</i>
Short-circuit downward hierarchical	<i>The flow follows the network structure and the link goes to a node at a lower hierarchical level but skips the closest hierarchical level.</i>
Upward cross-cutting in the same network	<i>When the flow occurs between different branches in the same network, going to a node at a higher hierarchical level.</i>
Upward cross-cutting between networks	<i>When the flow occurs between different networks, going to a node at a higher hierarchical level.</i>
Downward cross-cutting in the same network	<i>When the flow occurs between different branches in the same network, going to a node at a lower hierarchical level.</i>
Downward cross-cutting between networks	<i>When the flow occurs between different networks, going to a node at a lower hierarchical level.</i>
Horizontal cross-cutting in the same network	<i>When the flow is internal to the network and connects nodes at the same hierarchical level.</i>
Horizontal cross-cutting between networks	<i>When the flow occurs between different networks and connects nodes at the same hierarchical level.</i>
Local link	<i>When origin and destination coincide.</i>

Adapted from Oliveira et al.¹⁹.

Potential structural implications for health service networks, for regionalization and access to healthcare services, and for the organization of pharmaceutical services in oncology, specifically in relation to management, planning and logistics of drug supply, as well as drug selection and incorporation⁸⁻⁹ were identified.

DATASUS' Mortality Information System (SIM) furnished 2013 breast cancer mortality data for women. Other sources of relevant information were the scientific literature and relevant guidelines and rulings on breast cancer treatment.

Data tabulation and processing used the TabWin[®] software, generating a matrix of flows between municipalities (origin-destination pairs) consisting of the number of APAC/Onco authorizations for chemotherapy procedures. The flows were mapped in TerraView[®] software using the flow plug-in.

All the information, software packages, and data used in the study are open-access. The study was approved by the Institutional Review Board of the Brazilian National School of Public Health (ENSP/FIOCRUZ), under case review number 1 574 456.

RESULTS

In the year 2013, 1 347 803 authorized traditional chemotherapy and hormone therapy procedures for women with breast cancer were financed by SUS. Hormone therapy is the most frequent of the two procedures, in all five Brazilian regions, but differences in proportions is small. For traditional chemotherapy, the national average was 21.2% (SD 3.2) and for hormone therapy 78.8% (SD 3.2). The procedures were performed in 243 public and SUS-affiliated private health services facilities located in 156 of Brazil's 5 570 municipalities. Seventeen cities concentrated approximately 50.0% of the procedures. Table 1 shows the distribution of procedures according to the respective municipalities providing care and the percentage distribution of the municipal flows, in Brazil and in the health regions to which the municipalities belong.

Table 1: Distribution of chemotherapy procedures for breast cancer treatment in the principal municipalities that performed care in Brazil, 2013.

Municipality (State ^a)	Total authorized procedures (n)	Municipal flow (%)		Flow in the health region (%)		Brazil (%)
		Local	External	Local	External	
São Paulo (São Paulo)	142 775	69.0	31.0	69.0	31.0	10.6
Rio de Janeiro (Rio de Janeiro)	63 731	64.6	35.4	86.9	13.1	4.7
Belo Horizonte (Minas Gerais)	59 878	49.1	50.9	56.9	43.1	4.4
Fortaleza (Ceará)	55 167	67.3	32.7	68.4	31.6	4.1
Salvador (Bahia)	45 919	52.4	47.6	57.7	42.3	3.4
Recife (Pernambuco)	45 252	34.0	66.0	71.9	28.1	3.4
Porto Alegre (Rio Grande do Sul)	44 025	40.1	59.9	54.6	45.4	3.3
Barretos (São Paulo)	35 417	5.6	94.4	11.5	88.5	2.6
Curitiba (Paraná)	31 081	57.7	42.3	81.3	18.7	2.3
Campinas (São Paulo)	24 705	38.0	62.0	73.1	26.9	1.8
Vitória (Espírito Santo)	20 534	15.4	84.6	68.7	31.3	1.5
Jaú (São Paulo)	18 854	7.5	92.5	17.3	82.7	1.4
Cascavel (Paraná)	18 486	25.3	74.7	36.5	63.5	1.4
Goiânia (Goiás)	18 359	49.1	50.9	56.4	43.6	1.4
Teresina (Piauí)	17 615	41.3	58.7	48.7	51.3	1.3
Natal (Rio Grande do Norte)	17 537	46.8	53.2	59.2	40.8	1.3
João Pessoa (Paraíba)	16 719	44.3	55.7	57.6	42.4	1.2
Brazil	1 347 803	24.8	25.4	31.1	19.1	100.0

^aStates of Brazil plus the Federal District.

Breast cancer patients seeking chemotherapy resided in 5 069 municipalities. Healthcare establishments treated patients originating from a range of two to 561 different municipalities, with a mean of 55 municipalities (± 45.1) and a median of 29.5 (SD = 70.5). Twenty cities treated patients originating from more than 100 different municipalities and performed 48.1% of authorized procedures (Table 2).

Table 2: Municipalities that performed chemotherapy procedures for breast cancer patients originating from more than other 100 different cities. Brazil, 2013.

Municipality (State ^a)	Number of municipalities	Total authorized procedures	
	served (n)	(n)	(%)
Barretos (São Paulo)	561	35 417	2.6
Salvador (Bahia)	328	45 919	3.4
Belo Horizonte (Minas Gerais)	312	59 879	4.4
Teresina (Piauí)	240	17 615	1.3
São Paulo (São Paulo)	239	142 775	10.6
Recife (Pernambuco)	207	45 252	3.4
Goiânia (Goiás)	200	18 359	1.4
Jaú (São Paulo)	198	18 854	1.4
Porto Alegre (Rio Grande do Sul)	193	44 025	3.3
João Pessoa (Paraíba)	167	16 719	1.2
Fortaleza (Ceará)	160	55 167	4.1
Natal (Rio Grande do Norte)	150	17 537	1.3
Cascavél (Paraná)	149	18 486	1.4
Campinas (São Paulo)	146	24 705	1.8
Curitiba (Paraná)	123	31 081	2.3
São Luís (Maranhão)	122	13 245	1.0
Cuiabá (Mato Grosso)	118	10 629	0.8
Muriae (Minas Gerais)	113	9 696	0.7
Passo Fundo (Rio Grande do Sul)	108	10 600	0.8
Bento Gonçalves (Rio Grande do Sul)	102	12 427	0.9

^a States of Brazil.

Patients residing in 2 278 municipalities (40.9% of all Brazilian municipalities) received chemotherapy in two or more different cities each. Ten municipalities, five in the state of São Paulo (Araras, Rio Claro, São Carlos, São Paulo and Tambaú), one in Goiás (Goiânia), one in the state of Minas Gerais (Itajubá), one in Paraná (Maringá), one in Acre (Rio Branco) and one in the state of Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), sent chemotherapy patients to more than seven other municipalities.

The public and SUS-affiliated private health service facilities were distributed across all Brazilian states and the Federal District, covering 143 (32.6%) of the 436 health regions in the country. Five states, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul and São Paulo, concentrated 65.6% of the procedures and 156 of the public and SUS-affiliated private health services facilities providing chemotherapy (64.2%).

The majority of chemotherapy units were UNACONs, classified as non-profit private charities and registered as general hospitals (Table 3).

Table 3: Characteristics of Brazilian healthcare establishments that performed chemotherapy procedures for women with breast cancer in 2013.

Characteristics of healthcare units	Number	
	(n)	(%)
Type of Facility		
CACON ^a	19	7.8
CACON with pediatric oncology service	24	9.9
UNACON ^b	79	32.5
UNACON with hematology service	15	6.2
UNACON with pediatric oncology service	6	2.5
UNACON with radiotherapy service	45	18.5
UNACON with hematology and pediatric oncology services	9	3.7
UNACON with hematology and radiotherapy services	28	11.5
UNACON with pediatric oncology and radiotherapy services	3	1.2
UNACON with hematology, pediatric oncology, and radiotherapy services	12	4.9
Hospital Complex-Based Oncology Clinic	3	1.2
Nature of Organization		
Direct health administration - Federal	8	3.3
Direct health administration - State	26	10.7
Direct health administration – Municipal	4	1.6
Direct administration by other agencies - Federal	6	2.5
Indirect administration – Federal (<i>independent agency, public corporation, public foundation</i>)	9	3.7
Indirect administration – State (<i>independent agency, public foundation, public social organization</i>)	10	4.1
Indirect administration – Municipal (<i>independent agency, public foundation</i>)	8	3.3
Private corporation	20	8.2
Non-profit charitable organization	149	61.3
Other (<i>private foundation, autonomous social service</i>)	3	1.2
Type of Establishment		
Oncology	27	11.1
General Hospital	206	84.8
Other (<i>specialized in cardiology, maternity hospital, orthopedics, emergency, clinic/specialties center, notification clearinghouse, uptake, and distribution of agencies</i>)	10	4.1

^aCACON: High-Complexity Cancer Center; ^bUNACON: High-Complexity Cancer Unit.

The process generated a total of 8 538 origin-destination flows. The dominant flows totaled 4 957 links and involved 1 232 899 procedures, of which 551 952 were performed in healthcare establishments located outside the municipality in which the patient resided, thus characterized as external flows. Of these, the most intense flow totaled 8 074 procedures.

According to the typology of relationships, nine of the 11 possible network flows were identified: i) local link (1.8%); ii) direct upward hierarchical flows (62.8%); iii) short-circuit upward hierarchical flows (11.0%); iv) direct downward hierarchical flows (1.1%); v) short-circuit downward hierarchical flows (0.1%); vi) cross-cutting upward flows between networks (8.5%); vii) cross-cutting downward flows between networks (1.0%); viii) horizontal cross-

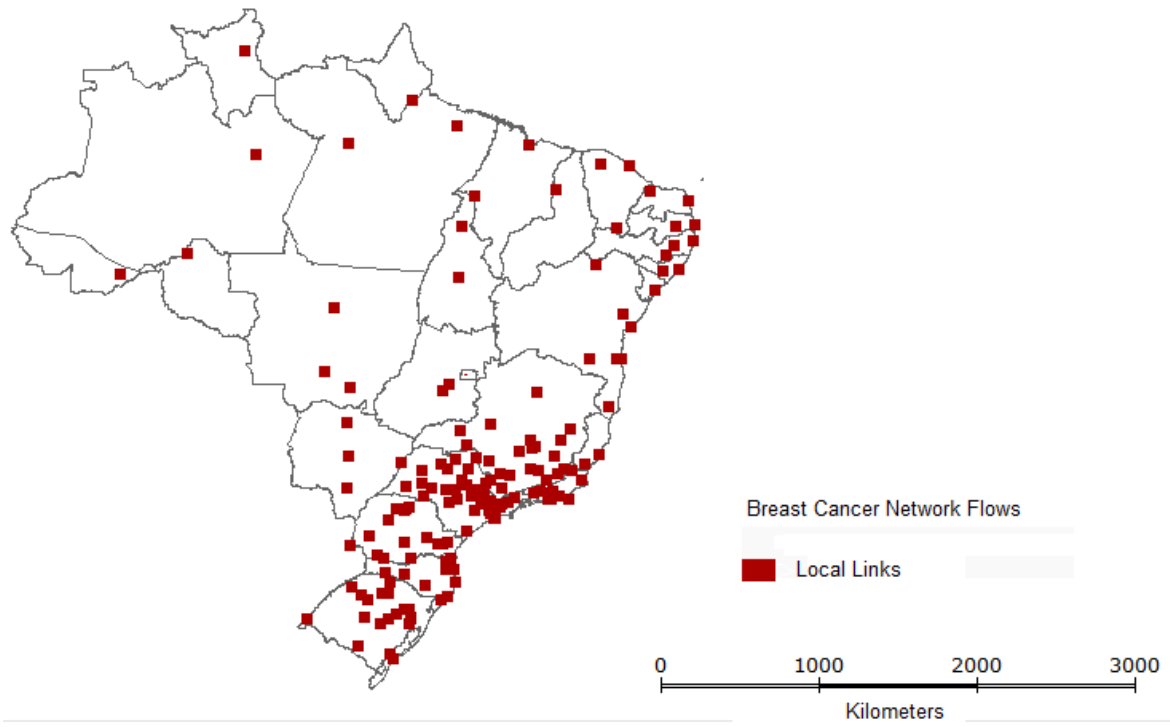
cutting flows between networks (2.6%); and ix) horizontal cross-cutting flows within the same network (11.1%).

As for the volume of chemotherapy procedures, 50.8% were performed in the patient's municipality of residence, a highly-regionalized pattern, 45.5% were performed in other municipalities following the main network flow, and 3.7% were performed in different networks or between branches in the same network.

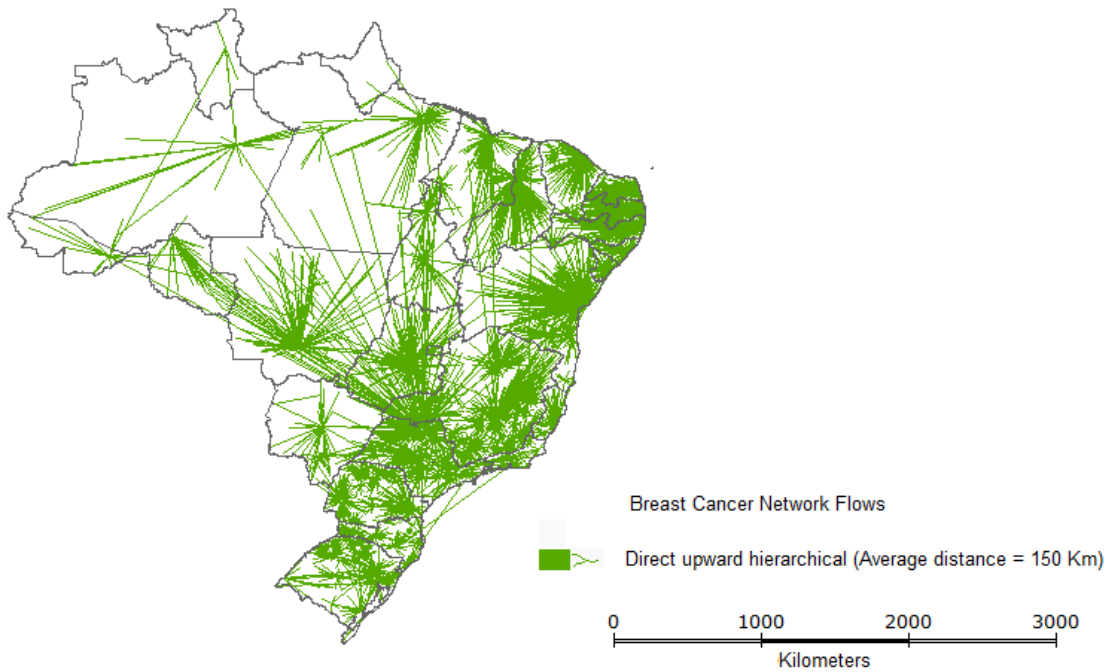
Ten municipalities presented most of the networks with local links, two in the state of São Paulo (Campinas and São Paulo), one in Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), one in Mato Grosso do Sul (Campo Grande), one in Minas Gerais (Belo Horizonte), one in Paraná (Curitiba), one in Pernambuco (Recife), one in Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) and one in the state of Rio Grande do Sul (Porto Alegre). They harbored 43.9% of chemotherapy procedures characterized by that type of flow.

Figure 1 shows the network flows. Either local links (Fig. 1a) or the other kinds of flows (Fig. 1b to 1f) are concentrated in the northeastern coast and in the Brazilian South and Southeast, especially in the state of São Paulo. The links appearing in the Southeast and South (two of Brazil's five geographic regions) were basically of the hierarchical type, while the North and Northeast of the country showed many cross-cutting networks, with flows directed mainly to the Southeast and South.

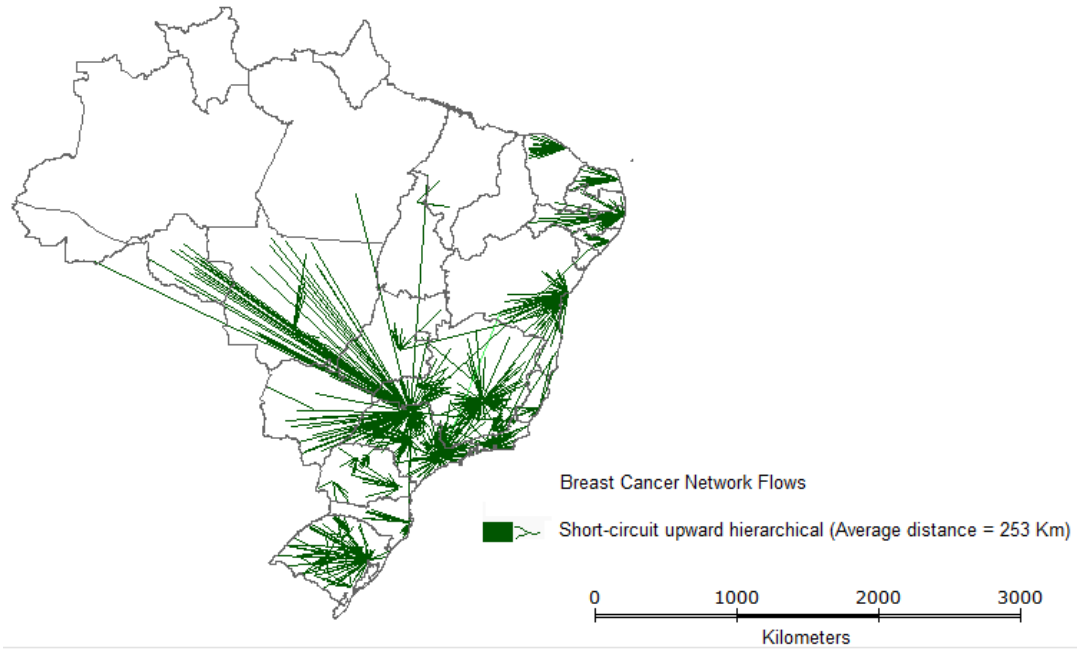
1.a) Local links ^a



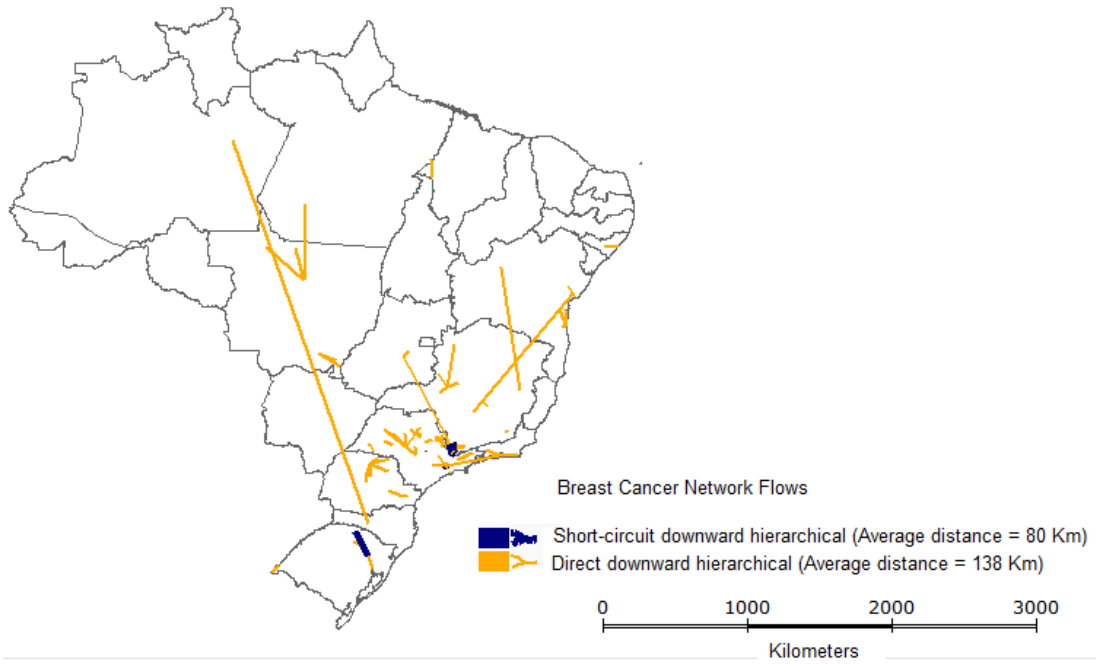
1.b) Direct upward hierarchical ^b



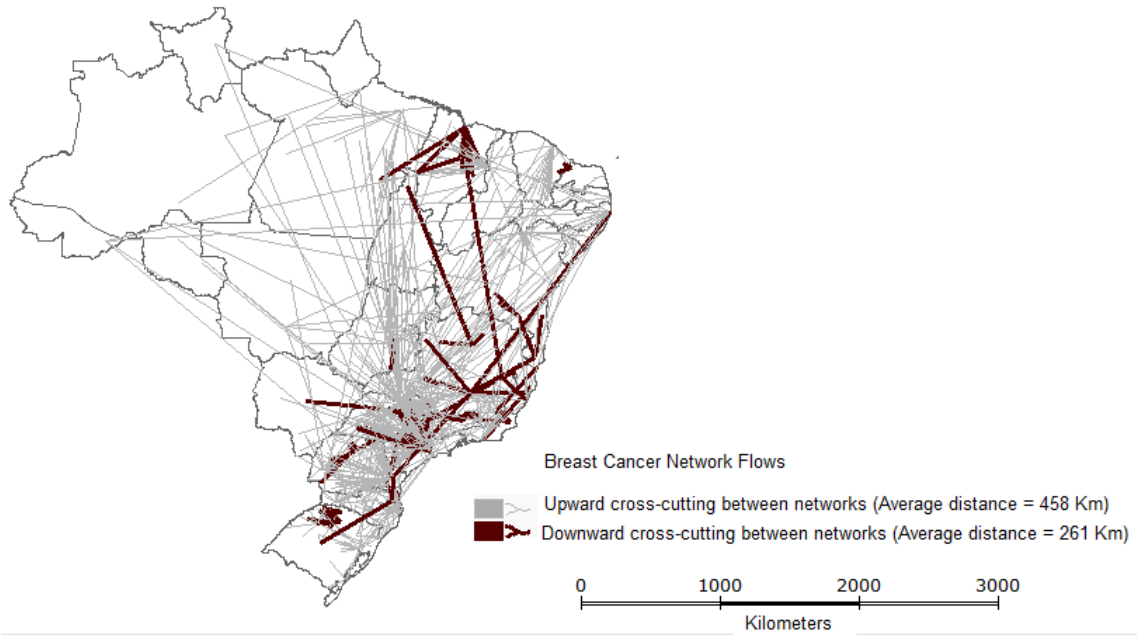
1.c) Short-circuit upward hierarchical ^c



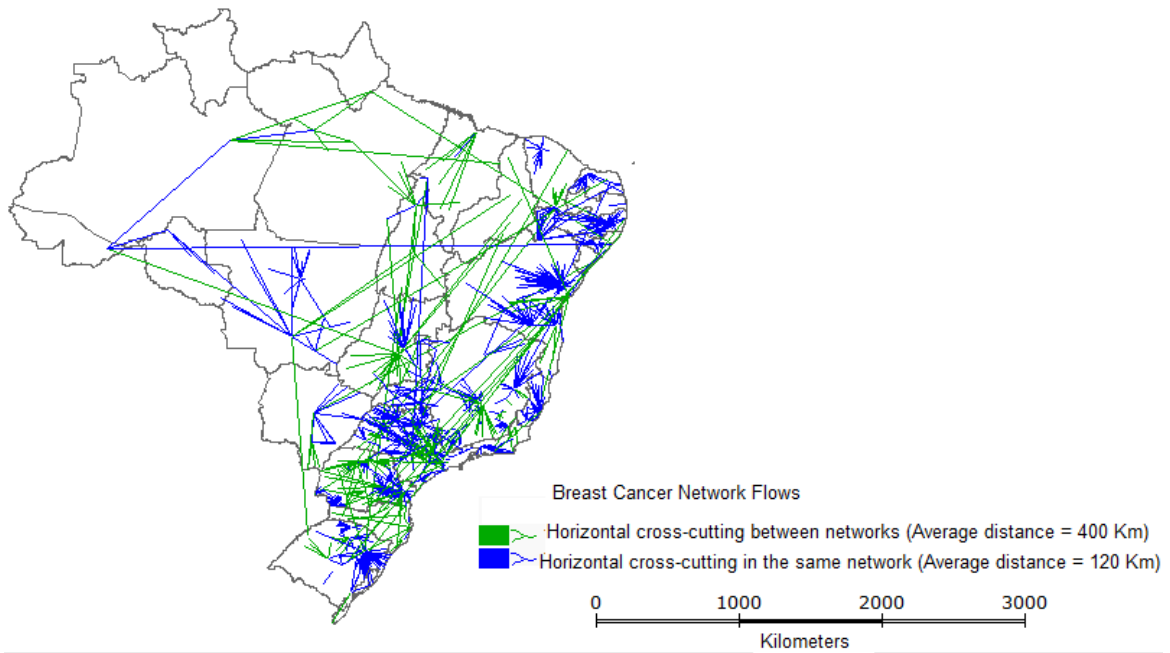
1.d) Direct downward hierarchical ^d and Short-circuit downward hierarchical ^e



1.e) Upward cross-cutting between networks ^f and Downward cross-cutting between networks ^g



1.f) Horizontal cross-cutting between networks ^h and Horizontal cross-cutting in the same network ⁱ



^a Local link – when origin and destination coincide; ^b Direct upward hierarchical flows – follow the network structure and the link goes to a node at a higher hierarchical level; ^c Short-circuit upward hierarchical flows – follow the network structure and the link goes to a node at a higher hierarchical level but skips the closest hierarchical level; ^d Direct downward hierarchical flows – follow the network structure and the link goes to a node at a lower hierarchical level; ^e Short-circuit downward hierarchical flows – follow the network structure and the link goes to a node at a lower hierarchical level but skips the closest hierarchical level; ^f Upward cross-cutting flows between networks– when the link occurs between networks, going to a node at a higher hierarchical level; ^g Downward cross-cutting flows between networks– when the link occurs between networks, going to a node at a lower hierarchical level; ^h Horizontal cross-cutting flows between networks – when the link occurs between different networks and connects nodes at the same hierarchical level; ⁱ Horizontal cross-cutting flows in the same network– when the link is internal to the network and connects nodes at the same hierarchical level.

Figure 1: Conformation of network flows for chemotherapy procedures for breast cancer in Brazil, according to typology of relationships, in 2013.

The median distance from the patient's place of residence to the public or SUS-affiliated private health service facility performing chemotherapy procedures was 103.9 km (SD = 291.0), with a mean of 188.4 km. 94.7% of the procedures were performed within this mean distance. However, patients from 4 023 Brazilian municipalities had to travel more than 50 km for care, while 2 727 procedures (0.2%) were performed more than 1 000 km from the patient's place of residence. In 498 municipalities (68.3% of which in the North or Northeast) there was no record whatsoever of referral for breast cancer chemotherapy.

The year 2013 recorded 14 206 breast cancer deaths in women residing in 5 569 Brazilian municipalities. The three states with the highest mortality rates, adjusted by age for the world population and Brazil, were Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, and São Paulo. Most deaths (75.8%) occurred in health regions with at least one public or SUS-affiliated private health service facility performing chemotherapy procedures. Among the municipalities that did not send any chemotherapy patients to other municipalities, there were 41 deaths from breast cancer.

DISCUSSION

The study identified representative chemotherapy origin-destination flows for women with breast cancer, in 2013, and viewed cancer treatment occurring in SUS health service networks. The study included all the procedures financed by the public system, as well as practically all the providers (public and SUS-affiliated private health services facilities) treating breast cancer.

Chemotherapy is the most prevalent cancer treatment modality in the cancer care network. The study showed an increase in supply of chemotherapy in public and in SUS-affiliated private health services facilities and in number of destination municipalities, since 2005-2006, when cancer care network flows for breast cancer treatment were mapped for the first time¹³.

Most network flows were of the ‘direct upward hierarchical’ type, concurring with previous results¹³.

However, the 2013 data showed increment in the number of chemotherapy procedures in municipalities other than place of residence (3.8% increase) and in the average distance between place of residence and place of treatment (3.4 km increase). Previously identified problems apparently persist, such as the concentration of facilities in a limited number of municipalities, alongside the existence of empty spaces in terms of breast cancer treatment in the country¹³. Such aspects may compromise the accessibility of breast cancer patients to chemotherapy.

Considering healthcare regionalization, the principle of comprehensiveness, and the fact that chemotherapy is a highly-complex procedure, one can expect that services will not be available in all Brazilian municipalities, but that at least in one in each health region. However, the study showed that the public and SUS-affiliated private health services facilities were only present in 32.6% of the country’s health regions. Chemotherapy services were concentrated in 2.8% of Brazil’s municipalities. Although they were available in all the states and the Federal District, 64.2% of the services were located in five states in the South and the Southeast, which are home to approximately 21.7% of the Brazilian population, revealing an important mismatch in the distribution of services in the country’s territory. This evidence suggests difficulties in the organization of comprehensive care for breast cancer patients, including patient referral mechanisms and potentially for planning and management of pharmaceutical services.

As the results show, a greater percentage of procedures happened near the patient’s home, characterizing a regionalized pattern. However, the mapping of flows showed a broad variation in healthcare availability in Brazil. There are relatively few municipalities for patients to go seeking care (156), considering the large number of municipalities of origin (5 570). The results corroborate other studies showing that breast cancer patients are more likely to access

the supply of services when the place of residence and place of treatment coincide. These studies also associate better access with higher human development index (HDI)^{6, 20-21}. Flow types were also characteristic of each geographic region. In the South and Southeast, because of the greater number of providers, flows are mostly hierarchical, which signifies that they follow the network structure. The system may be more able to function as it should with patient referral mechanisms in place. In the North and Northeast, because of less availability of care facilities, cross-cutting flows, not obeisant to network structure are found.

Regional voids, mainly characterized by groups of small municipalities, mostly located in the North and Northeast regions, reflect difficulties in health system organization. Breast cancer deaths were identified in these locations, permitting the assumption that these municipalities may have also harbored untreated cases.

In 2013, approximately 53 000 new cases of breast cancer were expected in Brazil (estimated incidence of 52/100 000 women)²². However, estimations for each of the country's 5 570 municipalities are lacking. Therefore, it is practically impossible to plan the service needs for each municipality.

When observing the origin-destination flows, some issues pose challenges for the organization of pharmaceutical services. The first is the number of patients coming from 5 069 different municipalities that are treated in the hub cities of only 156 health regions. Although the flow of care is mostly local or regional, it is challenging to measure the chemotherapy needs in the respective health region's non-resident patient population. The large number of municipalities that formed two or more different links (2 278) and the large amount of cross-cutting flows confirm this situation.

In breast cancer, lack of access to treatment can result in worse prognosis, higher relapse rate, and increased mortality. Studies have demonstrated that lack of medicines in public services jeopardizes the treatment of chronic diseases, including cancer^{12, 23-25}. Thus, lack of

knowledge on treatment needs and volume of care can make pharmaceutical services potentially ineffective, considering that such information influences the planning and logistics of drug supply. The organization of hierarchical health services networks and the adoption of planning strategies would help solve issues involved in the quality of cancer care²⁶⁻²⁷.

Pharmaceutical services should also be planned in connection to other necessary forms of care for cancer patients, towards comprehensive care. Many breast cancer treatment protocols involve chemotherapy and radiotherapy. According to the Brazilian data, most public and SUS-affiliated private health service facilities that performed chemotherapy lacked radiotherapy services¹³. The spatial fragmentation of therapeutic activities tends to decrease treatment adherence, since patients must follow distinct flows to have all their needs met.

The organization of pharmaceutical services in oncology is complex, considering that patients may need intravenous or oral chemotherapy, that in turn require the use of a variety of other drugs to control symptoms and adverse reactions related to the treatments²⁸. According to the findings, most of the procedures authorized for the treatment of breast cancer were for hormone therapy (78.8%). This aspect reveals the need to structure dispensing activities that can guarantee safety and effectiveness in hormone use, as well as to contribute to treatment adherence. In the same way, there is need to provide safe and effective procedures for compounding of chemotherapeutic drugs, for which training of pharmacists in oncology is essential.

One issue places additional constraints on the management of pharmaceutical services. Despite nominal adoption of certification criteria²⁹ by treatment facilities, breast cancer treatment is not strictly covered by a full Clinical Protocol and Treatment Guideline in Oncology, but by a Diagnostic and Treatment Guideline, which issues information on best evidence and suggests therapy but does not link treatment with pre-established clinical criteria³⁰. Thus, even though admitting that protocol adherence may be frail³¹, it is not possible to guarantee the use of the Ministry of Health's Clinical Protocol and Treatment Guideline in Oncology (PCDT-

Onco) as the source of the best treatment option, or, therefore, to rely on availability of the technologies approved by the National Commission for the Incorporation of Technologies in the Unified Health System (CONITEC)³².

Twenty-one applications for oncology medicines were made to CONITEC between July 2012 and July 2015 resulting in 12 incorporations³². Currently, a total of 12 adjuvant (prophylactic) procedures, three pre-chemotherapy neoadjuvant/cytoreductive and four palliative chemotherapy procedures are authorized by SUS for breast cancer treatment³⁰. However, it is worth mentioning that ‘chemotherapy procedures’, which include drugs, are actually a reimbursement package scheme and not a therapeutic plan. Disclosure of individual costs incurred with medicines are practically impossible³³. Considering that knowledge of costs of medicines is a crucial factor for the organization of the pharmaceutical services, this aspect is revealed as another challenge to be overcome.

There is a limited number of specialized cancer treatment facilities. The presence of specialized health care teams favors planning and care, expanding the quality and effectiveness of treatment outcomes³⁴⁻³⁵. One may expect that institutions not specialized in oncology will carry a list of drugs different from the one in specialized facilities, causing wide variability in treatment approaches. Brazil also lacks an established medicines list for cancer. The current National List of Essential Medicines (Rename)³⁶ fails to include antineoplastic agents. The scenario reveals inequalities in therapeutic strategies, potentially compromising both the management of pharmaceutical services and patient outcomes³⁷⁻³⁸.

Chemotherapy involves not only sequential sessions, but also the need for patient follow-up due to adverse effects³⁹⁻⁴¹. For breast cancer patients, this means considering the number of sessions and the total treatment time, which can reach 60 months³⁰. In this context, the distance travelled to obtain care may even determine whether the patient completes or abandons treatment^{21,42}. Despite current government measures such as financial assistance for patients

undergoing treatment away from home⁴³ and the use of elective health transportation¹⁰, there is nevertheless observable inequality in access to services. This study showed that half of the procedures performed were for residents of the 156 municipalities that housed the public and SUS-affiliated private health services facilities, and that in 72.2% of the procedures performed away from the woman's home municipality, the distance travelled was greater than 50 km.

Paradoxically, the expansion in treatment supply, considering the increase in the number of public and SUS-affiliated private health service facilities performing chemotherapy, and the incorporation of new technologies, appears to have had no effect on breast cancer mortality. According to the data, the highest breast cancer mortality rates were in locations with chemotherapy supply, and most deaths occurred in health regions with at least one MOH-certified chemotherapy service. This information may be viewed in relation to the quality of services being supplied.

Four important study limitations deserve mention. Our results were based on information registered by the system but relayed by the patient. Accuracy regarding patient domiciles may be compromised if data were falsely informed. However, conclusions as to overall patient migration hold and stress the need to organize services in destination municipalities. The data that were used to map flows refer to the procedures, not the patients. It is not possible to establish correlations with data on continuity of treatment, or to measure treatment adherence versus dropout. The flows portray the distance and not the actual path travelled by patients in search of treatment, which can be a long sinuous. Use of the procedure as a measure further implies the actual performance of chemotherapy, but does not rule out other forms of access to therapy.

Although the option to map only chemotherapy procedures might limit analysis of the cancer care network, the examination served as a *proxi* for pharmaceutical services in oncology

and helped reveal important barriers that have not been discussed in previous studies, demonstrating the relevance of focused analyses when studying complex structures such as health service networks.

Analysis of the network formats contributes to organization and planning of health systems, strengthening healthcare services and optimizing the performance. Progress was observed after mapping chemotherapy flows for breast cancer. However, there are numerous barriers to the implementation of pharmaceutical services. Understanding and overcoming these challenges are essential for obtaining further progress, contributing to more efficient use of resources for cancer control in Brazil.

