

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

**IVALDO DANTAS DE FRANÇA**

**Financiamento da Atenção Especializada em Pernambuco para o Tratamento  
Oncológico de Mama e Próstata**

Recife  
2016

**IVALDO DANTAS DE FRANÇA**

**Financiamento da Atenção Especializada em Pernambuco para o Tratamento  
Oncológico de Mama e Próstata**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Gestão e  
Economia da Saúde da Universidade Federal de  
Pernambuco, para a obtenção do Título de  
Mestre em Gestão e Economia da Saúde

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

Co-orientador: Prof. Msc. Tiago Rafael de Sousa Nunes

Recife  
2016



IVALDO DANTAS DE FRANÇA

**Financiamento da Atenção Especializada em Pernambuco para o Tratamento  
Oncológico de Mama e Próstata**

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

Aprovado em: 15/março/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup> Maíra Galdinho da Rocha Pitta (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup> Maísa Cavalcanti Pereira (Examinador Externo)  
Prefeitura da Cidade do Recife

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup> Janaína Ratiz Monteiro (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me presenteado com a minha vida e aos meus pais, Ielivaldo Pereira e Evalda Dantas por me educarem, me amarem, por cuidarem de mim, por terem me ensinado a amar, a respeitar, a sempre buscar alcançar meus objetivos, a persistir e nunca desistir de um ideal.

Agradeço aos meus familiares, principalmente meus irmãos Ibson Dantas e Ivson Dantas, que estão sempre comigo e me apoiando nas minhas decisões.

Agradeço a todos os meus amigos, José Clodoaldo, Janaína André, Paulo Fernando, Bruno Tobias, Jackeline Martins e Érica Abreu pessoas que são presente de Deus e escolhemos para fazer parte da nossa vida dando apoio e acompanhando.

Agradeço a todos companheiros (as) de turma do PPGGES, a todos docentes e funcionários...aos amigos que me acompanharam e se tornaram meus amigos durante o curso: Ana Cláudia, Ana Magalhães, Fernanda e José Ferreira.

Agradeço ao Orientador professor Dr. Moarcy Barreto e ao Co-orientador Tiago Rafael, que me acolheram tão bem e me fizeram ter vontade de sempre progredir mais.

Agradeço à Roseane Lemos que tanto me auxiliou com minhas dúvidas sobre o SIH/SUS e SIA/SUS e que tanto me auxiliou durante o processo de discussão dos resultados.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma me ajudaram e torceram por mim.

## RESUMO

Os custos da assistência oncológica é a sua estrutura de tratamento diferenciada, pois seus custos são baseados nos procedimentos realizados e no estadiamento ou nível da neoplasia. Ressalta-se que são realizados por ressarcimento, ou seja, os repasses financeiros são calculados com base no valor total do tratamento e divididos pela quantidade de meses, independentemente da quantidade de ciclos que o tratamento terá no mês. Esta forma de pagamento evita um novo ressarcimento de um tratamento já concluído. O objetivo do estudo foi verificar a alocação de recursos Fundo a Fundo do Ministério da Saúde para a Atenção Especializada em Pernambuco entre os anos de 2008 e 2014, para o tratamento oncológico de mama e próstata. Caracteriza-se como uma pesquisa com bases de dados secundários de domínio público e de abordagem quantitativa, de cunho epidemiológico e estruturada segundo os critérios de um estudo observacional e retrospectivo. Analisando a participação dos hospitais por natureza jurídica no Brasil, observou-se que 67,45% (R\$ 4.439.213.694,41) dos valores ressarcidos no SUS para o tratamento de câncer no Brasil se concentraram nos hospitais de regime privado, enquanto 32,55% (R\$ 2.142.179.536,14) foram destinados aos públicos. Demonstrando importantes fluxos financeiros para a rede privada. Os valores ressarcidos por paciente internada para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de mama para o Hospital do Câncer de Pernambuco teve um crescimento de 280,44%, com média R\$ 1.297,10 por ano e total de R\$ 9.079,73. Em relação aos óbitos, a supracitada Unidade de Saúde teve um crescimento de 37,26%, com média de 10 óbitos a cada 100 internações ao ano e total de 73 óbitos a cada 100 internações no período em análise. Quanto à ampliação de valores ressarcidos por paciente internado para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de próstata ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco teve uma redução de 23,91%, com média R\$ 2.666,94 por ano e total de R\$ 18.668,61. Em relação aos óbitos, a supracitada Unidade de Saúde teve 4200% de crescimento de óbitos, com média de 6 óbitos a cada 100 internações ao ano e total de 43 óbitos a cada 100 internações no período em análise. Reafirma-se a necessidade de se avaliar as Políticas Públicas em saúde que fortaleçam o SUS, não permitindo que os hospitais de natureza jurídica pública se tornem sucateados e os privados canalizem para si todos os gastos relacionados à Atenção Especializada em Oncologia. Sugere-se fortemente uma distribuição equitativa dos gastos, levando-se em conta um maior investimento nas unidades do interior brasileiro, de maneira a fortalecer a estrutura geral do tratamento oncológico, aumentar o número de diagnósticos precoces, reduzirem as taxas de morbi-mortalidade e dos custos indiretos associados ao tratamento dos pacientes.

**Palavras-chave:** Oncologia. Serviço Hospitalar de Oncologia. Financiamento da Assistência à Saúde. Alocação de Custos.

## ABSTRACT

The cost of cancer care is its differentiated treatment structure, since its costs are based on the procedures performed and the staging or level of the neoplasia. It is emphasized that they are performed by reimbursement, that is, financial transfers are calculated based on the total value of the treatment and divided by the number of months, regardless of the amount of cycles that the treatment will have in the month. This form of payment avoids a new reimbursement of a treatment already completed. The objective of the study was to verify the allocation of resources Fund to Fund of the Ministry of Health for the Specialized Attention in Pernambuco between the years of 2008 and 2014, for the cancer treatment of breast and prostate. It is characterized as a research with secondary databases of public domain and of quantitative approach, of epidemiological character and structured according to the criteria of an observational and retrospective study. Analyzing the participation of the hospitals by legal nature in Brazil, it was observed that 67.45% (R \$ 4,439,213,694.41) of the amounts reimbursed in the SUS for the treatment of cancer in Brazil were concentrated in private regime hospitals, while 32,55% (R \$ 2,142,179,536.14) were allocated to the public. Demonstrating significant financial flows to the private network. The amounts reimbursed per inpatient to cover the services of the cancer treatment in CA of breast to Hospital do Câncer de Pernambuco had an increase of 280.44%, with average R \$ 1,297.10 per year and a total of R \$ 9,079.73 . In relation to the deaths, the above-mentioned Health Unit had a growth of 37.26%, with an average of 10 deaths per 100 hospitalizations per year and a total of 73 deaths per 100 admissions in the period under analysis. Regarding the increase in the amounts reimbursed by hospitalized patients to cover the services of the cancer treatment in CA of prostate to Instituto Materno Infantil de Pernambuco had a reduction of 23.91%, with a mean of R \$ 2,666.94 per year and a total of R \$ 18,668 , 61. Regarding the deaths, the above-mentioned Health Unit had a 4200% increase in deaths, with a mean of 6 deaths per 100 hospitalizations per year and a total of 43 deaths per 100 admissions in the period under analysis. It is reaffirmed the need to evaluate Public Health Policies that strengthen the SUS, not allowing hospitals of a public legal nature to become scrapped and private ones to channel all the expenses related to Specialized Attention to Oncology. It is strongly suggested that there be a fair distribution of expenditures, taking into account a greater investment in the units of the Brazilian interior, in order to strengthen the general structure of cancer treatment, increase the number of early diagnoses, reduce morbidity and mortality rates, and of the indirect costs associated with the treatment of patients.

**Keywords:** Oncology. Oncology Service Hospital. Financing of Health Care. Cost allocation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a Lei Nº 8080/90.....	20
Figura 2 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a Lei Nº 8142/90.....	20
Figura 3 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a Lei Complementar Nº 141/ 2012.....	22
Figura 4 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a EC Nº 86/2015.....	24
Figura 5 - Estado de Pernambuco por Gerências Regionais de Saúde (GERES).....	35
Figura 6 - Mapa da divisão político-administrativa da saúde em Pernambuco.....	36

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos valores totais ressarcidos em Oncologia (A) e valor por pacientes internados (B) em porcentagem por regiões no Brasil com o tratamento em Câncer no período de 2008 a 2014.....	41
Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos ponderados pelo quantitativo de internações, em porcentagem por regiões, com o tratamento hospitalar em Oncologia: 2008 a 2014.....	43
Gráfico 3 -Distribuição dos valores ressarcidos em Oncologia por paciente (A) e óbitos no Brasil no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica Hospital.....	44
Gráfico 4 - Distribuição dos valores totais ressarcidos em Oncologia (A) e valor por pacientes internados (B) em porcentagem por regiões no Brasil com o tratamento em Câncer de mama no período de 2008 a 2014.....	48
Gráfico 5 -Distribuição dos óbitos ponderados pelo quantitativo de internações, em porcentagem por regiões, com o tratamento hospitalar em Oncologia de mama: 2008 a 2014.....	50
Gráfico 6 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de mama: Brasil – 2008 a 2014.....	53
Gráfico 7 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de mama: Pernambuco – 2008 a 2014.....	54
Gráfico 8 - Distribuição dos valores totais ressarcidos em Oncologia (A) e valor por pacientes internados (B) em porcentagem por regiões no Brasil com o tratamento em Câncer de próstata no período de 2008 a 2014.....	65
Gráfico 9 - Óbitos ponderados pelo quantitativo de internações, em porcentagem por regiões, com o tratamento hospitalar em Oncologia para o tratamento de CA de Próstata: 2008 a 2014.....	67
Gráfico 10 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de próstata: Brasil – 2008 a 2014.....	70

Gráfico 11 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de próstata: Pernambuco – 2008 a 2014..... 71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, em Pernambuco e Recife, segundo sexo e localização primária no ano de 2014.....	26
Quadro 2 - Estimativas e taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de Câncer de Próstata e de Mama em Pernambuco no ano de 2014.....	27
Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia em Pernambuco, 2014.....	28
Quadro 4 - Grupos de procedimentos estabelecidos pelo SUS.....	32
Quadro 5 - Formação de organização por procedimentos clínicos e tratamento oncológico.....	32
Quadro 6 - Formação de organização por procedimentos cirúrgicos e cirurgia em Oncologia.....	33

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Valores tabelados pelo SUS por grupos de procedimentos para o tratamento oncológico baseado no mês de dezembro de 2008/2014.....	33
Tabela 2 - Índice Nacional de Preço do Consumidor Amplo acumulado: 2008 a 2014.....	38
Tabela 3 - Quantitativo de indicadores para o atendimento especializado em Oncologia no Brasil entre 2008 e 2014, Natureza Jurídica Pública e Privada.....	46
Tabela 4 - Valor ressarcido para o tratamento em CA de mama em Pernambuco de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital.....	51
Tabela 5 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por pacientes internadas nos hospitais de Natureza Jurídica Pública e Privada que demandam atendimento em Pernambuco – deflacionado.....	51
Tabela 6 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em PE, 2008 a 2014.....	55
Tabela 7 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em PE, 2008 a 2014.....	55
Tabela 8 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.....	57
Tabela 9 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.....	57
Tabela 10 - Valores ressarcidos pelo Hospital do Câncer de Pernambuco para o tratamento em CA de mama.....	58
Tabela 11 - Valores ressarcidos e óbitos por internações no Hospital do Câncer de Pernambuco para o tratamento em CA de mama.....	59
Tabela 12 - Total de valores aprovados e ressarcidos por procedimento Ambulatorial, por ano (2008 -2014), para o sexo feminino em Pernambuco (CA de mama).....	61
Tabela 13 - Quantitativo, por indicadores, para o tratamento realizado para neoplasia maligna de mama em Pernambuco, no período de 2008 a 2014, de acordo com a natureza jurídica hospitalar.....	63

Tabela 14 - Valor do ressarcimento para o tratamento em CA de próstata em Pernambuco de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital.....	68
Tabela 15 - Valores dos ressarcimentos com tratamento em CA de próstata por pacientes internados nos hospitais de Natureza Jurídica Pública e Privada que demandam atendimento em Pernambuco – deflacionado: 2008 a 2014.....	68
Tabela 16 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em Pernambuco: 2008 a 2014.....	72
Tabela 17 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em Pernambuco: 2008 a 2014.....	72
Tabela 18 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.....	74
Tabela 19 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.....	74
Tabela 20 - Valores ressarcidos ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco para o tratamento em CA de próstata, 2008 a 2014.....	75
Tabela 21 - Valores ressarcidos e óbitos por internações ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco para o tratamento em CA de próstata.....	76
Tabela 22 - Total de valores aprovados e ressarcidos por procedimento Ambulatorial, por ano (2008 -2014), para o sexo masculino em Pernambuco (CA de próstata): 2008 a 2014.....	78
Tabela 23 - Quantitativo, por indicadores, para o tratamento realizado para neoplasia maligna de próstata em Pernambuco, no período de 2008 a 2014, de acordo com a natureza jurídica hospitalar.....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CA	Câncer
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CF	Constituição Federal
CID	Código Internacional da Doença
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
IMIP	Instituto Materno Infantil
IPCA	Índice de Preço do Consumidor Ampliado
MS	Ministério da Saúde
PEBA	Pernambuco/Bahia
PIB	Produto Interno Bruto
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
3.1 TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.....	19
3.2. ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SUS.....	24
3.3 GRUPOS DE PROCEDIMENTOS E A TABELA UNIFICADA DO SUS.....	32
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>35</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	35
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	35
4.3 BASES DE DADOS.....	36
4.4 COLETA DOS DADOS.....	39
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS DADOS.....	39
4.5.1 Inclusão.....	39
4.5.2 Exclusão.....	39
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
5.1 FINANCIAMENTO EM ONCOLOGIA.....	41
5.2 FINANCIAMENTO EM ONCOLOGIA PARA O TRATAMENTO EM CA DE MAMA.....	48
5.3 FINANCIAMENTO EM ONCOLOGIA PARA O TRATAMENTO EM CA DE PRÓSTATA.....	65
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>101</b>
<b>Apêndice A:</b> Tipos de Procedimentos realizados para os tratamentos do Câncer de mama e próstata....	101
<b>Apêndice B:</b> Total de procedimentos aprovados por ano (2008-2014), para o sexo feminino em Pernambuco (CA de mama). Período: 2008-2014	103
<b>Apêndice C:</b> Produção Ambulatorial do SUS – Total de procedimentos aprovados por ano (2008 – 2014) para o sexo masculino (CA de próstata) em Pernambuco.....	105

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) no ano de 2014, o número de casos de neoplasia para o gênero masculino no País foi de 302.350, com taxa de 309,53. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o de próstata apresentou o maior índice, chegando a 68.800, com taxa de 70,42. Para o gênero feminino, foram detectados 274.230 casos, com taxa de 269,35, sendo o câncer de mama o de maior incidência, com 57.120 casos detectados e taxa de 56,09. Em Pernambuco, a incidência do câncer foi de 9.310 casos e taxa de 211,87 para o gênero masculino; e 10.760 casos e taxa de 226,9 para o gênero feminino, seguindo o perfil nacional quanto aos tipos de neoplasia mais incidentes (BRASIL, 2014a).

O Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer e garantir qualidade de vida aos pacientes em tratamento, estabeleceu a Política Nacional de Assistência Oncológica. Esta política prevê a atenção integral e especializada por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (BRASIL, 2014b).

Cada unidade de referência possui um papel na rede de assistência oncológica. Os UNACON são unidades que devem possuir condições técnicas e estruturais para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, enquanto os CACON, além de reunir todos os requisitos dos UNACON, devem realizar o tratamento de todos os tipos de câncer. Com relação ao ressarcimento para o cuidado integral das pessoas com câncer, está previsto, em conformidade à Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 do Ministério da Saúde (MS), que ele deve ser tripartite, ou seja, contar com a participação de todos os entes federados por meio de seus fundos de saúde, ficando a cargo de cada esfera a adoção de outras fontes de financiamento (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b).

No que se refere ao financiamento ambulatorial, o ressarcimento dever ser feito após o registro dos procedimentos realizados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) através do instrumento de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC). No âmbito hospitalar, o ressarcimento ocorre mediante a solicitação da Autorização da Internação Hospitalar (AIH), que deverá ser registrada no Sistema de Internações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2005a, b).

Um aspecto importante dos custos da assistência oncológica é a sua estrutura de tratamento diferenciada, pois seus custos são baseados nos procedimentos realizados e no estadiamento ou nível da neoplasia. Ressalta-se que são realizados por ressarcimento, ou seja,

os repasses financeiros são calculados com base no valor total do tratamento e divididos pela quantidade de meses, independentemente da quantidade de ciclos que o tratamento terá no mês. Esta forma de pagamento evita um novo ressarcimento de um tratamento já concluído (PAIVA, 2013; COSTA, 2015).

Como os recursos na área da saúde são limitados e as demandas por atendimento médico-hospitalar tendem a serem crescentes - associados ao ritmo do envelhecimento da população - as neoplasias geram um impacto significativo na vida social dos indivíduos, com afastamento de suas funções laborais e redução do seu poder aquisitivo (RODRIGUES, 2010).

O interesse em Pernambuco é decorrente das neoplasias serem consideradas a segunda causa de mortalidade entre a população, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, merecendo destaque para se avaliar os custos advindos dos tratamentos especializados em Oncologia, haja vista seu impacto econômico. Destarte, o reforço do diagnóstico precoce fortalece a melhor resposta ao tratamento, o que evitaria gastos desnecessários no setor saúde. Salientando que dentre as neoplasias, mama e próstata são considerados as maiores incidências encontradas para o estado (PAIVA, 2013). (PAIVA, 2013; COSTA, 2015).

A temática abordada despertou o interesse em pesquisar e descrever como foi realizado o financiamento da Atenção Especializada em Pernambuco para o tratamento Oncológico entre os períodos de 2008 a 2014 devido ao ganho do espaço entre as doenças crônico-degenerativa crescente no Brasil, entre elas o Câncer.

O tratamento oncológico figura entre uma das formas de cuidado ao paciente, e inclui a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia. Ao correlacionar um tratamento à forma terapêutica medicamentosa, os custos tendem a se elevar, provocando impactos significativos aos cofres públicos e/ou aos sistemas privados de saúde. Além disso, as formas de tratamento único ou associado tendem a ser onerosas para os órgãos responsáveis pelo orçamento financeiro para o setor saúde (SOUZA et al., 2009; SOUZA et al., 2011; ROSAS et al., 2013; COSTA et al., 2015).

Por serem escassos no Brasil estudos científicos voltados para o ressarcimento em Oncologia, merece atenção se avaliar a real situação dos gastos advindos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o tratamento em câncer de mama e próstata no estado de Pernambuco, considerados os de maiores prevalências no estado, excluindo os cânceres de pele não melanoma.

Através do FNS, os repasses são realizados pelos blocos de atenção à saúde. Destes, o bloco da Média e Alta Complexidade é o responsável em fornecer subsídios ao tratamento em oncologia, onde cada vez mais os gastos associados se tornam onerosos para os cofres públicos e para as entidades privadas realizarem o tratamento que vai desde o diagnóstico até os cuidados paliativos.

Considerando o impacto cada vez maior das doenças crônico-degenerativas (especialmente das neoplasias) na sociedade brasileira, procurou-se descrever como foi realizado o financiamento da Atenção Especializada para o tratamento oncológico. Desta forma, este estudo objetivou avaliar a alocação de recursos do MS para a Atenção Especializada em Pernambuco entre os anos de 2008 e 2014, voltadas ao tratamento oncológico de mama e próstata.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a alocação de recursos Fundo a Fundo do Ministério da Saúde para a Atenção Especializada em Pernambuco entre os anos de 2008 a 2014, para o tratamento oncológico de mama e próstata.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Comparar a relação entre morbidade e mortalidade com os repasses financeiros para os cânceres de mama e próstata em Pernambuco;
2. Comparar os repasses entre as entidades hospitalares habilitadas para tratamento de câncer no estado de Pernambuco ao câncer de mama e de próstata e à mortalidade;
3. Avaliar a relação dos ressarcimentos utilizados para o tratamento oncológico entre os Hospitais de natureza Pública e Privados que participam de forma complementar no SUS;
4. Analisar os valores ressarcidos para os centros Hospitalares por procedimentos realizados para os cânceres de mama e de próstata.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 TRAJETÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

No ano de 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) o reforço do direito à saúde para a população mediante responsabilidade do Estado com recursos financeiros geridos Fundo a Fundo é posto em pauta, além da articulação e atuação dos Conselhos de Saúde, da participação social e do setor privado de forma complementar neste processo. Em seu § 1º do artigo 198 da seção II da Saúde, a Constituição Federal (CF) de 1988 enfoca no financiamento para o SUS, afirmando que: “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988; SOARES; SANTOS, 2014).

Posteriormente, entram em vigor as Leis Nº 8080/90 e a Lei Nº 8142/90, que esclarecem os critérios do repasse para o financiamento do setor saúde, estruturado segundo as figuras 1 e 2.

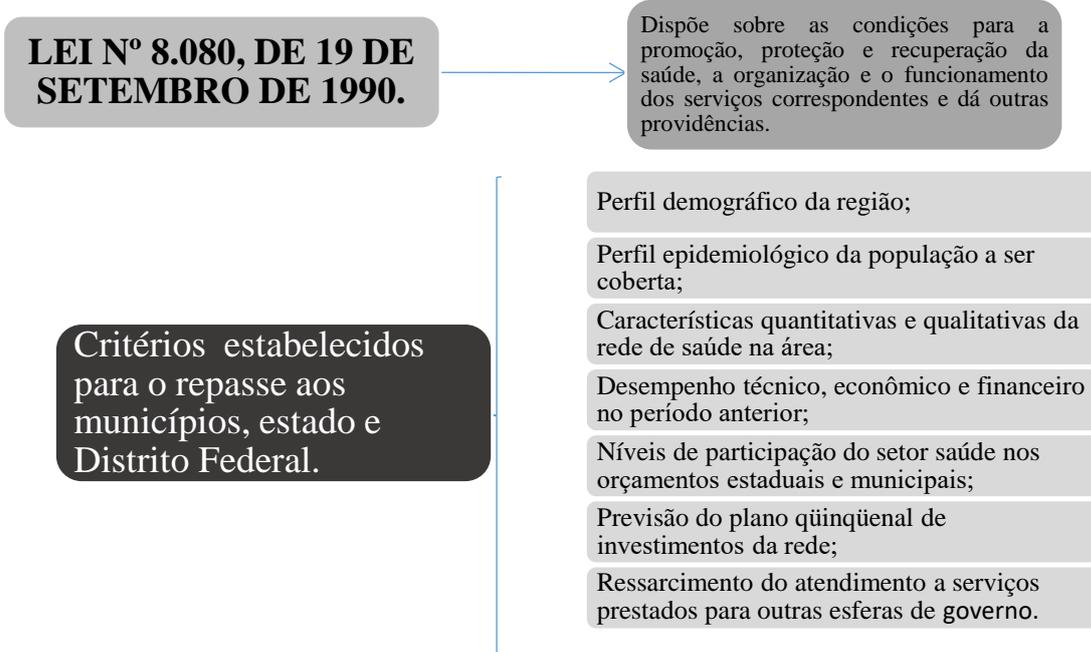


Figura 1 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a Lei Nº 8080/90.  
Fonte: BRASIL, 1990a

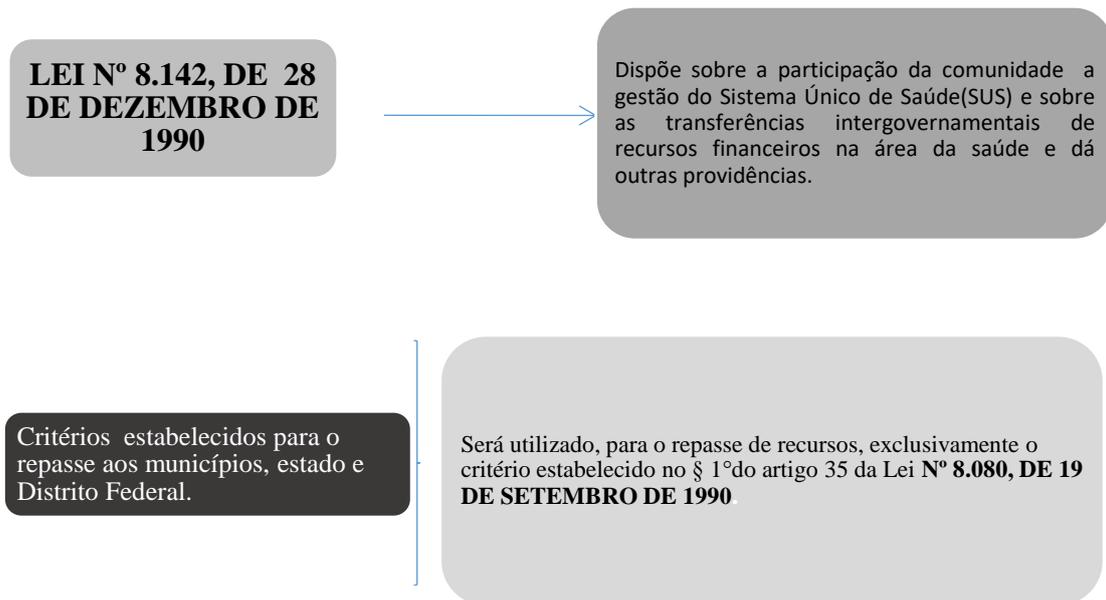


Figura 2 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a Lei Nº 8142/90.  
Fonte: BRASIL, 1990b

Em 2000, com a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/2000) há uma proposta em termos de quantitativo percentual mínimo. Neste contexto, há um aumento da participação no financiamento dos municípios e dos estados e uma redução da União. Esta EC propõe, ainda, a

base de cálculo e os percentuais mínimos para as esferas a financiar as ações e serviços públicos destinados à saúde (BRASIL, 2000; GONÇALVES et al., 2009).

