

Organização e práticas da assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde

Organization and practices of pharmaceutical services in oncology within the Brazilian National Health System (abstract: p. 16)

Organización y prácticas de la asistencia farmacéutica en oncología en el ámbito del Sistema Brasileño de Salud (resumen: p. 17)

Mario Jorge Sobreira da Silva^(a)

<mario.silva@inca.gov.br> 

Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro^(b)

<claudia.osorio@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Divisão de Ensino Lato Sensu e Técnico, Coordenação de Ensino, Instituto Nacional de Câncer. Rua Marquês de Pombal, 125, 3º andar, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20230-240.

^(b) Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Este artigo, fundamentado na Teoria da Estruturação de Giddens, buscou analisar a organização e as práticas da assistência farmacêutica em oncologia em cinco municípios brasileiros por meio de um estudo de casos múltiplos, tendo o câncer de mama como condição marcadora. A subunidade de análise foram as unidades habilitadas de atenção oncológica. Foram entrevistados dez gestores e quinze profissionais de saúde. Complementarmente, foram considerados documentos e dados da observação direta da ação dos profissionais. Os resultados foram analisados segundo quatro eixos: estrutura organizacional, financiamento, tecnologias e processos de trabalho. Destacaram-se: a baixa articulação das ações de assistência farmacêutica realizadas entre os níveis de atenção à saúde, problemas estruturais nos serviços, insuficiência de financiamento, atrasos nos processos de avaliação e incorporação de tecnologias, e falhas nos processos de trabalho. Os aspectos destacados contribuem para a precariedade do funcionamento do sistema.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Oncologia. Estudo de casos. Assistência à saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) é um componente da atenção à saúde cuja finalidade é a provisão oportuna de medicamentos seguros e de qualidade, contribuindo para a prevenção de doenças e para a promoção e recuperação da saúde¹. No contexto da oncologia, as principais metas globais relacionadas à AF envolvem: a promoção do cuidado de alta qualidade, a proteção dos trabalhadores quanto aos riscos de exposição aos quimioterápicos, a eliminação dos erros de medicação com agentes antineoplásicos, o desenvolvimento de planejamento ético para o gerenciamento dos medicamentos, e a contribuição para a melhoria dos resultados do uso dos antineoplásicos².

No Brasil, segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a AF deve estar organizada para atender às necessidades do tratamento oncológico, de acordo com o plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer, e com as regras de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS)³. É 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 ao indivíduo com câncer.

As atividades da AF deverão ser realizadas de forma multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, articulando e integrando as ações e serviços, em suas múltiplas dimensões, realizadas nos diferentes níveis de atenção à saúde⁴. No contexto macropolítico, as atividades estão direcionadas ao estabelecimento de princípios e diretrizes que busquem 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). Ambas auxiliam na obtenção de resultados clínicos, econômicos e humanísticos positivos em saúde⁵.

Para garantir o funcionamento adequado da Rede de Atenção Oncológica, são responsabilidade dos entes municipais: o planejamento, a programação e a organização das ações e serviços de saúde necessários para a realização do cuidado integral ao paciente oncológico^{3,6}. No entanto, a estruturação da AF em oncologia vem sendo atravessada por inúmeros fatores contextuais relacionados à própria organização da área, especialmente quanto: às dificuldades de acesso e continuidade do tratamento, insuficiência de financiamento, problemas relativos à oferta de serviços e limitações na integração entre os diversos pontos de atenção à saúde².

O objetivo do presente estudo foi analisar a organização e as práticas da assistência farmacêutica em oncologia em municípios brasileiros a partir da compreensão de gestores e profissionais de saúde, tendo o câncer de mama como condição marcadora.

Metodologia

A abordagem metodológica empregada no estudo foi fundamentada na Teoria da Estruturação de Giddens. Esta teoria propõe que existe uma dualidade da estrutura, que 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 coerção⁷. A escolha da teoria se deu pela necessidade de se analisarem, de forma integrada, as duas dimensões da AF em oncologia: os componentes políticos e gerenciais; e o trabalho vivo em ato.

O referencial de análise foi fundamentado pela análise da conduta estratégica, proposta por Giddens⁷, buscando-se compreender como as atividades aconteciam dentro de um contexto. O cerne da investigação foram as consciências práticas e discursivas, e as estratégias estabelecidas pelos agentes, considerando a estrutura disponível, bem como as facilidades e coerções presentes nas interações sociais⁷.

Apoiado nesse referencial, foi conduzido um estudo de casos múltiplos do tipo integrado⁸. A unidade principal de análise (caso) foi o município e a subunidade foi a unidade habilitada de atenção oncológica.

