

Modelo de terapia assistida para dispensação de medicamentos imunobiológicos para artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde: uso racional de recursos reduz despesas

Assisted therapy model for dispensing immunobiological drugs for rheumatoid arthritis by the Brazilian Unified Health System: rational use of resources reduces expenses

Julio Cesar Bertacini de Moraes¹, Ana Cristina de Medeiros Ribeiro¹, Karina Rossi Bonfiglioli¹, Renata Miossi¹, Andrea Yukie Shimabuco¹, Eloisa Bonfa², Vanessa Teich³

DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):31-7

Palavras-chave:

artrite reumatoide, imunobiológicos, custo, uso racional, economia

RESUMO

Objetivo: A incorporação dos imunobiológicos para tratamento da artrite reumatoide (AR) no Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço significativo, porém teve um impacto importante no orçamento. Como o modelo vigente de dispensação direta ao paciente apresentava deficiências, implementou-se o modelo do CEDMAC de terapia assistida com foco no uso racional, visando minimizar despesas e potencializar o alcance. Entretanto, não há dados que comparem os dois modelos. Assim, esse estudo objetivou comparar o número de frascos efetivamente dispensados pelo modelo do CEDMAC à dispensação direta e avaliar seu impacto financeiro. **Métodos:** Foram incluídos atendimentos de pacientes com AR no CEDMAC em 2015, cujo imunobiológico foi fornecido pelo Ministério da Saúde. Foram registrados medicamento e dose recebidos, dose prescrita, número de frascos, cancelamentos por contraindicação e faltas. Como comparação, foi estimado o número de frascos que seriam entregues pela dispensação direta. Calculou-se a diferença entre o número total de frascos dispensados pelos dois sistemas e o impacto financeiro pelo valor de aquisição em 2015. **Resultados:** Em 2015, o CEDMAC realizou 3.784 atendimentos para pacientes com AR. O total de frascos de imunobiológicos prescritos foi de 10.000 frascos e 1.946 (19,5%) não foram utilizados por otimização de frascos, contraindicações ou absenteísmo. Os frascos não utilizados reduziram as despesas em R\$ 806.132,62. A expansão do modelo para todo SUS reduziria as despesas em R\$ 121.110.388,27. **Conclusão:** O modelo de terapia assistida do CEDMAC reduz consideravelmente o volume de frascos dispensados e pode trazer uma relevante redução de despesas no fornecimento dos imunobiológicos para AR no SUS.

Recebido em: 17/01/2020. Aprovado para publicação em: 28/12/2020.

1. Médico(a)-assistente doutor(a) da Disciplina de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

2. Professora titular da Disciplina de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

3. Superintendente de Economia da Saúde do Hospital Israelita Albert Einstein; professora do Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), SP, Brasil.

Instituições onde o trabalho foi executado: Centro de Dispensação de Medicação de Alto Custo (CEDMAC) da Disciplina de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper).

Informações sobre auxílios recebidos sob a forma de financiamento, equipamentos ou medicamentos: Financiamento Fapesp 06/61303-7 para o CEDMAC.

Congresso onde o estudo foi apresentado: 34º Congresso Brasileiro de Reumatologia 2017 (temas livres).

Conflito de interesses: Ausentes.

Autor correspondente: Julio Cesar Bertacini de Moraes. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, 3º andar – Reumatologia, sala 3.190, São Paulo, SP, Brasil, CEP: 01246-903. Telefone/Fax: +55 (11) 3061-7490. E-mail: julio.moraes@hc.fm.usp.br

Keywords

rheumatoid arthritis,
immunobiologicals, cost,
rational use, economy

ABSTRACT

Objective: The incorporation of immunobiologicals for the treatment of rheumatoid arthritis (RA) in the Brazilian Unified Health System (SUS) represented a significant advance but had an important impact on the budget. As the current model of direct delivery to the patient presented deficiencies, the CEDMAC model of assisted therapy focusing on rational use was implemented to minimize expenses and increase access. However, there is no data comparing the two models. Thus, this study aimed to compare the number of vials effectively dispensed by the CEDMAC model compared to direct delivery and to evaluate its financial impact. **Methods:** We included RA patients attended at CEDMAC during 2015, whose immunobiological was provided by Ministry of Health. Drug and dose received, prescribed dose, number of vials, cancellations due to contraindication and absences were recorded. As comparison, the number of vials that would be delivered by the direct delivery model were estimated. Savings were calculated by the difference between the total number of vials dispensed by the two systems and the financial impact by acquisition value in 2015. **Results:** During 2015, CEDMAC performed 3,784 consultations for RA patients. The total number of immunobiological vials prescribed was 10,000 vials and 1,946 (19.5%) were not used for vial optimization, contraindications or absenteeism. Saved vials reduced expenses by R\$ 806,132.62. The expansion of the model for all SUS would reduce expenses by R\$ 121,110,388.27. **Conclusion:** CEDMAC's model of assisted therapy considerably reduces the volume of dispensed vials and can bring significant cost offsets in the supply of RA immunobiologicals by SUS.