A participação da União em termos percentuais seria de acordo com a sua arrecadação no ano anterior acrescido do total do Produto Interno Bruto (PIB) nominal do ano corrente; do estado, com 12% de arrecadações e a do município, com 15%, baseando-se nas arrecadações realizadas por impostos e pelas transferências constitucionais e legais (VIANA, 2008).

Observa-se a participação ativa e determinante dos municípios no financiamento para a saúde. Porém, salienta-se a grande diferença entre os municípios, ao correlacionar a sua capacidade de arrecadação de recursos e custeio para suprir as demandas por profissionais qualificados e a manter suas despesas com recursos humanos (VAZQUEZ, 2011).

O estudo de Soares e Santos (2014) correlacionou os gastos públicos com saúde em uma série histórica, avaliando diferentes períodos políticos no Brasil. Os autores afirmaram que nos governos presidenciais compreendidos entre 1995 a 2012, não ocorreram mudanças substanciais no SUS em relação aos compromissos assumidos pelos seus respectivos gestores. Desta forma, o financiamento da saúde não foi estruturado para o alcance dos preceitos propostos pela Reforma Sanitária.

Segundo Gomes (2014), as diferenças de ideologia entre os governos implicam em dificuldades para avaliar a forma singular de repasse dos recursos financeiros para a saúde, o que contribui ainda mais para seu subfinanciamento.

A Lei Complementar n° 141 de 2012 revê a estruturação de financiamento do setor saúde. Na figura 3, tem-se os critérios propostos por esta Lei.

## **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Figura 3 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a Lei Complementar Nº 141/2012.

Fonte: BRASIL, 2012a.

No contexto das transferências dos estados aos municípios, há a participação do FNS e dos Conselhos de Saúde. O repasse pode ser realizado de forma voluntária entre as esferas (estaduais e municipais), por consórcios ou outras formas legais direcionadas pelas Leis nº 8.080/90 e Lei 8142/90, além das normas do SUS formalizadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovadas pelo CNS (BRASIL, 2012a).

Segundo Mendes e Weiller (2015), a Lei nº 141/2012 não reforçou, no contexto da União, novos recursos financeiros para o setor saúde, e muito menos uma política voltada para a renúncia fiscal das entidades privadas, o que fortaleceria os direitos sociais da população.

O questionamento da renúncia fiscal propõe a redução das pesadas cargas tributárias, em que o Governo tende a abrir mão de parte percentual de um imposto, com intuito, das redes privadas agirem licitamente para a realizar financiamentos.

Ademais, a EC nº 86/2015 reconfigura a base de cálculo, mas a União continua a ter um repasse menor, comparada aos outros entes federativos mesmo tendo o maior aporte de arrecadação financeira. Sua contribuição continua a ser baseada no PIB nominal somado a quanto ela arrecada no ano anterior, indicando que o repasse para o setor saúde estabelecido pela União ainda continua sem mudanças.

A figura 4 expõe os critérios de arrecadação para os repasses financeiros propostos pela EC nº 86/2015.

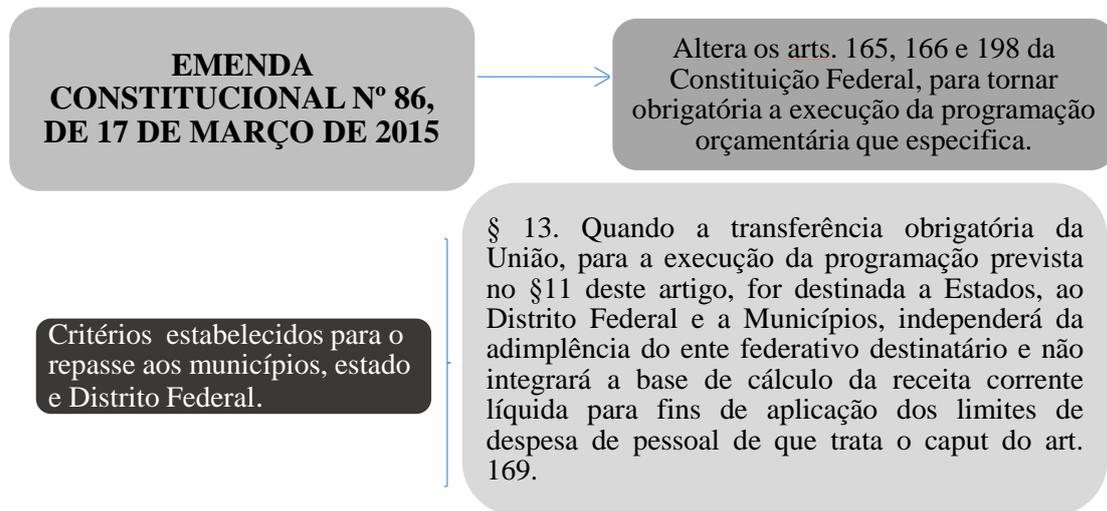


Figura 4 - Critérios para o repasse aos municípios, estado e Distrito Federal, segundo a EC Nº 86/2015.

Fonte: BRASIL, 2015

### 3.2 ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SUS

Em 2014, a estimativa da incidência predominante de câncer para o sexo masculino foi o de próstata, seguido por traqueia, brônquios, pulmão, cólon e reto. Para o sexo feminino, a predominância foi de câncer de mama, seguido por cólon e reto e cólon do útero. Em Pernambuco, os tipos mais predominantes foram: próstata, seguido por traqueia, brônquios, pulmão e estômago para o sexo masculino; e de mama, cólon e reto e cólon do útero para o sexo feminino (BRASIL, 2014c).

O Quadro 1 refere-se às taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e ao quantitativo de novos casos em Pernambuco e Recife, segundo o gênero e a localização primária do tumor, para o ano de 2014. O Quadro 2 refere-se à estimativa proposta pelo INCA para os cânceres de próstata e mama em Pernambuco, para os anos 2008-2009; 2010-2011; 2012-2013 e 2014.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVAS DE CASOS NOVOS							
	HOMENS				MULHER			
	ESTADO		CAPITAL		ESTADO		CAPITAL	
	casos	taxa bruta	casos	taxa bruta	casos	taxa bruta	Casos	taxa bruta
PRÓSTATA	2.560	58,19	620	84,74				
MAMA FEMININA					2.450	51,64	780	90,25
COLO DO ÚTERO					970	20,47	180	20,43
TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	510	11,65	150	20,66	380	8,06	110	12,06
CÓLON E RETO	330	7,63	110	14,05	520	10,88	210	23,91
ESTÔMAGO	480	11,01	80	10,54	330	7,06	60	6,95
CAVIDADE ORAL	410	9,23	80	10,64	200	4,17	40	4,76
LARINGE	270	6,18	70	9,42	40	0,93	**	1,19
BEXIGA	210	4,59	60	8,07	80	1,72	20	2,18
ESÔFAGO	230	5,18	40	5,61	110	2,33	20	2,28
OVÁRIO					270	5,75	110	12,35
LINFOMA DE HODGKIN	30	0,8	**	0,97	20	0,52	**	1,14
LINFOMA NÃO HODGKIN	210	4,63	60	7,67	190	4	60	6,53
GLÂNDULA TIREOÍDE	70	1,56	**	1,74	330	7	90	11,07
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	210	4,66	50	6,39	160	3,39	110	12,38
LEUCEMIAS	190	4,42	40	5,31	190	3,93	40	4,94
CORPO DO ÚTERO					290	6,12	90	10,91
PELE MELANOMA	90	2,06	20	2,71	60	1,24	**	1,48
OUTRAS LOCALIZAÇÕES	1.480	33,76	350	47,71	1.590	33,49	320	37,56
SUBTOTAL	7.280	165,67	1.750	237,37	8.180	172,49	2.270	263,99
PELE NÃO MELANOMA	2.030	46,21	380	51,28	2.580	54,4	360	42,4

TODAS AS NEOPLASIAS	9.310	211,87	2.130	288,91	10.760	226,9	2.630	305,85
---------------------	-------	--------	-------	--------	--------	-------	-------	--------

Quadro 1 - Taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, em Pernambuco e Recife, segundo sexo e localização primária no ano de 2014\*

Fonte: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA/2014c

\*\*Menores que 15 casos

\*Números arredondados para 10 ou múltiplo de 10

TIPO	2008-2009*		2010-2011*		2012-2013*		2014*	
	CASOS	TAXAS*	CASOS	TAXAS	CASOS	TAXAS	CASOS	TAXAS
PRÓSTATA	2.260	54,01	2.470	57,83	2.310	53,31	2.560	58,19
MAMA	2.010	44,82	2.120	46,35	2.190	46,88	2.450	51,64

Quadro 2 - Estimativas e taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de Câncer de Próstata e de Mama em Pernambuco.

Fonte: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA/2008-2014

\*As estimativas do INCA atualmente são feitas a cada dois anos, em função da estabilidade da ocorrência, com pouca variação anual; portanto, a taxa de incidência calculada é anual e os valores apresentados na tabela são válidos para o ano de 2008 e para o ano de 2009/2010-2011/2012-2013 e 2014.

\*\*As taxas brutas de incidência são calculadas tomando como base 100 mil habitantes

Sociedades que possuem uma expectativa de vida elevada, com uma população crescente de idosos, tendem a apresentar um quadro mais significativo de doenças crônico-degenerativas, em detrimento de outras doenças, como depressão e hipertensão. Em conjunto, acarretam modificações na estrutura epidemiológica pela oferta de serviços à saúde, interferindo no processo de redistribuição socioeconômica e na qualidade dos serviços prestados (ARRUDA, 2012).

No contexto da incidência do câncer, Rosas et al. (2013) avaliaram se determinadas neoplasias estão associadas ao status social do indivíduo. Os autores afirmam que os cânceres de útero, pênis, estômago e cavidade oral são mais prevalentes em populações mais pobres. Igualmente, o trabalho revela a importância dos fatores que afetam o indivíduo em nível comunitário, como nutrição e sua ocupação funcional no mercado de trabalho.

A rede de assistência oncológica do SUS é classificada em Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Hospitais de Alta Complexidade, fundamentados na atenção especializada aos pacientes oncológicos. Nesse contexto, para que procedimentos como os tratamentos com quimioterápicos sejam aceitos, devem ser autorizados e informados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), através da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

O UNACON é caracterizado por Hospitais de referência que prestam assistência especializada de Alta Complexidade, vinculados ao diagnóstico definitivo da neoplasia, assim como, tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Em sua estrutura, prevalece uma atenção integral ao Diagnóstico; Cirurgia; Oncologia Clínica; Medidas de Suporte; Reabilitação e Cuidados Paliativos, além de Hematologia; Oncologia Pediátrica; Radioterapia e Iodoterapia,

dependendo das decisões para a implantação nas unidades hospitalares pelos gestores estaduais e municipais (BRASIL, 2005b).

O CACON compreende hospitais que prestam serviços de diagnóstico e tratamento para todos os tipos de neoplasias, configurando-se em uma referência de maiores serviços de Cirurgia Oncológica; Serviço de Oncologia Clínica; Serviços de Radioterapia e Serviços de Hematologia. Salienta-se que fica a cargo do gestor a implantação da Oncologia Pediátrica e da Iodoterapia. O gestor também averigua as necessidades de garantia do acesso da população a cada Centro de Referência e às consultas e exames diferenciais (BRASIL, 2005b). No Quadro 3, são listados os Centros de Referências habilitados na Alta Complexidade em Oncologia no estado de Pernambuco.

<b>MUNÍCIPIOS</b>	<b>ESTABELECIMENTO / NATUREZA JURÍDICA</b>	<b>HABILITAÇÃO</b>
Caruaru	Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros/  Público	UNACON com serviço de Radioterapia
Garanhuns	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro /  Privado	UNACON
Petrolina	Hospital Dom Malan/Prefeitura de Petrolina /  Público	UNACON/ Rede PEBA (Pernambuco/Bahia)  Atende a macrorregião de Juazeiro e Petrolina
Arcoverde*	Hospital Memorial de Arcoverde/  Privado	UNACON
Recife	Hospital da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco/Hemope/  Público	UNACON exclusiva de Hematologia
Recife	Hospital Universitário Oswaldo Cruz /  Público	UNACON com serviços de Hematologia e Oncologia Pediátrica
Recife	Instituto Materno Infantil de Pernambuco/Imip /  Privado	CACON

Recife	Hospital de Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer / Privado	UNACON com serviços de Radioterapia e Oncologia Pediátrica
Recife	Hospital Barão de Lucena/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros / Público	UNACON
Recife	Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco / Público	UNACON
Recife	Hospital São Marcos Serviço / Privado	Serviço Isolado em Radioterapia
Recife	Real Hospital Português / Privado	Serviço Isolado em Radioterapia

Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia em Pernambuco, 2014. Fonte: Brasil (2012b); Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (2014c); Brasil (2014b). \*Arcoverde, entra como município habilitado para o tratamento em Oncologia no ano de 2014, estabelecido pela PORTARIA Nº 653, DE 30 DE JULHO DE 2014.

Observa-se que o maior aporte em Hospitais Habilitados para o tratamento em Oncologia é centrado na capital do estado, Recife. Destas, cinco unidades são UNACON, uma CACON e duas são Hospitais de serviços isolados em Radioterapia. Além de que quatro unidades UNACON são de natureza Jurídica Pública enquanto uma é de Natureza Privada.

Ademais, o estado possui uma única Unidade com Habilitação CACON (Instituto Materno Infantil de Pernambuco/IMIP). Isto implica no deslocamento dos indivíduos das demais Regionais de Saúde para este Hospital e contribui no atraso do diagnóstico da neoplasia, no tempo de tratamento e no aumento dos gastos públicos com alimentação, moradia e transporte, além de que teria um menor fluxo de ressarcimento para o setor privado visto que, o estado apresenta um maior quantitativo de Hospitais Públicos que demandam atendimento aos pacientes oncológicos (PAIVA; CESSE, 2015).

A rede de assistência de atenção oncológica é estruturada segundo a ideia da integralidade da assistência à saúde da população. Neste contexto, a participação ocorre pela interação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, o que fortalece um conjunto de suporte de uma equipe multidisciplinar e permite a integralidade do atendimento (BRASIL, 2005a).

A participação eminente do INCA, em conjunto com os departamentos que coordenam a assistência da Atenção Especializada, compreende o caminho para o suporte técnico que auxilia os estados e municípios. Isso permite uma atenção integral e de qualidade, valorizando o planejamento das Secretarias estaduais e municipais e dos gestores, para que ocorra o acesso da população aos serviços de atendimentos aos UNACON, CACON e hospitais de suporte (BRASIL, 2005a).

O suporte oncológico no SUS é classificado em etapas ou Estádios de tratamento abarca do Estádio 0 ao Estádio IV (ou recidiva). Nesse suporte, padrões dos pagamentos nos procedimentos realizados nos serviços da rede são estabelecidos por leis, cabendo aos gestores em saúde sua aplicação (BRASIL, 2015b).

Deve-se salientar que o diagnóstico tardio faz com que ocorra uma sequência de utilização de drogas combinadas, estimulando o organismo a responder de forma irregular. Por ser um tratamento agressivo ao organismo humano, essa associação medicamentosa provoca sérios efeitos à saúde do indivíduo, acarretando na diminuição da sua qualidade de vida. As escolhas terapêuticas tendem a ocorrer na intenção de fortalecer uma atenção integral aos cuidados ao paciente de forma humanizada (ALMEIDA et al., 2013).

Para assegurar um atendimento digno, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer do SUS estabelece parâmetros que auxiliam na formação qualificada de profissionais para atuarem em Oncologia, além de determinar estruturas para uma educação continuada e rica em conhecimento para que os profissionais possuam habilidades específicas nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, em seu Art.2º, traz como objetivo:

A redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Permite, ainda, que os gestores em saúde possam utilizar outras fontes de financiamento para a realização do tratamento, referido em seu Art. 28:

Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: Ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; repasse de

recursos advindos de contribuições para a seguridade social; criação de fundos especiais; e parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer. (BRASIL, 2013).

Os recursos na área da saúde são limitados, e as demandas por atendimento médico-hospitalar tendem a ser crescente associado ao ritmo do envelhecimento da população e as manifestações mais presentes das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer.

Por serem escassos no Brasil estudos científicos voltados para custo em Oncologia, merece atenção se avaliar a real situação dos gastos advindos do FNS para o tratamento em câncer de mama e próstata no estado de Pernambuco, considerados os de maiores prevalências no estado, excluindo os cânceres de pele não melanoma.

Através do FNS os repasses são realizados pelos blocos de atenção à saúde, deste o bloco da Média e Alta Complexidade é o responsável em fornecer subsídios ao tratamento em oncologia, onde cada vez mais os gastos associados se tornam onerosos para os cofres públicos e para as entidades privadas realizarem o tratamento que vai desde o diagnóstico até os cuidados paliativos.

Os repasses financeiros são fornecidos as Secretarias de saúde e dela é alocada para as entidades de saúde para ser realizado o tratamento específico. Os pagamentos realizados pelos serviços de entidades de natureza jurídica pública são tabelados pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), já as entidades privadas podem ser realizadas e formalizados por meio de contratos ou de acordo como os preços tabelados pelo SIGTAP, tendo, a importância de a participação ativa e direta dos gestores locais em saúde realizarem ou não essa compactuação. Permitindo ao setor privado criar taxas sobre os procedimentos realizados, cobrando pelo mesmo.

Os valores de ressarcimento para o custeio no tratamento oncológico e separado no SIH/SUS entre hospitalar e serviços médicos. Além de serem destrinchada para as entidades de natureza jurídica pública e privada. Contudo, é constituindo para proporcionar o pagamento do montante como insumos e recursos humanos, visto que, os pagamentos aos funcionários não são repassados aos mesmos.

### 3.3 GRUPOS DE PROCEDIMENTOS E A TABELA UNIFICADA DO SUS

Os grupos de procedimentos delimitados pelo SUS são formalizados em oito eixos (quadro 4).

GRUPO	NOME
01	AÇÕES E PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE
02	PROCEDIEMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
03	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS
04	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
05	TRASNPLANTES DE ÓRGÃOS, TECIDO E CÉLULAS
06	MEDICAMENTOS
07	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS
08	AÇÕES COMPLEMENTARES DA ATENÇÃO À SAÚDE

Quadro 4 - Grupos de procedimentos estabelecidos pelo SUS.

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SIGTAP, 2015.

Dos grupos relacionados à Tabela Unificada do SUS, o grupo 03 (Procedimentos clínicos) e o 04 (Procedimentos cirúrgicos) são os de referência para o tratamento oncológico. Em relação aos subgrupos, o grupo 03 apresenta o subgrupo 04 (tratamento oncológico) e o grupo 04, o subgrupo 16 (Cirurgia em Oncologia). Os procedimentos realizados pelo SUS são decodificados pelas numerações sequenciais do grupo, subgrupo e organização. A forma de organização é determinada pelos 5º e 6º dígitos.

As formas de organização para o grupo 03, subgrupo 04 apresentam-se em 10 modalidades (Quadro 5).

FORMAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO	NOME
01	RADIOTERAPIA
02	QUIMIOTERAPIA PALIATIVA – ADULTA
03	QUIMIOTERAPIA PARA CONTROLE TEMPORÁRIA DE DOENÇA – ADULTA
04	QUIMIOTERAPIA PRÉVIA (NEOADJUVANTE/CITORREDUTORA) – ADULTA
05	QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (PROFILÁTICA) – ADULTO
06	QUIMIOTERAPIA CURATIVA – ADULTA
07	QUIMIOTERAPIA DE TUMORES DE CRIANÇA E ADOLESCENTE
08	QUIMIOTERAPIA – PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
09	MEDICINA NUCLEAR – TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA
10	GERAIS EM ONCOLOGIA

Quadro 5 - Formação de organização por procedimentos clínicos e tratamento oncológico.

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SIGTAP, 2015.

As formas de organização para o grupo 04, subgrupo 16 possui 13 modalidades (Quadro 6).

FORMAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO	NOME
01	UROLOGIA
02	SISTEMA LINFÁTICO
03	CABEÇA E PESCOÇO
04	ESÔFAGO-GASTRO DUODENAL E VÍSCERAS ANEXAS E OUTROS ORGÃOS INTRA-ABDOMINAIS
05	COLO-PROCTOLOGIA
06	GINECOLOGIA
07	OFTALMOLOGIA
08	PELE E CIRURGIA PLÁSTICA
09	OSSOS E PARTES MOLES
10	NEUROCIRURGIA
11	CIRURGIA TORÁCICA
12	MASTOLOGIA
13	OTORRINOLARINGOLOGIA

Quadro 6 - Formação de organização por procedimentos cirúrgicos e cirurgia em Oncologia.

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SIGTAP, 2015.

Em relação aos custos diretos associados, o SUS e/ou convênios estabelecem preços unitários de atendimento por procedimento realizado, que constam como exemplo na tabela 1. Dentre eles, o tratamento medicamentoso tende a elevar os custos, dependendo do grau de severidade do câncer, reforçando a afirmação de que o diagnóstico precoce reduz os altos custos totais decorrentes do tratamento oncológico (SOUZA et al., 2009; 2011).

TIPO	2008		2014	
	A*	B*	A*	B*
RADIOTERAPIA PLANEJAMENTO PARA RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL (POR TRATAMENTO)		R\$ 380,00		R\$ 480,00
IODOTERAPIA **				
CIRURGIA EM ONCOLOGIA SETORECTOMIA/QUADRANTEC TOMIA	R\$313,44		R\$313,44	
QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA		R\$1.700,00		R\$1.700,00

\*A(HOSPITALAR+PROFISSIONAL);B(AMBULATORAL). \*\* Não há procedimentos cadastrados

Tabela 1: Valores tabelados pelo SUS por grupos de procedimentos para o tratamento oncológico baseado em dezembro de 2008/2014.

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SIGTAP, 2016.

Será explicitado nos capítulos posteriores como é a proporção dos gastos oriundos para o tratamento em neoplasias por região brasileira e óbito ocasionado posterior ao internamento. Além de ser realizada uma comparação entre o Brasil e o estado de Pernambuco, baseando em valores deflacionados e padronizados pelas internações ocorridas durante o período.

O contexto dos gastos para o tratamento em Oncologia para o câncer de mama e próstata também será abordado nos próximos capítulos, realizando uma comparação entre os hospitais de natureza jurídica pública e privada em Pernambuco, além de se averiguar qual o desfecho dos gastos públicos com os óbitos entre as entidades hospitalares.

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Caracteriza-se como uma pesquisa com bases de dados secundários de domínio público, possuindo características de cunho epidemiológico. Os dados se referem aos anos de 2008 a 2014 para o estado de Pernambuco e foram estruturados segundo os critérios de um estudo observacional e retrospectivo com abordagem quantitativa.

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estado de Pernambuco é limitado ao norte pelo estado da Paraíba, pelo oceano Atlântico ao leste, pelos estados do Piauí e Bahia no sentido oeste e ao sul com os estados de Alagoas e da Bahia. Possui quatro macrorregiões (Região Metropolitana – RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão), além de ter doze Gerências Regionais de Saúde (GERES), como demonstrado na figura 5 (BRASIL, 2012 b).