REFERENCES

1. Leite IC, Valente JG, Oliveira AF, Santos MF, Rodrigues RN, Daumas RP, Schramm JMA, Silva RS, Campos MR, Mota JC. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1551-64.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Hashim D, Boffetta P, La Vecchia C, Rota M, Bertuccio P, Malvezzi M, Negri E. The global decrease in cancer mortality: trends and disparities. *Annals of Oncology*. 2016; 27: 926-33.
5. Porto MAT, Teixeira LA, Silva RCF. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. *Rev Brasileira Cancerologia*. 2013; 59(3): 331-9.
6. Rodrigues JD; Cruz MS; Paixão AN. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015; 20(10): 3163-76.
7. Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(8): 1673-84.

8. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2011; 2(3): 41-9.
9. Luz TCB, Mosegui GBG. Epidemiologia e assistência farmacêutica. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, organizadores. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p. 307-323.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 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).
11. Freitas AGQ, Weller M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Ciência Saúde Coletiva*. 2013; 20(10): 3177-89.
12. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(6): 1269-82.
13. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 317-26.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual de Bases Técnicas – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
15. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
16. Nystuen JD, Dacey MF. A graph theory interpretation of nodal regions. *Papers in Regional Science*. 1961; 7(1): 29-42.
17. Ferreira MC. Iniciação à análise geoespacial: teoria, técnicas e exemplos para geoprocessamento. São Paulo: Editora Unesp; 2014.
18. Rabino GA, Occelli S. Understanding spatial structure from network data: theoretical considerations and applications. *Cybergeo: European Journal of Geography* [online], document 29, published June 26, 1997. Available at: <http://cybergeo.revues.org/2199>. Accessed Nov. 30, 2015.

19. Oliveira EXG, Silveira Junior JC, Souza-Santos R, Pina MF, Portugal JL. Análise de dados espaciais. In: Santos SM, Souza-Santos R, organizadores. Sistema de informações geográficas e análise espacial na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 63-80.
20. Sadosky ADI, Poton WL, Reis-Santos B, Barcelos MRB, Silva ICM. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1539-50.
21. Wan S, Jubelirer S. Geographic access and age-related variation in chemotherapy use in elderly with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2015; 149: 199-2019.
22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
23. Katrein F, Tejada CAO, Restrepo-Méndez, MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(7): 1416-26.
24. Souza JA, Hunt B, Asirwa FC, Adebamowo C, Lopes G. Global health equity: cancer care outcome disparities in high-, middle-, and low-income countries. *J Clin Oncol* 2015; 34: 6-13
25. Ruff P, Al-Sukhun S, Blanchard C, Shulman LN. Access to Cancer Therapeutics in Low-and Middle-Income Countries. In: American Society of Clinical Oncology educational book/ASCO. Chicago: American Society of Clinical Oncology; 2016. p. 58-65.
26. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 161-70.
27. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2009; 14(supl. 1): 1565-77.
28. Broadfield, L., Shaheen, P., Rogez, M., Jamieson, K., McCallum, M. Guidelines for outpatient cancer care by community pharmacists. *Canadian Pharmacists Journal* 2017; 150(1): 24-31.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes establishments no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 1.008, de 30 de setembro de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama.
31. Lin HY, Bedrosian I, Babiera GV, Shaitelman SF, Kuerer HM, Woodward WA, Ueno NT, Shen Y. Using the National Cancer Data Base for quality evaluation to assess adherence to treatment guidelines for nonmetastatic inflammatory breast cancer. *Cancer*, 2017. [Epub ahead of print]
32. Gadelha MIP, Martins SJ, Petramale CA. Oncologia – desfechos e experiências da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Gestão e Saúde* 2015; 6 (Supl. 4): 3194-3212.
33. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saude Soc* 2013; 22(1): 73-84.
34. Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 43: 1-9. Available at: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101984>. Accessed on Jan. 4, 2016.
35. Taplin SH, Weaver S, Salas E, Chollette V, Edwards HM, Bruinooge SS, Kosty MP. Reviewing Cancer Care Team Effectiveness. *J Oncol Pract*. 2015; 11(3): 239-46.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
37. Robertson J, Barr R, Shulman LN, Forte GB, Magrini N. Essential medicines for cancer: WHO recommendations and national priorities. *Bull World Health Organ* 2016; 94: 735-42.
38. Cuomo RE, Mackey TK. The availability of essential cancer medication: An analysis of national formularies. *Journal of Cancer Policy* 2017; 12: 49-54.
39. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(2): 284-95.
40. Gunaldi M, Duman BB, Afsar CU, Paydas S, Erkisi M, Kara IO, Sahin B. Risk factors for developing cardiotoxicity of trastuzumab in breast cancer patients: an observational single-center study. *J Oncol Pharm Practice*. 2016; 22(2): 242-7.

41. Neugut AI, Hillyer GC, Kushi LH, Lamerato L, Leoce N, Ambrosone CB, Bovbjerg DH, Mandelblatt JS, Hershman DL. Non-initiation and early discontinuation of adjuvant trastuzumab in women with localized HER2-positive breast cancer. *Breast Cancer*. 2014; 21(6): 780-5.
42. Ward MM, Ullrich F, Matthews K, Rushton G, Tracy R, Bajorin DF, Goldstein MA, Kosty MP, Bruinooge SS, Hanley A, Lynch CF. Access to Chemotherapy Services by Availability of Local and Visiting Oncologists. *J Oncol Pract*. 2014; 10(1): 26-31.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

6.4 ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM ONCOLOGIA

Este subcapítulo foi estruturado em quatro partes. A primeira apresenta as reflexões sobre os casos selecionados. Em seguida são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os gestores da RAO e da AF dos municípios selecionados. A terceira exibe a análise realizada com os profissionais. Por fim, são apresentadas as vantagens e limites desta etapa do estudo.

6.4.1 Caracterização dos municípios selecionados para o estudo de casos

O processo de caracterização dos municípios que realizavam procedimentos de quimioterapia para pacientes com câncer de mama apontou que 44,8% estavam localizados na macrorregião Sudeste, 23,5% pertenciam ao estado de São Paulo, 35,3% eram pertencentes à RS do tipo 3, 74,4% tinham apenas uma unidade habilitada em oncologia e 24,4% atendiam pacientes oriundos de 11-20 municípios distintos.

Baseado nos aspectos descritos na metodologia do estudo, dois critérios nortearam a escolha dos municípios. Buscou-se identificar cinco municípios localizados nos diferentes tipos de RS, sendo selecionado um município em cada região. Para ampliar a diversidade de informações, considerando as dimensões territoriais do Brasil e as possíveis diferenças contextuais, foram priorizados, na seleção, municípios localizados em diferentes macrorregiões geográficas.

De forma a obter os cinco municípios investigados, a aproximação deu-se em diversas etapas, com auxílio de uma lista reserva de casos replicáveis. Os cinco primeiros municípios previamente selecionados não foram incluídos no estudo, pois, três não responderam ao convite e dois não aceitaram participar. Desses últimos, o primeiro município a não aceitar o convite não reconheceu seu papel na organização da RAO, atrelando total responsabilidade ao governo estadual. O outro município condicionou a sua participação na pesquisa à necessidade de nova apreciação ética do projeto na instituição, o que implicaria em atraso na coleta das evidências. Sendo assim, optou-se pela seleção de um novo caso, considerando a existência da lista reserva.

O não reconhecimento da competência municipal sobre a organização da RAO parece ter relação com o processo de descentralização da saúde no Brasil. Nesta lógica de organização o município percebe-se exclusivamente responsável pelas ações de atenção básica e

compreende que as de média e alta complexidade estão sobre a jurisdição das esferas estadual e nacional. Essa fragmentação na forma de enfrentamento dos problemas de saúde, especialmente os de natureza complexa como o câncer, promove grandes dificuldades para o alcance da integralidade do cuidado, uma vez que a estruturação das linhas de cuidado perpassa os diferentes níveis de atenção à saúde (TREMBLAY et al., 2016; CORTIS et al., 2017). Além disso, chama a atenção o desconhecimento dos gestores sobre as suas responsabilidades estabelecidas nas políticas públicas vigentes.

Sendo assim, outros cinco municípios foram convidados a compor o estudo de casos. Um não respondeu ao convite, três aceitaram participar (um município tipo 1, um tipo 2 e um tipo 3) e um recusou participação, novamente, por desejar uma nova avaliação pelo CEP local. Porém, ao cabo dos contatos, a unidade de saúde habilitada sediada no município tipo 3 não aceitou participar do estudo, por também desejar apreciação ética da pesquisa no nível institucional, havendo necessidade de substituição. Desta forma, outros três municípios (tipos 3, 4 e 5) foram selecionados, e aceitaram a participação, constituindo a seleção final do estudo.

Conforme informado na metodologia do estudo, os municípios não foram identificados pelos seus nomes, uma vez que poderia comprometer a confidencialidade dos participantes da pesquisa. Sendo assim, a identificação foi realizada pelo agrupamento (tipologia) ao qual pertenciam na RS.

O município que fazia parte da RS do grupo 1 era localizado na macrorregião Sudeste, sendo uma localidade de referência para tratamento oncológico de 53 municípios pertencentes à três RS. Cobria aproximadamente 698 mil habitantes, apresentando um fluxo de atendimento em torno de 39% local e 81% regional. Este município apresentava um estabelecimento habilitado como UNACON, que era um hospital geral do tipo filantrópico, realizando procedimentos de oncologia clínica e cirurgia oncológica (porte C).

A RS à qual pertencia o município do tipo 2, localizado na macrorregião Norte, incluía nove municípios que faziam parte da faixa de fronteira. O município era referência para tratamento oncológico de 15 municípios, pertencentes à duas RS, correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 514 mil habitantes, apresentando um fluxo de atendimento em torno de 94% local, e 95% regional. Apresentava um estabelecimento habilitado como UNACON, caracterizado como um hospital geral do tipo público estadual (administração direta), e que realizava procedimentos de oncologia clínica e cirurgia oncológica (porte C).

O município que fazia parte da RS do grupo 3 era localizado na macrorregião Nordeste, sendo referência para tratamento oncológico de 56 municípios pertencentes à seis RS,

correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 2,27 milhões de habitantes, apresentando um fluxo de atendimento em torno de 62% local e 69% regional. Apresentava três estabelecimentos habilitados, sendo um CACON, um CACON com serviço de oncologia pediátrica, e uma UNACON exclusiva de oncologia pediátrica. A unidade habilitada incluída no estudo era um hospital geral do tipo filantrópico, realizava procedimentos de oncologia clínica, onco-pediatria, onco-hematologia, radioterapia e cirurgia oncológica (porte B).

A RS tipo 4 que incluía o município analisado, envolvia quatorze municípios que fazem parte da faixa de fronteira (nacional) e cinco da fronteira estadual. O município era localizado na macrorregião Centro-Oeste e apresentava quatro estabelecimentos habilitados, sendo duas UNACON com serviços de radioterapia, uma UNACON com serviço de oncologia pediátrica e uma UNACON com serviços de radioterapia e hematologia. O município era referência para tratamento oncológico de 34 municípios pertencentes a uma RS, correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 1,46 milhões de habitantes, apresentando um fluxo de atendimento em torno de 74% local e 94% regional. A unidade habilitada incluída no estudo era um hospital geral do tipo público estadual (administração indireta – fundação pública), realizava procedimentos de oncologia clínica, onco-pediatria e cirurgia oncológica (porte C).

A RS do grupo 5, à qual pertencia o quinto município analisado, envolvia cinco municípios que faziam parte da fronteira estadual. O município era localizado na macrorregião Sul e apresentava dois estabelecimentos habilitados, sendo um CACON e uma UNACON com serviços de hematologia e oncologia pediátrica. Tratava-se de uma localidade de referência para tratamento oncológico de 97 municípios distribuídos em cinco RS, correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 1,98 milhões de habitantes, apresentando um fluxo de atendimento em torno de 48% local e 73% regional. A unidade habilitada incluída no estudo era um hospital especializado em oncologia do tipo público filantrópico, realizava procedimentos de oncologia clínica, onco-hematologia, radioterapia e cirurgia oncológica (porte A).

A diversidade de características dos municípios incluídos no estudo foi um fator bastante positivo, uma vez que ampliou a identificação de aspectos distintos relacionados especialmente ao contexto das instituições e das regiões, reforçando o padrão de replicação teórica (YIN, 2015), previsto nos estudos de casos múltiplos.

O Quadro 3 apresenta de forma sumarizada as principais características dos municípios incluídos no estudo de casos.

Quadro 3: Principais características dos municípios e das unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia incluídas no estudo de casos.

Tipologia da região de saúde	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Macrorregião geográfica	Sudeste	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul
Quantidade de municípios na área de abrangência para atenção oncológica	53	15	56	34	97
População estimada de referência para atenção oncológica	698.000	514.000	2.270.000	1.460.000	1.980.000
Região de fronteira estadual	Não	Não	Não	Sim	Sim
Região de fronteira nacional	Não	Sim	Não	Sim	Não
Quantidade de unidades habilitadas no município	1	1	3	4	2
Tipo de unidade habilitada incluída no estudo	UNACON	UNACON	CACON com serviço de oncologia pediátrica	UNACON com serviço de oncologia pediátrica	CACON
Tipo de estabelecimento	Filantrópico	Público Estadual	Filantrópico	Público Estadual	Filantrópico

Fonte: Elaboração própria

6.4.2 Compreensão dos gestores sobre a assistência farmacêutica em oncologia

Este subcapítulo apresenta a sistematização e a análise das entrevistas realizadas com os gestores da RAO e com os gestores da AF dos cinco municípios incluídos no estudo de casos, com o intuito de identificar a compreensão destes atores sobre a AF em oncologia.

A importância da inclusão desses sujeitos está baseada no conjunto de competências relacionadas ao ente municipal dentro da PNPCC (BRASIL, 2017c), uma vez que, além da APS exercer o papel de coordenadora e ordenadora da RAO, é atribuição desta esfera de gestão, dentre outras responsabilidades, planejar e programar todas as ações e os serviços necessários para garantir a integralidade do cuidado ao paciente oncológico, nas quais devem estar contempladas a AF.

Para tanto, era fundamental entender a lógica de estruturação da rede de atenção às pessoas com câncer dentro dos municípios, a fim de se verificar fatores facilitadores ou coercitivos que pudessem influenciar a inserção da AF no conjunto de ações e serviços voltados à atenção integral. Assim, as entrevistas buscaram, de forma ampliada, apreender elementos relacionados, direta ou indiretamente, à organização e ao desempenho da AF em oncologia. Iniciou-se, portanto, com questões relativas ao contexto político-institucional e à integralidade do cuidado.

Tratou-se de um momento muito especial da pesquisa, de grande aprendizado. Todos os entrevistados foram extremamente cooperativos e dispuseram de tempo suficiente para participar do processo, uma vez que as entrevistas foram previamente agendadas. Foi possível perceber que os profissionais com maior tempo de experiência ou que estavam há mais tempo no exercício do cargo tratavam do assunto de uma forma mais espontânea. Porém, todos contribuíram de forma singular, respondendo às questões centrais da pesquisa.

As análises foram estruturadas nos três eixos temáticos, definidos à *posteriori*: contexto político-institucional, integralidade do cuidado e operacionalização da AF. Além disso, buscou-se traçar um breve perfil dos entrevistados. Para manter a confidencialidade dos sujeitos optou-se, na identificação da reprodução das falas, pelo uso de siglas seguidas da numeração correspondente ao grupo ao qual o município pertencia, segundo a tipologia das RS, variando de 1 a 5. Assim, os gestores da rede foram identificados pela sigla GR e os gestores da AF pela sigla GAF.

6.4.2.1 Sobre o perfil dos gestores entrevistados

Participaram da entrevista 10 profissionais, sendo cinco gestores da rede e cinco gestores da AF municipal. Todos os entrevistados foram indicados pelo responsável pelo órgão municipal.

Apenas um dos municípios incluídos no estudo (grupo 3) apresentava na sua estrutura organizacional um núcleo responsável pela atenção oncológica, ligado hierarquicamente à gerência de doenças crônicas. Em três municípios (grupos 1, 4 e 5), as entrevistas foram precedidas por uma conversa informal sobre o tema com um grupo maior de profissionais, todos envolvidos com atenção oncológica, a fim de se identificar a pessoa mais adequada para responder as perguntas da pesquisa. No município do grupo 2, o gestor municipal indicou para participar da entrevista a diretora de uma unidade de saúde de referência.

Participaram da entrevista como gestor da rede: uma secretária de saúde, com formação em letras (GR1); uma enfermeira, diretora de um centro de prevenção e controle do câncer (GR2); uma assistente social, gerente de doenças crônicas (GR3); um dentista, diretor de relações institucionais (GR4); e, um médico, responsável pelo controle, avaliação e auditoria dos serviços de alta complexidade em oncologia (GR5).

A inclusão de profissionais com experiências distintas promoveu uma variedade de olhares sobre a pesquisa, agregando diversos elementos à análise. Por outro lado, revelou o quanto à temática da atenção ao câncer é relativamente negligenciada pelos gestores de saúde dos municípios, uma vez que não há um padrão gerencial nos diferentes casos estudados e apenas um município apresentava um gestor responsável pela RAO. Embora a PNPC atribua um conjunto de competências ao município, o que exigiria maior nível de organização por parte deste ente federado, a diversidade de perfil dos atores revela que os secretários de saúde podem não estar percebendo esta responsabilidade direta. A estruturação de uma instância destinada a planejamento e programação de ações e serviços relativos ao cuidado integral ao paciente oncológico parece ser fundamental para que se organizem adequadamente as linhas de cuidado dos diferentes tipos de câncer, os itinerários terapêuticos dos pacientes, as ações de vigilância em saúde, as pactuações regionais e outras ações necessárias para qualificar a RAO (TREMBLAY et al., 2016; CORTIS et al., 2017).

É interessante destacar que nenhum dos GR tinham formação na área da oncologia e apenas dois relataram alguma formação complementar para atuação em saúde pública, sendo uma especialista em regulação no SUS (GR2) e um mestre em saúde pública (GR5). É sabido que muitos profissionais que atuam na área de gestão nos serviços públicos de saúde não receberam formação adequada para o cargo que ocupam (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). Esta inadequação pode ser um determinante para o comprometimento do desempenho do SUS. Tal fato se agrava quando se pensa na atenção oncológica, devido à complexidade existente nesta área e o conjunto de ações e serviços necessários para atendimento dos diversos tipos de câncer.

O tempo de experiência profissional dos GR variou entre quatro e 32 anos. Todos os entrevistados relataram ter experiência na gestão de serviços públicos, anterior ao cargo que ocupavam no momento da entrevista, e uma profissional (GR2) disse ter atuado previamente na área da oncologia. Considerando o momento em que ocorreram as entrevistas, o tempo de experiência nos cargos que ocupavam variou entre nove meses (GR1) e quatro anos (GR5). O tempo de experiência profissional e de atuação no cargo foram essenciais para a compreensão

individual sobre o funcionamento do sistema de saúde e da RAO.

O Quadro 4 apresenta as características dos GR entrevistados.

Quadro 4: Perfil dos gestores da rede, de municípios selecionados, participantes da entrevista.

Gestor da rede	GR1	GR2	GR3	GR4	GR5
Cargo que ocupava no momento da entrevista	Secretária Municipal de Saúde	Diretora de unidade assistencial	Gerente de Doenças Crônicas	Diretor de relações institucionais	Auditor da alta complexidade em oncologia
Formação	Letras	Enfermagem	Serviço Social	Odontologia	Medicina
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Tempo de experiência profissional	15 anos	4 anos	21 anos	30 anos	34 anos
Tempo de experiência no cargo	9 meses	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	3 anos	4 anos
Experiência prévia na área da oncologia	Não	Sim	Não	Não	Não
Experiência prévia em gestão pública	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaboração própria

Todos os profissionais que participaram da entrevista como gestor da AF tinham graduação em farmácia e dois ocupavam o cargo de assessor técnico do gestor (GAF2 e GAF4). Todos relataram ter feito alguma formação complementar em nível de pós-graduação *Lato Sensu*, porém, apenas um era especialista em gestão da AF (GR5). Uma das iniciativas para a qualificação da AF no contexto do SUS foi a oferta gratuita do curso de especialização em gestão da AF, com o intuito de melhorar as práticas profissionais farmacêuticas no modelo das RAS (TRINDADE, 2017). Era de se esperar que em todos os municípios houvessem profissionais capacitados através desta estratégia, especialmente naqueles que são considerados municípios de referência (pólo) para uma região de saúde. No entanto, isso não foi observado. A não compreensão da estrutura de redes de atenção e do papel da AF nesta conformação pode comprometer a organização das ações, os serviços farmacêuticos ofertados e os resultados em saúde.

Os GAF entrevistados possuíam entre oito e 24 anos de experiência profissional e dois relataram ter trabalhado previamente na área da oncologia (GAF1 e GAF4). Na área de gestão, três relataram experiência progressa. O tempo de experiência no cargo que ocupavam variou entre quatro e 12 anos. O Quadro 5 resume as principais características dos GAF entrevistados.

Quadro 5: Perfil dos gestores da assistência farmacêutica, de municípios selecionados, participantes da entrevista.

Gestor da assistência farmacêutica	GAF1	GAF2	GAF3	GAF4	GAF5
Cargo que ocupava no momento da entrevista	Gestor	Assessor técnico	Gestor	Assessora Técnico	Gestor
Formação	Farmácia	Farmácia	Farmácia	Farmácia	Farmácia
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Tempo de experiência profissional	8 anos	11 anos	22 anos	24 anos	10 anos
Tempo de experiência no cargo	4 anos	4 anos	4 anos	12 anos	10 anos
Experiência prévia na área da oncologia	Sim	Não	Não	Sim	Não
Experiência prévia em gestão pública	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Elaboração própria

6.4.2.2 Quanto ao contexto político-institucional

Retomando a abordagem metodológica, proposta por Giddens (2003), toda e qualquer ação acontece de acordo com um contexto que pode incluir uma diversidade de elementos, que não foram produzidos e nem podem ser controlados pelos sujeitos. Esse contexto, então, poderá favorecer a adoção de práticas transformadoras ou rotinas institucionalizadas, de caráter facilitador ou coercitivo, contribuindo para a compreensão da denominada dualidade da estrutura.

A opção pela análise do contexto político-institucional ocorreu devido a sua capacidade de definir tendências e de influenciar os dirigentes na priorização e efetivação das ações e serviços de saúde (VIANA, LIMA; 2011). Além disso, esse contexto pode produzir consequências impremeditadas favorecendo a reprodução de práticas que dificultaria o processo de integração do sistema.

Os elementos presentes no contexto político-institucional, que foram reconhecidos pelos entrevistados como capazes de influenciar no processo de estruturação da RAO, e na organização da AF em oncologia, foram elucidados de acordo com as seguintes subcategorias: conjuntura, direcionalidade e institucionalidade.

Aspectos conjunturais

Entre os aspectos conjunturais, os temas destacados foram: mudanças na gestão; controle externo; questões de mercado e aspectos financeiros.

As mudanças de gestão estão entre os principais problemas na continuidade das ações e serviços de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007). A cada novo gestor, um novo ciclo se inicia, com definição de novas prioridades, projetos e estratégias.

“...trocas constantes de gestores. Porque secretário de saúde ele vai trocando. Mesmo dentro de uma gestão podem ter vários secretários de saúde. Então quando você chega para conversar com um secretário, faz um trabalho de convencimento, daqui a pouco ele sai. Aí você começa um processo todo novamente...” (GAF5)

Essa dinâmica provoca rupturas bruscas que afetam diretamente a população, principalmente no setor saúde. Em oncologia, a descontinuidade da lógica de atenção tem impactos significativos na vida dos pacientes, considerando que o tempo é um determinante para o agravamento da doença (MEDEIROS et al., 2015). Neste sentido, é fundamental que haja um processo de organização do sistema que possibilite o acesso do paciente, desde as ações de prevenção até o tratamento, da forma mais precoce possível. Isto só será possível se os diversos setores da saúde, nos diferentes níveis de atenção, atuarem de forma integrada.

“Infelizmente, do ano passado pra cá, houve uma mudança na gestão estadual na política. Então o estado tem uma outra visão do fortalecimento municipal, do fortalecimento das redes. Ele voltou, no nosso entender, ele retrocedeu. (...) então, ele desorganizou uma coisa que vinha sendo devagar, mas ainda com sustentabilidade. E não teve força pra bancar esse novo modelo.” (GR4)

A construção e o fortalecimento da RAO são dependentes de um modelo de gestão consolidado, que envolve parcerias, entre os entes, necessárias para promover um itinerário terapêutico efetivo para os pacientes, obedecendo uma linha de cuidado que precisa estar adequadamente definida. Essas pactuações, no entanto, têm sido comprometidas por diversos fatores, como questões políticas, econômicas e relações de poder, que promovem fragmentação ou hierarquização do sistema (SANTOS; CAMPOS, 2015; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017), contrariando os princípios norteadores da conformação das RAS.

O papel cooperativo e solidário das instâncias federativas no setor saúde parece estar em crise, favorecendo as desigualdades regionais (RIBEIRO; MOREIRA, 2016). Ao mesmo

tempo, os dispositivos políticos têm se demonstrado com baixo potencial para orientar os processos e favorecer a adequada tomada de decisão. O fortalecimento do papel da CIR como instância responsável pela governança regional, evitando rupturas na organização e no funcionamento da rede assistencial é de suma importância (SILVEIRA FILHO et al., 2016). Especialmente na área da oncologia, uma vez que falhas no atendimento de câncer estão mais sujeitas ao controle externo.

“... a linha da oncologia, pra nós, ela é muito sensível, ela tem um apelo social muito forte, tem um apelo de mídia muito forte e tem um apelo de controle externo muito forte. Ministério Público, Defensoria Pública... Então, qualquer osciladinha na fila, qualquer paciente que faz uma divulgação que não consegue um medicamento... quando se trata da oncologia parece que ela é mais incisiva. Até pelo apelo da própria doença...” (GR4)

O controle externo exercido por diversas entidades, pela mídia e pela própria população, devido ao apelo social do câncer e ao estigma em torno da doença, parece ser indutor de estratégias imediatistas e com pouca resolutividade sistêmica e sustentável. A adoção de estratégias que busquem resolver os problemas individuais dos pacientes oncológicos pouco contribui para a organização do sistema e para o emprego de medidas que visem trazer soluções de médio ou longo prazo. Estes métodos são capazes de promover mais iniquidades, uma vez que recursos financeiros, para resolver o problema, precisarão ser retirados de outras ações programadas.

O grande volume financeiro necessário para o tratamento do câncer tem transformado a oncologia em um mercado atrativo para investidores¹. Esta concepção mercadológica faz da assistência ao câncer um espaço de disputa em busca de lucratividade, envolvendo captação de pacientes, de serviços e de profissionais.

“Tínhamos um profissional específico para isso, que quando começa a se destacar muito no serviço, ele começa a ser cobiçado. E aí ele foi convidado a trabalhar em Barretos, no Hospital do Câncer de Barretos. E infelizmente perdemos esse profissional. E acabou ficando sem essa equipe para o tratamento paliativo.” (GR5)

Essa concorrência em nada favorece o usuário, além de trazer prejuízos para a

¹ Notícia: Investidores e fundos de investimento miram o mercado da oncologia. Disponível em: <https://setor-saude.com.br/investidores-e-fundos-de-investimento-miram-o-mercado-da-oncologia/>. Acesso em: 16 dez 2017.

organização da assistência.

Uma vez que o SUS apresenta limites de recursos financeiros para a estruturação e execução das ações e serviços de saúde, organizar a RAO é um processo complexo e parece que a questão financeira é central, independentemente do tipo de município.

“Acho que limitação é só financeira. Nossa limitação aqui é financeira.” (GR1)

“...a gente tem uma limitação de recursos para financiar isso.” (GR5)

Os recursos destinados para atenção oncológica estão concentrados no pagamento dos procedimentos realizados pelas instituições. Poucos são os investimentos financeiros para a estruturação de serviços, compras de equipamentos, contratação de pessoal especializado, ações de prevenção, vigilância e comunicação em saúde (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016). A estruturação de uma RAO depende de diversos elementos que precisam estar integrados. O funcionamento de toda a rede é fundamental para que se garanta a obtenção de resultados efetivos e se atenda aos objetivos idealizados na PNPC: diminuição da mortalidade e da incidência do câncer; e, melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2017c). Maior ênfase e investimento para o alcance desses objetivos precisa ser realizado.

Direcionalidade

A direcionalidade refere-se à capacidade que um dispositivo tem de formular orientação ao processo, especialmente quanto às estratégias para implementação das regras estabelecidas (VIANA; LIMA, 2011). Com base nos achados das entrevistas, os seguintes aspectos foram evidenciados: políticas vigentes; Rename; diretrizes; e, priorização na atenção ao câncer.

A PNPC, ao elencar os componentes da RAO, inclui a AF (BRASIL, 2017c). Porém, não há muita clareza sobre as informações relativas à forma de organização da AF para atenção ao câncer, o que cria muitas dificuldades aos municípios para sua estruturação.

“...se olhar na essência mesmo, a maior dificuldade, maior mesmo na gestão, a gente se debate com falta de uma política muito mais efetiva, principalmente na área da assistência farmacêutica...” (GAF3)

Nos dispositivos vigentes, em 2017, não há detalhamento sobre as atividades que compõem a AF em oncologia, ou sobre sua interação nos diversos níveis de atenção, de forma

que se configure a estruturação da RAO. Sendo assim, uma diversidade de questionamentos não vem sendo respondidos pela legislação em vigor, tais como: Quais são as responsabilidades da AF municipal, pensando na linha de cuidado dos diferentes tipos de câncer? Onde deverão ser distribuídos os medicamentos de suporte da quimioterapia de uso domiciliar, uma vez que não são financiados pela APAC? Quais as medidas colaborativas na atenção oncológica que podem ser exercidas pelos farmacêuticos que estão atuando nos diferentes níveis de complexidade?

A Rename, publicada em 2017 (BRASIL, 2017e), não apresenta em sua listagem os medicamentos antineoplásicos considerados essenciais ou mesmo os medicamentos de suporte de quimioterapia. Esta conformação não é suportada pelas orientações do Decreto n.º 7.508 (BRASIL, 2011a), pois, de acordo com a norma, a Rename deveria contemplar os medicamentos indicados para tratamento das doenças e agravos no âmbito do SUS. Porém, a lista de medicamentos essenciais foi transformada em uma lista de medicamentos financiados apenas pelos blocos da AF (componentes básico, estratégico e especializado), o que não contempla os antineoplásicos e os medicamentos para suporte, uma vez que não estão inseridos nos blocos de financiamento. Esta noção tem se expressado na prática dos gestores, que se baseiam na Rename para elaborar as listas de medicamentos essenciais dos municípios.

“... porque a Remume¹ ela se espelha na Rename. Então, se a Rename vier designando, se assim tiver lá designado, eu creio que o município ele pode incorporar na sua lista específica...” (GAF4)

Então como fazer orientação ao processo, especialmente quanto às necessidades dos pacientes oncológicos? De fato, o tratamento oncológico é ignorado nas Rename publicadas entre 2012 e 2017. É importante ressaltar que a oncologia é uma área de especialidade e que os profissionais atuantes na atenção primária têm pouco ou nenhum conhecimento sobre quais os medicamentos que estes pacientes precisam e em que situações devem ser utilizados. Assim, a existência desses medicamentos na Rename cumpre um papel maior que simplesmente prover financiamento para a sua aquisição, mas orienta o processo, direcionando as ações. Neste sentido, o conceito de essencialidade da Rename precisa ser resgatado (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2017).

Além disso, é de suma importância que os protocolos sejam mais explícitos em suas indicações, de forma a evitar tantas iniquidades no atendimento realizado nas diferentes

¹ Remume: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

unidades habilitadas do país (KALIKS et al., 2017; VIDAL et al., 2017). Em que pese a grande variedade dos tipos de câncer existentes e a diversidade do arsenal terapêutico disponível para uso nos tratamentos, parece importante que haja um direcionamento mínimo para os gestores, que carecem de instrumentos que subsidiem a tomada de decisão.

“... até pela própria disparidade de protocolos e medicamentos que tá a disposição aí no mercado. Agora, quando você pega uma APAC tratamento de câncer de pulmão, ponto. É esse código, é esse valor; ele não entra no mérito do que fazer, como fazer e quando fazer. Vai de cada um. Existe um protocolo básico de neoplasia de pulmão, mas ele tem uma gama de variedades que o profissional médico se sente no direito, um ato médico, de ele prescrever. Então isso é um complicador, isso é um complicador, porque mesmo que o gestor queira entrar nessa briga aí falando: “então tá, vou assumir essa parte do medicamento”, nem pra isso dá, porque você não sabe pra que lado ir. Cada um tem uma noção. Então eu acho que um fator importante seria esse protocolo único, dentro do sistema único, em qualquer lugar que você vai tratar câncer pelo SUS, você vai receber este medicamento.” (GR4)

A orientação quanto ao fluxo de atendimento dos pacientes, principalmente em relação ao seu tratamento, é um direcionamento essencial. A ausência de um referente que possa ser utilizado por todo o país, pode favorecer a criação de diretrizes regionais ou locais que ampliam as desigualdades e comprometem os princípios do SUS.

“Quer dizer, quem pode mais, chora menos. Então aí a gente perde a lógica do sistema único de saúde. Na oncologia isso fica muito “latente” [patente]. Você pega São Paulo, Rio, o próprio Barretos, às vezes ele consegue te oferecer algo mais, um pouco melhor. Não pelo financiamento do SUS, mas por outras fontes. E aqui essa disparidade dos quatro UNACON e mais os outros três que também são outras realidades...” (GR4)

A adoção municipal e/ou institucional de listas de medicamentos, protocolos, diretrizes e/ou financiamento próprio, embora objetive melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados para a população local, promove uma multiplicidade de sistemas dentro do SUS e gera formas distintas de acesso às tecnologias. Por outro lado, revela a prioridade estabelecida por alguns gestores de saúde no enfrentamento do câncer (CASANOVA et al., 2017). Esta priorização, no entanto, não vem sendo observada nos municípios investigados.

“... a gente tá focando pouco no paciente oncológico. Nós pensamos aqui muito no paciente diabético, no paciente hipertenso... Mas no paciente oncológico, especificamente, a gente não tá pensando.” (GAF1)

“Eu acho que a oncologia ela ainda é muito negligenciada. A gente ainda fala muito em prevenção das doenças crônicas e esquece dos pacientes da oncologia.” (GAF2)

O desconhecimento dos gestores sobre a epidemiologia do câncer, principalmente em seus municípios, reflete a gravidade da situação, considerando que os dados relativos à doença devem ser utilizados para otimizar o planejamento das ações e serviços e para qualificar a RAO (BRASIL, 2017c).

“Só sabendo que você viria, que eu fui dar uma olhada em quais são os principais tipos de câncer que nós temos aqui...” (GAF5)

Em contraponto, é possível perceber que os gestores reconhecem essa necessidade, mas sentem falta de instrumentos mais efetivos que direcionem as ações.

Institucionalidade

A institucionalidade é caracterizada pela existência de planos, projetos e estratégias, envolvendo regras e recursos capazes de nortear as interações sociais e do próprio sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2017; VIANA; LIMA, 2011). As falas dos entrevistados evidenciaram os seguintes aspectos: plano regional; estratégias locais; e capacitação.

O estabelecimento de um plano regional, compreendendo a programação das ações e serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, é primordial. Neste planejamento devem ser considerados tanto a base territorial quanto às necessidades de saúde da população pertencente à área adscrita (BRASIL, 2017c).

“... a organização do serviço quando a gente vincula, quando a gente diz: “olhe, você vai ser a responsável por “x” cidades. Cuide dos seus pacientes, estruture o seu serviço, organize o seu serviço. Faça com que o seu paciente conheça a trajetória para chegar até esse serviço. Faça com que os seus profissionais também conheçam esse trâmite”...” (GR3)

A institucionalização do processo irá também contribuir para o estabelecimento das

linhas de cuidado prioritárias, a identificação das articulações intersetoriais necessárias e o alcance de metas e objetivos institucionais. Este processo é complexo, uma vez que o número de estabelecimentos habilitados é restrito e não está distribuído de forma a atender as necessidades da população brasileira. Com isso, os gestores acabam se comprometendo em atender um número maior de pacientes do que seria esperado para a sua RS. Esta situação foi destacada por um dos entrevistados.

“Aí, dentro do nosso PDR estadual, do plano descentralizado regional, regionalizado, a gente tem, mais ou menos, dentro da nossa programação, tem que cobrir em torno de 150 até 170 municípios, que acabam vindo, convergindo para as estruturas que estão instaladas aqui no município.” (GR5)

A área de abrangência para atenção oncológica no município 5, conforme apresentado no Quadro 3, deveria ser de 97 e não de 150 ou 170 municípios. Esta previsão exagerada pode vir a comprometer a capacidade de atendimento para a população da sua área de abrangência.