Introdução

A incorporação dos medicamentos imunobiológicos para tratamento da artrite reumatoide (AR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um avanço significativo (Brasil, 2002). A AR é uma doença inflamatória crônica que acomete por volta de 1% da população e afeta principalmente as articulações de mãos e pés, podendo levar à limitação funcional grave por destruição das estruturas articulares durante o curso da doença (Mota, 2012). O tratamento consiste primariamente da tentativa de controle desse processo inflamatório de maneira sustentada (Smolen, 2017). Ao longo da história, diversas opções terapêuticas foram utilizadas com o objetivo de controle da inflamação e, conseqüentemente, da progressão da doença, inicialmente com moléculas sintéticas e, mais recentemente, com terapias dirigidas a alvos específicos, construídas por meio de engenharia genética e chamadas genericamente de imunobiológicos (Strand, 2007). Essas novas tecnologias colaboraram para mudar o curso natural da doença em pacientes refratários ao tratamento tradicional e contribuíram para diminuir a incapacidade dos pacientes e proporcionar maior qualidade de vida para essa população (Mota, 2012). Por outro lado, a expansão do acesso a esses medicamentos de alto custo passou a consumir parte considerável do orçamento público devido ao aumento progressivo do volume de dispensações ao longo dos anos.

Nesse sentido, o uso racional dos imunobiológicos poderia minimizar desperdícios e potencializar o número de pacientes tratados. No entanto, o modelo atual predominante de dispensação direta ao paciente fragiliza a cadeia de armazenamento e transporte das medicações e deixa uma lacuna importante na segurança da aplicação e na garantia da melhor destinação dos recursos. Levando em consideração que todos os imunobiológicos incluídos para o tratamento da AR são termolábeis e injetáveis (subcutâneos ou intravenosos), o sistema atual não parece o ideal.

Para suprir essa lacuna, foi criado em 2007 o Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC), uma parceria entre a Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, cuja proposta foi estabelecer um novo modelo de manejo de imunobiológicos em Reumatologia com base na terapia assistida e foco na segurança, racionalização do uso e combate ao desperdício.

No modelo do CEDMAC, toda a logística referente ao medicamento independe de contato direto com o paciente. O transporte e o armazenamento são realizados pelas instituições envolvidas no processo com o controle recomendado. Para as aplicações, apenas atendimentos agendados são realizados, seguindo protocolo desenvolvido pelo CEDMAC. O atendimento é multidisciplinar e envolve equipe médica, de enfermagem, farmacêutica e administrativa. O protocolo assistencial inclui o rastreamento sistemático de possíveis contraindicações à aplicação, aplicação assistida sob supervisão médica para atendimento de eventuais reações adversas imediatas e controle da eficácia, além de busca ativa de pacientes ausentes, promovendo a adesão ao tratamento. A aplicação assistida permite, ainda, o compartilhamento de frascos de medicações intravenosas com dose por quilo de peso, levando à redução do desperdício e à otimização dos recursos pelo tratamento de um número maior de pacientes com a mesma quantidade de frascos. Para as medicações de aplicação subcutânea, a terapia assistida evita a dispensação para pacientes com contraindicações pontuais, aumentando a segurança do tratamento, e previne o acúmulo de frascos em posse dos pacientes nos casos de adiamento das aplicações. Esse processo contrapõe o sistema de dispensação direta, que entrega as doses mensais independentemente de o paciente já ter feito uso das doses anteriormente dispensadas.

Apesar das potenciais vantagens do modelo de terapia assistida do CEDMAC, não há dados até o momento que comprovem e quantifiquem sua superioridade em relação ao modelo predominante de dispensação direta do SUS do ponto de vista do volume de imunobiológicos dispensados e do impacto financeiro.

