

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Serviço de Gestão Acadêmica**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Investigações de Acesso a Medicamentos em Nível Domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004”***

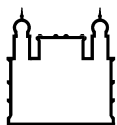
*por*

***Bethania Blum de Oliveira***

***Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública***

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Luiza*  
*Segundo Orientador: Prof. Dr. Jorge Antônio Zepeda Bermudez*

*Rio de Janeiro, julho de 2006.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Serviço de Gestão Acadêmica**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Investigações de Acesso a Medicamentos em Nível Domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004”***

*apresentada por*

***Bethania Blum de Oliveira***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Garcia Rosa

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Moreira dos Santos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lucia Luiza – Orientadora principal

*Dissertação defendida e aprovada em 18 de julho de 2006.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

O48i Oliveira, Bethania Blum de  
Investigações de acesso a medicamentos em nível domiciliar:  
um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre  
2002 e 2004. / Bethania Blum de Oliveira. Rio de Janeiro: s.n.,  
2007.

xi, 67 p., il., tab.

Orientador: Luiza, Vera Lucia

Zepeda Bermudez, Jorge Antônio

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de  
Saúde Pública Sergio Arouca

1.Avaliação em Saúde. 2.Assistência Farmacêutica.  
3.Acesso aos Serviços de Saúde. I.Título.

CDD - 22.ed. – 615.10981

## **Agradecimentos**

Aos meus orientadores, Vera Lucia Luiza e Jorge Bermudez, por todas as oportunidades oferecidas, caminhos indicados, dedicação, paciência, carinho e, em especial nesses momentos finais, obrigada pelo conforto e noites sem dormir. Desesperar jamais!

À minha família pelo suporte emocional e apoio logístico ao longo dessa caminhada. A distância não foi fácil para nenhum de nós, mas, mais uma vez, vocês mostraram-se pais maravilhosos. Obrigada por todo amor, presença, da forma que podiam, e acalento.

Ao André, que me presenteou com seu amor e companheirismo. Sua espera com preocupação, cuidado e tranquilidade foram as minhas maiores fortalezas.

À minha recente família carioca, que mesmo antes de ser oficialmente família, me acolheu de forma tão generosa. Obrigada, pelos almoços de domingo, pelos cinemas e por tantos momentos, sem os quais, o Rio e minha vida, não seriam especiais tais qual são.

Às amigas Christina e Raideline pela amizade e carinho durante os anos de casa compartilhada.

Aos meus queridos companheiros e amigos da Turma de Mestrado 2004 em Políticas, Rafa, Grazi, Elize, Heitor, Suzana, Jairo, Rivaldo, Roger e Andrea. Saudades dessa turma, motivo de tantas alegrias. Obrigada, de forma particular, à Rafa e Grazi, pela cumplicidade e apoio nessa reta final.

A todos do Núcleo de Assistência Farmacêutica, onde fiz verdadeiros amigos. Obrigada pelos momentos de crescimento do conhecimento e da alma, proporcionado pelas diversas palavras de carinho e diversão.

À professora Mônica Campos pela grande colaboração na elaboração e análise do banco de dados.

A toda a equipe de trabalho da Pesquisa “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil” e aos profissionais e usuários entrevistados nos diferentes municípios, que colaboraram imensamente com este trabalho.

Ao CNPq e à ENSP pelo financiamento que viabilizou a realização do estudo.

O que distingue a atitude científica da atitude costumeira ou do senso comum? Antes de qualquer coisa, a ciência *desconfia* da veracidade de nossas certezas, de nossa adesão imediata às coisas, da ausência de crítica e da falta de curiosidade. Por isso, ali onde vemos coisas, fatos e acontecimentos, a atitude científica vê *problemas* e *obstáculos*, aparências que precisam ser explicadas e, em certos casos, afastadas.

*Marilena Chaui*

## Resumo

Este trabalho tem como foco a investigação do acesso aos medicamentos por meio de inquéritos domiciliares realizados entre 2002 e 2004 no Brasil. O eixo da investigação foi a Pesquisa Domiciliar para a medida de Acesso e Uso de Medicamentos (PDAUM-2004) proposta pela OMS para avaliar a situação farmacêutica nos países e ser aplicada a um baixo custo e com facilidade operacional. Além disso, selecionaram-se estudos realizados no período, com abrangência nacional, em que foi abordada a questão dos medicamentos. As demais pesquisas investigadas foram: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002-2003), e Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, Suplemento Saúde (PNAD-Saúde 2003), realizadas pelo IBGE; e Pesquisa Mundial de Saúde (PMS-2003), iniciativa da OMS para avaliar a saúde nos países. Além de colacionar as características gerais das pesquisas e seus resultados, analisaram-se as dimensões do acesso contempladas por cada experiência. Para cotejar os estudos, elegeu-se um modelo de abordagem ao acesso a medicamentos em dimensões mensuráveis. Apesar de as pesquisas avaliadas nesse trabalho terem abordado dimensões em comum, ficou claro que as pesquisas que não têm como foco a saúde, como a POF, deixam de prover importantes informações sobre o acesso a medicamentos. A PNAD-saúde, mesmo sendo uma pesquisa feita em conjunto com o Ministério da Saúde, tratou a questão do acesso aos medicamentos de forma secundária. A PMS constituiu uma pesquisa ampla e eficaz na abordagem dos aspectos relacionados à saúde e aos medicamentos, assim como para a avaliação das desigualdades. Da mesma forma, apresentou um plano amostral mais abrangente que a PDAUM. O estudo das demais iniciativas nacionais subsidiou a identificação de algumas características da PDAUM que podem ser aprimoradas. Considera-se que, a despeito de serem necessárias algumas adaptações na metodologia de PDAUM, este esforço se justifica principalmente por sua facilidade de reprodução e condução em países com menores possibilidades econômicas. Ademais, sua aplicação em conjunto com o módulo de serviços, dispondo de, praticamente, os mesmos recursos, proporcionou um conjunto de informações úteis para a orientação das políticas públicas, uma vez que, por meio de uma metodologia barata e rápida, são disponibilizados, dados de estrutura, processo e resultados nos serviços, assim como os resultados medidos fora do ambiente do serviço.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Assistência Farmacêutica; Acesso aos Serviços de Saúde.

## Abstract

This work focuses on drug access investigation, measured by household surveys done between 2002 and 2004 in Brazil. The axe of the investigation was the ‘Household Survey to Measure Access and Use of Medicines’(PDAUM-2004), proposed by WHO to compose the countries pharmaceutical situation assessment and also to be applied with low cost and easy operational procedures. Moreover, other Brazilian studies concerning medicines and carried out during this period were selected: Household Budgets Survey (POF 2002-2003), and National Survey of Household Sampling - Health Supplement (PNAD-Health 2003), carried through the Brazilian Geographic and Statistics Institute (IBGE); and World Health Survey (PMS-2003), a WHO initiative to evaluate countries’ health. Beyond comparing the surveys’ general characteristics and their results, the access dimensions contemplated by each experience had been analyzed. In order to compare the studies, a drug access model in measurable dimensions was chosen. The surveys have approached some coincident dimensions. However, that ones that don’t focus on health, as POF, didn’t provide important information about drug access. PNAD-health, despite have been done with the Health Ministry, treated access to medicines issues secondarily. PMS constituted an ample and efficient survey about of aspects related to health and medicines, as well as for the inequalities evaluation. It also presented a sample broader than PDAUM. Despite some improvements are needed in the PDAUM, this effort is worthy, especially for it’s easy conduction in countries with low economic possibilities. Furthermore, its application with the pharmaceutical services module, using almost the same resources, provides some useful information for the public politics orientation. Through a cheap and fast methodology, is possible to have structure, process and results indicators in and outside the health services setting.

**Key-words:** Health Evaluation; Pharmaceutical Services; Access to health care.

# Sumário

|   |     |
|---|-----|
| Agradecimentos .....  | iv  |
| Resumo .....  | vi  |
| Abstract.....   | vii |
| Listas de figuras, tabelas e quadros. ....  | x   |
| Lista de abreviaturas e siglas.....   | xi  |
| Apresentação .....  | 12  |
| 1. Introdução.....  | 14  |
| 1.1. Revisão da literatura .....  | 15  |
| 1.1.1. Medicamentos essenciais e desigualdade .....   | 15  |
| 1.1.2. Acesso a Medicamentos: conceitos e problemas .....   | 17  |
| 1.1.3. Modelos de provisão de medicamentos .....  | 21  |
| 1.2. A proposta da OMS de estudo de acesso aos medicamentos no nível domiciliar .....                                 | 26  |
| 1.3. Pergunta do Estudo .....   | 29  |
| 1.4. Pressupostos.....  | 29  |
| 2. Objetivos.....   | 30  |
| 2.1. Objetivo Geral.....  | 30  |
| 2.2. Objetivos específicos .....  | 30  |
| 3. Desenho metodológico e Base de dados.....  | 30  |
| 4. Considerações Éticas .....   | 32  |
| 5. Artigo – Acesso a Medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras..... | 33  |
| Resumo .....  | 33  |
| Abstract.....   | 34  |
| 5.1. Introdução .....   | 35  |
| 5.1.1. Modelo de medida de acesso a medicamentos utilizado.....   | 36  |
| 5.2. Metodologia.....   | 36  |
| 5.3. Resultados e discussão.....  | 37  |
| 5.3.1. “Pesquisa Domiciliar para Medida de Acesso e Uso de Medicamentos (Nível II)” – a proposta da OMS .....         | 37  |
| 5.3.2. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF .....  | 39  |
| 5.3.3. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD .....   | 41  |
| 5.3.4. Pesquisa Mundial de Saúde .....  | 42  |
| 5.3.5. Aspectos gerais dos estudos.....   | 44  |
| 5.4. Referências Bibliográficas .....   | 53  |
| 6. Considerações Finais .....   | 56  |
| 7. Referências Bibliográficas.....  | 59  |
| 8. Anexos .....   | 63  |
| 8.1. Anexo 1. Formulários para preenchimento da PDAUM/ OMS.....   | 63  |
| 8.1.1. Formulário para Pesquisa Domiciliar: Acesso e Uso de Medicamentos.....   | 63  |



|   |    |
|---|----|
| 8.1.2. Perfil do conglomerado e dos domicílios: Pesquisa domiciliar sobre acesso e uso de medicamentos                  | 64 |
| 8.2. Anexo 2. Parecer do Comitê de Ética – Estudo Nível II.....   | 65 |
| 8.3. Anexo 3. Parecer do Comitê de Ética – Projeto de dissertação .....   | 66 |
| 8.4. Anexo 4. Descrição dos indicadores de acesso e uso dos medicamentos no nível domiciliar e fórmula de cálculo ..... | 67 |

## **Listas de figuras, tabelas e quadros.**

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Modelo teórico de acesso a medicamentos essenciais.....  | 19 |
| <b>Figura 2.</b> Esquema para a seleção da amostra para inclusão dos domicílios. ....   | 28 |
| <b>Tabela 1.</b> Composição percentual de gastos em Assistência à Saúde por classes de rendimento (em reais) da POF. Brasil, 2003. ....   | 41 |
| <b>Tabela 2:</b> Gastos com medicamentos obtidos em diferentes pesquisas de abrangência nacional.....   | 48 |
| <b>Tabela 3:</b> Gastos com medicamentos obtidos em diferentes pesquisas de abrangência nacional, no que se refere aos gastos com medicamentos em relação aos com alimentos.....                      | 49 |
| <b>Quadro 1.</b> Indicadores de acesso e uso de medicamentos no estudo domiciliar.....  | 31 |
| <b>Quadro 2.</b> Características gerais - áreas abrangidas, total de entrevistados e data de realização - das diferentes pesquisas domiciliares de abrangência nacional – PDAUM, POF, PNAD, PMS. .... | 45 |
| <b>Quadro 3.</b> Dimensões do acesso aos medicamentos contempladas e respectivos indicadores identificados em cada pesquisa, segundo o modelo teórico traçado por Luiza <sup>2</sup> .....            | 51 |

## **Lista de abreviaturas e siglas.**

|            |  |
|------------|--|
| CEME       | Central de Medicamentos  |
| CIB        | Comissão Intergestores Bipartite                                 |
| CIT        | Comissão Intergestores Tripartite                                |
| DSS        | Determinantes Sociais da Saúde                                   |
| EMO        | Elenco Mínimo Obrigatório  |
| HTP/WHO    | Health Technology and Pharmaceuticals/ World Health Organization |
| IAFAB      | Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica           |
| IBGE       | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                  |
| INPC       | Índice Nacional de Preços ao Consumidor                          |
| IPCA       | Índices de Preços ao Consumidor Amplo                            |
| NAF/ENSP   | Núcleo de Assistência Farmacêutica                               |
| OMS/OPAS   | Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde |
| PDAUM      | Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos  |
| PFB        | Programa Farmácia Básica   |
| PMS        | Pesquisa Mundial de Saúde  |
| PNAD-saúde | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – suplemento Saúde   |
| PNM        | Política Nacional de Medicamentos                                |
| POF        | Pesquisa de Orçamentos Familiares                                |
| RENAME     | Reação nacional de Medicamentos Essenciais                       |
| URM        | Uso Racional de Medicamentos                                     |

## Apresentação

A Organização Mundial da Saúde determina como um de seus objetivos em relação aos medicamentos colaborar para salvar vidas e melhorar a saúde, assegurando a qualidade, eficácia, segurança e uso racional desses produtos e promovendo equidade e sustentabilidade no acesso a medicamentos essenciais, particularmente para os pobres e desvalidos<sup>1</sup>. Muitos são os fatores que determinam o estado de saúde, como a moradia, os serviços básicos de água e esgoto, nutrição, educação e lazer. Entretanto, os medicamentos ocupam hoje um lugar importante no sistema de saúde e no tratamento de doenças<sup>2</sup>. O acesso a medicamentos e seus serviços é de fundamental importância às ações de saúde e direito do cidadão conforme a legislação brasileira e a política de medicamentos.

Muitos países estão avançando nesta direção e vêm desenvolvendo e implementando políticas nacionais de medicamentos. Outros voltam seus esforços para estratégias que aumentem a qualidade de serviços farmacêuticos. No entanto, em ambos os processos é necessário um processo avaliativo, o que requer a elaboração de ferramentas que possibilitem um monitoramento efetivo das políticas de medicamentos e permitam avaliar seus desempenhos e revisar suas prioridades<sup>3</sup>.

A compilação de dados sobre os indicadores empíricos do acesso da população aos medicamentos permite computar e comparar as diferenças na disponibilidade e utilização de serviços existentes para os distintos subgrupos da população. É por meio dessas medições que os planejadores em saúde, assim como os responsáveis pela tomada de decisões, podem optar por decisões melhor informadas, com o objetivo de assegurar que os serviços de saúde sejam equitativamente acessíveis para todos aqueles que os necessitam<sup>4</sup>. Dessa maneira, mostra-se importante encontrar formas fáceis e operacionais, que possam ser realizadas com os recursos normalmente disponíveis no setor saúde (recursos humanos, conhecimento técnico, recursos financeiros) para dimensionar os problemas e monitorar avanços.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem investido no desenvolvimento de metodologias que permitam descrever a situação da política de medicamentos nos países, incluindo a assistência farmacêutica, acerca do acesso, qualidade e uso racional de medicamentos em um país ou região. O Brasil integra o grupo de países participantes

do estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS) que estão realizando, em seus respectivos territórios, o estudo “Avaliação da Situação Farmacêutica”, em que foram desenvolvidos indicadores em três níveis. O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/ENSP), Centro Colaborador da OPAS/OMS em Política de Medicamentos, foi o responsável pela coordenação da pesquisa Nível II no Brasil. O estudo apresenta dois grandes componentes, razoavelmente independentes: Avaliação nos Serviços e Inquérito Domiciliar.

A Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos (PDAUM) foi desenvolvida e aplicada de forma pioneira no país em 2004. A metodologia da PDAUM foi proposta no sentido de constituir uma abordagem de baixo custo e fácil de operar. O pacote proposto pela OMS visa à obtenção de dados quantitativos, tendo sido construído com base em um questionário para medir acesso e uso de medicamentos na população pesquisada<sup>5</sup>. No presente estudo, considera-se imperativo explorar as potencialidades da metodologia da OMS em termos das medidas que ela permite.

Todavia, o Brasil emprega ou já empregou outras metodologias capazes de medir acesso. Há relatos difundidos de experiências locais ou regionais de acesso e uso de medicamentos no nível domiciliar e algumas iniciativas recentes de abrangência nacional. Com isso, é interessante cotejar estas metodologias para que se possa subsidiar a discussão da robustez entre elas.

Para a comparação das diferentes metodologias das pesquisas foi escolhido um modelo de acesso a medicamentos definido por Luiza<sup>6</sup> em 2003, que tem como base o modelo de acesso aos serviços de saúde de Penchansky e Thomas<sup>7</sup>. Esse modelo<sup>6</sup> delinea o acesso a medicamentos segundo dimensões mensuráveis e, assim, foi usado como uma lente para a compreensão de como o acesso foi medido em cada uma das iniciativas estudadas. Para fins desse trabalho, foram escolhidas as pesquisas com abrangência nacional, que abordaram a questão dos medicamentos, realizadas entre 2002 e 2004.

Essa dissertação apresenta-se em seis seções. Na introdução, procura-se situar o contexto e importância do trabalho, abordando-se de forma geral a questão do acesso e da iniquidade de acesso aos medicamentos. Em seguida, discutem-se os conceitos centrais mobilizados no estudo. a questão do estudo e seus pressupostos. Nas seções

seguintes seguem os objetivos, geral e específicos, a metodologia, onde procura-se detalhar os procedimentos apresentados no artigo, assim como apresentar os passos seguidos no estudo que serviu como ponto de partida. Na seção de número cinco, apresenta-se o artigo com seu corpo próprio. Na seção seis são feitas algumas considerações gerais quanto ao trabalho, assim como algumas recomendações.

## 1. Introdução

O mercado farmacêutico ocupa posição considerável na economia mundial. Em 2004, por exemplo, o faturamento foi de cerca de 518 bilhões de dólares e espera-se um crescimento de 6-9% entre 2005 e 2006<sup>8</sup>. No que diz respeito às exportações brasileiras, seu valor tem apresentado um aumento ano a ano, passando de R\$ 56 milhões, em 1995, para R\$ 310 milhões em 2001. Também merece atenção a manutenção dos cerca de 23 mil empregos diretos no país no setor de produção de medicamentos, também no ano de 2001<sup>9</sup>.

No Brasil, entretanto, a despeito da magnitude deste mercado e dos recursos envolvidos, a situação, no que concerne ao acesso da população aos medicamentos, pode ser considerada como absolutamente crítica. O crescimento do faturamento não tem proporcionado nem significado melhoria da equidade no acesso aos fármacos<sup>10,11</sup>. Um estudo sobre o perfil do consumo brasileiro de medicamentos, realizado em 1999, demonstra que enquanto apenas 15% da população brasileira, com renda acima de dez salários mínimos, consome 48% do mercado total de medicamentos, 51% da população, com renda abaixo de quatro salários mínimos, consome somente 16% desse mercado.

O Brasil desenvolve modelos bastante particulares para a provisão pública de medicamentos quando considerado o cenário global, como é o caso da garantia de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, como postulado legal (Lei Federal 8080/1990)<sup>12</sup> da distribuição universal e gratuita de medicamentos no setor público. Neste contexto, cabe ressaltar o especial sucesso quanto à distribuição de anti-retrovirais para o Programa de Aids, atualmente tido como modelo para os países em desenvolvimento<sup>6</sup>. Apesar desses avanços, segundo uma publicação do Banco Mundial (IFC, *apud* Machado-dos-Santos<sup>11</sup>), somente 1/5 da população é consumidora regular de medicamentos.

A pressão da população na busca pelo acesso é expressa, por exemplo, nas ações judiciais promovidas contra o governo para forçar o fornecimento de itens específicos<sup>13</sup>, tema que tem mobilizado muito esforço e discussão, na medida em que mobiliza recursos, tempo e atropela os procedimentos organizacionais e administrativos.

A OMS definiu diversas iniciativas para responder aos desafios enfrentados no século XXI em relação a medicamentos, e a estratégia baseia-se em quatro objetivos-chaves: fortalecer as políticas nacionais de medicamentos, melhorar o acesso a medicamentos, melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos e promover seu uso racional<sup>1</sup>.

É um fato, portanto, que o acesso aos medicamentos está presente tanto na agenda internacional quanto na nacional, mobilizando recursos e esforços, implicando em resultados percebidos de forma diferentes pelos diferentes atores. Neste cenário, a população, cada vez mais consciente de seus direitos, assume papel de crescente protagonismo. Dessa forma, a definição de maneiras operacionais e mensuráveis de medir acesso aos medicamentos pode se constituir em importante ferramenta gerencial.

## **1.1. Revisão da literatura**

### **1.1.1. Medicamentos essenciais e desigualdade**

Em 2001, a Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS<sup>1</sup> estimou que 10,5 milhões de vidas poderiam ser salvas até o ano de 2015 aumentando-se o acesso às atuais intervenções de saúde para prevenir ou tratar doenças infecciosas, condições maternas e perinatais, doenças infantis e doenças não transmissíveis, juntamente ao crescimento e desenvolvimento econômico.

Segundo a OMS<sup>1</sup>, em domicílios de países de baixa renda, o gasto com medicamentos representa de 50% a 90% das despesas familiares com saúde. Em alguns países, menos da metade das pessoas que vivem em domicílios pobres recebem todos os medicamentos corresponde a 40% dos medicamentos que elas necessitam em caso de doença aguda e um terço não recebe nenhum dos medicamentos de que necessita<sup>1</sup>.

O movimento contra as iniquidades vem sendo um esforço coletivo da sociedade civil, política e acadêmica. Pesquisa publicada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 2005 revelou que o Brasil, 13<sup>a</sup> economia do mundo, é o

8º país com pior distribuição de renda. O esforço contra essa realidade é ilustrado pela criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), por decreto do presidente da República, em março de 2006, que tem como objetivo propor políticas eficientes baseadas em pesquisas para combater as desigualdades e também mobilizar a sociedade nesse sentido<sup>14</sup>.

Determinantes sociais da saúde (DSS) são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população: renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento, meio ambiente. Em países com dificuldades sociais como o Brasil, as desigualdades relativas, não apenas na renda, mas nas demais condições de vida, adquirem importância crescente, sem que as diferenças absolutas deixem de ser também importantes. Esse fato assume maior relevância, quando tomado o princípio de iniquidade, que pode ser considerado como uma “desigualdade injusta” e evitável<sup>15</sup>. Em 2006, especialistas de diferentes campos diagnosticaram as iniquidades com a mais grave doença do país<sup>14</sup>. Algumas desigualdades em saúde são um exemplo de iniquidades, consideradas desigualdades redutíveis, isto é, desnecessárias, vinculadas às condições heterogêneas de vida<sup>16</sup>.

A Pesquisa Mundial de Saúde 2003<sup>17</sup> mostrou que apenas 40% dos mais pobres no Brasil disseram considerar sua saúde boa ou muito boa, enquanto entre os ricos mais de 70% acham que vão bem de saúde. Embora os pobres se percebam mais doentes, porém, quem consulta o médico com mais frequência são os de maior renda.

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2003, famílias brasileiras que têm rendimento de até R\$ 400,00 gastam 75% dos gastos em saúde em medicamentos, enquanto nas famílias que ganham entre 2 e 3 mil reais o gasto com medicamentos corresponde a 40% dos gastos em saúde<sup>18</sup>.

Quanto às pesquisas para se medirem as desigualdades, um levantamento realizado pelo epidemiologista Naomar Almeida Filho<sup>14</sup> mostrou que se produz muito conhecimento sobre DSS no país. De qualquer forma, segundo o especialista, há algumas áreas em que os estudos precisam ser aprofundados. Há pouca pesquisa sobre a qualidade da atenção nos serviços de saúde e sobre o acesso a serviços secundários e terciários de saúde discriminado pelo nível de renda dos usuários. É necessário também estudar como as iniquidades em saúde estão variando no tempo, quais as suas tendências, além de desagregar as estatísticas oficiais por posição socioeconômica e cor



e integrar métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa.

### 1.1.2. Acesso a Medicamentos: conceitos e problemas

Não existe uma definição operacional de acesso a medicamentos, nem um modelo acabado de avaliação que permita comparar o desempenho entre países ou a evolução de um determinado país ao longo do tempo de forma a ensejar a avaliação da eficácia das medidas de intervenção implementadas<sup>19</sup>. Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde<sup>20</sup>.

É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto<sup>20</sup>. O problema não está limitado à ausência de uma definição precisa do termo ou aos seus múltiplos significados; acesso também é usado como sinônimo de termos como acessibilidade e disponibilidade, os quais também não estão bem definidos<sup>7</sup>. A maioria dos autores opta, como termo mais abrangente, pela palavra acesso. O termo acessibilidade é usado por autores como Penchansky e Thomas<sup>7</sup> como uma das dimensões do acesso. Outros autores, como Campbell (*apud* Luiza<sup>6</sup>) referem o termo como atributo do sistema relacionado ao grau de acesso conferido (p.ex. acessibilidade geográfica, cognitiva, financeira, etc.)<sup>6</sup>. Até o momento, a conceituação tem sido muito mais política que operativa<sup>4</sup>.

Há diferentes opiniões sobre os fatores que influenciam o acesso e se ele deve ser visto caracterizando os recursos ou os clientes<sup>7</sup>. Aday e Andersen<sup>4</sup> pensam que talvez seja mais significativo considerar o acesso em termos do ingresso ao sistema daqueles que necessitam atenção. Penchansky & Thomas<sup>7</sup>, assim como Frenk<sup>21</sup>, definem acesso como grau de ajuste entre os clientes e o sistema. Observa-se uma tendência de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo de entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos<sup>20</sup>.

Penchansky & Thomas<sup>7</sup> ao centrar o conceito de acesso no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde e identificam um conjunto de dimensões mais específicas de compatibilidade entre o paciente e o sistema de atenção sanitária. São elas:

- *Disponibilidade (availability)*, relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos e as necessidades dos clientes.

- *Acessibilidade (accessibility)*, refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos clientes.

- *Adequação (accomodation)*, é a maneira como os recursos são organizados para seu fornecimento, a habilidade dos clientes para se adaptar, bem como sua percepção quanto à qualidade do cuidado.

- *Capacidade aquisitiva (affordability)*, relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes.

- *Aceitabilidade (acceptability)*, refere-se às atitudes tanto de provedores quanto dos clientes a respeito de suas características e práticas.

Tendo em vista essas considerações, Bermudez *et al.* (*apud* Oliveira *et al.*<sup>22</sup>) definiram o acesso a medicamentos como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

Luiza<sup>6</sup>, com base no estudo de acesso desenvolvido pela Reunião Consultiva da OMS e do MSH (Management Sciences For Health), realizado em Ferney-Voltaire em 2000<sup>19</sup>, e tendo em vista chegar a um modelo que identificasse as possibilidades de intervenção ou o monitoramento de intervenções já realizadas, pensou as dimensões para medida de acesso aos medicamentos em termos das principais barreiras do acesso e delineou as seguintes dimensões:

- *Disponibilidade física*, definida pelo relacionamento entre o tipo e quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos.

- *Capacidade aquisitiva*, definido pelo relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles.

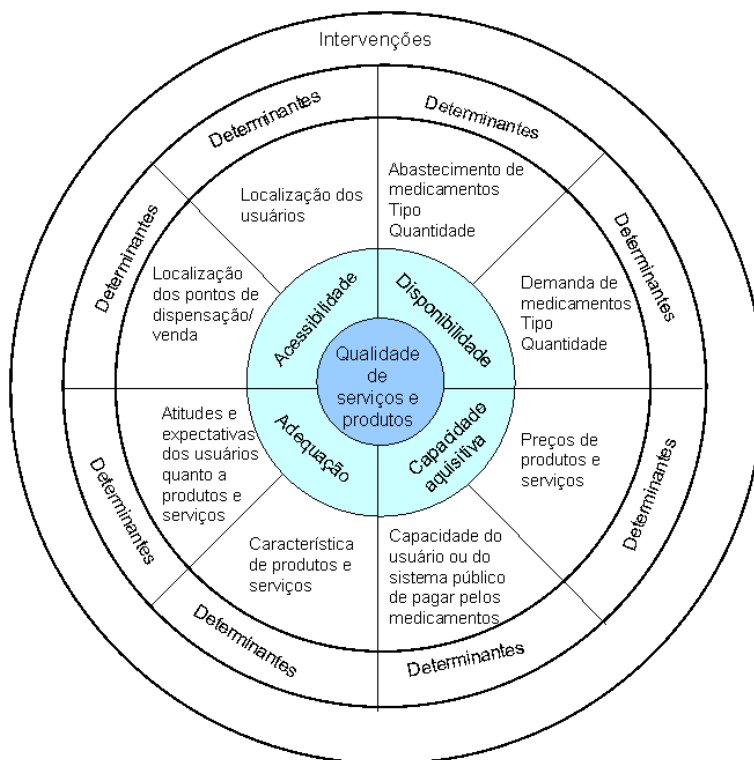
- *Acessibilidade geográfica*, definido pelo relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços.

- *Adequação*, refere-se ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

Adicionalmente, apontou a qualidade dos produtos e serviços como componente essencial do acesso, a qual perpassa todas as dimensões anteriores. Isso, pois a qualidade em saúde consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médicas de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isto seus riscos<sup>23</sup>. A Figura 1 ilustra o modelo teórico proposto a partir das quatro principais dimensões do acesso aos medicamentos.

Com relação ao acesso a medicamentos, o acesso físico ou financeiro não se reflete necessariamente no uso correto, reforçando a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais e a disseminação de informações confiáveis. Segundo Pécoul<sup>24</sup> a efetividade dos medicamentos é o resultado de uma longa cadeia de fatores: pesquisa e desenvolvimento, produção, controle de qualidade, distribuição, controle da produção, informações confiáveis para os profissionais de saúde e o público em geral, diagnóstico, prescrição, acesso financeiro, dispensação de medicamentos, adesão ao tratamento e farmacovigilância.

**Figura 1.** Modelo teórico de acesso a medicamentos essenciais.



Fonte: Luiza<sup>6</sup>, adaptado de MSH/WHO<sup>19</sup>, a partir das dimensões de Penchansky e Thomas<sup>7</sup>.

O acesso aos medicamentos é uma questão que se insere no acesso aos cuidados de saúde. Esses constituem uma prestação de serviços, que se consuma no momento em que é realizado, delimitando assim, de forma bastante clara, o momento da utilização ao qual corresponde o acesso que se pretenda estudar. O medicamento, contudo, dada sua característica de insumo de saúde, mas também considerado mercadoria, guarda a importante diferença de que pode ser usado de forma autônoma pelo usuário, ou seja, sem prescrição médica e, quando usado por prescrição médica, o paciente poderá, por arbítrio ou por incompreensão, usá-lo ou não conforme as instruções que lhe foram dadas<sup>6</sup>.