Além de institucionalizar as ações, através dos instrumentos legais, é importante que os municípios desenvolvam estratégias capazes de fomentar e viabilizar projetos. Embora “personificadas” por sujeitos específicos ou por coletivos, acabam por exercer um papel facilitador na concretização das normas, regulamentos e planos. A compreensão dos agentes sobre as normas e a sua capacidade de materializa-las na prática, é o que de fato promove a institucionalidade de uma política.

“... a primeira-dama quer transformar essa campanha, esse movimento todo do Outubro Rosa, tudo que acontece no Outubro Rosa, numa ação permanente. Então ela vai lançar esse trabalho agora, no Outubro Rosa. E que isso não fique e não se esgote só no mês de referência. E que a ação, ela seja permanente.” (GR3)

“... dentro da câmara que a gente tem dentro da bipartite estadual, (...) tem: oncologia, rede de oncologia? A gente discute lá; rede de urgência e emergência? Discute lá; rede de... sei lá... assistência farmacêutica? Também se discute lá. Mas, isso sempre dentro desse espaço de planejamento, discussão e avaliação dos serviços.” (GR5)

Outro aspecto fundamental para se garantir a institucionalidade é que ocorra uma “capilarização” da informação em todos os níveis, de forma que os diversos atores envolvidos nos processos se apropriem e consigam inserir em suas práticas os elementos necessários para o alcance de resultados definidos. Capacitar os profissionais é condição *sine qua non* para tal.

Porém, conseguir a adesão dos profissionais não é um processo simples. Sem capacitação desses agentes, institucionalizar práticas e promover mudança de cultura institucional se torna quase impossível.

“Aí você oferece a capacitação. Aí chegam pouquíssimos profissionais para capacitação... que é um papel nosso, da secretaria, estar fazendo essa educação permanente. Mas, por “n” questões, a gente ainda não consegue uma adesão. Então acho (...) é algo que precisa ver uma outra maneira de sensibilizá-los e trazê-los para essa luta.” (GR3)

A institucionalidade de uma política, de um plano ou de um projeto, portanto, é um processo complexo. Conforme argumenta Giddens (2003), não depende exclusivamente das regras que regulamentam as práticas ou da disponibilidade de recursos, mas especialmente da racionalização e motivação dos agentes e da sua capacidade em realizar uma ação (agência), dotada de poder, capaz de promover mudanças nas organizações. Apenas através das interações e práticas sociais estabelecidas é possível materializar regras idealizadas.

6.4.2.3 Quanto à integralidade do cuidado

Na atenção oncológica o alcance da integralidade do cuidado, nos seus diversos sentidos, é uma necessidade. Na presente análise, a terminologia está sendo entendida tanto como o equilíbrio existente entre as necessidades da população e a oferta das ações e serviços de saúde, frente a um processo constante de interação social, quanto como um conjunto de respostas governamentais em atendimento às necessidades da população (PINHEIRO; MATTOS, 2009). Nesta perspectiva, o exame da integralidade, baseado na teoria da estruturação, se faz coerente, pois, coloca em evidência a dimensão da eficácia social (GIDDENS, 2003).

As entrevistas revelaram três questões centrais que foram destacadas como eixo de análise: organização da rede; capacidade resolutiva; e respostas governamentais.

Organização da rede

A organização das ações e serviços de saúde destinados ao cuidado integral do paciente oncológico deve considerar dimensões e critérios de necessidade e diretrizes pautadas em evidências científicas (BRASIL, 2017c). Esta estruturação deve envolver o processo de regionalização, a epidemiologia do câncer e as necessidades sanitárias. As linhas de cuidado

para os diferentes tipos de câncer devem ser estabelecidas, de forma a orientar o trânsito do paciente por toda a rede de atenção. A estrutura operacional da RAO deve estar adequadamente definida e o modelo de atenção devidamente orientado.

As falas dos entrevistados destacaram questões relacionadas aos seguintes temas: regionalização; integração da rede; linha de cuidado; regulação; informação em saúde; problemas estruturais; e itinerário da saúde.

A regionalização é um tema central para a estruturação do sistema de saúde (FERNANDES, 2017). A organização das redes de atenção é altamente dependente deste processo. O fortalecimento da regionalização é fundamental para que se melhore o acesso da população as ações e serviços de saúde e para que se promova maior equidade, mantendo a unicidade do SUS (MELLO et al., 2017).

“...ela [gestora estadual à época] traçou um projeto regional pro estado (...), o PAR. Plano de Assistência Regionalizado, muito bem definido, plurianual, e isso se concretizou em 2012 com o COAP, (...) assinou o COAP com 100% dos municípios. Infelizmente a União não deu a resposta, no primeiro ano. Na renovação, ela já não quis assinar mais. Mas, a regionalização ocorreu de fato e de direito...” (GR4)

A efetivação dessa forma de organização, regional, tem sido um grande desafio, especialmente pelo protagonismo, ainda persistente, no processo de descentralização no Brasil (REIS et al., 2017). Tal fato tem se refletido na falta de integração da rede assistencial dentro das RS, principalmente por prevalecer nas esferas de gestão os interesses locais em detrimento das necessidades regionais (ALMEIDA et al., 2016). Em oncologia, esta certa “desestruturação” afeta o fluxo de atendimento dos pacientes e promove dificuldades tanto para acesso quanto para a continuidade do cuidado (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017).

“Nós sabemos que tem os CACON, os centros de oncologia, que fazem todo esse tratamento, mas não tem nenhum vínculo com essas instituições, que a gente possa trabalhar em conjunto. Enfim, a gente fica meio que isolado, como município, apenas para atender aquele elenco básico, para atenção básica, e em situações pontuais...” (GAF3)

“Na rede [municipal], especificamente em assistência, nós não temos nada de assistência ao paciente oncológico.” (GR4)

A inexistência de integração da rede assistencial compromete a organização das linhas de cuidado. Na atenção oncológica, esta linha deverá envolver ações de promoção, prevenção,

detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (CORTIS et al., 2017). No que tange à assistência, especificamente, será necessário considerar a atenção básica, a atenção domiciliar, a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e a rede de urgência e emergência (BRASIL, 2017c). Elementos fundamentais para garantir a integralidade do cuidado.

Sobre as estratégias de promoção e prevenção do câncer, percebe-se que os municípios ainda estão muito focados nas ações pontuais, principalmente naquelas orientadas pelo MS.

“... a gente segue todas as determinações que vêm a nível de Ministério da Saúde e o calendário nacional. Mas assim, uma ação específica, saída do município, a gente não tem tido.” (GR5)

Em oncologia o risco de se valorizar as campanhas pontuais em detrimento de ações permanentes pode ser um grande equívoco. Campanhas como o “Outubro Rosa” e o “Novembro Azul” são importantes para lembrar a população da necessidade constante da adoção de medidas preventivas. No entanto, os municípios precisam ir além das atuações temporárias e estabelecer um plano de trabalho capaz de consolidar estratégias efetivas de atenção ao câncer, especialmente na área da prevenção.

“Olha, até de fato, a gente até confessa que há algumas falhas pontuais aqui na integralidade. Até das próprias ações de saúde. Porque como você falou aí, na parte do tabagismo o que a gente hoje disponibiliza para os pacientes são aqueles medicamentos que vêm do próprio ministério, que é destinado, como você falou, para prevenção, para tratamento.” (GAF3)

O programa de controle de tabaco no Brasil é um exemplo de sucesso no campo da prevenção do câncer. O tratamento para parar de fumar é uma das atividades que deve estar sob responsabilidades dos municípios. Porém, até 2013, apenas 604 municípios brasileiros haviam institucionalizado esta estratégia em seus territórios (CAVALCANTE et al., 2017). Há uma necessidade de mudança em relação a este cenário, por parte dos municípios, em implementar importantes estratégias de prevenção, pois, a exposição ao fumo e a outros fatores, como álcool e alimentos não saudáveis, estão entre os principais fatores de risco para desenvolvimento do câncer (MALTA et al., 2017). É impossível diminuir a incidência do câncer se a exposição aos fatores causais não for efetivamente minimizada.

A prevenção do câncer é uma importante atribuição municipal, que pode não gerar grandes impactos orçamentários. Outro papel importante a ser desempenhado pelos municípios

refere-se à detecção precoce do câncer.

“Mas assim, o fluxo tá acontecendo dessa maneira, né: tem as unidades básicas, que têm os exames de rotina que elas pedem, que elas solicitam para a paciente - a citologia; a colposcopia, elas fazem nas unidades; e os de média complexidade, como a mamografia, nós já estamos com alguns mamógrafos já.” (GR3)

“... a gente disponibiliza cotas pra ultrassom de mama, que é o que a gente faz (...) e a mamografia, que é encaminhada pro estado, que é competência estadual... e a gente encaminha.” (GR2)

Embora a detecção precoce envolva as ações de rastreamento, não devem se limitar a elas. Além disso, é importante debater o quanto o rastreamento vem sendo realizado no Brasil. O uso inapropriado de exames para detecção do câncer pode comprometer a efetividade do cuidado, promover a utilização exagerada das tecnologias gerando gastos desnecessários ao sistema, e colocar em risco a vida dos indivíduos (TOMAZELLI et al., 2017; AUTIER et al., 2017). Cabe aos municípios não apenas disponibilizar os serviços de detecção precoce. É necessário promover um caminho qualificado do usuário dentro do sistema, pois, uma vez detectado o câncer é importante referencia-lo para atendimento em tempo oportuno para a realização de tratamento.

A estrutura da rede municipal deve contar com centros de referência para a prevenção e controle do câncer, que não devem ser confundidos com os serviços de alta complexidade. Tratam-se de centros que fazem atendimento ambulatorial especializado. É esperado que este serviço seja capaz de realizar o diagnóstico do câncer, o apoio terapêutico e o tratamento das lesões precursoras (BRASIL, 2017c; JERONIMO et al., 2016). A existência dessas instituições na estrutura da RAO é de suma importância, especialmente por evitar uma sobrecarga dos serviços de alta complexidade em oncologia e melhorar os índices de sobrevida. Porém, a disponibilidade desses centros de referência ainda não é uma realidade. Dos municípios visitados apenas dois (municípios tipo 2 e tipo 5) apresentavam esta unidade na sua estrutura organizacional.

“... tem um ano que se instalou mais uma porta de acesso que tem absorvido bastante as suspeitas de câncer de mama, (...) para dar suporte aos municípios aqui que fazem parte do consórcio, uma unidade específica de mama. (...) Então através dos exames que são feitos dentro das unidades básicas, (...) a partir do momento em que se suspeita, através da classificação própria dos birads, se é 4, 5, 6, a gente encaminha esse paciente para as unidades de referência, casos

suspeitos. E os casos que são não suspeitos, que a gente tem lá, através da classificação de birads 1, 2 e 3, a gente conduz esse paciente dentro da atenção primária...” (GR5)

“... hoje a gente é um centro de tratamento e prevenção de câncer de colo e mama. A gente teve que fazer umas organizações pra gente poder saber pra onde o paciente vai, de onde ele vem, essas coisas todas.” (GR2)

A atenção secundária é um elo importante entre a APS e a alta complexidade em oncologia. Apesar dos investimentos financeiros que são realizados pelo MS para efetivar os centros de prevenção e controle para câncer de mama e câncer de cólo de útero (SILVA et al., 2017b), o que seria uma medida facilitadora na perspectiva de Giddens (2003), estes espaços estão pouco fortalecidos e ainda existe um déficit de implantação no país (RAMOS; SANCHEZ; SANTOS, 2016).

Embora não seja esperado que os municípios disponham de estabelecimentos próprios de alta complexidade para a atenção ao câncer, é de sua responsabilidade a operacionalização da contratualização dos serviços necessários ao atendimento dos usuários, de acordo com as necessidades epidemiológicas.

“Mas ainda hoje ele [o CACON] não consegue responder quantitativamente, absorver toda a demanda, e qualitativamente também não. Tem algumas deficiências de diagnóstico, de técnica, de espaço físico, tá passando por uma reestruturação na radioterapia, tá recebendo um acelerador linear novo...” (GR4)

Por mais que os gestores identifiquem dificuldades nas unidades contratualizadas, existe certa ingovernabilidade sobre esses estabelecimentos, implicando na manutenção da habilitação de serviços que não atendem ao esperado. Caso fossem descredenciados, existiria um risco de diminuição da oferta de serviços para a população. Embora, a opção pela manutenção de contratos com instituições que não geram resultados efetivos em saúde pode ser ainda mais danosa. O paradoxo entre a quantidade de serviços necessários e sua qualidade é um dilema que deve ser enfrentado pelos gestores, especialmente em situações de contratualização, uma vez que estão sendo utilizados recursos públicos (ROMANO; SCATENA; KHERIG, 2015).

A realização de ações voltadas ao cuidado paliativo pode ser desenvolvida tanto no âmbito da APS quanto na atenção domiciliar ou ainda nos serviços habilitados. Em oncologia a demanda por cuidados paliativos é muito presente. Trata-se de uma modalidade de tratamento destinada à prevenção de sintomas e controle de complicações relacionadas ao câncer, que deve

ser ofertada o mais breve possível, com a finalidade de aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes. Envolve a minimização do sofrimento, o controle da dor e de outros sintomas e a manutenção da autonomia do indivíduo com câncer (SILVA et al., 2016).

“... ficamos sem esse serviço dentro da assistência nossa, do município. O CACON montou uma equipe onde tem o tratamento paliativo dentro do hospital..., mas que não supre a necessidade geral, porque acaba assumindo os pacientes que são egressos do hospital e vinculados ao município, e não à regional toda. Então ficamos muito limitados...”
(GR5)

O que o gestor refere, é que quando o serviço de cuidados paliativos está vinculado à unidade habilitada existem limitações quanto à sua atuação, em geral, por restringir as ações apenas para os pacientes atendidos no próprio estabelecimento e/ou por se limitar a atender uma área menos abrangente, quando comparado à capacidade de atendimento municipal. Esta cobertura limitada acaba por promover um aumento na procura de serviços de urgência para resolução de questões que não estão sendo adequadamente tratadas (MIRANDA et al., 2016).

A rede de urgência e emergência exerce um importante papel no atendimento das agudizações do câncer e também serve como porta de entrada para pacientes que não foram diagnosticados em outros serviços. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que podem estar sobre gestão estadual ou municipal (MACHADO et al., 2016), precisam estar adequadamente preparadas para o enfrentamento dessas condições.

“Mas até aqui, o que passou de processo por aqui para transferência [do serviço de emergência], foi atendido. Repito: não no tempo que deveria ser, mas a gente consegue, consegue. Às vezes acontece que o paciente já está numa fase muito avançada e não aguenta nem essa transferência, e acaba vindo a óbito.” (GR3)

A integração necessária entre os serviços precisa, necessariamente, ser mediada por mecanismos de referenciamento. O sistema de regulação deve ser adotado para que favoreça o acesso do paciente às ações e serviços necessários. Porém, caso a regulação do paciente não seja realizada em tempo oportuno haverá um impacto negativo em relação ao tratamento (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

“... nós temos assim, uma boa estrutura de regulação no município. Nós temos desde a atenção primária nossa, das unidades básicas de saúde. A gente tem, vamos dizer assim, um bom controle de acesso à rede de

oncologia, evitando que venham distorções no acesso. Nós temos guias oncológicas de urgência e emergência, que isso é estabelecido já, e pactuado dentro do nosso Conselho Municipal de Saúde. Uma estrutura bem discutida, para não retardar o acesso do paciente oncológico ao diagnóstico e à terapia.” (GR5)

Os municípios 5 e 3 tinham uma estrutura de regulação organizada. No entanto, esta condição não foi observada nos demais municípios. Apesar da existência dos modelos de regulação implantados nos municípios, percebe-se que os mesmos estão voltados apenas para a referência e não contemplam o processo de contra referência, principalmente entre a alta complexidade e a APS. Este aspecto se torna um obstáculo importante para o alcance da integralidade do cuidado, uma vez que este paciente fica “aprisionado” em um ponto de atenção do sistema.

“Nós fizemos essa linha toda de cuidado. Mas nós ainda não temos institucionalizada a contra referência, devolutiva para as unidades. Isso é uma coisa que nós sabemos que precisamos fazer, né, que é importante ter...” (GR3)

As informações geradas pelos diversos pontos de atenção precisam ser sistematizadas para que possam subsidiar a adequada tomada de decisão. É através da informação que se planejam as ações e serviços que estão sendo demandados. É, portanto, uma bússola para o gestor.

“... especificamente, às vezes a gente atende o paciente dentro do fluxo normal. As vezes a gente nem sabe a origem dele, que ele é oncológico, entendeu?” (GAF1)

A não identificação da motivação do paciente pela busca do serviço de saúde influencia o planejamento organizacional, uma vez que não se consegue estabelecer relação de causalidade entre necessidade e oferta. Por outro lado, mesmo que se identifique a necessidade, não são todas as unidades de saúde que conseguem cumprir com os requisitos estabelecidos na legislação vigente (BRASIL, 2014a) e, assim, se tornar uma unidade habilitada em oncologia.

“... esse é um ponto, assim, de preocupação para nós. Porque nós temos uma demanda bem maior do que aquilo que está contratualizado e o que realmente preconiza e foi estabelecido pelo Ministério da Saúde como teto... E às vezes a gente se depara inclusive com a própria estrutura do serviço. O serviço às vezes não tem condição. Nós temos

até a condição financeira de aumentar esse teto, mas o serviço não tem a condição estrutural de fazer esse aumento, de realizar esse aumento.”
(GR3)

O comprometimento estrutural da RAO acaba por gerar um importante limite para se atingir a integralidade do cuidado. Além disso, questões relacionadas aos usuários que, por vezes, não obedecem ao fluxo regular estabelecido, buscando caminhos próprios para a resolução dos seus problemas de saúde, promovem maiores dificuldades para a organização da rede de atenção.

“O serviço pode orientar que ele procure ..., e acredite que o que ele vai receber nesse CACON “X”, ele vai ter no outro CACON também. Porque tem essa parte também de convencimento do paciente, fazê-lo acreditar que medicamentos, maquinário, profissionais que ele tem em um, ele vai ter no outro.” (GR3)

A estruturação e organização da rede são questões centrais na conformação da atenção oncológica, uma vez que a oncologia é uma área altamente dependente do uso de tecnologias duras, leve-duras e leves¹ (TREMBLAY et al., 2016) e que gera um grande custo aos sistemas de saúde. A falta de estrutura e/ou de organização da rede compromete a integralidade e a eficácia social.

Capacidade resolutive

Embora os termos resolutividade e capacidade resolutive sejam amplamente utilizados como sinônimos, entendo que os mesmos apresentam diferenças. Enquanto, a resolutividade dos serviços de saúde estaria relacionada aos resultados obtidos em saúde de acordo com os atendimentos realizados, a capacidade resolutive se concentraria nas estratégias empregadas, e na competência para mobilizar as regras e recursos disponíveis, em prol de garantir a resolutividade (TURRINI; LEBRÃO; CÉSAR, 2008; BEZERRA et al., 2014).

Uma vez que não existem dados disponíveis de sobrevida dos pacientes com câncer para todas as RS do Brasil, e a dificuldade em se mensurar os fatores diretamente associados aos resultados obtidos, considerando as diversas ações realizadas no contexto do câncer, as falas dos entrevistados evidenciaram aspectos relativos à capacidade resolutive, a saber:

¹ Tecnologias duras: equipamentos, medicamentos, órteses, próteses; Tecnologias leve-duras: decorrente do uso dos saberes, especialmente em áreas altamente especializadas; Tecnologias leves: humanização do atendimento e outras ações relacionais. (CECÍLIO; MERHY, 2003)

intersetorialidade; comunicação em saúde; e acolhimento.

A intersectorialidade está relacionada à noção ampliada de saúde. Nesta perspectiva, a resolução dos problemas de saúde não está centrada exclusivamente no sistema de atenção à saúde, mas depende de interação com outros setores que exercem influência direta ou indireta sobre os resultados em saúde (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). Essa articulação embora complexa é necessária, especialmente em oncologia, uma vez que nem todos os serviços necessários ao tratamento do câncer estão disponibilizados na mesma instituição.

“As cidades do interior, elas precisam realmente disponibilizar esse transporte para o paciente, e até existe um programa para isso, que é o tratamento fora domicílio né, que é o TFD.” (GR3)

É interessante observar que os gestores reconhecem o tratamento fora de domicílio (TFD) como a principal ação intersectorial realizada. Outras ações, como o projeto “saúde na escola” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017), nem sequer foram relatadas. Em que pese a importância de se estabelecer medidas para realizar o TFD, é fundamental que outras ações sejam realizadas pelos municípios para que se melhorem os resultados da atenção ao câncer.

É preciso, ainda, que o conceito de intersectorialidade seja introjetado pelos gestores, pois, muitos interpretam o termo como integração entre os entes federados.

“... isso a gente tem procurado fortalecer bem [ações intersectoriais]. Acho que tanto o gestor municipal, internamente, e agora a gente conseguiu alinhar com o estado. Porque existia sempre uma barreirinha aí, estado e município, agora meio que alinhou. Então, a gente tá conseguindo fazer essa intersectorialidade internamente...” (GR4)

Sem a clareza do significado do termo, a intersectorialidade não vai acontecer, impactando na resolutividade.

Outra ação voltada a aumentar a resolutividade em oncologia está relacionada à comunicação em saúde, que permita difundir e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as várias estratégias de prevenção e controle para a população, os profissionais de saúde e outros atores sociais (BRASIL, 2017c).

“Hoje o câncer é uma das doenças que mais matam, né? Independente[mente] de qual é o câncer. Então assim, mídia às vezes dá muito valor à diabetes, coisa simples. Mas o câncer hoje tá sendo

bem incluído. A gente fez até uma campanha do outubro rosa, bem bacana, (...) então assim, o que a gente tenta fazer é a publicidade disso, mostrar essas coisas, (...) então assim, eu acho muito válido ter informações, passar na televisão, mostrar o que é, o que não é ...” (GR2)

A disseminação da informação correta acerca do câncer auxilia os pacientes no enfrentamento do problema, assim como o empodera, e seus familiares, para que possam lidar com futuros desafios. Por outro lado, a ausência de conhecimento sobre o tema favorece a fantasia e pensamentos pouco favoráveis, que podem ser mais destrutivos do que a própria falta de informação. Além de explicações sobre a doença, seus fatores de risco, tratamentos e principais sinais e sintomas, seria importante informar como os pacientes devem acessar os serviços de saúde (SOARES; POLEJACK, 2016). O momento sensível dos pacientes e de seus familiares, diante de uma suspeita de câncer, já traz muitas incertezas e inquietações. Não saber aonde ir, qual o caminho que deve ser percorrido, pode ser considerado um processo cruel, pois, aumenta, em muito, a angústia vivenciada pelos sujeitos.

O acolhimento do paciente também vai ser uma importante tecnologia no contexto da resolutividade. Envolve a escuta ativa das queixas dos usuários, o reconhecimento do papel protagonista do paciente no processo saúde-doença e determina a relação entre o paciente e os serviços de saúde (SOUZA; SOUZA, 2017). Por se concretizar na dinâmica de interação social presente nas organizações, se torna um elemento importante de análise na perspectiva da teoria da estruturação.

“... esse acolhimento do paciente. A gente tenta acolher ele ao máximo, pra que ele não saia daqui sem uma informação, saber pra onde ele tem que ir, o que que ele tem que fazer, que ele não pode deixar de ser atendido, entendeu? Então, essa interação... a gente tenta conversar muito com o centro especializado que a gente encaminha, que é o centro de referência, já especializado em alta complexidade (...) pra ver o que que a gente pode fazer. Então tem toda essa interação.” (GR2)

A forte representação social do câncer exige dos gestores, e dos profissionais que atuam em oncologia, o exercício de práticas humanizadas. Diante das inúmeras dúvidas sobre o futuro, quando diante de uma suspeita ou do diagnóstico do câncer, é essencial para o alcance da integralidade do cuidado que estratégias de acolhimento sejam realizadas. Desconstruir medos, transformar saberes e estimular a participação dos pacientes e seus familiares no tratamento terapêutico é fundamental, pois, irão proporcionar melhores resultados (FERREIRA; DUPAS,

2017).

Respostas governamentais

Os sentidos da integralidade no contexto das respostas governamentais podem se traduzir tanto pela ampliação das formas de enfrentamento dos problemas a serem tratados por uma política de saúde, quanto pela incorporação de ações e serviços capazes de concretizar a atenção integral (PINHEIRO; MATTOS, 2009). Porém, a adoção de medidas voltadas ao atendimento das necessidades individuais, em detrimento das coletivas, são mais presentes no sistema de saúde. Este tipo de resposta governamental fragiliza o SUS e compromete a integralidade.

As falas dos sujeitos, sobre esse constructo, resultaram na evidenciação dos seguintes temas: expansão da rede; judicialização x juridicização; auxílio social; e pagamento administrativo.

A expansão da rede assistencial é uma estratégia importante para a ampliação do cuidado em oncologia, que tem impacto coletivo e social. A restrição de cenários destinados ao atendimento dos pacientes oncológicos pode ser considerada desumana, uma vez que para muitos o diagnóstico do câncer irá se traduzir em sentença de morte. As distâncias a serem percorridas até um centro de tratamento oncológico significa uma grande barreira de acesso (CHERNY et al., 2017). O tempo de espera para se realizar o diagnóstico da doença é extremamente longo, devido à sobrecarga do limitado número de laboratórios de anatomopatologia e histopatologia (FAYER et al., 2016). A escassez de profissionais capacitados para atuar na atenção ao câncer, na APS, é uma outra barreira (NEKHLYUDOV; O'MALLEY; HUDSON, 2017). Suplantar estas e outras dificuldades para expandir a rede é um desafio necessário aos gestores.

“Mas a gente tem dado uma resposta legal com a expansão da rede da atenção básica. Pelo menos esses diagnósticos tão sendo cada vez maiores e mais precoces. Então tem um programa, um plano de expansão que é muito importante pra gente ampliar a cobertura da atenção básica; por outro lado, preocupa, porque como a gente tava conversando, não adianta só o diagnóstico. Você cria expectativa e não dá continuidade. Então tem que vir junto, diagnóstico e tratamento e acompanhamento posterior.” (GR4)

É fundamental que se estruture o todo e não apenas uma parte da RAO. Do contrário, um maior número de problemas poderá surgir. Dentre eles, ganha destaque a denominada

“judicialização da saúde”. Assunto tão emblemático, no contexto da oncologia, que foi destacado por todos os entrevistados. Aqui destacamos três falas que apontam aspectos diferentes desse fenômeno, a saber: produção de iniquidade pela realidade do sistema paralelo (PEREIRA; PEPE, 2015), as escolhas trágicas entre atender as necessidades individuais frente as coletivas (SANT’ANA et al., 2011) e a judicialização como estratégia mercadológica (VIDAL et al., 2017).

“... eu sempre digo que eu sou contra a judicialização, porque ela não tem nenhum amparo. Nesses 30 anos de SUS, eu nunca vi um documento que fale como tratar a judicialização. Ela não faz parte do SUS. É um sistema paralelo. (...) e você não sabe o resultado disso, como é que funciona e pra quem que funciona.” (GR4)

“... aparecem esses [processos] judiciais que, às vezes, por exemplo, a gente tá com recurso para fazer... cirurgia de catarata aí de 300 pessoas. (...) Fica 300 pacientes esperando a cirurgia de catarata, enquanto tem um paciente recebendo tratamento oncológico que não tem um custo-efetividade aprovado.” (GAF1)

“... quando não se faz uma política com mais consistência e que se antecipe a algumas situações, a gente fica à mercê do mercado e das ações de judicialização.” (GAF3)

As preocupações com os resultados das ações judiciais são claras. Além, do dispendioso investimento realizado, que paradoxalmente reflete em desassistência de diversos usuários do SUS, é possível perceber que os entrevistados se preocupam com a efetividade do objeto judicializado. Outro aspecto relevante na fala dos entrevistados, se refere à inconsistência da política de atenção oncológica ou, ainda, das políticas de saúde vigentes, demandando mudanças. Essa reconfiguração se traduziria em uma importante resposta governamental para o enfrentamento do processo de judicialização.

Como forma de enfrentamento do problema expresso pela judicialização, que impacta financeiramente aos entes federados (SANT’ANA et al., 2011; PEREIRA; PEPE, 2015), três municípios (1, 3 e 5) relataram experiências exitosas relacionadas ao processo conhecido como “juridicização da saúde”. Este processo consiste na antecipação da resolução de conflitos por meio de estratégias extrajudiciais. No contexto da juridicização predomina a ênfase num processo de negociação, pactuação e concessão; se estabelecem estratégias de implementação de políticas públicas mais consistentes; incorpora-se a perspectiva da sociedade civil na construção dos consensos; o processo de interpretação constitucional é construído pela visão de

diversos atores e instituição; e se consideram os diferentes contextos em que as demandas estão inseridas para se adotar medidas mais efetivas para resolução das demandas judiciais (ASENSI, 2010). Trata-se, portanto, de uma importante resposta governamental local, pela sua dinâmica, pluralidade e intencionalidade, diante da fragilidade das estratégias nacionais.

“Nós temos um programa, que é da ouvidoria, da Defensoria Pública, que o gestor da assistência farmacêutica participa. Ele participa, toda quarta-feira ele vai lá. E esses pacientes que são oncológicos, ele já pega a demanda deles, já traz pro município e a gente já olha se tem condição de aderir alguma ata, alguma coisa, para poder fazer a compra desses medicamentos, suprir isso.” (GR1)

“E nós temos uma coisa importante também: um encontro mensal no espaço do Ministério Público Federal. E dentro desse espaço (...), muita coisa é resolvida também. (...) então nós temos usuários, prestadores e secretarias participando desse encontro convocado pelo Ministério Público.” (GR3)

“Nós temos um grupo de trabalho com um juiz federal, juiz estadual, pessoal do estado, tem o pessoal da Advocacia da União, Defensoria Pública, todos os hospitais ..., filantrópico, particular ou SUS... E a gente tem feito reuniões mensais para tentar verificar fluxos de encaminhamentos, trabalhar de que forma a gente pode fazer um trabalho melhor, envolvendo juízes, envolvendo secretaria de saúde e secretaria de estado. Isso é o básico, o que a gente tem trabalhado.” (GAF5)

Outras formas de respostas governamentais locais, menos efetivas, por não se aplicarem ao coletivo, que foram citadas pelos entrevistados do município do grupo 5, foram: auxílio social e pagamento administrativo.

O auxílio social é parte de um conjunto de direitos que os pacientes com câncer têm, inclusive para aquisição de medicamentos. Porém, muitos pacientes não conhecem os benefícios que podem usufruir e, por isso, não os utilizam (SONOBE; BUETO; ZAGO, 2011). A garantia da saúde, como um direito constitucional reconhecido, alberga um conjunto de benefícios sociais que podem ser requeridos pelos cidadãos em situações de doença. No caso do tratamento oncológico, a Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012, conhecida como “Lei dos 60 dias”, estabelece em seu parágrafo 1.º, que o paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no SUS, todos os tratamentos necessários (BRASIL, 2012b). Nesta perspectiva, deveria ser imperiosa a concessão de auxílio social aos pacientes com câncer, quando o tratamento não estiver disponibilizado na rede de atendimento.

“... às vezes o paciente ele fala que não tem condições socioeconômicas de adquirir o produto. Ai nós temos o serviço social que faz uma avaliação do paciente. Mas isso só para quando faz a avaliação do paciente mesmo. Ai ele encaminha para a nossa farmácia municipal. Daí nós temos um contrato com a farmácia, que ele adquire o medicamento e fornece para o paciente. Enquanto perdurar a sintomatologia.” (GAF5)

O atendimento personalizado, embora tenha sua importância, fere um princípio constitucional e promove iniquidades no sistema, uma vez que apenas usuários que conhecem seus direitos é que conseguem ter acesso ao tratamento que precisam.

O pagamento administrativo está relacionado à capacidade de alguns municípios em assumir financeiramente o custo de um tratamento não previsto pelas diretrizes publicadas pelo MS. É uma forma alternativa encontrada para subsidiar o tratamento de pacientes com terapias, efetivas ou não, em situações ainda não avaliadas pela Conitec.

“... é uma forma assim, que nós pedimos que o médico solicitante faça uma justificativa técnica e que ele cite pelo menos três evidências para a gente fazer, enquanto técnico aqui na secretaria de saúde, fazer uma análise de que realmente existe, não só pela vontade do profissional, mas sim da necessidade do paciente, e com a referência de evidências científicas, para a gente poder fazer a liberação ou não desse pagamento administrativo.” (GR5)

Apesar de buscar solucionar a questão do acesso à novas tecnologias, esta condição não resulta em incorporação ao sistema e fica dependente da possibilidade econômica, momentânea, do órgão financiador. A adoção desta estratégia como resposta governamental, além de promover iniquidades em um sistema que deveria ser único e universal, é frágil do ponto de vista político, uma vez que é dependente do *poder* exercido pelo *agente* (GIDDENS, 2003). Ou seja, caso ocorra mudança na gestão, limite identificado anteriormente, a medida poderá ser descontinuada. Trata-se de estratégia pouco sustentável para a garantia da integralidade do cuidado.

6.4.2.4 Quanto à operacionalização da assistência farmacêutica

A sistematização da AF em oncologia é um processo dinâmico. Conforme já destacado, envolve componentes macropolíticos, de macrogestão e de microgestão, que conformam um

conjunto de ações inter-relacionadas que buscam trazer resolutividade na atenção ao câncer. O conhecimento necessário aos diversos elementos capazes de influenciar a sua efetivação e o posicionamento estratégico dos gestores pode promover mudanças ou favorecer práticas rotinizadas. Além disso, a AF é dependente de um conjunto significativo de regras e recursos, e dotada de grande interação social e sistêmica. Nesse sentido, a opção pela análise da operacionalização da AF encontra-se adequadamente fundamentada pela teoria da estruturação de Giddens (2003).

A análise envolveu duas grandes perspectivas, uma relacionada à sua forma de organização e outra relativa ao seu desempenho. Considerando as falas dos entrevistados, foram elencadas as seguintes subcategorias: conformação e estrutura; financiamento; tecnologias; acesso; e segurança.

Conformação e Estrutura

A análise da conformação da AF buscou compreender como o sistema estava configurado na organização municipal, especialmente quanto à sua integração às demais ações e serviços de saúde. Quanto à estrutura, foram identificados aspectos relacionados aos recursos necessários para o funcionamento pleno da AF.

Os seguintes temas foram destacados das falas dos entrevistados: concepção do termo; estrutura organizacional; cuidados farmacêuticos; profissionais; sistema de informação.

O modelo de AF que envolve um conjunto de atividades voltadas à promoção do acesso e uso racional dos medicamentos, com foco na integralidade do cuidado, vem sendo consolidado no Brasil desde a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). É esperado que esta concepção esteja presente em todas as instituições, especialmente nas esferas públicas. Porém, percebeu-se na fala dos entrevistados certa confusão no uso da terminologia.

“A assistência farmacêutica, como o próprio nome já diz, é assistência. A gente fica aguardando algumas discussões para avançar nesse sentido.” (GAF3)

Ao entender que a AF é passiva a um processo e deve ser reativa apenas quando acionada, reduzindo a sua abrangência, é possível compreender as dificuldades que podem ser enfrentadas para organização das atividades nos municípios. A institucionalização deste tipo de concepção é preocupante por estabelecer uma deficiente conexão entre a integração social e a

integração do sistema (GIDDENS, 2003). Implica, ainda, em comprometer a própria razão de existir da AF, uma vez que no sentido aplicado, perde o seu protagonismo e assume um mero papel de espectador.

Modificar práticas rotinizadas em pontos de transformação nas relações estruturais é processo complexo, porém, necessário. A otimização dos resultados clínicos em oncologia é altamente dependente da convergência das ações realizadas nos diferentes serviços de saúde que o paciente transita (HENRY et al., 2016). A AF em oncologia, portanto, precisa buscar integrar as diversas atividades que realiza, nos diferentes níveis de atenção, para que se garanta a integralidade do cuidado.

A estrutura dos serviços farmacêuticos é determinante para o alcance de resultados efetivos e seguros. No contexto das RAS, o processo de estruturação da AF é considerado fundamental, tanto por ampliar o acesso da população à farmacoterapia, quanto por qualificar a assistência em saúde oferecida à população (ARAÚJO et al., 2017a).