O objetivo desse trabalho é avaliar a redução do volume de medicamentos imunobiológicos para AR dispensados por meio do modelo de terapia assistida do CEDMAC e o impacto financeiro dessa redução de volume em comparação com o modelo de dispensação direta vigente no âmbito do SUS, além de estimar a redução de custo que poderia ser alcançada para a aquisição dos medicamentos, na hipótese de o modelo de terapia assistida do CEDMAC ser ampliado para todo o SUS.

Métodos

Atendimentos avaliados

Foram incluídos todos os atendimentos de pacientes com diagnóstico de AR, agendados no CEDMAC no período de 01/01/2015 a 31/12/2015, cujo medicamento foi fornecido pelo Ministério da Saúde.

Medicamentos imunobiológicos

Os medicamentos imunobiológicos utilizados foram aqueles incluídos no componente especializado da assistência farmacêutica do Ministério da Saúde para AR: abatacepte, adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe, rituximabe e tocilizumabe (Tabela 1).

Comparação entre os modelos de terapia assistida e dispensação direta

Os atendimentos no CEDMAC foram registrados para cada paciente de acordo com o medicamento e dose recebidos, dose prescrita, número de frascos, cancelamentos por contraindicação e faltas. Como comparação, cada paciente teve estimado qual seria o número de frascos dispensados caso o sistema fosse de dispensação direta.

Pacientes que iniciaram ou interromperam o tratamento ao longo do período estudado tiveram suas estimativas ajustadas proporcionalmente ao tempo de uso dos medicamentos.

Os dados foram agregados e a redução do volume dispensado foi calculada pela diferença entre o número total de frascos estimados pela dispensação direta subtraído do número de frascos efetivamente utilizados.

Estimou-se também o número de tratamentos adicionais que poderiam ser realizados utilizando-se o volume de frascos economizado. Para cada medicamento, dividiu-se o volume de frascos economizado pela média de frascos utilizados para cada tratamento, assim encontrando o número de tratamentos adicionais possíveis utilizando-se o total de frascos otimizados.

Estimativa financeira

O valor financeiro em reais referente à redução do volume pelo modelo do CEDMAC foi calculado multiplicando-se a quantidade economizada de cada medicamento pelo valor unitário de aquisição de cada medicamento imunobiológico pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, apresentado na Tabela 2 (Brasil, 2017).

Tabela 2. Valores unitários de aquisição dos medicamentos imunobiológicos disponíveis no componente especializado de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde em 2015

Medicação	Valor de aquisição (R\$)
Abatacepte 250 mg	412,54
Adalimumabe 40 mg	776,09
Certolizumabe 200 mg	466,56
Etanercepte 50 mg	381,00
Golimumabe 50 mg	1.331,22
Infliximabe 100 mg	939,14
Rituximabe 500 mg	1.908,48
Tocilizumabe 80 mg	180,49

Tabela 1. Esquema posológico e vias de administração dos medicamentos imunobiológicos para AR de acordo com o PCDT do Ministério da Saúde em 2015

Medicação	Via	Dose	Intervalo
Abatacepte 250 mg	IV	500 mg (<60 kg) 750 mg (60-100 kg) 1.000 mg (>100 kg)	Semanas 0, 2 e 4 e após a cada 4 semanas
Adalimumabe 40 mg	SC	40 mg	2 semanas
Certolizumabe 200 mg	SC	400 mg	Semanas 0, 2 e 4 e após a cada 4 semanas
Etanercepte 50 mg	SC	50 mg	Semanal
Golimumabe 50 mg	SC	50 mg	4 semanas
Infliximabe 100 mg	IV	3 mg/kg de peso	Semanas 0, 2 e 6 e após a cada 8 semanas
Rituximabe 500 mg	IV	1.000 mg	Semanas 0 e 2 a cada 6 meses
Tocilizumabe 80 mg	IV	8 mg/kg (dose máxima de 800 mg)	4 semanas

IV: intravenoso; SC: subcutâneo.

O possível impacto de redução de custos da expansão do modelo de terapia assistida do CEDMAC para todo o SUS foi estimado pela extrapolação da redução das despesas verificada nos atendimentos do CEDMAC para o total de frascos dispensados pelo SUS para o diagnóstico de AR (CID10 – M05.0, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8) no ano de 2015, de acordo com o Datasus, para cada medicamento imunobiológico disponível.

Análise estatística

O teste *t* de Student foi utilizado para comparar os valores de número de frascos prescritos e utilizados para cada medicação. Foram considerados significantes os valores de $P < 0,05$.