Quanto à medida de acesso a medicamentos, os indicadores mais comumente utilizados geralmente são obtidos no nível das unidades/ prestadores de serviços de saúde. Dessa forma, somente é contemplada a parcela da população que teve acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, à prescrição médica. Não há muita informação disponível a partir dos usuários finais de medicamentos. Ainda que os indicadores medidos nas unidades/ prestadores tenham se mostrado úteis, a pesquisa domiciliar é importante para obter informações acuradas sobre como a população está tendo acesso e usando os medicamentos<sup>25</sup>. Na medida de acesso de serviços de saúde, Penchansky & Thomas<sup>7</sup> observaram que problemas com quaisquer das dimensões de acesso por eles identificadas influenciam os clientes e o sistema de três formas mensuráveis: (1) utilização dos serviços; (2) redução da satisfação do usuário; e (3) padrões de prática (menos tempo a cada cliente individual, desvirtuamento do uso da emergência, etc.).

Nos últimos anos foram desenvolvidas bases nacionais de dados de pesquisas em saúde bastante abrangentes e razoavelmente sofisticadas. Contudo, a informação é, em alguns aspectos, limitada, impossibilitando monitorar o problema da equidade em saúde com a qualidade e periodicidade adequadas, salvo no que se refere à abordagem espacial ou geográfica, como é o caso dos sistemas de informações hospitalares e ambulatoriais, por exemplo. Pesquisas como POF e PNAD-saúde (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – suplemento Saúde) possibilitam outro enfoque além do espacial, já que abordam condições socioeconômicas, perfis de consumo e outros aspectos em suas investigações. No entanto, são realizadas em temporalidade irregular ou insuficiente. A última PNAD Saúde antes de 2003, foi realizada em 1998 e 1982 e a POF, antes de

2002-2003, foi realizada nos anos de 1995-1996 e 1987-1988<sup>15</sup>.

A irregularidade na realização dessas pesquisas provavelmente ocorre em função da complexidade para se conduzir inquéritos no nível domiciliar. Faz-se necessário desenhar questionários capazes de apreender questões quantitativas e qualitativas, de forma a obter informações confiáveis dos respondentes. Outra dificuldade é a obtenção de amostragem confiável e exequível. Balancear recursos disponíveis e capacidade local para conduzir a pesquisa, incluindo treinamento adequado para assegurar a qualidade dos dados, é também um desafio. Ao final o que deve ser feito com o volume de dados pode, da mesma forma, ser uma tarefa preocupante<sup>25</sup>.

Frente a esse cenário, a Pesquisa Domiciliar de Acesso e Uso de medicamentos propôs investigar como os indivíduos se portam em um episódio de doença aguda. A quem procuram, como mobilizam seus recursos. Os dados claramente não apontarão de maneira completa a busca dos indivíduos por medicamentos, mas certamente representarão um importante aspecto do acesso a esse produto e aos serviços mobilizados para sua provisão.

### **1.1.3. Modelos de provisão de medicamentos**

No Brasil, diferentes políticas vêm sendo adotadas, particularmente a partir da década de setenta do século passado, com o intuito de ampliar o acesso da população à assistência farmacêutica. Medidas como a adoção de relação de medicamentos essenciais (RENAME), a criação da CEME (Central de Medicamentos), a instituição da saúde como dever do Estado pela Constituição de 1988<sup>26</sup> e dos princípios de equidade, universalidade e integralidade na saúde dada pela Lei 8.080<sup>27</sup>, além da configuração de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) no final dos anos noventa, têm sido importantes passos na construção de um modelo de atenção à saúde contemplando a questão do acesso aos medicamentos.

A prestação de serviços pela rede pública é a única alternativa para a assistência à saúde e o acesso aos medicamentos para uma grande porção da população. No Brasil, avalia-se que dois terços da população brasileira depende de alguma ação governamental para fazer frente às suas necessidades de medicamentos<sup>28</sup>.

Contudo, apesar de todos os esforços realizados nas últimas décadas no intuito de se ampliar o acesso da população aos medicamentos, o sistema público não tem

conseguido atender integralmente às necessidades da população. Isto gera uma sobrecarga no orçamento familiar com a compra daqueles medicamentos que não puderam ser adquiridos no setor público. Este problema também se expressa no crescimento exponencial de processos judiciais impetrados pela população contra o estado, na tentativa de obter medicamentos, em geral produtos de alto custo<sup>13</sup>.

Neste contexto, surgem diferentes programas seja de provisão, seja de financiamento, como são os casos das experiências de co-pagamento ou a tentativa de diminuir o preço dos medicamentos ao consumidor, por meio da política de medicamentos genéricos. No caso dos programas de co-pagamento, implementados tanto pelo nível federal - Farmácia Popular do Brasil - como pelos níveis estaduais, busca-se garantir à população o acesso a medicamentos básicos e essenciais à saúde, a baixo custo, mediante o seu fornecimento a preços subsidiados pelo governo, por isso a um custo inferior ao praticado no mercado privado<sup>29</sup>. A redução dos preços dos medicamentos genéricos ocorre em função da competição entre produtores de medicamentos que já possuam a sua patente expirada.

Dentre os programas de provisão, destaca-se a elaboração de programas, com algumas diferenças entre si, mas que, primordialmente, têm como foco a distribuição de medicamentos essenciais na atenção básica. Como resultado da inoperância da CEME, anteriormente à iniciativa federal – com o Programa Farmácia Básica, em 1997 – em fins da década de 90, os governos do Paraná, São Paulo e Minas Gerais elaboraram programas no âmbito da assistência farmacêutica que, em comum, possuíam o objetivo de garantir o tratamento eficaz das patologias mais frequentes em cada região. Dessa forma, pretendia-se expandir o acesso e a resolubilidade da rede no atendimento às necessidades individuais e coletivas das populações de baixa renda<sup>30</sup>. Nos três programas, o fornecimento dos medicamentos aos municípios estava submetido às contrapartidas por parte dos últimos, que visavam especialmente à organização, em nível local, da assistência farmacêutica.

Em 1997, foi criado pelo nível federal o Programa Farmácia Básica, PFB<sup>31</sup>, que visava atingir áreas pobres do país e possuía uma lista constituída de quarenta medicamentos essenciais a serem fornecidos como meio de garantir a premissa constitucional de acesso universal à saúde. O PFB era, na verdade, uma estratégia de transição entre a extinção da CEME e o desenvolvimento de uma nova política para o

setor de medicamentos. O PFB teve também como objetivo viabilizar os Laboratórios Oficiais, que entraram em crise com a extinção da CEME, pois não tinham pra onde escoar a produção<sup>30</sup>. Algumas falhas do programa foram: (1) o planejamento totalmente centralizado; (2) o não-ajuste de demanda de determinados medicamentos; e (3) a não inclusão de municípios com iguais necessidades de saúde aos atendidos, devido ao seu número de habitantes ser maior do que o corte. O programa também não colaborava com o fortalecimento ou a consolidação dos sistemas de saúde locais que recebiam os medicamentos, devido a grande verticalização do programa. Em contrapartida, o PFB realçou a necessidade do inter-relacionamento entre os programas de medicamentos essenciais e o planejamento local das atividades de assistência farmacêutica envolvendo os diferentes níveis de gerenciamento.

Em 1998, a Portaria do Ministério da Saúde 3.916 define a Política Nacional de Medicamentos (PNM)<sup>32</sup>. Ela foi o resultado de mais de 20 meses de negociações envolvendo profissionais de saúde, organizações internacionais, a sociedade organizada, a indústria farmacêutica e gestores do sistema de saúde. Foi também a primeira política setorial no campo da saúde elaborada no Brasil.

As principais diretrizes dessa nova política podem ser assim apontadas: (1) promoção do uso racional dos medicamentos; (2) reorientação dos serviços farmacêuticos; (3) adoção de uma lista/relação de medicamentos essenciais; (4) garantia da qualidade, eficácia e segurança; (5) desenvolvimentos científico e tecnológico; (6) regulação sanitária de medicamentos; (7) treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; e (8) promoção da produção de medicamentos. Vale ressaltar a importância da adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e de sua revisão permanente, baseada no modelo da OMS. Além da RENAME, os estados e municípios também foram estimulados a elaborar as suas próprias relações, de acordo com as características e necessidades de cada região.

Outra iniciativa relevante para modelo público de provisão de medicamentos foi o fornecimento gratuito dos medicamentos às pessoas vivendo com HIV e Aids, garantindo o acesso universal a toda medicação necessária ao tratamento. Outra vertente da provisão pública de medicamentos é a política de medicamentos excepcionais ou de alto custo. Esses produtos são aqueles medicamentos cuja aquisição governamental é feita em caráter excepcional, individual e com recursos financeiros independentes

daqueles destinados aos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, utilizando critério especial para dispensação<sup>33</sup>.

Observa-se marcada reestruturação da assistência farmacêutica a partir de 1999, quando o Ministério da Saúde, cumprindo a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde, de acordo com a diretriz da Política Nacional de Medicamentos e a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabeleceu incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com financiamento das três esferas de governo. A transferência dos recursos federais é condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme definido no pacto realizado em cada estado e aprovado pelas CIBs e CIT. A Assistência Farmacêutica Básica é considerada como parte integrante da Assistência Farmacêutica relacionada aos medicamentos essenciais de uso nos cuidados básicos de saúde, os quais são dispensados na rede ambulatorial do SUS sob prescrição médica.

A mais recente remodelação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica foi definida pela Portaria Nº 2084/05<sup>34</sup> que restabeleceu mecanismos e responsabilidades para o financiamento na Atenção Básica. Nesse documento, foi definido o Elenco Mínimo Obrigatório (EMO), caracterizado por um conjunto de medicamentos para a cobertura de ações no âmbito da atenção básica em saúde e que é constituído de dois componentes, o estratégico e o descentralizado.

O Componente Estratégico trata-se do elenco de medicamentos e produtos aplicados ao desenvolvimento das ações consideradas estratégicas na atenção básica e cuja responsabilidade pelo financiamento e/ou aquisição é do Ministério da Saúde. O Componente Descentralizado compõe-se do conjunto de medicamentos cujo financiamento é responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde e a aquisição é responsabilidade dos estados, municípios e Distrito Federal, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, CIBs.

Segundo essa portaria, os medicamentos de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios devem estar adequados às metas definidas nos respectivos Planos Municipais e Estaduais de Assistência Farmacêutica, definidas com base em indicadores locais e regionais<sup>34</sup>.

O financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é de responsabilidade dos gestores das três esferas do Sistema Único de Saúde e deve



garantir a disponibilidade dos medicamentos definidos em pactuações nas Comissões Intergestores Tripartite, e Bipartite. O elenco de medicamentos objeto desse financiamento deve estar fundamentado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, respeitando suas atualizações<sup>34</sup>.

A partir da Portaria MS/GM 2084/05<sup>34</sup>, os valores das contrapartidas do Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) das três esferas de governo para aquisição dos medicamentos básicos passa a ser pactuada a cada ano pela CIT. Atualmente é composto por recursos do Ministério da Saúde, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, nos seguintes valores: R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos) por habitante ao ano, oriundo do orçamento do *Ministério da Saúde*; R\$ 1,00 (um real) por habitante ao ano, no mínimo, como contrapartida *estadual* e do Distrito Federal, oriundo de orçamentos próprios; e R\$ 1,00 (um real) por habitante ao ano, no mínimo, como contrapartida *municipal*, oriunda de orçamento próprio.

O financiamento destinado à aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica é realizado observando-se os valores anuais *per capita* definidos para os grupos abaixo:

Grupo HD (hipertensão e diabetes) – R\$ 1,15 (um real e quinze centavos)

Grupo AR (asma e rinite) – R\$ 0,95 (noventa e cinco centavos)

Grupo IN (insulina) – R\$ 0,90 (noventa centavos)

Grupo SM (saúde da mulher) – R\$ 0,26 (vinte e seis centavos)

Grupo AN (Alimentação e Nutrição) – R\$ 0,10 (dez centavos)

Grupo CT (Combate ao Tabagismo) – R\$ 0,13 (treze centavos)

Produtos indicados como métodos contraceptivos

Os medicamentos constantes do Componente Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica devem ser eleitos de forma pactuada entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, para aplicação no desenvolvimento de ações consideradas estratégicas em atenção básica. Os recursos financeiros do financiamento dos medicamentos dos elencos IN, SM, AN e CT do Componente Estratégico do Elenco da Assistência Farmacêutica Básica, serão aplicados na aquisição direta e distribuição pelo Ministério da Saúde aos Estados, Municípios e Distrito

Federal. A execução dos recursos que compõem o financiamento estratégico da assistência farmacêutica na atenção básica, cuja responsabilidade pela aquisição dos grupos esteja descentralizada aos Estados, Municípios e Distrito Federal, deve observar os critérios pactuados na CIT e nas CIBs, que visem otimizar os recursos<sup>34</sup>.

A transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para as unidades da Federação observa as pactuações feitas nas CIBs, e está condicionada à contrapartida dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. A elaboração de um plano estadual de Assistência Farmacêutica Básica é requisito fundamental estabelecido para que os Estados e Municípios recebam o incentivo. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Executiva, repassa os recursos federais aos estados e municípios qualificados, correspondente a 1/12 do valor final do incentivo, na proporção do número de habitantes dos municípios<sup>34</sup>.

## **1.2. A proposta da OMS de estudo de acesso aos medicamentos no nível domiciliar**

O modelo de avaliação de políticas farmacêuticas proposto pela OMS divide a abordagem de avaliação em três níveis ou etapas. A primeira (Nível I) diz respeito a aspectos de estrutura e processo da organização do setor farmacêutico; a segunda (Nível II) utiliza indicadores voltados aos resultados da Política Nacional de Medicamentos, medidos no nível dos serviços, públicos e privados, e dos domicílios. A terceira (Nível III) é constituída pelos estudos que têm a finalidade de detalhar aspectos específicos da organização do setor farmacêutico<sup>5</sup>.

A pesquisa nível II apresenta dois grandes componentes, razoavelmente independentes: Avaliação nos Serviços e Inquérito Domiciliar.

A Avaliação nos Serviços<sup>5</sup> inclui uma série de questionários realizados em unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade que abordavam a disponibilidade de serviços e produtos, qualidade dos serviços e satisfação dos usuários, entre outros. A pesquisa domiciliar usou como base os domicílios próximos a algumas unidades de serviços que foram visitadas na pesquisa supracitada para avaliar o acesso aos medicamentos dos moradores das regiões.

O questionário domiciliar cobre o comportamento de procura por cuidado de saúde, incluindo capacidade aquisitiva, disponibilidade, fonte e uso apropriado de

medicamentos. Os formulários da pesquisa encontram-se no Anexo 1. O inquérito domiciliar intentou medir quanto cada pessoa doente gasta em medicamentos prescritos/recomendados. Também verificou se os pacientes estão utilizando serviços públicos ou privados de saúde ou se estão recorrendo ao comércio local, vizinhos ou sobras de medicamentos de episódios pregressos de doenças. Por meio destas informações, o questionário proveu dados importantes sobre o acesso a medicamentos na população pesquisada<sup>5</sup>.

Foi recomendado que o inquérito domiciliar fosse realizado em intervalos regulares de 2-3 anos, em conjunto com os indicadores de monitoramento e avaliação da situação farmacêutica do país<sup>5</sup>.