“Olha, hoje ainda nós temos aquela visão ainda de gestão, voltada apenas ao abastecimento. Então hoje o que a gente, o foco maior ..., é manter regularidade no abastecimento, então esse é o primeiro ponto.”
(GAF3)

Alguns gestores nem sequer reconhecem o tratamento oncológico realizado na rede como parte integrante da AF.

“Na verdade... A nível de assistência farmacêutica [para pacientes oncológicos] não. Não porque a gente não tem o tratamento propriamente dito na nossa rede.” (GAF2)

O foco na logística realizada nos serviços farmacêuticos ainda é uma realidade muito presente nos municípios brasileiros (ARAÚJO et al., 2017a). Mesmo dentro deste foco, pacientes oncológicos não são incluídos no planejamento das ações. A fragmentação do cuidado, pela não percepção das necessidades dos sujeitos com câncer, acaba por promover ações pouco resolutivas. É preciso reconfigurar a lógica do sistema de AF no que tange a oncologia, de modo a qualificar e integrar a assistência prestada nos diferentes serviços.

A realização de práticas voltadas ao cuidado farmacêutico no Brasil ainda é muito limitada, apesar do aporte de recursos empregados pelo MS para a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos (ARAÚJO et al., 2017b). As principais dificuldades relacionadas ao desenvolvimento desta atividade são a falta de estrutura e a escassez de tempo, por parte do

farmacêutico, para a realização dessas ações. No contexto da APS, quando realizadas, essas ações não envolvem o paciente oncológico, especialmente por falta de capacitação dos profissionais.

“Especificamente, (...) ela [a AF] tá voltada pra atenção básica relacionada à diabetes e hipertensão, no momento. Nós estamos tendo formação continuada pra atender esses tipos de pacientes.” (GAF4)

“... o que vem tentando implantar com alguns colegas, que é, na verdade, do cuidado farmacêutico, voltado mais para a atenção básica... aquele paciente com hipertensão, diabetes, (...) não há nenhuma ação, nenhuma política dentro da assistência, voltada especificamente aos pacientes oncológicos.” (GAF3)

Percebe-se o negligenciamento na assistência prestada ao paciente oncológico. O indivíduo com câncer por ser um poli-usuário do sistema, polimedicado e, em geral, por ser um paciente de risco para o desenvolvimento de comorbidades como resultado da terapia oncológica (BORRAS et al., 2014), seria um dos maiores beneficiados das atividades clínicas realizadas pelos farmacêuticos.

Outro aspecto importante, destacado pelos entrevistados, refere-se à força de trabalho. Embora se observe um fortalecimento da presença do farmacêutico nas atividades de gestão dos sistemas de saúde, existe uma significativa carência de profissionais farmacêuticos atuando nos serviços assistenciais, comprometendo a qualidade do cuidado prestado (CARVALHO et al., 2017).

“... nós temos um plano aí, que nós queremos traçar com o secretário, um plano para pelo menos os próximos dez anos aí de contratação, para a população ter acesso ao profissional (...). Então o nosso trabalho mesmo é de fortalecimento da assistência farmacêutica... inserindo o profissional e tentando demonstrar a importância do profissional na realidade...” (GAF5)

A presença de farmacêuticos nos serviços assistenciais qualifica as atividades desenvolvidas e promove o uso apropriado dos medicamentos. Garantir a força de trabalho adequada é o primeiro passo para melhorar a integração do sistema e favorecer a interação e a eficácia social. Outro mecanismo de interação importante, é a utilização de sistemas de informação que sejam capazes de articular a rede e promover troca de dados sobre o paciente, garantindo, com isso, o sucesso da farmacoterapia (HENRY et al., 2016).

“Ele [sistema de informação] é integrado na rede inteira... Está sendo implantado agora, tanto no hospital quanto nas unidades básicas. Então eu vou ter acesso à informação do paciente aonde ele for, em qualquer ponto da rede. E a comissão formada por farmacêuticos vai ficar responsável por cadastrar as informações dos medicamentos, as interações, pra que dê o alerta, quando o médico estiver prescrevendo...” (GAF2)

A disponibilidade de informações para todos os profissionais que atendem o paciente é de suma importância. Além disso, é essencial para o próprio paciente que ele tenha um prontuário único, evitando que seja visto de forma fragmentada pelos diversos profissionais que o atendem.

A organização da AF perpassa a necessidade de investimentos de regras e recursos, dentre eles os financeiros. Nessa direção, é importante que as regras sejam mais facilitadoras e convergentes para indução de mudanças, que a disponibilidade de recursos favoreça a transformação e que os agentes estejam mais comprometidos em melhorar a qualidade da assistência prestada. Somente ao ressignificar a operacionalização da AF é que a eficácia social será auferida.

Financiamento

O financiamento é um elemento determinante para a estruturação da atenção à saúde, especialmente em sistemas de modelo universal (VIEIRA; ZUCCHI, 2013). Trata-se de um recurso de caráter indutor para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. No que tange a AF, os valores financeiros podem ser alocados para aquisição de medicamentos e para a estruturação de serviços.

De acordo com as entrevistas, três temas emergiram das falas: financiamento do tratamento oncológico; financiamento da assistência farmacêutica; e mudanças no modelo de financiamento.

O financiamento do tratamento oncológico no SUS não é relacionado ao medicamento empregado, mas ao procedimento realizado. O ressarcimento do tratamento refere-se a um valor médio mensal, de acordo com o esquema terapêutico utilizado (BRASIL, 2016b). A aquisição e o fornecimento dos medicamentos, portanto, é de responsabilidade do prestador de serviço contratualizado. Somente após a realização do procedimento, deverá ser preenchida a APAC para que ocorra a indenização pelo MS.

“Nós temos algumas dificuldades com a questão financeira, porque tudo que é contratualizado, é produzido. A gente, infelizmente, por falta de recurso dentro do teto financeiro do município, a gente não consegue contemplar o prestador [ressarcir]. Então existe uma defasagem histórica no município ..., especificamente nessa área da oncologia...” (GR5)

“Então, houve um achatamento do financiamento num todo e houve essa disparada do quimioterápico em específico, tanto em diversidade, que é a cada hora, cada dia, há um medicamento novo... mas principalmente em custo. Então ele desequilibrou um pouco a balança, uma pelo desfinanciamento do sistema como um todo, dos procedimentos normais, cirúrgicos e de custeio...” (GR4)

Os problemas do subfinanciamento da atenção oncológica foram amplamente destacados pelos entrevistados. Cabe ressaltar que o valor do procedimento pago através da APAC inclui a consulta médica, os medicamentos antitumorais, os medicamentos utilizados concomitantemente à quimioterapia (antieméticos, corticoides, anti-histamínicos e outros), as soluções em geral (solução glicosada ou fisiológica, eletrólitos e outros), os materiais e insumos (equipos, luvas, escalpes, máscaras, dispositivos de segurança, aventais e outros), os impressos, o uso dos equipamentos (como a cabine de segurança biológica) e os serviços de limpeza e manutenção (BRASIL, 2008b). Em dezembro de 2017, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), os valores dos procedimentos para câncer de mama variavam entre R\$ 79,75, para a 1.^a linha de hormonioterapia do carcinoma avançado, e R\$ 2.378,90, para a 2.^a linha de quimioterapia para o carcinoma de mama avançado¹. Considerando a quantidade de itens financiados pelo valor do procedimento, é possível compreender a preocupação dos gestores.

Além disso, é importante observar que o valor financiado, por meio da APAC, não contempla o pagamento dos medicamentos necessários para o controle das doenças, sinais e sintomas, apresentados posteriormente ao momento da administração da quimioterapia ambulatorial (BRASIL, 2016b). Assim como não há previsão de tratamento de cuidados paliativos oncológicos (MENDES; VASCONCELLOS, 2015). Estes tratamentos são totalmente negligenciados, uma vez que também não são financiáveis através dos blocos da AF.

O uso dos denominados medicamentos de suporte da quimioterapia é frequente e necessário. Diversos antineoplásicos provocam efeitos mediatos e tardios, que se não forem adequadamente controlados, poderão comprometer todo o tratamento, por impedir que o

¹ Dados disponíveis em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

paciente realize um novo ciclo da quimioterapia, comprometendo a continuidade de cuidado. Além de perverso para os pacientes, a não garantia do cuidado integral em oncologia promove ineficiência no uso dos recursos públicos.

Embora os entrevistados tenham se demonstrado sensíveis em tentar suprir a falha do sistema, com a ausência de oferta dos medicamentos de suporte à quimioterapia, problemas relacionados ao financiamento da AF foram amplamente destacados.

“... o Ministério nos repassa agora, a partir da publicação da Portaria de agosto [2017], R\$ 5,58 per capita/ano; o estado, ele repassa R\$ 3,35; e o município tem que fazer um investimento mínimo de R\$ 2,36. Isso aí dá um total, pela [nossa] população ..., dá um total de R\$ 600 mil/ano. E isso é a metade do recurso que eu gasto na assistência farmacêutica para atender a população inteira. Então a gente tem que ficar mendigando,” entre aspas, por mais recursos, outras fontes de recurso...” (GAF1)

“Então o subfinanciamento é absurdo, e o município está incluindo cada vez mais o seu valor [aumentando sua coparticipação cada vez mais], em cima disso tudo. Chega a gastar mais que a União. Isso é complicado para a gente.” (GAF5)

É sabido que os recursos destinados ao financiamento da AF são empregados para situações não pactuadas pelos gestores, e em especial para atendimento das demandas judiciais. Estas situações promovem grandes constrangimentos aos municípios, uma vez que estes entes federativos estão responsáveis por disponibilizar um número significativo de medicamentos para a população sobre sua responsabilidade (FALEIROS et al., 2017). Diante das dificuldades orçamentárias, os gestores se deparam com escolhas complexas. Atender as prioridades sobre sua competência ou disponibilizar medicamentos de suporte à quimioterapia para os pacientes oncológicos? Como decidir diante de alternativas que não deveriam ser excludentes, em um sistema de saúde que tem como princípios estruturantes a universalidade, a equidade e a integralidade? Estaria o modelo vigente de financiamento da AF, e do próprio SUS, esgotado?

No dia 26 de janeiro de 2017, durante a reunião da CIT, foi deliberada a alteração da forma de transferência de verbas federais para os estados e municípios, dentro do chamado Projeto SUS Legal¹. Com a mudança proposta, os repasses para estados e municípios deixaria de acontecer por meio dos seis blocos temáticos (atenção básica, atenção especializada de média

¹ Notícia: Decisão da CIT aumenta a autonomia da gestão e a eficiência do SUS. Publicada em: <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-2817-decisao-da-cit-aumenta-autonomia-da-gestao-e-eficiencia-do-sus/>. Acesso em: 11 de dezembro de 2017.

e alta complexidades, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos) e passaria a ser através de duas modalidades (custeio e capital). Esta mudança, entretanto, divide a opinião dos entrevistados. Alguns acreditam que a alteração da regra poderá facilitar o processo, inclusive pela possibilidade de atender mais adequadamente ao paciente oncológico. Outros entendem que a proposta irá diminuir os investimentos que vêm sendo garantidos para a AF, contribuindo para o fracasso e a precariedade das ações e serviços farmacêuticos.

“Eu acredito que essa mudança do financiamento vem sim a beneficiar...” (GAF2)

“Hoje nós temos dinheiro fixo para isso. Mas eu não sei se o gestor vai pensar da mesma forma, ou ele vai me ouvir de que a gente precisa aumentar. Enfim, hoje eu tenho um valor fixo, então o gestor não pode pegar esse valor e direcionar para outras coisas. Esse valor é só para isso.” (GAF5)

Apesar da diferença de opiniões sobre o modelo proposto pela CIT, todos os gestores compreendem que é preciso encontrar alguma forma de financiar os medicamentos de suporte e de cuidados paliativos em oncologia. A ausência de recursos financeiros e/ou a inflexibilidade na forma de utilização dos valores são impeditivos para a qualificação da AF em oncologia, frente as necessidades dos usuários.

Tecnologias

As tecnologias em saúde envolvem os medicamentos, vacinas, dispositivos, procedimentos e sistemas organizacionais e de suporte, destinados ao cuidado em saúde (NOVAES; ELIAS, 2013). São consideradas importantes recursos alocativos, do ponto de vista da teoria da estruturação. Para a obtenção do máximo benefício, o seu uso deve ser acompanhado da divulgação de informações adequadas.

As falas dos gestores evidenciaram os seguintes temas, relacionados à subcategoria: incorporação; evidências científicas; e informação sobre medicamentos.

O processo de incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde deve ser precedido por uma etapa de avaliação (CAETANO et al., 2017). Além de aspectos éticos, a incorporação deve considerar características de eficácia e segurança das tecnologias, questões econômicas e a sua contribuição para a promoção, manutenção ou reabilitação da saúde (CAPUCHO et al., 2012). É importante, portanto, que haja um grupo responsável por avaliar tais aspectos, podendo

ser um Núcleo de Avaliação de Tecnologias (NATS) ou uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

“Nós temos a Comissão de Farmácia e Terapêutica no município, institucionalizada, publicada em portaria; tem reuniões mensais do grupo... Inclusão, exclusão, alteração de lista, enfim, nós temos um trabalho. E, em reuniões mensais nós trabalhamos as avaliações de tecnologia.” (GAF5)

“... temos o NATS, o núcleo, e é um farmacêutico o responsável. Não é ligado à superintendência, fica independente...” (GAF2)

Em que pese os relatos de existência de comissões voltadas ao processo de incorporação em alguns municípios, questões relativas as tecnologias necessárias à atenção ao câncer não vêm sendo discutidas nessas instâncias. Em oncologia, o processo de incorporação de tecnologias é complexo devido ao grande número de inovações, ao alto custo das novas terapias e ao altivo grau de incerteza sobre os benefícios aos usuários (ANHORN, 2017). Um dos entrevistados demonstrou grande preocupação com a quantidade de inovações na área da oncologia e com a busca incessante pela cura dos pacientes.

“É importante que não se torne uma obsessão terapêutica também. Que isso é uma coisa que a gente tem que tomar muito cuidado, em se tratando de todas as patologias, mas principalmente na oncologia. Eu tenho que saber qual o limite terapêutico que esse paciente até suporta, e não fazer uma obsessão de querer prolongar a vida desse paciente, mas com uma qualidade de vida totalmente inadequada. Então eu acho que teria que se discutir mais sobre isso.” (GR5)

Para que ocorra um adequado processo de avaliação das tecnologias deve-se utilizar evidências científicas sólidas, do ponto de vista clínico e econômico, capazes de nortear a tomada de decisão (NOVAES; ELIAS, 2013). A baixa utilização das evidências científicas pelos gestores está relacionada a uma variedade de fatores, desde dificuldades para interpretar, adaptar e aplicar o conhecimento científico, até às barreiras de acesso à literatura, especialmente pelo fato de que muitas bases de dados são pagas (DIAS et al., 2015).

“No momento, nesses cursos que a gente tá tendo, estão nos dando caminhos pra fazer essas buscas [de evidências científicas]” (GAF4)

O emprego das melhores evidências científicas melhora a utilização dos recursos

financeiros promovendo maior eficiência e efetividade ao sistema de saúde (DIAS et al., 2015). Desta forma, é fundamental que os gestores estejam preparados para utilizar de forma sistemática o conhecimento científico em prol da melhoria contínua das práticas em saúde.

Além disso, é essencial para o alcance da integralidade do cuidado, a adoção de mecanismos de informação sobre as tecnologias incorporadas. A informação sobre medicamentos é entendida como um direito do cidadão, uma vez que a sua ausência traz riscos que podem ser danosos à vida (SARTORI; CZERMAINSKI, 2013). Nenhum dos municípios visitados relatou possuir um Centro ou um Serviço de Informação sobre Medicamentos.

“No município não [tem serviço de informação de medicamentos]. O que a gente utiliza muito de informação é do Conselho Regional de Farmácia... e do hospital universitário, que eles têm o CIM nos dois serviços, tanto no Conselho Regional de Farmácia quanto no hospital universitário.” (GAF5)

Cabe destacar que a informação sobre medicamentos é uma diretriz prevista na PNM e na PNAF (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). Não obstante, a possibilidade de a informação sobre medicamentos ocorrer sem a necessidade da implementação de um serviço formal, se faz necessário empreender estratégias para fortalecer esta atividade. Ter um local de referência, para os pacientes e profissionais retirarem dúvidas sobre as tecnologias, é de suma importância.

Acesso

O acesso a medicamentos é um elemento chave para a concretização do direito à saúde e à vida. A análise sobre acesso a medicamentos nos serviços de saúde pode ser realizada sobre diferentes perspectivas, e pode ser um bom indicador do desempenho da AF em uma instituição e/ou em sistema de saúde. As dimensões diretamente relacionadas ao medicamento que interferem no acesso são: disponibilidade; acessibilidade; capacidade aquisitiva; aceitabilidade pelos usuários; e qualidade (BIGDELI et al., 2012).

As respostas dos entrevistados destacaram basicamente três temas sobre essa categoria: disponibilidade; capacidade aquisitiva; e aceitabilidade.

A disponibilidade de medicamentos é um aspecto de grande relevância dentro do contexto do acesso, especialmente quando nos referimos aos sistemas de saúde de caráter universal e que contam com financiamento público (NASCIMENTO et al., 2017). É entendida como a relação entre oferta e demanda, envolvendo tipo e quantidade de medicamentos

(BIGDELI et al., 2012). Quando se trata da atenção oncológica, a disponibilidade de medicamentos antitumorais, de suporte à quimioterapia e de cuidados paliativos, é considerada insuficiente, especialmente em países de baixo e médio desenvolvimento (BECARRO et al., 2007; LOPES JR; SOUZA; BARRIOS, 2013; WIERNIKOWSKI et al., 2014; RUFF et al., 2016).

“Então a gente não teria como precisar uma estatística em cima disso aí. Porque muitas vezes o paciente ele tem acesso ao medicamento da nossa rede, mas que a gente não sabe qual a origem da necessidade do medicamento.” (GAF2)

O desconhecimento sobre a necessidade real dos pacientes é um grande problema para se garantir a disponibilidade e o acesso. A ausência de informações sobre a demanda inviabiliza o adequado planejamento das ações e serviços ofertados. A falta de medicamentos nos estabelecimentos de saúde tem sido relacionada à problemas logísticos e de gestão (NASCIMENTO et al., 2017). Melhorar a informação sobre a necessidade dos usuários e estabelecer um plano de atividades que possibilitem aos pacientes com câncer o acesso regular aos medicamentos é fundamental.

A capacidade aquisitiva (*affordability*) é um dos elementos que mais influencia o acesso. Por exercer uma relação de poder, é capaz de favorecer desigualdades, tendo em vista que quem tem mais recursos financeiros terá mais acesso. O conceito envolve tanto a perspectiva dos usuários quanto das instituições e governos (BIGDELI et al., 2012). Considerando a estrutura federativa do Brasil, a possibilidade de promoção de iniquidades em um sistema único é muito frequente, dada as diferentes possibilidades de investimentos dos entes federados, como pode ser observado nas falas abaixo que mostram realidades distintas, frente à tipologia das RS.

“... o Zoladex, então elas [pacientes] têm que ir pra assistência farmacêutica do estado pra conseguir (...). É um pouco difícil, porque esse medicamento é ... caro, entendeu? Ele só vem via Ministério da Saúde ou, às vezes, tem até que entrar no Ministério Público pra conseguir essa medicação¹, que é uma medicação bem difícil.” (GR2)

“Eu vejo que assim, não me chama atenção a desassistência, pode ter uma dificuldade de suprir alguma medicação específica, mas no geral eu vejo que o paciente oncológico, dentro da nossa rede, ele tem uma

¹ Diversos atores utilizaram o termo ‘medicação’, ou até o seu plural, como sinônimo de ‘medicamento’, o que é um equívoco. O termo medicação se refere ao ato de tratar um paciente através de medicamentos ou com outros procedimentos curativos (<https://www.dicio.com.br/medicacao/>).

assistência adequada.” (GR5)

Inúmeros pacientes e familiares não conseguem arcar com os custos da farmacoterapia em oncologia, frente ao risco de gasto catastrófico (GINSBURG et al., 2017a). Devido a isso, imputa-se aos entes federados a responsabilidade do tratamento, o que implica em realizar grandes investimentos. Cabe ponderar, porém, a possibilidade de se estabelecer um limite financeiro para a aquisição das terapias, frente ao vultuoso aumento dos preços dos medicamentos antitumorais e de suporte à quimioterapia, a fim de se manter a sustentabilidade do sistema (GINSBURG et al., 2017b).

A outra dimensão do acesso, destacada pelos entrevistados, foi a aceitabilidade. Refere-se à percepção existente, entre profissionais e usuários, sobre as características dos produtos e dos serviços oferecidos, considerando-as aceitáveis (BIGDELI et al., 2012). Em oncologia, favorecer a aceitação do paciente ao tratamento, nem sempre é um processo simples. Mais complexo, ainda, é a continuidade do tratamento, quando o paciente experimenta alguma reação adversa, ou a realização de substituição das terapias, quando não se identificou benefício com o uso do medicamento (VERBRUGGHE et al., 2016; BOUWMAN et al., 2017). Com os profissionais, promover substituições da farmacoterapia, também, é um desafio.

“... o gestor da assistência farmacêutica..., ele é muito envolvido em toda essa relação médico-paciente. Ele vai nos médicos, ele discute... O hospital aqui, que é nossa referência, receita alguma coisa... ele vai lá em loco, discutir, conversar, ver se tem outra alternativa.... Ele é muito presente em todas as relações nossas com os prestadores e com os pacientes em si.” (GR1)

O processo de interação social existente na relação entre profissionais e entre profissionais e pacientes pode ser transformador, e assim favorecer a aceitabilidade, através da transformação de práticas rotinizadas. A adoção de medidas para minimizar o desperdício de medicamentos, o estabelecimento de parcerias para a produção de medicamentos confiáveis e a realização de pesquisas para conhecer as experiências dos pacientes e profissionais com a utilização de medicamentos, têm sido recomendadas como estratégias para melhorar a aceitabilidade e o acesso aos medicamentos (DENBURG et al., 2017).

Cabe ressaltar, todavia, que de pronto, o acesso aos medicamentos oncológicos está comprometido em todas as dimensões, frente aos diversos problemas discutidos até aqui, tais como: ausência dos medicamentos nas listas, falta de auditoria terapêutica, insuficiência de protocolos, desconhecimento dos pacientes dos seus direitos sociais, dificuldades na

acessibilidade geográfica e subfinanciamento do sistema. É preciso repensar tudo isso, pois, do contrário não será possível alcançar os objetivos estabelecidos na PNPCC.

Segurança

Erros de medicação (EM) e reações adversas a medicamentos (RAM) são causas comuns de morbi-mortalidade (MÜLLER et al., 2014). Para melhorar a segurança da farmacoterapia é necessário estabelecer estratégias de detecção, prevenção e controle das consequências desses eventos. Além disso, no caso dos medicamentos oncológicos, especialmente quando são utilizados em ambiente domiciliar ou ambulatorial, existe um risco de exposição ambiental aos resíduos da quimioterapia, devido ao seu potencial carcinogênico, mutagênico, teratogênico e embriotóxico (BÖHLANDT; SVERDEL; SCHIERL, 2017).

Os temas relacionados a esta subcategoria que surgiram das falas dos entrevistados foram: farmacovigilância/tecnovigilância; prevenção de erros; e gerenciamento de resíduos.

A farmacovigilância envolve um conjunto de atividades destinadas à prevenção, detecção, avaliação e compreensão de qualquer evento adverso relacionado com medicamentos (EAM) (MOTA, 2011). Já a tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos e equipamentos para a saúde, que tem por objetivo recomendar a adoção de estratégias para a prevenção de danos à população (OLIVEIRA; RODAS, 2017). Os desfechos desses eventos podem ser graves ou letais, e resultam em aumento dos gastos em saúde. A efetivação das atividades de farmacovigilância e tecnovigilância são extremamente importantes. Porém, nos municípios visitados estas ações são inexistentes ou extremamente incipientes.

“É feito de forma pontual e individual, não tem o trabalho específico. Porém, como a gente vem tentando organizar a assistência farmacêutica como um todo, e é recente, (...) então, a farmacovigilância, a tecnovigilância, a gente vem tentando [implementar].” (GAF2)

“A farmacovigilância que nós temos é basicamente um Notivisa, nós trabalhamos com Notivisa. Nós temos um formulário para qualquer ação de efeito adverso ou de problemas com a medicação, ... e esse formulário tem que ser preenchido pelo profissional. O paciente que se queixa de alguma coisa, o profissional preenche a ficha, encaminha para a gente e a gente faz a notificação na ANVISA.” (GAF5)

A ausência de ações estruturadas de farmacovigilância e tecnovigilância pode produzir

consequências impremeditadas, pois, o uso de medicamentos e outros produtos para a saúde é dotado de um nível de risco, que se não for adequadamente prevenido, controlado e monitorado poderá causar danos individuais ou coletivos.

O EM corresponde a qualquer evento evitável provocado pelo uso inapropriado de um medicamento e capaz de produzir um dano ao paciente. As causas desses eventos podem estar relacionadas às práticas profissionais, aos próprios medicamentos, aos pacientes, aos procedimentos e aos sistemas (WHO, 2016). Algumas estratégias vêm sendo apontadas na literatura como medidas para a prevenção dos EM, com destaque para os processos de conciliação de medicamentos, o uso de sistemas de informação automatizados e as ações educativas (BATES, 2007; ARONSON, 2009; WHO, 2016).

“... a dispensação não era informatizada e aí o paciente, às vezes, pegava um medicamento várias vezes, estocava em casa e isso pode trazer riscos no caso de automedicação ou perda da qualidade...”
(GAF1)

A prevenção de EM é tão importante que no início de 2017 a OMS lançou como meta a diminuição, pela metade, dos desfechos evitáveis causados pelos EM (WHO, 2017b), em cinco anos. Estabelecer estratégias para mensurar esses problemas é essencial.

O gerenciamento de resíduos domiciliares de medicamentos é um desafio para o Brasil. Trata-se de uma prática que envolve um conjunto de atividades relacionadas ao descarte, recolhimento, transporte e destinação ambiental adequada dos resíduos de medicamentos vencidos ou em desuso (FALQUETO; KLIGERMAN, 2013). Em geral, o descarte de medicamentos é realizado, por um número significativo da população, no lixo comum ou na rede pública de esgoto (TONG; PEAK; BRAUND, 2011). Os riscos da exposição a longo prazo a esses resíduos são desconhecidos. No Brasil, não existem, ainda, normas relacionadas ao gerenciamento de resíduos domiciliares de medicamentos, embora haja uma discussão avançada sobre a necessidade da implantação da prática da logística reversa nas instituições públicas de saúde (PEREIRA; BARROS; PEREIRA, 2017).

“... muitas vezes o paciente ele leva resíduo pra casa, desses medicamentos; hormônios mesmo, antibióticos que ele não tem noção. Que a gente tem batido muito nessa tecla pra ele fazer o descarte adequado desses resíduos (...) a gente pede que eles devolvam aonde pegou, (...) pra que ela [a instituição] dê o destino adequado ao resíduo.” (GAF4)

O estabelecimento de diretrizes voltadas ao descarte adequado dos resíduos de medicamentos é um importante mecanismo para a concretização desta prática no país. Ações de educação sanitária são necessárias para o alcance do sucesso dessa atividade (FALQUETO; KLIGERMAN, 2013). A adoção de medidas voltadas ao uso seguro e racional de medicamentos, envolvendo estratégias que minimizem as sobras de medicamentos em domicílio são essenciais (PEREIRA et al., 2017).

6.4.3 A assistência farmacêutica nos serviços habilitados para realização de quimioterapia

Este subcapítulo apresenta a síntese da análise das entrevistas com os profissionais que compõem a equipe mínima de terapia antineoplásica (médico, farmacêutico e enfermeiro) de cinco serviços habilitados pelo SUS para a realização de quimioterapia, localizados nos municípios incluídos na etapa de estudo de casos, e dos achados da observação direta realizada nas instituições. Buscou-se compreender a visão dos entrevistados sobre o tema e analisar a conduta estratégica dos atores envolvidos com esta prática.

A relevância da inclusão desses atores está pautada em normativa (BRASIL, 2004a), que estabelece a exigência de uma equipe multiprofissional mínima nos serviços de terapia antineoplásica (STA), que é responsável por planejar, executar, monitorar e avaliar a farmacoterapia utilizada pelo paciente com câncer, e por garantir a qualidade do cuidado prestado (SILVA; MORAES, 2017). Para tanto, um conjunto de atividades da AF em oncologia são realizadas pelos membros da EMTA.

Com a finalidade de compreender de forma sistêmica as práticas estabelecidas nos diferentes estabelecimentos visitados, foi necessário entender a conformação institucional na qual os serviços de oncologia e as próprias equipes estão inseridas. Desta forma, assim como ocorreu com os gestores, as entrevistas foram mais abrangentes e abordaram questões relacionadas ao contexto institucional, à integralidade do cuidado e à organização e desempenho da AF.

No entanto, foi possível otimizar o processo de análise em apenas dois eixos temáticos, a saber: integralidade do cuidado e operacionalização da AF. Foi, também, realizada uma breve descrição do perfil dos entrevistados. Seguindo o procedimento descrito no subcapítulo anterior, os entrevistados foram codificados, de forma a evitar a identificação dos sujeitos, sendo adotadas as seguintes denominações: MED para médicos, FARM para farmacêuticos e ENF

para enfermeiros. As siglas foram seguidas do número correspondente à identificação do município de análise, variando de 1 a 5.

Os momentos de visitas e de entrevistas nas instituições foram muito importantes para a pesquisa. Houve muita generosidade por parte dos entrevistados e dos gestores institucionais na cessão de informações. Embora todas as entrevistas tenham sido agendadas previamente, alguns profissionais demonstraram preocupação com o tempo dedicado para participar das mesmas, pois, havia pacientes aguardando atendimento. Em alguns casos, foi necessário readequar os horários agendados, para que o profissional pudesse participar de forma mais efetiva. Desta forma, todos permaneceram tempo suficiente para responder as questões centrais do estudo.

6.4.3.1 Sobre o perfil dos profissionais entrevistados

Foram entrevistados 15 profissionais, sendo cinco médicos, cinco farmacêuticos e cinco enfermeiros. Todos os entrevistados foram indicados pelos chefes dos serviços de oncologia clínica das instituições.

Em todas as unidades os profissionais estavam funcionalmente ligados aos serviços habilitados. Nas instituições públicas (2 e 4), todos eram funcionários concursados.

Todos os médicos entrevistados apresentavam especialização na área de oncologia clínica, cumprindo com os requisitos legais para atuação (BRASIL, 2004a), e duas profissionais (MED3 e MED4) relataram, também, ter formação na área de cuidados paliativos. Em cumprimento as exigências da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que define pré-requisitos para cursar a residência em cancerologia clínica, todos haviam cursado residência em clínica médica.

O conjunto de atribuições do médico no STA abrange atividades relacionadas à clínica, à gestão, à educação e à pesquisa (SILVA; MORAES, 2017). É fundamental que este profissional esteja devidamente preparado para atuar em oncologia, área tão complexa, considerando a multicausalidade e multidimensionalidade do câncer. Essa condição exige, dentre outras coisas, formação adequada. É interessante destacar que apenas um dos entrevistados (MED1) teve sua formação no mesmo estado em que atua profissionalmente; todos os outros foram formados em outras UF. O processo formativo de médicos na área da oncologia clínica, ainda, é muito centrado em grandes centros urbanos, especialmente na região Sudeste, onde está localizado a maioria dos CACON (SILVA; ARREGI; MATOS, 2013).

A participação de duas entrevistadas com formação em cuidados paliativos foi bastante interessante. Não é comum que médicos oncologistas se interessem por essa área do conhecimento. Diferentemente da oncologia clínica que preconiza a adoção de práticas em busca do aumento da sobrevida do paciente com câncer, os profissionais que atuam em cuidados paliativos estão focados em melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, durante o processo de adoecimento, e proporcionar o maior conforto possível no momento da morte (FONSECA; GEOVANINI, 2013). A formação em medicina paliativa busca desenvolver nos profissionais, dentre outras competências: a capacidade de trabalhar em equipe; a habilidade de comunicação efetiva, principalmente quanto à comunicação de notícias difíceis; a aptidão para tomada de decisão diante da terminalidade e do sofrimento; e a destreza no manejo dos sintomas provocados pelo agravamento do câncer (WIENER et al., 2015). A integração precoce e sistemática dos cuidados paliativos na assistência oncológica convencional representa uma importante abordagem para a melhora e para a experiência geral do paciente com câncer e seus familiares.

Quanto ao tempo de experiência profissional, os médicos possuíam entre sete e 33 anos de formado em medicina, e entre um e 17 anos de especialidade em oncologia clínica.

Apesar da variação no tempo de formação profissional, não foram evidenciadas grandes diferenças nas abordagens realizadas acerca do assunto. Acredita-se que isso tenha ocorrido em função da formação recebida em oncologia clínica, que segue um padrão mínimo de exigência em todo o país (SILVA; ARREGI; MATOS, 2013).

O Quadro 6 apresenta um resumo do perfil dos médicos entrevistados.

Quadro 6: Perfil dos médicos, de serviços habilitados para realização de quimioterapia selecionados, participantes da entrevista.

Médico	MED1	MED2	MED3	MED4	MED5
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Formação em cuidados paliativos	Não	Não	Sim	Sim	Não
Tempo de experiência profissional	10 anos	8 anos	7 anos	33 anos	12 anos
Tempo de experiência em oncologia	2 anos	1 ano	3 anos	17 anos	6 anos
Experiência prévia na área da oncologia em outra instituição	Sim	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: Elaboração própria

Sobre os farmacêuticos entrevistados, dois (FARM2 e FARM5) relataram ter especialização em oncologia, uma relatou estar cursando especialização em farmácia clínica e hospitalar (FARM3) e um disse que estava realizando mestrado em saúde coletiva (FARM2).

É recente a exigência do CFF que farmacêuticos que atuam em oncologia sejam especialistas na área (CFF, 2017). De acordo com a norma, a partir de 2020 só poderão trabalhar nos STA farmacêuticos que comprovem titulação mínima de especialista ou que tenham, no mínimo, três anos de experiência na área. A principal motivação para a adoção desta medida se deu em função de importantes erros de manipulação, cometidos por farmacêuticos inexperientes que provocaram mortes e graves sequelas em pacientes submetidos à quimioterapia em hospitais brasileiros. As expectativas, com a nova exigência, envolvem, entre outras coisas: melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado ao paciente com câncer, mitigação dos erros de medicação, avanços no gerenciamento da terapia medicamentosa e envolvimento dos farmacêuticos em pesquisas clínicas, epidemiológicas e translacionais em oncologia (SILVA, 2016).

A experiência profissional dos farmacêuticos entrevistados variou entre sete e 27 anos, sendo em oncologia de 1 ano e 6 meses até 18 anos.

O tempo de experiência profissional dos farmacêuticos parece não ter sido determinante para a adoção de práticas diferenciadas nas instituições. Porém, foi possível notar que os profissionais com maior nível de conhecimento acumulado pela experiência e/ou pela formação profissional foram aqueles que conseguiram ter uma visão mais sistêmica da AF em oncologia. O Quadro 7 sumariza as informações sobre o perfil dos farmacêuticos entrevistados.

Quadro 7: Perfil dos farmacêuticos, de serviços habilitados para realização de quimioterapia selecionados, participantes da entrevista.

Farmacêutico	FARM1	FARM2	FARM3	FARM4	FARM5
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Especialização em oncologia	Não	Sim	Não	Não	Sim
Tempo de experiência profissional	9 anos	7 anos	13 anos	27 anos	27 anos
Tempo de experiência em oncologia	1 ano e 6 meses	3 anos	5 anos	2 anos e 6 meses	18 anos
Experiência prévia na área da oncologia em outra instituição	Não	Não	Não	Não	Sim

Fonte: Elaboração própria

Entre os enfermeiros entrevistados, nenhum possuía especialização em oncologia. Apenas uma relatou estar cursando especialização nesta área de atuação (ENF2) e um disse ter especialização na área de cardiologia (ENF4).

Na área de enfermagem não há nenhum dispositivo legal que exija especialização para atuar na assistência oncológica. No entanto, o enfermeiro em oncologia desempenha importante papel na prestação de cuidados aos pacientes com câncer, exigindo um conhecimento sobre a fisiopatologia do câncer, opções de tratamento e manejo de sintomas (SILVA; MORAES, 2017). Tal conhecimento, no entanto, não tem sido contemplado em cursos de graduação em enfermagem (LUZ et al., 2016). Esta condição precisa ser repensada, uma vez que o enfermeiro tem importante papel na atenção oncológica. A situação exposta na fala dos entrevistados sobre a forma que passaram a atuar na oncologia é preocupante, uma vez que não estão sendo adequadamente preparados para assumir o desafio de trabalhar em uma área tão complexa.