Resultados

No período estudado, o CEDMAC agendou 9.139 atendimentos de pacientes em uso de imunobiológicos, sendo 3.784 atendimentos para pacientes com o diagnóstico de AR. O número total de frascos prescritos de todos os medicamentos para o tratamento de AR foi de 10.000 frascos, e 1.946 (19,5%)

não foram utilizados. A Tabela 3 descreve a redução de dispensação discriminada para cada medicamento imunobiológico. A economia de frascos foi estatisticamente significativa para todos os medicamentos, exceto para o rituximabe. Na análise da redução de dispensação, 1.724 frascos economizados foram atribuídos à não aplicação por contraindicação ou absenteísmo e 222 frascos por otimização resultante do compartilhamento de frascos. Considerando que apenas infliximabe e tocilizumabe permitem otimização por compartilhamento, dos 854 frascos economizados desses dois medicamentos, 26% foram por causa do compartilhamento de frascos no momento da aplicação.

O montante de frascos economizados permitiria realizar um número adicional de tratamentos da ordem de 20,3%, aumentando consideravelmente a capacidade do sistema sem adicionar custo. A Tabela 4 apresenta os tratamentos adicionais possíveis para cada medicamento a partir da economia de frascos gerada pelo modelo do CEDMAC.

Em valores financeiros, os frascos não utilizados corresponderam a uma redução de despesas de R\$ 806.132,62, equivalente a 17,7% do valor total prescrito (Tabela 5).

Tabela 3. Comparação do volume prescrito e efetivamente utilizado para cada imunobiológico no modelo CEDMAC de aplicação assistida no ano de 2015

Medicação	Tratamentos (n)	Frascos prescritos (n)	Frascos utilizados (n)	Volume poupado (n)	Volume poupado (%)	P
Abatacepte 250 mg	96	2.553	2.177	376	14,7	<0,001
Adalimumabe 40 mg	24	488	390	98	20,1	<0,001
Certolizumabe 200 mg	14	217	174	43	19,8	<0,001
Etanercepte 50 mg	49	1.944	1.658	286	14,7	<0,001
Golimumabe 50 mg	20	165	128	37	22,4	<0,001
Infliximabe 100 mg	32	696	505	191	27,5	<0,001
Rituximabe 500 mg	63	398	368	30	7,5	0,08
Tocilizumabe 80 mg	55	3.539	2.654	885	25,0	<0,001

Tabela 4. Estimativa de tratamentos adicionais possíveis utilizando-se o volume poupado para cada imunobiológico no modelo CEDMAC de aplicação assistida no ano de 2015

Medicação	Volume poupado (n)	Média de frascos utilizados por tratamento (n)	Tratamentos adicionais possíveis (n)	Tratamentos realizados (n)	Tratamentos adicionais possíveis (%)
Abatacepte 250 mg	376	22,7	16	96	16,7
Adalimumabe 40 mg	98	16,3	6	24	25,0
Certolizumabe 200 mg	43	12,4	3	14	21,4
Etanercepte 50 mg	286	33,8	8	49	16,3
Golimumabe 50 mg	37	6,4	5	20	25,0
Infliximabe 100 mg	191	15,8	12	32	37,5
Rituximabe 500 mg	30	5,8	5	63	7,9
Tocilizumabe 80 mg	885	48,3	18	55	32,7

Na hipótese de esse modelo ser expandido para todo o SUS, a redução de despesas poderia ser da ordem de R\$ 121.110.388,27 em valores da época, com base no volume total de unidades de cada medicamento imunobiológico dispensado para AR pelo Ministério da Saúde, de acordo com o Datasus, no ano de 2015. A porcentagem de redução de frascos dispensados gerada pelo modelo do CEDMAC foi extrapolada para os dados do Datasus, para estimativa de redução de despesas no SUS, como apresentado na Tabela 6.

Discussão

Este é o primeiro trabalho que quantifica a economia de frascos de medicamentos imunobiológicos dispensados para AR por um modelo de terapia assistida, quando comparado ao modelo atual de dispensação direta ao paciente predominante no SUS.

Esse dado é muito relevante, visto que a AR é uma doença inflamatória crônica que, em regra, é tratada por longos períodos, pois na ausência do tratamento a doença tende a reativar. Assim, os pacientes que não conseguem um

controle adequado com o tratamento tradicional e necessitam iniciar imunobiológicos farão uso desses medicamentos por um tempo prolongado.