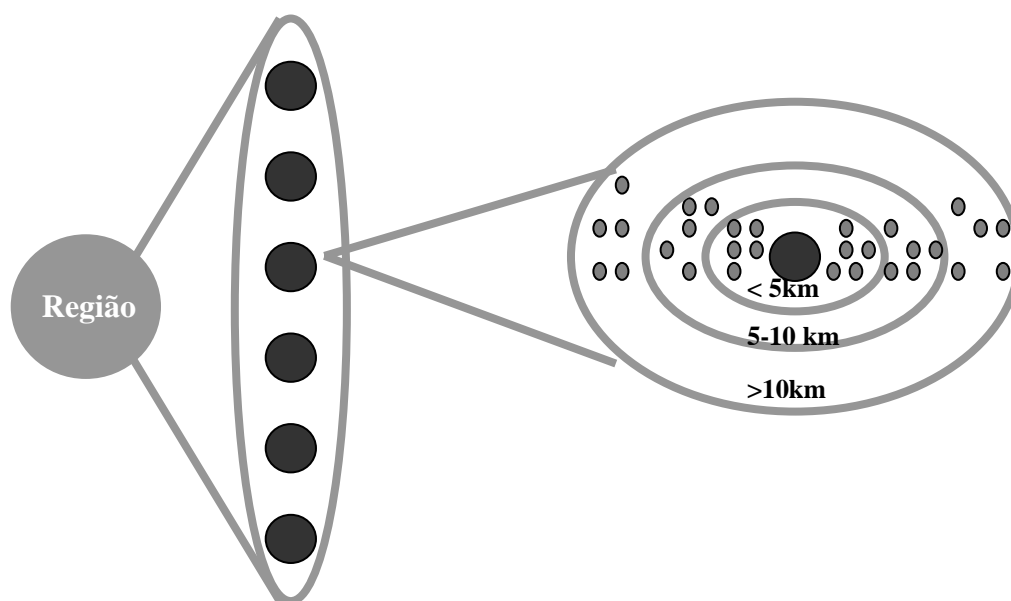
A definição do espaço amostral consistiu um desafio, uma vez que era necessário garantir sua suficiente sensibilidade e ao mesmo tempo viabilidade do ponto de vista financeiro e de tempo. A recomendação era que o estudo fosse conduzido em cinco áreas geográficas do país, que podiam ser um distrito, município ou província, a depender da organização e tamanho do país. A inclusão das áreas deveria contemplar as de maior e as de menor renda. A inclusão das unidades devia ser igualmente distribuída pelas áreas<sup>5</sup>.

No Brasil, o estudo foi feito de forma combinada com a abordagem no nível dos serviços, utilizando o mesmo espaço amostral. Dada nossa organização em cinco regiões, optou-se escolher, por sorteio aleatório, um estado por região e dois municípios por estado, sendo um a capital e o outro um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica ou não habilitado em nenhum sistema de Gestão, distante pelo menos 100 km de um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Esta opção deve-se ao fato da capital, por sediar o governo estadual, ser geralmente mais organizada e centralizar os pólos de distribuição de medicamentos. O critério para o segundo município procurou identificar aqueles mais distantes dos grandes centros e com rede de serviços de menor complexidade. Foram selecionados os seguintes estados (um por região) por sorteio aleatório: Espírito Santo; Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe<sup>5</sup>.

O estudo no nível dos serviços contemplou a visita a 30 unidades de saúde que foram utilizadas como referência para a amostragem de domicílios em conglomerados definidos por sua distância de cada unidade de saúde. Um conglomerado de 10

domicílios deveria ser selecionado em um raio de 5 km da unidade de saúde, 10 domicílios entre 5 e 10 km e 10 domicílios em mais de 10 km. A seleção de cada um dos 10 domicílios deve ser dividida de tal forma que 5 fiquem em uma direção e outros 5 na direção oposta, conforme figura abaixo (Figura 2) <sup>5</sup>.

**Figura 2.** Esquema para a seleção da amostra para inclusão dos domicílios.



A distribuição das áreas de pesquisa de acordo com os critérios estabelecidos na pesquisa mundial foi bastante trabalhosa em função das características geográficas e demográficas das regiões. Procurou-se aproximação máxima da distribuição desejada, no entanto, alguns municípios visitados ocupam pequenas áreas territoriais e, desta forma, campos nos raios de 5 ou 10 km de determinada unidade de saúde sobrepunham os campos de pesquisa nos raios de outras unidades de saúde<sup>5</sup>.

Entre os dias 13 e 24 de setembro de 2004, foram entrevistados 916 domicílios, considerados habilitados por haver um episódio de doença na família nas duas semanas anteriores à pesquisa, excluindo internação hospitalar e aqueles em uso de medicamentos de manutenção ou tratamento contínuo de doenças crônicas.

A avaliação dos serviços foi realizada por uma equipe de 10 coletores de dados que trabalharam em duplas, uma por estado, todos profissionais de saúde de nível superior. Para a coleta de dados do estudo domiciliar nas capitais foram recrutados dois profissionais de nível médio treinados pelos coletores de dados da equipe principal. No segundo município de cada estado, a coleta de dados do estudo domiciliar foi realizada

pela equipe principal <sup>5</sup>.

### **1.3. Pergunta do Estudo**

Para uma adequada análise e discussão acerca do acesso aos medicamentos, ganha enorme relevância uma abordagem que considere os aspectos socioeconômicos. Nesse contexto, e sem desconsiderar a importância das outras variáveis identificadas, algumas perguntas passam a ganhar relevância:

- Que dimensões do acesso podem ser mensuradas a partir dos indicadores fornecidos na Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos da OMS?
- Outros estudos realizados por instituições nacionais em conjunto com outras investigações acerca da vida da população alcançam propósitos semelhantes?
- Considerando as diferenças amostrais e metodológicas, justifica-se a realização de consecutivas pesquisas, uma vez que é possível obter indicadores similares nas experiências?
- Essas experiências podem se beneficiar de aspectos das demais?

### **1.4. Pressupostos**

Para medida de acesso a medicamentos, considera-se o modelo teórico traçado por Luiza<sup>6</sup>, com base no estudo de acesso desenvolvido pela Reunião Consultiva da OMS e do MSH (Management Sciences For Health), realizado em Ferney-Voltaire em 2000<sup>19</sup>, que parte do conceito de Penchansky & Thomas<sup>7</sup> e aponta como dimensões do acesso a disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e adequação.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo Geral

Explorar as experiências de investigação de acesso a medicamentos no nível domiciliar realizadas no Brasil entre os anos de 2002 e 2004 e averiguar as potencialidades das metodologias em termos das medidas que elas permitem, tendo como eixo de comparação as dimensões do acesso (disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e adequação).

### 2.2. Objetivos específicos

- Identificar as dimensões do acesso a medicamentos contempladas pelo modelo de estudo proposto pela OMS, verificando o acesso a medicamentos segundo as variáveis assim definidas;
- Levantar abordagens de medida de acesso a medicamentos realizadas no Brasil com abrangência nacional;
- Identificar as principais variáveis relacionadas ao acesso a medicamentos nas pesquisas selecionadas;
- Discutir os achados segundo a aplicação da metodologia do DAP/ OMS tendo em vista outras iniciativas nacionais de medida de acesso a medicamentos recentes ou em curso.

## 3. Desenho metodológico e Base de dados

Trata-se de um estudo exploratório que tem, como ponto de partida, o banco de dados originado pelo estudo “Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso dos Medicamentos”<sup>5</sup>, realizado conforme proposta da OMS<sup>2</sup>. Os indicadores são apresentados no **Quadro 1**, e as respectivas descrições completas no Anexo 4.

Com base no referencial teórico utilizado, os indicadores de acesso propostos no estudo da OMS foram classificados segundo a proposta de Luiza<sup>6</sup>.

A oferta potencial de serviço de saúde e de assistência farmacêutica estava

definida a priori, em função da metodologia da amostragem do estudo da OMS. Como mencionado na Seção 1.2, uma vez que a inclusão dos domicílios se dava em conglomerados definidos a partir de sua distância das unidades de observação incluídas no componente voltado aos serviços, o que significava um par composto por uma unidade pública de saúde com dispensação de medicamentos e uma farmácia privada.

**Quadro 1.** Indicadores de acesso e uso de medicamentos no estudo domiciliar.

| <b>Acesso a medicamentos pelas famílias</b>  |
|--|
| Porcentagem nacional de repostas domiciliares de acesso a cada fonte de obtenção de medicamento.                                   |
| Média nacional para as repostas domiciliares sobre o gasto em medicamentos por fonte.  |
| Média nacional para as repostas domiciliares sobre o gasto em medicamentos em todas as fontes.                                     |
| Média nacional de domicílios que relatam obter todos, alguns ou nenhum dos medicamentos recomendados.                              |
| Média nacional de repostas domiciliares sobre as razões para a não obtenção de todos os medicamentos recomendados.                 |
| Média nacional para as repostas domiciliares sobre capacidade aquisitiva para medicamentos (para a doença citada).                 |
| Média nacional para as repostas domiciliares sobre capacidade aquisitiva do domicílio para medicamentos num mês.                   |
| <b>Uso de medicamentos pelas famílias</b>  |
| Média nacional de repostas domiciliares de acesso a cada fonte de consulta.  |
| Média nacional de domicílios que relatam tomar todos, alguns ou nenhum dos medicamentos recomendados.                              |
| Média nacional das repostas domiciliares indicando que todos os medicamentos recomendados por médico ou dentista foram utilizados. |

Fonte: Adaptado OMS<sup>5</sup>.

A variável “Número de bens”, entendida como uma aproximação da renda das famílias, tomada como independente, foi cruzada com os indicadores que caracterizam aspectos do comportamento dos indivíduos frente a um episódio de doença aguda, como: fonte de consulta; a utilização ou não de medicamentos; o número de medicamentos utilizados; quem aconselhou seu uso; se foram obtidos e o motivo da não obtenção; onde foram adquiridos; e a quantia gasta na ocasião. O impacto do gasto com medicamentos nas despesas familiares foi investigado de duas maneiras: em relação ao gasto com todos os medicamentos obtidos habitualmente em um mês no domicílio e, especificamente, no caso da doença aguda relatada. Desse modo, pretendeu-se

observar a possibilidade de mobilização de recursos das famílias em situações não planejadas e as respectivas influências das condições socioeconômicas. O banco de dados do estudo original necessitou ser adequado às finalidades do presente estudo, o que implicou na recodificação e re-digitação de algumas variáveis. Foram realizadas análises uni e bi-variadas, utilizando-se o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS).

Os achados da pesquisa proposta pela OMS foram discutidos tendo em vista outras iniciativas nacionais de medida de acesso a medicamentos recentes, identificadas por meio de busca na Internet, principalmente em sítios de instituições de pesquisa.

#### **4. Considerações Éticas**

O processo de coleta de dados foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) anteriormente à realização do “Estudo Nível II da Assistência Farmacêutica no Brasil”. O projeto foi aprovado segundo conforme parecer 56/04 (Anexo 2). Foi solicitada a todos os entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para manifestação de anuência com a participação na pesquisa, conscientes de que os dados seriam utilizados para avaliar aspectos quanto ao acesso a serviços de saúde e aos medicamentos.

O banco de dados, cedido para este trabalho, não possui campos de identificação pessoal e, neste esse estudo, assumiu-se o compromisso de zelar pelo cumprimento dos Critérios de Ética em Pesquisa e confidencialidade da identidade dos participantes físicos ou institucionais da pesquisa.

O banco de dados da Pesquisa Domiciliar para a medida de Acesso e Uso de Medicamentos originou-se desse estudo. O projeto de dissertação “Acesso a Medicamentos no Brasil – possibilidades de análise a partir da metodologia proposta pela OMS” foi analisado e aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, conforme parecer nº 60/05 (Anexo 3).



## 5. Artigo – Acesso a Medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras

### Resumo

**Objetivo:** Estudar o acesso a medicamentos no Brasil medido no nível domiciliar, tendo como base a Pesquisa Domiciliar para a Medida de Acesso e Uso de Medicamentos, PDAUM-2004, proposta da OMS para avaliar a situação farmacêutica nos países.

**Metodologia:** Selecionaram-se estudos recentes com abrangência nacional em que abordou-se a questão dos medicamentos: PDAUM-2004; Pesquisa Mundial de Saúde (PMS-2003), iniciativa da OMS para avaliar a saúde nos países; Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002-2003); e Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, Suplemento Saúde (PNAD-Saúde 2003), realizadas pelo IBGE. Compararam-se as características gerais das pesquisas e seus resultados. As dimensões do acesso contempladas por cada experiência foram analisadas segundo modelo de abordagem de acesso a medicamentos em dimensões mensuráveis. **Resultados:** ‘*Capacidade aquisitiva*’ mostrou-se gargalo importante na questão do acesso, abordada em três dos quatro estudos considerados, que apresentaram a proporção direta entre poder aquisitivo e a compra direta de medicamentos. As dimensões ‘*disponibilidade de medicamentos*’ e ‘*acessibilidade geográfica*’ somente foram medidas pela PDAUM. ‘*Adequação*’ foi medida em três pesquisas e somente a PMS abordou a questão da satisfação do usuário com a qualidade dos medicamentos. **Conclusões:** O valor do acesso geral na PDAUM e na PMS foi bastante convergente, 89,6% e 87% respectivamente, em que pesem as diferenças da abordagem metodológica utilizadas por cada estudo. A PDAUM utiliza método de fácil aplicação e baixo custo. Uma fragilidade importante na orientação de políticas públicas é seu foco nas doenças agudas, que inclui muitas condições não contempladas nas prioridades em saúde de vários países.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Assistência Farmacêutica; Acesso aos Serviços de Saúde.

## Abstract

**Objectives:** This study aims to study access to medicines in Brazil measured at household level, using as axe the ‘Household Survey for the Drugs Access and Use Assessment’, PDAUM-2004, proposed by WHO to evaluate the countries pharmaceutical situation. **Methods:** Recent studies addressing access to medicines, conduct in national level had been selected for comparison: World Health Survey (PMS-2003), a WHO initiative to evaluate the countries’ health; Household Budgets Survey (POF 2002-2003), and National Survey of Household Samples, Health-Supplement (PNAD-Health 2003), these both carried through the Brazilian Geographic and Statistics Institute (IBGE). Beyond comparing the surveys’ general characteristics and their results, the access dimensions contemplated by each experience had been analyzed. In order to compare the studies, a drug access model study in measurable dimensions was chosen. **Results and Discussion:** Concerning to the measured dimensions, *affordability* represented the main point of access to medicines and was addressed on three of the four studies considered that calculated the direct ratio between purchasing power and the out-of-pocket drug purchase. The dimensions *availability* and *geographical accessibility* has been only measured by PDAUM. *Acceptability* was measured by three surveys. However, only PMS approached the question of user satisfaction with quality of medicines. **Conclusion:** General Access in PDAUM (89,6%) and in PMS (87%) was quite convergent, despite differences in the methodological approaches. PDAUM uses a low cost and easy data collection method. One important constrain to public policy guidance is its focus on acute diseases, that include many conditions not addressed in many national proprietary health programs.

**Key-words:** Health Evaluation; Pharmaceutical Services; Access to health care.

## 5.1. Introdução

Os medicamentos representam um importante papel no sistema de saúde, uma vez que colaboram para salvar vidas e melhorar a saúde das pessoas. O acesso ao tratamento medicamentoso relaciona-se, contudo, a uma série de fatores que perpassam as questões sobre acesso e utilização de serviços de saúde.

Quanto à medida de acesso a medicamentos, os indicadores mais comumente utilizados, possivelmente pela facilidade operacional, geralmente são obtidos no nível das unidades/ prestadores de serviços de saúde. Dessa forma, somente é contemplada a parcela da população que teve acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, à prescrição médica. Não há muita informação disponível a partir dos usuários finais de medicamentos. Ainda que os indicadores medidos nas unidades/ prestadores tenham se mostrado úteis, a pesquisa domiciliar é importante para obter informações acuradas sobre como a população está tendo acesso e usando os medicamentos<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem investido no desenvolvimento de metodologias que permitam descrever a situação da política de medicamentos nos países, incluindo a assistência farmacêutica, sobre o acesso, qualidade e uso racional de medicamentos em um país ou região. A Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos (PDAUM) foi proposta pela OMS e desenvolvida e aplicada de forma pioneira no país em 2004. A metodologia da PDAUM visava constituir uma abordagem de baixo custo e fácil de operar.