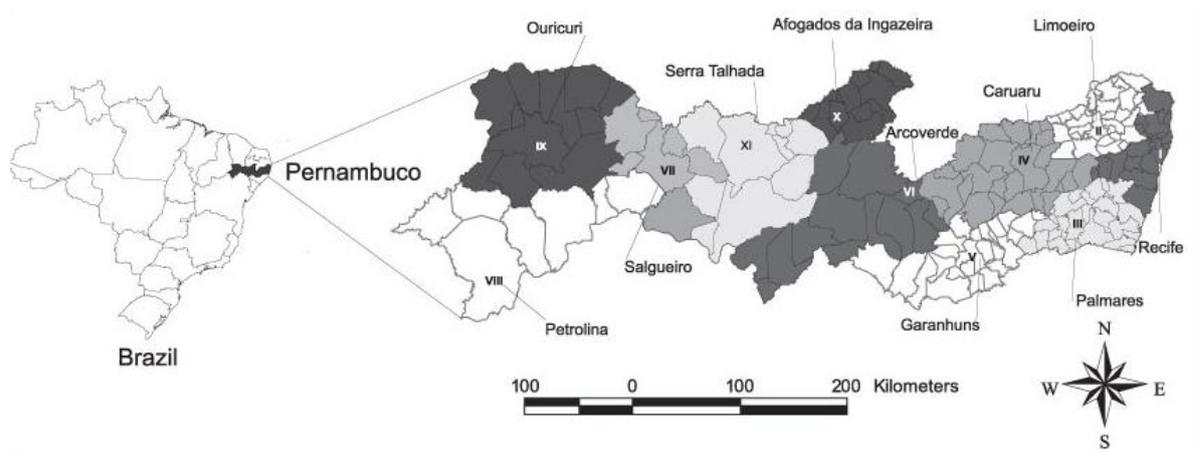


Figura 5 - Estado de Pernambuco por Gerências Regionais de Saúde (GERES)

Fonte: [www.scielo.br](http://www.scielo.br), 2015

As Secretarias Estaduais de Saúde de cada Unidade são responsáveis por uma parte do estado. Dentre as GERES, tem-se: I GERES (Recife), II GERES (Limoeiro), III GERES (Palmares), IV GERES (Caruaru), V GERES (Garanhuns), VI GERES (Arcoverde), VII GERES (Salgueiro), VIII GERES (Petrolina), IX GERES (Ouricuri), X GERES (Afogados da Ingazeira), XI GERES (Serra Talhada) e XII GERES (Goiana) (BRASIL, 2012c).

Além da organização político-administrativa da saúde no estado de Pernambuco estar subdividida em 12 Regiões há também quatro Macrorregiões de Saúde, mostradas na figura 6.

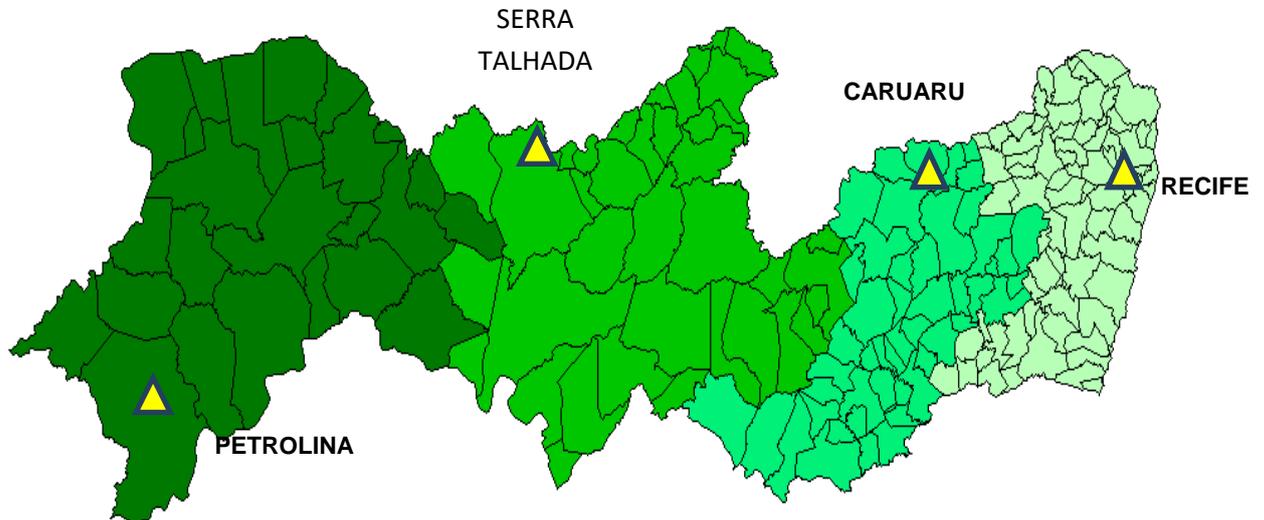


Figura 6 - Mapa da divisão político-administrativa da saúde em Pernambuco.  
Fonte: Plano Diretor de Regionalização em Pernambuco - PDR-PE, 2011.



Sede de Macrorregião

I macrorregião de Saúde – Metropolitana (I, II, III e XII Regiões de Saúde)

II Macrorregião de Saúde - Agreste (IV e V Regiões de Saúde)

III Macrorregião de Saúde – Sertão (VI, X e XI Regiões de Saúde)

IV Macrorregião de Saúde – vale do São Francisco e Araripina (VII, VIII e IX Regiões de Saúde).

#### 4.3 BASES DE DADOS

As bases de dados foram selecionadas por conterem informações adequadas a este estudo, a saber: quantitativo de internações, óbitos, valor total pago no tratamento oncológico e quantitativo de procedimentos realizados, tanto para os Hospitais de natureza jurídica pública quanto para a rede privada de saúde que atende pacientes oriundos do SUS. Em conjunto, fornecem detalhamento epidemiológico de incidências e morbidade referentes a neoplasias de próstata e mama, além de informações dos gastos com foco no câncer.

A rede SUS é composta por prestadores com natureza jurídica pública e privada. Fazem parte da natureza pública estabelecimentos federais, estaduais e municipais. Os estabelecimentos privados são classificados em com fins lucrativos e optantes do simples; e os sem fins lucrativos e filantrópicos isentos de tributos e contribuições sociais.

Na determinação do tipo de prestador foi selecionada a opção “Natureza”, que classifica os prestadores em: públicos federais, estaduais e municipais (que foram consolidados como “público”); além, de privados com fins lucrativos e optantes do simples, e os sem fins lucrativos e filantrópicos, que foram conjugados como “privados” e “filantrópicos”.

Para a realização do estudo, foram utilizados os seguintes bancos de dados:

1- Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde (SIH/SUS): as informações correspondem à morbidade hospitalar em Pernambuco por Região de Saúde e por local de residência do paciente internado. A morbidade é definida segundo o Código Internacional da Doença (CID-10) para Neoplasias (tumores) e para as respectivas neoplasias de próstata (CID-10: C61) e de mama (CID-10: C50), ano de atendimento, quantidade de Internações ocorridas por local de residência, Óbitos, Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Valor total pago na internação, Valor pago ao Hospital, Valor pago aos funcionários atuantes no tratamento, Dias de Permanência de internação, correlacionando a região de saúde à natureza jurídica do hospital público ou privado;

2- Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde (SIA/SUS): apresenta a produção ambulatorial ocorridas em Pernambuco por local de residência do paciente. São apresentados os valores aprovados por procedimento, ano de atendimento, quantitativo de procedimentos realizados. Foram selecionadas as seguintes variáveis: grupo de procedimentos (clínicos – 03), subgrupo de procedimentos (tratamento em oncologia – 04) e consecutivamente as CID de neoplasia de próstata e mama.

No Apêndice A encontram-se os principais procedimentos realizados para o tratamento do câncer de próstata e de mama, de acordo com o SIA/SUS.

Os dados coletados pelo SIH/SUS e SIA/SUS podem ser encontrados no endereço eletrônico [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br). Os sistemas focam no acesso à informação e em posteriores dados referentes à Epidemiologia e Morbidade para dados do SIH/SUS e Assistência à Saúde para os dados do SIA/SUS, ambos com ênfase geral, por local de residência por CID-10 para Neoplasias (Tumores).

3- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): o Índice Nacional de Preço do Consumidor Amplo (IPCA) acumulado foi utilizado para deflacionar os valores gastos

encontrados no SIH/SUS repassados as Unidades Hospitalares, assim como, aos gastos realizados pelos procedimentos encontrados no SIA/SUS.

A Tabela 2 fornece os valores do IPCA acumulado para o período entre 2008 e 2014.

ANO	IPCA ACUMULADO
2008	5,9
2009	4,31
2010	5,91
2011	6,5
2012	5,84
2013	5,91
2014	6,41

Tabela 2 - Índice Nacional de Preço do Consumidor Amplo acumulado: 2008 a 2014  
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2015.

Para o cálculo de deflacionamento dos valores, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{VALOR DEFLACIONADO} = \text{VALOR ANO}_x * (\text{IPCA 2008}/\text{IPCA}_x)$$

Onde:

VALORANO\_x = valores repassados Fundo a Fundo (2009 a 2014)

IPCA 2008 = índice do ano base para o cálculo

IPCA\_x= índice dos anos analisados

O uso do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo Acumulado (IPCA) é uma ferramenta que auxilia o cálculo para deflacionamento dos valores influenciados pela inflação do ano corrente. Para tal, os gastos repassados pelo MS Fundo a Fundo para o uso em saúde, assim como, para os gastos realizados com a finalidade de custear o financiamento da Atenção Especializada para o setor de Oncologia, sofrerão esse reajuste, a fim de proporcionar o valor real utilizado para tal fim.

Quanto ao INCA, foram selecionadas informações referentes às estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária para Pernambuco e Recife, podendo ser encontradas no endereço eletrônico: <http://www.inca.gov.br>.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados coletados correspondem aos anos de 2008 a 2014. Os dados brutos foram selecionados e transferidos para o Microsoft Excel 2010, onde foram, então, tabulados e transformados em gráficos. Como apoio, foi utilizado o Software OriginPro 9 para auxílio da análise da estatística básica e construção de gráficos.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS DADOS

##### 4.5.1 Inclusão

Foram incluídos todos os dados que constam nos bancos de dados a partir do ano de 2008, período inicial da implantação da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS estabelecida pela Portaria Gabinete do Ministro (GM) / MS n° 321 de 08 de fevereiro de 2007.

##### 4.5.2 Exclusão

Dados não informados pelos bancos de dados. Anos anteriores a 2008 não foram contemplados por não haver informações relativas a eles no SIH/SUS.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As informações coletadas são de sistemas de domínio público, cujo acesso é aberto a qualquer usuário ou interessado. O estudo não necessitou, portanto, ser submetido a um

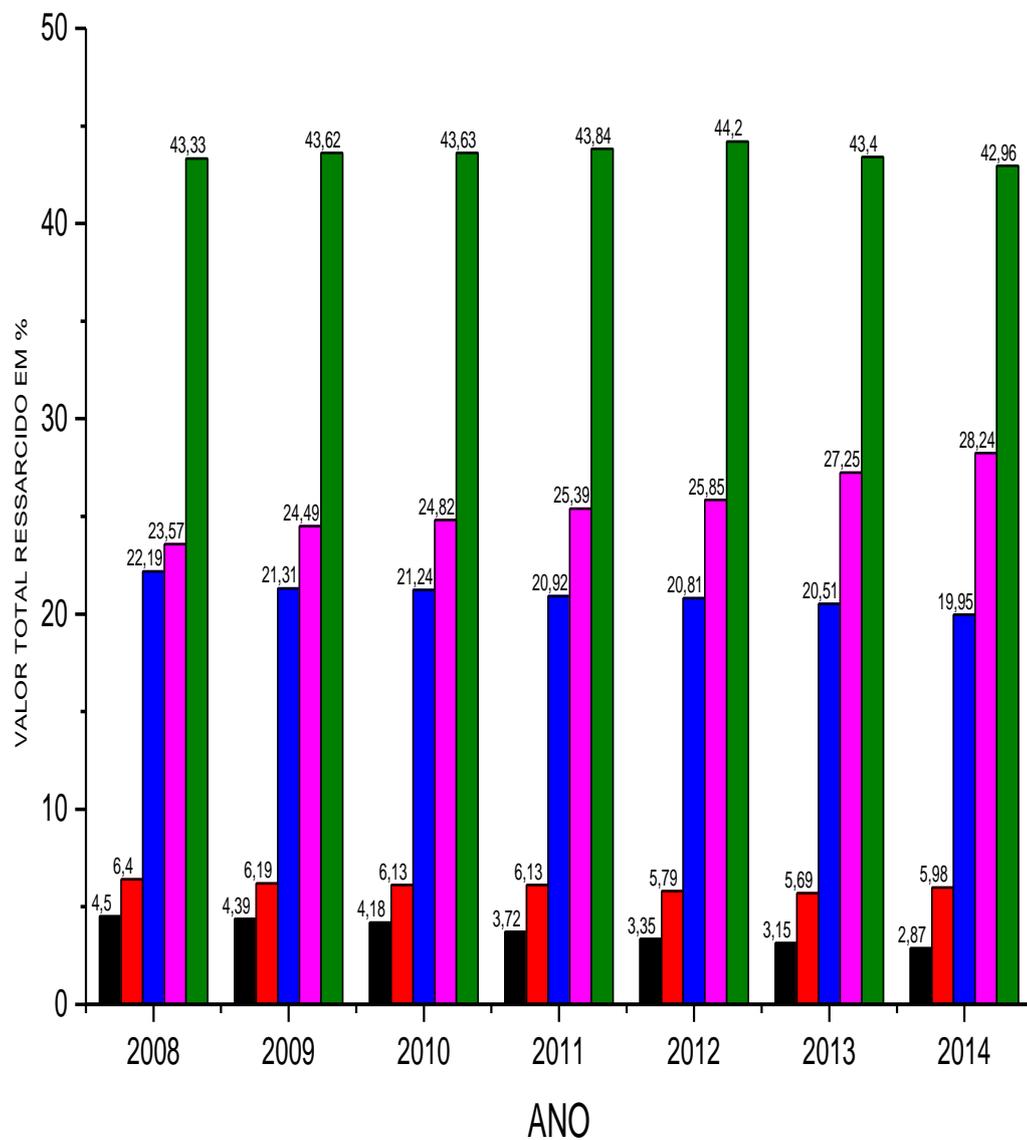
Conselho de Ética para ser realizado, visto que a pesquisa não envolve diretamente seres humanos conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 FINANCIAMENTO EM ONCOLOGIA

Neste estudo foi possível realizar um levantamento dos valores ressarcidos relacionados ao tratamento em Oncologia no Brasil para 2008 a 2014, apresentados no gráfico 1.

A



## B

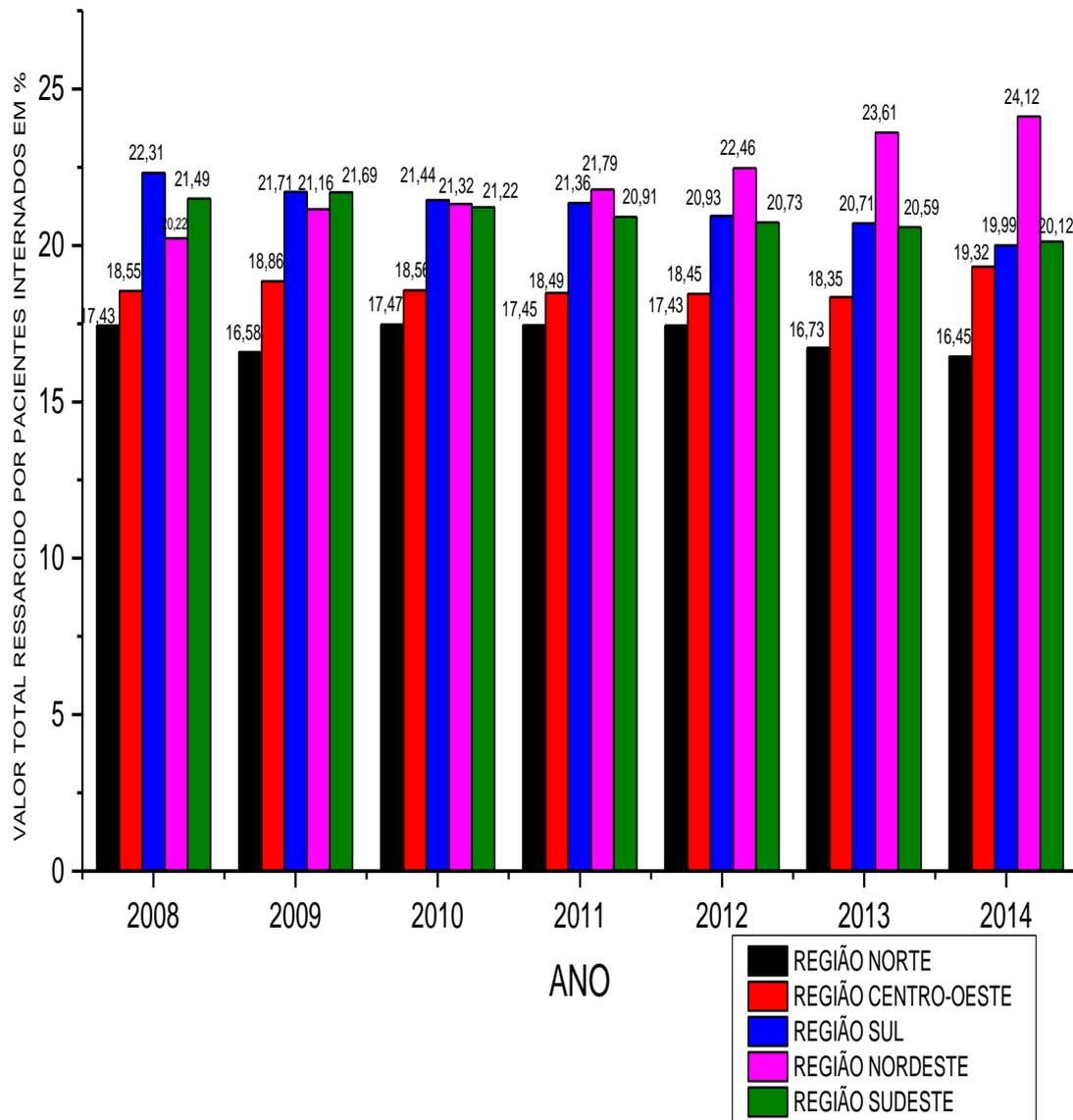


Gráfico 1 - Distribuição dos valores totais ressarcidos em Oncologia (A) e valor por pacientes internados (B) em percentagem por regiões no Brasil com o tratamento em Câncer no período de 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

A região Sudeste no gráfico 1A concentra em média 43,57% do valor total ressarcido direcionado a internações para a realização de tratamento oncológico vinculada ao Câncer no Brasil. Ademais regiões participam com 56,43%, cabendo à região Nordeste (25,66%); Sul (20,99%); Centro-Oeste (6,04%); Norte (3,74%). Os resultados ainda indicam que a região Nordeste ocorreu um crescimento de 19,81% dos valores ressarcidos em comparação as demais regiões com redução de 36% (Norte); 10% (Sul); 0,85% (Sudeste); 6,6%(Centro-Oeste).

No gráfico 1B, a região Nordeste aparece, então, com 22,1%, indicando que do valor total alocado no Brasil, pela internação para cada paciente 22,1% foram direcionadas para o

Nordeste, seguida pelas regiões Sul (21,21%), Sudeste (20,96%); Centro-Oeste (18,65%); Norte (17,08%). Os resultados ainda indicam que para a região Nordeste ocorreu um crescimento de 19,29% dos valores ressarcidos para o setor oncológico e Centro-Oeste com 4,1% em comparação as demais regiões que obtiveram redução entre os respectivos anos (2008 a 2014), cujos valores foram: Norte (5,6%); Sul (10,4%); Sudeste (6,38%).

Os valores dos óbitos pelas internações para o CA ocorridas, por região, quando ponderados, resultam no gráfico 2.

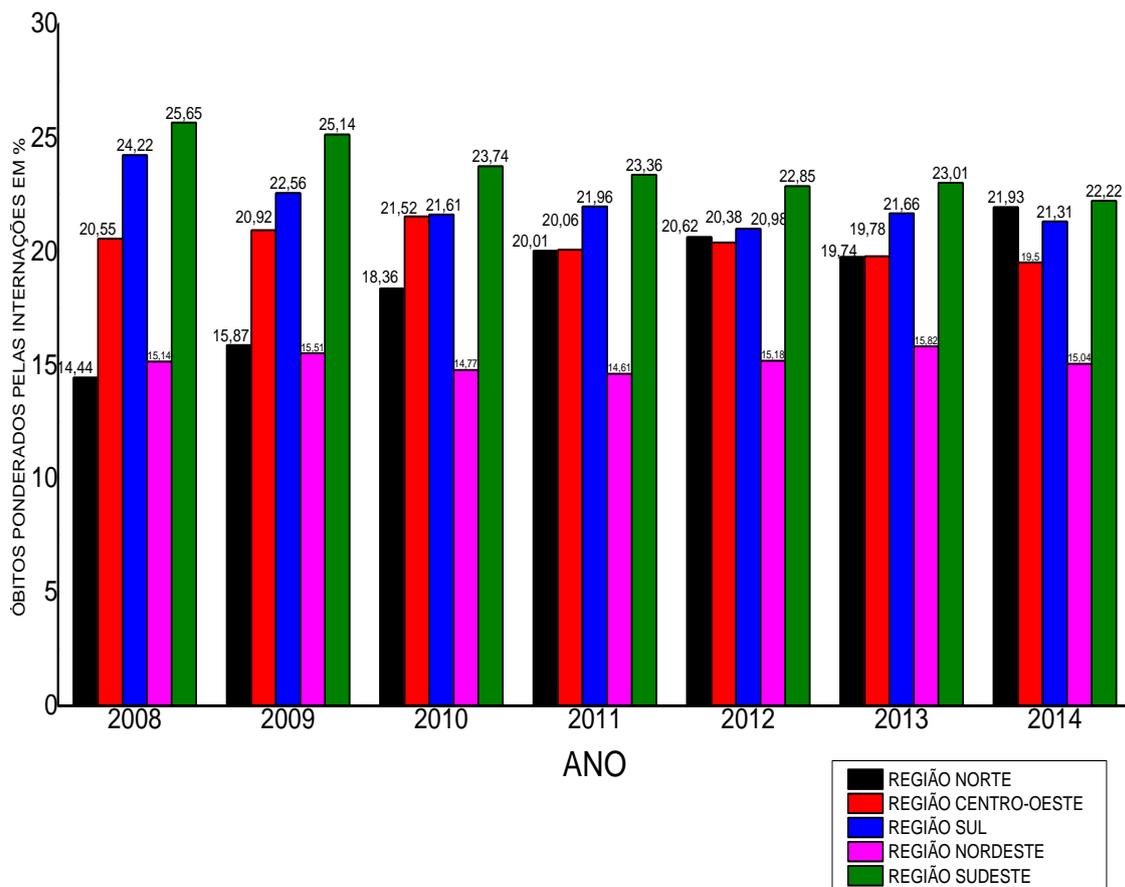


Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos ponderados pelo quantitativo de internações, em porcentagem por regiões, com o tratamento hospitalar em Oncologia: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Em termos percentuais, a maior média de óbitos por pacientes internados, ocorreu nas regiões Sudeste (23,71%), ou seja, para cada 100 óbitos no Brasil por câncer, aproximadamente 24 casos notificados foram da região Sudeste, seguidos pelas regiões Sul (22,04%); Centro-Oeste (20,39%); Norte (18,71%) e Nordeste, que apresentou a menor média de óbitos notificados (15,15%). Os resultados indicam ainda que, na região Sudeste, ocorreu uma redução

de 13,37% de óbitos seguidos pelo Sul (12,01%); Centro-Oeste (5,1%); Nordeste (0,66), crescimento na região Norte com 51,87%.

Os valores ressarcidos em Oncologia por paciente e óbitos no Brasil no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital são demonstrados no gráfico 3.