Com o intuito de selecionar os casos, foram considerados todos os municípios que tinham, em seu território, serviços de quimioterapia para tratamento de pacientes com câncer de mama⁹. Os casos foram caracterizados quanto à macrorregião geográfica e o tipo de região de saúde (RS) em que estavam inseridos (grupos 1 ao 5)¹⁰. A tipologia de RS empregada se baseia na análise de duas dimensões – situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços de saúde. Seu emprego pareceu adequado por considerar aspectos contextuais importantes em análise de fenômenos complexos⁶, como é o caso da assistência farmacêutica em oncologia.

Esta opção permitiu agrupar os municípios em torno de características comuns, reduzindo o número de casos investigados, sem comprometer a variedade de informações analisadas. Optou-se por selecionar um município de cada tipo de RS diferente, localizados em macrorregiões geográficas distintas, totalizando cinco casos. Em cada município foi incluída uma unidade habilitada como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Nos casos em que houve mais de um serviço habilitado com características similares, privilegiou-se, na seleção, os estabelecimentos que realizavam maior número de procedimentos de quimioterapia, conforme informações disponibilizadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

A descrição das características dos municípios selecionados envolveu as seguintes informações: área de abrangência para atenção oncológica, cobertura populacional, localização em região de fronteira (nacional ou estadual) ou não, quantidade de unidades habilitadas, tipo de unidade habilitada (CACON ou UNACON) e tipo de estabelecimento (público ou privado) (Quadro 1).

Quadro 1. 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	Privado Filantrópico	Público Estadual	Privado Filantrópico	Público Estadual	Privado Filantrópico

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

Fonte: Elaboração própria

A principal técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista semiestruturada, e, de forma complementar, foram considerados dados provenientes de documentos e da observação direta da ação dos profissionais nas unidades habilitadas.

As entrevistas foram realizadas com 25 agentes envolvidos com a organização e as práticas da assistência farmacêutica em oncologia, sendo: cinco gestores municipais da rede de atenção; cinco gestores da assistência farmacêutica municipal; e quinze profissionais da equipe mínima de terapia antineoplásica (cinco médicos, cinco farmacêuticos e cinco enfermeiros) das unidades habilitadas. Os atores encontravam-se em posição estratégica e poderiam prover informações essenciais para compreensão do fenômeno investigado.

Os roteiros de entrevista foram construídos de forma a se apreenderem as subjetividades e se conhecerem a rotina e a experiência dos entrevistados^{6,8}. As seguintes dimensões foram consideradas: estrutura organizacional, atividades e práticas, financiamento, gestão logística e de uso do medicamento, incorporação de tecnologias e informação sobre medicamentos.

Para evitar a identificação dos sujeitos, foram utilizadas siglas de correspondência com a função, seguidas do número correspondente ao tipo de RS onde o município estava inserido. No Quadro 2, estão apresentadas as principais informações sobre os agentes entrevistados.

Quadro 2. Perfil dos profissionais entrevistados.

Entrevistado	Formação	Sexo	Tempo de experiência no cargo
GR1	Letras	Feminino	9 meses
GR2	Enfermagem	Feminino	1 ano e 6 meses
GR3	Serviço Social	Feminino	1 ano e 6 meses
GR4	Odontologia	Masculino	3 anos
GR5	Medicina	Masculino	4 anos
GAF1	Farmácia	Masculino	4 anos
GAF2	Farmácia	Masculino	4 anos
GAF3	Farmácia	Masculino	4 anos
GAF4	Farmácia	Feminino	12 anos
GAF5	Farmácia	Masculino	10 anos
MED1	Medicina	Masculino	2 anos
MED2	Medicina	Feminino	1 ano
MED3	Medicina	Feminino	3 anos
MED4	Medicina	Feminino	17 anos
MED5	Medicina	Masculino	6 anos
FARM1	Farmácia	Feminino	1 ano e 6 meses
FARM2	Farmácia	Masculino	3 anos
FARM3	Farmácia	Feminino	5 anos
FARM4	Farmácia	Feminino	2 anos e 6 meses
FARM5	Farmácia	Feminino	18 anos
ENF1	Enfermagem	Feminino	2 meses
ENF2	Enfermagem	Feminino	6 anos
ENF3	Enfermagem	Feminino	15 anos
ENF4	Enfermagem	Masculino	7 anos
ENF5	Enfermagem	Feminino	4 anos

*GR: Gestor da Rede de Atenção Oncológica; GAF: Gestor da Assistência Farmacêutica Municipal; MED: Médico da unidade habilitada; FARM: Farmacêutico da unidade habilitada; ENF: Enfermeiro da unidade habilitada.

Fonte: Elaboração própria

Nos serviços habilitados, os seguintes documentos foram buscados e analisados: lista de medicamentos selecionados, formulário terapêutico, protocolos institucionais e procedimentos operacionais. As informações provenientes da observação direta, relativas à estrutura dos serviços, aos registros de atendimento e às práticas desenvolvidas, foram anotadas em diário de campo específico e utilizadas na etapa de análise.

De forma operacional, a análise ocorreu em três fases. Na primeira, o material foi organizado com o intuito de identificar os elementos mais recorrentes, as semelhanças e as diferenças. Na segunda, buscou-se reconhecer os núcleos de sentido, identificando os componentes de análise mais representativos dos temas destacados. Para tanto, foi utilizado o *software* QSR NVivo 11[®]. Os resultados foram sistematizados em quatro eixos: estrutura organizacional, financiamento, tecnologias e processos de trabalho. A terceira fase consistiu em interpretação dos resultados e inferência analítica, com a finalidade de dar significado e validade aos achados.

A pesquisa obedeceu aos pressupostos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, registrado sob n.º 55992716.8.0000.5240.

Resultados e discussão

Os quatro eixos de análise corresponderam aos pontos que mais se destacaram na pesquisa e são consideradas importantes do ponto de vista da Teoria da Estruturação, uma vez que a ação social se desenvolve com base em regras e no uso dos recursos pelos agentes⁶.

Estrutura organizacional

Quanto à estrutura organizacional, observou-se consenso sobre a importância da organização e estruturação da assistência farmacêutica para o funcionamento adequado da rede de atenção oncológica. No entanto, destacou-se a baixa articulação entre a atenção primária, responsabilidade da gestão municipal, e as unidades habilitadas, impactando na resolutividade da atenção ao câncer.

No que tange aos serviços farmacêuticos em centrais de quimioterapia, a estrutura organizacional deveria estar pautada em requisitos normativos e atender padrões de boas práticas de manipulação de medicamentos antineoplásicos¹¹. Em nenhum dos serviços visitados foi possível perceber o atendimento, em plenitude, dos critérios descritos nas normas.

O Quadro 3 apresenta um sumário dos aspectos estruturais da AF identificados nas instituições habilitadas para a realização da quimioterapia.

Quadro 3. 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
Procedimentos Operacionais Padronizados	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 medicamentos de suporte	Quimioterapia oral e HT	Quimioterapia oral, HT e medicamentos de suporte	Quimioterapia oral e HT
Seguimento farmacoterapêutico	Não realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Não realiza
N.º de farmacêuticos no serviço de quimioterapia	1	2	5	4	2

*HT: Hormonioterapia; Medicamentos de suporte: fármacos empregados para o tratamento de efeitos adversos provocados pela quimioterapia, tais como: antieméticos, antialérgicos, antitrombóticos e outros.

Fonte: Elaboração própria

A questão que mais se destacou foi o fato de os serviços apresentarem várias inadequações nas salas de manipulação. 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 do uso inapropriado dos equipamentos de proteção individual pelos manipuladores.

A manipulação dos medicamentos antineoplásicos é uma atividade que deve ser realizada exclusivamente por farmacêuticos¹¹. 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 [...] mas não são graduados, não são farmacêuticos.” (ENF5)

No entanto, a farmacêutica do serviço optou por não se envolver com a manipulação, de sorte a dedicar-se a outras atividades.

“... aqui na instituição nós tivemos que optar por onde ficar, qual era o local que tinha mais perigo de se acontecer um erro [...] Ficamos do lado de fora [da sala de manipulação], avaliamos todas as prescrições, interações medicamentosas, damos suporte médico, fazemos trabalho de consultoria...” (FARM5)

A legislação sanitária brasileira preconiza que a preparação da terapia antineoplásica deve ser realizada por profissionais de nível Superior na área da saúde¹². A realização da manipulação por profissionais pouco capacitados pode favorecer a exposição ocupacional, as falhas no processo e os riscos aos pacientes¹³. Conforme apontado, a farmacêutica buscou explicações para a prática adotada justamente na segurança do paciente, além de mencionar também o número limitado de farmacêuticos atuando em oncologia (dois) na unidade.

Questões relacionadas ao grande volume de atendimento em relação ao número de farmacêuticos também foram destacadas por outras unidades. A excessiva quantidade de trabalho é um dos principais motivos de erros cometidos pelos trabalhadores, além de ser importante causa de adoecimento¹⁴.

Outra questão refere-se à ausência de documentos estruturantes da AF em algumas unidades. Esta situação compromete a organização do cuidado e as práticas desenvolvidas.

A dispensação ambulatorial ocorria em todas as unidades, porém, na unidade 5, era realizada por profissional técnico, sem supervisão farmacêutica, contrariando o que é preconizado no arcabouço regulatório vigente. Cabe destacar que 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 descarte¹⁵. Para alguns pacientes, se faz necessária a adoção de estratégias que favoreçam a adesão à terapia, além de ações voltadas para a detecção e manejo das reações adversas a medicamentos.

Financiamento

O financiamento é um recurso de caráter indutor para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde¹⁶. No que se refere à assistência farmacêutica, os valores financeiros podem ser alocados para aquisição de medicamentos e para a estruturação de serviços.

No SUS, o financiamento da quimioterapia não é relacionado ao medicamento empregado, mas ao procedimento realizado. O ressarcimento do tratamento refere-se a um valor médio mensal, segundo o esquema terapêutico utilizado¹⁶. A aquisição e o fornecimento dos medicamentos é de responsabilidade do prestador de serviço contratualizado. Somente após a realização do procedimento, deverá ser preenchida a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) para que ocorra a indenização. Foi consenso entre os entrevistados que o financiamento do tratamento oncológico tem sido insuficiente.

“Então, houve um achatamento do financiamento num todo e houve essa disparada do quimioterápico em específico, tanto em diversidade [...] mas principalmente em custo.” (GR4)

É importante observar que o valor financiado, por meio da APAC, não contempla o pagamento do tratamento de cuidados paliativos e dos medicamentos de suporte necessários para o controle das doenças, sinais e sintomas apresentados após administração da quimioterapia ambulatorial¹⁷. Esta questão tem se traduzido em importante coerção para a ação dos agentes, uma vez que, em alguns municípios, o paciente não recebe todo o seu tratamento, nem na unidade habilitada ou nos estabelecimentos municipais. As compras dos medicamentos de suporte da quimioterapia, que eram dispensados, ambulatorialmente, pelas unidades públicas (2 e 4) aconteciam por financiamento institucional.

Diversos antineoplásicos provocam efeitos mediatos e tardios, que, se não forem adequadamente controlados, poderão comprometer todo o tratamento, por impedir que o paciente realize um novo ciclo de quimioterapia, e a continuidade de cuidado. Além de perversa para os pacientes, a não garantia do cuidado integral em oncologia promove ineficiência no uso dos recursos públicos. A fala de uma das entrevistadas traz uma reflexão importante sobre o tema.

“... a incidência de câncer tá sendo volumosa... e infelizmente a gente está vendo os pacientes chegarem muito tarde. Então, o custo na oncologia tá ficando muito oneroso... 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.” (MED4)

A entrevistada estabelece umnexo causal entre incidência, desarticulação da rede e necessidade de uso de terapias mais custosas na fase de tratamento. Todo o investimento que será empregado terá um único desfecho – a morte. Siqueira et al.¹⁸, ao analisarem o impacto econômico do câncer para o SUS, identificaram que, embora exista um aumento histórico no financiamento da atenção oncológica, 63% do custo total estão relacionados à mortalidade por câncer. A revisão desta lógica é imperiosa. A rede de atenção oncológica precisa ser amplamente estruturada. Significa dizer que

todos os serviços precisam ser fortalecidos, que o conhecimento sobre o câncer deve ser amplamente divulgado e que o combate aos fatores de risco e o diagnóstico precoce sejam questões centrais no enfrentamento das neoplasias.

Na lógica do financiamento, um tema que se destacou foi a farmacoeconomia, que constitui uma estratégia para melhorar a eficiência dos gastos com medicamentos em relação aos resultados clínicos¹⁹. 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 ao alto custo dos medicamentos²⁰. 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 [...] por mais que a gente saiba que todo mundo tem câncer de mama, os cânceres de mama não são iguais [...] tem medicações direcionadas para mutações específicas [...] Então seria para beneficiar quem tem essas alterações. Mas [...] o próprio SUS não cobre a pesquisa de muitas mutações... Então fica difícil indicar remédios onde a gente não consegue fazer o diagnóstico [molecular]... Mas que a gente sabe que uma parcela vai ter esse diagnóstico, [...] 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. Sabendo que o câncer tem causas multifatoriais e genéticas, realizar diagnóstico molecular é extremamente relevante, antes da definição da indicação terapêutica²¹. Esta estratégia, também, é importante para fomentar a pesquisa e aperfeiçoar as políticas de atenção em oncologia e o processo de avaliação de tecnologias em saúde²².

Outro ponto a ser fortalecido, no contexto do financiamento, se refere à auditoria terapêutica, uma vez que os entrevistados relataram que este processo não tem sido frequente. A auditoria em saúde é entendida como um conjunto de procedimentos técnicos utilizados para avaliar a assistência prestada, utilizando, como base, parâmetros considerados aceitáveis, com o intuito de se evitar o desperdício dos recursos públicos e de se promover economicidade²³. Em oncologia, a auditoria é prevista em regulamentação³, sendo importante instrumento de qualificação, eficiência e resolutividade da gestão. Porém, os processos de auditoria no SUS não são regulares, além de serem atravessados por interesses políticos e econômicos, que direcionam aonde e como serão realizadas²³.

Tecnologias

As tecnologias em saúde são importantes recursos alocativos. Para a obtenção do máximo benefício, o seu uso deve ser acompanhado da divulgação de informações adequadas.

A incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde deve ser precedida por uma etapa de avaliação que considera aspectos éticos, características de eficácia e segurança das tecnologias, questões econômicas e sua contribuição para a promoção, manutenção

ou reabilitação da saúde²⁴. É importante, portanto, que haja um grupo responsável por avaliar tais aspectos, podendo ser um Núcleo de Avaliação de Tecnologias ou uma Comissão de Farmácia e Terapêutica. Em oncologia, o processo de incorporação de tecnologias é complexo devido ao grande número de inovações, ao alto custo das novas terapias e ao elevado grau de incerteza sobre os benefícios aos usuários²⁵.

Apesar dos relatos de existência de comissões voltadas ao processo de incorporação em alguns municípios (2 e 5), questões relativas às tecnologias necessárias à atenção ao câncer não vêm sendo discutidas nessas instâncias. Somente três unidades habilitadas (3, 4 e 5) tinham comissões. Nos demais serviços (1 e 2), o processo de definição da incorporação de novos medicamentos estava centrado no médico. Chamou a atenção que, nas instituições que possuíam comissão funcionando, os oncologistas entrevistados não sabiam da sua existência.

“Poxa, eu não sei te informar. Se tem uma comissão eu não sei, sinceramente eu não sei.” (MED5)

Outro tema destacado foi a demora na incorporação de medicamentos para o tratamento do câncer no SUS. Todos os profissionais versaram sobre este ponto e utilizaram, como principal exemplo, a demora da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (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...” (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 SUS²⁶. É comum observar, nos relatórios emitidos pela comissão, menção sobre a inexistência de dados de vida real em pacientes brasileiros, que suportem a tomada de decisão²⁴. Apesar da veracidade do argumento, não se podem negar as dificuldades em realizar esses estudos, devido: à desarticulação da rede de atenção, a ausência de informações fidedignas sobre as terapias utilizadas nas instituições e a inexistente mensuração de resultados clínicos com as práticas realizadas^{4,18}.

A utilização de evidências científicas, de caráter clínico e econômico, capazes de nortear a tomada de decisão, é recomendada para o adequado processo de avaliação de tecnologias²⁴. Apenas uma unidade descreveu ter acesso e utilizar as bases de dados eletrônicas que fornecem informações científicas. Porém, a iniciativa era individual, e não institucional. O uso insuficiente das evidências científicas tem sido relacionado a variados fatores, desde dificuldades para interpretar, adaptar e aplicar o conhecimento científico, até as barreiras de acesso à literatura, especialmente pelo fato de que muitas bases de dados são pagas²⁷.

A falta de acesso à informação atualizada e adequada favorece escolhas tendenciosas e equivocadas. Na atenção oncológica, área em que acontecem atualizações frequentes, o emprego da evidência científica qualifica o cuidado, minimiza o risco

do uso inapropriado das tecnologias e dos recursos financeiros, e proporciona maior qualidade de vida para as pessoas com câncer²⁸.

Ademais, 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 sua ausência traz riscos que podem ser danosos à vida²⁹. Nenhum dos municípios e das unidades habilitadas visitadas relatou possuir um serviço formal de informações sobre medicamentos para pacientes e/ou profissionais.

Processos de trabalho

A análise dos processos de trabalho da AF buscou compreender como o sistema estava configurado na organização municipal e na unidade habilitada, especialmente quanto à sua integração às demais ações e serviços de saúde.

Modificar práticas rotinizadas em pontos de transformação nas relações estruturais é processo complexo. A otimização dos resultados clínicos em oncologia é altamente dependente da convergência das ações realizadas nos diferentes serviços de saúde em que o paciente transita³⁰. No entanto, alguns gestores sequer reconheciam o tratamento oncológico realizado na rede como parte integrante da AF.

Os serviços farmacêuticos dos municípios brasileiros têm mantido seu foco no processo logístico⁴. Mesmo neste enfoque, pacientes oncológicos não têm sido incluídos no planejamento das ações. A fragmentação do cuidado, devido à não percepção das necessidades dos sujeitos com câncer, promove ações pouco resolutivas.

A manipulação da quimioterapia foi a atividade mais citada entre os entrevistados. Notou-se que grande parte dos profissionais entrevistados entendiam a assistência farmacêutica apenas como um conjunto de atividades realizadas exclusivamente pelos farmacêuticos.

Foi observada a ausência de padrão no processo de programação de medicamentos, que cria dificuldades para a organização dos serviços e favorece a falta de medicamentos para os pacientes. Uma questão destacada refere-se aos mecanismos para solicitar os medicamentos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde.

“Por exemplo, no caso do trastuzumabe: tem meses que as planilhas chegam... mensalmente [...] Tem meses que a planilha já vem trimestral...” (FARM1)

Problemas de desabastecimento dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde, considerados essenciais para o tratamento do câncer e/ou que possuem alto custo²⁶, foram destacados pelos entrevistados. Irregularidades no abastecimento de medicamentos têm sido causas de efetivação de demandas judiciais³¹.

Nas unidades, um aspecto enunciado foi a insuficiente avaliação da prescrição médica pelos farmacêuticos. Este processo envolve verificação da dose, compatibilidade, estabilidade, interações potenciais e viabilidade do tratamento¹¹. Em casos 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 alertas em sistemas computadorizados tem sido utilizada como estratégia para mitigar erros em oncologia³².

Os protocolos são importantes ferramentas auxiliares na tomada de decisão institucional e norteadores da construção dos planos terapêuticos dos pacientes. Os estabelecimentos habilitados para alta complexidade em oncologia no SUS devem elaborar seus protocolos institucionais baseados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde³³. Esta condição, porém, não foi observada em algumas das instituições visitadas.

“A gente acaba seguindo muito as diretrizes internacionais [...] não tem protocolo institucional... definido... a conduta é de cada médico. [...] A gente define os esquemas de acordo com os valores da APAC...” (MED3)

O uso de protocolos de outras instituições, inclusive internacionais, ou a sua ausência, podem ser indutores de judicialização. Além disso, a indefinição dos protocolos institucionais promove iniquidades, devido ao fato de não haver padrão de tratamento³⁴. Permitir que as escolhas terapêuticas sejam baseadas em decisões individualizadas, proporciona desigualdades e permite que seja ofertado, ao paciente, tratamento com padrão inferior ao preconizado pelo SUS³⁵. Destaca-se, ainda, o uso do valor da APAC como parâmetro para definição do tratamento dos pacientes. Apesar 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, e devem ser adequadamente pactuados na rede de atenção. Diferentes olhares contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado e redução dos custos³⁶. Contudo, nas unidades visitadas, o processo de definição dos protocolos esteve centrado no médico.

Não obstante a existência formal das equipes, as falas destacaram que os processos de trabalho em saúde permanecem sendo médico-centrados. 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 antineoplásica³⁷.

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 o sucesso da farmacoterapia³⁰. Em um dos municípios foi destacada a implantação deste dispositivo para toda a rede de atenção, sendo entendido como um recurso facilitador.

“Está sendo implantado agora [sistema de informação], tanto no hospital quanto nas unidades básicas. Então eu vou ter acesso à informação do paciente aonde ele for, em qualquer ponto da rede.” (GAF2)

É essencial, para os profissionais de saúde e para o próprio paciente, que ele tenha um prontuário único, evitando que seja visto de forma fragmentada pelos diversos profissionais que o atendem.

Ao descreverem as práticas da assistência farmacêutica em oncologia, diversos temas foram abordados pelos entrevistados, envolvendo aspectos macropolíticos e de gestão, em diferentes contextos. No entanto, 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 possam transformar as situações identificadas. É nesse contexto que repousa a dualidade da estrutura, proposta pela Teoria da Estruturação.

Foi possível notar que os entrevistados, ao entrarem em contato com o próprio discurso, demonstravam a necessidade de mudança de cuidado em relação ao paciente oncológico. Situação que se assemelha ao processo de monitoração – quando o agente atua e monitora o ambiente social e sua própria atuação –, descrito na Teoria da Estruturação⁷. Também foi perceptível, nas falas dos entrevistados, a existência de explicações sobre o quê e porquê faziam, o que Giddens denomina de cognoscitividade⁷.

As diferentes características existentes entre os municípios pareceram não exercer impacto sobre os resultados encontrados. Porém, notou-se que apenas as instituições públicas ofereciam medicamentos para controle dos sintomas do tratamento, e que os estabelecimentos privados tinham maior facilidade no processo de aquisição, evitando desabastecimentos.

Como limitações práticas do estudo, apontam-se a impossibilidade de entrevistar todos os profissionais envolvidos na assistência farmacêutica em oncologia nas instituições investigadas, e de inclusão de outros serviços habilitados para a realização de quimioterapia nos municípios selecionados. Porém, acredita-se que os indivíduos que participaram das entrevistas conseguiram ter uma abordagem sistêmica sobre o fenômeno investigado, e que a observação direta realizada nos serviços permitiu o acesso a outros profissionais e a identificação das práticas realizadas.

Considerações finais

Ao se estudar a assistência farmacêutica em oncologia, constataram-se comprometimentos na organização e nas práticas adotadas em municípios brasileiros, com destaque para o não atendimento das normatizações relativas à estrutura organizacional. De acordo com os entrevistados, o subfinanciamento da atenção oncológica, as inadequações no processo de incorporação de tecnologias e o comprometimento dos processos de trabalho, têm exercido coerções importantes e contribuído para a precariedade do funcionamento do sistema.

A pesquisa revelou que é preciso promover maior integração da assistência farmacêutica em oncologia, entre atenção primária e alta complexidade, promovendo o cuidado integral ao paciente com câncer, uma vez que parte do tratamento do paciente não está sendo garantida pelas regras e recursos disponíveis.

A aproximação com a realidade vivenciada, ao se acessar a agência humana, permitiu identificar práticas rotinizadas e pontos de transformação. Assim, foi possível produzir um conhecimento de interesse para diversos atores – pacientes, gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e outros – sobre a assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do SUS.

Caso não ocorram mudanças no *modus operandi* que vem sendo adotado, não será possível estruturar adequadamente a assistência farmacêutica na rede de atenção oncológica.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Coe AB, Choe HM. Pharmacists supporting population health in patient-centered medical homes. *Am J Health Syst Pharm.* 2017; 74(18):1461-6.
2. Holle LM, Harris CS, Chan A, Fahrenbruch RJ, Labdi BA, Mohs JE, et al. Pharmacists' roles in oncology pharmacy services: Results of a global survey. *J Oncol Pharm Pract.* 2017; 23(3):185-94.
3. Ministério da Saúde (BR). Anexo IX da Portaria de consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União.* 3 Out 2017.
4. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(4):1181-91.
5. Ministério da Saúde (BR). Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde: Cuidado farmacêutico na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Tremblay D, Touati N, Roberge D, Breton M, Roch G, Denis JL, et al. Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. *Implement Sci.* 2016; 11(1):39-47.
7. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 458, de 24 de Fevereiro de 2017. Mantém as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de Fevereiro de 2014. *Diário Oficial da União.* 7 Mar 2017.
10. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. *Saude Soc.* 2015; 24(2):413-22.
11. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 565, de 6 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 União.* 7 Dez 2012.



12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 220, de 21 de Setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Diário Oficial da União. 23 Set 2004.
13. Greenall J, Shastay A, Vaida AJ, U D, Jonhson PE, O'Leary J, et al. Establishing an international baseline for medication safety in oncology: Findings from the 2012 ISMP International Medication Safety Self Assessment® for Oncology. *J Oncol Pharm Pract.* 2015; 21(1):26-35.
14. Jones GM, Roe NA, Louden L, Tubbs CR. Factors associated with burnout among US hospital clinical pharmacy practitioners: results of a nationwide pilot survey. *Hosp Pharm.* 2017; 52(11):742-51.
15. Shah NN, Casella E, Capozzi D, McGettigan S, Gangadhar TC, Schuchter L, et al. Improving the safety of oral chemotherapy at an academic medical center. *J Oncol Pract.* 2016; 12(1):e71-6.
16. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saude Soc.* 2013; 22(1):73-84.
17. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saude Debate.* 2015; 39(106):881-92.
18. Siqueira ASE, Gonçalves JG, Mendonça PEX, Merhy EE, Land MGP. Economic impact analysis of cancer in the health system of Brazil: model based in public database. *Health Sci J.* 2017; 11(4):514-21.
19. Secoli SR, Padilha KG, Litvoc J, Maeda ST. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10 Supl 1:287-96.
20. Henry D, Taylor C. Pharmacoeconomics of cancer therapies: considerations with the introduction of biosimilars. *Semin Oncol.* 2014; 41 Supl 3:13-20.
21. Costa NM, Lima SCS, Simão TA, Pinto LFR. The potential of molecular markers to improve interventions through the natural history of oesophageal squamous cell carcinoma. *Biosci Rep.* 2013; 33(4):627-36.
22. Plun-Favreau J, Immonen-Charalambous K, Steuten L, Strootker A, Rouzier R, Horgan D, et al. Enabling equal access to molecular diagnostics: what are the implications for policy and health technology assessment? *Public Health Genomics.* 2016; 19(3):144-52.
23. Elias JATQ, Leite MV, Silva JMF. 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.* 2017; 9(14):559-75.
24. Caetano R, Silva RM, Pedro EM, Oliveira IAG, Biz AN, Santana P. Incorporação de novos medicamentos pela comissão nacional de incorporação de tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(8):2513-25.
25. Anhorn R, Allmon TB, Borgert R, Buckley S, Carter HL, Carter L, et al. AMCP partnership forum: driving value and outcomes in oncology. *J Manag Care Spec Pharm.* 2017; 23(5):591-7.
26. Gadelha MIP, Martins SJ, Petramale CA. Oncologia: desfechos e experiências da comissão nacional de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Gest Saude.* 2015; 6 Supl 4:3194-212.
27. Dias RISC, Barreto JOM, Vanni T, Candido AMSC, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. *Cad Saude Colet.* 2015; 23(3):316-22.



28. Valuck T, Blaisdell D, Dugan DP, Weistrich K, Dubois RW, Miller RS, et al. Improving oncology quality measurement in accountable care: filling gaps with cross-cutting measures. *J Manag Care Spec Pharm*. 2017; 23(2):174-81.
29. Sartori AAT, Czermainski SBC. Os centros de informação sobre medicamentos e o acesso e uso racional de medicamentos no Brasil à luz do direito sanitário. *Rev Direito Sanit*. 2013; 13(3):59-89.
30. Henry E, Silva A, Tarlov E, Czerlanis C, Bernard M, Chauhan C, et al. Delivering coordinated cancer care by building transactive memory in a team of teams. *J Oncol Pract*. 2016; 12(11):992-9.
31. Moraes EL, Osorio-de-Castro CGS, Caetano R. Compras federais de antineoplásicos no Brasil: análise do mesilato de imatinibe, trastuzumabe e L-asparaginase, 2004-2013. *Physis*. 2016; 26(4):1357-82.
32. Suzuki S, Chan A, Nomura H, Johnson PE, Endo K, Saito S. Chemotherapy regimen checks performed by pharmacists contribute to safe administration of chemotherapy. *J Oncol Pharm Pract*. 2017; 23(1):18-25.
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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*. 2 Abr 2014.
34. Vidal TJ, Moraes EL, Retto MPF, Silva MJS. Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(8):2539-48.
35. Kaliks RA, Matos TF, Silva VA, Barros LHC. Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é diferente do teu SUS. *Braz J Oncol*. 2017; 13(44):1-12.
36. Liekweg A, Westfeld M, Jaehde U. From oncology pharmacy to pharmaceutical care: new contributions to multidisciplinary cancer care. *Support Care Cancer*. 2004; 12(2):73-9.
37. Taplin SH, Weaver S, Salas E, Chollette V, Edwards HM, Bruinooge SS, et al. Reviewing cancer care team effectiveness. *J Oncol Pract*. 2015; 11(3):239-46.

This study, based on the Giddens' Structuration Theory, aimed to analyze organization and pharmaceutical services practices for oncology care in five Brazilian municipalities by a multiple-case study design, having breast cancer as a marker condition. Oncology care-certified facilities were established as analysis sub-units. In-depth interviews were conducted with ten managers and fifteen health professionals. Research strategy also involved document analysis and direct observation of practices. Results were analyzed according to four main themes: organizational structure, financing, technologies and work process. We found little interaction of pharmaceutical services with levels of care, structural problems within facilities, insufficient funding, belated technology assessment and technology adoption, and shortfalls in work processes. These aspects contribute to precarious functioning of the cancer-care system.

Keywords: Pharmaceutical services. Medical oncology. Case reports. Delivery of health care. Brazilian National Health System.



Este artículo, fundamentado en la Teoría de la Estructuración de Giddens, buscó analizar la organización y las prácticas de la asistencia farmacéutica en oncología en cinco municipios brasileños, por medio de un estudio de casos múltiples, teniendo el cáncer de mama como condición marcadora. La subunidad de análisis fueron las unidades habilitadas de atención oncológica. Se entrevistaron diez gestores y quince profesionales de salud. Complementariamente, se consideraron documentos y datos de observación directa de la acción de los profesionales. Los resultados se analizaron de acuerdo con cuatro ejes: estructura organizacional, financiación, tecnologías y procesos de trabajo. Se destacó la baja articulación de las acciones de asistencia farmacéutica realizadas entre los niveles de atención de la salud, problemas estructurales en los servicios, insuficiencia de financiación, atrasos en los procesos de evaluación e incorporación de tecnologías y fallas en los procesos de trabajo. Los aspectos destacados contribuyen para la precariedad del funcionamiento del sistema.

Palabras clave: Asistencia farmacéutica. Oncología. Estudio de casos. Asistencia de la salud. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 28/05/18.
Aprovado em 26/09/18.