Todavia, o Brasil emprega ou já empregou outras metodologias capazes de medir acesso. Há relatos difundidos de experiências locais ou regionais de acesso e uso de medicamentos no nível domiciliar e algumas iniciativas recentes de abrangência nacional. Com isso, é interessante cotejar estas metodologias para que se possa subsidiar a discussão da robustez entre elas.

No presente artigo, propõe-se discutir as experiências de abrangência nacional mais recentes, além da “Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos”, que abordaram a questão do acesso aos medicamentos. O foco desse artigo é a comparação desses estudos quanto à medida do acesso a medicamentos. Para isso, elegeu-se como lente de comparação a definição de medida de acesso a medicamentos, segundo dimensões, de Luiza<sup>2</sup>. Adicionalmente, os estudos serão

cotejados, quando possível, segundo sua metodologia, abrangência, tempo de aplicação e outros critérios operacionais.

### **5.1.1. Modelo de medida de acesso a medicamentos utilizado**

Esse artigo considerou o modelo de Luiza<sup>2</sup>, cujo estudo de acesso a medicamentos, baseou-se no modelo desenvolvido pela Reunião Consultiva da OMS e do MSH (Management Sciences For Health), realizado em Ferney-Voltaire em 2000<sup>3</sup>, que parte do conceito de Penchansky & Thomas<sup>4</sup>. Considerando que os autores<sup>4</sup> centram o conceito de acesso no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, a autora<sup>2</sup> buscava um modelo que identificasse as possibilidades de intervenção ou o monitoramento de intervenções já realizadas. Assim, delineou as dimensões para medida de acesso aos medicamentos em termos das principais barreiras do acesso, sendo elas: *disponibilidade física*, definida pelo relacionamento entre o tipo e quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos; *capacidade aquisitiva*, definida pelo relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles; *acessibilidade geográfica*, definida pelo relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços; e *adequação*, que se refere ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

## **5.2. Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa documental, acompanhada de uma análise comparativa por meio de um modelo de acesso validado pré-definido.

Foram investigados os estudos de abrangência nacional mais recentes, além da “Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos”, que abordaram a questão do acesso aos medicamentos. Foram comparadas, quando possível, as metodologias das pesquisas no que tange ao tamanho da amostra, tempo para coleta de dados, tipo de medicamentos contemplados e abrangência geográfica, entre outros aspectos. Foram observadas quais dimensões do acesso a medicamentos puderam ser avaliadas com os dados providos por cada pesquisa, de acordo com o modelo de acesso a medicamentos de Luiza<sup>2</sup>.

Discutiu-se, após análise, a complementaridade entre as pesquisas, a relevância da realização de diversos estudos para os sistemas de saúde e utilidade potencial das informações geradas para orientar a tomada de decisão.

### **5.3. Resultados e discussão**

Foram identificadas as seguintes pesquisas de abrangência nacional contemplando aspectos de acesso a medicamentos: a Pesquisa Mundial da Saúde (PMS), realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2003, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, módulo saúde (PNAD-Saúde), realizada em 2003, e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/ 2003, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além da Pesquisa Domiciliar para a medida de Acesso e Uso de Medicamentos (PDAUM) realizada em 2004.

#### **5.3.1. “Pesquisa Domiciliar para Medida de Acesso e Uso de Medicamentos (Nível II)” – a proposta da OMS**

A PDAUM foi realizada em resposta à proposta da HTP/OMS de avaliar a situação farmacêutica nos países. A proposta é de que a avaliação seja feita em três níveis, I, II e III, que contemplam respectivamente aspectos de estrutura e de processo da organização do setor farmacêutico; indicadores voltados aos resultados da Política Nacional de Medicamentos (PNM); e aspectos específicos da organização do setor farmacêutico<sup>5</sup>. O desejável, segundo a OMS, é que os dois primeiros níveis sejam aplicados com a periodicidade de três anos.

No Brasil, o nível I foi realizado em 2003 e o Nível II em 2004. Os indicadores do Nível II foram obtidos por inquérito sistemático tanto no âmbito dos serviços farmacêuticos públicos e privados, como no dos domicílios. Os dois componentes da pesquisa (serviços e domicílios) foram abordados concomitantemente, conforme recomendação da OMS, durante período de campo. A Avaliação nos Serviços<sup>5</sup> incluiu uma série de questionários realizados em unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade que abordavam a disponibilidade de serviços e produtos, qualidade dos serviços e satisfação dos usuários, entre outros. A pesquisa domiciliar usou como base os domicílios próximos a algumas unidades de serviços que foram visitadas na pesquisa supracitada para avaliar o acesso aos medicamentos dos moradores das regiões.

A condição de habilitação do domicílio à entrevista era a manifestação de episódio agudo de doença na família nas duas semanas anteriores à pesquisa, excluindo internação hospitalar e aqueles em uso de medicamentos de manutenção ou tratamento contínuo de doenças crônicas. A metodologia do estudo pautou-se na aplicação de questionário e a amostragem seguiu as recomendações da OMS<sup>6</sup> de que o estudo fosse conduzido em cinco áreas geográficas do país, que podem ser distritos, municípios ou províncias, a depender da organização e tamanho do país. A inclusão das áreas deveria contemplar tanto as de maior e como as de menor renda.

No Brasil, escolheu-se aleatoriamente um estado por região e dois municípios por estado – a capital e um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica ou não habilitado em nenhum Sistema de Gestão, distante pelo menos 100 km de um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal<sup>5</sup>. Foram selecionados os seguintes estados: Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe. Para a realização do componente de “Inquérito Sistemático de Serviços” foram definidas unidades de saúde de diversas categorias, cuja inclusão no estudo demandava que as unidades fossem igualmente distribuídas pelas áreas geográficas selecionadas. As unidades públicas de saúde utilizadas para a coleta de dados do estudo no nível dos serviços foram referências para a seleção da amostragem de domicílios em conglomerados definidos por sua distância relativa a cada unidade de saúde. Foram selecionados três conglomerados de dez domicílios a cada 5 km de distância da unidade de saúde, sendo que, em cada conglomerado, metade dos domicílios ficou em uma direção e a outra metade na direção oposta<sup>1</sup>.

O questionário domiciliar possibilitava rápido preenchimento e cobria o comportamento de procura por cuidado de saúde, incluindo capacidade aquisitiva, disponibilidade, fonte e uso apropriado de medicamentos. Tentou-se medir quanto cada pessoa doente gasta em medicamentos prescritos/ recomendados. Além disso, verificou-se se os pacientes estão utilizando serviços públicos ou privados de saúde ou se estão recorrendo ao comércio local, vizinhos ou sobras de medicamentos de episódios pregressos de doenças. Para examinar as desigualdades por nível socioeconômico, foram considerados o grau de escolaridade do chefe da família; número de bens (medido pelo número de bens no domicílio, variando de 0 a 11 bens) e infra-estrutura básica.

No momento da aplicação do primeiro estudo no Brasil, o componente voltado ao diagnóstico a partir dos serviços era entendido como já pronto e validado pela OMS. No componente do nível domiciliar, contudo, a aplicação fez parte da realização de pré-testes e a expectativa da OMS era a de que a experiência contribuísse para a consolidação da metodologia.

Nos resultados da PDAUM, os 916 domicílios entrevistados foram estratificados segundo o número de bens declarados a partir de uma lista pré-definida de dez itens e encontrou-se, ao fim da pesquisa, que 24,5% dos respondentes declararam ter entre zero e três bens na família; 53,4% entre quatro e sete bens e 21,3% declararam ter oito ou mais bens. Os domicílios possuíam média de 4,2 habitantes<sup>5</sup>.

Farmácias e drogarias privadas foram as fontes mais utilizadas para obtenção de medicamentos, mencionadas por 62,4% dos domicílios, seguidas pela utilização de medicamentos que as pessoas já possuíam em casa (29%) e por farmácias de unidade pública (22,8%)<sup>5</sup>. A procura por farmácias de unidades públicas foi 1,6 vezes maior entre as pessoas residentes em domicílios com “zero a três” bens, comparadas com os domicílios com mais de quatro bens.

### **5.3.2. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF**

A POF é uma pesquisa detalhada sobre como as famílias adquirem e gastam os seus recursos, não só com saúde, mas com todas as classes de despesas, da alimentação ao transporte, passando pelo vestuário, pelo lazer e mesmo pelos impostos. Ela permite dimensionar o peso do gasto com saúde em relação aos demais dispêndios familiares.

Em 2002, foi realizada a quarta pesquisa pelo IBGE sobre orçamentos familiares. As anteriores foram o Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF 1974-1975, com âmbito territorial nacional, à exceção da área rural da Região Norte; a Pesquisa de Orçamentos Familiares 1987-1988; e a Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995-1996<sup>7</sup>.

Adotou-se um plano amostral conglomerado em dois estágios, com estratificação geográfica e estatística (a partir de variável que caracteriza os estratos socioeconômicos) das unidades primárias de amostragem que correspondem aos setores da base geográfica do Censo Demográfico 2000. As unidades secundárias de amostragem são os domicílios particulares permanentes. Os setores foram selecionados por amostragem sistemática

com probabilidade proporcional ao número de domicílios no setor, ao passo que os domicílios foram selecionados por amostragem aleatória simples sem reposição, dentro dos setores selecionados. Em seguida, foi aplicado procedimento de distribuição dos setores (e respectivos domicílios selecionados)<sup>7</sup>.

A POF 2002-2003 foi realizada no período compreendido entre julho de 2002 e junho de 2003, pois era necessário definir períodos de observação variados, uma vez que eram investigados uma grande diversidade de itens de despesas, com diferentes valores unitários e diferentes frequências de aquisição.

As informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares foram obtidas diretamente nos domicílios particulares permanentes selecionados, por meio de entrevistas e registros em cadernetas de despesa autopreenchíveis, durante um período de nove dias consecutivos. A investigação das despesas com assistência à saúde incluiu diversas despesas com produtos e serviços relativos à saúde tais como: remédios, plano e seguro saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, entre outros.

Na POF de 2002-2003, as faixas de renda foram estratificadas em valores monetários divididos em dez faixas que vão de “até 400 reais”, e inclui famílias sem rendimentos, até a faixa “mais de 6000 reais”. Esse artigo elegeu as categorias de “Até R\$ 400”, “mais de R\$ 600 a R\$ 1000” e “mais de R\$ 1600 a R\$ 2000” para comparar com as categorias de número de bens utilizadas na PDAUM e na PMS.

A POF 2002-2003<sup>8</sup> mostrou que o gasto com medicamentos representa 75,9% dos gastos familiares mensais em saúde das famílias com rendimento até R\$ 400, enquanto nas famílias com rendimento entre R\$ 1600 e R\$ 2000 esse gasto corresponde a 45,2% (Tabela 1). Além dos medicamentos, os maiores gastos em saúde das famílias foram planos de saúde e tratamento dentário, mas representaram bem menos do que os medicamentos no total de gastos. Os gastos mensais familiares com medicamentos correspondem a 2,2% dos gastos mensais totais e 12,7% dos gastos com alimentos (**Tabela 3**). As famílias gastam em média R\$ 38,60 em medicamentos mensalmente, sendo que a faixa de melhor condição de renda tem um gasto mensal absoluto 3,4 vezes maior do que pessoas com rendimentos de até 400 reais (**Tabela 3**).



**Tabela 1.** Composição percentual de gastos em Assistência à Saúde por classes de rendimento (em reais) da POF. Brasil, 2003.

| Tipo de despesa                | Classes de rendimento monetário e não monetário mensal familiar |                    |                     |
|--------------------------------|---|--------------------|---------------------|
|                                | Até 400   | Mais de 600 a 1000 | Mais de 1600 a 2000 |
| Remédios                       | 75,9  | 60,0               | 45,2                |
| Plano/Seguro saúde             | 7,0   | 12,5               | 24,9                |
| Consulta e tratamento dentário | 3,0   | 7,1                | 11,0                |
| Consulta médica                | 5,1   | 6,1                | 5,8                 |
| Tratamento ambulatorial        | 0,5   | 0,7                | 0,5                 |
| Serviços de cirurgia           | 0,2   | 1,9                | 2,1                 |
| Hospitalização                 | 0,3   | 1,4                | 0,8                 |
| Exames diversos                | 3,3   | 4,1                | 3,3                 |
| Material de tratamento         | 3,3   | 5,0                | 4,8                 |
| Óculos e lentes                | 1,6   | 1,2                | 1,5                 |
| Outras                         | 100,1   | 100,0              | 100,0               |

Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2003<sup>8</sup>.

**Notas:** O termo família está sendo utilizado para indicar a unidade de investigação da pesquisa "Unidade de Consumo". A categoria Até 400 inclui as famílias sem rendimento.

### 5.3.3. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD

A PNAD é realizada anualmente, também pelo IBGE, em todo o território nacional, exceto em áreas rurais da Região Norte. Em 2003 e 1998, a PNAD foi realizada com um suplemento especial dedicado a vários aspectos da saúde.

Na PNAD 2003, foram pesquisados 133.255 domicílios e 384.834 pessoas. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: unidades primárias – municípios; unidades secundárias – setores censitários; e unidades terciárias – unidades domiciliares<sup>9</sup>.

Em 2003, as situações foram investigadas, segundo os grupos de idade, o sexo, classes de rendimento mensal familiar, anos de estudo segundo, grupos de atividade do trabalho principal, Unidades da Federação, entre outros<sup>10</sup>. O questionário utilizado em 2003 manteve essencialmente a mesma estrutura do aplicado em 1998. As alterações mais importantes foram a inclusão de investigação relativa ao acesso a serviços

preventivos de saúde para as mulheres e a exclusão do bloco que investigava os gastos privados em saúde. Esse bloco trazia importantes informações a respeito do impacto do gasto com medicamento nas despesas familiares e foi fonte para diversas discussões referentes ao assunto<sup>11,12</sup>.

Ao inquirir a população sobre serviços de saúde de uso regular, foi observado que, considerando o total da população brasileira, 79,3% (139,5 milhões de habitantes) declararam ter um serviço de uso regular. Os Postos ou Centros de Saúde foram os serviços majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52,4%), seguidos pelos Consultórios Particulares (18%), Ambulatórios de Hospitais (16,9%), Pronto Socorro ou Emergência (5,8%), Ambulatório ou Consultório de Clínicas (4,4%) e Farmácia (1,4%). Acerca dos atendimentos nas duas semanas que antecederam a entrevista, os serviços de atenção primária (postos e centros de saúde) responderam por cerca de 40% e, no outro extremo, as farmácias responderam por 1,5%<sup>10</sup>.

#### **5.3.4. Pesquisa Mundial de Saúde**

Em 2002, dando prosseguimento às discussões sobre a proposta da OMS para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde a delegação brasileira firmou acordo com a Organização para a realização da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) no Brasil, cabendo esta responsabilidade à Fundação Oswaldo Cruz<sup>13</sup>. De janeiro a setembro de 2003, foi realizado inquérito populacional, de âmbito nacional, em 5.000 domicílios escolhidos por amostragem probabilística. A amostragem foi feita em três estágios. Primeiramente, 250 setores censitários foram estratificados de acordo com a situação (urbana ou rural) e o tamanho do município. Vinte domicílios foram selecionados aleatoriamente em cada intervalo e no domicílio, um adulto foi selecionado com equi-probabilidade entre os residentes da casa para responder ao questionário individual. Com isso, foram entrevistados 5.000 adultos (com 18 anos ou mais)<sup>13</sup>.

Na pesquisa, foram abordados aspectos sobre condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde; fatores de risco; alguns problemas de saúde (situações crônicas; situações agudas); cobertura de programas de saúde; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário; gastos relativos das famílias em saúde<sup>13</sup>.