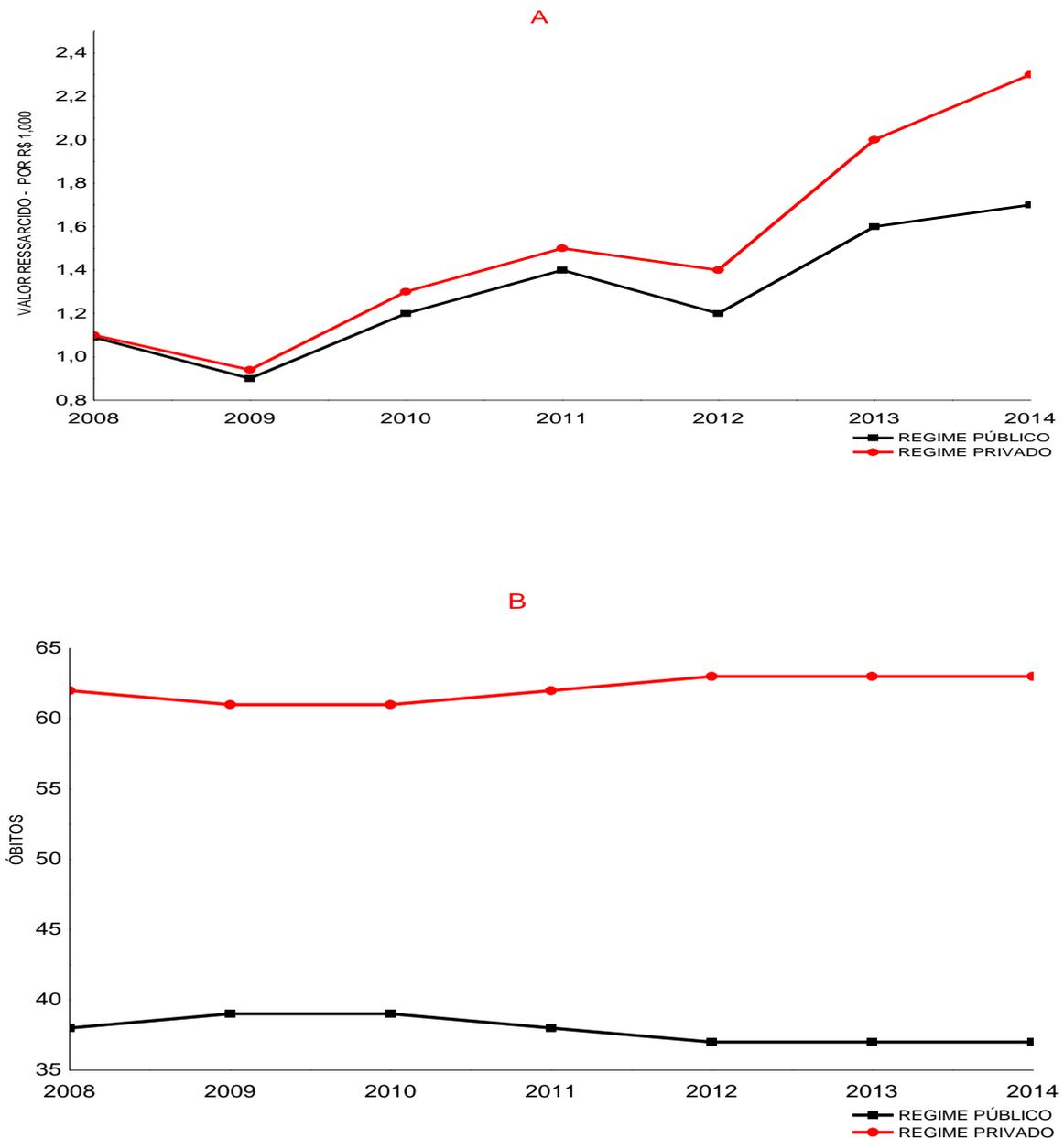


Gráfico 3 – Distribuição dos valores ressarcidos em Oncologia por paciente (A) e óbitos (B) no Brasil no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

Quanto ao ressarcimento (3A) para os hospitais de natureza privada e os de natureza pública, 67,45% (R\$ 4.439.213.694,41) do total repassado foi direcionado aos primeiros, enquanto 32,55% (R\$ 2.142.179.536,14) aos últimos, em âmbito Nacional. O ressarcimento

para os hospitais de natureza privada representou um aumento de 154,04%, enquanto 95,20% as públicas. Em relação aos procedimentos ambulatoriais no presente estudo, o total aprovado no âmbito Nacional foi de R\$ 543.120.987,22 com média de R\$ 77.588.712,46 ao ano. Deste total, R\$ 173.867.364,80 foram alocados principalmente para a realização de Quimioterapia paliativa - adulta (32,01% total dos valores aprovados e ressarcidos ao âmbito ambulatorial).

Os repasses direcionados para os Hospitais de Regime Jurídico Privado no Brasil possuem uma melhor distribuição dos valores ressarcidos direcionados a Oncologia, a média dos gastos por pacientes foi de R\$ 1.546,38 no privado, enquanto que R\$ 1.334,11 no público, acumulando R\$ 10.824,66 e R\$ 9.345,76 respectivamente. Enquanto ao quantitativo de óbitos (3B), a rede privada consta com 62,15% dos óbitos ocorridos nas suas dependências contra 37,85% nas unidades públicas, e crescimento de 33,57% e 28,44% respectivamente, conforme a figura 3.

A seguir, a tabela 3 apresenta informações que traduzem a qualidade da assistência (e não propriamente o financiamento), as quais auxiliarão na compreensão do contexto do atendimento especializado em Oncologia no Brasil.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>NATUREZA PÚBLICA</b>							
Quantitativo de internação	195825	210732	225071	228894	238857	248692	237385
AIH aprovadas	196097	210879	225220	229085	239093	248952	237541
Dias de permanência por ano	1450244	1557813	1591217	1582254	1617586	1689348	1526019
Média de Permanência	7,4	7,4	7,1	6,9	6,8	6,8	6,4
Taxa de mortalidade	7,73	8,23	8,11	8,26	8,21	8,23	8,19
<b>NATUREZA PRIVADA/SUS</b>							
Quantitativo de internação	358340	363837	381537	400383	421261	444200	439890
AIH aprovadas	358742	364243	382023	400868	421697	444753	440317
Dias de permanência por ano	1869458	1844050	1890800	1942025	2022618	2102432	1955240
Média de Permanência	5,2	5,1	5	4,9	4,9	4,7	4,4
Taxa de mortalidade	6,97	7,42	7,52	7,65	7,76	7,82	7,58

Tabela 3 - Quantitativo de indicadores para o atendimento especializado em Oncologia no Brasil entre 2008 e 2014, Natureza Jurídica Pública e Privada.  
 Fonte: Sistema de Informação Hospitalar /Sistema Único de Saúde – SIH/SUS.

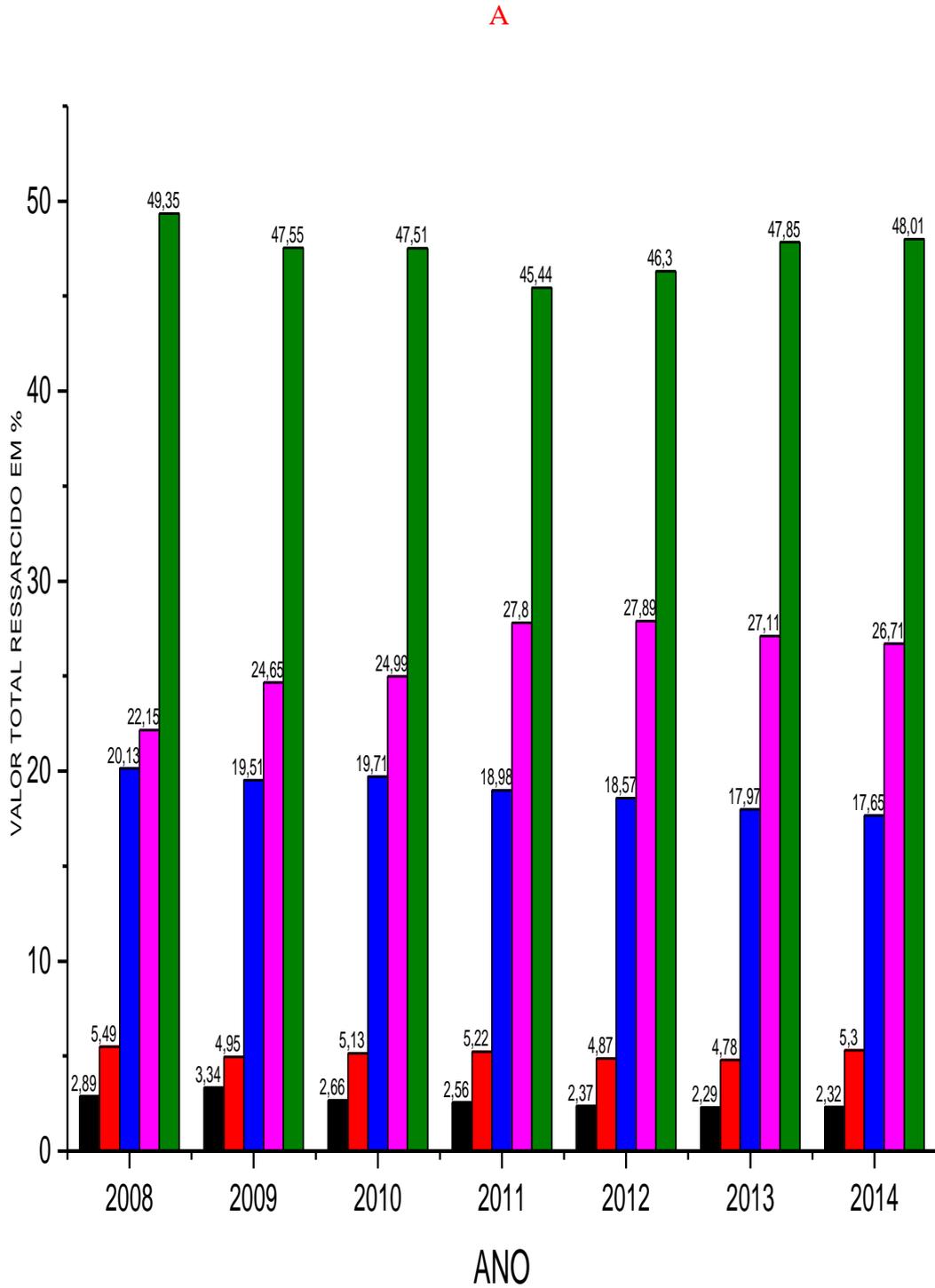
Os dados refletem uma oscilação na quantidade de internamentos hospitalares na rede pública de saúde, contrapondo-se à rede privada, que apresentou um constante crescimento. Entretanto, entre os dois regimes o tempo de permanência dos pacientes é equiparável: a cada 220 dias de internações ocorridas, 110 (50%) concentram-se na rede privada e 110 (50%) na pública. É possível observar também que os hospitais de regime privado internam e aprovam mais AIH, neste caso, concentrando-se mais na rede privada.

Quanto à taxa de mortalidade, relação entre o quantitativo de óbitos ocorridos pela população total por 100.000, observa-se uma razão média de 0,9 ( $190/100 = 47,37\%$  Privada e  $52,63\%$  Pública), neste caso, concentrando-se mais na rede pública. Entretanto, ao referenciar-se ao quantitativo de óbitos, a rede privada concentra-se com 62,15% dos óbitos ocorridos nas suas dependências contra 37,85% nas unidades públicas,

A capacidade de internação é interligada aos dias de permanência de cada usuário e os valores das AIH são proporcionais aos tipos de procedimentos realizados nesses usuários. Em suma, toda a estrutura ambulatorial e hospitalar contribui no encarecimento dos custos do tratamento oncológico. Neste aspecto, os hospitais de natureza jurídica privada vêm se sobressaindo nos últimos anos em relação às unidades públicas, pois internam mais pacientes para o tratamento hospitalar do câncer, gastam mais para seu tratamento e realizam mais procedimentos; contudo, possuem uma menor taxa de mortalidade.

## 5.2 FINANCIAMENTO EM ONCOLOGIA PARA O TRATAMENTO EM CA DE MAMA

Os valores ressarcidos relacionados ao tratamento Oncológico de mama no Brasil para 2008 a 2014, apresentados no gráfico 4.



## B

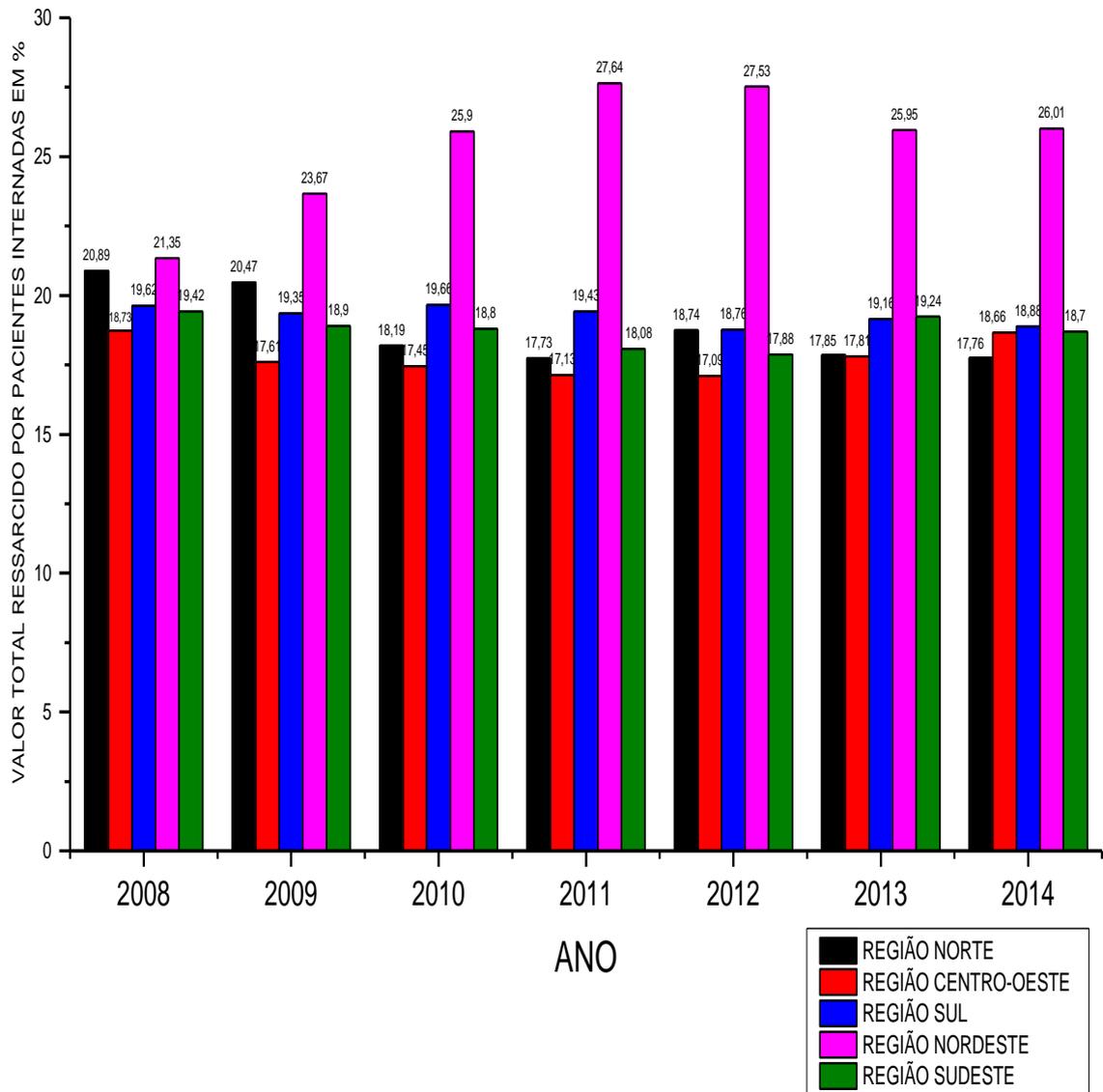


Gráfico 4 - Distribuição dos valores totais ressarcidos em Oncologia (A) e valor por pacientes internados (B) em percentagem por regiões no Brasil com o tratamento em Câncer de mama no período de 2008 a 2014.  
Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

A região Sudeste no gráfico 4A concentra em média 47,43% do valor total ressarcido direcionado a internações para a realização de tratamento oncológico vinculado ao Câncer de mama no Brasil. Ademais regiões participam com 52,57%, cabendo à região Nordeste (25,9%); Sul (18,93%); Centro-Oeste (5,11%); Norte (2,63%). Os resultados ainda indicam que a região Nordeste ocorreu um crescimento de 21% do ressarcimento em comparação as demais regiões com redução de 20% (Norte); 12% (Sul); 3% (Sudeste) e 3% (Centro-Oeste).

Ao observar o valor total ressarcido por pacientes internadas, demonstrado no gráfico 4B, a região Nordeste aparece, então, com 25,43%, indicando que do valor total alocado no Brasil, pela internação para cada paciente 25,43% foram direcionadas para o Nordeste, seguida pelas regiões Sul (19,27%); Norte (18,8%); Sudeste (18,72%); Centro-Oeste (17,78%). Os resultados ainda indicam que para a região Nordeste ocorreu um crescimento de 22% do ressarcimento para o setor oncológico em comparação as demais regiões que obtiveram redução entre os respectivos anos (2008 e 2014), cujos valores foram: Norte (15%); Centro-Oeste (0,4%); Sudeste e Sul (4%) respectivamente.

Os valores dos óbitos pelas internações para o CA de mama ocorridas, por região, quando ponderados, resultam no gráfico 5.

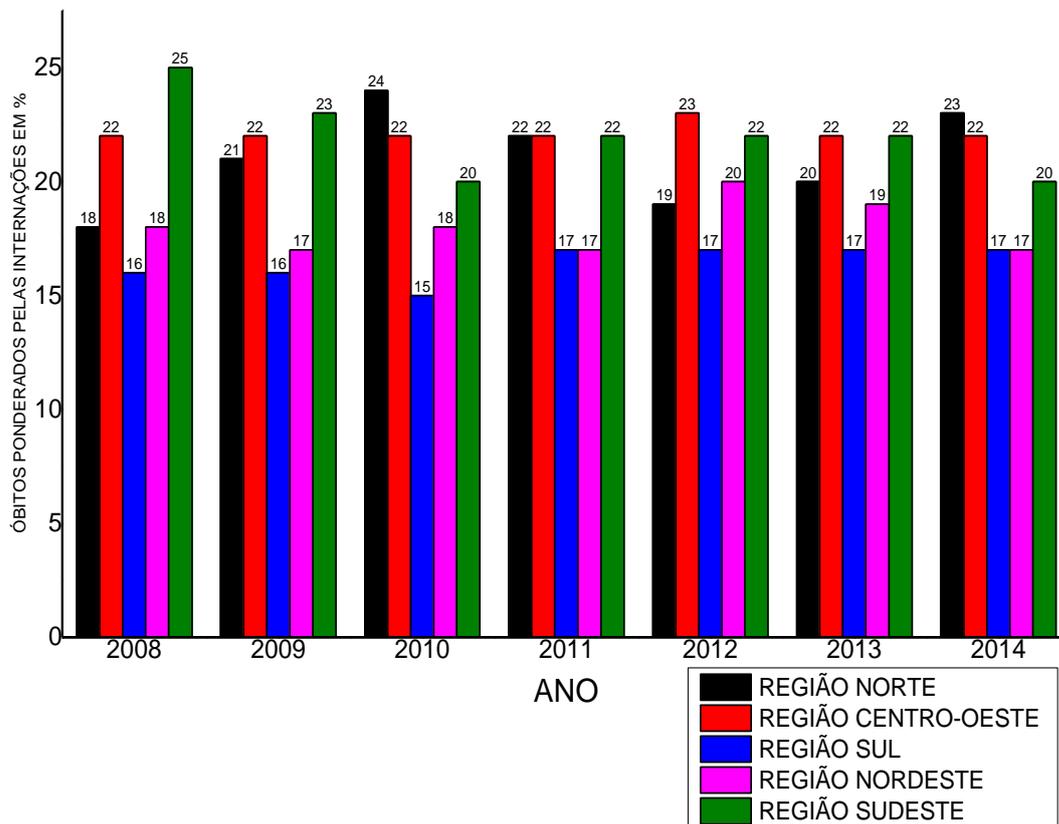


Gráfico 5 - Distribuição dos óbitos ponderados pelo quantitativo de internações, em porcentagem por regiões, com o tratamento hospitalar em Oncologia de mama: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Em termos percentuais, a maior média de óbitos, demonstrado no gráfico 5, por pacientes internadas, ocorreu nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, com 22% cada, indicando para cada 100 óbitos no Brasil por CA de mama, 22 foram respectivamente advindos destas regiões seguidos pelas regiões Norte (21%); Nordeste (18%); Sul (17%). Os resultados ainda

indicam que para na região Nordeste ocorreu uma redução de 194,44% de óbitos seguidos pelo Sudeste com 180%, crescimento nas regiões Sul (6,25%); Norte (27,78%) e a única região aparentemente não ocorreram mudança foi à região Centro-oeste.

O valor ressarcido para o tratamento em CA de mama em Pernambuco é visualizado na tabela 4, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

	Hospital de Natureza Pública	Hospital de Natureza Privada
2008	R\$ 200.905,37	R\$ 684.909,21
2009	R\$ 219.035,41	R\$ 671.493,30
2010	R\$ 283.247,54	R\$ 969.861,78
2011	R\$ 432.584,97	R\$ 1.400.931,92
2012	R\$ 359.801,25	R\$ 1.336.775,89
2013	R\$ 784.390,00	R\$ 3.622.742,37
2014	R\$ 585.567,84	R\$ 4.417.855,84
Média	R\$ 409.361,77	R\$ 1.872.081,47
Soma Total dos anos	R\$ 2.865.532,38	R\$ 13.104.570,32

% de Crescimento dos  
gastos (2008 – 2014)

**191,46%**

**545,03%**

Tabela 4 - Valores ressarcidos para o tratamento em CA de mama em Pernambuco de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital, 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de mama, o aumento para o de natureza Pública foi de 191,46%, com média R\$ 409.361,77 por ano e total de R\$ 2.865.532,38, enquanto para o privado foi de 545,03% com média de R\$ 1.872,081,47 por ano no mesmo período e total de R\$ 13.140.570,32, tendo como base os valores ressarcidos e deflacionados. Sendo que, 82,05% do total, foram direcionadas as entidades privadas enquanto 17,95% as públicas.

O valor ressarcido para o tratamento em CA de mama por paciente internada em Pernambuco é visualizado na Tabela 5, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

ANO / VALOR	Hospital de Natureza Pública	Hospital de Natureza Privada
2008	R\$ 599,72	R\$ 670,82

2009	R\$ 553,12	R\$ 545,93
2010	R\$ 835,54	R\$ 754,17
2011	R\$ 930,29	R\$ 1.070,23
2012	R\$ 785,59	R\$ 881,20
2013	R\$ 1.750,87	R\$ 1.966,74
2014	R\$ 1.945,41	R\$ 2.470,84
Soma Total dos anos	R\$ 7.400,54	R\$ 8.359,93
Média	R\$ 1.057,22	R\$ 1.194,28

% de Crescimento dos gastos

(2008 – 2014)

**224,39%**

**268,33%**

Tabela 5 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por pacientes internadas nos hospitais de Natureza Jurídica Pública e Privada que demandam atendimento em Pernambuco – deflacionado.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de mama por cada paciente internado, o aumento para o de natureza Pública foi de 224,39%, com média R\$ 1.057,22 por ano e total de R\$ 7.400,54, enquanto para o privado foi de 268,33% com média de R\$ 1.194,28 por ano no mesmo período e total de R\$ 8.359,93, para o mesmo período. Sendo 53,04% do total foram direcionadas as entidades privadas enquanto 46,96% as públicas.

Os valores ressarcidos ao tratamento em Oncologia de mama por paciente e óbitos no Brasil no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital são demonstrados no gráfico 6.

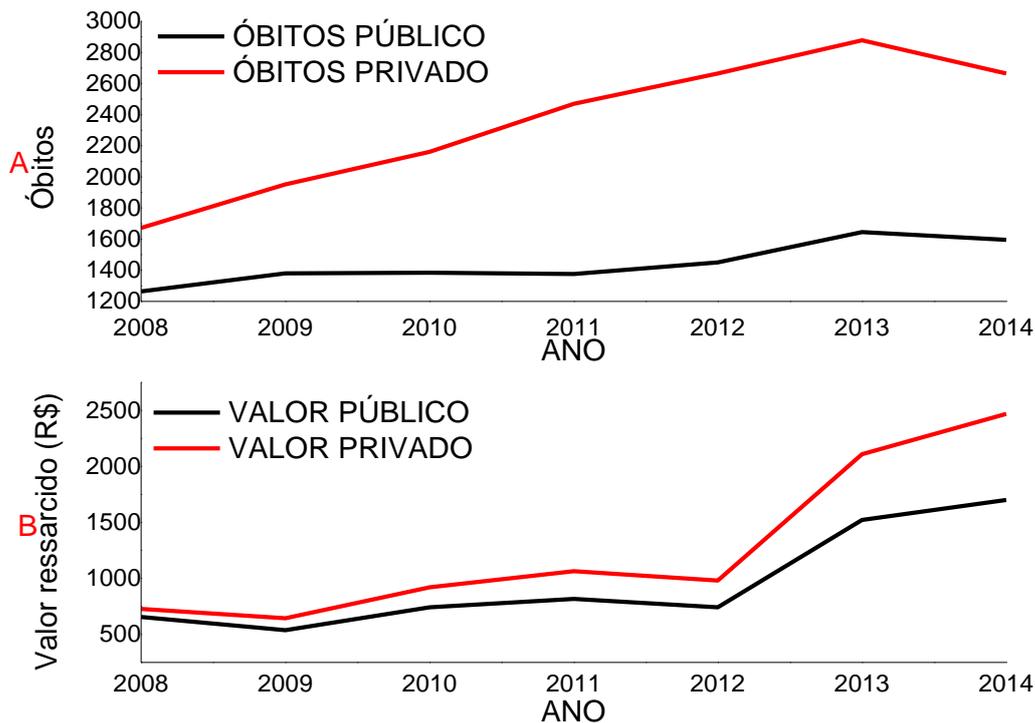


Gráfico 6 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de mama: Brasil – 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

No contexto Nacional, o quantitativo de óbitos por câncer de mama, demonstrado no gráfico 6A concentrou-se mais na rede privada. O gráfico demonstra que no de 2013 foi detectado o maior pico de casos notificados de óbitos para os respectivos regimes Jurídicos Hospitalares, tendendo a reduzir no ano seguinte. Entretanto, a rede pública obteve um crescimento de 26,27% de notificações de óbitos, enquanto a privada 59,29%, tendo uma diferença de 33,03%.