“Eu praticamente caí de paraquedas na oncologia.” (ENF2)

“... não tinha planos de trabalhar com oncologia, mas caí de paraquedas no serviço de oncologia.” (ENF3)

Embora todos tenham demonstrado grande satisfação em atuar na atenção oncológica, não houve uma escolha prévia, uma preparação. Ao expressar a sensação de “queda-livre”, quando relatam que caíram de paraquedas na oncologia, os entrevistados ressaltam os riscos que se submeteram, assim como as angústias, os medos e as incertezas vivenciadas. O despreparo dos profissionais somado aos sentimentos experimentados ao atuar em oncologia, considerando o excesso de trabalho físico e emocional, podem ser capazes de produzir insatisfações com a atividade laboral e gerar sofrimento psíquico aos trabalhadores (BORDIGNON et al., 2015; FONSECA; SÁ, 2015). Além disso, a inexperiência profissional pode trazer potenciais danos aos pacientes.

Em relação à experiência profissional, os enfermeiros entrevistados apresentavam entre 9 meses e 16 anos, e em oncologia o tempo de atuação variou entre 2 meses e 15 anos.

Neste subgrupo (enfermeiros), foi possível perceber diferenças marcantes quanto ao conhecimento e as práticas desenvolvidas. Quanto maior o tempo de experiência, mais sistêmica era a compreensão sobre a instituição, sobre a atenção oncológica e sobre a AF em oncologia. O Quadro 8 apresenta o perfil dos enfermeiros entrevistados.

Quadro 8: Perfil dos enfermeiros, de serviços habilitados para realização de quimioterapia selecionados, participantes da entrevista.

Enfermeiro	ENF1	ENF2	ENF3	ENF4	ENF5
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Especialização em oncologia	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo de experiência profissional	9 meses	16 anos	15 anos	11 anos	12 anos
Tempo de experiência em oncologia	2 meses	6 anos	15 anos	7 anos	4 anos
Experiência prévia na área da oncologia em outra instituição	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Elaboração própria

6.4.3.2 Quanto à integralidade do cuidado

Assim como ocorreu na análise da compreensão dos gestores, a integralidade do cuidado foi analisada em diferentes sentidos. Nesta etapa, foi considerada como traço de boa medicina e quanto ao modo de organização das práticas (PINHEIRO; MATTOS, 2009). O uso da teoria da estruturação de Giddens como aporte metodológico, no exame deste constructo da pesquisa, foi empregada na perspectiva da análise de conduta estratégica (GIDDENS, 2003).

Considerando o conjunto de temas que foram evidenciados através das entrevistas, as seguintes subcategorias foram destacadas como eixo de análise: organização institucional, resolutividade/capacidade resolutiva e respostas institucionais.

Organização institucional

Os critérios e parâmetros para o credenciamento, e organização institucional, dos serviços habilitados para a execução de ações de alta complexidade em oncologia pelo SUS, estão definidos em normatização específica. Além de aspectos relativos às instalações físicas, a legislação destaca, dentre outras questões, os serviços que devem ser oferecidos, a equipe de assistência multiprofissional, a essencialidade de integração do estabelecimento à rede de atenção e os parâmetros para cálculo do número de serviços necessários para atendimento da população (BRASIL, 2014a).

Os seguintes temas foram evidenciados nas falas dos entrevistados: instalações físicas; modelo jurídico institucional; equipe multiprofissional; fluxo de atendimento; e capacidade de atendimento.

No que se refere às instalações físicas, os estabelecimentos de alta complexidade em oncologia devem dispor de ambulatórios, pronto atendimento para assistência de urgência e emergência, serviço de diagnóstico, enfermarias com assistência de internação, centro-cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hemoterapia, farmácia hospitalar e estrutura para atendimento de cuidados paliativos ou serviço de referência formalizado para este atendimento (BRASIL, 2014a).

Embora os estabelecimentos visitados atendam aos critérios estabelecidos, algumas questões foram destacadas pelos entrevistados sobre aspectos que podem comprometer o atendimento do paciente oncológico, envolvendo o serviço de pronto-atendimento, a estrutura de cuidados paliativos e o serviço de radioterapia.

“... se nós tivéssemos um pronto atendimento oncológico seria muito melhor, do que ter um pronto-atendimento geral. A quantidade de pacientes oncológicos que dá entrada no PA todos os dias é enorme...”
(ENF2)

Diversas são as emergências que podem acometer o paciente oncológico. É de extrema importância que as equipes, dos serviços de emergência, estejam preparadas tanto para a realização de diagnóstico do problema apresentado quanto para a efetivação do tratamento da condição do paciente com câncer (MOFID et al., 2016). O atraso no atendimento nessas condições pode favorecer a morte ou produzir graves sequelas nos pacientes (PAIVA et al., 2008). Sendo assim, estruturar os serviços de pronto atendimento para as pessoas que vivem com câncer é essencial.

Sobre a estrutura para atendimento de cuidados paliativos, um dos entrevistados destacou que existem profissionais que realizam assistência aos pacientes, mas que o serviço em si não é estruturado na unidade.

“Na realidade, a gente tem setores que não são agrupados, cada um faz por si. Então, eu tenho especialização em cuidado paliativo, outro oncologista tem especialização em cuidado paliativo, tem um ambulatório de dor, tem um serviço de assistência domiciliar que é geral. Mas na realidade isso não tá dentro de um serviço, eles não funcionam como um serviço, como deveria ser.” (MED4)

A realização de práticas voltadas ao cuidado paliativo exige instalações adequadas, equipes multiprofissionais preparadas e procedimentos e serviços estruturados. Além disso, conforme já foi abordado, quanto mais precoce for a integração entre as intervenções realizadas

pelas equipes de oncologia clínica e de cuidados paliativos, melhores são os resultados para pacientes, cuidadores e sociedade, no que tange à qualidade do cuidado prestado, ao custo-efetividade das ações e ao favorecimento da atenção integral (GREER et al., 2013).

Outra questão de infraestrutura destacada foi a ausência de serviços de radioterapia em três instituições visitadas (1, 2 e 4), sendo que em duas delas não há sequer local para referenciar os pacientes na própria região de saúde (1 e 2). Sendo o tratamento do câncer multimodal, exigindo em diversas condições o uso da quimioterapia associada à radioterapia (HOEKSTRA, 2016), a ausência deste serviço nos estabelecimentos visitados é motivo de preocupação nos entrevistados.

“O que hoje preocupa é que o hospital aqui..., ele não tem um serviço de radioterapia. E isso acaba, de certa forma, demorando um pouco o início do tratamento radioterápico (...). Então essas pacientes, às vezes, têm meio que uma fila de espera..., porque a radioterapia hoje é feita em pouquíssimos lugares.” (ENF4)

A preocupação expressa em não fazer o tratamento da radioterapia concomitante ou sequencial à quimioterapia é legítima. Além de comprometer os resultados do tratamento investido, pela ausência de cuidado integral, é altamente ineficiente, considerando o alto valor empregado para realizar a quimioterapia que não trará resposta terapêutica pela falta da radioterapia (HAVILAND et al., 2016).

Essa fragmentação do cuidado, provocada pela ausência de infraestrutura adequada, é desumana, pois, cria no usuário uma expectativa que não será atendida, diante das necessidades apresentadas.

No Brasil existe uma diversidade de estabelecimentos de saúde com modelos jurídico-institucionais distintos. Habilitados em alta complexidade em oncologia, existem serviços ligados à administração pública direta e indireta, e instituições da iniciativa privada contratualizadas pelo SUS. Cada uma destas condições apresenta vantagens, desvantagens e implicações relacionadas à modalidade de gestão que possui (PINTO et al., 2014). Conforme já foi apresentado (Quadro 3), duas das instituições visitadas eram de natureza pública e três eram filantrópicas, de iniciativa privada.

“... aqui na instituição, assim, por ser uma instituição privada, as sugestões, os planos de ações que a gente faz, a gente sempre... mesmo demorando um pouco... mas a gente sempre consegue [executar], com persistência... muito boa vontade...” (ENF3)

“A minha instituição ela tem as regras do serviço público, tem as amarras do serviço público, que as outras instituições não têm.”
(MED4)

As diferenças dos modelos de gestão, destacadas pelos entrevistados, se refletem nas práticas descritas e observadas. Nas instituições públicas existe maior dificuldade para realizar compras, obras, contratação de pessoal, por exemplo. Este contexto tem influência direta sobre a organização e o desempenho institucional, comprometendo a integralidade do cuidado. Por outro lado, estabelecimentos da iniciativa privada têm autonomia para decidir se manter-se-ão ou não prestando serviços ao SUS. Ao escolher não estar mais credenciada ao sistema público, pacientes poderão ficar sem assistência. Tal condição foi relatada pelos profissionais de um dos municípios visitados.

“... dificuldades como aconteceu agora [na região de saúde vizinha], que fechou o serviço, (...) o pessoal da oncologia está completamente perdido há 4 meses..., sem tratamento nenhum. Simplesmente o serviço fechou, não vão atender mais SUS (,,). Ficou bastante complicado. Então o [paciente com tumor] hematológico a gente tá assumindo aqui..., mas o [paciente com] tumor sólido a gente não assumiu, porque a gente não tem perna para isso. E o paciente tá abandonado..., tão morrendo aqui. Infelizmente.” (MED4)

É preciso repensar a situação das contratualizações de prestadores de serviços da iniciativa privada para a alta complexidade em oncologia, que, em 2017, representam mais de 70% das instituições habilitadas, conforme demonstrado anteriormente (SILVA; MELO; OSORIO-DE-CASTRO, no prelo). O caminho parece passar pelo fortalecimento da gestão e da capacidade institucional dos estabelecimentos públicos, através da realização de indução financeira para que estas instituições estruturam a assistência em oncologia, seguindo o modelo que foi adotado para a APS.

A atuação da equipe multiprofissional foi um dos temas mais citados pelos profissionais. A relevância do trabalho multidisciplinar em oncologia sobre os resultados da terapia é bem evidente (ONUKWUGHA et al., 2015; HENRY et al., 2016). Esta noção parece se fazer clara para os entrevistados, considerando o reconhecimento das práticas realizadas e a necessidade de trabalhar de forma integrada aos demais,

“... poder trabalhar com a equipe multiprofissional ajuda muito nesse acompanhamento do paciente.” (MED3)

“Então esse campo da oncologia clínica hoje está mais aberto, está mais multiprofissional, vamos dizer assim.” (ENF5)

embora o trabalho de equipe não aconteça de forma integrada em todas as instituições.

“Por mais que a gente tenha uma ligação com os médicos, é muito longe, isso não tem. (...) então eu acho também que com uma equipe multidisciplinar a gente conseguiria fazer alguma coisa, mas sem isso fica difícil.” (FARM4)

Melhorias na qualidade do cuidado são observadas pelos pacientes quando da realização do trabalho multidisciplinar (TREMBLAY et al., 2017). É importante legitimar estes espaços de participação e decisão coletiva, em prol de benefícios para os pacientes.

Em relação aos fluxos de atendimento, cabe destacar que cada unidade apresenta uma rotina própria. Em algumas, a paciente com câncer de mama é inicialmente atendida pelo mastologista, em outras pelo oncologista clínico e em outra pelo cirurgião oncológico.

“Através da observação de uma alteração no exame clínico da paciente ou no exame de imagem, essa paciente é encaminhada diretamente aqui para nós, aqui nesse serviço. Aqui, ela é examinada ou pelo oncologista ou pelo mastologista, inicialmente; e daí se dá toda propedêutica e tratamento” (MED1)

“A paciente que tem suspeita pra câncer de mama normalmente ela é atendida na unidade básica, encaminhada pro Centro de Referência (...), que é onde elas encontram os mastologistas, que vão lá, realizam a biópsia. Sendo confirmada essa biópsia, ela é encaminhada para UNACON aqui, aí os cirurgiões oncológicos vão avaliar a possibilidade cirúrgica ou de quimioterapia.” (MED2)

Algumas unidades recebem o paciente com suspeita de câncer, e realizam dentro da instituição os exames de diagnóstico histopatológico e anatomopatológico. Outras só recebem o paciente após o diagnóstico realizado na rede de saúde, em centros especializados. Estas diferenças marcam a possibilidade de atraso de início de tratamento em algumas situações, ou pela demora interna em realizar os exames de diagnóstico, ou pelo longo tempo de atraso para a realização de diagnóstico na rede pública.

“Esses exames têm que ser mais rápidos. Um anatomopatológico hoje, ... aqui pra nós, acho que é mandado fora, nem é feito aqui, se eu não estou enganado. Então quer dizer, leva ... dias, ... pro exame voltar e o

médico ter a definição.” (ENF4)

“... a questão de demorar pro diagnóstico, a gente percebe também que a própria unidade básica de saúde demora muito para diagnosticar, (...) o paciente chega para nós em um estágio mais avançado por conta da demora realmente lá na unidade básica.” (ENF5)

A definição do fluxo de atendimento de pacientes oncológicos é de suma importância, para se evitar distorções. Atrasos no início do tratamento podem implicar em aumento dos gastos públicos e pior prognóstico (MEDEIROS et al., 2015). A definição de diretrizes institucionais capazes de orientar profissionais e pacientes sobre os fluxos de atendimento é uma necessidade. É essencial, ainda, que essas informações sejam previamente pactuadas, intra e interinstitucionalmente, e amplamente divulgadas.

A capacidade de atendimento de uma instituição está condicionada às condições das instalações físicas e a disponibilidade de profissionais, equipamentos, materiais, medicamentos e insumos. O aumento do volume de atendimento deve ser precedido de um planejamento adequado, a fim de evitar um colapso no sistema. Problemas relacionados à capacidade de atendimento foram enunciados pelos entrevistados.

“Hoje, eu atendo, em média, 25 pacientes por dia. Isso em sete anos, triplicou esse número, tranquilamente. Você imagina que daqui a sete anos, se isso triplicar de novo, eu vou tá atendendo 70 pacientes por dia. Oitenta. (...) Quer dizer, se isso não for organizado logo, na minha visão, logo... nós vamos ter um grande problema.” (ENF4)

“... aqui a gente atende praticamente 70% dos pacientes do estado, é muita coisa. Então cada dia mais a gente tem que se estruturar e até crescer em estrutura física pra poder dar conta desse aporte todo de paciente.” (MED3)

As falas destacadas revelam o quanto é necessário rever a capacidade de atendimento nas instituições. A falta de planejamento desorganiza as instituições e compromete o alcance da integralidade. Os profissionais das unidades localizadas em áreas de fronteira demonstraram grande preocupação com a situação dos imigrantes.

“... o fluxo [de estrangeiros]. Eles estão vindo pra cá na decorrência da falta de quimioterapia, que eles não conseguem comprar mais lá. Então estão todos vindo (...) e a gente não tem suporte para um país inteiro, até porque a gente tem um suporte limitado pro nosso estado.” (MED2)

A organização dos serviços para atendimento das necessidades dos pacientes com câncer parece estar sendo comprometida por uma diversidade de fatores, de caráter contextual e por aspectos estruturais e processuais. Essas questões, porém, são pouco identificadas ou desconhecidas por quem é responsável por habilitar as instituições de oncologia no Brasil. Processos de monitoramento e avaliação dos estabelecimentos de alta complexidade em oncologia precisam ser realizados, principalmente para compreender o quanto os problemas enfrentados pelas instituições podem estar afetando os resultados em saúde.

Resolutividade/Capacidade resolutiva

As falas dos entrevistados destacaram os seguintes temas em relação a este eixo de análise: integração e funcionamento da rede de atenção, regulação, burocracia, eficiência, equidade e cuidado integral. Verificou-se que as falas estiveram mais centradas nas explicações dos motivos, relacionados à capacidade resolutiva, que comprometem a resolutividade.

A ausência de integração e os problemas de funcionamento da rede de atenção apareceram como um dos principais motivos da falta de resolutividade, com destaque para: a insuficiência das ações de prevenção;

“... acho que a gente é muito falho nessa questão de prevenção. Se a gente tivesse uma boa prevenção a gente não teria tanto paciente aqui. Eu falo muito em termo de Brasil, não das instituições.” (ENF3)

o atraso para início dos tratamentos;

“Tem muitos pacientes que estão perdendo suas consultas, estão perdendo suas quimioterapias, estão perdendo seus exames, porque o município não marca. E eles chegam seis meses, um ano depois... isso tem acontecido.” (MED4)

o isolamento do paciente na alta complexidade;

“Falou que é câncer, tem um cartãozinho azul, ... então qualquer lugar que esse paciente vai buscar [atendimento] que seja pra cefaleia, eles [unidades básicas] não atendem. Ah não, a gente não mexe com paciente oncológico, é melhor você ir lá.” (...) então acaba o paciente voltando para cá. E tanto trajeto quanto tempo, mais o tempo de sintomas que demora para ser atendida, ela [paciente] sofre mais com isso...” (ENF5)

os problemas para realizar a contra referência;

“Olha, na realidade é o seguinte, eu acho que isso é praticamente não praticável no país [fazer a contra referência]. Eu acho que a gente precisa, primeiro, trabalhar os médicos da atenção básica pra receber essa paciente, porque são pacientes inseguras, que acham que sempre a doença vai voltar. E quais são os sinais que eles podem detectar precocemente que realmente sugerem que a doença está voltando? (...) eu acho que receber paciente já tratada, eu acho que a unidade básica não tá trabalhada pra isso.” (MED2)

a falta de informações unificadas em prontuário único;

“... muitas vezes acontece de o paciente, sei lá, começar o tratamento em um lugar e por alguma situação, vamos assim dizer, ele tenha que mudar. E acaba que as informações se perdem no meio do caminho, seja de tratamento, seja de algum problema que o paciente possa ter tido, uma reação adversa que esse paciente tenha tido (...). Então, o ideal era realmente ter essas informações interligadas, para que onde o paciente estivesse, a gente pudesse ter acesso a informação sobre o tratamento dele.” (FARM3)

e as dificuldades de comunicação, entre instituições, quando o paciente necessita realizar parte do tratamento em outro estabelecimento.

“Normalmente, quando o paciente vai pra tratar fora a gente faz um relatório da história do paciente, e porque que a gente está indicando esse tratamento fora. Dependendo da instituição, dependendo do que ele foi fazer fora, eles mandam um relatório de contra referência, (...) mas tem instituição que só bota: “fez radioterapia.” Ponto. Entendeu? E a gente sabe que precisa de informações a mais que isso. Aqui a gente tem um pouco dessa dificuldade, porque eu acho que não tem esse vínculo... porque a gente não tem um serviço exato de referência, vai pra vários serviços...” (MED2)

As diversas situações destacadas pelos entrevistados refletem a gravidade do problema da falta de integração e funcionamento da rede de atenção. Dificuldades não previstas nas normas e regulamentos. Situações de vida que real, que são experimentadas pelos profissionais e pacientes. Difícil mensurar resolutividade diante de um cenário tão adverso, complexo e “esquizofrênico”, devido à dicotomia existente entre o pensamento expresso nas políticas e o “trabalho vivo em ato” nas instituições.

Embora seja um dos componentes das RAS, o tema da regulação ganhou destaque diferenciado na fala dos entrevistados, considerando que a mudança da lógica estabelecida,

desde sua implementação, tem proporcionado importantes problemas para o acesso do paciente oncológico na alta complexidade.

“... a dificuldade que ele [Ministério da Saúde] trouxe com o SISREG [sistema de regulação], a impressão que eu tenho... não existe a boa vontade do funcionário lá da ponta, da secretaria de saúde do município, em se esforçar um pouquinho pra ver, ele procura onde ele [o paciente] quer [ser tratado] ou porque existe algum acerto para ser atendido em alguma instituição. Então ele não vê se tem outra que pode atender antes. Então, tudo isso são coisas que interferem, eu acho, que no encaminhamento...” (MED4)

A situação revelada na fala acima traz elementos importantes para a reflexão sobre o modelo de regulação vigente no país. A primeira refere-se à capacitação dos reguladores para operar o sistema. Além da questão da “boa vontade” expressa na fala da entrevistada em dar agilidade ao processo, parece existir conhecimento insuficiente dos reguladores quanto ao problema do câncer, em termos de priorização do atendimento. Principalmente quando se considero o estadiamento do tumor e outras condições clínicas do paciente. É preciso dar celeridade ao processo de forma que o indivíduo com câncer receba o tratamento oportuno em tempo adequado, do contrário não será possível atingir resultados positivos no tratamento (CASANOVA et al., 2017).

“Às vezes, quando chega pra gente ..., o médico já cai o semblante, ele já sabe que, ali, ele vai fazer o que for possível, mas o possível pro médico, às vezes, não é tudo que ele [gostaria de fazer]..., não é a cura definitiva do paciente, né...” (ENF4)

Ainda em relação à regulação, resgatando o que foi abordado pela entrevistada MED4, os desejos e as escolhas dos pacientes estão sendo totalmente desconsiderados pelos reguladores. Considerando a teoria da RAS, é preciso tentar conciliar as possibilidades existentes com os desejos do paciente, se isso não ocorrer aumenta-se o risco da não adesão ao tratamento, da descontinuidade do cuidado (EPSTEIN et al., 2017). Se a assistência oncológica não for centrada no paciente, o que envolve as suas preferências, não será possível prover cuidado integral em saúde. Ignorar essa condição, é desumanizar a atenção sanitária prestada.

Cabe ainda destacar, a necessidade de que o sistema de regulação funcione em prol do cuidado ao paciente, evitando fragmentar o processo de atenção à saúde. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, para a atenção oncológica, existem duas filas de regulação, uma

municipal – que regula o diagnóstico, e uma estadual – que regula o tratamento oncológico (PINTO et al., 2017). Embora esta condição não tenha sido observada nos casos estudados na presente tese, faz-se importante estar atento a esses modelos de regulação que estão sendo estruturados pelo país. A desagregação do sistema dificulta a identificação do fluxo do paciente na rede assistencial, implicando na impossibilidade de mensuração dos resultados de saúde, e o planejamento e gestão ao nível local, por se desconhecer as reais necessidades dos usuários. Além disso, desorienta o paciente e seus familiares, em um momento de grande fragilidade emocional, frente as incertezas sobre o futuro.

A burocratização do sistema, que afeta a vida das instituições, também é apontada como um dos problemas que influenciam a resolutividade. Os principais destaques quanto a este tema, foram relacionados aos atrasos na aquisição dos medicamentos,

“... a gente trabalha com paciente com câncer e fica muito sensibilizado com eles. Mas eu acho que o acesso ao medicamento pelos pacientes, eu acho que deveria ser menos burocrático, mais acessível e até mais ágil (...) a gente fica: “por que tanta burocracia se a gente sabe que esses pacientes precisam de tudo muito rápido?”. (FARM3)

e aos atrasos nas autorizações para iniciar o tratamento.

“... infelizmente, pela burocracia do sistema, às vezes dá ... três meses, quatro meses, demorou seis meses, cara, seis meses pra [iniciar tratamento de] um tumor de mama, um CA de próstata, um CA de ovário, um CA de pâncreas... não é o tempo que a gente tem pra gastar, entendeu?”. (ENF4)

As questões burocráticas destacadas podem trazer impactos importantes para o início e/ou para a continuidade da assistência prestada. As falas demonstram as angústias vividas pelos profissionais, por saberem que os entraves burocráticos têm sido determinantes no prognóstico negativo dos pacientes. É preciso pensar em estratégias alternativas para as situações enfrentadas, em prol da resolutividade e da integralidade.

No que se refere à eficiência, os entrevistados destacaram os atuais investimentos realizados, pelos entes federados, para a realização de TFD,

“Quanto gasto tem cada ambulância pra trazer paciente pra cá? Passar o dia inteiro, aí tem comida, aí às vezes tem repouso, porque o paciente tem que ficar a semana inteira aqui. Aí tem que arrumar casa

de apoio, ou o próprio paciente tem que custear o custo dele no hotel. Então isso tudo gera muito custo...” (ENF4)

e a falta de preocupação governamental com os resultados gerados frente ao investimento realizado.

“... o serviço público não olha com muitos bons olhos a oncologia. Infelizmente, eles sempre acham que é um gasto, é um ralo sem fundo, só que ninguém arregança a manga e olha a oncologia (...) A impressão que eu tenho é que existe uma lavagem de mãos do Ministério, em relação a custear isso que eles sabem que é um direito da população (...) Não é simplesmente dizer assim: “eu dou o dinheiro e você gasta como você quiser.”” (MED4)

As duas condições expressas nas falas trazem importantes reflexões sobre o tema da eficiência. A primeira nos faz questionar se não seria mais econômico utilizar os altos investimentos empregados para TFD, para a criação de novos centros de tratamento de oncologia em outras RS, ou ainda, para estruturar outros serviços não oferecidos nas instituições já habilitadas, por exemplo, radioterapia. Esta é uma questão importante, pois, a existência de custeio financeiro para realizar TFD (BRASIL, 1999), não é garantia de que o paciente poderá se beneficiar do uso deste recurso, uma vez que questões sociais e clínicas podem inviabilizar o deslocamento do paciente para outras localidades.

“... a nossa dificuldade de acesso, que a maioria é aéreo, nem todos pacientes conseguem subir num avião. Pacientes que têm metástase cerebral não conseguem andar, pra sentar no avião, fazer uma viagem de uma hora e descer pra radio, entende? E se for de ônibus aqui é pior ainda, porque é no mínimo 10 horas. Então, pacientes de pulmão que precisam de oxigênio não conseguem sair daqui pra fazer radioterapia. Paciente que tem compressão medular, que não deambula (...), é difícil você conseguir mobilizar eles com o transporte aéreo, porque eles não conseguem sentar muito tempo, é cansativo, têm dor, pra poder fazer a radioterapia.” (MED2)

Além disso, a temporalidade empregada para um paciente conseguir autorização para realizar TFD pode ser longo demorado, o que irá refletir na resolutividade.

“A gente pede o TFD e passa tudo via secretaria. Eles que entram em contato com o serviço solicitando a vaga e daí eles que programam a viagem do paciente, entende? (...) às vezes esse processo demora 60 dias, entendeu? Porque assim, depende de ter vagas em outros serviços,

e esse serviço disponibilizar a vaga...” (MED2)

A segunda reflexão sobre o tema da eficiência, que se refere à falta de preocupação governamental com os resultados do tratamento do câncer, é de suma importância. A ideia apresentada na fala da entrevistada MED4, de que o governo age como “*Pôncio Pilatos*”, ao transferir as suas responsabilidades para as instituições, sem se responsabilizar diretamente com os resultados das escolhas terapêuticas que são realizadas pelos hospitais habilitados, é bastante oportuna. Não há por parte do SUS, qualquer tipo de auditoria terapêutica, e é muito difícil realizar, com os dados disponibilizados nos atuais sistemas de informação, análises, em perspectiva global, sobre a relação existente entre os medicamentos que estão sendo utilizados nos pacientes com câncer e os desfechos obtidos (SILVA; MELO; OSORIO-DE-CASTRO, no prelo). Certamente, esse posicionamento governamental compromete a eficiência e a equidade em oncologia.

A equidade também foi um dos temas ressaltados pelos entrevistados, quanto à impossibilidade de oferecer o tratamento para todos os pacientes que dele necessitam.

“... o acesso a esses medicamentos padronizados eu tenho limite, começa por aí. Assim, às vezes eu preciso, vamos dizer assim, sair um [paciente] da lista pra entrar outro, então... Você não tem pra todo mundo, porque é muito caro. Então você tem que provar que aquele paciente tem que usar. Então eu acho que deveria ter pra todo mundo.” (FARM4)

A fala expressa o sofrimento do profissional em não poder cuidar de todos os pacientes da mesma forma. Ao mesmo tempo, promove um alerta sobre as dificuldades enfrentadas pelas instituições, dada as restrições orçamentárias em que operam. Além de problemas internos para garantir tratamento igualitário a todos os pacientes, diferenças institucionais também são verificadas entre os estabelecimentos habilitados (KALIKS et al., 2017). Estas disparidades promovem padrões diferentes de tratamentos aplicados aos pacientes oncológicos no SUS, e tem origem, dentre outras causas, no insuficiente número de PCDT-Onco publicados pelo MS.

“Na realidade, a impressão, assim, que eu tenho é que não existe, primeiro, interesse nenhum do Ministério em definir muito bem protocolos. Porque os protocolos..., no decorrer do tempo, eles se modificam e essa modificação, se depender do Ministério da Saúde para fazer um consenso, eu acho que vai levar muito tempo.” (MED4)

As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), geralmente publicadas pelo MS para a assistência oncológica (BRASIL, 2014b), não são substitutivas dos PCDT. Esta indefinição entre ‘protocolos’ está em dissonância com as normas estabelecidas para o funcionamento do SUS (BRASIL, 2011a), que estabelece que devem existir PCDT para atendimento das doenças que são tratadas no âmbito do sistema de saúde; que os protocolos devem ser atualizados a cada dois anos; e que os PCDT devem orientar a prescrição de medicamentos.

Sobre o cuidado integral, todos os entrevistados destacaram que esse direito constitucional não tem sido garantido em oncologia.

“Então eu acho que a gente está longe de garantir essa integralidade pro paciente oncológico.” (MED2)

Falta de exames, de medicamentos, de profissionais, de serviços de radioterapia, de atenção domiciliar, entre outros, estão os motivos pelos quais os entrevistados entendem que não está sendo oferecido cuidado integral ao paciente com câncer. As deficiências relatadas, de fato, estão sendo apontadas na literatura como verdadeiras barreiras para o alcance da resolutividade em oncologia (CORTIS et al., 2017).

Sendo as instituições habilitadas as responsáveis pelo tratamento oncológico, era esperado que conhecessem os resultados das práticas que estão sendo desempenhadas em seus serviços, principalmente quanto aos tratamentos utilizados. No entanto, essa expectativa não foi atendida. Nenhum dos serviços investigados mensurava a resolutividade das ações empreendidas, especialmente em relação aos protocolos utilizados.

Respostas institucionais

As respostas institucionais corresponderam as estratégias estabelecidas como tentativas de solução para alguns dos problemas relatados. Os temas mais destacados nesta subcategoria foram: judicialização; apoio das Organizações Não Governamentais (ONG) e voluntariado; projeto itinerante; *delivery* da hormonioterapia; e terceirização de serviços.

Assim como ocorreu com os gestores, o tema da judicialização foi amplamente enunciado pelos profissionais. No entanto, as falas deste grupo de entrevistados estiveram mais centradas nas motivações, que, invariavelmente, nascem a partir da prescrição do médico (perspectiva é do médico),

“Normalmente, a gente como médico, a gente tem que esclarecer para o paciente quais são as possibilidades que existem na comunidade científica, é nossa obrigação. A gente não pode omitir, assim, banir o paciente de ter o benefício de uma medicação porque o SUS não cobre, né? (...) A partir daí o paciente, se tiver interesse, eles entram via judicial para conseguir a medicação. O que vem se tornando uma coisa muito frequente no SUS, no Brasil inteiro...” (MED2)

“O que a gente tem aqui é a judicialização, quando o paciente, por exemplo, tem muitas medicações que a gente sabe que para determinado tipo de protocolo, de doença, de diagnóstico, precisa daquele tipo de medicação, que é o dever do médico ele prescrever o que tem de melhor. Mas nem sempre está na APAC, faz parte da relação, então vai pra justiça até conseguir.” (ENF3)

e nos efeitos do trâmite judicial, do processo, no tratamento.

“[as demandas judiciais] promovem atrasos, porque a gente fornece o laudo pro paciente explicando qual o remédio, qual a indicação, porque ele deve tomar, e qual o estudo que a gente referenciou nisso. Então ele vai no Ministério Público ou na Defensoria Pública, dá entrada no processo, aí eles reconhecem, pegam o laudo, vêm aqui na secretaria. Pedem uma notificação da secretaria se eles realmente não têm esse remédio, para depois dar entrada no processo. Isso leva no mínimo, no mínimo, sendo muito generoso, 30 dias. Então assim, para o paciente começar a usar a medicação vai ser 60 dias...” (MED2)

“A gente processa o estado, a gente não processa a União... o estado vem trazendo vários empecilhos, fica pegando detalhe de relatório, ou às vezes até libera, mas aí o procurador vem com uma liminar e suspende o tratamento do paciente. Então, o paciente começa e daqui a pouco para o tratamento na metade...” (MED5)

Quanto às motivações apresentadas, as questões destacadas giram em torno da atualização científica e do custo do tratamento. Já foi apontado que o processo de atualização terapêutica na área da oncologia é bastante dinâmico e significativo. Nos últimos anos, a maioria dos medicamentos lançados e das pesquisas clínicas em andamento são com fármacos antitumorais (SILVA; MORAES, 2017). A atualização dos PCDT na temporalidade prevista por lei, é um importante instrumento para minimizar este tipo de justificativa (VIDAL et al., 2017). No entanto, é preciso destacar que a decisão médica é sempre, ou quase sempre, o iniciador do processo de demanda de medicamentos por via judicial. Neste ponto, a necessidade real do paciente pode não ser questionada, uma vez que a prescrição é aceita como soberana pela Justiça (PEREIRA; PEPE, 2015), especialmente no câncer, face às questões psicossociais subjacentes,

à complexidade e à urgência da atenção. Os déficits do financiamento da terapia oncológica já foram destacados anteriormente.

Em relação aos efeitos, foram destacados os problemas de atraso para início e descontinuidade dos tratamentos. Ambas as condições são preocupantes devido ao agravamento dos casos, por aumentar a chance de recidiva em situações já controladas e por elevar o risco de mortalidade.

Ainda sobre a judicialização, chama atenção duas questões que foram apontadas pelos entrevistados. A primeira se refere ao modo de operação que as instituições adotam para que os pacientes acionem a justiça.

“Aqui é assim, o hospital me dá total autonomia para eu solicitar o que eu quiser para o paciente meu. Então assim, a gente pode solicitar o que quiser. A gente dispõe de um advogado que não é contratado do hospital, ele vem aqui de forma voluntária e ele faz ações para os pacientes de SUS.” (MED5)

As relações duvidosas estabelecidas pelas ações voluntárias para a impetração de demandas judiciais em oncologia, vêm sendo analisadas em outros estudos, que demonstram interesses particulares em detrimento dos coletivos (SOARES; DEPRÁ, 2012; DEPRÁ; RIBEIRO; MAKSUD, 2015; SILVA; PIMENTA, 2017). Portanto, institucionalizar esse tipo de prática pode ampliar as iniquidades e propiciar maiores dificuldades para o sistema responder adequadamente às necessidades de saúde da população.

A segunda questão é que em havendo parecer favorável pelo Ministério Público para a ação judicial impetrada, os pacientes estão recebendo, dos entes federados, o valor financeiro para a compra dos medicamentos.

“Ele entra na justiça, ele ganha, como o estado não consegue comprar, o estado deposita o dinheiro na conta desse paciente. O paciente que tem que efetuar a compra. O paciente mal conhece a medicação, sabe no papel que tá escrito 1 mg, mas ele não entende; ele não tem acesso ao sistema de compra, ele não sabe de quem comprar.” (FARM2)

Ao transferir para o paciente a responsabilidade da aquisição do medicamento, uma série de situações devem ser analisadas. Primeiramente, conforme apontado pelo entrevistado, o paciente não tem conhecimento técnico e nem administrativo suficiente para realizar a aquisição do medicamento. É cruel pensar que em momento de tanta fragilidade física e emocional, o indivíduo com câncer ainda tenha que conviver com esta situação. Em segundo lugar, existem

questões de ordem sanitária, relacionadas ao transporte, ao armazenamento, às características do produto e à falsificação, dentre outras, que precisam ser observadas no momento da compra de um medicamento (LUIZA; OSORIO-DE-CASTRO-NUNES, 1999). Não é esperado que o paciente tenha domínio sobre estes aspectos. Em terceiro, cabe questionar o seguinte: mesmo que o paciente tenha conseguido comprar o medicamento, em que local irá acontecer o preparo do mesmo? Assumir o preparo de um produto, sem ter a certeza de que todos os requisitos de boas práticas foram rigorosamente cumpridos, é extremamente arriscado. Portanto, transferir a responsabilidade da aquisição dos medicamentos é uma atitude perigosa e desumana.