As perguntas relativas ao uso de medicamentos, de forma similar à PDAUM,

foram aplicadas aos indivíduos que haviam feito uso destes produtos nas duas semanas anteriores à entrevista. Mas, diferentemente daquela, em que se questionava se havia algum doente na casa, neste caso, a investigação desse tema era concernente à existência de algum medicamento no domicílio. Se a resposta fosse afirmativa e o entrevistado houvesse usado o medicamento nas duas semanas precedentes, era solicitada a embalagem do produto e a prescrição médica para o medicamento. O entrevistador registrava então o tipo e/ou o nome genérico do produto e se a medicação tinha sido prescrita por um profissional de saúde<sup>14</sup>.

A PMS foi um dos referenciais metodológicos da PDAUM e, ambas alicerçaram-se em práticas recomendadas pela OMS. Assim, há diversas semelhanças no escopo das duas pesquisas, no que se refere ao instrumento de coleta da análise do componente farmacêutico. Sendo assim, as variáveis sócio-demográficas consideradas no estudo foram: grupo de idade; sexo; escolaridade; tamanho da população do município; e número de bens da casa<sup>13</sup>.

Os achados da PMS evidenciaram que, entre os 5.000 entrevistados, 71,1% relataram ter algum tipo de medicamento em casa, sendo 76,6% mulheres e 64,6% homens<sup>14</sup>.

A investigação sobre a satisfação com os serviços de saúde detectou que, dos 31% dos entrevistados que relataram assistência de saúde com internação nos cinco anos antes da pesquisa, 7% acharam inadequada a disponibilidade de medicamentos. Entre os usuários do SUS, o percentual é de 9%. A avaliação do atendimento ambulatorial percebeu que dentre os 2.396 indivíduos que receberam algum cuidado de saúde sem internação no ano anterior, 19% acharam a disponibilidade de medicamentos inadequada, sendo que entre os usuários do SUS o percentual se eleva para 24%<sup>14</sup>.

Outro foco foi a investigação do uso de algum medicamento nas duas semanas antes da entrevista. Foi encontrado que, entre os participantes que mantiveram algum medicamento em casa, cerca da metade (49%) relatou uso durante este período.

A PMS também avaliou os gastos com saúde, incluindo medicamentos. Dos gastos com saúde, de forma bastante semelhante à POF, os medicamentos constituíram o principal componente, correspondendo a 31% do total, sendo que a média mensal de gastos com medicamentos foi de R\$ 44,27. Na categoria mais abastecida, a média de gasto em saúde foi maior do que R\$ 400 e o gasto médio mensal com medicamentos R\$

88,83, quatro vezes maior do que a quantia gasta pelos mais pobres, no entanto correspondia somente a 21% dos gastos em saúde desse grupo. Entre os mais pobres, 59% do gasto mensal em saúde são consumidos com medicamentos, equivalente à quantia de R\$ 22,88<sup>13</sup>.

### **5.3.5. Aspectos gerais dos estudos**

O **Quadro 2** traz resumidamente as características gerais de cada pesquisa. Em relação aos estudos do IBGE, a POF mostrou-se bastante eficiente na avaliação da capacidade aquisitiva das pessoas para medicamentos. A principal característica dessa pesquisa é o elevado nível de detalhe na captação das despesas familiares. Sua confiabilidade e qualidade são comprovadas, tanto que as POFs são utilizadas como base para a determinação das estruturas de ponderação de alguns dos principais índices de preços utilizados no Brasil, como o INPC e o IPCA, ambos calculados e divulgados pelo próprio IBGE<sup>15</sup>.

A PNAD, a exemplo da POF, é outra pesquisa de qualidade reconhecida. A PNAD-saúde 2003 trouxe importantes informações sobre acesso e uso dos serviços de saúde. Contudo, como o gasto com bens e serviços de saúde não foi objeto de investigação da última edição da pesquisa, informações sobre a capacidade aquisitiva em relação aos medicamentos obtidas no suplemento de saúde da PNAD de 1998 deixaram de ser avaliadas<sup>11</sup>.

Dessa forma, os achados desses estudos apresentam limitações no que tange a observação de outros fatores determinantes ao acesso e uso de medicamentos. Ademais, possivelmente em virtude da ampla abrangência de aspectos contemplados por estas pesquisas, o medicamento ganha importância relativamente menor e as informações geradas podem ser obtidas numa frequência não compatível com as necessidades de tomada de decisão dos gestores da área, considerando a esporadicidade de realização dessas pesquisas.

As metodologias propostas pela OMS, a PDAUM e a PMS buscam gerar dados comparáveis entre os países. Adicionalmente, a PDAUM busca metodologia de baixo custo e fácil aplicação, a partir dos recursos habitualmente disponíveis no setor saúde em países de renda média e baixa.

**Quadro 2.** Características gerais - áreas abrangidas, total de entrevistados e data de realização - das diferentes pesquisas domiciliares de abrangência nacional – PDAUM, POF, PNAD, PMS.

| <b>Pesquisas</b> | <b>Características</b>   |
|------------------|--|
| <b>PDAUM</b>     | <p><b>Área abrangida:</b> A capital e mais um município nos seguintes estados selecionados (um por região): Espírito Santo; Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe.</p> <p><b>Balanco:</b> 5 estados, 10 municípios, 916 domicílios.</p> <p><b>Data de realização:</b> 13 e 24 de setembro de 2004.</p>  |
| <b>POF</b>       | <p><b>Área abrangida:</b> regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Nas áreas rurais, em função dos altos custos de coleta, principalmente devidos a grandes deslocamentos, a estratificação não foi definida em cada Unidade da Federação. Assim, foram definidos cinco estratos rurais, um para cada Grande Região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).</p> <p><b>Balanco:</b> 48.470 domicílios</p> <p><b>Data de realização:</b> julho de 2002 e junho de 2003.</p> |
| <b>PNAD</b>      | <p><b>Área Abrangida:</b> Todo o País, com exceção da área rural de seis Unidades da Federação - Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.</p> <p><b>Balanco:</b> 851 municípios, 7.273 setores censitários, 133. 255 domicílios, 384 834 pessoas.</p> <p><b>Data de realização:</b> Setembro de 2002 a setembro de 2003</p>  |
| <b>PMS</b>       | <p><b>Área Abrangida:</b> 25 estados (com exceção de Acre e Roraima)</p> <p><b>Balanco:</b> 25 estados, 188 municípios, 250 setores censitários, 5 mil brasileiros com idade acima de 18 anos.</p> <p><b>Data de realização:</b> Janeiro a setembro de 2003.</p>   |

Fonte:Elaboração a partir da análise da PDAUM, PNAD, POF e PMS.

Entre os indicadores semelhantes constantes nas duas pesquisas, está o de existência de prescrição para os medicamentos usados nas duas semanas precedentes à entrevista. A PMS encontrou todos os produtos prescritos por um médico para 68% dos entrevistados, enquanto que nenhum prescrito por um médico para 25%<sup>14</sup>. A PDAUM, ao investigar esse dado em caso de doença aguda, observou que menos da metade das pessoas (47,6%) que tiveram medicamento recomendado ou usado, declarou ter obtido prescrição<sup>5</sup>. Essa informação reflete a pouca procura de serviços de saúde em caso de situações de doença aguda, ilustrada, por exemplo, na alta porcentagem de indicação leiga como fonte de consulta (76,7%) encontrada na pesquisa descrita<sup>5</sup>.

A OMS<sup>16</sup> aceita o importante papel da automedicação no sistema de saúde e, com a constante melhora na educação e condições socioeconômicas da população, observa a bem sucedida integração da automedicação em diversos sistemas de saúde.

Ela aponta como produtos automedicáveis aqueles que não necessitam prescrição médica e que são produzidos, distribuídos e vendidos para que os consumidores os utilizem por iniciativa própria. A OMS preconiza a automedicação responsável para prevenir e tratar sintomas e doenças que não necessitam de consultas médicas. Isso reduz a pressão sobre os serviços médicos, especialmente quando a oferta é limitada, como no caso das populações vivendo em áreas remotas ou rurais, onde o acesso a serviços médicos pode ser difícil, ou quando elas não são capazes de pagar pela consulta médica e só procuram os serviços médicos quando percebem a piora de seu estado de saúde<sup>16</sup>. No entanto, a informação obtida na PDAUM não pode ser avaliada como automedicação responsável, já que não foram computados os medicamentos utilizados, assim como a necessidade dos indivíduos.

Os indicadores de uso de medicamentos da PDAUM avaliaram quais as atitudes dos indivíduos diante de algum sinal ou sintoma que pudesse significar algum problema de saúde. Somente em 3,5% dos domicílios, os indivíduos não tomaram nenhuma atitude. Daqueles que buscaram algum tipo de fonte para consulta, em 76,7% dos domicílios foi procurada indicação de leigos, incluindo, nesse grupo, a decisão própria de comprar o medicamento, citada por 27,1% dos respondentes. Condutas adequadas, como a consulta às unidades de saúde foi mencionada por 48,4% dos domicílios.

A PDAUM investigou o comportamento dos usuários frente a um episódio de doença aguda, em que os sintomas, independentes de sua gravidade, incomodam o indivíduo. Dessa forma, a necessidade de saúde, caracterizada principalmente pela urgência da doença, aparece como um fator determinante para a utilização dos medicamentos. Além disso, em geral, utilizam-se medicamentos de baixo custo.

A escolha do episódio agudo como caso traçador apresenta vantagens por questões operacionais, pois é de fácil identificação e possui alta prevalência. Por outro lado, essa condição limita a avaliação das políticas públicas locais, que podem estar orientando suas ações majoritariamente para doenças de maior impacto epidemiológico, como epidemias focais ou doenças crônicas.

O uso de traçadores é um método que tem como base o fato de que determinados eventos, condições ou problemas de saúde podem ser utilizados como parâmetro de análise para a qualidade da assistência. Para ser classificado como um traçador, este tem que ser de fácil identificação, permitir revelar como cada parte do sistema funciona, não

isoladamente, mas relacionadas uma às outras. Pressupõe-se que a forma de prover o cuidado rotineiramente determine a ocorrência ou não deste evento, condição ou problema de saúde. Algumas condições são necessárias para a definição de um traçador: seu impacto funcional para os que são afetados por ele; prevalência freqüente para permitir a coleta de dados em uma população limitada; ocorrência variável de acordo com a utilização e a efetividade da assistência prestada<sup>17</sup>. Assim, os episódios agudos mostram-se insuficientes para preencher alguns desses requisitos, como a sua representatividade dentre os problemas da população e seu impacto funcional para os que são afetados por esse problema.

Avaliando-se a obtenção dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde anterior ao inquérito, a PMS encontrou que 87% conseguiram adquirir todos os medicamentos prescritos, 5% conseguiram adquirir grande parte e 8%, muito poucos ou nenhum. Trata-se de uma informação fundamental do acesso já que reflete a continuidade do tratamento médico. Apesar de a PDAUM ter abordado apenas medicamentos para doenças agudas (em geral mais baratos), o acesso foi semelhante quando os medicamentos foram recomendados por médicos ou dentistas, já que em 89,6% dos domicílios, os doentes obtiveram todos os medicamentos recomendados, em 8,5%, foram adquiridos alguns dos medicamentos e 1,9% não obteve nenhum dos medicamentos recomendados. A respeito das razões para não obtenção, a maioria dos entrevistados da PMS (55%) e da PDAUM (62,8%) disseram que não podiam pagar<sup>13,5</sup>.

A capacidade aquisitiva constitui um gargalo importante na questão do acesso, sendo a dimensão do acesso abordada em três dos quatro estudos considerados. Mesmo no Brasil, que contempla em texto legal o compromisso público com “a assistência farmacêutica integral”<sup>18</sup>, a despesa familiar responde por boa parte do financiamento aos medicamentos, o que foi confirmado por todos os estudos.

Outra característica de consumo de medicamentos observada em todas as pesquisas é a relação direta entre o poder aquisitivo, a compra direta desses produtos e o valor desembolsado. A **Tabela 2** confirma essa informação, já que, apesar da diferença absoluta entre valores obtidos nas pesquisas ser grande, uma vez que o resultado obtido na PDAUM é quase o dobro do resultado da PMS, a razão entre as classes de bens é constante e bastante semelhante em ambas as investigações. Assim, a quantia mensal média gasta em medicamentos na classe de “8 e mais bens” é 1,6 vezes maior que a

quantia gasta na classe de 4-7 bens, e essa por sua vez também gasta 1,6 mais vezes que a classe econômica menos favorecida, segundo a PDAUM. Nas outras duas pesquisas relação também é constante entre as três categorias, sendo que, na PMS, a razão de diferença passa a ser de cerca duas vezes e na POF, de 1,8.

**Tabela 2:** Gastos com medicamentos obtidos em diferentes pesquisas de abrangência nacional.

| <b>Gastos</b>   | <b>Total de Domicílios</b> | <b>0 -3 bens</b> | <b>4 – 7 bens</b> | <b>8 e + bens</b> |
|---|----------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Gastos mensais com medicamento em reais (R\$) obtidos na PDAUM. Brasil, 2004. | R\$ 84,4                   | R\$ 49,8         | R\$ 81,2          | R\$ 129,9         |
| Gastos mensais com medicamento em reais (R\$) obtidos na PMS. Brasil, 2003.   | R\$ 44,27                  | R\$ 22,88        | R\$ 43,42         | R\$ 88,83         |
| Gastos mensais com medicamento em reais (R\$) obtidos na POF. Brasil, 2003.   | R\$ 38,60                  | R\$ 14,07        | R\$ 27,35         | R\$ 48,21         |

Fonte: Elaboração a partir de dados das PDAUM e PMS e POF.

**Notas:** Na POF, as categorias 0-3 , 4-7 e 8 e + bens correspondem à “até R\$ 400”, “mais de R\$ 400 a 600” e “Mais de 1600 a 2000”, respectivamente. “Até 400” incluem famílias sem rendimento.

Assim como o desembolso direto para a compra de medicamentos, o impacto dos gastos com esses produtos relacionados às demais despesas familiares é importante para medida da capacidade aquisitiva. A **Tabela 3** traz valores no que se refere à representatividade do gasto mensal dos medicamentos, quando comparados com o de alimentos. Observam-se diferentes valores entre os achados da PDAUM (25,7%) e da POF (12,7%), explicados, possivelmente, por diferenças no plano amostral ou por questões metodológicas dos estudos. Contudo, em ambos, o impacto é semelhante entre as diferentes classes de renda estudadas. Comparando-se os gastos com medicamentos relacionados aos demais gastos com saúde, por outro lado, encontra-se uma nítida discrepância entre as classes, já que, entre os mais ricos, os medicamentos representam 20,9% e 45,2% dos gastos com saúde, segundo a PMS e a POF respectivamente e, entre os menos abastecidos, essa fração corresponde a 58,9% (PMS) e 75,9% (POF).



**Tabela 3:** Gastos com medicamentos obtidos em diferentes pesquisas de abrangência nacional, no que se refere aos gastos com medicamentos em relação aos com alimentos.

|  | <b>Total de Domicílios</b> | <b>0 -3 bens</b> | <b>4 – 7 bens</b> | <b>8 e + bens</b> |
|--|----------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Média de respostas domiciliares sobre a capacidade aquisitiva para medicamentos (para a <b>enfermidade citada na entrevista</b> , % do gasto mensal com alimentos). PDAUM, Brasil, 2004. | 5,1%                       | 3,7%             | 5,0%              | 7,0%              |
| Média de respostas domiciliares sobre a capacidade aquisitiva para <b>medicamentos em um mês</b> (% do gasto mensal com alimentos). PDAUM, Brasil, 2004.                                 | 25,7%                      | 26,2%            | 26,0%             | 23,7%             |
| Média de respostas domiciliares sobre a capacidade aquisitiva para <b>medicamentos em um mês</b> (% do gasto mensal com alimentos). POF, Brasil, 2003.                                   | 12,7%                      | 9,5%             | 11,7%             | 13,4%             |

Fonte: Elaboração a partir de dados da PDAUM e POF.