O gráfico 6B revela que ocorreu uma redução nos valores ressarcidos entre os anos de 2008 e 2009 para ambas as entidades hospitalares, com crescimento nos anos seguintes (2009 a 2014). Os Hospitais de natureza privada continuam com o maior aporte dos valores ressarcidos, tendo um crescimento de 238,98%, enquanto as públicas 158,95%. Observa-se que há uma diferença de 81,02% de ressarcimento entre as unidades no ano de 2014.

Os valores ressarcidos ao tratamento em Oncologia de mama por paciente e óbitos em Pernambuco no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital são demonstrados no gráfico 7.

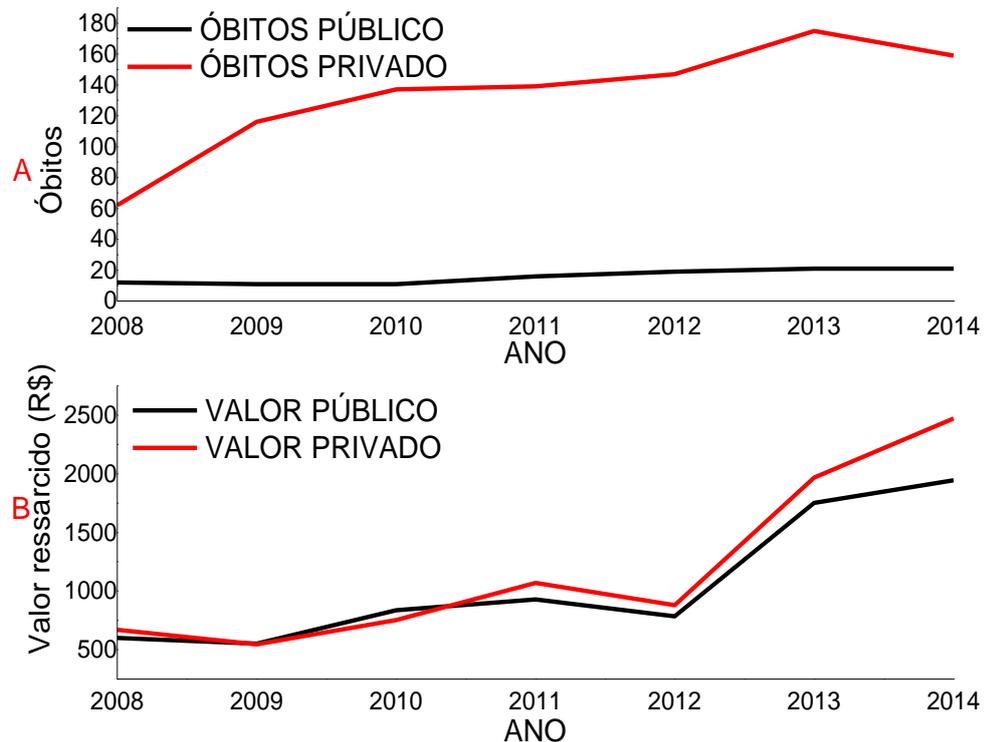


Gráfico 7 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de mama: Pernambuco – 2008 a 2014.  
Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Em Pernambuco o quantitativo de óbitos por câncer de mama, demonstrado no gráfico 7A concentrou-se mais na rede privada. O gráfico demonstra que no de 2013 foi detectado o maior pico de casos notificados de óbitos para os respectivos regimes Jurídicos Hospitalares, tendendo a reduzir no ano seguinte. Entretanto, a rede pública obteve um crescimento de 75% de notificações de óbitos, enquanto a privada 156,45%, tendo uma diferença de 81,45%.

O gráfico 7B revela que ocorreu uma oscilação de redução e crescimento nos valores ressarcidos entre os anos de 2008 e 2012 para ambas as entidades hospitalares. Observa-se que a partir do ano de 2012 ocorre uma ampliação nos valores ressarcidos, aos quais os Hospitais de natureza privada continuam com o maior aporte dos valores ressarcidos, tendo um crescimento de 108,41%, enquanto as públicas 81,45%.

O valor dos ressarcimentos para o tratamento em CA de mama em Pernambuco por paciente internada é visualizado nas Tabelas 6 e 7, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 1.784,18	R\$ 788,83	R\$ 3.373,89	R\$ 1.005,68	R\$ 11.388,67	R\$ 15.011,77	R\$ 10.045,69
2	R\$ 129.096,82	R\$ 253.554,42	R\$ 234.320,69	R\$ 389.950,49	R\$ 389.113,73	R\$ 700.068,01	R\$ 957.144,18
3*	R\$ 554.028,21	R\$ 662.264,28	R\$ 717.342,50	R\$ 858.435,23	R\$ 949.947,27	R\$ 2.899.570,76	R\$ 3.098.560,00
4		R\$ 2.606,04	R\$ 13.183,65	R\$ 22.223,73		R\$ 1.961,98	R\$ 607,30
TOTAL	R\$ 684.909,21	R\$ 919.213,57	R\$ 968.220,73	R\$ 1.271.615,13	R\$ 1.350.509,89	R\$ 3.616.612,52	R\$ 4.066.357,17

1: Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro; 2: Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 3: Hospital de Câncer de Pernambuco/ Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer; 4: IMIP Hospitalar.

Tabela 6 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em PE, 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 4.983,84	R\$ 14.334,06	R\$ 5.735,11	R\$ 19.657,92	R\$ 18.778,43	R\$ 35.100,39	R\$ 18.169,65
2	R\$ 713,82	R\$ 1.880,46	R\$ 979,18	R\$ 23.946,50	R\$ 37.901,24	R\$ 103.825,30	R\$ 104.445,93
3*	R\$ 169.339,55	R\$ 253.834,15	R\$ 233.901,57	R\$ 290.962,68	R\$ 271.380,98	R\$ 558.882,96	R\$ 321.295,26
4	R\$ 463,28	R\$ 712,41		R\$ 493,28			
5	R\$ 25.404,88	R\$ 29.078,58	R\$ 42.152,41	R\$ 57.593,67	R\$ 35.437,19	R\$ 85.254,12	R\$ 95.067,36
TOTAL	R\$ 200.905,37	R\$ 299.839,66	R\$ 282.768,27	R\$ 392.654,05	R\$ 363.497,84	R\$ 783.062,77	R\$ 538.978,20

1: Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros; 2: Hospital Dom Malan/Prefeitura de Petrolina; 3: Hospital Universitário Oswaldo Cruz; 4: Hospital Barão de Lucena/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros; 5: Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco.

Tabela 7 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em PE, 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

De acordo com os dados das tabelas 6, estima-se que 81,82% dos valores ressarcidos direcionados ao tratamento de CA de mama em PE foram alocados para os Hospitais de Natureza Jurídica Privada. Nota-se que ocorreu um aumento de 493,7% da demanda, acumulando R\$ 12.877.438,22 e média anual de R\$ 1.839.634,03. Tendo o Hospital do Câncer de Pernambuco, dentre os Hospitais de cunho Jurídico Privado alcançando um crescimento de 459,28%, somatório total de R\$ 9.740.148,25, média de R\$ 1.391.449,75 e totalizando 73,64% de todos os valores ressarcidos direcionados para os Hospitais Privados.

Já os Hospitais de Natureza Jurídica Pública, relacionado na tabela 7, estimou-se com 18,18% dos valores ressarcidos. Nota-se que ocorreu um aumento de 168,27% da demanda, acumulando R\$ 2.861.706,16 e média anual de R\$ 408.815,17, tendo o Hospital Universitário Oswaldo Cruz alcançado um crescimento de 89,73%, somatório total de R\$R\$ 2.099.597,15, média de R\$ 299.942,45 e totalizando 73,37% de todos os valores ressarcidos direcionados para os Hospitais Públicos.

O valor ressarcido e deflacionados para o tratamento em CA de mama em Pernambuco por paciente internada é visualizado na tabela 8 e 9, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 1.784,18	R\$ 576,25	R\$ 3.379,61	R\$ 1.107,95	R\$ 11.272,85	R\$ 15.037,21	R\$ 10.914,05
2	R\$ 129.096,82	R\$ 185.223,65	R\$ 234.717,84	R\$ 429.606,47	R\$ 385.156,64	R\$ 701.254,57	R\$ 1.039.880,37
3*	R\$ 554.028,21	R\$ 483.789,67	R\$ 718.558,33	R\$ 945.733,73	R\$ 940.286,79	R\$ 2.904.485,29	R\$ 3.366.401,63
4		R\$ 1.903,73	R\$ 13.206,00	R\$ 24.483,77		R\$ 1.965,31	R\$ 659,80
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 684.909,21</b>	<b>R\$ 671.493,30</b>	<b>R\$ 969.861,78</b>	<b>R\$ 1.400.931,92</b>	<b>R\$ 1.336.716,28</b>	<b>R\$ 3.622.742,38</b>	<b>R\$ 4.417.855,85</b>

1: Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro; 2: Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 3: Hospital de Câncer de Pernambuco/ Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer; 4: IMIP Hospitalar.

Tabela 8 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 4.983,84	R\$ 10.471,15	R\$ 5.744,83	R\$ 21.657,03	R\$ 18.587,46	R\$ 35.159,88	R\$ 19.740,25
2	R\$ 713,82	R\$ 1.373,69	R\$ 980,84	R\$ 26.381,74	R\$ 37.515,80	R\$ 104.001,28	R\$ 113.474,31
3*	R\$ 169.339,55	R\$ 185.428,00	R\$ 234.298,01	R\$ 320.552,11	R\$ 268.621,17	R\$ 559.830,22	R\$ 349.068,24
4	R\$ 463,28	R\$ 520,42	R\$ 0,00	R\$ 543,44	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
5	R\$ 25.404,88	R\$ 21.242,15	R\$ 42.223,85	R\$ 63.450,65	R\$ 35.076,81	R\$ 85.398,62	R\$ 103.285,05
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 200.905,37</b>	<b>R\$ 219.035,41</b>	<b>R\$ 283.247,54</b>	<b>R\$ 432.584,97</b>	<b>R\$ 359.801,25</b>	<b>R\$ 784.390,00</b>	<b>R\$ 585.567,84</b>

1: Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros; 2: Hospital Dom Malan/Prefeitura de Petrolina; 3: Hospital Universitário Oswaldo Cruz; 4: Hospital Barão de Lucena/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros; 5: Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco.

Tabela 9 - Valor ressarcido com tratamento em CA de mama por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

No processo de deflacionamento dos valores, constando na tabela 8, estimou-se que 82,06% dos valores ressarcidos foram direcionados aos Hospitais privados contra 17,94% público. Ademais, a privada alcançou um aumento de 545,03% contra 191,46% do público, acumulando R\$ 13.104.510,51 e valor médio de R\$1.872.072,93 (Privado) e R\$ 2.865.532,38 e valor médio anual de R\$ 409.361,77 (Público). Em relação aos hospitais que mais demandaram valores ressarcidos para a saúde foram os Hospitais do Câncer de Pernambuco com 507,62% de crescimento nos valores demandados, acumulando R\$ 9.913.283,65, média anual de R\$ 1.416.183,38 e totalizando 75,65% de todos os valores direcionados para os Hospitais Privados e o Hospital Universitário Oswaldo Cruz com 106,13% de crescimento nos valores ressarcidos, acumulado de R\$ 2.087.137,30, média anual de R\$ 298.162,47 e totalizando 72,84% de todos os valores direcionados para os Hospitais Públicos.

Em si, os valores ressarcidos e alocados para o tratamento especializado ao CA de mama em Pernambuco direcionado aos Hospitais de Natureza Jurídica Privada foram 4,57 vezes maiores do que os alocados aos Hospitais Públicos.

De acordo com os dados da tabela 9, estima-se que 75,65% dos valores ressarcidos para o tratamento de Câncer de mama em Pernambuco, se concentraram no Hospital de Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer (UNACON) em seguida, com 23,69% das arrecadações para o tratamento, está o Instituto Materno Infantil/Imip (CACON), detentor de exames diferenciais quando comparado às UNACON.

Os valores ressarcidos para o tratamento em CA de mama para o Hospital do Câncer em Pernambuco por paciente internada é visualizado na tabela 10, de acordo com o ano.

2008	R\$ 554.028,21
2009	R\$ 483.789,67
2010	R\$718.558,33
2011	R\$ 945.733,73
2012	R\$ 940.286,79
2013	R\$ 2.904.485,29
2014	R\$ 3.366.401,63
Média	R\$ 1.416.183,38
Soma Total dos Anos	R\$ 9.913.283,64
% de Crescimento dos gastos	<b>507,62%</b>

(2008 – 2014)

Tabela 10 - Valores ressarcidos pelo Hospital do Câncer de Pernambuco para o tratamento em CA de mama  
 Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de mama para o Hospital do Câncer teve um crescimento de 507,62%, com média R\$ 1.416.183,38 por ano e total de R\$ 9.913.283,64.

No presente trabalho foi detectada uma transição das unidades de natureza jurídica. Para o CA de mama, onde os valores direcionados para o tratamento concentram-se em maior parte as entidades privadas, principalmente ao Hospital do Câncer de Pernambuco com habilitação em UNACON e o Imip aparece como a segunda unidade hospitalar e única com habilitação em CACON observada na tabela 6 e 8.

O valor ressarcido e óbitos ponderados pelo quantitativo de internações para o tratamento em CA de mama para o Hospital do Câncer em Pernambuco é visualizado na tabela 11, de acordo com o ano.

	VALOR /INTERNAÇÃO	ÓBITOS/INTERNAÇÃO
2008	R\$ 717,65	7/100
2009	R\$ 544,20	11/100
2010	R\$ 794,87	13/100
2011	R\$ 1.027,97	12/100
2012	R\$ 935,61	10/100
2013	R\$ 2.329,18	12/100
2014	R\$ 2.730,25	9/100
Média	R\$ 1.297,10	10/100
Soma Total dos anos	R\$ 9.079,73	73/100
% de Crescimento dos gastos (2008 – 2014)	<b>280,44%</b>	<b>37,26%</b>

Tabela 11 - Valores ressarcidos e óbitos por internações no Hospital do Câncer de Pernambuco para o tratamento em CA de mama.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos por paciente internada para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de mama para o Hospital do Câncer de Pernambuco teve um crescimento de 280,44%, com média R\$ 1.297,10 por ano e total de R\$ 9.079,73. Em relação aos óbitos, a supracitada Unidade de Saúde teve um crescimento de 37,26%, com média de 10

óbitos a cada 100 internações ao ano e total de 73 óbitos a cada 100 internações no período em análise.

Em relação à produção ambulatorial no SUS, o total de valores aprovados, é discriminado na tabela 12, referem ao sexo feminino (CA de mama) em Pernambuco, entre os anos de 2008 e 2014. No Apêndice A corresponde ao total de procedimentos realizados para o CA de mama.

Procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
QUIMIOTERAPIA							
TOTAL COM QUIMIOTERAPIA	R\$7.493.834,47	R\$12.767.330,80	R\$10.517.229,85	R\$10.444.238,73	R\$12.577.949,05	R\$14.060.721,77	R\$13.297.939,59
HORMONIOTERAPIA							
TOTAL COM HORMONIOTERAPIA	R\$2.673.665,40	R\$ 4.805.344,60	R\$ 3.838.403,58	R\$ 3.831.849,63	R\$ 4.495.291,07	R\$ 4.760.448,19	R\$ 4.432.036,97
TOTAL	R\$10.167.499,87	R\$17.572.675,40	R\$14.355.633,43	R\$14.276.088,36	R\$17.073.240,12	R\$18.821.169,96	R\$17.729.976,56

Tabela 12 - Total de valores aprovados e ressarcidos por procedimento Ambulatorial, por ano (2008 -2014), para o sexo feminino em Pernambuco (CA de mama)  
 Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

A tabela 12 revela um crescimento nos valores ressarcidos (2008 e 2009), com decréscimo no ano seguinte (2010 e 2011), seguido por um novo crescimento (2012 a 2013) e um decréscimo em 2014. Já no Apêndice B revelou que o tipo de procedimento mais realizado para o CA de mama foi: hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II.

O quantitativo de atendimentos aprovados para o tratamento de mama alocado para Pernambuco é visualizado na tabela 13, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>NATUREZA PÚBLICA</b>							
Quantitativo de internação	787	754	729	931	1074	1064	863
AIH aprovadas	787	754	729	931	1074	1064	864
Dias de permanência por ano	1949	1879	1951	2644	2488	2867	2578
Média de Permanência	2,5	2,5	2,7	2,8	2,3	2,7	3
Taxa de mortalidade	1,65	2,65	2,74	2,04	2,51	3,29	4,17
<b>NATUREZA PRIVADA/SUS</b>							
Quantitativo de internação	1103	1299	1330	1531	1551	1872	1813
AIH aprovadas	1107	1302	1341	1547	1558	1879	1823
Dias de permanência por ano	6152	8061	8507	9080	8405	9987	9280
Média de Permanência	5,6	6,2	6,4	5,9	5,4	5,3	5,1
Taxa de mortalidade	5,71	8,93	10,3	9,27	9,61	9,35	8,77

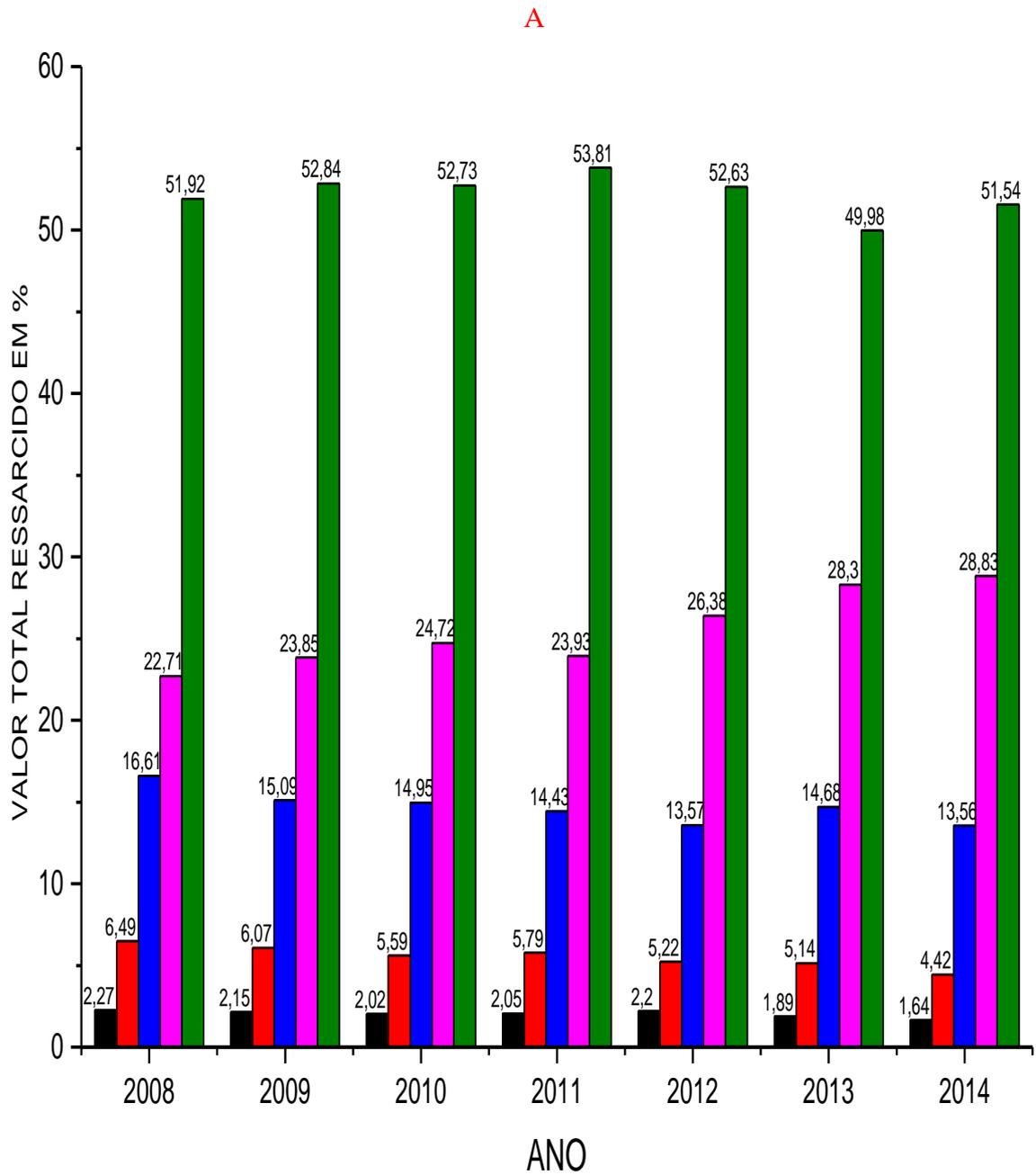
Tabela 13 - Quantitativo, por indicadores, para o tratamento realizado para neoplasia maligna de mama em Pernambuco, no período de 2008 a 2014, de acordo com a natureza jurídica hospitalar.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

A divergência entre os dois regimes fica mais clara, a partir dos valores demonstrados na tabela 13. Como exemplo, o tempo de permanência das pacientes, uma razão de aproximadamente 3,6 dias (360/100) em um hospital privado, comparado a um público, ou seja, a cada 460 dias de internações ocorridas 360 (78,26%) concentram-se na rede privada e 100 (21,74%) na pública. A razão dos outros indicadores também expressa este favorecimento do regime privado sobre o público. 2,1(210/100= 67,74% Privada e 32,26% Pública) (internações), 2,1 (210/100 = 67,74% Privada e 32,26% Pública) (AIH Aprovadas), 1,7(170/100 = 62,96% Privada e 37,04% Pública) (média de permanência) e 2,1(210/100 = 67,74% Privada e 32,26% Pública) (Taxa de Mortalidade)

### 5.3 FINANCIAMENTO EM ONCOLOGIA PARA O TRATAMENTO EM CA DE PRÓSTATA

Os valores ressarcidos relacionados ao tratamento Oncológico de próstata no Brasil para 2008 a 2014, apresentados no gráfico 8.



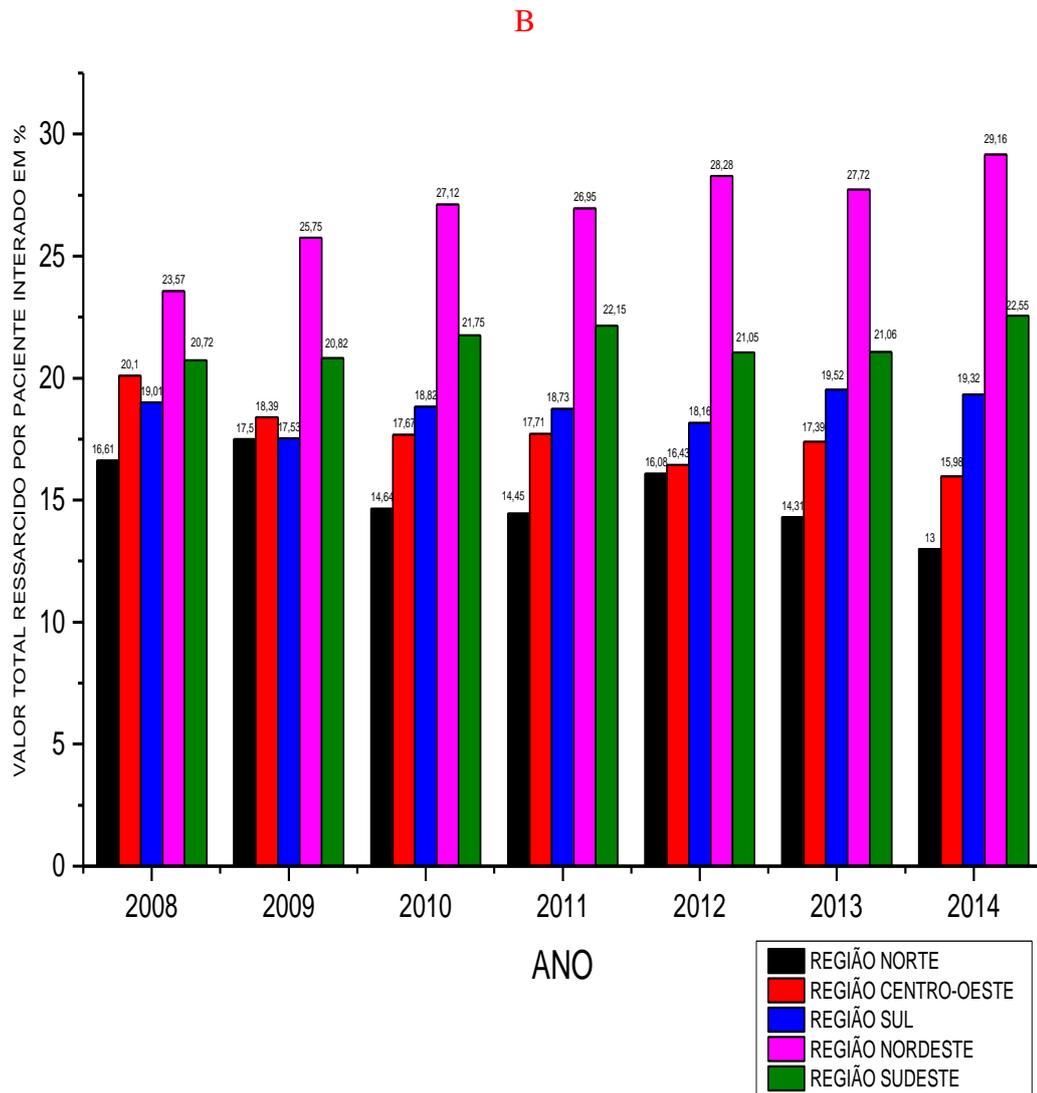


Gráfico 8 - Distribuição dos valores totais ressarcidos em Oncologia (A) e valor por pacientes internados (B) em porcentagem por regiões no Brasil com o tratamento em Câncer de próstata no período de 2008 a 2014. Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

A região Sudeste no gráfico 8A concentra em média 52,21% do valor total ressarcido direcionado a internações para a realização de tratamento oncológico vinculada ao Câncer de próstata no Brasil. As demais regiões participam com 47,79%, cabendo à região Nordeste (25,53%); Sul (14,7%); Centro-Oeste (5,53%); Norte (2,03%). Os resultados ainda indicam que na região Nordeste ocorreu um crescimento de 26,95% dos valores ressarcidos em comparação as demais regiões com redução de 172,25% (Norte); 181,63% (Sul); 199,26% (Sudeste); 168,2% (Centro-Oeste).

Ao observar o valor total ressarcido por pacientes internadas, demonstrado no gráfico 8B, a região Nordeste apareceu, então, com 26,94%, indicando que do valor total alocado no Brasil, pela internação para cada paciente 26,94% foram direcionadas para o Nordeste, seguida pelas regiões Sul (18,73%); Norte (15,23%); Sudeste (21,44%); Centro-Oeste (16,67%). Os

resultados ainda indicam que para a região Nordeste ocorreu um crescimento de 23,71%, Sudeste 8,33% e Sul com 1,63% do ressarcimento para o setor oncológico em comparação as demais regiões que obtiveram redução entre os respectivos anos (2008 e 2014), cujos valores foram: Norte (178,27%); Centro-Oeste (179,5%).

Os valores dos óbitos ocorridos para o CA de Próstata, por regiões, quando ponderado pelo quantitativo de internações ocorridas, resultam no gráfico 9.

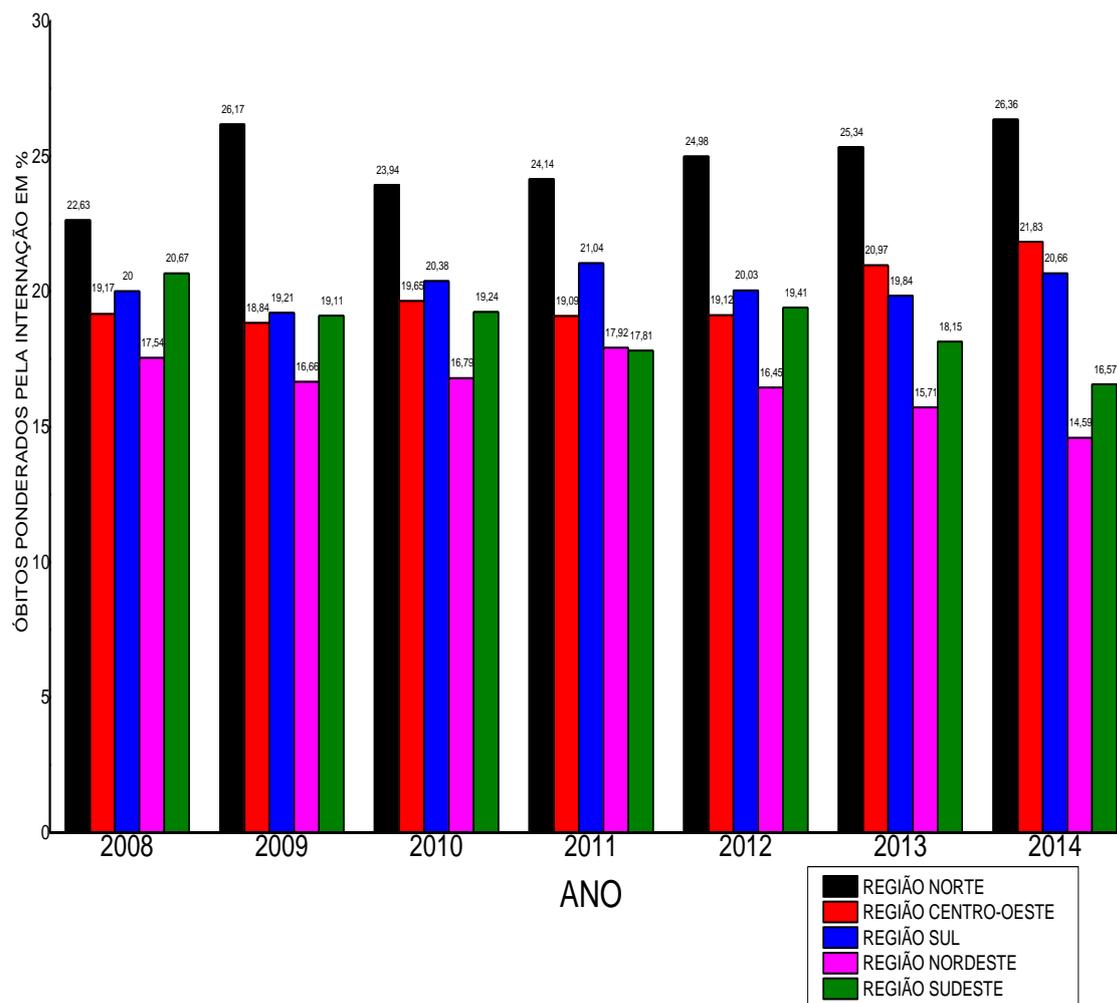


Gráfico 9 - Óbitos ponderados pelo quantitativo de internações, em porcentagem por regiões, com o tratamento hospitalar em Oncologia para o tratamento de CA de Próstata: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Em termos percentuais, a maior média de óbitos por pacientes internados entre 2008 a 2014, ocorreu na região Norte com 24,8%, ou seja, para cada 100 óbitos ocorridos no Brasil por CA de Próstata, aproximadamente 25 casos foram notificados na região Norte. Seguidos pelas regiões Sul (20,16%); Centro-Oeste (19,81%); Sudeste (18,71%) e Nordeste com o de menor caso notificado com 16,52% de óbitos. Os resultados ainda indicam que para na região

Nordeste ocorreu uma redução de 183,18% de óbitos seguidos pelo Sudeste com 180,16%, crescimento nas regiões Sul (3,3%) e Norte (16,48%) e Centro-Oeste com 13,88%.

O valor do ressarcimento para o tratamento em CA de próstata em Pernambuco é visualizado na tabela 14, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

	Hospital de Natureza Pública	Hospital de Natureza Privada
2008	R\$ 292.086,26	R\$ 217.468,41
2009	R\$ 324.818,42	R\$ 155.511,28
2010	R\$ 364.297,53	R\$ 292.948,00
2011	R\$ 375.343,83	R\$ 375.462,88
2012	R\$ 424.481,75	R\$ 452.478,62
2013	R\$ 556.534,06	R\$ 859.609,38
2014	R\$ 512.189,34	R\$ 964.555,40
Média	R\$ 407.107,31	R\$ 474.004,85
Soma Total dos anos	R\$ 2.849.751,19	R\$ 3.318.033,97

% de Crescimento dos  
gastos (2008 – 2014)

**75,36%**

**343,54%**

Tabela 14 - Valor do ressarcimento para o tratamento em CA de próstata em Pernambuco de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital, 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de próstata, o aumento para o de natureza Pública foi de 75,36%, com média R\$ 407.107,31 por ano e total de R\$ 2.849.751,19, enquanto para o privado foi de 343,54% com média de R\$ 474.004,85 por ano no mesmo período e total de R\$ 3.318.033,97, tendo como base os valores ressarcidos e deflacionados. Sendo que, 53,8% do total, foram direcionadas as entidades privadas enquanto 46,2% as públicas.

O valor do ressarcimento para o tratamento em CA de próstata por paciente internado em Pernambuco é visualizado na tabela 15, de acordo com o ano e natureza jurídica do hospital.

ANO/VALOR	Hospital de Natureza Pública	Hospital de Natureza Privada
2008	R\$ 1.604,87	R\$ 1.712,35
2009	R\$ 1.430,92	R\$ 942,49
2010	R\$ 2.428,65	R\$ 1.502,30
2011	R\$ 2.519,09	R\$ 1.590,94
2012	R\$ 2.165,72	R\$ 1.508,26
2013	R\$ 2.484,53	R\$ 2.066,37

2014	R\$ 2.798,85	R\$ 2.313,08
Média	R\$ 2.204,66	R\$ 1.662,26
Soma Total dos anos	R\$ 15.432,62	R\$ 11.635,80
% de Crescimento dos gastos (2008 – 2014)	<b>74,40%</b>	<b>35,08%</b>

Tabela 15 - Valores dos ressarcimentos com tratamento em CA de próstata por pacientes internados nos hospitais de Natureza Jurídica Pública e Privada que demandam atendimento em Pernambuco – deflacionado: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de próstata por cada paciente internado, o aumento para o de natureza Pública foi de 74,40%, com média R\$ 2.204,66 por ano e total de R\$ 15.432,62, enquanto para o privado foi de 35,08% com média de R\$ 1.662,26 por ano no mesmo período e total de R\$ 11.635,80, para o mesmo período. Sendo 47% do total foram direcionadas as entidades públicas enquanto 43% as privadas.

Os valores ressarcidos ao tratamento em Oncologia de próstata por paciente e óbitos no Brasil no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital são demonstrados no gráfico 10.

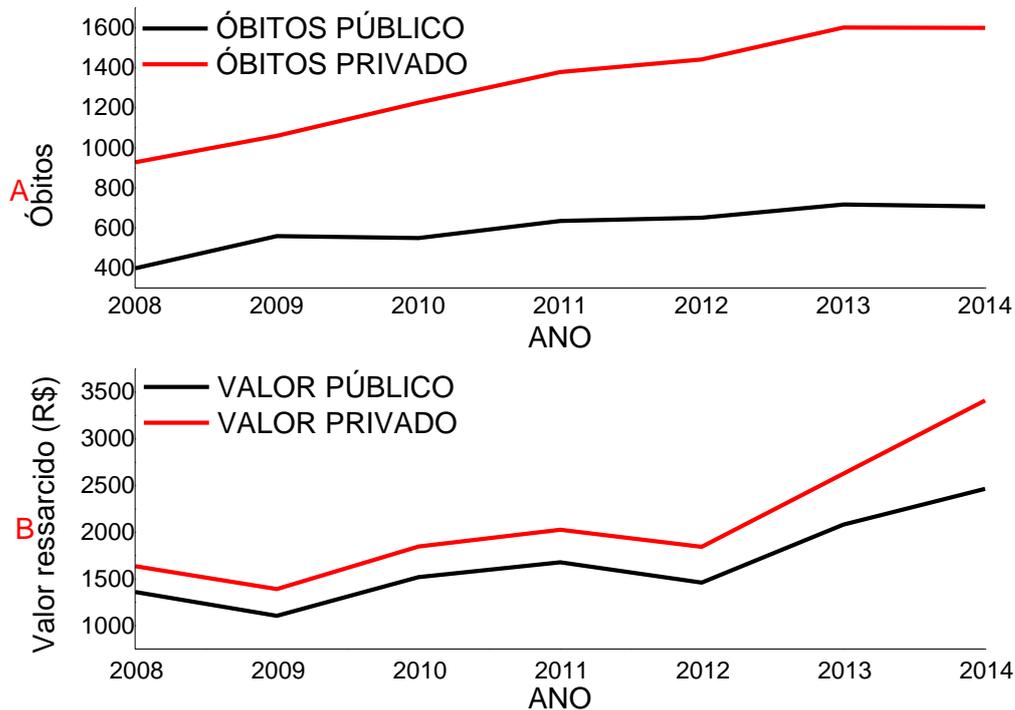


Gráfico 10 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de próstata: Brasil – 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

No contexto Nacional, o quantitativo de óbitos por câncer de próstata, demonstrado no gráfico 10A, concentrou-se mais na rede privada. O gráfico demonstra que no de 2013 foi detectado o maior pico de casos notificados de óbitos para os respectivos regimes Jurídicos Hospitalares, tendendo a reduzir no ano seguinte. Entretanto, a rede pública obteve um crescimento de 77,19% de notificações de óbitos, enquanto a privada 72,41%, tendo uma diferença de 4,78%.

O gráfico 10B revela que ocorreu uma redução nos valores ressarcidos entre os anos de 2008 e 2009 para ambas as entidades hospitalares, com crescimento nos anos seguintes e redução dos valores ressarcidos no ano de 2012 e posterior aumento. Os Hospitais de natureza privada continuam com o maior aporte dos valores ressarcidos, tendo um crescimento de 238,98%, enquanto as públicas 158,95%. Observa-se que há uma diferença de 81,02% de ressarcimento entre as unidades no ano de 2014.

Os valores ressarcidos ao tratamento em Oncologia de próstata por paciente e óbitos em Pernambuco no período de 2008 a 2014, de acordo com a Natureza Jurídica do Hospital são demonstrados no gráfico 11.

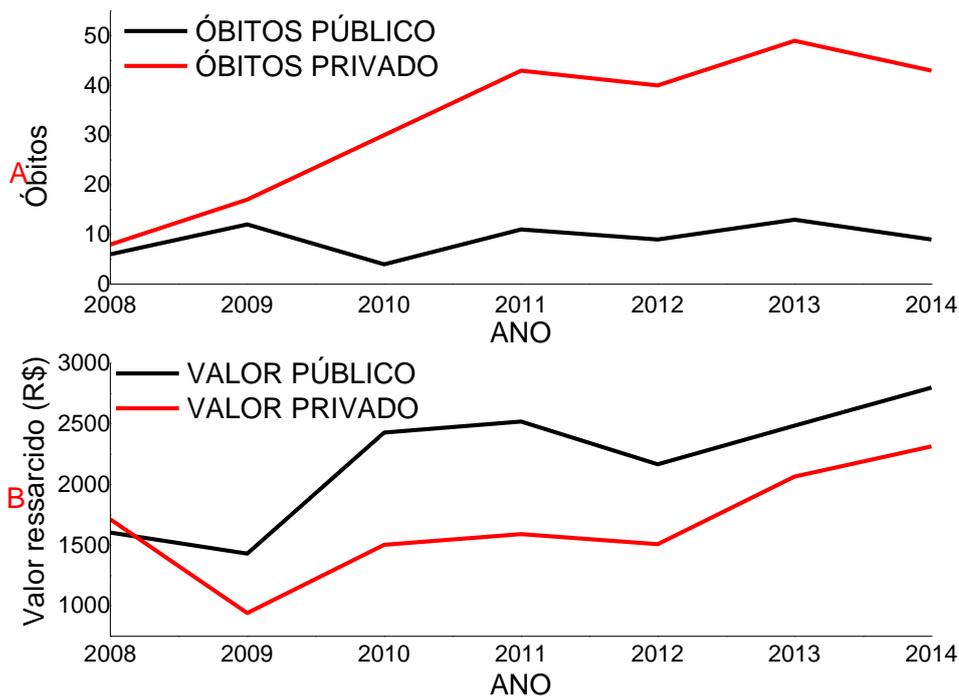


Gráfico 11 - Distribuição dos óbitos (A) e valores totais ressarcidos deflacionados (B) nos regimes Hospitalares públicos e privados que atendem SUS para o CA de próstata: Pernambuco – 2008 a 2014.  
Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Em Pernambuco o quantitativo de óbitos por câncer de próstata visto no gráfico 11A concentrou-se mais na rede privada. O gráfico demonstra que no de 2013 foi detectado o maior pico de casos notificados de óbitos para os respectivos regimes Jurídicos Hospitalares, tendendo a reduzir no ano seguinte. Entretanto, a rede pública obteve um crescimento de 49,18% de notificações de óbitos, enquanto a privada 63,7%, tendo uma diferença de 14,52%.

O gráfico 11B revela que ocorreu uma oscilação de redução e crescimento nos valores ressarcidos entre os anos de 2008 e 2012 para ambas as entidades hospitalares. Observa-se que a partir do ano de 2012 ocorre uma ampliação nos valores ressarcidos, aos quais os Hospitais de natureza pública continuam com o maior aporte dos valores ressarcidos, tendo um crescimento de 74,4%, enquanto as privadas 35,08%.

Os valores ressarcidos para o tratamento em CA de próstata em Pernambuco por paciente internado é visualizado nas tabelas 16 e 17, de acordo com o ano e Natureza Jurídica do Hospital.

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 5.968,07	R\$ 4.660,38	R\$ 13.948,51	R\$ 9.061,92	R\$ 28.628,47	R\$ 32.368,49	R\$ 21.617,51
2	R\$ 94.629,33	R\$ 108.424,20*	R\$ 152.880,07*	R\$ 215.274,18*	R\$ 228.715,92*	R\$ 487.322,88*	R\$ 349.271,38
3	R\$ 114.904,07*	R\$ 91.784,72	R\$ 121.583,08	R\$ 103.981,21	R\$ 194.497,96	R\$ 329.044,17	R\$ 503.525,25*
4	R\$ 541,32			R\$ 1.025,71			
5	R\$ 1.425,62	R\$ 8.011,57	R\$ 4.040,66	R\$ 11.461,75	R\$ 5.285,02	R\$ 9.419,34	R\$ 13.398,16
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 217.468,41</b>	<b>R\$ 212.880,87</b>	<b>R\$ 292.452,32</b>	<b>R\$ 340.804,77</b>	<b>R\$ 457.127,37</b>	<b>R\$ 858.154,88</b>	<b>R\$ 887.812,30</b>

1: Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro; 2: Instituto Materno Infantil de Pernambuco/Imip; 3: Hospital de Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer; 4: Real Hospital Português; 5: IMIP Hospitalar.

Tabela 16 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em Pernambuco: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 333,24	R\$ 15.085,73	R\$ 10.866,00	R\$ 23.133,91	R\$ 10.506,70	R\$ 27.271,33	R\$ 18.556,88
2*	R\$ 161.612,85	R\$ 241.251,09	R\$ 232.149,81	R\$ 202.917,42	R\$ 273.506,75	R\$ 304.674,25	R\$ 250.409,02
3						R\$ 29.012,38	R\$ 12.869,12
4	R\$ 130.140,17	R\$ 188.310,20	R\$ 120.665,31	R\$ 114.645,38	R\$ 144.829,41	R\$ 194.634,42	R\$ 189.602,91
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 292.086,26</b>	<b>R\$ 444.647,02</b>	<b>R\$ 363.681,12</b>	<b>R\$ 340.696,71</b>	<b>R\$ 428.842,86</b>	<b>R\$ 555.592,38</b>	<b>R\$ 471.437,93</b>

1: Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros; 2: Hospital Universitário Oswaldo Cruz; 3: Hospital Barão de Lucena/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros; 4: Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco.

Tabela 17 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em Pernambuco: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

De acordo com os dados da tabela 16, estima-se que 53% dos valores ressarcidos direcionados ao tratamento de CA de próstata em PE foram alocados para os Hospitais de Natureza Jurídica Privada. Nota-se que ocorreu um aumento de 308,25% dos valores, acumulando R\$ 3.266.700,92 e média anual de R\$ 466.671,56. Tendo o Hospital do Câncer de Pernambuco e o Instituto Materno Infantil - IMIP, dentre os Hospitais de cunho Jurídico Privado com os maiores gastos, alcançando um crescimento de 269,1% e 247,49% respectivamente, somatório total de R\$ 1.636.517,96 e R\$ 1.459.320,46; média de R\$ 233.788,28 e 208.474,35; totalizando 50,1% e 44,7% (94,8% acumulado de ambos) de todos os valores ressarcidos direcionados para os Hospitais Privados.

Já os Hospitais de Natureza Jurídica Pública, relacionado na tabela 17, estimou-se com 47% dos valores. Nota-se que ocorreu um aumento de 61,4% dos valores ressarcidos, acumulando R\$ 2.896.984,28 e média anual de R\$ 413.854,90, tendo o Hospital Universitário Oswaldo Cruz alcançado um crescimento de 301%, somatório R\$ 1.666.521,19, média R\$ 238.074,46 e totalizando 57,53% de todos os valores ressarcidos direcionados para os Hospitais Públicos. O Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco com 37,38% dos gastos, somatório de R\$ 1.082.827,80 e média de R\$ 145.689,69.

É importante salientar que merece destaque aos hospitais IMIP Hospitalar (Privado) e Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros (Público) foram os que mais tiveram crescimento nos valores ressarcidos com Oncologia em Pernambuco durante o período de estudo estabelecido, tendo o primeiro um crescimento de 839,81% e o segundo com 5.949,98%

Os valores ressarcidos e deflacionados para o tratamento em CA de próstata em Pernambuco por paciente internado é visualizado nas tabelas 18 e 19, de acordo com o ano e Natureza Jurídica do hospital.

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 5.968,07	R\$ 3.404,45	R\$ 13.972,15	R\$ 9.983,47	R\$ 28.337,33	R\$ 32.423,35	R\$ 23.486,14
2	R\$ 94.629,33	R\$ 79.204,80*	R\$ 153.139,19*	R\$ 237.166,47*	R\$ 226.390,00*	R\$ 488.148,85*	R\$ 379.462,63
3	R\$ 114.904,07*	R\$ 67.049,52	R\$ 121.789,15	R\$ 114.555,57	R\$ 192.520,01	R\$ 329.601,87	R\$ 547.050,31*
4	R\$ 541,32	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.130,02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
5	R\$ 1.425,62	R\$ 5.852,52	R\$ 4.047,51	R\$ 12.627,35	R\$ 5.231,27	R\$ 9.435,30	R\$ 14.556,31
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 217.468,41</b>	<b>R\$ 155.511,28</b>	<b>R\$ 292.948,00</b>	<b>R\$ 375.462,88</b>	<b>R\$ 452.478,62</b>	<b>R\$ 859.609,38</b>	<b>R\$ 964.555,40</b>

1: Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro; 2: Instituto Materno Infantil de Pernambuco/Imip; 3: Hospital de Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer; 4: Real Hospital Português; 5: IMIP Hospitalar.

Tabela 18 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Privada que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

HOSPITAIS/ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	R\$ 333,24	R\$ 11.020,25	R\$ 10.884,42	R\$ 25.486,51	R\$ 10.399,85	R\$ 27.317,55	R\$ 20.160,95
2*	R\$ 161.612,85	R\$ 176.235,97	R\$ 232.543,28	R\$ 223.553,09	R\$ 270.725,33	R\$ 305.190,65	R\$ 272.054,55
3						R\$ 29.061,55	R\$ 13.981,54
4	R\$ 130.140,17	R\$ 137.562,20	R\$ 120.869,83	R\$ 126.304,23	R\$ 143.356,57	R\$ 194.964,31	R\$ 205.992,31
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 292.086,26</b>	<b>R\$ 324.818,42</b>	<b>R\$ 364.297,53</b>	<b>R\$ 375.343,83</b>	<b>R\$ 424.481,75</b>	<b>R\$ 556.534,06</b>	<b>R\$ 512.189,34</b>

1: Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros; 2: Hospital Universitário Oswaldo Cruz; 3: Hospital Barão de Lucena/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros; 4: Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco.

Tabela 19 - Valores ressarcidos com tratamento em CA de próstata por hospital de Natureza Jurídica Pública que demandam atendimento em PE – deflacionado: 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

No processo de deflacionamento dos valores, constando na tabela 18 e 19, estimou-se que 53,8% dos valores ressarcidos foram direcionados aos Hospitais privados contra 46,2% público. Ademais, a privada alcançou um aumento de 343,54% contra 73,36% do público, acumulando R\$ 3.318.033,97 e valor médio de R\$ 474.004,85 (Privado) e R\$ 2.849.715,19 e valor médio anual de R\$ 407.107,31 (Público).

Tendo o Hospital do Câncer de Pernambuco e o Instituto Materno Infantil - IMIP, relacionados na tabela 18, dentre os Hospitais de cunho Jurídico Privado com os maiores valores recebido, alcançando um crescimento de 301% e 376,09% respectivamente, somatório total de R\$ 1.658.141,27 e R\$ 1.487.470,51; média de R\$ 236.877,32 e 212.495,79; totalizando 49,97% e 44,83% (94,8% acumulado de ambos) de todos os valores ressarcidos direcionados para os Hospitais Privados.

Já os Hospitais de Natureza Jurídica Pública, relacionado na tabela 19, o Hospital Universitário Oswaldo Cruz alcança um crescimento de 68.34%, somatório R\$ 1.641.915,71, média R\$ 234.559,39 e totalizando 57,52% de todos os valores ressarcidos direcionados para os Hospitais Públicos. O Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco com 37,17% dos valores, somatório de R\$ 1.059.189,62 e média de R\$ 151.312,80.

É importante salientar que merece destaque aos hospitais IMIP Hospitalar (Privado) e Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros (Público) foram os que mais tiveram crescimento nos valores ressarcidos com Oncologia em Pernambuco durante o período de estudo estabelecido, tendo o primeiro um crescimento real de 921,05% e o segundo com 5.949,98%

Em si, os valores ressarcidos e alocados para o tratamento especializado ao CA de próstata em Pernambuco direcionado aos Hospitais de Natureza Jurídica Privada foram 1,16 vezes maiores do que os alocados aos Hospitais Públicos.

Os valores ressarcidos para o tratamento em CA de próstata para o Instituto Materno Infantil de Pernambuco por paciente internado é visualizado na tabela 20, de acordo com o ano.

2008	R\$ 96.629,33
2009	R\$ 79.204,80
2010	R\$153.139,19
2011	R\$ 237.166,47
2012	R\$ 226.390, 00
2013	R\$ 488.148,85
2014	R\$ 379.462,63
Média	R\$ 236.877,32

Soma Total dos Anos	R\$ 1.658.141,27
% de Crescimento dos gastos (2008 – 2014)	<b>300,99%</b>

Tabela 20 - Valores ressarcidos ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco para o tratamento em CA de próstata, 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de próstata para o Instituto Materno Infantil de Pernambuco teve um crescimento de 300,99%, com média R\$ 236. 877,32 por ano e total de R\$ 1.658.141,27

No presente trabalho foi detectada uma transição das unidades de natureza jurídica. Para o CA de próstata, onde os valores ressarcidos direcionados para o tratamento concentram-se em maior parte as entidades privadas, principalmente ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco com habilitação em CACON, observada na tabela 18.

Os valores ressarcidos e óbitos ponderados pelo quantitativo de internações para o tratamento em CA de próstata para o Instituto Materno Infantil de Pernambuco é visualizado na tabela 21, de acordo com o ano.

	VALOR /INTERNAÇÃO	ÓBITOS/INTERNAÇÃO
2008	R\$ 1.756,66	1/100
2009	R\$ 1.744,91	
2010	R\$ 3.059,78	1/100
2011	R\$ 3.020,99	3/100
2012	R\$ 2.578,34	5/100
2013	R\$ 2.534,25	17/100
2014	R\$ 3.886,49	16/100
Média	R\$ 2.666,94	6/100
Soma Total dos anos	R\$ 18.668,61	43/100
% de Crescimento dos gastos (2008 – 2014)	<b>- 23,91%</b>	4200%

Tabela 21 - Valores ressarcidos e óbitos por internações ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco para o tratamento em CA de próstata.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

Quanto à ampliação de valores ressarcidos por paciente internado para cobrir os serviços do tratamento oncológico em CA de próstata ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco teve uma redução de 23,91%, com média R\$ 2.666,94 por ano e total de R\$ 18.668,61. Em relação aos óbitos, a supracitada Unidade de Saúde teve 4200% de crescimento de óbitos, com média de 6 óbitos a cada 100 internações ao ano e total de 43 óbitos a cada 100 internações no período em análise.

Em relação à produção ambulatorial do SUS, o total de valores aprovados e ressarcidos, são discriminados na tabela 22, referem ao sexo masculino (CA de próstata) em Pernambuco, entre os anos de 2008 e 2014.

Procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0304020060 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA	R\$ 693.429,40	R\$ 964.344,60	R\$ 633.075,09	R\$ 562.125,68	R\$ 535.743,74	R\$ 452.595,09	R\$ 304.506,18
0304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	R\$ 3.746.740,50	R\$ 5.347.084,64	R\$ 6.193.468,10	R\$ 5.735.286,07	R\$ 6.708.457,60	R\$ 7.312.849,34	R\$ 7.083.486,15
0304020087 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	R\$ 578.081,60	R\$ 936.732,27	R\$ 1.267.718,08	R\$ 1.110.207,67	R\$ 1.266.809,81	R\$ 1.361.073,05	R\$ 1.352.715,32
<b>Total</b>	<b>R\$ 5.018.251,50</b>	<b>R\$ 7.248.161,51</b>	<b>R\$ 8.094.261,26</b>	<b>R\$ 7.407.619,42</b>	<b>R\$ 8.511.011,16</b>	<b>R\$ 9.126.517,48</b>	<b>R\$ 8.740.707,65</b>

Tabela 22 - Total de valores aprovados e ressarcidos por procedimento Ambulatorial, por ano (2008 -2014), para o sexo masculino em Pernambuco (CA de próstata): 2008 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/ Sistema Único de Saúde – SIA/SUS

A tabela 22 revela que ocorreu um crescimento dos valores ressarcidos entre os anos de 2008 e 2010, com decréscimo no ano seguinte (2011), seguido por um crescimento nos anos seguintes (2012 a 2013) e novamente um decréscimo em 2014. Já no Apêndice C demonstra que tipo de procedimento mais realizado para o CA de próstata foi: hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado – 1<sup>a</sup> linha.

O quantitativo de atendimento aprovados para o tratamento de neoplasia de próstata, no que concerne ao estado de Pernambuco, pode ser visualizado na tabela 23, de acordo com o ano e a natureza jurídica do hospital.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>NATUREZA PÚBLICA</b>							
Quantitativo de internação	286	349	398	344	383	424	351
AIH aprovadas	286	349	398	344	383	424	352
Dias de permanência por ano	1774	2518	3177	2247	2974	2905	2473
Média de Permanência	6,2	7,2	8	6,5	7,8	6,9	7
Taxa de mortalidade	3,5	6,3	4,27	6,1	4,96	5,42	6,84
<b>NATUREZA PRIVADA/SUS</b>							
Quantitativo de internação	147	213	255	292	346	448	483
AIH aprovadas	148	214	258	292	358	449	485
Dias de permanência por ano	813	1056	1424	1815	2291	2912	3124
Média de Permanência	5,5	5	5,6	6,2	6,6	6,5	6,5
Taxa de mortalidade	5,44	7,98	12,55	14,38	11,27	10,94	8,9

Tabela 23 - Quantitativo, por indicadores, para o tratamento realizado para neoplasia maligna de próstata em Pernambuco, no período de 2008 a 2014, de acordo com a natureza jurídica hospitalar.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar /Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

Os dados refletem uma oscilação na quantidade de internamentos hospitalares na rede pública de saúde, contrapondo-se à rede privada, que está em constante crescimento.

A divergência entre os dois regimes fica mais clara, a partir dos valores demonstrados na tabela 8. Como exemplo, o tempo de permanência dos pacientes, uma razão de aproximadamente 0,7 dias (70/100) em um hospital público, comparado a um privado que atendem SUS, ou seja, a cada 170 dias de internações ocorridas, 70 (41,18%) concentram-se na rede privada e 100 (58,82%) na pública. A razão dos outros indicadores também expressa este favorecimento do regime público sobre o privado, menos quando se compara a taxa de mortalidade. 0,8 (80/100= 44,44% Privada e 55,56% Pública) (internações), 0,8 (80/100= 44,44% Privada e 55,56% Pública), 0,8 (80/100= 44,44% Privada e 55,56% Pública) (média de permanência) e 1,9 (190/100 = 65,52% Privada e 34,48% Pública) (Taxa de Mortalidade), neste caso, a taxa de mortalidade concentra-se mais nas redes privadas. Em si, com uma maior demanda de internações há mais custos associados na realização do tratamento.

A demanda da internação é interligada aos dias de permanência na unidade hospitalar e às AIH que terão que ser aprovadas, aos procedimentos a serem realizados e aos serviços médicos e hospitalares. Em suma, toda a estrutura ambulatorial e hospitalar contribui no encarecimento dos custos do tratamento oncológico. Neste aspecto, os hospitais de natureza jurídica privada vêm se sobressaindo nos últimos anos em relação às unidades públicas.

Além disso, percebe-se que ocorreu um aumento dos valores ressarcidos para ambos os hospitais de Natureza Jurídica como já explanado na Tabela 15.

Os valores financeiros deflacionados indicam que as unidades que demandam o maior quantitativo dos gastos para o tratamento do câncer de próstata em Pernambuco são os Hospitais da RMR, sobressaindo-se o Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Merecendo destaque o IMIP Hospitalar (Privado) e Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira/Fund. Saúde Amaury de Medeiros (Público) com os maiores crescimentos em gastos no setor oncológico.

## 6 DISCUSSÃO

Ao observar o valor ressarcido por pacientes internados é o mesmo em qualquer região do Brasil, o que difere é o valor do montante. O questionamento é que o número de procedimentos, assim como o tipo de procedimentos são diferentes entre as regiões, neste aspecto o montante tende a ser diferente entre as regiões.

Anunciação, (2013) constatou que os ressarcimentos totais (SIH+SIA) direcionados as UNACON no Brasil foram de R\$ 88,5 bilhões, com 711.542 procedimentos realizados. A região Sudeste foi a que mais demandou valores ressarcidos, totalizando 57% do valor alocado pelo Brasil, chegando a registrar R\$ 48.081.674,72. Contrapondo-se a isso, as regiões Norte e Nordeste foram as que menos tiveram ressarcimentos associados ao tratamento, contabilizando R\$ 2.083.150,14 (2%) e R\$ 13.722.324,49 (15%), respectivamente.

Apesar de a região Sudeste ter sido a região que demandou os maiores valores ressarcidos em oncologia, visto no gráfico 1A, verificou-se que na região Nordeste os valores ressarcidos médios de cada internação representou 26,94%, enquanto no Sudeste, 21,44%, como está discriminado no gráfico 1B. Isto leva a crer que os usuários moradores do Nordeste estariam acessando as unidades de referência tardiamente, demandando uma assistência mais complexa e onerosa.

Marconato *et al.* (2011), em seu estudo com ênfase em Oncologia geral, afirmam que nos anos de 2005 e 2006, no SUS em São Paulo forneceu R\$ 16.536,81 para a realização de mutirões direcionados ao tratamento oncológico e, em média, R\$ 2.706,71 ao ano. A quimioterapia despontou como o procedimento de maior custo para o setor saúde, contribuindo com R\$ 9.450,65 do custo (57,15%). Já em âmbito Nacional, o presente estudo demonstrou que a Quimioterapia paliativa adulta teve um ressarcimento de 32,01% total dos valores aprovados e ressarcidos ao âmbito ambulatorial, totalizando R\$ 173.867.364,80 dos R\$ 543.120.987,22 alocados para os procedimentos ambulatoriais direcionados ao tratamento em Câncer.

Ao realizar um levantamento de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, segundo causas básicas, um estudo realizado em 2011, a partir dos óbitos notificados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), apontou as neoplasias como sendo a

terceira causa de óbitos no Brasil, contabilizando 180.988 (15,5% dos óbitos totais). Diante deste aspecto, a preocupação com o estudo em rever tal situação de repasses financeiros as unidades que realizam tratamento oncológico no Brasil. A esta demanda de óbitos, vale a pensar, com a crescente oferta de serviços e tecnologias de ponta direcionada ao tratamento oncológico as fatalidades ocorridas por câncer tenderia a reduzir? (MALTA *et al.*, 2014).

No que se refere à natureza jurídica, estudo realizado no estado do Rio de Janeiro demonstrou a participação mais ativa da rede pública, com demanda de 73,5% dos atendimentos, contra 26,5% da privada (Brito, Portela e Vasconcellos, 2005). Um levantamento realizado em Porto Alegre com foco nos mesmo indicadores hospitalares utilizados no presente trabalho mostrou que o regime público se sobressaiu em relação ao privado, com as seguintes relações entre Hospitais de Natureza Privada e Pública na abrangência geral em oncologia: Taxa de mortalidade (0,72); AIH (0,91); dias de permanência (0,97); média de permanência (0,94) (Kluck, 2014).

No presente estudo, a informação Nacional, o tempo de permanência dos pacientes é equiparável: a cada 220 dias de internações ocorridas, 110 (50%) concentram-se na rede privada e 110 (50%) na pública. Ademais, os hospitais de regime privado internam e aprovam mais AIH, neste caso, concentrando-se mais na rede privada. Em relação à taxa de mortalidade, relação entre o quantitativo de óbitos ocorridos pela população total por 100.000, observa-se uma razão média de 0,9 (190/100 = 47,37% Privada e 52,63% Pública), neste caso, concentrando-se mais na rede pública. Ao referencia-se ao quantitativo de óbitos, a rede privada concentra-se com 62,15% dos óbitos ocorridos nas suas dependências contra 37,85% nas unidades públicas.

A capacidade de internação é interligada aos dias de permanência de cada usuário e os valores das AIH são proporcionais aos tipos de procedimentos realizados nesses usuários. Em suma, toda a estrutura ambulatorial e hospitalar contribui no encarecimento dos custos do tratamento oncológico. Neste aspecto, os hospitais de natureza jurídica privada vêm se sobressaindo nos últimos anos em relação às unidades públicas, pois internam mais pacientes para o tratamento hospitalar do câncer, gastam mais para seu tratamento e realizam mais procedimentos; contudo, possuem uma menor taxa de mortalidade.

O CA de mama no Brasil é considerado o de maior incidência entre as mulheres, contabilizando 50 mil casos ao ano, retirando o CA de pele não melanoma. Em si, a manifestação da patologia configura-se de forma heterogênea entre as regiões. O Sudeste e o Sul contabilizam os maiores casos detectados, enquanto o Norte a de menor incidência. Neste contexto, pelo maior quantitativo de casos alocados para a região Sudeste a demanda dos gastos tende a ser direcionada para tal localidade, como demonstrado no gráfico 9A. Além de salientar, que há uma escassez de atendimento no tratamento oncológico no país, independentemente da localidade da oferta pelos serviços (OLIVEIRA et al., 2011).

Contrapondo a este resultado, ao estabelecer como padrão a relação de valor gastos por internamentos de cada paciente, o gráfico 9B indica a região Nordeste como sendo a de maior demanda dos gastos para com o setor oncológico.

De acordo com os dados da tabela 8, estima-se que 75,65% dos valores ressarcidos para o tratamento de Câncer de mama em Pernambuco, se concentraram no Hospital de Câncer de Pernambuco/Sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer (UNACON) em seguida, com 23,69% das arrecadações para o tratamento, está o Instituto Materno Infantil/Imip, detentor de exames diferenciais quando comparado às UNACON.

No presente trabalho foi detectada uma transição das unidades de natureza jurídica. Para o CA de mama, onde os gastos direcionados para o tratamento concentram-se em maior parte as entidades privadas, principalmente ao Hospital do Câncer de Pernambuco com habilitação em UNACON e o IMIP aparece como a segunda unidade hospitalar e única com habilitação em CACON (tabela 5), já para o setor público, os valores ressarcidos foram direcionados ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz (tabela 6).

Chaves (2013) evidencia em seu estudo que o número de internações para o tratamento em Oncologia durante o período de 2010 e 2012. Avaliando o quantitativo de leitos totais para fins de acompanhamento dos pacientes oncológicos que poderiam ser internados, apenas 18% dos leitos direcionados para Oncologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz foram ocupados. Põe-se a questão: por qual motivo 82% dos leitos que deveriam ser direcionados para a Oncologia estavam desocupados ou ocupados por outras especialidades médicas?

A supracitada autora acrescenta que o IMIP, no mesmo período, apresentou-se como CACON que demandou o maior quantitativo de internações com câncer, com 35,82% das internações. Ademais, foi associado como o hospital que arrecadou o maior quantitativo dos gastos oriundos para o tratamento oncológico, com produção ambulatorial sendo suprido por 34,33% e o hospitalar com 57,6% dos gastos públicos (CHAVES, 2013).

O presente trabalho contrapõe-se aos dados levantados por Chaves, pois, 75,65% dos gastos hospitalares para o tratamento de CA de mama estiveram concentrados no Hospital de Câncer de Pernambuco (UNACON), e 72,84% dos gastos direcionados ao público estava concentrado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, demonstrado nas tabelas 5 e 6. Esta diferença pode ser devida ao maior tempo analisado ou, ainda, ao fato do SIA/SUS não conter informações referentes ao estabelecimento hospitalar que demandou os gastos por procedimentos, no contexto de produção ambulatorial e sim, ao total de valores gastos pelo procedimento no estado.

Para todo estado de Pernambuco (entidades de natureza públicas e privadas que atendem SUS), durante 2008 e 2014, o presente trabalho encontrou os valores de R\$109,996,283.70 pelos totais de procedimentos (tabela 11) e R\$ 15,970,102.70 pelos serviços hospitalares (tabela 12). Saliencia-se que não foram contabilizados gastos com cirurgia, devido ao próprio SIH/SUS não possuir registros das informações dos gastos com essa modalidade e também a custos abordados para o diagnóstico, visto que, como câncer é referido para o bloco de Média e Alta Complexidade, os gastos com diagnósticos estão alocados no setor primário de saúde, o que não foi considerado no presente estudo.

O maior quantitativo de mortalidade por CA é visto em locais onde a incidência é marcante e a oferta de financiamento para o tratamento médico-hospitalocêntrico é reduzido para demandar um diagnóstico precoce adequado além de propiciar um acesso inadequado próximo à residência do paciente ou até mesmo em outra região (OLIVEIRA et al., 2011).

A mortalidade por CA de mama aumentou no Brasil, tendo o Sul e o Sudeste as regiões de maiores índices de óbitos com 40% a mais do que o Nordeste e o dobro do Norte. Sendo preocupante para a saúde pública, onde leva a crer no rastreamento para a

detecção e diagnóstico precoce é deficitário, além de levar em conta do crescimento desordenado e envelhecimento populacional (AZEVEDO E SILVA *et al.*, 2014)

Contudo, o estudo demonstra no período analisado, apenas as regiões Sul e Norte obtiveram um crescimento no quantitativo de óbitos como é visto no gráfico 2, contrapondo a região Sudeste com um declínio de 180%

Urban *et al.* (2007) afirma em seu estudo que a redução da mortalidade por CA de mama em países desenvolvidos como a Suécia e os Estados Unidos deu-se pela alocação de recursos no setor saúde direcionados ao diagnóstico precoce da patologia em conjunto com a facilidade de acesso integro e de qualidade garantido os serviços equânimes as mulheres para a realização do tratamento. Em si, tal fato tendeu a reduzir substancialmente os custos finais proposto pelo tratamento. Ademais, o supracitado autor, indaga a preocupação do Brasil, visto que, a uma ampliação na incidência e mortalidade advinda ao CA de mama.

O INCA (2014) estimou 2.450 casos para cada 100.000 habitantes, em 2008 essa realidade era de 2.010 casos, revelando um crescimento de 15,73% na taxa bruta de incidência por CA de mama. Neste sentido, torna-se preocupante pensar o quanto o setor saúde terá que arcar com os gastos oriundos para a realização do tratamento caso não se preocupe com o diagnóstico precoce com intuito de reduzir os custos associados ao estágio tardio do Câncer.

No âmbito Nacional e em Pernambuco, revelaram uma tendência de decréscimo a partir do ano de 2013, para ambas as entidades de natureza jurídica. Com ênfase dos óbitos ocorridos no Brasil, o setor público contabilizou o maior quantitativo de óbitos comparado com o privado, ao pondera ao quantitativo de internações ocorridas no período em estudo. No contexto pernambucano, ao quantitativo de óbitos possuem uma tendência de redução para ambos as entidades jurídicas, porém o privado revelou possuir a maior tendência de óbitos.

Para o CA de mama a realidade foi modificada entre 2011 e 2012 a nível Nacional, onde o setor privado passou a arcar com o maior quantitativo de óbitos e gastos públicos. Em nível de Pernambuco, o setor privado constitui com os maiores índices. Para Pernambuco essa realidade é diferente, visto que os números de óbitos possuem uma

maior concentração nas unidades jurídicas privadas mesmo quando ponderada por internação.

Os dados aqui utilizados permitem-nos ter informações dos gastos associados e consolidados pelos gestores locais de cada município e enviados para as Secretarias de Saúde do estado, sendo armazenados em bancos de dados de domínio público. Trabalhos que abordam esse tipo de gasto não informam se houve o processo de deflação dos valores coletados, o que torna difícil uma comparação segura.

Em conjunto, há também uma limitação com o uso apenas de dados secundários, visto que informações com custos indiretos não são abordadas algumas informações podem não ser contempladas nessas bases, como é o caso de pagamentos realizados pelas cirurgias, onde o próprio SIH/SUS afirma “dados não registrados”. Porém, no Sistema de Gerenciamento da tabela de procedimentos (SIGTAP), há informações referentes a quanto um procedimento cirúrgico custará ao SUS, sendo, portanto, proposto um viés de informação.

Nobrega e Lima (2014) afirmam que os serviços realizados podem ser formalizados por meio de contratos ou de acordo como os preços tabelados pelo SIGTAP. Neste ínterim, entra a participação direta dos gestores compactuada com as entidades privadas do setor saúde, o que permite criar taxas sobre os procedimentos realizados. Nos prestadores de serviço da saúde, com a entrada do paciente no âmbito hospitalar é realizada uma abertura de conta, através de AIH, que permita a cobrança final pelos procedimentos realizados.

Outro ponto a se observar é que a distância em Pernambuco dos Centros de Referência Oncológica é um desafio constante para os pacientes, principalmente devido às unidades UNACON e CACON no estado estarem concentradas na RMR que contabiliza cinco UNACON das nove existentes, demonstrado nas tabelas 5 e 6, no estado e mais uma CACON. Assim, as demais localidades contam apenas com as unidades de Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Arcoverde de Recife para suprir as demandas existentes, unidade estas que, muitas das vezes, não apresentam suporte técnico-científico adequado para realização do tratamento específico da neoplasia. Os pacientes acabam, portanto, sendo alocados para os centros de referências, que no caso, ficam na RMR (PAIVA, 2013).

Os gestores podem realizar uma adoção de valores estabelecidos pelo SIGTAP para o setor saúde, porém, não podem submeter a um valor abaixo do estabelecido pela tabela unificada. Valores acima devem ser complementados com recursos da própria esfera, não podendo o ente Federal participar deste processo (NOBREGA; LIMA, 2014).

Em contrapartida, a ampliação do contexto da cobertura dos planos privados de saúde, a renúncia fiscal, as deduções dos gastos direcionados para esses planos nos impostos de renda e as concessões fiscais vinculadas a hospitais sem fins lucrativos fortalecem o setor privado em saúde, em contraposição ao financiamento do setor público (MENDES; WEILLER, 2015).

Friestiono et al., 2013 em seu estudo indica que a mortalidade de próstata cresceu devido ao surgimento de métodos de diagnóstico associado a modificações e melhoras nos sistemas de informações. Em si, o CA de Próstata para os homens é considerado o mais incidente no âmbito Nacional excluindo o de pele não-melanoma, totalizando em 2014, 68.800 casos, correspondendo a 70,42 casos novos a cada 100 mil homens, tendo o Sul e Sudeste como sendo os locais de maior índice (BRASIL, 2014).

Pelo maior quantitativo de casos alocados para a região Sudeste 52,21% a demanda dos gastos tende a ser direcionada para tal localidade. Além de salientar, que há uma escassez de atendimento no tratamento oncológico no país, independentemente da localidade da oferta pelos serviços (OLIVEIRA et al., 2011). Contrapondo a este resultado, ao estabelecer como padrão a relação de valor gastos por internamentos de cada paciente, a região Nordeste contempla 26,94% como sendo a de maior demanda dos gastos para com o setor oncológico e o Sudeste com 21,44%.

Estima-se que 44,83% dos gastos para o tratamento de Câncer de próstata em Pernambuco para o setor privado, se concentraram no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (CACON) e o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UNACON) com 68,34% dos gastos direcionados ao setor público.

Chaves (2013) evidência em seu estudo que o número de internações para o tratamento em Oncologia durante o período de 2010 e 2012. Avaliando o quantitativo de leitos totais para fins de acompanhamento dos pacientes oncológicos que poderiam ser internados, apenas 18% dos leitos direcionados para Oncologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz foram ocupados. Põe-se a questão: por qual motivo 82% dos leitos que

deveriam ser direcionados para a Oncologia estavam desocupados ou ocupados por outras especialidades médicas?

A supracitada autora acrescenta que o IMIP, no mesmo período, apresentou-se como CACON que demandou o maior quantitativo de internações com câncer, com 35,82% das internações. Ademais, foi associado como o hospital que arrecadou o maior quantitativo dos gastos oriundos para o tratamento oncológico, com produção ambulatorial sendo suprido por 34,33% e o hospitalar com 57,6% dos gastos públicos (CHAVES, 2013).

O presente trabalho contrapõe-se aos dados levantados por Chaves, pois, 89,77% dos gastos foram alocados para realização de procedimentos ambulatoriais enquanto que 10,23% hospitalares. Ademais, 77,8% (R\$ 42.127.372,40) foram alocados para a realização de Hormonioterapia do Adenocarcinoma de Próstata avançado – 1ª Linha. Esta diferença pode ser devida ao maior tempo analisado ou, ainda, ao fato do SIA/SUS não conter informações referentes ao estabelecimento hospitalar que demandou os gastos por procedimentos, no contexto de produção ambulatorial e sim, ao total de valores gastos pelo procedimento no estado.

Para todo estado de Pernambuco (entidades de natureza públicas e privadas que atendem SUS), durante 2008 e 2014, o presente trabalho encontrou os valores de R\$ 60.314.315,14 pelos totais de procedimentos e R\$ 6.167.785,16 pelos serviços hospitalares. Salienta-se que não foram contabilizados gastos com cirurgia, devido ao próprio SIH/SUS não possuir registros das informações dos gastos com essa modalidade e também a custos abordados para o diagnóstico, visto que, como câncer é referido para o bloco de Média e Alta Complexidade, os gastos com diagnósticos estão alocados no setor primário de saúde, o que não foi considerado no presente estudo.

O maior quantitativo de mortalidade por CA é visto em locais onde a incidência é marcante e a oferta de financiamento para o tratamento médico-hospitalocêntrico é reduzido para demandar um diagnóstico precoce adequado além de propiciar um acesso inadequado próximo à residência do paciente ou até mesmo em outra região (OLIVEIRA et al., 2011). O INCA (2014) estimou 2.560 casos para cada 100.000 habitantes, em 2008 essa realidade era de 2.260 casos, revelando um crescimento de 7,74% na taxa bruta de incidência por CA de próstata. Neste sentido, torna-se preocupante pensar o quanto o

setor saúde terá que arcar com os gastos oriundos para a realização do tratamento caso não se preocupe com o diagnóstico precoce com intuito de reduzir os custos associados ao estágio tardio do Câncer.

Os dados utilizados permitem-nos ter informações dos gastos associados e consolidados pelos gestores locais de cada município e enviados para as Secretarias de Saúde do estado, sendo armazenados em bancos de dados de domínio público. Trabalhos que abordam esse tipo de gasto não informam se houve o processo de deflação dos valores coletados, o que torna difícil uma comparação segura.

Em conjunto, há também uma limitação com o uso apenas de dados secundários, visto que informações com custos indiretos não são abordadas algumas informações podem não ser contempladas nessas bases, como é o caso de pagamentos realizados pelas cirurgias, onde o próprio SIH/SUS afirma “dados não registrados”. Porém, no Sistema de Gerenciamento da tabela de procedimentos (SIGTAP), há informações referentes a quanto um procedimento cirúrgico custará ao SUS, sendo, portanto, proposto um viés de informação.

Nobrega e Lima (2014) afirmam que os serviços realizados podem ser formalizados por meio de contratos ou de acordo como os preços tabelados pelo SIGTAP. Neste ínterim, entra a participação direta dos gestores compactuada com as entidades privadas do setor saúde, o que permite criar taxas sobre os procedimentos realizados. Nos prestadores de serviço da saúde, com a entrada do paciente no âmbito hospitalar é realizada uma abertura de conta, através de AIH, que permita a cobrança final pelos procedimentos realizados.

Outro ponto a se observar é que a distância em Pernambuco dos Centros de Referência Oncológica é um desafio constante para os pacientes, principalmente devido às unidades UNACON e CACON no estado estarem concentradas na Região Metropolitana do Recife (RMR) que contabiliza cinco UNACON das nove existentes no estado e mais uma CACON. Assim, as demais localidades contam apenas com as unidades de Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Arcoverde de Recife para suprir as demandas existentes, unidade estas que, muitas das vezes, não apresentam suporte técnico-científico adequado para realização do tratamento específico da neoplasia. Os

pacientes acabam, portanto, sendo alocados para os centros de referências, que no caso, ficam na RMR (PAIVA, 2013).

Frenk (2006) problematiza a questão de os Sistemas de Saúde nos países serem únicos, auxiliado pela ideia que são centrados e propostos para as classes sociais de baixo poder aquisitivo. O cenário do SUS ratifica corrobora o autor, pois apesar da proposta constitucional ter assumido que este seja universal e único, o baixo investimento orçamentário dos entes da Federação - assim como o aumento crescente da participação privada nas ações de saúde e na captação dos recursos públicos - demonstra um privilégio do privado em detrimento do público.

A regulamentação do SUS estabelece que o setor privado poderá participar de forma complementar quando o serviço público não tiver capacidade em ofertar a assistência necessária aos usuários (Brasil, 2013). Porém, segundo a Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer, observa-se que em Pernambuco a maior parte das internações para a realização da assistência oncológica hospitalar está concentrada nas unidades de natureza jurídica privada (60%), indo de encontro ao critério de complementação, causando maiores gastos público direcionados a essas unidades de saúde (BRASIL, 2014c).

Ciente dessa situação, o MS emitiu a portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Esta define novos critérios para avaliação das unidades de saúde, de acordo com suas habilitações em CACON e UNACON, com foco na sua estrutura, recursos humanos e o seu funcionamento no SUS (BRASIL, 2014c).

A supracitada portaria categoriza as unidades de saúde em seis modalidades com intuito de articular a redistribuição de forma equânime as prestações dos serviços por unidade hospitalares centralizando o tratamento em Oncologia: I – CACON e sua subcategoria de habilitação (com Serviço de Oncologia Pediátrica); II – UNACON e suas subcategorias de habilitações (com Serviço de Radioterapia, com Serviço de Hematologia e com Serviço de Oncologia Pediátrica); III – UNACON exclusiva de Hematologia; IV – UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica; V – Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar e VI – Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar.

O aumento no quantitativo de pacientes oncológicos no Brasil atendidos nos

Centros de referências (CACON e UNACON) é proporcionado pela melhoria ao acesso dos recursos disponíveis, maior capacidade resposta terapêutica aos procedimentos realizados e no diagnóstico da neoplasia. Entretanto, aos gastos públicos, o próprio tratamento é compreendido como oneroso, aos quais, envolvem gastos diretos e indiretos para a realização ao tratamento especializado (INCA, 2011).

Os Gestores em saúde de cada estado, mesmo com escassez de recursos financeiros para o atendimento equânime, buscam proporcionar os serviços de forma interligada aos pacientes de sua região. Porém, não se garante a logística dos pacientes aos serviços de referência: muitas vezes, fica a cargo do próprio paciente custear toda a estrutura extra para deslocamento e estadia nos hospitais, até a realização da cirurgia. Essa problemática deve ser enfrentada, pois dificulta o acesso dos usuários moradores de áreas mais distantes e, conseqüentemente, a chance de tratamento em tempo oportuno.

Questiona-se, contudo, a diminuição do papel do Estado enquanto agente regulador, devido ao fomento à ampliação da oferta de serviços da rede privada no SUS. Esta questão corrobora Mendes e Weiller (2015), que demonstraram que iniciativas do Estado - o aumento da cobertura dos planos privados de saúde, a renúncia fiscal, as deduções dos gastos direcionados para esses planos nos impostos de renda e as concessões fiscais vinculadas a hospitais sem fins lucrativos - como estratégias de fortalecer o setor privado em saúde, em contraposição ao financiamento do setor público.

Rodrigues e Ferreira, (2010) corroboram na compreensão de se entender o perfil epidemiológico de uma localidade. Neste contexto, partindo do pressuposto na implementação de Políticas Públicas adequadas a realidade da região, associada à sua atuação de abrangência aos pacientes oncológicos atendidos no SUS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretende contribuir no campo da Economia da Saúde. A pesquisa auxilia a compreensão dos valores ressarcidos associados ao tratamento no estado de Pernambuco para os tipos de neoplasias que estão interligadas aos tipos de cânceres mais predominantes (mama e próstata) no estado. Salienta-se que a Atenção Especializada em Oncologia merece total atenção dos gestores em saúde, visto que, os recursos são limitados e a demanda por serviços médico-hospitalares é crescente. Em contrapartida, as necessidades de se estabelecer uma atenção redobrada no diagnóstico precoce contribuem para a redução dos valores ressarcidos oriundos para o tratamento.

Reafirma-se a necessidade de se avaliar as Políticas Públicas em Saúde que fortaleçam o SUS, não permitindo que os hospitais de natureza jurídica pública se tornem sucateados e os privados canalizem para si todos os valores ressarcidos relacionados à Atenção especializada em Oncologia. Mesmo que haja estudos apontando as limitações de recursos no setor público para o diagnóstico precoce com dificuldades de rastreamento da patologia (o que levaria ao atraso no diagnóstico definitivo e daria espaço às entidades privadas para utilizar os gastos públicos em saúde), há a necessidade de se rever as Políticas Públicas em saúde, a fim de se inibir que esta estrutura de aporte dos gastos para o setor privado não seja aprofundada.

Apesar do quantitativo de internações está aumentando decorrente ao longo dos anos, o quantitativo de óbitos a nível Nacional nos hospitais Privados ultrapassa em muito o do setor público, o que se traduz em um contrassenso, quando levado em consideração ao aumento no aporte financeiro para os hospitais de natureza privada, como é demonstrado no gráfico 2B.

As entidades de natureza privada estão concentrando as maiores demandas de recursos públicos no tratamento em câncer de mama em Pernambuco, tendo o Hospital do Câncer em Pernambuco, entidade de natureza jurídica privada, sem fins lucrativos, a principal entidade responsável por essa alocação, tendo um aumento de 280,44% de valores ressarcidos, associado foi detectada um aumento de 37,26% de óbitos. Em comparação ao câncer de próstata o Instituto Materno Infantil de natureza jurídica privada, concentra os maiores valores ressarcido, oriundos para o tratamento, entretanto,

tiveram uma redução de 23,91% dos valores, más um aumento de 4200% nos casos de óbitos, as tabelas 11 e 21 retratam tais informações.

Ademias o acesso tardio do paciente a rede de atenção Oncológica tende a demandar uma assistência mais complexas e onerosa proporcionando diferentes tipos de procedimentos e quantidade que torna o ressarcimento aos hospitais encarecidos. Além disso, estudos voltados para a área de custo em Oncologia são escassos no Brasil. Este merece atenção devido ao país carecer de estruturas mais aprofundadas para se avaliar a real situação dos gastos oriundos para todos os processos diretos e/ou indiretos no tratamento.

Desta forma, sugere-se fortemente que trabalhos futuros nesta área precisam ser realizados. No mais, este estudo está disponível, com intuito de fazer com que os gestores repensem como estão sendo realizados os repasses financeiros para o ressarcimento dos valores monetários alocados a Atenção Especializada em Oncologia.

Uma crítica também se faz pela existência no estado de apenas uma unidade de saúde habilitada como CACON (Instituto Materno Infantil de Pernambuco/ Imip) para suprir as demandas de todo o estado e nove unidades habilitadas como UNACON, dentre as quais, cinco concentram-se na RMR, as demais UNACON localizam-se em Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Arcoverde. Dentre as UNACON, concentradas na RMR, duas merecem atenção, O Hospital de Câncer de Pernambuco e o Hospital Universitário Oswaldo Cruz. O primeiro por proporcionar os maiores valores de ressarcimento público para o tratamento de câncer de mama e o segundo para o câncer de próstata.

Neste íterim, vale a se pensar em uma distribuição equitativa dos gastos, levando em conta um investimento para as unidades do interior do estado, de maneira a fortalecer a estrutura geral do tratamento oncológico, aumentar o número de diagnóstico precoce, reduzir as taxas de morbi-mortalidade e dos custos indiretos associados ao tratamento dos pacientes advindos da Zona da Mata, do Agreste e Sertão. Além de focar, que a própria geografia do estado permite que a distância do paciente ao seu tratamento, caso seja realizado na RMR, tende a proporcionar gastos oriundos do deslocamento, na alimentação e na possível residência próximo a unidade hospitalar para a realização de todos os procedimentos adequados.

## REFERÊNCIAS

ANUNCIÇÃO, V.K.T. **Câncer de mama: análise de custos dos procedimentos assistenciais dos hospitais habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia em 2011 no Brasil**. Brasília, 2013. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia;

ALMEIDA. et al. **Qualidade de vida das pessoas acometidas por câncer no trato aerodigestivo superior em uma Hospital universitário**. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(2): 229-237 229;

ARRUDA, RG. **Impacto da política de medicamentos sobre a qualidade de vida dos doentes crônicos no Brasil: uma análise para o período 2003-2008**. Recife, 2012. Dissertação (Mestrado em Economia)- Universidade Federal de Pernambuco;

AZEVEDO E SILVA, G. et al. **Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, p. 1537-1550, July 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000701537&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701537&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156513>;

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 1988**. Disponível em [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constituicao.htm). Acessado em: 25 de agosto de 2015;

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acessado em: 04 de fevereiro de 2016;

BRASIL. **LEI Nº 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**. 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acessado em: 04 de fevereiro de 2016;

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acessado em 04 de fevereiro de 2016;

BRASIL. PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005a. **Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf). Acessado em: 16 de agosto de 2015;

BRASIL. PORTARIA Nº 741 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005b. Disponível em: [portal.anvisa.gov.br](http://portal.anvisa.gov.br). Acessado em: 16 de agosto de 2015;

BRASIL. LEI COMPLEMENTAR Nº.141 DE 13 DE JANEIRO DE 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.** 2012a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acessado em: 04 de fevereiro de 2016;

BRASIL. PORTARIA Nº 102, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2012. **Hospitais habilitados na Alta Complexidade em Oncologia** 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102\\_03\\_02\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html). Acessado em: 16 de Agosto de 2015;

BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – 2011.** 2012c. Disponível em: [portal.saude.pe.gov.br](http://portal.saude.pe.gov.br). Acessado em: 20 de janeiro de 2016;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Envolvimento em Pesquisa com seres humanos.** 2012d. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acessado em: 16 de fevereiro de 2016;

BRASIL. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).** Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acessado em: 15 de agosto de 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministério; PORTARIA Nº 140 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014a. **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).** Disponível em:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/legislacao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/legislacao). Acessado em 16 de agosto de 2015;

BRASIL. PORTARIA Nº 653, DE 30 DE JULHO DE 2014. **Habilita estabelecimento de saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)**. 2014b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0653\\_30\\_07\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0653_30_07_2014.html). Acessado em: 06 de fevereiro de 2016;

BRASIL. 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)**. 2014c Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html). Acessado em: 08 de março de 2016;

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86, DE 17 DE MARÇO DE 2015. **Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm). Acessado em: 04 de fevereiro de 2016;

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 – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS**. 19ª Edição. Janeiro de 2015-2015b; Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/24/Manual-Oncologia-20a-edi---o-17-03-2015.pdf>. Acessado em: 20 de setembro de 2015;

CHAVES, SBL. **Auditoria operacional aplicada à qualificação da rede de oncologia: um estudo a partir da experiência da Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2012**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2013. 74 p;

COSTA, TC.; LOPES, M.; ANJOS, ACY.; ZAGO, MMF. **Neuropatia periférica induzida pela quimioterapia: revisão integrativa da literatura**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo · 2015; 49(2):332-341. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103209/101620>>. Acesso em 22 outubro de 2015;

FRENK, J.; GONZALEZ-PIER, E.; GOMEZ-DANTES, O.; LEZANA, MA.; KNAUL, FM. **Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico**. Lancet 2006; 368: 1524–34;

FRIESTINO, J.K.O.; REZENDE, R.; LORENTZ, L.H.; SILVA, O.M.P. **mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.37, n.3, p.688-701 jul./set. 2013;

GOMES, FBC. **Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 6-17, mar. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140001>;

GONCALVES, RF. et al. **Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 12, p. 2612-2620, Dec. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200008>;

KLUCK, MM.; BAVARESCO, AP.; ZAT, T.; BONI, A.; PEZZINI, D.A.; SCHMIDT, A.; FONTANARI, A.M.V. **Análise de indicadores de qualidade em saúde por subgrupos SUS e outros pagadores: modelo de gestão do HCPA mantém equidade. Hospital de clínicas de porto alegre**. SEMANA CIENTÍFICA. (34. ; 01-05 SET. 2014: PORTO ALEGRE, RS);

MALTA,DC.; MOURA, L.; PRADO, RR.; ESCALATE, JC.; SCHMIDT, MI.; DUNCAN, BB. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011**. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 23(4):599-608, out-dez 2014;

MARCONATO, RRF.; SOÁREZ, PC.; CICONELLI, RM. **Custos dos mutirões de mamografia de 2005 e 2006 na Direção Regional de Saúde de Marília, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(8):1529-1536, ago, 2011;

MENDES, Á.; WEILLER, JAB. **Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 491-505, jun. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200491&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200491&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>;

NOBREGA, CR.; LIMA, AFC. **Custo de procedimentos relacionados ao tratamento quimioterápico ambulatorial de mulheres portadoras de câncer de mama**. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(4): 689-705. Disponível em [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/);

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, Rio de Janeiro, 27(2):317-326, fev, 2011;

PAIVA, CJK. **Câncer de mama no Hospital de Câncer de Pernambuco: perfil sociodemográfico e aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento.** Recife, 2013. Dissertação de mestrado (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz;

PAIVA CJK.; CESSE EAP. **Aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.** *Revista Brasileira de Cancerologia* 2015; 61(1): 23-30. Acessado em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf). Disponível em: 08 de janeiro de 2016;

RODRIGUES, JSM.; FERREIRA, NMLA. **Caracterização do perfil epidemiológico do Câncer em uma cidade do interior Paulista: conhecer para intervir.** *Rev. bras. cancerol*;56(4): 431-441, out./dez. 2010;

Sítio do INCA (Instituto Nacional do Câncer). Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca\\_ministerio\\_saude\\_apresentam\\_estimativas\\_cancer\\_2014](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014). Acessado em: 20 de outubro de 2015;

Sítio do INCA (Instituto Nacional do Câncer). Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-icidencia-de-cancer-no-brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-icidencia-de-cancer-no-brasil.pdf). 2014c. Acessado em: 20 de outubro de 2015;

SOARES, A.; SANTOS, NR. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, mar. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=pt&nrm=iso). acessos em 29 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140002>;

SOUZA, RJSP. et al. **Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo - Brasil.** *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 237-243, July 2009. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962009000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000300004&lng=en&nrm=iso). access on 22 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000300004>;

SOUZA, RJSP. et al. **Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo - Brasil.** *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 657-662, Aug. 2011. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400005&lng=en&nrm=iso). access on 22 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000400005>;

ROSAS. et al. **Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental.** *Isso. Virtual Quim.*, 2013, 5 (2), 243-265. Data de publicação na Web: 30 de abril de 2013. Disponível em: <http://www.uff.br/rvq>;

URBAN LABD. et al. **Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem.** Radiol Bras. 2012 Nov/ Dez;45(6):334–339;

VAZQUEZ, DA. **Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, jun. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000600017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600017>;

VIANA, ALA. **Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 6, n. 3, 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300011>;

## APÊNDICE

**APÊNDICE A:** Tipos de Procedimentos realizados para os tratamentos do Câncer de mama e próstata

## CA PRÓSTATA

## QUIMIOTERAPIA

304020087 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA

## HORMONIOTERAPIA

304020060 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA

304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA

## CA MAMA

## QUIMIOTERAPIA

0304020133 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA

0304020141 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA

0304040029 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)

0304040037 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III - 2ª LINHA

0304040185 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA)

0304050059 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA C/ COMPROMETIMENTO DE 4 OU MAIS LINFONODOS POR QUIMIOTERAPIA - EM PACIE

0304050067 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III

0304050075 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II

0304050091 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO C/ COMPROMETIMENTO DE ATE 3 LINFONODOS POR QUIMIOTERA

0304050130 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I

0304050148 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II CLÍNICO / PATOLÓGICO COM LINFONODOS AXILARES POSITI

0304050245 TRATAMENTO DO CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO S/ COMPROMETIMENTO DE LINFONODOS AXILARES POR QUIMIOT

0304050261 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)

0304050270 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)

0304050288 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)

0304050296 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)

0304050300 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)

0304050318 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)

#### HORMONIOTERAPIA

0304020338 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA

0304020346 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA

0304020354 HORMONIOTERAPIA DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO (2ª LINHA)

0304050040 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I

0304050083 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO C/ COMPROMETIMENTO DE 4 OU MAIS LINFONODOS POR HORMO

0304050105 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO POR HORMONIOTERAPIA (ESTADIO II CLINICO / PATOLOGICO)

0304050113 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III

0304050121 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde - SIA/SUS

**Apêndice B:** Total de procedimentos aprovados por ano (2008-2014), para o sexo feminino em Pernambuco (CA de mama). Período: 2008-2014

Procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0304020133 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA	636	743	944	1226	1317	1390	1402
0304020141 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	1675	2208	2101	1778	1773	2105	1906
0304020338 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	3167	4338	5186	6223	6521	6652	6020
0304020346 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA	5142	5854	5857	6282	6463	5969	4999
0304020354 HORMONIOTERAPIA DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO (2ª LINHA)	704	1262	971				
0304040029 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)	1229	1483	1899	1932	2142	2449	2700
0304040037 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III - 2ª LINHA	347	435	350				
0304050040 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	1908	3118	3766	4416	5709	7441	8469
0304050059 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA C/ COMPROMETIMENTO DE 4 OU MAIS LINFONODOS POR QUIMIOTERAPIA - EM PACIE	60						
0304050067 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	1191	1230	1359	1310	1416	1350	1271
0304050075 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	386	729	898	1566	1990	2250	2316
0304050083 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO C/ COMPROMETIMENTO DE 4 OU MAIS LINFONODOS POR HORMO	374						
0304050105 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO POR HORMONIOTERAPIA (ESTADIO II CLINICO / PATOLOGICO)	1275						
0304050113 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	4550	6020	6896	7573	7966	8633	9574

0304050121 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	7005	10297	10296	10688	11003	12602	14577
0304050130 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	203	265	370	327	472	520	457
0304050148 QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II CLÍNICO / PATOLÓGICO COM LINFONODOS AXILARES POSITI	656	680	408				
0304050091 TRATAMENTO DE CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO C/ COMPROMETIMENTO DE ATE 3 LINFONODOS POR QUIMIOTERA	105						
0304050245 TRATAMENTO DO CANCER DE MAMA RECEPTOR POSITIVO S/ COMPROMETIMENTO DE LINFONODOS AXILARES POR QUIMIOT	150						
0304050261 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)						8	44
0304050270 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)						32	169
0304050288 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)						24	215
0304050296 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE)						28	53
0304050300 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)						144	397
0304050318 MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)						198	486
0304040185 POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA)						33	182

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde - SIA/SUS

**Apêndice C: Produção Ambulatorial do SUS – Total de procedimentos aprovados por ano (2008 - 2014) para o sexo masculino (CA de próstata) em Pernambuco**

Procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0304020060 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA	4714	4789	4311	4210	3605	3082	2249
0304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	12427	17765	20577	20957	22024	24296	25525
0304020087 QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	544	883	1195	1151	1180	1283	1383

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde - SIA/SUS