Estima-se que 30% dos pacientes com AR terão indicação de medicamentos imunobiológicos para controle adequado da sua doença. Esse número, associado ao uso prolongado e ao fato de os imunobiológicos serem de alto custo, cria um cenário de grande impacto no orçamento do SUS para o fornecimento desses medicamentos.

Por outro lado, a incorporação desses medicamentos ao SUS foi um grande avanço no arsenal terapêutico contra a AR. Os imunobiológicos comprovadamente reduzem a chance desses pacientes evoluírem para perda funcional por alteração estrutural articular e, desse modo, contribuem para menor incapacidade e menor perda produtiva dessa população.

Assim, impõe-se que o fornecimento dos imunobiológicos pelo SUS seja feito de maneira eficiente baseada no uso racional e no combate ao desperdício, de maneira a impactar positivamente a sustentabilidade do sistema. Entretanto, o que se observa na prática é que o modelo atual predominante

Tabela 5. Comparação financeira do montante prescrito e efetivamente utilizado, para cada imunobiológico, no modelo CEDMAC de aplicação assistida no ano de 2015

Medicação	Montante prescrito (R\$)	Montante utilizado (R\$)	Economia gerada (R\$)	Economia gerada (%)
Abatacepte 250 mg	1.053.215,00	898.099,60	155.115,40	14,7
Adalimumabe 40 mg	378.731,90	302.675,10	76.056,80	20,1
Certolizumabe 200 mg	101.243,50	81.181,44	20.062,06	19,8
Etanercepte 50 mg	740.664,00	631.698,00	108.966,00	14,7
Golimumabe 50 mg	219.651,30	170.396,20	49.255,10	22,4
Infliximabe 100 mg	653.641,40	474.030,90	179.610,50	27,5
Rituximabe 500 mg	759.575,00	702.320,60	57.254,40	7,5
Tocilizumabe 80 mg	638.663,90	478.851,30	159.812,60	25,0
Total 2015	4.545.386,00	3.739.253,14	806.132,86	17,7

Tabela 6. Estimativa de redução de despesas no fornecimento de medicamentos imunobiológicos para AR na hipótese de o modelo CEDMAC de terapia assistida estar disseminado no âmbito do SUS no ano de 2015

Medicação	Montante dispensado (R\$)	Economia estimada (%)	Montante potencial de economia (R\$)
Abatacepte 250 mg	21.904.223,84	14,7	3.219.920,90
Adalimumabe 40 mg	261.362.277,10	20,1	52.533.807,65
Certolizumabe 200 mg	8.525.450,88	19,8	1.688.039,27
Etanercepte 50 mg	214.365.840,00	14,7	31.511.778,48
Golimumabe 50 mg	55.293.553,92	22,4	12.385.756,08
Infliximabe 100 mg	44.094.501,28	27,5	12.125.987,85
Rituximabe 500 mg	15.739.234,56	7,5	1.180.442,59
Tocilizumabe 80 mg	25.858.621,81	25,0	6.464.655,45
Total 2015	647.143.703,39	18,7	121.110.388,27

de acesso aos medicamentos biológicos no SUS por dispensação direta ao paciente é falho em vários aspectos.

Em primeiro lugar, os medicamentos são entregues diretamente aos pacientes, colocando em risco a conservação adequada, pois são produtos termolábeis e necessitam de condições específicas de armazenamento e transporte que garantam sua qualidade. Além disso, os imunobiológicos disponíveis são injetáveis, requerendo uma estrutura de assistência à saúde para aplicação, principalmente para as formas intravenosas, o que não é contemplado pelo modelo atual.

Outra preocupação é a aplicação em si. Esses medicamentos podem apresentar contraindicações para o momento da aplicação que podem não ser observadas ou percebidas pelos pacientes que realizam autoaplicação, no caso das medicações subcutâneas, aumentando o risco de eventos adversos. Além disso, as medicações intravenosas como o infliximabe e o tocilizumabe têm dose-padrão por peso do paciente, levando a descartes de medicamento quando o frasco todo não é utilizado. Um último aspecto tem a ver com a dispensação fixa, independentemente de o paciente ter realizado ou não a última dose, o que traz desperdício à cadeia e estocagem de medicamentos fora do sistema.