**Notas:** Na POF, as categorias 0-3 , 4-7 e 8 e + bens correspondem à “até R\$ 400”, “mais de R\$ 400 a 600” e “Mais de 1600 a 2000”, respectivamente. “Até 400” incluem famílias sem rendimento.

A PDAUM também mostrou que, apesar de o gasto com medicamentos ser importante nas despesas das famílias, os gastos com os medicamentos para a enfermidade aguda citada correspondem a uma pequena fração do gasto com alimentos (5,1%). Isso pode destacar a reflexão para a necessidade de intervenção pública nessa situação, uma vez que a pesquisa também mostrou um alto acesso (86,9%) nesses casos. Desta forma, as famílias estariam adquirindo os medicamentos prescritos em caso de doença aguda, com um desembolso relativamente baixo. O importante, como medida pública, seria o aumento do acesso aos serviços de saúde e ações educacionais para assegurar uma automedicação responsável.

Fischer-Pühler<sup>19</sup> sugere considerar as políticas públicas de provisão de acesso a medicamentos a partir da estratificação da população brasileira em três faixas socioeconômicas – baixa, média e alta renda. O autor<sup>19</sup> propõe que, para o cidadão de baixa renda, as políticas públicas são aquelas centradas na distribuição gratuita pelas

três esferas de governo. Os meios públicos de provisão de medicamentos incluem os medicamentos presentes no elenco mínimo obrigatório da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, o programa de distribuição gratuita de medicamentos para Aids e a política de medicamentos de alto custo. Para o grupo de média renda as políticas seriam, principalmente, as que promovem redução de preços, como a política de genéricos e o monitoramento de preço ou programas não governamentais, como a Aquisição de Medicamentos nos Planos de Saúde. O grupo de renda alta prescindiria de ações públicas de promoção do acesso.

O **Quadro 3** apresenta as dimensões do acesso e os respectivos indicadores identificados por cada um dos estudos analisados. A *capacidade aquisitiva* pôde ser medida por diferentes pesquisas, PDAUM, PMS e POF (**Quadro 3**). As metodologias da OMS, PDAUM e PMS, investigam adicionalmente a porcentagem de medicamentos prescritos obtidos e a razão de não obtenção e a PDAUM o uso dos medicamentos prescritos, indicadores ora relacionados com a impossibilidade de adquirir os medicamentos por falta de dinheiro, sendo o poder de compra, certamente a mais crucial questão do acesso aos medicamentos. Assim, a discussão do poder de compra, bem como do funcionamento das diferentes formas de financiamento dos medicamentos, constituem importante aspectos a serem discutidos quanto ao acesso aos medicamentos.

Considerando a forma de provisão dos medicamentos, pública ou privada, com ou sem pagamento do usuário, o passo seguinte para a garantia do acesso é que o medicamento esteja disponível no momento que o usuário dele necessita, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas ao uso<sup>2</sup>. A PDAUM mediu essa dimensão ao observar a obtenção dos medicamentos prescritos e a razão de não obtenção, pois indicou a disponibilidade dos produtos no serviço público (já que a falta dos medicamentos nos centros de saúde era razão de não obtenção) e no serviço privado, ao averiguar a fonte de obtenção dos medicamentos. A disponibilidade dos medicamentos nos serviços de dispensação dependerá inicialmente, do ponto de vista da oferta, da disponibilidade dos produtos num mercado específico, para o que concorre uma série de aspectos como a qualidade do sistema de registro, a existência de produção nacional, o sistema de importação e o sistema de captação de doações<sup>2</sup>.

**Quadro 3.** Dimensões do acesso aos medicamentos contempladas e respectivos indicadores identificados em cada pesquisa, segundo o modelo teórico traçado por Luiza<sup>2</sup>.

| Dimensões                 | Pesquisas e Indicadores   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|---|
|                           | PDAUM   | PMS   | POF   | PNAD  |
| Disponibilidade física    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtenção dos medicamentos prescritos</li> <li>▪ Razão de não obtenção</li> <li>▪ Fonte de obtenção de medicamentos</li> </ul>  |   |   |   |
| Capacidade aquisitiva     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gastos com medicamentos</li> <li>▪ Obtenção dos medicamentos prescritos</li> <li>▪ Razão de não obtenção</li> <li>▪ Uso dos medicamentos prescritos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gastos com medicamentos</li> <li>▪ Obtenção dos medicamentos prescritos na última consulta</li> <li>▪ Razão de não obtenção</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gastos com medicamentos</li> </ul> |   |
| Acessibilidade geográfica | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidade de saúde próxima</li> </ul>  |   |   |   |
| Adequação                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de algum medicamento nos últimos 15 dias</li> <li>▪ Obtenção de prescrição de médico ou dentista</li> <li>▪ Uso dos medicamentos prescritos adquiridos</li> <li>▪ Condutas diante de algum sinal ou sintoma</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presença de algum tipo de medicamento em casa</li> <li>▪ Obtenção de prescrição de médico ou dentista</li> <li>▪ Satisfação com a disponibilidade de medicamentos</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condutas diante de algum sinal ou sintoma (Farmácia como fonte de consulta)</li> </ul> |

Fonte:Elaboração a partir da análise da PDAUM, PMS, PNAD e POF.

A *acessibilidade geográfica* dos serviços que realizam a provisão de medicamentos aos usuários é outro fator importante. Tendo em vista que podem coexistir diferentes mecanismos de financiamento e provisão, é importante que cada um

deles seja acessível à sua clientela alvo<sup>2</sup>. A medida dessa dimensão foi verificada somente na PDAUM, ao observar a distância entre o conglomerado visitado e a unidade de saúde referencial para a amostragem, e também ao perguntar sobre a existência de mais algum serviço de saúde no raio de um 1 km do domicílio.

A *adequação* de produtos e serviços oferecidos está relacionada às características, necessidades e expectativas do usuário, assim como a adequação aos padrões técnicos de funcionamento. Conforme a proposição de diferentes autores<sup>4,20</sup>, o grau de ajuste entre o serviço e/ou produtos oferecidos e as expectativas do usuário guardam importante relação com o acesso. O usuário que tem baixa credibilidade no serviço ou produto tenderá a não utilizá-lo ou a não seguir as recomendações oriundas deste processo de cuidado<sup>2</sup>.

A PMS obteve uma importante medida ao avaliar a satisfação dos indivíduos com os serviços de saúde e verificar que o maior motivo de insatisfação para os usuários do atendimento ambulatorial (19%) referia-se à indisponibilidade de medicamentos. Também reflete a adequação dos serviços à necessidade do usuário, o uso ou a presença de algum medicamento em casa, as condutas de algum sinal ou sintoma e a obtenção de prescrição, indicando a necessidade de atuação para se promover a automedicação responsável. Esses indicadores estiveram presentes de forma alternada nas pesquisas (**Quadro 3**). O uso dos medicamentos prescritos e adquiridos, abordado na PDAUM encerra o ciclo de acesso ao fármaco, considerando que, muitas vezes, a prescrição ou a obtenção do medicamento não asseguram sua correta utilização, já que ela depende da decisão própria do usuário e demonstra, de certa forma, uma adequação do produto com as características e expectativas do indivíduo.

A qualidade na atenção médica consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médicas de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isto seus riscos<sup>21</sup>. Com isso, a qualidade dos produtos e serviços constitui-se como componente essencial do acesso e perpassa todas as dimensões anteriormente definidas. Este aspecto, no entanto, não foi contemplado em nenhum dos estudos analisados. Por outro lado, a medida da qualidade no nível dos usuários, como ocorre no caso das pesquisas domiciliares, apresenta dificuldades para ser realizada, já que somente é possível saber, na maioria das vezes, a impressão ou satisfação dos usuários com essa característica, que assim passaria a corresponder à dimensão da adequação.

A análise dos estudos buscou considerar as dimensões do acesso contempladas por cada um deles e a utilidade potencial das informações geradas para orientar a tomada de decisão.

A medida do acesso vem sendo uma tarefa desafiadora em diversos setores do sistema de saúde, uma vez que o medicamento é um componente de intervenção de saúde. Mesmo no caso da automedicação ou indicação leiga, o sistema de saúde está relacionado com essas atitudes. Assim, são profícuas as tentativas de avaliar a representatividade desse componente, seja nos serviços de saúde ou na vida das pessoas.

As informações providas por essas pesquisas não são rigorosamente comparáveis, não só pelas diferentes coberturas territoriais, mas também pela forma de captação. Entretanto, no que toca a alguns aspectos relacionados ao acesso e uso de medicamentos, o panorama geral delineado pelas pesquisas permitiu a obtenção de indicadores semelhantes e resultados consistentes.

Espera-se, com as reflexões expressas neste artigo, contribuir para a definição de metodologia de medida do acesso que permita preservar as principais fortalezas de cada metodologia principalmente no que concerne à confiabilidade e à validade dos dados, bem como com a facilidade de aplicação e o baixo custo. Principalmente, os estudos devem ser capazes de gerar informações que subsidiem a tomada de decisão no sentido da ampliação do acesso e do empoderamento dos atores envolvidos neste processo, particularmente a sociedade civil.

#### **5.4. Referências Bibliográficas**

1. WHO (World Health Organization). Household Survey to Measure Access and Use of Medicine: Guidelines and Questionnaire. Geneve: WHO; 2004.
2. Luiza VL. Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
3. WHO (World Health Organization), MSH (Management Sciences For Health). Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the WHO–MSH Consultative Meeting. Ferney-Voltaire, France: WHO, MSH; 2000.

4. Penchansky DBA, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care* 1981; 19: 127-40.
5. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde)/ OMS (Organização Mundial da Saúde), BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, BRASIL; 2005.
6. WHO (World Health Organization). Manual for core indicators on country pharmaceutical situations: working draft. Geneve: WHO; 2003.
7. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos familiares. [Internet site]. Available: <http://www.ibge.gov.br>. Accessed 20 Jan 2005.
9. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 – Brasil, volume 24. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
10. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
11. Silveira FG, Osório RG e Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* 2002; 7 (4): 719-731.
12. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003, 19(3):735-743.
13. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB et al. O Brasil em números. *Radis* 2004; 23:14-33.

14. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Características da utilização de medicamentos na população brasileira, 2003. Cad. Saúde Pública 2005, 21 suppl 1:100-108.
15. Rocha S. Estimación de linhas de indigência e pobreza: opções metodológicas no Brasil. In Henriques R, organizador. Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.
16. WHO (World Health Organization). General Policy Issues - The benefits and risks of self-medication. In: WHO (World Health Organization). WHO Drug Information Vol. 14, No. 1. Genebra: WHO, 2000.
17. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluacion de la calidad de la salud por el Metodo de los Procesos Trazadores. In: OPS (Organización Pan-americana de la Salud). Investigaciones sobre servicios de salud. Washington (DC); 1992. p. 555-3. (Serie Publicación Científica, n. 534).
18. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal.
19. Fischer- Pühler P. O acesso ao fármaco. In: Negri B, eViana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em Dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002. p. 315-351.
20. Aday LA, Andersen R. Marco Teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica. 1974. In: Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud. Washington D.C.: K.L. White, ed.; 604 – 613.
21. Donabedian A. La Calidad de La Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

## 6. Considerações Finais

O acesso a medicamentos representa aspecto fundamental para a resolutividade das ações em saúde com impacto na qualidade de vida da população. A não obtenção desse bem repercute na continuidade do processo de cuidado terapêutico e, da mesma forma, a utilização de forma inadequada pode ter conseqüências indesejáveis. Os problemas decorrentes implicam não somente em conseqüências diretas dos indivíduos afetados, mas no aumento de custos para o sistema de saúde, e redução da satisfação dos usuários.

A OMS, a partir da Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos, busca uma metodologia fácil de operar e a um baixo custo, tendo em vista os recursos habitualmente disponíveis no setor saúde de países de baixo e médio ingresso. No entanto, além desses atributos, para que o estudo seja útil para a reorientação de políticas, é importante que os resultados obtidos sejam válidos e confiáveis.

A apreciação realizada no presente trabalho pretende contribuir com esta discussão.

A análise realizada mostrou que a metodologia proposta pela OMS de PDAUM é capaz de avaliar as diferentes dimensões do acesso ao medicamento baseado no modelo de Penchansky e Thomas e demonstra utilidade, considerando-se os custos operacionais e os resultados obtidos.

O estudo das demais iniciativas nacionais, contudo, subsidiou a identificação de algumas características da pesquisa que podem ser aprimoradas e fazer com que a PDAUM mantenha sua facilidade de aplicação e baixo custo e possa contribuir ainda mais na orientação de políticas públicas.

Um grande limitante dessa metodologia foi a escolha do caso traçador que, pelo fato de se abordarem as doenças agudas, restringiu o olhar das necessidades da população para situações onde a dificuldade de acesso não se mostra primordial. A abordagem a partir da existência de medicamento na residência e a avaliação da obtenção dos medicamentos prescritos na última consulta ao médico, a exemplo da



Pesquisa Mundial de Saúde, é bastante interessante para medida de acesso e uso desses produtos. Outra simples avaliação seria a da satisfação dos usuários com serviço ou orientação recebida, e também com a obtenção dos medicamentos.

Outra rica contribuição que a PDAUM poderia oferecer, adicionalmente, seriam informações acerca das dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um dado grupo de população no sistema de cuidado de saúde, aspectos do acesso segundo o modelo de Aday e Andersen<sup>4</sup>.

Segundo Luiza<sup>6</sup>, o estudo do acesso deve ser dirigido de forma a substanciar ou monitorar as intervenções realizadas, de forma que deverá estar mais preocupado em identificar as barreiras de acesso e as características da população usuária, onde interessará saber tanto as imutáveis, às quais o sistema prestador deve procurar se adaptar para atender, quanto às mutáveis e passíveis de alteração pela ação das intervenções. Amplificado pelo aspecto de mercadoria do medicamento, muitos dos determinantes que modulam as barreiras ao seu acesso estão fora do sistema de saúde e do alcance direto das políticas exclusivas desta área.

Somada às essas dificuldades, está a complexidade da condução de estudos domiciliares, em que é mister a elaboração de questionários sintéticos e, ao mesmo tempo completos e capazes de apreender questões quantitativas e qualitativas, de forma a obter informações confiáveis dos respondentes, assim como obter amostragem confiável e exequível.

Sendo assim, apesar de as pesquisas avaliadas nesse trabalho terem apresentados alguns indicadores coincidentes, ficou claro que as pesquisas que não têm como foco a saúde, como a POF, deixam de prover importantes informações sobre o acesso a medicamentos. A PNAD-saúde, mesmo sendo uma pesquisa feita em conjunto com o Ministério da Saúde, tratou essa questão de forma secundária. A PMS constituiu uma pesquisa ampla e eficaz na abordagem dos aspectos relacionados à saúde e aos medicamentos, assim como para a avaliação das desigualdades. Da mesma forma, apresentou um plano amostral bastante abrangente.

Levando esses fatos em consideração, mostram-se importantes algumas adaptações na metodologia da PDAUM. Contudo, sua facilidade de reprodução e condução em países com menores possibilidades econômicas é de extremo valor. Ademais, sua aplicação em conjunto com o módulo de serviços, dispendo de,

praticamente, os mesmos recursos, proporcionam um conjunto de informações úteis para a orientação das políticas públicas, uma vez que, por meio de uma metodologia barata e rápida são disponibilizados, dados de estrutura, processo e resultados nos serviços, assim como os resultados medidos fora do ambiente do serviço.

## 7. Referências Bibliográficas

---

1. WHO (World Health Organization). WHO Medicines Strategy: Countries at the Core 2004-2007. Geneve: WHO; 2004.
2. Núcleo de Assistência Farmacêutica. Avaliação do Acesso aos Medicamentos Essenciais. Modelo Lógico e Estudo Piloto no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Proposta submetida a avaliação aos Drs. Enrique Fefer (OPAS) e Gérman Velásquez da OMS; 2000.
3. Cosendey MAE, Hartz ZMA & Bermudez JAZ. Validation of a Tool for Assessing the Quality of Pharmaceutical Services. Cad de Saúde Pública 2003; 19(2): 395-406.
4. Aday LA, Andersen R. Marco Teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica. 1974. In: Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud. Washington D.C.: K.L. White, ed.; 604 – 613.
5. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde)/ OMS (Organização Mundial da Saúde), BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, BRASIL; 2005.
6. Luiza VL. Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
7. Penchansky DBA, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care 1981; 19: 127-40.
8. Intercontinental Marketing Services (IMS)  
World Markets  
<[http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068\\_63872702\\_70260998\\_73052844,00.html](http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068_63872702_70260998_73052844,00.html)> (acessado em 24/Abr/2006)
9. Vormittag F. As tendências da indústria farmacêutica no Brasil. Revista GRUPEMEF, ano 24, n.70. São Paulo: Grupemef, 2002.

- 
10. Pinheiro E, Bermudez JAZ. Medicamentos: desenvolvimento tecnológico, produção e consumo – situação, desafios e oportunidades para a Fiocruz (macro-tendências da política de medicamentos no contexto da saúde). Mimeo, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
  11. Machado-dos-Santos SC. Busca da Eqüidade no Acesso aos Medicamentos no Brasil: Os Desafios Impostos pela Dinâmica da Competição "Extrapreço" [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
  12. Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal.
  13. Messeder AM, Osório-de-Castro, CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005, 21(2):525-534.
  14. Lopes CR. Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. *Revista Radis, comunicação em saúde*, nº 45. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
  15. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS & Barata RB. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de Monitoramento. Brasília: OPAS/OMS, IPEA; 2001
  16. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
  17. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. O Brasil em números. *Radis* 2004; 23:14-33.
  18. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
Pesquisa de Orçamentos familiares  
<<http://www.ibge.gov.br>> (acessado em 20/Jan/2005)
  19. WHO (World Health Organization), MSH (Management Sciences For Health). *Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the WHO–MSH Consultative Meeting*. Ferney-Voltaire, France: WHO, MSH; 2000.

- 
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2: 190-8.
  21. Frenk J. El Concepto y la Medición de Acessibilidad. In: Investigaciones sobre servicios de salud. 1992. In: Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud. Washington D.C.: K.L. White, ed.; 929 – 943.
  22. Oliveira MA, Esher AFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5):1429-39.
  23. Donabedian A. La Calidad de La Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México: 1984.
  24. Pécoul B, Chirac P, Trouiller P, Pinel J. Access to Essential Drugs in Poor Countries: A Lost Battle? *Journal of the American Medical Association* 1999; 281 (4): 361-367.
  25. WHO (World Health Organization). Household Survey to Measure Access and Use of Medicine: Guidelines and Questionnaire. Geneve: WHO; 2004.
  26. Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo II, Seção II, art. 196. Brasília; 1988.
  27. Lei no. 8.080. Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
  28. CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde). Assistência Farmacêutica. In: Conass. Relatório Final de Oficina de Trabalho. Aracajú, junho de 1997. Brasília: CONASS; 1997.
  29. MS (Ministério da Saúde)  
Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB.  
Medicamentos do programa Farmácia Popular atendem a 80% das doenças dos brasileiros  
<[http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia\\_popular\\_arquivos/conteudo/noticias/20040616\\_01.htm](http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/conteudo/noticias/20040616_01.htm)> (acessado em 16/Jun/2004)

- 
30. Cosendey MAE. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: Um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
  31. MS (Ministério da Saúde). Farmácia Básica: Programa 1997/98. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
  32. Portaria no. 3.916/GM. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº215E, seção I, p. 18, 1998; 10 nov.
  33. Silva RCS, Bermudez JAZ. Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo no Brasil. In: Bermudez JAZ, Oliveira MA, Esher A., organizadores. Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 203-31.
  34. Portaria no. 2084/GM. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde 2005; 26 out.

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo 1. Formulários para preenchimento da PDAUM/ OMS

#### 8.1.1. Formulário para Pesquisa Domiciliar: Acesso e Uso de Medicamentos

Domicílio  
# \_\_\_\_\_  
(1-10)

Estabelecimento \_\_\_\_\_  
Região \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
Pesquisador \_\_\_\_\_

**Por favor, proporcione as despesas domiciliares gasta em medicamentos em um mês. Se não, x100) e o Formulário. Se mais de uma pessoa esteve doente, anote as informações sobre a pessoa mais jovem. Exclua os casos de internação hospitalar ou os que estejam usando medicação para doenças crônicas. Se ninguém tiver ficado adoecido durante as duas últimas semanas, vá para o próximo domicílio.**

Distância entre o domicílio e o estabelecimento de saúde pesquisado:  até 5 km  5-10km  mais de 10km

Número de pessoas da casa: \_\_\_\_\_

1. Sexo da pessoa que esteve doente:  Masculino  Feminino

2. Idade (em anos) da pessoa que esteve doente:  menos de 5  5-15  16-54  55-64  65 e mais

3. Quais foram os sintomas da pessoa? (Marque todas as alternativas aplicáveis)

Tosse/ nariz entupido  Febre/ dor de cabeça  Sede/ sudorese  Não lembra  
ou escorrendo/ dor de garganta/ dor de ouvido  Diarréia/ vômitos  Letargia/ insônia/ falta de apetite  Outros \_\_\_\_\_  
 Dificuldade de respirar

4. O que foi feito? (Marque todas as alternativas aplicáveis)

Nada  Consultou ambulatório ou hospital de entidade religiosa / ONG  Procurou conselho de amigos/ familiares  
 Consultou um(a) curandeiro(a)  Consultou unidade pública de saúde  Consultou farmácia privada/ drogaria  Usou sobra de medicamento  
 Consultou unidade privada de saúde  Consultou balconista de farmácia  Repetiu receita anterior  
 Decidiu sozinho comprar medicamento  
 Outro \_\_\_\_\_

5. Foi recomendado ou usado algum remédio para tratar a doença?  Sim  Não (se não, vá para o item 11)

**6. Se qualquer medicamento foi recomendado ou usado para tratar a enfermidade:**

| Liste todos os medicamentos (incluindo da cultura popular, como chás) que foram recomendados ou usados. Se o informante não conseguir lembrar, pergunte se há medicamentos sobrando que possam ser mostrados a você. (Liste um por linha) | Quem aconselhou o paciente a usar o medicamento?<br>1. Amigo(a) / Familiar / por conta própria<br>2. Médico / Dentista<br>3. Outro, especificar (Escreva o número) | Onde cada medicamento foi obtido?<br>0. Não foi obtido<br>1. Curandeiro<br>2. Farmácia de unidade pública<br>3. Unidade privada de saúde<br>4. Ambulatório ou hospital de entidade religiosa/ ONG<br>5. "Farmácia popular" | Quantia gasta pela pessoa em cada medicamento em Reais (escreva "0" se gratuito, e "NS" se não souber) | Quantia total gasta am cada fonte de obtenção de medicamentos (use C & D para somar todo o valor gasto por fonte: todos 1f, 2f, 3f... 7f) |
|---|--|--|--|---|
| [A]   | [B]  | [C]  | [D]  | [E]   |
|   |  |  |  | 1=  |
|   |  |  |  | 2=  |
|   |  |  |  | 3=  |
|   |  |  |  | 4=  |
|   |  |  |  | 5=  |
|   |  |  |  | 6=  |
|   |  |  |  | 7=  |

7. Qual foi a quantia total gasta em medicamentos para essa enfermidade? [F] = \_\_\_\_\_

8. Conseguiu obter todos os medicamentos receitados pelo médico (ou dentista)?  Todos  Alguns  Nenhum  N.S.A.

9. Se nem todos os medicamentos receitados foram obtidos, porque não? (Marque todas as alternativas aplicáveis)  N.S.A.

Os preços eram muito altos  Não havia todos os medicamentos no(a):  
 Não tinha dinheiro suficiente  Centro de saúde público  
 Foram prescritos muitos medicamentos  Centro de saúde privado  
 Achou que nem todos os medicamentos eram necessários  Centro de saúde da entidade religiosa  
 Estava se sentindo melhor  Farmácia/ Dispensário público  
 Não teve tempo de comprar todos os medicamentos  Farmácia/ Drogaria privada  
 Outros \_\_\_\_\_  Outro tipo de estabelecimento. Qual? \_\_\_\_\_

10. Quantos dos medicamentos recomendados pelo médico (ou dentista) foram usados?  Todos  Alguns  Nenhum  N.S.A.

11. Qual a quantia média gasta em todos os medicamentos por todos os moradores no domicílio em um mês? [G] = \_\_\_\_\_

12. Qual é a despesa total em comida (supermercado, padaria, feira, açougue) no domicílio em um mês? [H] = \_\_\_\_\_

13. Até que ano estudou a pessoa que mais contribui com o sustento da casa?  Não estudou  Fundamental  Incompleto  
 Fundamental Completo  Médio  Curso Técnico  Superior  Pós graduação  Outro \_\_\_\_\_

14. [I] = Proporção das despesas domiciliares gasta em medicamentos para essa enfermidade = E ÷ G x 100 = \_\_\_\_\_

### 8.1.2. Perfil do conglomerado e dos domicílios: Pesquisa domiciliar sobre acesso e uso de medicamentos

#### Tipo de unidade/ serviço disponível num raio de 1 quilômetro da casa investigada

Marque todos os que se aplicam:

- clínica privada
- farmácia comercial
- outra unidade pública de saúde ou farmácia/ dispensário pública

#### Tipo de moradia

Pergunte se o domicílio dispõe de:

(Seja cuidadoso, de forma a evitar embarçar o respondente.)

- energia elétrica
- água encanada dentro da casa
- banheiro próprio

Marque 1(Sim) ou 1(Não) para indicar se alguém da família possui:

| <b>Tipo de bem</b>            | <b>0 ou 1</b> |
|-------------------------------|---------------|
| 1. Rádio                      |               |
| 2. Televisão                  |               |
| 3. Geladeira                  |               |
| 4. Linha de telefone fixo     |               |
| 5. Telefone celular ativo     |               |
| 6. Máquina de lavar roupa     |               |
| 7. Máquina de lavar louça     |               |
| 8. Carro                      |               |
| 9. Freezer                    |               |
| 10. Computador                |               |
| 11. Acesso a internet de casa |               |



## 8.2. Anexo 2. Parecer do Comitê de Ética – Estudo Nível II



Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 04 de agosto de 2004.

Parecer Nº: 56/04

**Título do Projeto:** “Estudo Nível II da Assistência Farmacêutica no Brasil”.

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

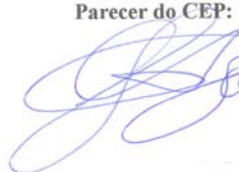
**Pesquisador Responsável:** Jorge Antônio Zepeda Bermudez

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 19 / 07 / 2004.

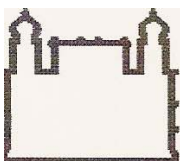
**Data de apreciação:** 04 / 08 / 2004

O projeto “Estudo Nível II da Assistência Farmacêutica no Brasil”, do pesquisador Jorge Antônio Zepeda Bermudez foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

**Parecer do CEP: Aprovado**

  
Prof. Sergio Rego  
Coordenador Adjunto  
Comitê de Ética em Pesquisa  
ENSP/FIOCRUZ

### 8.3. Anexo 3. Parecer do Comitê de Ética – Projeto de dissertação



Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 06 de julho de 2005.

**Parecer Nº 60 /2005**  
**CAAE: 0112.0.031.000-05**

**Título do Projeto:** “Acesso a medicamento no Brasil – possibilidades de análise a partir da metodologia proposta pela OMS”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Bethânia Blum de Oliveira

**Orientadores:** Jorge Antonio Zepeda Bermudez e Vera Lucia Luiza

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz

**Tipo do projeto:** Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública/ENSP

**Data de qualificação:** 12 / 04 / 2005

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 20 / 06 / 2005

**Data de apreciação:** 06 / 07 / 2005

O projeto “Acesso a medicamento no Brasil – possibilidades de análise a partir da metodologia proposta pela OMS”, da pesquisadora Bethânia Blum de Oliveira foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

**Parecer do CEP:** Aprovado

*[Handwritten signature]*  
PROF.ª ANA CECILIA P. DE AZEVEDO  
Coordenadora Adjunta  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEPI/ENSP/FIOCRUZ

*[Handwritten notes]*  
81APE 0363552

## 8.4. Anexo 4. Descrição dos indicadores de acesso e uso dos medicamentos no nível domiciliar e fórmula de cálculo

| <i>Acesso a medicamentos pelas famílias</i> |  |
|---|--|
| <i>Propósito</i>                            | Medir a busca pelo tratamento, capacidade aquisitiva para os medicamentos, fonte de medicamentos e razões para a incapacidade de obter todos os medicamentos como indicador de acesso a estes produtos no nível dos domicílios.  |
| <i>Cálculos</i>                             | <p>Percentagem nacional de respostas domiciliares de acesso a cada fonte de obtenção de medicamento = soma de domicílios que acessam cada fonte de obtenção de medicamentos ÷ número de domicílios estudados x 100.</p> <p>Média nacional para as respostas domiciliares sobre o gasto em medicamentos por fonte = total gasto em medicamentos por todos os domicílios em cada fonte para esta doença ÷ número de domicílios estudados.</p> <p>Média nacional para as respostas domiciliares sobre o gasto em medicamentos em todas as fontes = total gasto em medicamentos por todos os domicílios em todas as fontes para esta doença ÷ número de domicílios estudados.</p> <p>Média nacional de domicílios que relatam obter todos, alguns ou nenhum dos medicamentos recomendados = soma do número de domicílios que indicam cada uma das opções ÷ total de respostas x 100.</p> <p>Média nacional de respostas domiciliares sobre as razões para a não obtenção de todos os medicamentos recomendados = soma de domicílios que citam cada diferente razão de não obtenção de todos os medicamentos recomendados ÷ total de incidências citadas x 100.</p> <p>Média nacional para as respostas domiciliares sobre capacidade aquisitiva para medicamentos (para a doença citada) = soma da capacidade aquisitiva de todos os domicílios ÷ total de domicílios.</p> <p>Média nacional para as respostas domiciliares sobre capacidade aquisitiva do domicílio para medicamentos num mês = soma da capacidade aquisitiva para medicamentos num mês de todos os domicílios ÷ total de domicílios.</p> |
| <i>Uso de medicamentos pelas famílias</i>   |  |
| <i>Propósito</i>                            | Medir onde as famílias recorrem para obter consultas, onde compram os medicamentos e quanto daqueles recomendados são obtidos e usados como indicadores do uso racional de medicamentos no nível dos domicílios.   |
| <i>Cálculos</i>                             | <p>Média nacional de respostas domiciliares de acesso a cada fonte de consulta = soma dos domicílios que acessam cada fonte de consulta ÷ total de domicílios estudados x 100.</p> <p>Média nacional de domicílios que relatam tomar todos, alguns ou nenhum dos medicamentos recomendados = soma do número de domicílios que indicam cada uma das situações ÷ número total de domicílios x 100.</p> <p>Média nacional das repostas domiciliares indicando que todos os medicamentos recomendados por médico ou dentista foram utilizados = soma do número de respostas domiciliares indicando que todos os medicamentos recomendados foram utilizados ÷ número total de domicílios x 100.</p>   |

Fonte: WHO, 2004b, adaptado.