A segunda temática destacada pelos entrevistados, neste eixo, foi o apoio das ONG e voluntariado. O apelo social do câncer favorece a mobilização das pessoas, individual ou coletivamente. As ações voluntárias têm sido um importante apoio para as instituições de saúde, em especial para os centros de tratamento de oncologia.

“As pacientes, quando elas passam por todo o tratamento, elas têm o acompanhamento de um grupo de apoio de mulheres [voluntárias] do serviço de oncologia...” (FARM2)

“tem a casa de apoio [da ONG], onde elas acolhem alguns pacientes do interior, principalmente, quem não tem onde ficar e que precisam fazer, por exemplo, um tratamento de radioterapia, que são vários dias seguidos, ou uma quimioterapia que são vários dias seguidos. Aí elas acolhem aquele paciente durante aqueles dias, para que ele possa ficar nessa casa de apoio e fazer o tratamento, para no final do tratamento, do ciclo, eles irem para casa.” (FARM3)

As ações voluntárias buscam suprir algumas necessidades que não são atendidas pelos órgãos governamentais. Além do apoio social, por vezes, realizam suporte espiritual e terapêutico para os pacientes (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

O projeto itinerante foi um tema tratado pelos profissionais do município 3. Trata-se de uma estratégia utilizada para divulgar ações de prevenção, realizar diagnóstico precoce e informar à população sobre o fluxo de atendimento institucional.

“Tem a oncologia na estrada também, que a gente deu uma paradinha agora, (...) que vai a equipe multiprofissional, (...) a gente pega um município, uma cidadezinha dessa aí, entra em contato com a Secretaria de Saúde, e aí eles esperam a gente, comunicam a comunidade toda e aí a gente vai dar palestras no auditório para essa comunidade, [sobre] prevenção de câncer (...) Inclusive, a partir desse projeto, a gente teve alguns pacientes que a gente conseguiu trazer para

vir para o centro de oncologia para tratamento...” (ENF3)

A realização do projeto pela instituição demonstra o quanto à mesma reconhece o seu papel na RAO, não sendo apenas uma executora do tratamento, cumprindo com o que foi contratualizada, mas ampliando as suas ações para fortalecimento da linha de cuidado em oncologia.

Outro tema abordado, no contexto das respostas institucionais, foi o *delivery* da hormonioterapia para pacientes que residem em outros municípios. Utilizar as farmácias das UBS para dar suporte para os centros de oncologia na continuidade do cuidado ao paciente com câncer é uma estratégia fundamental, no processo de estruturação da RAO (NEKHLUDOV; O'MALLEY; HUDSON, 2017).

“A gente tem municípios próximos e a gente separa as medicações. (...) a gente separa todas as pacientes que são dessa região, a gente põe o nome em cada caixinha (...) a gente coloca no container e a prefeitura busca a medicação. Então a prefeitura pega essa medicação, leva pra farmácia, e o paciente de lá busca na própria instituição.” (FARM1)

Embora a entrega de hormonioterapia realizada pelas secretarias de saúde para as pessoas que residem em outros municípios seja dotada de racionalidade, não é possível saber se os pacientes estão utilizando os medicamentos de forma apropriada ou se estão apresentando alguma RAM, que precisa ser manejada.

“... é muita cidade do interior, a maioria dos pacientes é do interior. Às vezes, vem motorista de ambulância pegar, eu não tenho contato com o paciente, às vezes o motorista vem pegar remédio pra dez pacientes. Então que garantia que eu vou te afirmar que o paciente, que esse remédio tá sendo entregue pro paciente, que o paciente tá tomando direito? Eu não sei. Eu já fiquei sabendo de caso que o paciente tava com três caixas em casa, não queria tomar.” (FARM4)

Não se pode negar, ainda, o risco de desvio da hormonioterapia encaminhada, uma vez que a entrega não foi realizada diretamente ao paciente.

“Já teve caso de paciente vir aqui, falar: “ó, eu vim buscar meu remédio”. [E eu responder:] “Não, o seu remédio já saiu”.” (FARM4)

A terceirização dos serviços foi um tema enunciado pelos profissionais do município 2.

No entanto, o relato mostra o que pode ser considerado como ‘fraude’. De acordo com os entrevistados, quando faltam medicamentos para realizar o tratamento quimioterápico, os pacientes são encaminhados para um serviço da iniciativa privada, não habilitado pelo SUS, para a realização do procedimento. A unidade habilitada preenche a APAC e o valor ressarcido é cambiado para o serviço privado.

“O nosso serviço ele tem um... contrato com uma clínica particular, que também fornece serviço de quimioterapia. Quando falta medicação no estado, o paciente é referenciado pra esse serviço privado. Enfim, é referenciado e ele faz o tratamento por lá. E aí assim, dependendo da época, há época em que, sem sombra de dúvida, 60% dos nossos pacientes estão lá. E há época que 90% dos nossos pacientes estão aqui. Então é muito sazonal, por culpa do processo de aquisição, da medicação...” (FARM2)

A terceirização – informal – dos serviços para a realização de procedimentos de quimioterapia é uma atitude temerosa. Embora se compreenda, pela fala dos profissionais, a busca em tentar solucionar o risco de descontinuidade do tratamento pelo paciente, frente ao desabastecimento de medicamentos, gera preocupação o atendimento realizado em um centro não habilitado pelo SUS. Não é possível saber se o serviço privado está atendendo às mesmas condições. Além disso, a desorganização do sistema traz situações conflituosas para os pacientes, por estarem sendo atendidos por profissionais diferentes, em estruturas físicas e operacionais distintas. Do ponto de vista prático, é um plano de contingência ineficiente, uma vez que não promove soluções definitivas ao problema identificado – a falta de medicamentos, e favorece o uso inadequado dos recursos públicos.

6.4.3.3 Quanto à operacionalização da AF

A análise da AF, nesta etapa, privilegiou as atividades realizadas no contexto da microgestão, conforme apresentado na Figura 9 (pag. 59), a saber: dispensação de medicamentos, manipulação da quimioterapia e seguimento farmacoterapêutico. No entanto, atividades transversais e desenvolvidas no contexto macropolítico e de macrogestão da AF, também foram destacadas, tais como: educação em saúde, farmacovigilância, informação, financiamento e aspectos logísticos.

Considerando a organização e o desempenho da AF, as subcategorias que compuseram este eixo de análise foram: conformação e estrutura; financiamento; tecnologias; e efeito das

intervenções.

Conformação e estrutura

A análise da conformação e estrutura considerou tanto as situações relatadas pelos entrevistados, como os resultados da observação direta realizada.

Os temas que emergiram das falas dos entrevistados foram: estrutura organizacional; atividades; processos; protocolos; e formação.

A estrutura organizacional dos serviços farmacêuticos em centrais de tratamento oncológico deve cumprir com um conjunto de requisitos estabelecidos em normativa vigente (BRASIL, 2004a), além de atender padrões de boas práticas de manipulação de medicamentos antineoplásicos (SOBRAFO, 2014). Em nenhum dos serviços visitados foi possível perceber o atendimento, em plenitude, dos critérios descritos nas normas. A questão que mais se destacou foi o fato dos serviços não terem salas de manipulação classificadas e possuírem pressão negativa em relação às salas adjacentes. Esta condição favorece o risco de contaminação dos medicamentos que estão sendo manipulados e a saúde dos trabalhadores, devido ao risco ocupacional. A situação se agrava por conta da inadequação do uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) pelos manipuladores.

Em quatro serviços (1, 2, 3 e 4), a central de preparo de quimioterapia estava física e operacionalmente integrada ao serviço de oncologia. Na unidade 5, a área de manipulação estava dentro do serviço de farmácia hospitalar, exigindo o transporte do medicamento manipulado por diversos andares do hospital, até chegar ao serviço de oncologia.

“Nossa farmácia de quimioterapia está no segundo piso e a farmácia ambulatorial está no quinto piso, junto com a QT ambulatorial, a assistência. Então a gente faz as medicações no segundo piso e leva até o quinto piso...” (FARM5)

O transporte, de medicamentos quimioterápicos manipulados, deve ser realizado em caixas hermeticamente fechadas. Os profissionais devem ser devidamente treinados e é necessário a existência procedimentos operacionais padronizados (POP) e *kit* de derramamento acessível para os casos de acidentes pessoais e ambientais (BRASIL, 2004a). Nem todas as exigências para transporte estão sendo atendidas na unidade.

A manipulação dos medicamentos antineoplásicos é uma atividade que deve ser realizada exclusivamente por farmacêuticos (CFF, 2012). Na unidade 5, o processo era realizado por técnicos treinados, gerando preocupação em outros membros da equipe.

“Hoje nós não temos só farmacêuticos manipulando, nós temos profissionais que são preparados, eles têm o segundo grau completo, mas não são graduados, não são farmacêuticos. Mas eles são treinados para aquela atividade. Então acredito que se fosse farmacêutico realmente que estivesse ali, preparando, também melhoraria o nível de segurança do paciente e muito.” (ENF5)

A preocupação apresentada pela profissional é plausível, uma vez que os farmacêuticos são os profissionais que estão preparados para a realização desta atividade (SILVA, 2016), e que falhas na etapa de manipulação aumentam o risco de danos aos pacientes (WHITE et al., 2014). No entanto, a farmacêutica do serviço buscou na segurança do paciente e no número limitado de farmacêuticos trabalhando com oncologia (dois) na unidade, explicações para a prática adotada.

“Então aqui na instituição nós tivemos que optar por onde ficar, qual era o local que tinha mais perigo de se acontecer um erro, porque nós não temos manipuladores farmacêuticos. (...) Ficamos do lado de fora [da sala de manipulação], avaliamos todas as prescrições, interações medicamentosas, damos suporte médico, fazemos trabalho de consultoria, bastante consultoria aqui dentro. E a gente viu que a gente ficando do lado de fora (...) havia menos erros...” (FARM5)

Questões relacionadas ao grande volume de atendimento em relação ao número de farmacêuticos atuantes, também foram destacadas por outras unidades.

“Nós somos em quatro farmacêuticos aqui na quimioterapia, um total de manipulação altíssimo, não tenho só paciente adulto, tenho paciente infantil, tem dispensação de orais, tem nutrição parenteral que tá no setor...” (FARM4)

A excessiva quantidade de trabalho é um dos principais motivos de falhas cometidas pelos trabalhadores, além de ser importante causa de adoecimento (JONES et al., 2017).

A dispensação de quimioterapia oral e hormonioterapia acontecia em todas as unidades visitadas. As instituições públicas (2 e 4) também faziam entrega de medicamentos de suporte da quimioterapia, que eram comprados pelo hospital. Na unidade 5, a dispensação da quimioterapia oral e hormonioterapia era realizada por profissional técnico, sem supervisão farmacêutica.

“... nesse quinto piso, que está a farmácia ambulatorial de dispensação,

ficam duas colaboradoras, que também são treinadas por nós. A gente tenta deixar o máximo possível de informação para elas darem para o paciente, porque não tem farmacêutico lá, também.” (FARM5)

O uso das terapias orais para o tratamento do câncer não é isento de risco. É fundamental que pacientes e cuidadores sejam adequadamente orientados quanto aos cuidados com armazenamento, administração e descarte (SHAH et al., 2015). Para alguns pacientes serão necessárias estratégias que favoreçam a adesão a terapia, além de ações voltadas a detecção e manejo das RAM (ABRAHAM et al., 2016).

O Quadro 9 apresenta um resumo dos aspectos estruturais da AF, nas instituições habilitadas para a realização da quimioterapia, identificados por observação direta.

Quadro 9: Aspectos estruturais da assistência farmacêutica em instituições habilitadas para realização de quimioterapia.

Instituição	MUN1	MUN2	MUN3	MUN4	MUN5
Lista de medicamentos selecionados	Não disponível	Disponível	Disponível	Disponível	Disponível
Formulário terapêutico	Não disponível	Não disponível	Disponível	Disponível	Disponível
Protocolos institucionais	Não disponível	Não disponível	Não disponível	Disponível	Disponível
POP	Não disponível	Disponível	Disponível	Disponível	Disponível
Área de manipulação de quimioterapia	Inadequada	Inadequada	Inadequada	Inadequada	Inadequada
Dispensação ambulatorial	Quimioterapia oral e HT	Quimioterapia oral, HT e med. suporte	Quimioterapia oral e HT	Quimioterapia oral, HT e med. suporte	Quimioterapia oral e HT
Seguimento farmacoterapêutico	Não realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza
N.º de farmacêuticos no serviço de QT	1	2	5	4	2

* POP: Procedimento Operacional Padronizado; QT: Quimioterapia; HT: Hormonioterapia; med.suporte: medicamento de suporte da quimioterapia.

Fonte: Elaboração própria

Em relação às atividades desenvolvidas, no contexto da AF em oncologia, a manipulação da quimioterapia foi a atividade mais citada entre os entrevistados.

“Para mim, eu acho a questão da manipulação mesmo [a atividade mais importante realizada pela farmácia]... Da questão do identificar a dosagem certinha, de manipular ela de forma correta...” (ENF1)

“As atividades que a gente faz mais, é a atividade da manipulação, que

é a parte mais técnica...” (FARM2)

Foram ainda ressaltadas, as atividades de prevenção de erros de medicação,

“... a questão da farmácia, eles são capacitados em questão de barreira, de alguma dosagem que às vezes não está adequada ali, que tem essa percepção de estar encaminhando, levando isso ao médico ali, para poder fazer a troca.” (ENF1)

as atividades clínicas,

“... a gente já cresceu bastante em questão de farmácia clínica, de reconciliação medicamentosa, avaliação de todas as prescrições, que é difícil hoje, em um hospital como a Santa Casa, passar pela farmácia todas as prescrições médicas a serem avaliadas, principalmente aqui na oncologia...” (ENF3)

as ações de educação em saúde,

“... toda medicação que é recebida pela pessoa, o que é, por exemplo, comprimido, com certeza tem orientação do farmacêutico, que daí o farmacêutico faz orientação como tomar. Então, como tomar a medicação, horário, orientação, que não pode faltar ou se tem intervalo, período de intervalo... eles têm os papezinhos que eles orientam” (MED4)

e as atividades logísticas.

“As demais atividades que a gente desenvolve é a aquisição de medicamentos, que a gente faz direto do centro de distribuição de medicamentos; o armazenamento; o controle da dispensação; o fluxo; controle de temperatura; essas partes mais operacionais...” (FARM2)

É interessante observar que todos os profissionais, em todas as instituições visitadas, entendem a AF apenas como um conjunto de atividades realizadas exclusivamente pelos farmacêuticos. Não foram elencadas as práticas multidisciplinares, ou aquelas realizadas por outros profissionais, relacionadas à AF, como, por exemplo, definição de protocolos, prescrição, administração e seleção de medicamentos, entre outros.

No que se refere aos processos de trabalho foram destacadas duas situações. A primeira foi referente aos mecanismos para solicitar os medicamentos de compra centralizada pelo MS.

“Eu não acredito que seja um limitante, mas eu vejo que tem meses... Por exemplo, no caso do trastuzumabe: tem meses que as planilhas elas chegam direitinho, mensalmente, para serem preenchidas e a gente consegue pedir a medicação direitinho. Tem meses que a planilha já vem trimestral, acho que pelo fato deles reorganizarem ou de comprarem, a forma que eles compram lá.” (FARM1)

A ausência de um padrão no processo de programação de medicamentos, inclusive pelo nível central (MS), cria dificuldade para a organização dos serviços e favorece a falta de medicamentos para os pacientes. Problemas de desabastecimento dos medicamentos fornecidos pelo MS foram destacados por algumas unidades.

“...o imatinibe faltou no final do ano passado, por 30 dias.” (FARM2)

“Bom, hoje o maior problema é o da dactinomicina, que o Ministério tá aí, nem sei que pé que tá, tava em licitação; e agora eu acabei de ficar sabendo da asparaginase, que ele [o MS] não mandou, que não tem mais estoque de asparaginase. Quer dizer, a gente tem adulto, infantil, não sei o que vai acontecer.” (FARM4)

Os medicamentos que são comprados centralmente pelo MS são aqueles considerados essenciais para o tratamento do câncer e/ou que possuem alto custo (GADELHA; MARTINS; PETRAMALE, 2015). Sua falta, portanto, compromete a efetividade do tratamento, e a própria vida do usuário. Há de se destacar, também, que as irregularidades no abastecimento de medicamentos têm sido utilizadas como motivos para a efetivação de demandas judiciais (MORAES; OSORIO-DE-CASTRO; CAETANO, 2016).

A segunda questão destacada na temática dos processos de trabalho refere-se à avaliação da prescrição médica.

“... ultimamente elas [as farmacêuticas] vêm pegando muito assim, pra que a gente registre tudo no prontuário, assim: redução de dose, alteração de peso, mudança de dose. Porque se a gente não coloca, elas ligam para a gente para poder confirmar a dose do medicamento.” (MED5)

A avaliação da prescrição pelo farmacêutico envolve a verificação da dose, compatibilidade, estabilidade, interações potenciais e viabilidade do tratamento (SILVA; MORAES, 2017). Em casos de identificação de inconsistências nas prescrições, o médico deverá ser informado e as alterações devem ser devidamente registradas. Erros de prescrição

podem produzir resultados fatais. Além do olhar atento do farmacêutico, a utilização de alerta em programas computadorizados tem sido empregada como importante estratégia para mitigar esses erros de prescrição em oncologia (SUZUKI et al., 2017).

Os protocolos são importantes ferramentas auxiliares na tomada de decisão institucional e um norteador para a construção do plano terapêutico dos pacientes. As unidades habilitadas para a alta complexidade em oncologia no SUS, devem elaborar os seus protocolos institucionais baseados nos PCDT-onco publicados pelo MS (BRASIL, 2014a). Esta condição, porém, não foi observada em algumas das instituições visitadas.

“A gente tem o nosso protocolo institucional, mas que se baseia em protocolos de outras instituições, principalmente do ICESP¹, que é uma instituição nacional que tem protocolos; e protocolos internacionais, NCCN², entendeu? A gente usa muito o MOC³...” (MED2)

“A gente acaba seguindo muito as diretrizes internacionais, pra conduta de cada médico. A gente não tem protocolo institucional... definido, e a gente acaba seguindo muito os protocolos internacionais, NCCN, os guidelines. E aí a conduta é muito de cada médico. É muito pessoal, (...) A gente define os esquemas de acordo com os valores de APAC...” (MED3)

A utilização de protocolos de outras instituições, inclusive internacionais, ou a sua ausência, podem ser indutores de judicialização. Ademais, a indefinição dos protocolos institucionais promove iniquidades, devido ao fato de não haver um padrão de tratamento (VIDAL et al., 2017). Permitir que as escolhas terapêuticas não sejam baseadas em evidências, mas em decisões individualizadas, proporciona desigualdades e permite que seja ofertado ao paciente tratamento com padrão inferior ao preconizado pelo SUS (KALIKS et al., 2017). Destaca-se, ainda, o uso do valor da APAC como parâmetro para definição do tratamento dos pacientes. A despeito do subfinanciamento, desconsiderar as necessidades reais do indivíduo com câncer devido ao valor que será ressarcido, revela a perversão do sistema e um certo descaso com o ser humano.

Ainda sobre os protocolos, ressalta-se que estes devem ser elaborados de maneira coletiva, por toda a equipe multidisciplinar. Diferentes olhares contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado e redução dos custos (LIEKWEG; WESTFELD; JAEHDE, 2004).

¹ ICESP: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

² NCCN: *National Comprehensive Cancer Network*

³ MOC: Manual de Oncologia Clínica

Contudo, nas unidades visitadas, o processo de definição dos protocolos esteve centrado no médico.

“... os protocolos de quimioterapia de mama eu que fiz. Assim, eu revisei e eu coloquei novos protocolos, e quando a gente prescreve a quimioterapia, eles [farmacêuticos] revisam as doses e passam para a enfermagem para poder ser feito.” (MED5)

“Então é critério do médico, ele acha que precisa mudar um pouquinho o protocolo, precisa entrar com uma... potencializar mais uma droga, iniciar com uma outra diferente, acrescentar uma, tirar outra... isso aí é decisão do médico oncologista clínico. A gente respeita isso e o pessoal da farmácia também entende isso... e a gente vai seguir aquilo que o médico propôs.” (ENF4)

Não obstante, a existência formal das equipes, as falas destacam que os processos de trabalho em saúde permanecem sendo médico-centrados. As mudanças nos protocolos seriam embasadas em evidências? Romper com esse modelo assistencial, que se encontra defasado, é vital para o sistema, posto que o trabalho em equipe melhora o planejamento e a adesão à terapia antineoplásica (TAPLIN et al., 2015).

Quanto ao tema relativo à formação, os profissionais destacaram a necessidade de estarem preparados para a realização das atividades em oncologia.

“A gente tá meio que desbravando os horizontes, a gente tá meio que encarando a realidade, buscando aperfeiçoar através de uma pós-graduação, ou através de um curso de extensão, pra dominar mesmo. Porque com formação pra farmacêutico oncológico, a gente não tem uma base, na nossa formação, uma cadeira [disciplina voltada] pra oncologia.” (FARM1)

“O que eu percebo é que hoje a gente tem poucos profissionais capacitados na área de oncologia, para realmente desenvolver ações direcionadas para esses pacientes.” (FARM3)

A inclusão do conteúdo de oncologia para cursos de graduação em farmácia ocorreu recentemente, em outubro de 2017 (BRASIL, 2017g), após proposição realizada pela Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (Sobrafo) ao grupo de trabalho responsável por rever as diretrizes curriculares. Profissionais farmacêuticos devem receber treinamento adequado, a fim de desenvolver competências adequadas para atuação em oncologia (CARRINGTON; WEIR; SMITH, 2010).

Financiamento

Tal como aconteceu com os gestores, o financiamento foi um assunto bastante abordado pelos profissionais. Os temas que se destacaram nas falas dos entrevistados foram: financiamento do tratamento oncológico; auditoria terapêutica; e farmacoeconomia.

No que diz respeito ao financiamento do tratamento oncológico percebeu-se uma grande semelhança com a abordagem realizada pelos gestores. O atraso no reembolso, o subfinanciamento e a não cobertura dos medicamentos de suporte da quimioterapia e para cuidados paliativos, foram as questões mais comentadas. A fala de uma das entrevistadas traz uma reflexão importante sobre o tema.

“... a incidência de câncer tá sendo volumosa, o crescimento, e infelizmente a gente está vendo os pacientes chegarem muito tarde. Então, o custo na oncologia tá ficando muito oneroso mesmo, principalmente por causa disso. Você não consegue tratar o paciente com aquela expectativa de que você trata um pouco e vai curar. Não, você vai tratar até ele morrer. Porque ele está vindo muito tarde para você no sistema.” (MED4)

A entrevistada estabelece umnexo causal entre incidência, desarticulação da rede e necessidade de uso de terapias de maior custo na fase de tratamento. Todo o investimento que será empregado terá um único desfecho – a morte. Siqueira et al. (2017), ao analisarem o impacto econômico do câncer para o SUS, identificaram que embora exista um aumento histórico nos recursos financeiros investidos na atenção oncológica, 63% do custo total está relacionado à mortalidade por câncer. A revisão desta lógica é imperiosa. A RAO precisa ser amplamente estruturada. Significa dizer, que todos os pontos da rede precisam ser fortalecidos, que o conhecimento sobre o câncer deve ser amplamente divulgado e que o combate aos fatores de risco seja uma questão central no enfrentamento das neoplasias.

Outro ponto a ser fortalecido se refere à auditoria terapêutica. A auditoria em saúde é entendida como um conjunto de procedimentos técnicos utilizados para avaliar a assistência prestada, utilizando como base, parâmetros considerados aceitáveis (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017). Em oncologia, o processo de auditoria é previsto em regulamentação (BRASIL, 2017c). O trabalho do auditor melhora a qualidade do cuidado prestado. Esta condição foi percebida por um dos entrevistados.

“Na realidade, a gente tem uma auditora do município que verifica as nossas APAC e acompanha prontuário. (...) Antes ela fazia auditoria na

própria Auditoria da SESAU. Hoje ela vai dentro da instituição ver prontuário, ver uma série de coisas..., para embasar a continuidade do tratamento, vamos dizer assim. Então, ela nos auxilia, de certa forma.”
(MED4)

O processo de auditoria operacional, realizada *in loco*, tem como objetivo melhorar os procedimentos que estão sendo realizados (MELO; VAISTMAN, 2008). É um importante instrumento de qualificação, eficiência e resolutividade da gestão. Porém, infelizmente, os processos de auditoria no SUS não são regulares, além de serem atravessados por interesses políticos e econômicos, que direcionam onde e como as auditorias serão feitas (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017). Situação gravíssima.

Um terceiro tema que se destacou na fala dos entrevistados foi a farmacoeconomia, que se constitui como uma estratégia para melhorar a eficiência dos gastos com medicamentos com base na avaliação de resultados clínicos, econômicos e humanísticos (SECOLI et al., 2005). É uma importante ferramenta para a gestão pública, pois, auxilia o processo de tomada de decisão, especialmente em oncologia, devido ao número significativo de opções terapêuticas para um mesmo tipo de tumor e o alto custo agregado dos medicamentos (HENRY; TAYLOR, 2014). A fala de uma das entrevistadas aponta para a necessidade de realização do uso deste instrumental para a revisão dos valores das APAC.

“Na realidade, é mais a questão do valor que a APAC ‘institucional’ [adota] para aquele tratamento, está entendendo? É este o problema maior. Porque assim, por mais que a gente saiba que todo mundo tem câncer de mama, os cânceres de mama não são iguais em todo mundo (...) Então tem medicações direcionadas para mutações específicas que ajudam muito as pacientes, entendeu? Então não dá pra a gente colocar todo mundo num saco só, porque não é tudo igual, entendeu? Então seria para beneficiar pontualmente quem tem essas alterações. Mas aí a gente já parte do princípio que o próprio SUS não cobre a pesquisa de muitas mutações, entende? Então fica difícil indicar remédios onde a gente não consegue fazer o diagnóstico [molecular], vamos dizer assim. Mas que a gente sabe que uma parcela vai ter esse diagnóstico, só é pesquisar e, tendo, tem o benefício das medicações. É uma questão de atualização de valores e do custo x benefício.” (MED2)

É possível perceber a preocupação da entrevistada em não onerar o sistema, mas de promover racionalidade ao processo. Uma vez que, o câncer tem causas multifatoriais e os genes têm importante papel no seu desempenho, realizar diagnóstico molecular é extremamente relevante, antes de se definir a indicação terapêutica, a fim de se alcançar melhores resultados

clínicos e economicidade para o sistema (ZHANG et al., 2005; COSTA et al., 2013).

Nesta perspectiva, o Instituto Nacional do Câncer francês e o Ministério da Saúde da França implementaram uma rede nacional de laboratórios de biologia molecular, incluindo 28 centros regionais. Como resultados, a iniciativa promoveu a mitigação das iniquidades no acesso e a melhoria nas decisões terapêuticas, além de revelar-se uma potente estratégia econômica para o sistema (NOWAK et al., 2012). Cabe ressaltar, ainda, que a estruturação de laboratórios de diagnóstico molecular pode ser uma importante ferramenta para fomento de pesquisa clínica, epidemiológica e translacional em câncer, assim como para melhorar as políticas de atenção em oncologia e o processo de avaliação de tecnologias em saúde (PLUN-FLAVREAU et al., 2016).

Tecnologias

Nesta etapa, em consonância com a fala dos gestores, os profissionais estiveram centrados nas seguintes temáticas: incorporação; evidências científicas; e informação sobre medicamentos.

Sobre o processo de incorporação de tecnologias, em nenhuma das instituições havia NATS e somente em três (unidades 3, 4 e 5) tinha CFT. Nas unidades onde não existiam comissões (1 e 2), o processo de definição da incorporação de novos medicamentos, estava centrado no médico. Conforme já foi destacado, o papel de um grupo responsável por discutir o processo de seleção e incorporação de medicamentos nas instituições de saúde é de extrema necessidade (MAGARINOS-TORRES et al., 2014). Chamou a atenção, no entanto, que nas instituições que possuíam CFT funcionando, os médicos oncologistas entrevistados não sabiam da existência da mesma.

“[Existe CFT OU NATS na unidade?] Não. Não que eu saiba.”
(MED3)

“Não, não. Na realidade, a gente trabalha meio por conta própria (risos). Sem muita, sem muito apoio. A gente trabalha “apesar de”, na realidade é contra a corrente a maior parte das vezes” (MED4)

“Poxa, eu não sei te informar. Se tem uma comissão eu não sei, sinceramente eu não sei.” (MED5)

A existência de uma CFT que é ignorada, em relação ao trabalho que desenvolve, é preocupante, pois, perde a sua razão de existir. Todos os profissionais da instituição, e demais

peças que possam se beneficiar do trabalho da comissão, devem saber da sua existência, da sua forma de composição e organização e dos fluxos para realizar solicitações (SANTANA et al., 2014).

O atraso nos processos foi o outro assunto destacado dentro da temática da incorporação. Todos os profissionais versaram sobre este ponto e utilizaram como principal exemplo a demora da Conitec para autorizar o uso do trastuzumabe para o tratamento do câncer de mama metastático.

“... o Sistema Único de Saúde demora muito a incluir vários tipos de drogas no nosso protocolo. E o maior exemplo que a gente tem é a presença do trastuzumabe mesmo, no tratamento da mama metastática, né? Nós tivemos agora uma Portaria incluindo essa medicação, que deve ser iniciada em 180 dias. Mas é uma droga que já está no mercado aí há quase 10 anos, né? Um benefício significativo para o paciente e a gente não tem no Sistema Único de Saúde essa droga até hoje...”
(MED1)

O processo de análise para incorporação de medicamentos pela Conitec deve considerar as evidências científicas sobre benefícios clínicos e econômicos que o medicamento apresenta em relação às tecnologias já incorporadas no sistema de saúde (BRASIL, 2011d). Cabe destacar que é comum observar nos relatórios emitidos pela comissão que a menção sobre a inexistência de dados de vida real, em pacientes brasileiros, que suportem a tomada de decisão (CAETANO et al., 2017). Em que pese a veracidade do argumento, não se pode negar a estreita possibilidade em realizar os estudos em situação de realidade no país, considerando o potencial conjunto de falhas que existe no sistema público de saúde. Remonta-se, novamente, ao processo de desarticulação da RAO, à ausência de informações fidedignas sobre as terapias utilizadas nas diferentes instituições e à inexistente mensuração de resultados clínicos com as práticas realizadas.

Quanto ao uso de evidências científicas para a tomada de decisão, apenas um centro descreveu ter acesso e utilizar as bases de dados eletrônicas. No entanto, a iniciativa era individual e não institucional.

“A gente acessa essas informações em bases de dados científicas. O nosso oncologista clínico ele é pesquisador, então ele tem muito contato com a área científica e tal. E principalmente é ele que traz essas novidades, digamos, pra gente, traz estudos clínicos...” (FARM2)

A atualização científica em uma área extremamente dinâmica, como a oncologia, é primordial. A falta de acesso a informação atualizada e adequada favorece escolhas tendenciosas e equivocadas. Na atenção oncológica, área que acontecem atualizações frequentes, o emprego da evidência científica qualifica o cuidado e minimiza o risco do uso inapropriado das tecnologias e dos recursos financeiros, para além de proporcionar maior qualidade de vida para as pessoas com câncer (VALUCK et al., 2017).

Sobre a temática da informação sobre medicamentos, também não foi identificada em nenhuma das unidades um serviço formal, destinado à realização desta atividade. Porém, todos relataram ações de informação sobre medicamentos que são desenvolvidas no âmbito da educação em saúde, destinadas aos pacientes

“... eu via que tinha muita falta de adesão com o imatinibe, porque os pacientes eles tinham muito ânsia de vômito, muito vômito. Aí eu comecei a fazer um trabalho nesse balcão e teve um resultado muito bom. A gente deve ter, hoje, em torno de 5 ou 6% só [de falta de adesão]. Era em torno de 30 ou 40 quando a gente entrou aqui...” (FARM4)

“... a gente faz folders de como tomar o medicamento, com o que, como se deve ser tomado, principalmente lá na farmácia ambulatorial.” (FARM5)

e aos profissionais.

“Os farmacêuticos trazem essas informações para os enfermeiros. A gente tem muito essa comunicação: a gente está com alguma dificuldade, então a gente pede auxílio a eles, ... a gente faz um cronograma, divide as equipes, e aí eles se organizam entre eles também, pro farmacêutico fazer essa explanação desse protocolo para a gente...” (ENF3)

A orientação ao paciente é uma estratégia para favorecer a utilização apropriada dos medicamentos e a adesão à farmacoterapia, otimizando o alcance dos resultados terapêuticos (SILVA, 2017). Para pacientes com câncer, diferentes estratégias de comunicação vêm sendo utilizadas, tais como: atendimento individualizado ou coletivo, contato telefônico, *folders*, *games* e simulações (SHEA-BUDGELL et al., 2014). A definição da metodologia a ser utilizada depende do perfil do paciente que está sendo orientado, do objetivo da ação que está sendo desenvolvida e da condição do paciente no momento da orientação (SILVA, 2017). Estando adequadamente informado, o paciente traz grandes contribuições para o seu tratamento e será

capaz de auxiliar a equipe na tomada de decisão.

A troca de informações sobre medicamentos entre a equipe de saúde também é fundamental. A capacitação dos profissionais diminui a possibilidade de erros e melhora o desempenho do trabalho da equipe assistencial (TAPLIN et al., 2015). O farmacêutico exerce um papel de destaque na disseminação do conhecimento sobre a terapia antitumoral para os demais profissionais da área da saúde (HOLLE et al., 2017).

Efeito das intervenções

Buscando otimizar a sistematização dos achados nesta etapa, foram reunidos nesta subcategoria as seguintes temáticas: disponibilidade de medicamentos; acessibilidade; segurança; adesão ao tratamento; e, desfechos.

Conforme já foi apresentado, a disponibilidade é uma das dimensões do acesso (BIGDELI et al., 2012). A temática foi abordada na perspectiva dos efeitos da falta de oferta dos medicamentos antineoplásicos, dos utilizados como suporte da quimioterapia e dos empregados em cuidados paliativos.

“Em alguns protocolos eu acho que sim, que tem medicamentos que causam muita êmese. E tem vários medicamentos, via oral, que ele poderia estar usando e ele não usa, por conta de custo. Porque ele pode sair com a receitinha do médico daqui né, às vezes vai no posto de saúde e lá não tem, e aí ele não vai comprar. (FARM3)

De forma geral, os profissionais ressaltam que a indisponibilidade promove desfechos clínicos desfavoráveis, tais como: recidiva do tumor, agravamento de quadro clínico do paciente, piora da qualidade de vida, elevação da chance de ocorrer resistência tumoral e aumento do risco de morte. As preocupações expressas pelos profissionais coadunam com achados da literatura (CHERNY et al., 2016; CHERNY et al., 2017). Outro efeito previsto foi o aumento do risco da judicialização. Esta questão, porém, já foi analisada anteriormente no presente trabalho.

A acessibilidade aos medicamentos é uma outra dimensão do acesso que pode ser analisada tanto na concepção geográfica (BIGDELI et al., 2012), quanto na perspectiva da logística de fornecimento – o que envolve um conjunto de processos, como: licenciamento; fabricação e/ou importação; dificuldades nos processos de aquisição; existência em protocolos ou diretrizes; e limite para subsídio ou reembolso (CHERNY et al., 2016). As duas dimensões foram expressas pelos entrevistados. Sobre a acessibilidade, do ponto de vista geográfico, os

profissionais ressaltaram questões que afetam a qualidade de vida do paciente em tratamento, considerando as condições que são expostos para realizar TFD e as distâncias percorridas.

“E assim, nós temos 60% de pacientes de fora, (...) tem paciente que às vezes chega às 7 horas da manhã e sai 6 horas da tarde, então assim, às vezes fica esperando o carro da prefeitura e é cansativo. Ainda mais para a mulher que ainda tem família, tem casa. Então assim, é complicado.” (FARM1)

“Você tem que abrir lugares com a mesma qualidade daqui em lugares no interior, pra que facilite a vida do paciente e elimine custo. (...) se tivesse algo com a mesma qualidade, com a mesma eficiência, com os mesmos profissionais, com as mesmas medicações no interior, eliminaria custo e evitaria um monte de transtorno para as pacientes, (...) O paciente não precisaria se deslocar 450 quilômetros...” (ENF4)

Questões relacionadas à acessibilidade geográfica dos pacientes foram amplamente exploradas no subcapítulo 6.3, deste trabalho.

Na perspectiva da logística de fornecimento, além dos limites dos PCDT-onco vigentes e dos valores de reembolso da APAC, que já foram anteriormente destacadas, foi ressaltado o problema sofrido pelas instituições públicas para aquisição dos medicamentos. A primeira situação traz uma reflexão sobre o desinteresse das empresas em realizarem entregas na macrorregião Norte do país.