O desenvolvimento do modelo de terapia assistida do CEDMAC trouxe soluções para todas essas questões, retirando a interação direta do paciente com os medicamentos imunobiológicos como premissa. O acesso do paciente ao medicamento é garantido, e uma equipe multiprofissional checa possíveis contraindicações antes de cada aplicação, os frascos ficam armazenados, seguindo as recomendações de segurança e transporte, na própria instituição e, como regra, as doses excedentes das medicações por peso são compartilhadas, tornando o descarte de medicamento uma excepcionalidade. Apenas é dispensado o medicamento que efetivamente será utilizado, impedindo a estocagem de medicamento fora do sistema, aumentando a eficiência e racionalizando o uso. Ainda faz parte do modelo do CEDMAC o acompanhamento de eficácia do tratamento por meio de protocolo estruturado em prontuário eletrônico, permitindo análises aprofundadas dos dados gerados.

A economia de medicamentos pelo modelo do CEDMAC pode ser analisada de duas formas principais. A primeira diz respeito à redução de despesas propriamente dita, que permitiria outros usos para esses recursos públicos dentro do sistema de saúde ou ainda poderia permitir a incorporação de novas tecnologias ainda ausentes dos protocolos do Ministério da Saúde. A segunda análise permite inferir que a economia conseguida na dispensação aumenta a capacidade do sistema consideravelmente, sem acréscimo de despesas, ampliando o alcance populacional, como demonstrado pelo número de tratamentos adicionais possíveis a partir da economia trazida pelo modelo do CEDMAC.

Nesse sentido, surge o questionamento sobre os investimentos necessários para a implantação de uma rede de

terapia assistida que pudesse atender a todo o sistema público e o custo envolvido no custeio do modelo. Essa estimativa não fez parte do escopo do presente estudo, porém, em tese, não seriam necessários investimentos vultosos, pois o SUS já apresenta uma rede capilarizada de cadeia fria do Programa Nacional de Imunizações que poderia ser usada para transportar e armazenar os medicamentos imunobiológicos. A estrutura física adequada é pouco complexa e o pessoal necessário (enfermagem, equipe médica e farmácia) poderia ser treinado com baixo custo em centros de referência já existentes. Para o caso de intercorrências e complicações, seria estabelecida a retaguarda de hospitais de referência regionais.

Uma possível limitação desse estudo vem do fato de o Hospital das Clínicas da FMUSP ser um serviço terciário com uma população com AR provavelmente mais grave que a média do país, fazendo com que a extrapolação dos dados aqui reportados seja incerta. Nesse ponto, vale ressaltar que o custo unitário de aquisição dos medicamentos imunobiológicos vem caindo ao longo do tempo, assim o levantamento da estimativa de recursos públicos poupados nesse estudo contribui apenas para a visualização do ocorrido em 2015, mas não pode ser extrapolado para o presente, mesmo com o aumento crescente da demanda pela dispensação de imunobiológicos.

Por outro lado, o estudo atual apresenta uma série de vantagens que corroboram sua importância. Este é o primeiro trabalho que faz esse tipo de análise comparando um modelo de terapia assistida ao modelo de dispensação direta predominante no SUS. O modelo do CEDMAC já tem 12 anos em pleno funcionamento, podendo-se afirmar que já está testado e consolidado como uma alternativa. Foi avaliado um número relevante de pacientes e atendimentos, o que aumenta a força dos dados obtidos. E, finalmente, o conhecimento adquirido ao longo do tempo e descrito neste estudo pode servir de base para um projeto de expansão e multiplicação do modelo de terapia assistida do CEDMAC dentro do SUS.

Conclusão

Os dados apresentados sugerem que o modelo de terapia assistida atualmente utilizado no CEDMAC reduz consideravelmente o volume de frascos de imunobiológicos dispensados, comparado ao modelo predominante de dispensação direta ao paciente, e pode trazer uma relevante economia no fornecimento desses medicamentos para AR no SUS.

Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Contratos realizados pelo Ministério da Saúde. Available from: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6749. Accessed on: Jun 4, 2017.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Artrite Reumatoide. Portaria nº 865, 5 de novembro de 2002. Available from: http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1340498699do_a05_01.pdf. Accessed on: Jun 4, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Artrite Reumatoide. Portaria nº 996, 30 de setembro de 2015. Available from: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt_ArtriteReumatoide_2015.pdf. Accessed on: Jun 4, 2017.
- Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo MB, et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(2):135-74.
- Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):960-77.
- Strand V, Kimberly R, Isaacs JD. Biologic therapies in rheumatology: lessons learned, future directions. *Nat Rev Drug Discov*. 2007;6(1):75-92.