“... hoje o nosso grande problema na relação de fracasso¹ ou deserto² de medicamentos é justamente esse. Tem algumas medicações que a gente utiliza pouco. E o que o setor de aquisições me passa é que as empresas não querem participar, não participam. Às vezes o preço é muito alto, e aí já entra as questões burocráticas de fiscalização, que não aceita aquele preço de mercado que tá muito alto, que é um preço tabelado. Enfim, aí fica nesse embate e a gente acaba não conseguindo nem fazer o processo pra aquisição dessas medicações. (...) Porque a gente sabe que no Norte a dificuldade de acesso é muito maior e os custos com transporte também. Então hoje pra uma medicação ela vir terrestre pra cá ela demora no mínimo trinta dias pra chegar.” (FARM3)

Embora a licitação seja considerada uma potente ferramenta para a Administração

¹ A licitação fracassada é aquela em que os interessados no processo licitatório não preencheram os requisitos necessários, e por isso foram inabilitados ou desclassificados. Nesta situação deverá ser realizado novo processo licitatório pela Administração (BRASIL, 1993b).

² A licitação deserta é aquela em que não há nenhum proponente interessado no processo licitatório. Neste caso, se a Administração demonstrar a prejuízo par realizar uma nova licitação, poderá ocorrer contratação direta por dispensa de licitação (BRASIL, 1993b).

Pública, uma vez que objetiva encontrar a proposta mais vantajosa entre diferentes concorrentes (BRASIL, 1993b), a condição exposta pelo entrevistado reflete a situação de vida real que enfrentam as instituições públicas, diante de uma licitação fracassada ou deserta. Tal fato, irá afetar a disponibilidade, uma vez que o produto se tornou inacessível para os pacientes com câncer.

Além disso, o entrevistado destaca um problema contextual relativo à localização geográfica da instituição. Expõe uma situação típica de mercado, apontando o desinteresse de empresas e distribuidoras em participar de processos licitatórios nas regiões Norte e Nordeste, devido aos custos de transporte e impostos, afetando a disponibilidade de medicamentos no setor público (NASCIMENTO et al., 2017). Por outro lado, é preciso rememorar uma questão exposta anteriormente, referente a resposta institucional para enfrentar a situação, através da “terceirização dos serviços”. Não se sabe, até que ponto, a estratégia utilizada retroalimenta o desinteresse das empresas no processo licitatório.

A segunda situação, sobre a perspectiva da acessibilidade logística de fornecimento de medicamentos, expõe outra faceta do processo licitatório – os problemas com os fornecedores.

“Surgiu uma novidade agora que é... infelizmente, nós temos que fazer pregão, porque nós somos uma instituição pública, e existe uma empresa do Espírito Santo que está ganhando as concorrências no Brasil inteiro, e não tá tendo perna pra entregar. E aí eu tô sem tamoxifeno há mais de um mês, sem previsão de quando vai chegar, e assim vai indo. Então isso está sendo uma grande dificuldade para nós, da instituição pública, porque eu não consigo comprar de outro fornecedor. Eu dependo daquele fornecedor e, infelizmente, as regras não impõem uma penalização adequada para isso. Eu acho que as penalizações são muito pequenininhas, eles preferem pagar penalização do que esforçar-se pra fornecer a medicação. A impressão que eu tenho é essa.” (MED4)

A questão apresentada é bastante grave e traz uma outra situação de mercado. Quando um proponente vai participar do processo de licitação, uma das obrigações é demonstrar que tem condições de entregar o produto, embora não precise comprovar que tenha o produto disponível para entregar (MERÍSIO et al., 2012). Isto acontece para que se possa dar igualdade de condições entre os licitantes, permitindo que empresas de menor porte também possam participar do processo (BRASIL, 1993b). Porém, o que a norma não prevê são as situações de vida real, como a relatada. A empresa ganha a licitação e não entrega no prazo, promovendo, em última instância, desabastecimentos e comprometendo o cuidado prestado (REIS; PERINI,

2008). Em oncologia, nem sempre é possível substituir o medicamento em uso, e os problemas da descontinuidade, conforme já foi exposto, são catastróficos para os indivíduos, para a sociedade e para o sistema de saúde. Repensar a lógica da aquisição dos produtos para a saúde, no sistema público, é uma condição urgente e inevitável.

No que se refere à temática da segurança, os profissionais enfatizaram aspectos relacionados à farmacovigilância/tecnovigilância e à prevenção de erros de medicação. As abordagens se assemelharam as falas produzidas pelos gestores.

Sobre a farmacovigilância/tecnovigilância, duas instituições (1 e 2) não tinham atividades implementadas e realizavam apenas ações reativas e não sistematizadas. As RAM identificadas, nestas instituições, eram tratadas, como emergências oncológicas, e registradas apenas nos prontuários dos pacientes. Não eram realizadas notificações para a ANVISA, nem para os fabricantes. Por não conhecer o padrão das reações identificadas, nenhuma medida preventiva era implementada para evitar novas situações.

A situação do não monitoramento das RAM, das pacientes em uso de hormonioterapia, é bastante preocupante nas unidades 1 e 4, onde existe o sistema de “*delivery*” para os municípios da RS, e as consultas são trimestrais.

“... às vezes você fica sabendo assim, o passarinho te conta que o paciente veio... aquele controle de exames tá complicado, que ele recidivou, e você começa a se perguntar: “por que que será que ele recidivou? Será que ele tá tomando errado? Como que ele tomou?”. Você explicou, mas eles não entendem. Entendeu? Porque o médico às vezes atende 40 ou 50 pacientes em duas horas, não dá tempo, eles jogam pra gente... eles [os pacientes] vêm, eles conversam.” (FARM4)

A incidência de RAM em pacientes com câncer é bastante expressiva e pode apresentar diferentes níveis de gravidade. A mensuração, dos tipos de reações ocorridas, ajuda a traçar um perfil do problema, em cada instituição de saúde, favorecendo o processo de tomada de decisão para alterações de dose, realização de medidas de suporte e adoção de estratégias profiláticas (MONTEMURRO et al., 2016). Devido ao crescente número de pacientes em uso de terapia oral em oncologia, estratégias de monitoramento remoto, através de contato telefônico ou e-mail, vêm sendo consideradas (HOLLE; PURI; CLEMENT, 2016). No entanto, essas medidas não foram relatadas nas instituições investigadas.

A prevenção de EM foi abordada por todos os entrevistados. Diversas medidas adotadas foram citadas, com destaque para: sistemas de dupla checagem; mecanismos de rastreabilidade; uso de *check list* seguro; uso de prescrições e prontuários eletrônicos; alerta de erros nos

sistemas informatizados; identificação diferenciada dos medicamentos que possuem grafias e pronúncias semelhantes (*look alike, sound alike*); sinalização dos medicamentos com maior potencial para provocar danos fatais; e realização de intervenções pelos farmacêuticos para evitar erros de prescrição. Todas as estratégias citadas estão em consonância com o que vem sendo orientado na literatura (LIVINALLI; LOPES, 2017).

Em que pese as medidas de prevenção de erros utilizadas, nenhuma das instituições investigadas tinham seus processos mapeados, em relação aos pontos potenciais de risco. Considerando que EM podem ocorrer em diversas etapas envolvidas no tratamento de um paciente com câncer – tais como: prescrição, transcrição, validação, ordem de produção, emissão de rótulos, preparo do material, manipulação, dispensação, administração e uso pelo paciente –, é importante que as instituições mapeiem seus processos e analisem os riscos existentes, com a finalidade de estabelecer ações corretivas e preventivas capazes de prevenir novos erros (SULLIVAN et al., 2014; SANTOS-RUBIO et al., 2016).

A adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional denominado por um conjunto de cinco fatores: relacionados ao sistema e à equipe de saúde; socioeconômicos; relativos à condição patológica e suas complicações; referentes ao tratamento; e relacionados ao paciente (WHO, 2003). Na atenção oncológica, a baixa adesão compromete a eficácia do tratamento, favorece a ocorrência de desfechos clínicos negativos nos pacientes e promove aumento dos custos assistenciais (DENOIS et al., 2011; HOLLE et al., 2016). Frente ao exposto, a adoção de estratégias facilitadoras da adesão ao tratamento em oncologia é uma necessidade.

Em todas as unidades houve relatos das ações educativas como a principal estratégia para facilitar a adesão ao tratamento. No entanto, nenhuma das instituições possuía mapeamento do índice de abandono ao tratamento.

“A gente não tem esses dados, né, pra saber. Mas existem dados na literatura que informam que, mesmo os pacientes com boa aderência [adesão], ainda têm cerca de 30% de perda ao longo do tratamento, por vários [motivos]... Mas a gente não tem, a gente não consegue ter esses dados, principalmente no Sistema Único de Saúde, do acompanhamento de cada paciente, né?” (MED1)

O desconhecimento sobre o nível de adesão compromete a mensuração dos resultados e a identificação de ações que podem ser implementadas nos centros de saúde. Dados da literatura revelam que o índice de não adesão da quimioterapia oral pode variar entre 16-100% (RUDDY; MAYER; PARTRIDGE, 2009).

O seguimento farmacoterapêutico dos pacientes em tratamento ambulatorial, foi destacado como uma necessidade para o favorecimento da adesão à farmacoterapia, para a identificação de resultados negativos relacionados aos medicamentos e como estratégia para controle de sintomas do tratamento.

“Outra falha também é a questão das medicações para... tratamento da hemato[logia], que nós sabemos que são tratamentos, ... que o paciente vai tomar por muito tempo e a aderência [adesão] ao tratamento. Então nós não conseguimos medir isso, então talvez a doença tenha uma piora, por quê? O paciente está tomando adequadamente o tratamento? Está tendo sobras? Porque às vezes eles esquecem de tomar, ou ãi, tá dando dor no estômago, não vou tomar mais,” e para por conta (...) O que eu poderia fazer como profissional de farmácia? Já que eu estou dispensando o medicamento? É medir essa aderência [adesão]. E baseado nisso teriam outros indicadores, de resposta....” (ENF5)

A fala da entrevistada revela uma expectativa, frente as experiências vivenciadas com os pacientes e a ausência dos farmacêuticos da unidade no acompanhamento dos pacientes e no atendimento ambulatorial. A atuação do farmacêutico no seguimento clínico dos pacientes em quimioterapia oral tem grande potencial para melhorar a qualidade do cuidado e para favorecer a obtenção de desfechos terapêuticos com menos custos (FELTON; VAN LONDEN; MARCUM, 2016).

Os desfechos do tratamento oncológico podem ser mensurados do ponto de vista clínicos, econômicos e humanísticos (TAPLIN et al., 2015). Nenhuma das instituições, porém, possui dados dos pacientes tratados em seus serviços.

“A gente tem registro de qual diagnóstico, de quem entrou, qual o estadiamento. Mas em relação à sobrevida, ... quem tá vivo, quem não tá, quem progrediu (...) Não tem esse registro não.” (MED2)

“a gente tem dados de quem entra, mas a gente não tem dados de quem cura (...) a gente precisa saber quanto entra, quanto sai, quanto que morre, quanto que cura...” (MED5)

A situação encontrada e relatada reflete as falhas do modelo de gestão do sistema de saúde. Não há nenhum tipo de monitoramento e/ou avaliação de desempenho das instituições que prestam serviços ao SUS. E por consequência, não existe uma preocupação institucional na manutenção dessas informações. Criando um ciclo vicioso.

6.4.4 Vantagens e limites desta etapa da pesquisa

A utilização do estudo de casos múltiplos como parte da estratégia metodológica, e da análise de conduta estratégica proposta por Giddens, foi de fundamental importância para a obtenção de uma compreensão mais ampliada da AF em oncologia no contexto das redes de atenção do sistema público de saúde brasileiro.

A identificação da organização e das práticas da AF relatadas por gestores dos municípios e profissionais atuantes em serviços habilitados para a atenção oncológica permitiu identificar questões importantes que não haviam sido evidenciadas anteriormente.

Ao longo da pesquisa e da análise, buscou-se manter os critérios de coerência, consistência, originalidade e objetivação (MINAYO, 2008; DESLANDES, 2015), de modo que os resultados pudessem favorecer a generalização analítica (YIN, 2015). Neste sentido, acredita-se que os achados revelados, neste momento da pesquisa, sejam aplicáveis não apenas ao contexto da AF na atenção ao câncer de mama, condição marcadora utilizada no presente estudo, mas a outros contextos que envolvam a atenção oncológica e a alta complexidade no SUS.

A análise realizada, empregando a teoria da estruturação (GIDDENS, 2003), contribuiu enormemente para o atendimento dos pressupostos da pesquisa avaliativa com uso de abordagens qualitativas, especialmente quanto ao destaque aos sentidos que os *agentes* atribuíram aos problemas e às soluções empreendidas, e em relação à identificação de incoerências e ambiguidades presentes nas práticas desenvolvidas (DESLANDES, 2015).

A aproximação com a realidade vivenciada, ao acessar a *agência* humana, permitiu identificar *práticas rotinizadas* e *pontos de transformação*, além de *regras* e *recursos coercitivos* e *facilitadores* (GIDDENS, 2003). Assim, foi possível produzir um conhecimento de interesse para diversos atores – pacientes, gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, setores da Justiça e outros – sobre a AF em oncologia no âmbito do SUS.

Como limitações práticas, com a abordagem aplicada neste momento da pesquisa, aponta-se a impossibilidade de entrevistar todos os profissionais envolvidos na AF em oncologia nas instituições investigadas, e de inclusão de outros serviços habilitados para a realização de quimioterapia nos municípios selecionados.

Em que pese a densidade das informações produzidas, a inclusão de outros *agentes*, poderia evidenciar aspectos que, eventualmente, não foram explorados. Porém, acredita-se que os indivíduos que participaram das entrevistas conseguiram ter uma abordagem sistêmica sobre

o fenômeno investigado. Somado a isso, a observação direta realizada nos serviços permitiu o acesso a outros profissionais e a identificação das práticas realizadas.

A inclusão de outros serviços, poderia trazer elementos, ocasionalmente, não explorados, especialmente quanto ao contexto institucional. No entanto, a diversidade de características das instituições incluídas parece ter sido suficiente para dirimir essa condição. Ressalta-se, ainda, que a intenção do estudo era explorar questões panorâmicas e sistêmicas, e não definitivas, da AF em oncologia.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: “ESTRUTURANDO O PENSAMENTO”

Os objetivos inicialmente definidos permitiram explorar adequadamente a organização da AF nas RAO no âmbito do SUS.

Considerando a multiplicidade de informações geradas, pelo emprego de diferentes técnicas, o uso da teoria da estruturação de Giddens, como principal método de análise, funcionou como um verdadeiro fio condutor para a pesquisa. Por isso, também, os fundamentos da teoria foram empregados, ainda que não exclusivamente, para a “*estruturação do pensamento*” nas considerações finais deste trabalho.

A realização da pesquisa com o uso da triangulação de métodos possibilitou ampliar a visão sobre o fenômeno investigado e agregou elementos substanciais para as interpretações realizadas. O momento exploratório, através da análise das políticas e dos bancos de dados secundários, permitiu elencar uma diversidade de fatores que poderiam influenciar a organização da AF em oncologia.

O uso da tipologia das RS para o processo de seleção de casos, que foram investigados em profundidade, foi bastante pertinente, pois, auxiliou a identificação de aspectos contextuais específicos. Além disso, a utilização dos fundamentos da pesquisa de estudos de casos favoreceu o reconhecimento de questões relativas à conformação da AF em oncologia.

Entre os principais aspectos identificados, nessas etapas, se destacaram: a diversidade de normas (*regras*) publicadas; a insuficiência da rede assistencial e a ausência de indução financeira para sua expansão; o subfinanciamento da atenção oncológica, exercendo grande caráter *coercitivo*; a carência de instrumentos facilitadores para a integração dos diversos níveis de atenção, em prol da prevenção e controle do câncer; as disparidades na oferta de serviços assistenciais em oncologia; a fragilidade da vigilância epidemiológica do câncer; e dificuldades de acessibilidade geográfica para acesso aos serviços de quimioterapia.

Todos esses limites foram enunciados pelos gestores da RAO, pelos gestores da AF municipal e pelos profissionais, no momento da realização do estudo de casos. Há de se considerar que diversas das questões elencadas não se restringem ao contexto da atenção oncológica, sendo problemas gerais do SUS, e em algumas condições extrapolam o setor saúde, como é o caso do financiamento.

Um aspecto bastante relevante, identificado no estudo, foi a presença dos vazios sanitários e a concentração de serviços de oncologia em RS mais desenvolvidas socioeconomicamente. Esta distribuição tem promovido grandes iniquidades na atenção ao paciente oncológico, sendo um desafio a ser superado, uma vez que o local de residência parece

estar sendo determinante para os desfechos no tratamento do câncer.

Destaca-se, também, o processo de conformação assistencial no Brasil, amplamente dependente das contratualizações do setor privado. Conforme foi evidenciado no estudo, a grande maioria da assistência em oncologia é realizada em instituições filantrópicas. Esta organização é reflexo de um contexto histórico, que não foi alterado, apesar da implantação do SUS.

Ficou evidenciado, ainda, a importância de se rever a forma de planejamento da atenção oncológica no país. O uso da base populacional exclusivamente, sem considerar os dados epidemiológicos regionais, parece não atender adequadamente as necessidades dos usuários do sistema de saúde brasileiro.

Foi possível observar as reais implicações do conjunto de fatores elencados para a organização da AF em oncologia, tanto no nível da gestão municipal quanto nos serviços habilitados em oncologia.

Durante a realização das entrevistas percebeu-se que os gestores da RAO se sentiram mais confortáveis para abordar temas relacionados ao contexto político-institucional e à integralidade do cuidado, ao passo que os gestores da AF e os profissionais dos serviços habilitados em oncologia falaram mais espontaneamente sobre os aspectos referentes à integralidade do cuidado e a operacionalização da AF.

Esta característica parece ser reflexo da conformação estabelecida pelas regras que regulam as atividades da atenção oncológica e da AF no Brasil, e da leitura “horizontalizada” das regulamentações vigentes, com poucos, ou nenhum, pontos convergentes entre a PNPCC e a PNAF. Cabe destacar que, ambas as normas foram reunidas em um documento único, visando integrar as políticas nacionais (BRASIL, 2017h). Mesmo assim, as normas permaneceram dicotômicas e, em ambas as partes, não há nenhuma referência a outra “política nacional”, dificultando a identificação dos assuntos relacionados.

No município do tipo 3 esta condição fragmentada foi bastante evidente, haja vista que existia um projeto em discussão sobre a organização regionalizada da RAO, coordenado pela gestora de rede entrevistada, e o gestor da AF não sabia da existência do referido planejamento. Ou seja, a mesma falta de integração das políticas publicadas (*regras*) foi observada nas práticas de gestão. Este tipo de comportamento se aproxima do que Giddens (2003) denomina de *consciência prática* – relacionado à algo que se aprendeu naturalmente acerca do contexto ao qual o *agente* está inserido e que não é explicado através do discurso.

Sendo o câncer a segunda principal causa de mortalidade na população brasileira, chama

a atenção a falta de priorização do cuidado integral aos pacientes oncológicos nos municípios. É preciso que ocorra uma mudança na *rotinização* que se enraizou na APS, gerenciada pela gestão municipal, ao centrar suas ações, quase que exclusivamente, para pacientes com hipertensão e/ou diabetes. Em que pese a relevância da assistência prestada a essas condições crônicas, não se pode adotar postura excludente aos demais problemas de saúde enfrentados pela população.

Esta situação promove, ainda, *consequências impremeditadas*, em decorrência de atraso no início de tratamento de pacientes oncológicos. Tal condição foi enunciada pelos profissionais das unidades habilitadas, ao relatarem que falhas nas estratégias de prevenção e de detecção precoce na rede assistencial têm favorecido o pior prognóstico dos pacientes e demandado o uso de tecnologias mais custosas e menos eficientes.

É preciso que haja maior integração dos diversos níveis de atenção à saúde, promovendo um itinerário qualificado do paciente. A fragmentação ora existente, devido à organização federativa do país e a forma de estruturação do SUS, parece não contribuir para o processo de conformação da RAO. Cada ente federado necessita assumir as suas atribuições em prol da prevenção e do controle do câncer.

Foi possível notar que os entrevistados, ao entrarem em contato com o próprio discurso, demonstravam a necessidade de mudança de atitudes em relação ao paciente oncológico. Condição que se assemelha ao processo de *monitoração* – quando o *agente* atua e monitora o ambiente social e sua própria atuação –, descrito na teoria da estruturação (O'DWYER; MATTOS, 2010).

Também, foi perceptível, nas falas dos entrevistados, a existência de explicações sobre o que e do porquê faziam, o que Giddens (2003) denomina de *cognoscitividade*. Funciona como um mecanismo de defesa do sujeito, uma forma de significação, um sistema de interpretação, uma tentativa de dar sentido as atitudes adotadas (SÁ; AZEVEDO, 2015).

Verificou-se, entre os entrevistados, consenso sobre a ausência de integralidade do cuidado para o paciente com câncer. Algumas angústias foram compartilhadas e o desejo de melhorias, foi expresso, diante das limitações identificadas. Outro ponto de consenso foi quanto ao subfinanciamento para a atenção oncológica e para a AF. A restrição financeira e a insuficiência de serviços de assistência sanitária têm se traduzido como importantes formas de *coerção estrutural* (O'DWYER, 2015). Na presente análise, estas condições se materializaram nas dificuldades destacadas para operacionalizar a AF em oncologia, comprometendo a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado, diretrizes do SUS. Portanto, rediscutir

a forma de investimentos e expandir a rede assistencial, diagnóstica e terapêutica, são estratégias que devem ser empreendidas.

Entre os temas abordados pelos entrevistados, a temática da judicialização ganhou grande destaque. Foi demonstrada intensa preocupação com a sustentabilidade econômica do sistema de saúde, mediante o volume significativo de demandas judiciais. Os medicamentos de suporte para a quimioterapia, as dietas enterais e a farmacoterapia destinada aos cuidados paliativos, foram ressaltados como aqueles que mais tem onerado os municípios, uma vez que inexistem “regras” e “recursos” definindo de quem é a responsabilidade do fornecimento desses itens. Usando a expressão de um dos entrevistados (GAF1), esta situação é uma “batata quente”, considerando que não há financiamento previsto nem nos atuais blocos da AF e nem através da APAC-Onco.

As ações judiciais envolvendo medicamentos antitumorais, em sua maioria, têm sido peticionadas contra os governos estaduais. As principais justificativas relatadas pelos profissionais é o subfinanciamento da atenção oncológica, a desatualização das diretrizes vigentes e os atrasos na incorporação de tecnologias no SUS. Foram também destacadas as consequências da judicialização, com destaque para os desfechos clínicos desfavoráveis e o prejuízo assistencial para outras condições de saúde, promovendo iniquidades. Se por um lado a judicialização pode ser um recurso *facilitador* de acesso às ações e aos serviços de saúde para os pacientes, em atendimento às suas necessidades individuais, por outro pode exercer papel *coercitivo* para a sociedade.

A questão da judicialização destaca novamente a *cognoscitividade* dos profissionais entrevistados, que no seu contexto, encontram explicações nas *regras* e *recursos* disponíveis para justificar a ação. É possível, ainda, interpretar a situação com base na *motivação* e na *racionalização* verbalizada pelos agentes, uma vez que apresentam argumentos técnicos para os *recursos* (meios jurídicos) que acionam e ao potencial da *ação* – entendido como um exercício de poder.

Problemas estruturais, insuficiência de dados epidemiológicos e fragmentação do modelo de atenção, também foram assuntos destacados pelos entrevistados e identificados nas demais análises realizadas. Estes e outros temas abordados revelaram a desarticulação existente no sistema de saúde público brasileiro, afetando diretamente seus usuários. Conforme foi extensivamente abordado, em oncologia o alcance de resultados positivos é dependente da integração de uma rede de cuidados especializados (média e alta complexidade) e não especializados (cuidados primários, cuidados paliativos, saúde mental e outros). É preciso que

os diversos “agentes”, envolvidos no sistema, compreendam as influências que afetam as “circunstâncias da ação” e promovam a transformação das práticas realizadas, de modo a promover a integração das ações e serviços de saúde, para além das *regras* e *recursos* disponíveis. Para tanto, é fundamental que se invista em maior qualificação dos gestores e dos profissionais que atuam na área da oncologia.

No que tange à AF em oncologia, principal objeto de análise do presente trabalho, ao descrever suas práticas, diversos temas foram abordados pelos entrevistados, envolvendo aspectos macropolíticos e de gestão, em seus diferentes contextos. Porém, não se identificaram resultados efetivos com as ações que estão sendo desenvolvidas. Mobilizar e articular os conhecimentos, as regras, os recursos, as intencionalidades, as subjetividades, os monitoramentos e a consciência prática (conhecimento tácito) dos *agentes*, se faz necessário para que se possa transformar as práticas sociais identificadas (O’DWYER; MATTOS, 2010). É nesse contexto que repousa a “*dualidade da estrutura*”. Caso não ocorram mudanças no *modus operandi* que vêm sendo adotado, não será possível estruturar adequadamente a AF na RAO.

Tendo por base o discurso dos entrevistados e as demais evidências, destacam-se como possibilidades de transformação da realidade encontrada:

a) Sistematização de uma política de AF em oncologia no âmbito do SUS – através da: mobilização, articulação e aprimoramento das *regras* e *recursos* já disponíveis; inclusão na RENAME dos antineoplásicos, medicamentos de suporte para quimioterapia e farmacoterapia para cuidados paliativos; melhor definição dos PCDT em oncologia, além de sua atualização periódica, conforme previsão legal; articulação dos serviços farmacêuticos nos diferentes níveis de gestão para a efetivação do cuidado integral ao paciente com câncer; e fomento à capacitação profissional para atenção oncológica;

b) Aperfeiçoamento do modelo de gestão e organização da RAO, e da própria AF – o que envolve: estruturar mecanismos para ampliação do acesso aos serviços e aos tratamentos; rever e aprimorar o financiamento da atenção oncológica no SUS; estabelecer estratégias para mitigar as ações judiciais em oncologia; propor mecanismos mais adequados de auditoria; implementar ações de monitoramento e avaliação na assistência oncológica; desenvolver um plano de ação para mitigar o desabastecimento de medicamentos nos serviços de oncologia; e melhorar o registro da informação no SIA, módulo da APAC-Onco, sobre a farmacoterapia utilizada no tratamento do câncer;

c) Subsídio às ações para melhorar o desempenho da AF e a qualidade do cuidado em

oncologia – tais como: incentivar a realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e translacionais em oncologia, especialmente as com dados de vida real, envolvendo tecnologias novas e em uso; e induzir as atividades de gerenciamento da terapia medicamentosa, com a finalidade de promover a adesão ao tratamento e minimizar os riscos com o uso da farmacoterapia.

Algumas das possibilidades aqui elencadas estão sendo discutidas, com perspectiva de implementação em futuro próximo, como a inclusão dos medicamentos antineoplásicos na RENAME, conforme anunciado pelo Ministro da Saúde durante a realização do VIII Fórum de Assistência Farmacêutica no SUS¹, realizado durante os dias 30 e 31 de outubro de 2017 na cidade de Maceió, no estado de Alagoas.

Por fim, espera-se que as informações produzidas, com o presente trabalho, possam ser utilizadas em prol da melhoria das ações e de serviços da AF em oncologia. Os achados, especialmente os gerados pelos depoimentos, convidam para a realização de outras análises sobre temáticas específicas, tais como o fenômeno da judicialização em oncologia, o sistema de *delivery* da hormonioterapia, as dificuldades na aquisição de medicamentos e os gastos das famílias com medicamentos de suporte para a quimioterapia e com a farmacoterapia em cuidados paliativos. A elaboração de uma tipologia para hireraquização dos serviços de alta complexidade em oncologia, considerando a diversidade de questões identificadas e outros aspectos possíveis, também poderiam ser objeto de estudos futuros.

¹ Notícia: Relação Nacional de Medicamentos 2018 será maior e terá inclusão de novos itens. Disponível em: <http://saude.se.gov.br/index.php/2017/11/03/relacao-nacional-de-medicamentos-2018-sera-maior-e-tera-inclusao-de-medicamentos/>. Acessado em: 16 dez 2017.

REFERÊNCIAS

- ABOUZAHAR, C.; BOERMA, T. Health information systems: the foundations of public health. **Bull World Health Organ**, Geneva, v. 83, n. 8, p. 578-583, aug 2005.
- ABRAHAM, I. et al. What does it take to provide cancer patients with comprehensive medication therapy management services for oral chemotherapy?. **Expert Opinion on Drug Safety**, London, v. 15, n. 4, p. 413-415, mar 2016.
- AGGARWAL, A.; SULLIVAN, R. Affordability of cancer care in the United Kingdom – Is it time to introduce user charges? **Journal of Cancer Policy**, Exeter, v. 2, n. 2, p. 31-39, jun 2014.
- AGUIAR, Z. N. (org). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2015.
- ALEXANDRE, R. et al. Acesso aos medicamentos incorporados no SUS: estratégias para garantia da sustentabilidade econômica. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, supl. 4, p. 3338-3353, oct 2015.
- ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25.676.887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **Lancet**, London, v. 385, n. 9.972, p. 977-1010, mar 2015.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, feb 2010.
- ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, set 2013.
- ALMEIDA, P. F. et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun 2016.
- ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 26, n. 1, p. 141-154, mar 2017.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS (ASHP). ASHP statement on the role of health-system pharmacists in public health. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda, v. 65, n. 5, p. 462-467, mar 2008.
- ANHORN, R. et al. AMCP Partnership Forum: Driving Value and Outcomes in Oncology. **J Manag Care Specialty Pharmacy**, Alexandria, v. 23, n. 5, p. 591-597, may 2017.
- ARAÚJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 611-617, apr 2008.
- ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, apr 2017a.

ARAÚJO, P. S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 6s, nov 2017b.

ARONSON, J. K. Medication errors: definitions and classification. **Br J Clin Pharmacol**, Oxford, v. 67, n. 6, p. 599-604, jun 2009.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, mar 2015.

ARTERO, C. C. Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 22, supl 1, p. 14-18, dec 2008.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, mar 2010.

ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, London, v. 385, n. 9.974, p. 3003-3010, mar 2015.

AUTIER, P. et al. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. **BMJ**, London, v. 359, p. j5224, dec 2017.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, feb 2011.

BARBAZZA, E.; TELLO, J. E. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. **Health Policy**, Philadelphia, v. 116, n. 1, p. 1-11, may 2014.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, jan 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 458-463, oct 2013.

BATES, D. W. Preventing medication errors: A summary. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda, v. 64, n. 14, p.3-9, jul 2007.

BAZARGANI, Y. T. et al. Selection of oncology medicines in low- and middle-income countries. **Annals of Oncology**, Viganello-Lugano, v. 25, n. 1, p. 270-276, jan 2014.

BECCARO, M.; COSTANTINI, M.; MERLO, D. F. Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). **BMC public health**, London, v. 7, n. 1, p. 66, apr 2007.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, mar 2014.

BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy Plan**, Oxford, v. 28, n. 7, p. 692-704, oct 2012.

BLAKE, D. et al. **The NHS cancer plan and the pharmacy contribution to cancer care**. London: British Oncology Pharmacy Association, 2001.

BÖHLANDT, A.; SVERDEL, Y.; SCHIERL, R. Antineoplastic drug residues inside homes of chemotherapy patients. **Int J Hyg Environ Health**, Oxford, v. 220, n. 4, p. 757-765, jun 2017.

BORDIGNON, M. et al. (In) satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 398-406, jun 2015.

BORRAS, J. M. et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. **Eur J Cancer**, Oxford, v. 50, n. 3, p. 475-480, feb 2014.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, feb 2007.

BOTTARI, C. M. S.; VASCONCELLOS, M. M.; MENDONÇA, M. H. M. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s111-s122, mar 2008.

BOUSQUAT, A et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, apr 2017.

BOUWMAN, L. et al. Prevalence and associated factors of medication non-adherence in hematological-oncological patients in their home situation. **BMC cancer**, London, v. 17, n. 1, p. 739, nov 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993. Estabelece normas para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez 1993a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.536, de 2 de setembro de 1998. Implantar formulários/instrumentos e regulamentar sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais na área do câncer. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set 1998b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 fev 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 dez 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 741, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta a assistência de alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 346, de 23 de junho de 2008. Mantém os formulários/instrumentos do sub-sistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 12.466, de 24 de agosto de 2011. Dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr 2011d.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan 2012a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mai 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 73, de 30 de janeiro de 2013. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de

mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.º 312, de 27 de março de 2013. Aprova o protocolo de tratamento da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo de adulto com mesilato de imatinibe. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mar 2013c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 abr 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde: Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 1.008, de 30 de setembro de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.398, de 28 de dezembro de 2016. Publica a relação de hospitais habilitados na Alta Complexidade em Oncologia classificados nos portes A, B ou C. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia**. 23.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti***. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Anexo IX da Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Anexo IX da Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 458, de 24 de fevereiro de 2017. Mantém as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria n.º 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 mar 2017f.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.º 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out 2017h.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, apr 2017.

BRINKERHOFF, D. W.; BOSSERT, T. J. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. **Health Policy Plan**, Oxford, v. 29, n. 6, p. 685-693, sep 2014.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 481-489, jun 2009.

BURSTEIN, H. J. et al. Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Focused Update. **J Clin Oncol**, Alexandria, v. 32, n. 21, p. 2.255-2.269, jul 2014.

CAETANO, R. et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2513-2525, aug 2017.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional n.º. 29 no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul 2007.

CAPUCHO, H. C. et al. Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema de Saúde de Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 1215-1222, 2012.

CARRINGTON, C.; WEIR, J.; SMITH, P. The development of a competency framework for pharmacists providing cancer services. **J Oncol Pharm Pract**, London, v. 17, n. 3, p. 168-178, sep 2011.

CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 16s, 2017.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, apr 2017.

CAVALCANTE, T. M. et al. Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e00138315, sep 2017.

CAVALLI, F.; ATUN, R. Towards a global cancer fund. **Lancet Oncol**, London, v. 16, n. 2, p. 133-134, feb 2015.

CECILIO, A. P. et al. Breast cancer in Brazil: epidemiology and treatment challenges. **Breast Cancer (Dove Med Press)**, London, v. 7, n. 1, p. 43-49, jan 2015.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, 2003. p. 197-210.

CHALKIDOU, K. et al. Evidence-informed frameworks for cost-effective cancer care and prevention in low, middle, and high-income countries. **Lancet Oncol**, London, v. 15, n. 3, p. e119-e131, mar 2014.

CHERNY, N. et al. ESMO European Consortium Study on the availability, out-of-pocket costs and accessibility of antineoplastic medicines in Europe. **Annals of Oncology**, Viganello-Lugano, v. 27, n. 8, p. 1423-1443, aug 2016.

CHERNY, N. I. et al. ESMO International Consortium Study on the availability, out-of-pocket costs and accessibility of antineoplastic medicines in countries outside of Europe. **Annals of Oncology**, Viganello-Lugano, v. 28, n. 11, p. 2633-2647, nov 2017.

CLOUGH, J. D.; KAMAL, A. H. Oncology care model: short- and long-term considerations in the contexto of broader payment reform. **J Oncol Pract**, Alexandria, v. 11, n. 4, p. 319-321, jul 2015.

COE, A. B.; CHOE, H. M. Pharmacists supporting population health in patient-centered medical homes. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda, v. 74, n. 18, p. 1461-1466, sep 2017.

COLEMAN, M. P. Cancer survival: global surveillance will stimulate health policy and improve equity. **Lancet**, London, v. 383, n. 9.916, p. 564-573, feb 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução n.º 565, de 06 de dezembro de 2012. Dá nova redação aos artigos 1º, 2º e 3º da Resolução/CFF nº 288 de 21 de março de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 dez 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução n.º 640, de 27 de abril de 2017. Dá nova redação ao artigo 1º da Resolução/CFF nº 623/2016, estabelecendo titulação mínima para a atuação do farmacêutico em oncologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 mai 2017.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, set 2011.

CORTIS, L. J. et al. Integrated care in cancer: What is it, how is it used and where are the gaps? A textual narrative literature synthesis. **Eur J Cancer Care**, Medford, v. 26, n. 4, p. e12689, jul 2017.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR., J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 91-99, dez 2012.

COSTA, N. M. et al. The potential of molecular markers to improve interventions through the natural history of oesophageal squamous cell carcinoma. **Biosci Rep**, London, v. 33, n. 4, p. e00057, aug 2013.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, apr-jun 2012.

CUOMO, R. E.; SEIDMAN, R. L.; MACKAY, T. K. Country and regional variations in purchase prices for essential cancer medications. **BMC cancer**, London, v. 17, n. 1, p. 566, aug 2017.

DENBURG, A. et al. Access to essential medicines for children with cancer: a joint SIOP-CCI position statement. **Lancet Oncol**, London, v. 18, n. 1, p. 20-22, jan 2017.

DENOIS, V. R. et al. Adherence with oral chemotherapy: results from a qualitative study of the behaviour and representations of patients and oncologists. **Eur J Cancer Care**, Medford, v. 20, n. 4, p. 520-527, jul 2011.

DEPRÁ, A. S.; RIBEIRO, C. D. M.; MAKSUD, I. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1517-1527, jul 2015.

DESLANDES, S. F. Revisitando as metodologias qualitativas nas pesquisas de avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 193-218.

DIAS, R. I. S. C. et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 316-22, sep 2015.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, feb 2011.

ELIAS, J. A. T. Q.; LEITE, M. V.; SILVA, J. M. F. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria para a qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. **Rev CGU**, v. 9, n. 14, p. 559-575, jun 2017.

EPSTEIN, R. M. et al. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial. **JAMA Oncol**, Chicago, v. 3, n. 1, p. 92-100, jan 2017.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spec, p. 131-139, feb 2013.

EVANS, J. et al. Organizational context and capabilities for integrating care: A framework for improvement. **Int J Integr Care**, London, v. 16, n. 3, p. 1-14, aug 2016.

FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, n. Supl 2, p. 14s, nov 2017.

FALQUETO, E; KLIGERMAN, D. C. Diretrizes para um programa de recolhimento de medicamentos vencidos no Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 883-892, mar 2013.

FAYER, V. A. et al. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 766-778, dec 2016.

FELTON, M. A.; VAN LONDEN, G. J.; MARCUM, Z. A. Medication adherence to oral cancer therapy: The promising role of the pharmacist. **J Oncol Pharm Pract**, London, v. 22, n. 2, p. 378-381, apr 2016.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**, Heidelberg, v. 136, n. 5, p. e359-e386, mar 2015.

FERNANDES, F. M. B. Regionalization in the Brazilian Healthcare System, SUS: a critical review. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1311-1320, apr 2017.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1541-1552, oct 2009.

FERREIRA, M. C. **Iniciação à análise geoespacial: teoria, técnicas e exemplos para geoprocessamento**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

FERREIRA, M. L. S. M.; DUPAS, G. Repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 18, n. 4, p. 84-92, dec 2017.

FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, jan 2010.

FILHO, M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, sep 2016.

FITZMAURICE, C. et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. **JAMA Oncol**, Chicago, v. 3, n. 4, p. 524-548, apr 2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 120-125, mar 2013.

FONSECA, M. L. G.; SÁ, M. C. A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe., p. 298-306, dec 2015.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2012.

FRENK, J.; MOON, S. Governance Challenges in Global Health. **N Engl J Med**, Waltham, v. 368, n. 10, p. 936-942, mar 2013.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, jun 2011.

GADELHA, M. I. P.; MARTINS, S. J.; PETRAMALE, C.A. Oncologia – desfechos e experiências da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, supl. 4, p. 3194-3212, oct 2015.

GALOR, O. The demographic transition: causes and consequences. **Cliometrica**, Berlin, v. 6, n. 1, p. 1-28, jan 2012.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GINSBURG, O. et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. **Lancet**, London, v. 389, n. 10071, p. 847-860, feb 2017a.

GINSBURG, O. et al. Changing global policy to deliver safe, equitable, and affordable care for women's cancers. **Lancet**, London, v. 389, n. 10071, p. 871-880, feb 2017b.

GOLDSPIEL, B. R. Oncology pharmacy practice as a model for international collaborations. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda, v. 69, n. 11, p. 951-957, jun 2012.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938-952, dec 2014.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 451-462, mar 2015.

GOYA, N. et al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1235-1244, apr 2017.

GRABOIS, M. F.; DE OLIVEIRA, E. X. G.; SÁ CARVALHO, M. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 368-378, apr 2013.

GREER, J. A. et al. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. **CA Cancer J Clin**, Atlanta, v. 63, n. 5, p. 349-363, sep 2013.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, nov 2012.

GUERRA, M. R. et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 102-115, may 2017.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1673-1684, aug 2015.

GUIMARAES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, aug 2005.

HAVILAND, J. S. et al. Prolongation of overall treatment time as a cause of treatment failure in early breast cancer: An analysis of the UK START (Standardisation of Breast Radiotherapy) trials of radiotherapy fractionation. **Radiother Oncol**, Heidelberg, v. 121, n. 3, p. 420-423, dec 2016.

HENAO, D. M. P.; MUÑOZ, R. A. T. Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud. **Semest Econ**, Medellín, v. 19, n. 40, p. 175-212, aug 2016.

HENRY, D.; TAYLOR, C. Pharmacoeconomics of cancer therapies: considerations with the introduction of biosimilars. **Semin Oncol**, New York, v. 41, supl. 3, p. S13-S20, apr 2014

HENRY, E. et al. Delivering coordinated cancer care by building transactive memory in a team of teams. **J Oncol Pract**, Alexandria, v. 12, n. 11, p. 992-999, nov 2016.

HOEKSTRA, H. J. et al. Fighting global disparities in cancer care: A surgical oncology view. **Ann Surg Oncol**, Rosemont, v. 23, n. 7, p. 2131-2136, jul 2016.

HOLLE, L. M.; PURI, S.; CLEMENT, J. M. Physician–pharmacist collaboration for oral chemotherapy monitoring: Insights from an academic genitourinary oncology practice. **J Oncol Pharm Pract**, London, v. 22, n. 3, p. 511-516, jun 2016.

HOLLE, L. M. et al. Pharmacists' roles in oncology pharmacy services: Results of a global survey. **J Oncol Pharm Pract**, London, v. 23, n. 3, p. 185-194, apr 2017.

HOLLE, M.; MICHAUD, L. B. Oncology pharmacists in health care delivery: vital members of the cancer care team. **J Oncol Pract**, Alexandria, v. 10, n. 3, p. e142-e145, may 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JERONIMO, J. et al. Secondary prevention of cervical cancer: ASCO resource-stratified clinical practice guideline. **J Glob Oncol**, Alexandria, v. 3, n.5, p. 635-657, oct 2016.

JONES, G. M. et al. Factors Associated with Burnout Among US Hospital Clinical Pharmacy Practitioners: Results of a Nationwide Pilot Survey. **Hosp Pharm**, Kansas, v. 52, n. 11, p. 742-751, dec 2017.

JONES, S. S. et al. Health Information Technology: An Updated Systematic Review With a Focus on Meaningful Use. **Ann Intern Med**, Philadelphia, v. 160, n. 1, p. 48-54, jan 2014.

JUNQUILHO, G. S. Conduas gerenciais e suas raízes: uma proposta de análise à luz da teoria da estruturação. **Rev Adm Contemp**, Curitiba, v. 7, n. spec, p. 101-120, jun 2003.

KADU, M. K.; STOLEE, P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. **BMC Fam Pract**, London, v. 16, n. 1, p. 1-14, feb 2015.

KALIKS, R. A. et al. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. **Braz J Oncol**, São Paulo, v. 13, n. 44, p. 1-12, jan 2017.

KARANIKOLOS, M. et al. Health systems performance and cancer outcomes. **J Natl Cancer Inst Monogr**, Oxford, v. 2013, n. 46, p. 7-12, aug 2013.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1416-1426, jul 2015.

KRAUSS-SILVA L. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 501-520, apr-jun 2003.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, aug 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dec 2011.

LEGA, F. Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. **Health Policy**, Philadelphia, v. 81, n. 2-3, p. 258-279, may 2007.

LEHOUX, P. et al. Medical innovation and the sustainability of health systems: A historical perspective on technological change in health. **Health Services Management Research**, Bruxelles, v. 29, n. 4, p. 115-123, nov 2016.

LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, jul 2015.

LEWIS, N. J. W. et al. The role of the pharmacist in patient-centered medical home practices: current perspectives. **Integr Pharm Res Pract**, London, v. 3, p. 29-38, jun 2014.

LIEKWEG, A.; WESTFELD, M.; JAEHDE, U. From oncology pharmacy to pharmaceutical care: new contributions to multidisciplinary cancer care. **Support Care Cancer**, New York, v. 12, n. 2, p. 73-79, feb 2004.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul 2012a.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov 2012b.

LIMA, L. D. de et al. Governance arrangements for specialized assistance in health regions in Brazil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, Recife, v. 17, supl. 1, p. S107-S119, sep 2017.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2387-2396, sep 2012.

LIN, Q. et al. The role of pharmaceutical care in the oncology department. **Eur J Hosp Pharm**, London, v. 22, n. 3, p. ejhpharm-2014-000591, may 2015.

LIVINALLI, A.; LOPES, LC. Segurança do paciente em oncologia – Prevenindo erros de medicação. In: ALMEIDA, J. R. C. (org.). **Farmacêuticos em oncologia: uma nova realidade**. 3.^a ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 133-154.

LOPES JR, G. L.; SOUZA, J. A.; BARRIOS, C. Access to cancer medications in low- and middle-income countries. **Nat Rev Clin Oncol**, London, v. 10, n. 6, p. 314-322, jun 2013.

LOPES, L. C. et al. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, aug 2010.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, jun 2012.

LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade–custo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 769-776, oct 1999.

LUZ, K. R. et al. Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3369-3376, sep 2016.

MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, aug 2014.

MACHADO, C. V. et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. e00175614, feb 2016.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? **Rev Bras Cien Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, oct 2009.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, oct 2014.

MAGARINOS-TORRES, Rachel et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, set 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set 2010.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 217-232, may 2017.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 713-724, dec 2016.

McHUGH, M. D. et al. Achieving Kaiser Permanente quality. **Health Care Manage Rev**, Philadelphia, v. 41, n. 3, p. 178-188, jul-sep 2016.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, mar 2017.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, jun 2015.

MEDRONHO, R. A (org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist Cienc Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219-1239, dec 2012.

MELLO, G. A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, apr 2017.

MELO, M. B.; VAITSMAN, M. J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. **São Paulo Perspec**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan-jun 2008.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, may 2012.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, jun 2015.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, sep 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, aug 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2005. p. 6s.

MERISIO, A. et al. A aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina. **Rev Bras Farm**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 2, p. 173-178, apr-jun 2012.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, B et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 207-211, jun 2016.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 26, p. 329-335, jun 2017.

MOFID, B. et al. Epidemiology and death-related factors of oncology patients in emergency department. **Emergency**, Tehran, v. 4, n. 3, p. 145-150, aug 2016.

MONTEMURRO, F. et al. Self-evaluation of adjuvant chemotherapy-related adverse effects by patients with breast cancer. **JAMA Oncol**, Chicago, v. 2, n. 4, p. 445-452, apr 2016.

MORAES, E. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CAETANO, R. Compras federais de antineoplásicos no Brasil: análise do mesilato de imatinibe, trastuzumabe e L-asparaginase, 2004-2013. **Physis**, Rio de Janeiro v. 26, n. 4, p. 1357-1382, dec 2016.

MOREIRA, L. M. C.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E. I. G. Healthcare financing, decentralization and regional health planning: federal transfers and the healthcare networks in Minas Gerais, Brazil. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, apr 2017.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVÉRNÉY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, apr 2017.

MOTA, D. M. Investigação em farmacoepidemiologia de campo: uma proposta para as ações de farmacovigilância no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 565-579, dec 2011.

MÜLLER, F. et al. Application of the Pareto principle to identify and address drug-therapy safety issues. **Eur J Clin Pharmacol**, Basel, v. 70, n. 6, p. 727-736, jun 2014.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 2-10, nov 2017.

NEKHLYUDOV, L.; O'MALLEY, D. M.; HUDSON, S. V. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. **Lancet Oncol**, London, v. 18, n. 1, p. e30-e38, jan 2017.

NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1127-1144, dec 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BERSUSA, A. A. S.; SIQUEIRA, S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 942-949, oct 2010.

NORONHA, J. C. Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária. **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 50-53, oct 2014.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, supl S, p. S7-S16, jun 2013.

NOWAK, F.; SORIA, J. C.; CALVO, F. Tumour molecular profiling for deciding therapy—the French initiative. **Nat Rev Clin Oncol**, London, v. 9, n. 8, p. 479-486, jul 2012.

NYSTUEN, J. D.; DACEY, M. F. A graph theory interpretation of nodal regions. **Papers in Regional Science**, Chicago, v. 7, n. 1, p. 29-42, jan 1961.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Teoria da estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 609-623, apr-jun, 2010.

O'DWYER, G. Estudos de políticas e a teoria da estruturação de Giddens. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 173-192.

OLIVEIRA, C. G.; RODAS, A. C. D. Postmarketing surveillance in Brazil: vascular catheters—an overview of notifications of adverse events and technical complaints. **Cienc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3247-3257, oct 2017.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Análise de dados espaciais. In: SANTOS, S. M.; SOUZA-SANTOS, R. (Org.). **Sistema de informações geográficas e análise espacial na saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 63-80.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do cancer de mama. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, feb 2011.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, nov 2010.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

OLVER, I. Cancer control - A global perspective. **Eur J Cancer Care**, Medford, v. 26, n. 1, p. e12654, jan 2017.

ONU KWUGHA, E. et al. ReCAP: Impact of multidisciplinary care on processes of cancer care: A multi-institutional study. **J Oncol Pract**, Alexandria, v. 12, n. 2, p. 155-156, feb 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: OPAS/OMS, 1964.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been abandoned?. **Basic Clin Pharmacol Toxicol**, Medford, doi: 10.1111/bcpt.12932. [Epub ahead of print]. Dec 2017.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. 2017. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, apr 2017.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 203-210.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov 2007.

PAIVA, C. E. et al. O Que o Emergencista Precisa Saber sobre as Síndromes da Veia Cava Superior, Compressão Medular e Hipertensão Intracraniana. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 289-296, sep 2008.

PEREIRA, A. L.; BARROS, R. T. V.; PEREIRA, S. R. Pharmacopollution and Household Waste Medicine (HWM): how reverse logistics is environmentally important to Brazil. **Environ Sci Pollut Res Int**, Dordrecht, v. 24, n. 31, p. 24061-24075, nov 2017.

PEREIRA, J. G.; PEPE, V. L. E. Acesso a medicamentos por via judicial no Paraná: aplicação de um modelo metodológico para análise e monitoramento das demandas judiciais. **Rev Dir Sanit**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 30-45, jul-oct 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS, 2009.

PINTO, C. D. B. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spec, p. 171-183, dec 2015.

PINTO, I. C. M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, apr 2017.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-422, feb 2016.

PLUN-FAVREAU, J. et al. Enabling Equal Access to Molecular Diagnostics: What Are the Implications for Policy and Health Technology Assessment?. **Public Health Genomics**, Basel, v. 19, n. 3, p. 144-152, jun 2016.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Rev Bras Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, jul-sep 2013.

RABINO, G. A.; OCCELLI, S. Understanding spatial structure from network data: theoretical considerations and applications. Cybergeog: **European Journal of Geography** [on line], documento 29, publicado em 26 de junho de 1997. Disponível em: <http://cybergeog.revues.org/2199>. Acessado em: 30 novembro 2015.

RAMOS, M. E.; SANCHEZ, J. J.; SANTOS, L. A. A ação das políticas públicas na prevenção do câncer do colo do útero e mama na atenção básica em Salvador-BA. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 5-15, jan-jun 2016.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, apr 2017.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 603-610, apr 2008.

REIS, Y. A. C.; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s157-s172, nov 2010.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe., p. 14-24, dec 2016.

RIBEIRO, J. M. et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, apr 2017.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, jun 2015.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, apr 2017.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, feb 2014.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, dec 2015.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia – Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, Barcelona, v. 1, n. 2, p. 1-14, dec 2008.

ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691-711, jun 2016.

RUDDY, K.; MAYER, E.; PARTRIDGE, A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. **CA Cancer J Clin**, Atlanta, v. 59, n. 1, p. 56-66, jan-feb 2009.

RUFF, P. et al. Access to Cancer Therapeutics in Low-and Middle-Income Countries. In: **American Society of Clinical Oncology educational book**. American Society of Clinical Oncology. Meeting. 2016. p. 58-65.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Uma abordagem clínica psicossociológica na pesquisa sobre o cuidado em saúde e o trabalho gerencial. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 219-256.

SANTA HELENA, E. T.; ANDERSEN, S. E.; MENONCIN, S. M. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 280-288, sep 2015.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 138-144, feb 2011.

SANTANA, R. S. et al. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Rev Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1587-1603, dec 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, aug 2014.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015 The three branches of Government and financing of the Brazilian Unified National Health System: 2015 in review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e00194815, jan 2016.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, apr 2017.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, jun 2015.

SANTOS, R. S.; MELO, E. C. P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 410-416, jun 2011.

SANTOSA, A. et al. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. **Glob Health Action**, Umeå, v. 15, n. 7, p. 23574, may 2014.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1056-1058, jun 2013.

SANTOS-RUBIO, M. D. et al. Análisis modal de fallos y efectos aplicado a la elaboración de citostáticos intravenosos. **Revista de Calidad Asistencial**, Oviedo, v. 31, n. 2, p. 106-112, mar-apr 2016.

SARTORI, A. A. T.; CZERMAINSKI, S. B. C. Os centros de informação sobre medicamentos e o acesso e uso racional de medicamentos no Brasil à luz do direito sanitário. **Rev Dir Sanit**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 59-89, feb 2013.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saude Soc**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, dec 2001.

SECOLI, S. R. et al. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 287-296, dec 2005.

SHAH, N. N. et al. Improving the safety of oral chemotherapy at an academic medical center. **J Oncol Pract**, Alexandria, v. 12, n. 1, p. e71-e76, jan 2016.

SHEA-BUDGELL, M. A. et al. Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. **Curr Oncol**, Ontario, v. 21, n. 4, p. 165-173, aug 2014.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, dec 2013.

SINGH, S. **O último teorema de Fermat**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SILVA, C. P. et al. Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico. **Rev Bras Cancerol**. Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 225-235, sep 2016.

SILVA, C. R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, apr 2017a.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saude Soc**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dec 2013.

SILVA, H. P.; PIMENTA, K. K. P. A atuação de advogados e organizações não governamentais na judicialização da saúde pública no Brasil: a quem será que se destina?. **Cad Ibero-Amer Dir Sanit**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 207-227, jan-mar 2017.

SILVA, M. G. C.; ARREGI, M. M. U.; MATOS, C. M. M. Residência Médica na área de Cancerologia no Brasil: distribuição dos programas e da oferta de vagas por região em 2010. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 59, n.1, p. 25-31, jan 2013.

SILVA, M. J. S. The performance of the pharmacist in oncology: what is expected with the minimum degree requirement?. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 4-7, jun 2016.

SILVA, M. J. S. Orientação ao paciente: como desenvolver material educacional. In: MORAES, E. L. (Org.). **Manual de atenção farmacêutica em oncologia**. São Paulo: Planmark, 2017. p. 28-34.

SILVA, M. J. S. et al. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 177-187, sep 2017b.

SILVA, M. J. S.; MELO, E. C. P.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Origin-destination flows in chemotherapy for breast cancer in Brazil: implications for pharmaceutical services. **Cienc Saude Colet** [no prelo], sep 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/origindestination-flows-in-chemotherapy-for-breast-cancer-in-brazil-implications-for-pharmaceutical-services/16346?id=16346>

SILVA, M. J. S.; MORAES, E. L. Atuação da equipe multiprofissional na central de quimioterapia. In: ALMEIDA, J. R. C. (org.). **Farmacêuticos em oncologia: uma nova realidade**. 3.^a ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 133-154.

SILVA, M. J. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica. In: ALMEIDA, J. R. C. (org.). **Farmacêuticos em oncologia: uma nova realidade**. 3.^a ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 561-582.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun 2011.

SILVA, S. F. (org.). **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, nov 2014.

SIMEÃO, S. F. A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, mar 2013.

SIQUEIRA, A. S. E. et al. Economic Impact Analysis of Cancer in the Health System of Brazil: Model Based in Public Database. **Health Science Journal**, Delaware, v. 11, n. 4, p. 514, jul 2017.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan-mar 2014.

SOARES, J. C. R. S.; DEPRÁ, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 311-329, jan-mar 2012.

SOARES, L. S. B.; POLEJACK, L. Comunicação em saúde; percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 30-37, jan-apr 2016.

SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 595-604, sep 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS EM ONCOLOGIA (Sobrafo). **I Consenso Brasileiro para Boas Práticas de Preparo da Terapia Antineoplásica**. Sobrafo. São Paulo: Segmento Farma, 2014.

SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 342-348, apr 2011.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-90, jun 2017.

SOUZA, H. P.; SOUZA, J. R. Percepção do paciente sobre o protocolo de acolhimento realizado no serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB). **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 187-205, jan-mar 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SULLIVAN, P et al. Using lean methodology to improve productivity in a hospital oncology pharmacy. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda, v. 71, n. 17, p. 1491-1498, sep 2014.

SUTER, E. et al. Ten key principles for successful health systems integration. **Healthc Q**, Toronto, v. 13, n. spec, p. 16-23, oct 2009.

SUZUKI, S. et al. Chemotherapy regimen checks performed by pharmacists contribute to safe administration of chemotherapy. **J Oncol Pharm Pract**, London, v. 23, n. 1, p. 18-25, jan 2017.

TAPLIN, S. H. et al. Reviewing cancer care team effectiveness. **J Oncol Pract**, Alexandria, v. 11, n. 3, p. 239-246, may 2015.

TAVARES, N.; PINHEIRO, R. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 49-56, mar 2014.

TEIXEIRA, L. A. O câncer na mira da medicina brasileira. **Rev Bras Hist Ciênc**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan-jun 2009.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **Hist Ciênc Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, p. 13-31, jul 2010.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. M. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, jul-sep 2012.

TEIXEIRA, L.A.; PORTO, M. A.; NORONHA, C.P. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; FERREIRA, S. C. Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e oportunidades. **Rev Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 467-72, dec 2011.

TOMASI, E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, jun 2015.

TOMAZELLI, J. G. et al. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 61-70, mar 2017.

TONG, A. Y. C.; PEAKE, B. M.; BRAUND, R. Disposal practices for unused medications around the world. **Environ Int**, Lancaster, v. 37, n. 1, p. 292-298, jan 2011.

TORRE, L. A. et al. Global cancer statistics, 2012. **CA Cancer J Clin**, Atlanta, v. 65, n. 2, p. 87-108, mar-apr 2015.

TORRE, L. A. et al. Global cancer incidence and mortality rates and trends—an update. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, Philadelphia, v. 25, n. 1, p. 16-27, jan 2016.

TREMBLAY, D. et al. Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. **Implementation Science**, London, v. 11, n. 1, p. 39, mar 2016.

TREMBLAY, D. et al. Effects of interdisciplinary teamwork on patient-reported experience of cancer care. **BMC Health Serv Res**, London, v. 17, n. 1, p. 218, mar 2017.

TRINDADE, Mônica Cristina Nunes da et al. **Curso de pós-graduação em gestão da assistência farmacêutica (2010-2015): descrição e análise do perfil dos egressos e de elementos do plano operativo**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 107. 2017.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 72-76, feb 2008.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CÉSAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar 2008.

VALUCK, T. et al. Improving Oncology Quality Measurement in Accountable Care: Filling Gaps with Cross-Cutting Measures. **J Manag Care Spec Pharm**, Washington, v. 23, n. 2, p. 174-181, feb 2017.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, sep-oct 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun 2009.

VERBRUGGHE, M. et al. Adherence to oral anticancer agents: healthcare providers' perceptions, beliefs and shared decision making in Belgium and the Netherlands. **Acta Oncol**, Solna, v. 55, n. 4, p. 437-443, apr 2016.

VIANA, A. L. D. et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. **Saude Soc**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, jun 2015.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (org). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, aug 2010.

VIANA, A. L. D; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun 2009.

VIDAL, T. J. et al. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg?. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2539-2548, aug 2017.

VIEGAS, S. M. F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 769-784, jul-sep 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Cienc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, jan 2013.

VIEIRA, E. W.; GAZZINELLI, A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 448-461, jun 2017.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 2, p. 91-100, aug 2008.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Cienc Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, sep 2009a.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-681, aug 2009b.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, jan 2013.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Gestão da Assistência Farmacêutica: análise da situação de alguns municípios. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 11-29, feb 2015.

WHITE, R. et al. Intravenous chemotherapy preparation errors: Patient safety risks identified in a pan-Canadian exploratory study. **J Oncol Pharm Pract**, London, v. 20, n. 1, p. 40-46, feb 2014.

WIENER, L. et al. Threading the cloak: palliative care education for care providers of adolescents and young adults with cancer. **Clin Oncol Adolesc Young Adults**, London, v. 5, p. 1-18, jan 2015.

WIERNIKOWSKI, J. T. et al. Regulatory and logistical issues influencing access to antineoplastic and supportive care medications for children with cancer in developing countries. **Pediatr Blood Cancer**, Medford, v. 61, n. 8, p. 1513-1517, aug 2014.

WIRTZ, V. J. et al. Essential medicines for universal health coverage. **Lancet**, London, v. 389, n. 10067, p. 403-476, jan 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. **World Cancer Report 2014**. Lyon: IARC Press, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Errors**. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **20th WHO Model List of Essential Medicines**. Geneva: WHO, 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication without harm: WHO global patient safety challenge**. Geneva: WHO, 2017b.

WUNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 427-450, sep 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZHANG, X. W. et al. Molecular diagnosis of human cancer type by gene expression profiles and independent component analysis. **Eur J Hum Genet**, London, v. 13, n. 12, p. 1303-1311, dec 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Pesquisa: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Será realizada uma breve apresentação pessoal e do objetivo da pesquisa. Informações sobre a gravação da entrevista e o uso do roteiro de entrevista serão fornecidas. Será destacado que o principal interesse está na sua experiência e no seu depoimento.

EIXO 1 – CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

- Você poderia me falar um pouco sobre a sua trajetória e sobre a sua atuação como gestor da rede de atenção oncológica?

Tópicos que podem ser explorados: histórico e trajetória; conjuntura (atores e regras políticas); direcionalidade (capacidade dos dirigentes em formularem uma orientação para o processo); e, institucionalidade (estratégias, políticas e projetos – compreendendo aspectos regulatórios, normativos e cognitivos).

EIXO 2 – INTEGRALIDADE DO CUIDADO

- Tendo como base de raciocínio a linha de cuidado para o câncer de mama, você poderia me descrever como foi estruturada a rede de atenção oncológica no seu município?

Tópicos que podem ser explorados: organização da vigilância e da informação em saúde; comunicação em saúde; intersetorialidade; organização da rede de serviços; planejamento das ações; atuação da equipe na coordenação do cuidado; e, respeito ao

direito das pessoas/judicialização.

EIXO 3 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Ainda com base na linha de cuidado para o câncer de mama, como a assistência farmacêutica está organizada? Quais as ações que são desenvolvidas no âmbito da rede de atenção oncológica?

Tópicos que podem ser explorados: conformação e estrutura; financiamento; gestão do medicamento; gestão do uso do medicamento; incorporação de tecnologias; e, evidências científicas.

EIXO 4 – DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Considerando as ações de assistência farmacêutica desenvolvida na rede de atenção oncológica no seu município, quais os resultados que estão sendo alcançados?

Tópicos que podem ser explorados: acesso/acessibilidade; continuidade; e segurança.

FECHAMENTO

A entrevista será encerrada com um agradecimento e será oportunizado ao entrevistado realizar outras colocações em relação ao tema da pesquisa ou da sua prática como gestor da rede de atenção oncológica.

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Pesquisa: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Será realizada uma breve apresentação pessoal e do objetivo da pesquisa. Informações sobre a gravação da entrevista e o uso do roteiro de entrevista serão fornecidas. Será destacado que o principal interesse está na sua experiência e no seu depoimento.

EIXO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

- Você poderia me falar um pouco sobre a sua formação profissional e da sua experiência profissional anterior a gestão?

Tópicos que podem ser explorados: graduação e pós-graduação; experiência na área da oncologia; experiência em gestão.

EIXO 2 – CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

- Você poderia me falar um pouco sobre a sua trajetória e sobre a sua atuação como gestor da assistência farmacêutica municipal?

Tópicos que podem ser explorados: histórico e trajetória; conjuntura (atores e regras políticas); direcionalidade (capacidade dos dirigentes em formularem uma orientação para o processo); e, institucionalidade (estratégias, políticas e projetos – compreendendo aspectos regulatórios, normativos e cognitivos).

EIXO 3 – INTEGRALIDADE DO CUIDADO

- Tendo como base de raciocínio a linha de cuidado para o câncer de mama, você poderia me descrever como a assistência farmacêutica está integrada na rede de atenção oncológica no seu município? Como a assistência farmacêutica tem contribuído para o alcance da integralidade do cuidado do paciente com câncer de mama?

Tópicos que podem ser explorados: intersetorialidade; organização da rede de serviços; planejamento das ações; atuação da equipe na coordenação do cuidado; e, respeito ao direito das pessoas/judicialização.

EIXO 4 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Ainda com base na linha de cuidado para o câncer de mama, como a assistência farmacêutica está organizada? Quais as ações que são desenvolvidas no âmbito da rede de atenção oncológica?

Tópicos que podem ser explorados: conformação e estrutura; financiamento; gestão do medicamento; gestão do uso do medicamento; incorporação de tecnologias; evidências científicas; e sistema de informação.

EIXO 5 – DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Considerando as ações de assistência farmacêutica desenvolvida na rede de atenção oncológica no seu município, quais os resultados que estão sendo alcançados?

Tópicos que podem ser explorados: acesso/acessibilidade; continuidade; adequação; e segurança.

FECHAMENTO

A entrevista será encerrada com um agradecimento e será oportunizado ao entrevistado realizar outras colocações em relação ao tema da pesquisa ou da sua prática como gestor da assistência farmacêutica municipal.

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DAS UNIDADES HABILITADAS PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Pesquisa: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

Será realizada uma breve apresentação pessoal e do objetivo da pesquisa. Informações sobre a gravação da entrevista e o uso do roteiro de entrevista serão fornecidas. Será destacado que o principal interesse está na sua experiência e no seu depoimento.

EIXO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

- Você poderia me falar um pouco sobre a sua formação profissional e da sua experiência profissional na área da oncologia?

Tópicos que podem ser explorados: graduação e pós-graduação; experiência anterior; experiência atual.

EIXO 2 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Com base na linha de cuidado para o câncer de mama, como a assistência farmacêutica está organizada em sua instituição? Quais as ações que são desenvolvidas?

Tópicos que podem ser explorados: conformação e estrutura; gestão do medicamento; gestão do uso do medicamento; incorporação de tecnologias; evidências científicas; e sistema de informação.

EIXO 3 – DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Considerando as ações de assistência farmacêutica desenvolvidas na sua instituição, quais os resultados que estão sendo alcançados? Quais as estratégias utilizadas para garantir o acesso, a continuidade e o uso apropriado dos medicamentos no tratamento das mulheres com câncer de mama?

Tópicos que podem ser explorados: acesso/acessibilidade; continuidade; adequação; e segurança.

EIXO 4 – A ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

- Pensando na linha de cuidado para o câncer de mama, você poderia me descrever quais ações são articuladas entre a sua instituição e a rede de atenção oncológica? Existe algum nível de integração das ações de assistência farmacêutica? Como a assistência farmacêutica tem contribuído para o alcance da integralidade do cuidado do paciente com câncer de mama?

Tópicos que podem ser explorados: intersetorialidade; organização da rede de serviços; planejamento das ações; atuação da equipe na coordenação do cuidado; e, respeito ao direito das pessoas/judicialização.

FECHAMENTO

A entrevista será encerrada com um agradecimento e será oportunizado ao entrevistado realizar outras colocações em relação ao tema da pesquisa ou da sua prática profissional.

APÊNDICE D: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA PARA UNIDADES HABILITADAS PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA PARA UNIDADES HABILITADAS DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

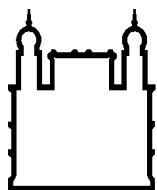
Pesquisa: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Itens a serem observados:

- 1) Lista de medicamentos / Formulário Terapêutico;
- 2) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas;
- 3) Procedimentos Operacionais Padronizados (POP);
- 4) Área de manipulação de medicamentos antineoplásicos;
- 5) Dispensação ambulatorial;
- 6) Seguimento farmacoterapêutico.

ANEXO

ANEXO 1: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (GESTORES)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “LIMITES E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, desenvolvida por Mario Jorge Sobreira da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro.

O objetivo central do estudo é avaliar a organização da assistência farmacêutica nas redes de atenção em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde visando identificar seus limites e possibilidades, tendo o câncer de mama como condição marcadora.

O convite a sua participação se deve à sua vivência e experiência como gestor da rede de atenção oncológica ou como gestor da assistência farmacêutica.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Assim, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, inclusive informações institucionais, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito

através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Após este prazo todo o material será destruído.

Não haverá nenhum benefício direto ao(a) Sr(a) pela sua participação, mas ela irá contribuir para o avanço do conhecimento sobre a assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica e, conseqüentemente, colaborar para a melhoria do cuidado prestado aos pacientes oncológicos.

Você poderá interromper a entrevista a qualquer momento ou se recusar a fornecer alguma informação, caso você se sinta constrangido ou desconfortável em algum momento. Porém, serão adotados alguns cuidados para evitar que isso ocorra.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da publicação da tese e de artigos acadêmicos, possibilitando maior disseminação e apropriação destes para a tomada de decisão. O preenchimento do questionário não implica em autoria dos artigos.

Este termo foi redigido em duas vias, sendo uma delas para você. Todas as páginas deverão ser rubricadas por mim e por você e nossa assinatura constará da última página. Neste termo consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da

confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o Pesquisador Responsável: Mario Jorge Sobreira da Silva

Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF/ENSP/Fiocruz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 620 – Manguinhos.

Telefones: (21) 2598-2591 ou 99854-8577

FAX: (21) 2209-3076

E-mail: mjsobreira@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

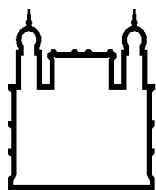
(LOCAL E DATA)

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante:

Assinatura do Pesquisador

MARIO JORGE SOBREIRA DA SILVA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (MEMBROS DA EMTA)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “LIMITES E POSSIBILIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NOÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, desenvolvida por Mario Jorge Sobreira da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro.

O objetivo central do estudo é avaliar a organização da assistência farmacêutica nas redes de atenção em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde visando identificar seus limites e possibilidades, tendo o câncer de mama como condição marcadora.

O convite a sua participação se deve à sua vivência e experiência como membro da equipe multiprofissional de terapia antineoplásica.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Assim, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, inclusive informações institucionais, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do

pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir o trânsito do entrevistador para observação de aspectos da assistência farmacêutica, consulta a documentos e registros, e em responder perguntas de um roteiro de entrevista. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Após este prazo todo o material será destruído.

Não haverá nenhum benefício direto ao(a) Sr(a) pela sua participação, mas ela irá contribuir para o avanço do conhecimento sobre a assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica e, conseqüentemente, colaborar para a melhoria do cuidado prestado aos pacientes oncológicos.

Você poderá interromper a entrevista a qualquer momento ou se recusar a fornecer alguma informação, caso você se sinta constrangido ou desconfortável em algum momento. Porém, serão adotados alguns cuidados para evitar que isso ocorra.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através da publicação da tese e de artigos acadêmicos, possibilitando maior disseminação e apropriação destes para a tomada de decisão. O preenchimento do questionário não implica em autoria dos artigos.

Este termo foi redigido em duas vias, sendo uma delas para você. Todas as páginas deverão ser rubricadas por mim e por você e nossa assinatura constará da última página. Neste termo consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no

desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o Pesquisador Responsável: Mario Jorge Sobreira da Silva

Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF/ENSP/Fiocruz

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 620 – Manguinhos.

Telefones: (21) 2598-2591 ou 99854-8577

FAX: (21) 2209-3076

E-mail: mjsobreira@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(LOCAL E DATA)

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante:

Assinatura do Pesquisador

MARIO JORGE SOBREIRA DA SILVA

ANEXO 2: MODELO DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

Instituição Coparticipante: _____

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético nº 1.574.456, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa intitulado “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, sob responsabilidade de MARIO JORGE SOBREIRA DA SILVA e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional