



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

AMANDA QUEIROZ SOARES

**O acesso a medicamentos pela via administrativa no setor
público de saúde no Brasil**

**Goiânia-GO
2015**

Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações Eletrônicas (TDE) na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)

Observações:

- 1 – O formulário está disponível no site www.medicina.ufg.br**
 - Pós-Graduação – formulários**
 - 2- Anexar no verso da capa.**
-

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ **Dissertação** ☒ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Amanda Queiroz Soares				
E-mail:	amandaqueirozsoares2@gmail.com				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☒ Sim ☐ Não					
Vínculo empregatício do autor			Universidade Federal de Goiás		
Agência de fomento:					Sigla: _____
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	
Título:	O acesso a medicamentos pela via administrativa no setor público de saúde no Brasil				
Palavras-chave:	Sistemas de Saúde. Direito à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Política de saúde. Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Medicamentos essenciais. Brasil.				
Título em outra língua:					
Palavras-chave em outra língua:					
Área de concentração:		Dinâmica do Processo Saúde-Doença			
Data defesa: (dd/mm/aaaa)		08//05/2015			
Programa de Pós-Graduação:		Ciências da Saúde			
Orientador (a):	Profª Drª Rita Goreti Amaral				
E-mail:	ritagoreti26@gmail.com				
Co-orientador (a):	Profª Drª Mércia Pandolfo Provin				
E-mail:	merciap@gmail.com				

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ ☐ total ☒ parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

☒ Capítulos. Especifique: Construindo o objeto de pesquisa, objetivos, conclusões, considerações finais, anexo e apêndices _____

☐ Outras restrições: _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 25/05/2016

Assinatura do (a) autor (a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

AMANDA QUEIROZ SOARES

**O acesso a medicamentos pela via administrativa no setor
público de saúde no Brasil**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita Goreti Amaral
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Mércia Pandolfo Provin

**Goiânia-GO
2015**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UFG
(anexar no verso da folha II)**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: Amanda Queiroz Soares

Orientadora: Dr^a Rita Goreti Amaral

Co-Orientadora: Dr^a Mércia Pandolfo Provin

Membros:

1. Dr^a Rita Goreti Amaral

2. Dr^a Andréa Homsí Dâmaso

3. Dr^a Eli Iola Gurgel Andrade

4. Dr Marcelo Medeiros

5. Dr^a Silvana Nair Leite Contezini

OU

6. Dr Luiz Carlos da Cunha

7. Dr^a Clévia Ferreira Duarte Garrote

Data: 08/05/2015

***Dedico esta tese àqueles que sempre
me incentivaram e me apoiaram:
meus pais, Mário e Ailda,
e meu esposo, Renato.
A vocês, todo o meu amor!***

AGRADECIMENTOS

Esta tese é o fruto de uma semente que caiu em solo fértil. Agradeço a Deus e à Nossa Senhora Aparecida por todas as graças que têm me concedido ao longo da minha vida, colocando em meu caminho pessoas que contribuíram para a realização de mais um sonho.

Consciente da impossibilidade de agradecer nominalmente a cada um daqueles que colaboraram para esse trabalho, e que me ajudaram a olhar o mundo por outro ângulo - particularmente em relação à saúde pública e à assistência farmacêutica – arrisco-me a fazer meus agradecimentos, sem tirar os méritos daqueles que porventura não forem citados.

A minha trajetória na pesquisa antes do doutorado - sob orientação dos professores Dr. Denilson Rabelo e Dr. Aparecido Ribeiro de Souza, na graduação, Dr^a Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, na especialização, e Dr. Luiz Carlos Cunha, no mestrado – foi determinante para que eu pudesse vivenciar esses três anos com determinação e compromisso, sem deixar de lado minha atuação profissional, minha família e meus amigos.

Sob orientação das professoras Dr^a Rita Goreti Amaral e Dr^a Mércia Pandolfo Provin, no doutorado, consegui não somente ampliar meu conhecimento acadêmico e científico, mas aprender que o carinho e a confiança são armas valiosas na superação de quaisquer obstáculos. Mais que pesquisadoras, vocês são exemplos de mães de família que fazem pesquisa com responsabilidade e prazer. A vocês, minha eterna admiração!

À Universidade Federal de Goiás (UFG), pelas oportunidades de seguir adiante.

Às professoras Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila e Dr^a Erika Aparecida da Silveira, em nome de todos os pesquisadores que contribuíram para as discussões para solução de impasses teóricos e metodológicos dessa pesquisa.

Ao Pedro, Mírian, Virgínia e Wilkier, em nome dos colegas do Grupo de Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFG, pelo companheirismo e colaboração nesse estudo.

Aos membros da banca examinadora da qualificação, Dr^a Dione Marçal Lima, Dr^a Fabíola Sulpino Vieira, Dr^a Silvana Nair Leite Contezini, Dr^a Erika Aparecida da Silveira e Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila, e da banca examinadora da defesa, Dr^a Andréa Homsí Dâmaso, Dr^a Eli Iola Gurgel Andrade, Dr. Marcelo Medeiros, Dr^a Silvana Nair Leite Contezini, Dr. Luiz Carlos da Cunha e Dr^a Clévia Ferreira Duarte Garrote, pela disponibilidade e inestimáveis contribuições para a melhoria desse trabalho.

Aos usuários que aceitaram participar desse estudo, pela disponibilidade e confiança na pesquisa científica.

À coordenação, aos professores e às funcionárias do Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFG, pela atenção e ensinamentos ao longo desses anos.

À Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás, pela parceria na realização do Seminário Interestadual de Direito Sanitário: Acesso a Bens e Serviços de Saúde.

Às farmacêuticas Raquel Alves Siqueira e Gysella Santana Honório de Paiva, em nome dos gestores e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, pela concessão da minha licença e acolhimento durante todas as etapas dessa pesquisa.

Ao farmacêutico Flávio Henrique Costa de Oliveira, em nome da equipe de Farmácia e à diretoria do Hospital das Clínicas da UFG, pelo apoio durante esses três anos de doutorado.

À professora Arisneidi Kasue Ikeda Rêde, em nome da Universidade Paulista, pela compreensão de minha disponibilidade limitada para o desempenho das atividades na instituição.

Aos amigos que estiveram ao meu lado e àqueles que privei de minha convivência para dedicar a esse trabalho, pela compreensão.

Finalmente, agradeço à minha família, meus maiores tesouros. Ao meu querido esposo, Renato Dias, pelo amor e apoio incondicional. Obrigada por estar ao meu lado nesse caminhar, por ser meu porto seguro. Eu te amo!

Aos meus pais, Mário e Ailda, às minhas irmãs, Francielle e Luanna, e à minha avó, Ana (in memoriam), por compreenderem minhas ausências. Mãe, obrigada por ter feito mais que o possível para que eu pudesse chegar aqui.

“Deus me permita falar com conhecimento, e meus pensamentos sejam dignos dos dons que me foram concedidos. Ele é o guia da Sabedoria e o condutor dos sábios”.

Sb 7, 15

SUMÁRIO

SIGLAS	XI
RESUMO.....	XII
ABSTRACT.....	XIV
APRESENTAÇÃO	XVI
1 CONSTRUINDO O OBJETO DE PESQUISA	18
1.1 ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	19
1.2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E À ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA INTEGRAL	21
1.3 DEMANDAS ADMINISTRATIVAS POR MEDICAMENTOS	28
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 GERAL	32
2.2 ESPECÍFICOS.....	32
3 PUBLICAÇÕES	33
3.1 DETERMINANTS OF THE ADMINISTRATIVE DEMANDS FOR ACCESS TO PHARMACEUTICAL DRUGS IN BRAZIL.....	34
3.2 ACESSO A MEDICAMENTOS DEMANDADOS PELA VIA ADMINISTRATIVA NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO	63
3.3 BARREIRAS DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO NA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO	85
4 CONCLUSÕES	115
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	118
ANEXO.....	128
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	128
APÊNDICES	133
APÊNCIDE 1 – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
APÊNCIDE 2 – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	139

SIGLAS

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical (classificação Anatômica Terapêutico Química)
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
G1	Grupo 1 constituído por usuários com prescrição originada no setor público
G2	Grupo 2 constituído por usuários com prescrição originada no setor privado
IC95%	Intervalo de Confiança 95%
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MP-GO	Ministério Público do Estado de Goiás
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Oddis Ratio
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPC	Paridade do Poder de Compra
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás

RESUMO

Apesar do sistema público de saúde brasileiro ser fundamentado nos princípios da universalidade e integralidade do acesso aos serviços de saúde, ainda se observam graves problemas relacionados à garantia do acesso aos medicamentos. Essa situação tem contribuído para a criação de novas institucionalidades, dentre elas a via administrativa, institucionalizada pelo poder Executivo e destinada a atender à demanda reprimida por medicamentos não obtidos no serviço público de saúde. Este estudo analisou o acesso a medicamentos pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro. Trata-se de um estudo com métodos múltiplos incluindo um estudo caso-controle, um descritivo e um estudo de caso interpretativo utilizando a técnica do grupo focal, desenvolvidos no município de Goiânia, localizado na região centro-oeste do Brasil. Participaram da pesquisa usuários/acompanhantes: das unidades básicas de saúde; demandantes de medicamentos pela via administrativa; e com processo administrativo deferido para fornecimento de medicamentos. Os resultados demonstraram que a ocorrência das demandas administrativas para acesso a medicamentos está inserida em um contexto multifatorial, contemplando características econômicas e sociodemográficas dos usuários, da assistência à saúde, da assistência farmacêutica e das condições de cuidado em saúde. Além disso, demonstrou-se que entre os usuários que tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa, predominaram aqueles menos vulneráveis socioeconomicamente, com autoavaliação positiva do estado de saúde, demandantes de análogos de insulina e que na maioria das vezes não consultam e nem obtêm medicamentos pelo setor público de saúde. As trajetórias da maioria dos demandantes com processos deferidos revelaram a fluidez dos indivíduos entre os setores público e privado de saúde, caracterizando uma tentativa de garantir a assistência à saúde. Assim, a via administrativa não se mostrou livre das barreiras de acesso aos medicamentos existentes no setor público de saúde, dada sua

interdependência de um sistema que apresenta falhas tanto no setor saúde quanto acima do setor saúde.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica. Medicamentos Essenciais. Acesso aos Serviços de Saúde. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Sistemas de Saúde. Política de Saúde. Brasil.

ABSTRACT

Although the Brazilian public healthcare system is based on the principles of the universality and integrality of access to health services, severe problems remain with respect to guaranteeing access to pharmaceutical drugs. This situation has contributed to the creation of new institutional frameworks, including the administrative channel, institutionalized by the executive power with the aim of meeting the repressed demand for pharmaceutical drugs not obtained within the public health service. This study analyzed access to pharmaceutical drugs through the administrative channel within the Brazilian public health sector. As part of this larger study, various methodologies were applied, including a case-control study, a descriptive study and an interpretive case study in which the focal group technique was used. The study was developed in the town of Goiânia, in Brazil's mid-western region. General users of primary healthcare units (or their accompanying persons), users specifically requesting pharmaceutical drugs through the administrative channel and users who had successfully obtained pharmaceutical drugs through this channel participated in the study. Results show that administrative demands for access to pharmaceutical drugs are inserted within a multifactorial context that involves users' economic and sociodemographic characteristics, as well as the characteristics of healthcare, pharmaceutical care and healthcare conditions. Furthermore, users who had gained access to at least one pharmaceutical drug requested through the administrative channel were found to be predominantly those who were less socioeconomically vulnerable, those with a positive self-evaluation of their state of health, those requesting insulin analogs and individuals who in general did not consult or obtain medication within the public healthcare sector. The steps taken by most of the individuals who had their request approved reveal their fluidity between the public and private healthcare sectors, characterizing their efforts to guarantee healthcare. Therefore, the administrative channel was found not to be free from the barriers to achieving access to pharmaceutical drugs that exist

within the public health sector in view of its interdependency on a system with shortcomings both within the health sector itself and at higher levels within the system.

Keywords: Pharmaceutical Services. Essential Medicine. Health Services Accessibility. Health Law. Unified Health System. Health Policy. Health Systems. Brazil.

APRESENTAÇÃO

Esta tese está sendo apresentada na modalidade artigo para dissertações de mestrado e teses de doutorado adotada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Foram incluídos resumo e *abstract*, introdução sobre o tema, objetivos, três artigos originais, conclusões, considerações finais, referências, anexo e apêndices.

Os artigos contemplam os materiais e métodos e os resultados, respondendo a cada um dos objetivos específicos da tese. O artigo 1, intitulado *Determinants of the administrative demands for access to pharmaceutical drugs in Brazil*, foi submetido à revista *Health Policy*; o artigo 2, intitulado *Acesso a medicamentos demandados pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro*, será submetido à revista *Health Policy and Planning*; e o artigo 3, intitulado *Barreiras de acesso aos medicamentos no setor público de saúde brasileiro na percepção do usuário*, será submetido à revista *Social Science & Medicine*.

Esta pesquisa foi desenvolvida junto ao Grupo de Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da UFG, e na Secretaria Municipal de Saúde do município de Goiânia-GO.

Para subsidiar as discussões sobre o tema, os pesquisadores do grupo organizaram em 2012, em parceria com a Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás, o *Seminário Interestadual de Direito Sanitário: Acesso a Bens e Serviços de Saúde*. Adicionalmente, estudos preliminares foram realizados, dentre eles: estudo sobre acesso a medicamentos utilizando a metodologia da Organização Mundial de Saúde (OMS); painel de especialistas utilizando a Técnica Delphi; revisão sistemática da literatura sobre acesso a medicamentos pelo setor público brasileiro; e estudo transversal com profissionais de saúde e gestores da atenção básica sobre acesso a medicamentos.

Resultados parciais dessa pesquisa foram apresentados em quatro eventos científicos, a saber: *III Congresso Ibero-Americano de Direito Sanitário e II Congresso Brasileiro de Direito Sanitário* (2013), 10º e 11º

Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão – Conpeex (2013 e 2014) e 3º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (2014). Além disso, outros dois trabalhos foram aceitos para apresentação: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2015), e 5th Latin America Conference of International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (2015).

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE PESQUISA

No dia cinco de outubro de 1988 milhares de brasileiros comemoravam a promulgação da Constituição Federal (CF) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentando o SUS nos princípios da universalidade, integralidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde, o Brasil destacou-se no cenário internacional ao reconhecer o direito fundamental à saúde como um dever do Estado (BRASIL, 1988; 1990).

Desde então, profundas transformações foram observadas no sistema de saúde brasileiro, repercutindo na publicação de uma infinidade de leis e normas que embasam juridicamente as políticas de saúde e a organização do sistema (PAIM *et al.*, 2011).

Diferentemente de muitos países com cobertura universal, o SUS se propôs a garantir à população também o acesso aos medicamentos essenciais (DINIZ, 2009). Porém, o SUS não tem conseguido atender à população todas as suas necessidades de medicamentos (BERTOLDI *et al.*, 2012). Inevitavelmente, baseado no arcabouço legal do direito à saúde no Brasil, muitos usuários passaram a recorrer aos entes federativos Judiciário e Executivo para acessar a medicamentos prescritos, estando estes contemplados ou não nas listas preconizadas pelas políticas públicas de saúde. Esse cenário deu origem às demandas judiciais e administrativas por medicamentos (LEITE *et al.*, 2009; REVEIZ *et al.*, 2013; VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014).

Desde que começaram as demandas judiciais por medicamentos, inúmeros usuários gozaram racionalmente do direito de recorrer ao Estado para a garantia do acesso aos medicamentos (VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014). Paralelamente, a indústria farmacêutica movimentou um mercado bilionário com a venda de medicamentos para o Estado atender às demandas judiciais (CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Embora pouco explorada na literatura científica, as demandas por medicamentos pela via administrativa parece seguir caminhos semelhantes aos das demandas judiciais (LEITE *et al.*, 2009; SOARES; SILVA; PROVIN, 2013). Apesar desses indícios, pouco se tem avançado na compreensão da

causa do problema, dada a complexidade do mesmo. Assim, faz-se necessário estudos para identificar os determinantes das demandas administrativas, visando propor intervenções passíveis de dirimir essas demandas, e conseqüentemente, garantir à população o acesso racional aos medicamentos.

1.1 Acesso aos medicamentos essenciais

O acesso aos medicamentos essenciais é considerado um dos elementos do direito fundamental à saúde promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde os anos 1970 (HOGERZEIL, 2006), e fortalecido no início deste século ao ser incluído nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2014).

Os conceitos de “medicamentos essenciais” e “política nacional de medicamentos” foram elaborados pela OMS em 1975 após a solicitação de uma lista de “medicamentos importantes” feita pelos Estados Unidos. A primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais foi lançada em 1977. No ano seguinte, o “fornecimento de medicamentos essenciais” foi identificado pela Declaração de Alma-Ata como um dos oito elementos necessário para a assistência primária à saúde. Em 2007, foi publicada a primeira Lista dos Medicamentos Essenciais para Crianças, destinada a atender a população de zero a doze anos. Desde suas criações, as Listas de Medicamentos Essenciais, geral e para crianças, têm sido revisadas pela OMS a cada dois anos, atualmente na 18ª e 4ª edições, respectivamente (QUICK *et al.*, 2002; WHO, 2013).

De acordo com a OMS, fazem parte das listas de medicamentos essenciais os medicamentos que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde prioritário da população, selecionados com base na sua relevância para a saúde pública, evidência de eficácia e segurança, e análise comparativa de custo-efetividade (WHO, 2013).

A política nacional de medicamentos, por sua vez, é um documento oficial do governo que prioriza as metas a médio e longo prazo estabelecidas para os setores farmacêutico público e privado, e identifica as principais estratégias para alcançá-las (WHO, 2003). A formulação e implantação da

política nacional de medicamentos integrada à política de saúde foi recomendada em 1985 após a Conferência de Uso Racional de Medicamentos em Nairobi, capital do Quênia, como mecanismo para garantir o acesso aos medicamentos essenciais (WHO, 1987). Com a publicação do *Guidelines for developing national drug policies* em 1988 (WHO, 1988), houve rápida implantação das políticas nos países de baixa renda até 1999, com predominância dos países mais ricos a partir de 1995 (WHO, 2011). Em 1989, 14 países haviam implantado a política nacional de medicamentos, passando para 66 países em 1999 (WHO, 2003), 132 em 2007, chegando a 136 países em 2011 (WHO, 2011).

Outra estratégia que tem contribuído para promover o acesso aos medicamentos essenciais é a incorporação dos princípios do direito à saúde nas constituições nacionais (PEREHUDOFF; LAING; HOGERZEIL, 2010). Em estudo incluindo 186 constituições nacionais, 135 contemplavam disposições sobre o direito à saúde, sendo que as constituições do México, Panamá, Síria e Filipinas explicitavam os medicamentos essenciais como parte desse direito (PEREHUDOFF, 2008).

Apesar desse cenário, o progresso na garantia do direito à saúde tem sido pouco expressivo, culminando no acesso irregular aos medicamentos essenciais para aproximadamente um terço da população mundial, com as piores condições observadas nos países de baixa e média renda (WHO, 2011). A disponibilidade média dos medicamentos essenciais no setor público dos países de baixa e média renda gira em torno de 40%, quase a metade daquela observada no setor privado, embora os preços praticados neste último os tornem inacessíveis para muitas famílias (CAMERON *et al.*, 2009; BAZARGANI *et al.*, 2014). Os gastos com saúde das famílias são elevados, correspondendo a 42% das despesas totais das famílias pobres de países de baixa renda, e 11% para as famílias dos países de alta renda. A aquisição de medicamentos chega a corresponder à totalidade dos gastos com saúde para 41% das famílias dos países de baixa renda e 61% das famílias pobres dos países de renda média alta (WAGNER *et al.*, 2011). Visando melhorar essa realidade, a OMS elaborou um plano estratégico (2008-2013) em que uma das metas seria garantir a disponibilidade mínima

de 80% em todos os setores de saúde para 30 medicamentos essenciais (WHO, 2008).

Esse cenário demonstra que as barreiras de acesso aos medicamentos essenciais são complexas e interligadas aos diversos níveis dos sistemas de saúde (BIGDELI *et al.*, 2013). Para tanto, os estudos que objetivam compreender o acesso aos medicamentos essenciais devem considerar que o setor farmacêutico é um dos componentes do sistema de saúde, sendo necessário avaliar não somente o acesso ao medicamento, mas os serviços de saúde.

1.2 Direito à saúde no Brasil e à assistência terapêutica integral

O Brasil tem passado por profundas mudanças políticas, demográficas, sociais e econômicas nas últimas décadas, mudando profundamente as condições de saúde da população (PAIM *et al.*, 2011).

No campo da política, o período pós Segunda Guerra Mundial marcou no Brasil uma época de instabilidade democrática que resultou na ditadura militar em 1964. Após 21 anos, uma fase de transição findou-se no regime democrático dos dias atuais com a promulgação da CF de 1988 (BRASIL, 1988; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Paralelamente às mudanças políticas, um movimento de reforma sanitária iniciado nos anos 1970 pela sociedade civil reivindicava a minimização das desigualdades de acesso aos serviços de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Esse cenário foi propício para uma importante conquista dos brasileiros no campo da saúde: a criação do SUS (BRASIL, 1990).

A inclusão da saúde no texto constitucional subsidiou um conjunto de leis, decretos e portarias voltadas à organização e à implementação do SUS. Nesse arcabouço jurídico, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS. Por meio dessa lei, a participação da iniciativa privada foi aceita no SUS em caráter complementar, com prioridade das entidades privadas filantrópicas sobre aquelas com fins lucrativos (BRASIL, 1990). Desde então, o sistema de saúde brasileiro passou a ser constituído por uma complexa rede com três

setores oferecendo serviços: o público, financiado e executado pelo Estado através do SUS; o privado com ou sem fins lucrativos, financiado com fundos públicos ou privados; e o seguro de saúde privado, com diferentes planos de assistência (PAIM *et al.*, 2011).

Ao reconhecer a saúde como um direito de todo cidadão, o SUS foi fundamentado por um tripé constituído pelos seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e igualdade no acesso à saúde. O princípio da universalidade garante o acesso às ações e serviços a todas as pessoas, independentemente de suas características sociais ou pessoais. A integralidade do cuidado assegura à população assistência em todos os níveis de atenção por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Pelo princípio da igualdade, todos os cidadãos têm seus direitos à saúde garantidos pelo Estado de maneira igual, porém contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições sócio-sanitárias da população (BRASIL, 1990).

Com vistas a contribuir para a concretização das ações do SUS, a Lei Orgânica da Saúde em 1990 definiu também os princípios organizativos do SUS: regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação popular. O princípio da regionalização e hierarquização determina que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade e densidade tecnológica - primário, secundário e terciário - circunscritos a uma determinada área geográfica e planejados a partir de critérios epidemiológicos da população a ser atendida. A descentralização e comando único distribui poder e responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal do governo, onde cada uma é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Em cumprimento ao princípio da participação popular, a sociedade participa da condução do SUS através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução das políticas de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse modelo hierarquizado, a atenção primária, também denominada atenção básica à saúde, é a principal via de acesso da população aos serviços do SUS (MENDES, 2011). Para reestruturar o sistema de saúde e o modelo assistencial, foram implantados na década de

1990 o Programa Saúde da Família (BRASIL, 1994), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1997). Desde então, esses programas têm sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, reorganizando as unidades básicas de saúde e integrando a assistência médica com as ações de prevenção e promoção da saúde (MENDES, 2011).

As mudanças no sistema de saúde brasileiro ocorridas nas últimas décadas têm contribuído para importantes transformações na saúde da população, compatíveis com um país em desenvolvimento (Tabela 1).

Atualmente classificado como país de renda média alta, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita mais que duplicou desde a promulgação da CF de 1998, embora com impacto sutil no índice de Gini. Reconhecido mundialmente como um dos países de maior desigualdade na distribuição de renda, observa-se no Brasil quase 9% da população vivendo abaixo da linha da pobreza, enquanto 20% detém mais da metade da renda nacional (WORLDBANK, 2015).

Mudanças importantes foram observadas também no perfil da população. A desaceleração no crescimento da população é corroborada pela redução da fecundidade e mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e melhorias nas condições sanitárias dos domicílios. Como reflexo, observa-se o envelhecimento da população (WORLDBANK, 2015) e o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que somado à elevação dos gastos em saúde, têm se tornado um novo desafio para o sistema de saúde brasileiro (SCHMIDT *et al.*, 2011).

As mudanças observadas no sistema de saúde brasileiro exigiram uma reorganização da Assistência Farmacêutica para garantir o direito à mesma, contemplado na integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Tabela 1 – Indicadores de desenvolvimento do Brasil no período de 1960 a 2013.

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	Atual
População (%)	72775883	96060361	121740438	149648341	174504898	195210154	200361925 (2013)
Crescimento anual	2,95	2,48	2,34	1,73	1,44	0,88	0,86 (2013)
0-14 anos	43,26	42,34	38,05	35,28	29,60	25,49	24,08 (2013)
15-64 anos	53,44	53,94	57,75	60,25	64,91	67,60	68,39 (2013)
65 ou mais	3,30	3,72	4,21	4,46	5,49	6,91	7,53 (2013)
Mulheres	50,15	50,08	50,12	50,32	50,56	50,77	50,83 (2013)
Urbana	46,14	55,91	65,47	73,92	81,19	84,34	85,17 (2013)
Vivendo em locais ≥ 1 milhão de habitantes	21,06	27,33	33,45	35,11	37,72	39,16	40,20 (2014)
Acesso a água potável	*	*	*	88,50	93,50	96,90	97,5 (2012)
Acesso a instalações sanitárias	*	*	*	66,80	74,60	80,30	81,3 (2012)
Acesso a eletricidade	*	*	*	91,86	96,72	98,93	98,93 (2010)
Fecundidade (nascidos por mulher)	6,21	5,02	4,07	2,81	2,36	1,84	1,81 (2012)
Mortalidade infantil (n por 1.000 nascidos vivos)	130,00	101,70	76,20	51,40	28,90	14,60	12,3 (2013)
Expectativa de vida ao nascimento (anos)	54,69	58,86	62,71	66,51	70,26	73,08	73,62 (2012)
Sobrevivência de mulheres aos 65 anos (%)	53,24	60,20	66,97	73,56	77,71	81,14	81,80 (2012)
Sobrevivência de homens aos 65 anos (%)	47,33	53,63	55,83	58,40	63,41	68,36	69,18 (2012)
Alfabetização em pessoas ≥ 15 anos (%)	*	*	74,59	*	86,37	90,38	91,33 (2012)
Desemprego (% da força de trabalho total)	*	*	*	6,90 (1991)	9,50	7,90	5,90 (2013)
Índice de Gini	*	*	57,93 (1981)	60,49	59,33 (2001)	53,09 (2011)	52,67 (2012)
Distribuição da renda total (%)							
20% mais pobres	*	*	2,68 (1981)	2,33	2,40 (2001)	3,25 (2011)	3,39 (2012)
20% mais ricos	*	*	62,29 (1981)	64,61	63,44 (2001)	57,56 (2011)	57,19 (2012)
PIB per capita, PPC (\$ internacional 2014)	*	*	*	6467,59	8730,66	13759,42	15037,46 (2013)
Pobreza, linha de pobreza nacional (% da população)	*	*	*	*	24,70 (2001)	11,12 (2011)	8,9 (2013)

Continua na próxima página.

Continuação da tabela 1.

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	Atual
Gastos com saúde							
Per capita, PPP (\$ internacional 2005)	*	*	*	417,52 (1995)	502,45	1007,72	1108,65 (2012)
Privados (% do PIB)	*	*	*	3,79 (1995)	4,28	4,77	4,99 (2012)
Públicos (% do PIB)	*	*	*	2,86 (1995)	2,89	4,24	4,32 (2012)
Públicos (% gastos totais com saúde)	*	*	*	43,01 (1995)	40,30	47,02	46,42 (2012)
Diretos das famílias (% gastos totais com saúde)	*	*	*	38,74 (1995)	37,95	30,60	30,95 (2012)

Dados extraídos do World Bank. O ano de obtenção dos dados está indicado na coluna, salvo quando indicado entre parêntese.

PIB: Produto interno bruto; PPC: paridade do poder de compras em dólares internacionais; *: dados indisponíveis.

Mesmo antes da promulgação da CF, o Brasil já desenvolvia ações de promoção do acesso aos medicamentos. Em 1964, o setor público de saúde estabeleceu uma lista dos medicamentos a serem ofertados à população, naquela ocasião denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário (BRASIL, 2010b).

Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME), cuja atribuição prioritária era gerir a produção e a distribuição de medicamentos à população de baixa renda (BRASIL, 1971). Uma das mais importantes atuações da CEME foi a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) em 1975, norteador o fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde (BRASIL, 1975). A CEME foi desativada em 1997 após inúmeras críticas de ineficiência e desperdício, gerando ampla discussão sobre as condições de acesso a medicamentos no Brasil (PORTELA *et al.*, 2010). Como resultado disso, foi aprovada no ano seguinte a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que se propôs a garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). Apesar da utilização do termo medicamentos essenciais, é importante ressaltar que o SUS não fornece somente os medicamentos que tratam os cuidados prioritários da população, mas aqueles que atendem às necessidades em saúde dos usuários, inclusive para o tratamento das doenças raras (BRASIL, 2015a).

Desde a implantação da PNM, várias estratégias foram adotadas pelo Estado para ampliar o acesso aos medicamentos, destacando-se três: a Lei dos Genéricos (BRASIL, 1999), a criação do Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2004) e a regulamentação do financiamento da assistência farmacêutica (BRASIL, 2007).

A publicação da Lei dos Genéricos no ano de 1999 estimulou a concorrência no mercado, proporcionando a redução nos preços e a ampliação do acesso da população ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 1999).

O Programa Farmácia Popular foi lançado em 2004 como estratégia para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns

entre os cidadãos (BRASIL, 2004). Os medicamentos incluídos no programa são disponibilizados à população de forma gratuita e no sistema de co-pagamento em que o Estado arca com 90% do preço do medicamento. Atualmente o programa disponibiliza um elenco de 112 medicamentos e/ou correlatos pela "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos. Além disso, um elenco de 42 medicamentos e/ou correlatos é disponibilizado à população pelo programa "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias (BRASIL, 2012).

A assistência farmacêutica pública é financiada com recursos das três esferas do governo, sendo que a contrapartida federal é repassada aos estados e municípios pelo bloco de financiamento da assistência farmacêutica (BRASIL, 2007), constituído por três componentes: básico (BRASIL, 2013b), estratégico (BRASIL, 2015b) e especializado (BRASIL, 2013a). Cada componente é destinado ao financiamento de um ou mais programas com características próprias quanto ao planejamento e à execução.

Os medicamentos que compõem os três componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica estão descritos na nona edição da Rename, norteando a definição das políticas públicas para o acesso aos medicamentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2015a).

Apesar dos progressos da saúde pública nas últimas décadas, observa-se um comprometimento tanto no acesso aos medicamentos contemplados nas listas oficiais públicas (BERTOLDI *et al.*, 2012) quanto aos demais serviços de saúde pública, destacando-se o longo tempo de espera para atendimento, a falta de profissionais - especialmente médicos -, a dificuldade de realização de exames diagnósticos e a baixa resolutividade dos serviços (GARCIA-SUBIRATS *et al.*, 2014). Esse cenário, aliado à capacidade de pagamento dos indivíduos, tornam-se fatores importantes para a escolha do setor procurado para a prestação da assistência à saúde. Assim, é possível contemplar aproximadamente um quarto da população brasileira com cobertura de seguro de saúde privado (PAIM *et al.*, 2011).

Em virtude da natureza universal do SUS, os beneficiários dos seguros de saúde privados também buscam serviços no setor público, fazendo-o predominantemente para vacinação (SILVA *et al.*, 2011), atendimentos de urgência e emergência (BRASIL, 2014), procedimentos complexos não cobertos pelo seguro (VICTORA *et al.*, 2011) e medicamentos de alto custo, uma vez que estes últimos geralmente estão subordinados a regras rígidas e pagamento complementar ao seguro (CONILL *et al.*, 2008).

Nesse contexto, os gastos com medicamentos e seguro de saúde privado comprometem em proporções distintas os gastos totais com saúde nos diferentes estratos de renda. Os gastos com medicamentos representam entre 25 a 35% dos gastos totais com saúde para as famílias pertencentes aos estratos superiores de renda, enquanto os seguros de saúde privados representam 35 a 45%. Em contrapartida, nos estratos inferiores de renda, cinco a dez por cento do total dos gastos com saúde é destinado aos seguros privados, enquanto 60 a 70% é gasto com medicamentos (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Os elevados gastos com medicamentos têm sido atribuídos à inadequada disponibilidade dos medicamentos no setor público (BERTOLDI *et al.*, 2012) e à obtenção de medicamentos não essenciais prescritos predominantemente por profissionais que não pertencem ao SUS, ou por automedicação (BERTOLDI *et al.*, 2009; BERTOLDI *et al.*, 2011). Além dos gastos com medicamentos, outras consequências têm sido atribuídas ao acesso inadequado aos medicamentos, dentre elas o comprometimento da adesão ao tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014), a piora do estado de saúde (ARRAIS *et al.*, 2005) e a busca pelas novas institucionalidades para a garantia do acesso ao medicamento (LEITE *et al.*, 2009; REVEIZ *et al.*, 2013).

1.3 Demandas administrativas por medicamentos

A insuficiência do Estado em implementar as políticas públicas tem motivado o surgimento de novas institucionalidades em diversas áreas, objetivando atender à demanda reprimida de direitos da sociedade e

contribuir para a construção de uma democracia igualitária (D'ARAUJO, 2001). No campo da saúde, as vias judicial e administrativa foram institucionalizadas pelos poderes Judiciário e Executivo, respectivamente, para garantir à população bens e serviços, dentre eles os medicamentos não obtidos nos serviços públicos de saúde, estando eles contemplados ou não nas listas oficiais públicas (LEITE *et al.*, 2009; REVEIZ *et al.*, 2013; VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014).

As solicitações de medicamentos pela via judicial deram origem a um fenômeno denominado judicialização para acesso aos medicamentos (VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014). A judicialização indica a expansão do poder judicial no processo de tomada de decisão nas democracias contemporâneas, caracterizando-se pelo posicionamento do Judiciário acima das esferas legislativa e administrativa, a fim de controlar a ação do Legislativo e proteger a sociedade contra os abusos do Executivo (TATE; VALLINDER, 1995).

A judicialização para acesso aos medicamentos teve início nos anos 1990 com as ações individuais e coletivas solicitando medicamentos antirretrovirais. Em meados de 2000 houve um aumento considerável dessas demandas, constituídas prioritariamente por ações individuais solicitando medicamentos incluídos na lista de sistemas de saúde e/ou novos medicamentos, com ou sem opção terapêutica nas listas oficiais públicas (REVEIZ *et al.*, 2013; VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014).

Um estudo exploratório (VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014) sobre a judicialização do acesso aos medicamentos demonstrou a mudança no perfil das demandas judiciais por medicamentos ao longo dos anos, e seus impactos nos níveis normativo e social, tanto positiva quanto negativamente. No campo normativo, a judicialização é abordada como um mecanismo útil para exigir que o Estado cumpra suas obrigações constantes nas constituições e nos tratados internacionais, assim como para evidenciar as limitações das políticas públicas de saúde e a necessidade de atualização dos programas de saúde e diretrizes clínicas. No campo social, a judicialização é apontada como uma maneira eficaz para a população reivindicar o direito à saúde e exigir a implementação das políticas públicas de saúde. Por outro lado, essa revisão demonstrou que estudos mais

recentes têm discutido os impactos negativos da judicialização, uma vez que ela negligencia as políticas públicas estabelecidas pelo Estado, assim como não garante que as políticas geradas pelas ações sejam melhores que aquelas previamente estabelecidas. Além disso, foi apontado que o itinerário terapêutico de um usuário que impetra uma ação judicial não é capaz, por si só, de empoderá-lo quanto ao direito à saúde.

A via administrativa, por sua vez, corresponde aos pedidos individuais por produtos diretamente ao poder Executivo. Apesar de ser uma prática comum no setor público, o estudo das demandas administrativas por medicamentos ainda é um tema pouco explorado na literatura científica.

Um estudo desenvolvido no estado do Ceará, em 2007, traçou o perfil das solicitações de medicamentos pelas vias administrativa e judicial impetradas no período de 01 de janeiro de 2004 a 31 de junho de 2006. Observou-se uma predominância das solicitações pela via administrativa e de medicamentos não contemplados nas políticas públicas de saúde (PESSOA, 2007). Em 2009, um estudo desenvolvido no estado de Santa Catarina, descreveu as solicitações de medicamentos pelas vias administrativa e judicial impetradas contra o município de Florianópolis, no período 2003 a 2006. Constatou-se uma demanda crescente de medicamentos pela via judicial à Secretaria Municipal de Saúde, com predominância de medicamentos não contemplados nas políticas públicas de saúde (LEITE *et al.*, 2009). Em 2011, um estudo conduzido no estado do Rio de Janeiro descreveu o processo de formulação da via administrativa como uma alternativa à via judicial para acesso a medicamentos, institucionalizada naquele estado no ano de 2008 (TEIXEIRA, 2011). Em 2013, um estudo desenvolvido no estado de Goiás descreveu as solicitações de medicamentos pela via administrativa ao município de Goiânia, protocoladas no período de maio a julho de 2012. Diferentemente dos estudos anteriores, observou-se uma predominância de medicamentos contemplados nas políticas públicas de saúde (SOARES; SILVA; PROVIN, 2013).

Os poucos estudos da via administrativa para acesso a medicamentos têm se limitado a descrever essa via comparando-a à judicial. Nesse contexto, a via administrativa tem sido considerada mais ágil no

fornecimento do medicamento ao usuário (PEPE *et al.*, 2010; SOARES; SILVA; PROVIN, 2013), além de evitar a demanda judicial e suas potenciais interferências na gestão da assistência farmacêutica (PEPE *et al.*, 2010; TEIXEIRA, 2011). Adicionalmente, estudo mais recente aponta que a via administrativa atende um público de menor poder aquisitivo (SOARES; SILVA; PROVIN, 2013). Por outro lado, há indícios de que há influência das relações pessoais do usuário no deferimento da solicitação pela via administrativa, comprometendo a equidade no acesso aos medicamentos (LEITE *et al.*, 2009). Esses achados sugerem que a via administrativa não interfere na causa do problema de acesso aos medicamentos.

Em Goiás, localizado na região centro-oeste do Brasil, foi firmado um acordo de cooperação técnica entre o Ministério Público do Estado de Goiás (MP-GO) e as Secretarias de Saúde Estadual de Goiás e Municipal de Goiânia para priorizar as demandas de medicamentos pela via administrativa em detrimento da judicial (MPGO, 2010; 2014). Como consequência, os processos administrativos passaram a representar a grande maioria das demandas por medicamentos pelas novas institucionalidades.

Para uma melhor compreensão das demandas administrativas por medicamentos, é mister saber que a assistência farmacêutica compõe o rol de serviços que assistem aos usuários na proposta da integralidade do SUS (BRASIL, 1990). Destaca-se ainda que as barreiras de acesso aos medicamentos essenciais são complexas e interligadas aos diversos níveis dos sistemas de saúde. Assim, os estudos de acesso aos medicamentos devem contemplar uma abordagem ampla do sistema de saúde, no qual a assistência farmacêutica está inserida (BIGDELI *et al.*, 2013).

Diante desse cenário, parte-se do pressuposto que a institucionalização da via administrativa para acesso a medicamentos por um serviço de saúde fragilizado pode estar contribuindo para a ocorrência dessas demandas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o acesso a medicamentos pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro.

2.2 Específicos

Identificar os determinantes das demandas por medicamentos pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro.

Descrever as características do acesso a medicamentos demandados pela via administrativa ao setor público de saúde brasileiro.

Analisar as percepções dos usuários da via administrativa sobre o acesso a medicamentos no setor público de saúde brasileiro.

3 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 – Determinants of the administrative demands for access to pharmaceutical drugs in Brazil

Autores: Amanda Queiroz Soares, Pedro Ivo da Silva, Mirian Amaral Melo, Mércia Pandolfo Provin, Rita Goreti Amaral

Periódico: Health Policy (Submetido)

Instruções aos autores:

<https://www.elsevier.com/journals/health-policy/0168-8510/guide-for-authors>

Artigo 2 – Acesso a medicamentos demandados pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro

Autores: Amanda Queiroz Soares, Pedro Ivo da Silva, Mércia Pandolfo Provin, Rita Goreti Amaral

Periódico: Health Policy and Planning (A ser submetido)

Instruções aos autores:

http://www.oxfordjournals.org/our_journals/heapol/for_authors/index.html

Artigo 3 – Barreiras de acesso aos medicamentos no setor público de saúde brasileiro na percepção do usuário

Autores: Amanda Queiroz Soares, Pedro Ivo da Silva, Virgínia Oliveira Chagas, Vanessa da Silva Carvalho Vila, Mércia Pandolfo Provin, Rita Goreti Amaral

Periódico: Social Science & Medicine (A ser submetido)

Instruções aos autores:

<http://www.elsevier.com/journals/social-science-and-medicine/0277-9536?generatepdf=true>

3.1 Determinants of the administrative demands for access to pharmaceutical drugs in Brazil

Amanda Queiroz Soares, Pedro Ivo da Silva, Mirian Amaral Melo, Mércia Pandolfo Provin, Rita Goreti Amaral

Amanda Queiroz Soares: Doctoral student in the Postgraduate Program in Health Sciences of the Federal University of Goiás. Pharmacist at the teaching hospital of the Federal University of Goiás.

Pedro Ivo da Silva: Resident in the Multidisciplinary Residency Program in Health at the teaching hospital of the Federal University of Goiás.

Mirian Amaral Melo: Research assistant with the Research Team in Pharmaceutical Care of the School of Pharmacy, Federal University of Goiás.

Mércia Pandolfo Provin and Rita Goreti Amaral: Professors at the School of Pharmacy, Federal University of Goiás.

Corresponding author:

Amanda Queiroz Soares
Rua 236, #300, Ed. Pontal do Tocantins, Apt. 1102
Setor Leste Universitário
Goiânia, Goiás
E-mail: amandaqueiroz@yahoo.com.br

Authors' contributions

AQS participated in the conception of the study and managed the research project, including developing the data collection instrument, collecting data, constructing and analyzing the database and writing the initial version of the paper.

PIS and **MAM** contributed towards developing the data collection instrument and in the data collection.

MPP and **RGA** led the team in the conception of the study and in the development of the data collection instrument, and contributed to the data analysis.

All the authors participated in interpreting the results and in writing the paper and all approved this final version of the paper.

Acknowledgements

The authors are grateful to all those who collaborated in this study for their time, efforts and constructive comments.

Protection of human participants

The internal review board of the Federal University of Goiás approved this study under protocol #021/12.

Keywords: pharmaceutical care; healthy policy; access to health services; right to health.

Running title: Access to pharmaceutical drugs through the administrative channels.

Determinants of the administrative demands for access to pharmaceutical drugs in Brazil

Abstract

Objective: To identify determinants of administrative demands for access to medication. **Methods:** A case-control study with 168 users interested in initiating an administrative process (cases) and 435 users of healthcare units (controls). The independent variables formed four blocks: economic/sociodemographic characteristics, healthcare characteristics, pharmaceutical care characteristics and health care conditions. The outcome was the administrative demand for medication. Data collected at individual interviews were analyzed using multivariate logistic regression. **Results:** Variables remaining significantly associated were age, sex, skin color and social class (1st block); consultations in the public sector, informing the prescriber about the inaccessibility of the medication, being denied access due to lack of a public sector prescription, and understanding the public sector instructions and recommendations (2nd block); availability of medication, discontinuation of treatment due to unavailability of medication, and agreement with the norms (3rd block); belief regarding the right to obtain medication, private health insurance coverage, obtaining medication in the private sector, and monthly expenditure with medication (4th block). **Conclusions:** The administrative demands for medication are inserted within a multifactorial context whose determinants include the users' characteristics and those of the healthcare system.

A health reform movement initiated in the 1970s and aimed at reducing the inequalities of access to healthcare services in Brazil culminated with the creation of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*), founded on the principles of universality, integrality and equality.¹

Universal and integrated access to public healthcare services in a country with over 200 million inhabitants differentiates Brazil in the international scenario insofar as the right to health is concerned.^{2,3} Furthermore, unlike many countries with universal coverage,⁴ the SUS includes a proposal to guarantee access to essential medication,¹ a fundamental component of the right to health.⁵ Nevertheless, the assurance of access to medication in Brazil has been compromised.^{6,7}

The insufficiency of the state in implementing public policies has resulted in the emergence of new institutional frameworks in different areas to meet society's repressed demands for rights and to contribute towards the construction of an egalitarian democracy.⁸ In the area of health, the legal and administrative channels were institutionalized by the legislative and executive powers, respectively, to guarantee goods and services, including medications that are unobtainable within the public healthcare service, whether or not these were included in the list of essential medicines.⁹⁻¹¹

The first judicial demands for medication appeared in the 1990s, with individual and collective lawsuits demanding access to antiretroviral drugs. This channel proved to represent a useful mechanism through which society could petition the state to comply with public policies, as well as to highlight its limitations. However, a change has been seen in the profile of these demands over the years, showing that the legal channel tends to ignore established public policies and fails to promote the creation of policies that would be better than those already in place.¹¹

The administrative channel, in turn, is still largely unexplored in the scientific literature, despite being common practice in the Brazilian public service.⁹ The few studies published have been restricted to describing demands made through administrative channels compared to those made through the legal channels. In this respect, the administrative channel has been considered more agile with respect to

the supply of medication,^{12,13} with the additional benefit that it avoids having to go through the legal channels.¹² In addition, there are signs that the administrative channel caters to a less affluent public, and that it consists predominantly of demands for medications included in the official list of essential medicines.¹³ On the other hand, the concession of these requests appears to have been affected by personal relationships, thus compromising the concept of equal access to medication.⁹

To achieve a better understanding of the administrative demands for pharmaceutical drugs, it is essential to be aware of the fact that pharmaceutical care is included in the list of services provided to users within the proposal of the integrality of the SUS.¹ Furthermore, it is important to recognize that the barriers to accessing essential drugs are complex and interrelated with the various levels of the healthcare system. Therefore, studies on access to drugs should consider taking a broad approach to the healthcare system in which pharmaceutical care forms an integrated part.¹⁴

Access to healthcare services in Brazil has improved considerably since the SUS was first created.¹⁵ Nevertheless, many challenges remain to be overcome, particularly with regard to the protracted waiting time for a consultation, the lack of professionals, particularly doctors, the difficulty in gaining access to diagnostic tests and the poor problem-solving that is prevalent in the healthcare services.¹⁶

Within this scenario, there is the institutionalization of the administrative channel for gaining access to medication through a healthcare service that has been rendered fragile. Therefore, considering that studies on the administrative and legal channels have focused predominantly on describing the demands and the impacts of these new institutions within the healthcare system, the objective of this study was to identify the determinants of the demands for medication through the administrative channel.

Methods

This is a case-control study conducted in the city in Midwestern Brazil.

Study participants

The case group consisted of users seeking the municipal health authorities for the first time and requesting to open an administrative process for obtaining medication. The control group consisted of four users from each of the primary healthcare units in the city who had never requested medication either through the administrative or legal channels. In both groups, users of at least 18 years of age or individuals in that age group who were accompanying users were randomly selected for inclusion. Users with cognitive problems that rendered them unable to answer the questions in the interview and who had no one with them at the time they were approached were excluded from the study. Accompanying persons were defined as individuals present at the consultations and at the moment the user received the medication.

Sample size was calculated a posteriori using multifactorial data analysis (Table 5). For a power of 80%, a 95% confidence level, a ratio of 2.6 controls for each case and a frequency of 60.56% of exposure among the controls, 381 participants would have to be included: 107 cases and 278 controls. In fact, 603 participants were included: 168 cases and 435 controls.

Data Collection

Data were collected between March and July 2014 at face-to-face interviews lasting on average 15 minutes. The participants of the case group were approached at the Municipal Health Department headquarters, at the office in which the administrative processes were filed. The participants of the control group were approached in the city's primary healthcare units and invited to participate in the study.

Two different questionnaires were used at the interviews, one for the users and the other for the accompanying persons. The questionnaires were developed based on a triangulation of methods: a panel of specialists, a systematic review and a focus group conducted with users whose request was granted following an administrative process to obtain medication. For each questionnaire, a preliminary test was first conducted with fifteen users who were not included in the actual study, seven eligible for inclusion in the case group and eight for the control group.

The independent variables were grouped into four blocks: the economic and sociodemographic characteristics of the users and accompanying persons, the characteristics of the healthcare provided, the characteristics of pharmaceutical care and health care conditions. The outcome variable was the administrative demand for medication.

The block of economic/sociodemographic characteristics of the users included: age, sex, marital status, self-reported skin color, current occupation, education level, social class, ¹⁷ self-reported per capita income and the category of the participant (user/accompanying person). In addition, the education level of the accompanying person was included whenever applicable.

The block on healthcare characteristics consisted of: whether the individual had consulted within the public sector, whether consultations were scheduled within a reasonable timeframe and whether consultation was made in the public sector for the sole purpose of obtaining a prescription for pharmaceutical drugs. In addition, whether feedback was given to the prescriber on the inaccessibility of the drug, agreement to change the medication that was unavailable for an alternative treatment, whether the individual had been denied access due to lack of a prescription originating in the public sector, and understanding of the instructions on the medication received in the public sector. Furthermore, this block evaluated the user's opinion about the image of public healthcare sector, and whether they would recommend the public services to individuals who had access to private services.

The block on the characteristics of pharmaceutical care included: medication obtained in the public sector, medication obtained at the public sector pharmacy of the user's choice, distance between the public sector pharmacy and the home/workplace of the user/accompanying person. Time spent in line at the public sector pharmacy, and time off from work to obtain medication in the public sector. The availability of the medication in the public sector according to the user's perception, discontinuation of treatment due to the unavailability of the medication in the public sector, knowledge regarding the list of essential medicines supplied in the public sector, having previously needed medication not supplied in the public sector. Knowledge on the steps required to obtain medication in the public sector, agreement

with the norms for obtaining medication in the public sector and belief regarding the quality of the medication supplied in the public sector.

The block on health care conditions included: self-evaluation of state of health, need for medication to improve state of health, beliefs regarding the right to obtain any medication within the public sector. Effect of the image of public healthcare in deciding whether to use its services, coverage by private health insurance, obtaining medication in the private sector, obtaining medication with co-payment in the private sector, monthly expenditure with medication, and discontinuation of pharmaceutical treatment due to lack of money.

Data Analysis

Absolute and relative frequencies were used to describe all the variables in the case and control groups. The odds ratios (OR) and their respective 95% confidence intervals were calculated for all the variables of interest against the outcome variable. For the test of association, the Wald chi-square test was used.

All the variables with a p-value ≤ 0.20 in the bivariate analysis were included in the multivariate model. Multivariate analysis by logistic regression was performed in accordance with a hierarchical model described as follows. The variables in the first level referred to the economic/sociodemographic characteristics of the users/accompanying persons. Those in the second level concerned the characteristics of the healthcare provided. The variables in the third level were those associated with the characteristics of pharmaceutical care. The fourth level contained variables on health conditions and was the level closest to the outcome. The forward method of introducing the variables in each level of the hierarchized model was adopted. Following adjustments and the analysis of potential confounding factors, only the variables with a p-value ≤ 0.05 remained associated with the outcome.

Results

Most of the variables met the criteria for inclusion in the multivariate analysis. All the variables in the block on economic and sociodemographic characteristics (Table 1), 7 of the 9 variables in the block on the characteristics of the healthcare provided

(Table 2), and 8 of the 12 variables in the block on the characteristics of pharmaceutical care (Table 3) were included. Finally, all the variables in the block on health care conditions (Table 4) were included in the model.

Variables representing all of the four blocks evaluated remained associated with administrative demands in the multivariate model (Table 5).

Discussion

The results showed that administrative demands are inserted in a multifactorial context with a strong public/private mix, i.e. a combination of seeking medical care in the private sector and medication in the public sector, thus emphasizing the inequality in the quest for medication within this new institutional framework. Some aspects of the health services appear to collaborate with this. In the case of pharmaceutical care, the availability of the medications included in the official list of essential medicines and the norms governing the distribution of medications imposed by the service were the most relevant aspects found in this study. Pharmaceutical care is part of the services established to assist users within the proposal of the integrality of health. Therefore, the barriers to the access of medication are complex and interrelated with the other levels of the healthcare system.¹⁴ Hence, as shown in the present study, the factors that may generate administrative demands for medication also reflect this association, taking into account characteristics related to healthcare and to the perception and belief that the user has regarding this service, as well as his/her social, economic and demographic characteristics.

Contradicting the target of achieving equity within the SUS, an association was found in the present study between administrative demands for medication and white individuals belonging to socioeconomic classes A and B who had private medical insurance and a low rate of medical consultations in the public sector. These results show the lesser social vulnerability of the users of the administrative channel compared to those who mainly use the public healthcare services in Brazil.^{18,19} Therefore, the results of this study show that the deeply rooted disparity in the access to products and services that is characteristic of low and middle income countries is

also a marked characteristic with regard to the access to medication through administrative channels.

Since the creation of the SUS, the Brazilian government has adopted various strategies to reduce inequality and increase access to medication. In particular, these strategies culminated in the National Drug Policy,²⁰ the Generic Drugs Act,²¹ the creation of the People's Pharmacy Program²² and the regulations covering the funding of pharmaceutical care.²³ Despite these efforts, the government institutionalized a new channel of access to medication that is incapable of promoting universalization and equity in access, as has also been found for the legal channel in the studies conducted by Reveiz et al. and Vargas-Pelaez et al.^{10,11}

Users' perception regarding their right to obtain any medication through the public sector, as found in the present study, may have been constructed over recent decades with the phenomenon of the "judicialization of health". This erroneous perception of the concept of integrality dealt with in the constitution is the result of the legal framework of the SUS and of the understanding, principally of operators from the right, that the right to health implies everything for everyone.²⁴ With a view to reducing these inaccuracies, Law #12,401²⁵ was drawn up to define which goods and healthcare services could be supplied within the public sector, as well as the circumstances of this supply. One of the consequences of creating these regulations was to restrict the supply of the medication included in the official list of essential medicines to users who had consulted with public sector healthcare professionals.²⁶ This measure created a demand for medical consultations that surpassed the capacity of the SUS to deal with it, particularly given the dissatisfaction that already existed with respect to the waiting time for a medical consultation.¹⁶ Inevitably, in that same year, the public sector was authorized to accept prescriptions originating in the private sector that fulfilled the SUS regulations governing pharmaceutical care.²⁷

In the city where this study was conducted, prescriptions from the private sector are dispensed only for drugs that are controlled by the surveillance authorities (ANVISA) and those petitioned through administrative or judicial processes. Therefore, the results of the present study indicate that partial agreement with the regulations for obtaining drugs through the SUS is related to the city's inadvertent

rejection of prescriptions originating in the private sector. This may have constituted an attempt to reduce expenditure with medication, but resulted in contributing to an increase in the likelihood of the user requesting medication through the administrative channel. By neglecting public health policies, the administrative demands replicate the negative impacts of the judicial demands already described by Vargas-Pelaez et al.¹²

In an attempt to understand how the availability of medication in the public sector can motivate the occurrence of administrative demands, it is important to be aware that the availability of the medication is the result of adequate pharmaceutical care management.²⁸ Therefore, when the results of this study show treatment to have been discontinued because the required drug was unavailable, it is understood that, in some way, something went wrong at some point in the logistic cycle of pharmaceutical care. To minimize these problems, it is crucial that the public sector makes the drugs on the official list of essential medicines available and in conformity with the rational needs of the population.

This study also showed that acquiring drugs in the private sector provides interesting reading on administrative demands. Those users who rarely obtain medication in the private sector are more likely to request medication through the administrative channel. This finding may be related both to the appropriate availability of medication as perceived by the users in this study and to the socioeconomically vulnerable profile of the users of the SUS.^{18,19} This situation is compatible with the dependence of public sector users regarding the provision of healthcare, including medication. Therefore, it is understandable that if the medication is unobtainable through the administrative channels, this will result in non-compliance with the prescribed treatment plan, as shown in the present study.

On the other hand, acquiring medication predominantly in the private sector and users' monthly expense with medication were variables that also remained associated with administrative demands. This other situation reflects the consequences of the considerable expenditure with medication incurred by families and observed in various countries.²⁹⁻³² In Brazil, these costs have been attributed, among other factors, to the lack of availability of medication in the public sector⁸ and to the

acquisition of medication not included in the official list of essential medicines and prescribed principally by non-SUS professionals.^{33,34} Both the unavailability of medications and the prescription of medication by private sector professionals were findings of the present study, reinforcing the responsibility of the public sector to implement public policies on medication in order to guarantee access to drug therapy.

The importance of the shared decision in defining the treatment plan and, consequently, in ensuring access to medication was perceived in the present study through the feedback given to the prescriber on the inaccessibility of the drug and with respect to the user's understanding of the instructions provided. The findings of the study indicate that the literacy of users insofar as health is concerned is inadequate and that there is interference from the prescriber in determining users' treatment requirements, culminating in the occurrence of administrative demands. Therefore, users need to be empowered to enable them to express an opinion on their own condition, while the professionals need to change their position to give more value to the user in the management of his/her own healthcare.

An interesting finding of the present study was the greater likelihood of a male user requesting medication through the administrative channel. Although the variation in the access to medication according to sex is already known, there is no consistent pattern with which to predict this variation.³⁵ Therefore, the association between administrative demands and the male sex, children and the elderly reflects the inadequate care provided to these segments of the population for whom there are exclusive lines of care in Brazil.³⁶⁻³⁸ The effect of age in care management of chronic diseases is already known, as reflected in the inverted U-shaped relationship in which the extremes of age are less well assisted.³⁹ Therefore, the results of the present study indicate that access to medication in these specific lines of care has been compromised, making it necessary to request them through administrative channels.

The recommendation of the public healthcare services to individuals with sufficient financial resources with which to pay for healthcare in other sectors is an intriguing finding of the present study. This situation could be related to the users' interest in

maintaining the public-private mix and to their belief that any medication is obtainable in the public sector, showing a complete lack of knowledge on public policies. On the other hand, it may represent a limitation of the study if the participant considered that recommending the SUS would have an effect on getting his/her request approved. Nevertheless, the design of the present study and the stringency with which it was conducted should have minimized this effect. Furthermore, having a control group composed of users of primary public healthcare units proved an excellent strategy, since these patients access healthcare services and obtain medication both in the public and in the private sector.

In conclusion, some of the characteristics of pharmaceutical care determine the occurrence of demands for medication through the administrative channels, particularly the availability of medication in the public sector and agreement with the norms established for obtaining them. These characteristics are closely related to the other levels of the healthcare system. Therefore, the occurrence of demands for medication through the administrative channels is inserted into a multifactorial context, contemplating, in addition to the characteristics of pharmaceutical care, the conditions of health care and the social, economic and demographic characteristics of the users.

In view of the multifactorial causality of the administrative demands for access to medication and of the profound inequalities that afflict low and medium income countries, it is evident that access to medication should be a permanent concern not only of pharmaceutical care but also of the entire healthcare system.

The strong public-private mix component in determining the administrative demands for medication proves that this new institutional framework has failed to introduce improvements in Brazilian public healthcare policies. With these findings, it is believed that the existing channels of access to medication remain the best means of promoting equal access despite the urgent need to restructure these channels, integrating them with the other levels of the health system.

References

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1990.
2. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, et al. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLoS Med.* 2014; 11: e1001692.
3. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med.* 2014; 11: e1001731.
4. Diniz D. Judicialização de medicamentos no SUS: memorial ao STF. *Série Anis.* 2009; 9: 1-5.
5. Hogerzeil HV. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? *Bull World Health Organ.* 2006; 84: 371-5.
6. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet.* 2009; 373: 240-9.
7. Bertoldi AD, Helfer AP, Camargo AL, Tavares NU, Kanavos P. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? *Global Health.* 2012; 8: 6.
8. D'Araujo MC. [Democracy and new judicial institutions in Latin America]. *Revista de Administração Pública.* 2001; 35: 145-66.
9. Leite SN, Pereira SM, Silva P, Nascimento Júnior JM, Cordeiro BC, Veber AP. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. *Revista de Direito Sanitário.* 2009; 10: 13-28.
10. Reveiz L, Chapman E, Torres R, et al. [Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review]. *Rev Panam Salud Publica.* 2013; 33: 213-22.

11. Vargas-Peláez CM, Rover MR, Leite SN, Rossi Buenaventura F, Farias MR. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines: a scoping study. *Soc Sci Med*. 2014; 121: 48-55.
12. Pepe VL, Figueiredo A, Simas L, Osorio-de-Castro CG, Ventura M. [Health litigation and new challenges in the management of pharmaceutical services]. *Cien Saude Colet*. 2010; 15: 2405-14.
13. Soares AQ, Silva PI, Provin MP. A via administrativa como mecanismo de efetivação do acesso a medicamentos essenciais. *Cad IberAmer Direito Sanit*. 2013; 2: 194-207.
14. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan*. 2013; 28: 692-704.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377: 1778-97.
16. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med*. 2014; 106: 204-13.
17. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil 2014 - Base LSE 2012. <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>. Accessed December 8, 2014.
18. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJ, Xavier AJ, d'Orsi E. [Prevalence and factors associated with access to medication among the elderly in a city in southern Brazil: a population-based study]. *Cad Saude Publica*. 2011; 27: 1939-50.
19. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. [Access to medicines in the public sector: analysis of users of the Brazilian Unified National Health System]. *Cad Saude Publica*. 2013; 29: 691-701.
20. Brasil. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Formulação de Políticas de Saúde; 1998.
21. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em

- produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 1999.
22. Brasil. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2004.
23. Brasil. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
24. Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. [Legal and sanitary aspects conditioning access to medicines in Brazilian courts]. *Rev Salud Publica. (Bogota)* 2012; 14: 340-9.
25. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 2011.
26. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 2011.
27. Brasil. Portaria nº 2.928, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os §§ 1º e 2º do art. 28 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
28. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CG, Machado-dos-Santos S, (organizadores). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; 2003.
29. Wagner AK, Graves AJ, Reiss SK, Lecates R, Zhang F, Ross-Degnan D. Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk

- protection: results from the World Health Survey. *Health Policy*. 2011; 100: 151-8.
30. World Health Organization. The world medicines situation 2011. Geneva: WHO; 2011.
http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf. Accessed December 23, 2014.
31. OECD. Health at a glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing; 2013.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>. Accessed December 30, 2014.
32. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med*. 2014; 11: e1001701.
33. Bertoldi AD, de Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2009; 89: 295-302.
34. Bertoldi AD, Barros AJ, Camargo AL, et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. *Am J Public Health*. 2011; 101: 916-21.
35. Stephens P, Ross-Degnan D, Wagner AK. Does access to medicines differ by gender? Evidence from 15 low and middle income countries. *Health Policy*. 2013; 110: 60-6.
36. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
37. Brasil. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro; 2009.
38. CONASEMS. Conasems participa da última reunião da CIT em 2014. Brasília; 2014. <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/3816-conasems-participa-da-ultima-reuniao-da-cit-em-2014>. Accessed January 29, 2015.
39. Buja A, Damiani G, Gini R, et al. Systematic age-related differences in chronic disease management in a population-based cohort study: a new paradigm of primary care is required. *PLoS One*. 2014; 9: e91340.

40. The World Bank. World development indicators: PPP conversion factor, GDP (LCU per international \$). Washington, DC: The World Bank; 2013.
<http://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP>. Accessed January 14, 2015.

Table 1: Association between economic and sociodemographic characteristics and the users requesting medication through administrative channels compared with users of primary healthcare units in Goiânia, Goiás, Brazil, 2014.

Variables	Cases n (%)	Controls n (%)	OR (95%CI)	P- value*
Age (years)				<0.001
0 – 9	23 (42.59)	31 (57.41)	2.97 (1.63–5.39)	
10 – 19	10 (21.28)	37 (78.72)	1.08 (0.51–2.28)	
20 – 59	74 (20.00)	296 (80.00)	1.00	
60 or more	57 (46.34)	66 (53.66)	3.45 (2.23–5.35)	
Sex				<0.001
Female	97 (22.93)	326 (77.07)	1.00	
Male	71 (39.44)	109 (60.56)	2.19 (1.50-3.19)	
Marital status				<0.001
Married/stable union	57 (20.28)	224 (79.72)	1.00	
Single/Separated/Widowed	108 (34.07)	209 (65.93)	2.03 (1.40-2.95)	
Skin color				<0.001
White	83 (38.60)	132 (61.40)	2.25 (1.56-3.24)	
Non white	84 (21.88)	300 (78.13)	1.00	
Occupation				<0.001
Paid employment	45 (18.44)	199 (81.56)	1.00	
Retired or pensioned	57 (50.00)	57 (50.00)	4.42 (2.71-7.22)	
Unemployed	15 (34.09)	29 (65.91)	2.29 (1.13-4.62)	
Student/housewife	34 (20.86)	129 (79.14)	1.17 (0.71-1.92)	
Schooling (years)				0.103
0 – 4	30 (20.83)	114 (79.17)	1.04 (0.56-1.93)	
5 – 8	34 (30.91)	76 (69.09)	1.77 (0.95-3.28)	
9 – 11	22 (20.18)	87 (79.82)	1.00	
12 or more	63 (28.90)	155 (71.10)	1.61 (0.93-2.79)	

Social class				0.006
A – B	47 (39.50)	72 (60.50)	2.01 (1.29-3.14)	
C	83 (24.48)	256 (75.52)	1.00	
D – E	31 (25.20)	92 (74.80)	1.04 (0.65-1.67)	
Daily per capita income				0.134
1 st quartile: U\$ 0.00-7.26	30 (22.22)	105 (77.78)	1.00	
2 nd quartile: U\$ 7.27-11.40	34 (24.64)	104 (75.36)	1.14 (0.65-2.00)	
3 rd quartile: U\$ 11.40-18.14	35 (25.18)	104 (74.82)	1.18 (0.67-2.06)	
4 th quartile: U\$ 18.15-150.08	43 (34.40)	82 (65.60)	1.84 (1.06-3.18)	
Participant				<0.001
Accompanying person	95 (53.98)	81 (46.02)	5.69 (3.85-8.39)	
User	73 (17.10)	354 (82.90)	1.00	
Schooling of accompanying person (years)				0.003
0 – 4	2 (20.00)	8 (80.00)	1.00	
5 – 8	4 (26.67)	11 (73.33)	1.45 (0.21-10.04)	
9 – 11	16 (43.24)	21 (56.76)	3.05 (0.57-16.44)	
12 or more	72 (63.72)	41 (36.28)	7.02 (1.42-34.82)	

OR: Odds ratio; 95%CI: 95% confidence interval; U\$: international dollar using the 2013 purchasing power parity (PPC) conversion factor. ⁴⁰

* Wald test.

Table 2: Association between healthcare characteristics and the users requesting medication through the administrative channel compared to the users of primary healthcare units in Goiânia, Goiás, Brazil, 2014.

Variables	Cases n (%)	Controls n (%)	OR (95%CI)	P- value*
Medical consultation in the public sector				<0.001
Always/Often	91 (21.72)	328 (78.28)	1.00	
Half the time	10 (25.64)	29 (74.36)	1.24 (0.58-2.65)	
Seldom/Never	64 (46.04)	75 (53.96)	3.08 (2.05-4.62)	
Public sector consultation scheduled within a reasonable timeframe				0.034
Always/Often	28 (18.42)	124 (81.58)	1.00	
Half the time	12 (20.69)	46 (79.31)	1.16 (0.54-2.46)	
Seldom/Never	105 (28.85)	259 (71.15)	1.80 (1.12-2.87)	
Public sector consultation only for the purpose of obtaining a prescription for medication				0.754
Always/Often	23 (23.96)	73 (76.04)	1.00	
Half the time	6 (25.00)	18 (75.00)	1.06 (0.38-2.98)	
Seldom/Never	130 (27.54)	342 (72.46)	1.21 (0.72-2.01)	
Feedback given to the prescriber on the inaccessibility of the drug				<0.001
Always/Often	73 (30.80)	164 (69.20)	2.11 (1.40-3.18)	
Half the time	14 (41.18)	20 (58.82)	3.32 (1.57-7.01)	
Seldom/Never	50 (17.42)	237 (82.58)	1.00	
Agreement with changing the unavailable medication for an available alternative				0.507
No	39 (29.77)	92 (70.23)	1.16 (0.75-1.78)	
Yes	118 (26.82)	322 (73.18)	1.00	
Denied access due to lack of a prescription originating in the public sector				0.001
Always/Often	53 (34.87)	99 (65.13)	2.30 (1.50-3.52)	
Half the time	10 (24.39)	31 (75.61)	1.39 (0.65-2.96)	
Seldom/Never	68 (18.89)	292 (81.11)	1.00	

Comprehension of the instructions regarding the medication				0.018
Always/Often	85 (25.60)	247 (74.40)	2.56 (1.12-5.85)	
Half the time	7 (11.86)	52 (88.14)	1.00	
Seldom/Never	29 (33.33)	58 (66.67)	3.71 (1.50-9.20)	
Image of the public sector according to the user's perception				0.126
Excellent/good	52 (34.21)	100 (65.79)	1.51 (0.96-2.38)	
Average	55 (25.58)	160 (74.42)	1.00	
Bad/terrible	60 (25.64)	174 (74.36)	1.00 (0.66-1.53)	
Would the user recommend public health services to individuals with financial resources?				0.001
No	105 (23.92)	334 (76.08)	1.00	
Yes	61 (38.13)	99 (61.88)	1.96 (1.33-2.89)	

OR: *Odds ratio*; 95%CI: 95% confidence interval.

* Wald test

Table 3: Association between pharmaceutical care characteristics and users requesting medication through the administrative channels compared to users of primary healthcare units in Goiânia, Goiás, 2014.

Variables	Cases n (%)	Controls n (%)	OR (95%CI)	P- value*
Obtaining medication in the public sector				0.751
Always/Often	44 (29.93)	103 (70.07)	1.17 (0.77-1.78)	
Half the time	24 (28.92)	59 (71.08)	1.11 (0.66-1.89)	
Seldom/Never	98 (26.78)	268 (73.22)	1.00	
Obtaining medication in the public healthcare unit of the user's preference				0.409
Always/Often	32 (27.59)	84 (72.41)	1.52 (0.75-3.11)	
Half the time	14 (20.00)	56 (80.00)	1.00	
Seldom/Never	80 (22.35)	278 (77.65)	1.15 (0.61-2.18)	
Distance from the public sector pharmacy to the home/workplace of the user/accompanying person				0.672
Very close/close	45 (23.68)	145 (76.32)	1.15 (0.73-1.82)	
Reasonably close	33 (25.19)	98 (74.81)	1.25 (0.75-2.06)	
Far/Very far	50 (21.28)	185 (78.72)	1.00	
Waiting time spent in line at the public sector pharmacy				0.283
Very fast/fast	37 (19.68)	151 (80.32)	1.00	
Average	38 (22.75)	129 (77.25)	1.20 (0.72-2.00)	
Slow/very slow	48 (26.67)	132 (73.33)	1.48 (0.91-2.42)	
Time off work to acquire medication in the public sector				0.140
Always/Often	38 (30.89)	85 (69.11)	1.58 (1.00-2.48)	
Half the time	11 (25.00)	33 (75.00)	1.18 (0.57-2.42)	
Seldom/Never	87 (22.08)	307 (77.92)	1.00	
Availability of medication in the public sector as perceived by the user				0.003
Excellent/good	50 (34.97)	93 (65.03)	2.25 (1.42-3.57)	
Average	50 (19.31)	209 (80.69)	1.00	
Poor/terrible	45 (27.11)	121 (72.89)	1.55 (0.98-2.47)	

Treatment discontinuation because the medication was unavailable in the public sector				0.002
Always/Often	45 (38.14)	73 (61.86)	2.23 (1.44-3.46)	
Half the time	12 (26.09)	34 (73.91)	1.28 (0.63-2.57)	
Seldom/Never	89 (21.65)	322 (78.35)	1.00	
Knowledge of the list of essential medicines supplied in the public sector				0.017
No	136 (26.15)	384 (73.85)	1.00	
Yes	32 (39.02)	50 (60.98)	1.81 (1.11-2.94)	
Previous need for medication not supplied by the public sector				0.012
Always/Often	78 (33.33)	156 (66.67)	2.79 (1.19-6.52)	
Half the time	7 (15.22)	39 (84.78)	1.00	
Seldom/Never	74 (24.26)	231 (75.74)	1.78 (0.77-4.16)	
Knowledge on the steps to be followed to obtain medication in the public sector				0.005
No	92 (30.77)	207 (69.23)	1.73 (1.19-2.53)	
Yes	58 (20.42)	226 (79.58)	1.00	
Agreement with the norms for obtaining medication in the public sector				<0.001
Always/Often	57 (18.15)	257 (81.85)	1.00	
Half the time	58 (44.27)	73 (55.73)	3.58 (2.29-5.61)	
Seldom/Never	35 (28.93)	86 (71.07)	1.83 (1.13-2.99)	
Beliefs regarding the quality of the medication supplied in the public sector				0.133
Excellent/Good	105 (25.99)	299 (74.01)	1.35 (0.83-2.20)	
Average	26 (20.63)	100 (79.37)	1.00	
Bad/Very bad	13 (37.14)	22 (62.86)	2.27 (1.01-5.11)	

OR: Odds ratio; 95%CI: 95% confidence interval.

* Wald test

Table 4: Association between health care conditions and users requesting medication through the administrative channels compared to users of primary healthcare units in Goiânia, Goiás, 2014.

Variables	Cases n (%)	Controls n (%)	OR (95%CI)	P- value*
Self-evaluation of state of health				<0.001
Excellent/good	50 (16.72)	249 (83.28)	1.00	
Average	78 (34.21)	150 (65.79)	2.59 (1.72-3.90)	
Poor/very poor	39 (52.00)	36 (48.00)	5.40 (3.13-9.31)	
Need for medication to improve state of health				<0.001
No	3 (2.16)	136 (97.84)	1.00	
Yes	165 (35.79)	296 (64.21)	25.27 (7.92-80.67)	
Belief regarding the right to obtain any medication in the public sector				0.002
No	24 (17.78)	111 (82.22)	1.00	
Yes	140 (32.04)	297 (67.96)	2.18 (1.34-3.54)	
Influence of the image of the public healthcare sector on the decision regarding whether to use its services				0.009
No	48 (21.43)	176 (78.57)	1.00	
Yes	117 (31.37)	256 (68.63)	1.68 (1.14-2.47)	
Coverage by private health insurance				<0.001
No	71 (17.11)	344 (82.89)	1.00	
Yes	96 (51.61)	90 (48.39)	5.17 (3.52-7.59)	
Obtains medication in the private sector				0.002
Always/Often	118 (33.33)	236 (66.67)	2.54 (1.37-4.69)	
Half the time	14 (16.47)	71 (83.53)	1.00	
Seldom/Never	36 (22.22)	126 (77.78)	1.45 (0.73-2.87)	
Obtains medication with co-payment in the private sector				0.041
Always/Often	46 (35.66)	83 (64.34)	1.68 (1.10-2.56)	
Half the time	11 (33.33)	22 (66.67)	1.52 (0.71-3.24)	
Seldom/Never	108 (24.77)	328 (75.23)	1.00	

Monthly expenditure with medication **<0.001**

1 st quartile: U\$ 0.00-31.09	13 (9.63)	122 (90.37)	1.00
2 nd quartile: U\$ 31.10-62.19	13 (12.75)	89 (87.25)	1.37 (0.61–3.10)
3 rd quartile: U\$ 62.20-155.47	29 (24.17)	91 (75.83)	2.99 (1.47–6.08)
4 th quartile: U\$ 155.48-1.865.66	77 (70.64)	32 (29.36)	22.58 (11.15–45.73)

Discontinuation of pharmaceutical treatment due to lack of financial resources **0.009**

Always/Often	38 (38.38)	61 (61.62)	1.91 (1.21-3.03)
Half the time	16 (36.36)	28 (63.64)	1.76 (0.92-3.37)
Seldom/Never	111 (24.56)	341 (75.44)	1.00

OR: Odds ratio; 95%CI: 95% confidence interval; U\$: international dollar using the 2013 purchasing power parity (PPC) conversion factor. ⁴

* Wald test

Table 5: Multivariate logistic regression: association of the economic and sociodemographic characteristics, of the healthcare characteristics, of pharmaceutical care characteristics and of health care conditions and users requesting medication through the administrative channel compared to users of the primary healthcare units in Goiânia, Goiás, Brazil, 2014.

Variables	Cases n (%)	Controls n (%)	OR (95%CI)	P- value*
<i>Economic and sociodemographic characteristics</i>				
Age (years)				
0 – 9	23 (42.59)	31 (57.41)	2.00 (1.05–3.83)	0.035
10 – 19	10 (21.28)	37 (78.72)	0.93 (0.42–2.06)	0.853
20 – 59	74 (20.00)	296 (80.00)	1.00	
60 or more	57 (46.34)	66 (53.66)	2.89 (1.81–4.60)	<0.001
Sex				
Female	97 (22.93)	326 (77.07)	1.00	
Male	71 (39.44)	109 (60.56)	1.96 (1.29-2.96)	0.002
Skin color				
White	83 (38.60)	132 (61.40)	1.79 (1.19-2.67)	0.005
Non white	84 (21.88)	300 (78.13)	1.00	
Social class				
A – B	7 (63.64)	4 (36.36)	1.99 (1.24-3.19)	0.004
C	83 (24.48)	256 (75.52)	1.00	
D – E	31 (25.20)	92 (74.80)	1.10 (0.66-1.83)	0.727
<i>Characteristics of healthcare provided</i>				
Consultation in the public sector				
Always/Often	91 (21.72)	328 (78.28)	1.00	
Half the time	10 (25.64)	29 (74.36)	1.57 (0.55-4.45)	0.396
Seldom/Never	64 (46.04)	75 (53.96)	2.34 (1.17-4.67)	0.016
Feedback given to the prescriber on the inaccessibility of the drug				
Always/Often	73 (30.80)	164 (69.20)	3.01 (1.68-5.39)	<0.001
Half the time	14 (41.18)	20 (58.82)	5.75 (1.87-17.72)	0.002
Seldom/Never	50 (17.42)	237 (82.58)	1.00	

Denied access due to lack of a prescription originating in the public sector

Always/Often	53 (34.87)	99 (65.13)	2.19 (1.22-3.92)	0.009
Half the time	10 (24.39)	31 (75.61)	1.39 (0.52-3.70)	0.513
Seldom/Never	68 (18.89)	292 (81.11)	1.00	

Comprehension of the instructions regarding the medication

Always/Often	85 (25.60)	247 (74.40)	1.83 (0.69-4.83)	0.225
Half the time	7 (11.86)	52 (88.14)	1.00	
Seldom/Never	29 (33.33)	58 (66.67)	3.91 (1.34-11.45)	0.013

Recommendation of the public healthcare services to individuals with financial resources

No	105 (23.92)	334 (76.08)	1.00	
Yes	61 (38.13)	99 (61.88)	2.58 (1.45-4.62)	0.001

Characteristics of pharmaceutical care

Availability of the medication in the public sector according to the user's perception

Excellent/good	50 (34.97)	93 (65.03)	2.36 (1.13-4.92)	0.022
Average	50 (19.31)	209 (80.69)	1.00	
Poor/terrible	45 (27.11)	121 (72.89)	1.49 (0.72-3.09)	0.284

Treatment discontinuation due to medication unavailability in the public sector

Always/Often	45 (38.14)	73 (61.86)	2.67 (1.31-5.46)	0.007
Half the time	12 (26.09)	34 (73.91)	2.03 (0.79-5.22)	0.142
Seldom/Never	89 (21.65)	322 (78.35)	1.00	

Agreement with the norms for obtaining medication in the public sector

Always/Often	57 (18.15)	257 (81.85)	1.00	
Half the time	58 (44.27)	73 (55.73)	3.35 (1.62-6.90)	0.001
Seldom/Never	35 (28.93)	86 (71.07)	1.63 (0.74-3.61)	0.225

Healthcare conditions

Belief regarding the right to obtain any medication in the public sector

No	24 (17.78)	111 (82.22)	1.00	
Yes	140 (32.04)	297 (67.96)	7.03 (1.58-31.28)	0.010

Coverage by private health insurance

No	71 (17.11)	344 (82.89)	1.00	
Yes	96 (51.61)	90 (48.39)	4.91 (1.43-16.89)	0.012

Obtains medication in the private sector

Always/Often	118 (33.33)	236 (66.67)	6.24 (1.26-30.81)	0.025
Half the time	14 (16.47)	71 (83.53)	1.00	
Seldom/Never	36 (22.22)	126 (77.78)	20.83 (2.57-168.86)	0.004

Monthly expenditure with medication

1 st quartile: U\$ 0.00-31.09	13 (9.63)	122 (90.37)	1.00	
2 nd quartile: U\$ 31.10-62.19	13 (12.75)	89 (87.25)	1.26 (0.19–8.21)	0.807
3 rd quartile: U\$ 62.20-155.47	29 (24.17)	91 (75.83)	5.55 (0.92–33.48)	0.061
4 th quartile: U\$ 155.48-1.865.66	77 (70.64)	32 (29.36)	71.99 (9.84–526.59)	<0.001

OR: Odds ratio; 95%CI: 95% confidence interval; U\$: international dollar using the 2013 purchasing power parity (PPC) conversion factor. ⁴⁰

* Wald test

3.2 Acesso a medicamentos demandados pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro

Amanda Queiroz Soares^{1*}, Pedro Ivo da Silva², Mércia Pandolfo Provin³, Rita Goreti Amaral³

*Autor para correspondência: Rua 236, nº 300, Edifício Pontal do Tocantins, Apto 1102, Setor Leste Universitário, Goiânia-Goiás. Fone: 62-9934-3101. E-mail: amandaqueiroz@yahoo.com.br

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás. ²Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. ³Professora da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Assistência Farmacêutica. Medicamentos essenciais.

RESUMO

A via administrativa foi institucionalizada pelo setor público brasileiro como uma alternativa para minimizar os impactos negativos das ações judiciais, encaminhando as demandas diretamente ao ente Executivo das ações de saúde. Porém, há indícios de comprometimento da equidade no acesso aos medicamentos demandados por essa nova institucionalidade. Este estudo teve como objetivo descrever as características do acesso a

medicamentos demandados pela via administrativa ao setor público de saúde brasileiro. Trata-se de um estudo descritivo com 168 usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa. As variáveis foram divididas em cinco blocos: características econômicas e sociodemográficas, da assistência à saúde, da assistência farmacêutica, das condições de cuidado em saúde e dos medicamentos demandados. Os dados foram coletados em 2014 por entrevista individual e analisados por frequência absoluta e relativa. Resultados: No primeiro bloco permaneceram idade, sexo, cor da pele e estrato social. Os resultados demonstraram que entre os usuários que tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa, predominaram aqueles menos vulneráveis socioeconomicamente, com autoavaliação positiva do estado de saúde, demandantes de análogos de insulina e que na maioria das vezes não consultam e nem obtêm medicamentos pelo setor público de saúde. Esses resultados demonstram que a via administrativa não tem sido uma alternativa efetiva para atender às necessidades em saúde dos usuários. Ela apresenta-se como um mecanismo do setor público fornecer, a uma parcela restrita da população, majoritariamente medicamentos que fazem parte das listas oficiais de medicamentos do setor público de saúde.

INTRODUÇÃO

As condições de saúde observadas em todo o mundo estão muito aquém do amplo conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que compreende o completo estado de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946; 2014). A constatação de que aproximadamente

um terço da população mundial tem acesso irregular aos medicamentos essenciais, com as piores condições observadas nos países de baixa e média renda, expressam bem essa situação (WHO, 2011). Destaca-se, portanto, o desafio de identificar e implantar mecanismos capazes de satisfazer as necessidades reais dos indivíduos, com o intuito de otimizar os gastos e contribuir para o aumento da satisfação e qualidade de vida dos mesmos (ASADI-LARI; PACKHAM; GRAY, 2003; GALUSHKO *et al.*, 2014).

No Brasil, o acesso aos medicamentos é garantido na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional (BRASIL, 1988; 1990; 1998). Apesar disso, as demandas por medicamentos pela via judicial ganharam dimensões expressivas nas últimas décadas, visando atender as necessidades dos usuários por medicamentos inacessíveis no setor público de saúde. (LEITE *et al.*, 2009; REVEIZ *et al.*, 2013; VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014). Porém, o aumento das ações judiciais e a interferência do poder judiciário nas ações do poder executivo resultaram em impactos importantes, tanto positiva quanto negativamente (VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014). Com o intuito de minimizar os impactos negativos das ações judiciais, essas demandas têm sido encaminhadas diretamente ao ente Executivo das ações de saúde, por meio da via administrativa (LEITE *et al.*, 2009; BRASIL, 2010a).

Apesar da via administrativa ter sido institucionalizada pelo setor público de saúde como uma alternativa garantir o acesso aos medicamentos, há indícios de comprometimento da equidade no acesso aos medicamentos demandados por essa nova institucionalidade. Isso ocorre porque a oportunidade de um usuário demandar o medicamento pela via

administrativa, e ter sua solicitação atendida, pode estar associada a favorecimentos pessoais vinculados às relações pessoais do usuário com políticos e servidores públicos (LEITE *et al.*, 2009). Além disso, essa via parece priorizar o deferimento de medicamentos contemplados nas listas oficiais de medicamentos fornecidos pelo setor público (SOARES; SILVA; PROVIN, 2013), ignorando as necessidades e as demandas dos usuários.

Uma melhor compreensão sobre o acesso a medicamentos pela via administrativa é imprescindível para avaliar essa política pública, uma vez que trata-se de um tema ainda pouco abordado na literatura científica (LEITE *et al.*, 2009; SOARES; SILVA; PROVIN, 2013). Assim, este estudo teve como objetivo descrever as características do acesso a medicamentos demandados pela via administrativa ao setor público de saúde brasileiro.

MÉTODO

Estudo descritivo realizado no município de Goiânia-GO, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Goiás com protocolo número 021/12.

A amostra foi composta por 168 usuários de medicamentos residentes em Goiânia, que procuraram pela primeira vez a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para abertura de processo administrativo solicitando medicamentos, no período de março a julho de 2014. Para os usuários menores de 18 anos de idade, com problemas cognitivos que os impossibilitavam responder as perguntas da entrevista e/ou ausentes no momento da abordagem, foram convidados a participar do estudo os acompanhantes dos mesmos, quando presentes. Considerou-se

acompanhante o indivíduo com idade igual ou superior a 18 anos, residente no município de Goiânia e com conhecimento do itinerário terapêutico do usuário o qual representava e/ou acompanhava.

Complementarmente, foram identificados no sistema informatizado da SMS de Goiânia todos os processos administrativos abertos até janeiro de 2015 para os 168 usuários incluídos no estudo, totalizando 57 processos. Destes, 17 não foram localizados no acervo físico da SMS, analisando-se 40 processos administrativos.

Coleta de dados

A coleta de dados com os usuários/acompanhantes foi realizada no período de março a julho de 2014, na forma de entrevistas face a face com duração média de 15 minutos. Os usuários/acompanhantes foram abordados aleatoriamente na sede da SMS, no serviço destinado à abertura dos processos administrativos. Dois questionários distintos foram utilizados para as entrevistas, um para o usuário e outro para o acompanhante. Os questionários foram desenvolvidos utilizando-se uma triangulação de métodos: painel de especialistas, revisão sistemática da literatura e estudo de caso qualitativo com usuários com processo administrativo deferido para fornecimento de medicamentos. Para cada questionário foi conduzido um pré-teste com quinze usuários não incluídos no estudo.

A coleta de dados dos 40 processos administrativos disponíveis no acervo físico da SMS foi realizada no período de agosto de 2014 a janeiro de 2015, utilizando uma planilha desenvolvida para o estudo.

As variáveis analisadas foram agrupadas em cinco blocos: características sociodemográficas dos usuários, características da assistência à saúde, características da assistência farmacêutica, condições de cuidado em saúde e características dos medicamentos demandados pela via administrativa.

O bloco características sociodemográficas dos usuários contemplou: idade, sexo, cor da pele autorreferida, escolaridade, estrato social (ABEP, 2014) e a categoria do participante (usuário ou acompanhante).

O bloco características da assistência à saúde contemplou: consultas no setor público, informação ao prescritor pelo usuário quando não teve acesso ao medicamento, imagem do setor público de saúde na percepção do usuário, e recomendação dos serviços de saúde pública às pessoas com recursos financeiros para serem atendidas em outro setor.

O bloco características da assistência farmacêutica contemplou: obtenção de medicamentos no setor público de saúde, disponibilidade de medicamento no setor público segundo a percepção do usuário, conhecimento da lista dos medicamentos essenciais fornecidos pelo setor público, concordância com as normas para obter medicamentos no setor público, e crença sobre a qualidade do medicamento fornecido no setor público.

O bloco condições do cuidado em saúde contemplou: autoavaliação do estado de saúde, crença sobre o direito de obter qualquer medicamento no setor público, cobertura por seguro de saúde privado, gasto mensal com medicamentos.

O bloco das características dos medicamentos demandados pela via administrativa contemplou as seguintes variáveis: origem da prescrição, medicamento prescrito (WHO, 2015), valor do medicamento prescrito (baseado no preço máximo ao consumidor do medicamento de referência em 30/07/2014, para 30 dias de tratamento) (ANVISA, 2014), presença do medicamento nas listas oficiais públicas (BRASIL, 2013c; GOIÂNIA, 2014; GOIÁS, 2014), e disponibilidade de alternativa terapêutica equivalente ao terceiro nível da classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) (WHO, 2015).

Análise de dados

As frequências absolutas e relativas foram descritas para todas as variáveis do estudo.

RESULTADOS

Dos 168 usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa participantes do estudo, 57 (33,93%) conseguiram abrir processo administrativo. Desses, os processos de 40 usuários foram localizados no acervo físico da SMS e analisados, sendo que 18 usuários tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado. Observou-se uma predominância de acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa por usuários adultos, sexo feminino, pele branca, de 9 a 11 anos de estudo e pertencentes aos estratos sociais A e B (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa, Goiânia-Goiás, Brasil, 2014.

Variáveis	Demanda n	Processo n (%)	Acesso n (%)
Idade (anos)			
0 – 19	33	11 (33,33)	4 (12,12)
20 – 59	74	27 (36,49)	10 (13,51)
60 ou mais	57	18 (31,58)	4 (7,02)
Sexo			
Feminino	97	33 (34,02)	13 (13,40)
Masculino	71	24 (33,80)	5 (7,04)
Cor da pele			
Branca	83	29 (34,94)	10 (12,05)
Não branca	84	27 (32,14)	8 (9,52)
Escolaridade (anos)			
0 – 8	64	21 (32,81)	4 (6,25)
9 – 11	22	10 (45,45)	4 (18,18)
12 ou mais	63	22 (34,92)	9 (14,29)
Estrato social			
A – B	47	15 (31,91)	10 (21,28)
C – D – E	114	39 (34,21)	8 (7,02)

Quanto a assistência à saúde demonstrou-se que o acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa foi predominante entre os usuários que frequentemente não consultam no setor público e que não informam ao prescritor quando não teve acesso ao medicamento. Além disso, a maioria desses usuários têm uma imagem regular ou negativa do setor público de saúde, embora recomendem os serviços públicos de saúde inclusive às pessoas com recursos financeiros para obtê-los no setor privado (Tabela 2).

Tabela 2 – Características de utilização e a percepção dos usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa quanto à assistência à saúde pública em Goiânia-Goiás, Brasil, 2014.

Variáveis	Demanda n	Processo n (%)	Acesso n (%)
Consulta no setor público			
Todas as vezes/Muitas vezes	91	27 (29,67)	6 (6,59)
Metade/Poucas vezes/Nunca	74	29 (39,19)	12 (16,22)
Informação ao prescritor pelo usuário quando não teve acesso ao medicamento			
Todas as vezes/Muitas vezes	73	22 (30,14)	4 (5,48)
Metade/Poucas vezes/Nunca	64	23 (35,94)	7 (10,94)
Imagem do setor público de saúde na percepção do usuário			
Ótima/Boa	52	20 (38,46)	5 (9,62)
Regular/Ruim/Péssima	115	36 (31,30)	12 (10,43)
Recomendação os serviços de saúde pública às pessoas com recursos financeiros			
Não	105	32 (30,48)	9 (8,57)
Sim	61	24 (39,34)	8 (13,11)

As características da assistência farmacêutica demonstram que o acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa está relacionado a usuários que não obtêm medicamento no setor público com frequência, que consideram positiva a disponibilidade de medicamentos no setor público e que concordam com as normas para obtê-los nesse setor. Além disso, a maioria desses usuários não conhecem a lista de medicamentos fornecidos pelo setor público, e têm uma percepção positiva sobre a qualidade do medicamento fornecido pelo setor público (Tabela 3).

Tabela 3 – Características da assistência farmacêutica percebidas pelos usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa, Goiânia-Goiás, Brasil, 2014.

Variáveis	Demanda n	Processo n (%)	Acesso n (%)
Obtenção de medicamentos no setor público			
Todas as vezes/Muitas vezes	44	10 (22,73)	1 (2,27)
Metade/Poucas vezes/Nunca	122	47 (38,52)	17 (13,93)
Disponibilidade de medicamentos no setor público segundo a percepção do usuário			
Ótima/Boa	50	21 (42,00)	8 (16,00)
Regular/Ruim/Péssima	95	31 (32,63)	6 (6,32)
Conhecimento da lista dos medicamentos essenciais fornecidos pelo setor público			
Não	136	49 (36,03)	17 (12,50)
Sim	32	8 (25,00)	1 (3,13)
Concordância com as normas para obter medicamentos no setor público			
Todas as vezes/Muitas vezes	57	20 (35,09)	9 (15,79)
Metade/Poucas vezes/Nunca	93	34 (36,56)	7 (7,53)
Crença sobre a qualidade do medicamento fornecido no setor público			
Ótima/Boa	105	40 (38,10)	11 (10,48)
Regular/Ruim/Péssima	39	8 (20,51)	2 (5,13)

As condições de cuidado em saúde dos usuários que tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa estão relacionadas à autoavaliação positiva do estado de saúde, à crença sobre não ter o direito de obter qualquer medicamento no setor público, e à cobertura por seguro de saúde privado. Além disso, observou-se que esse acesso aumenta à medida que aumenta o gasto mensal do usuário com medicamentos (Tabela 4).

Tabela 4 – Condições de cuidado em saúde percebidas pelos usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa, Goiânia-Goiás, Brasil, 2014.

Variáveis	Demanda n	Processo n (%)	Acesso n (%)
Autoavaliação do estado de saúde			
Ótima/Boa	50	21 (42,00)	10 (20,00)
Regular/Ruim/Péssima	117	36 (30,77)	8 (6,84)
Crença sobre o direito de obter qualquer medicamento no setor público			
Não	24	7 (29,17)	5 (20,83)
Sim	140	48 (34,29)	11 (7,86)
Cobertura por seguro de saúde privado			
Não	71	29 (40,85)	6 (8,45)
Sim	96	27 (28,13)	11 (11,46)
Gasto mensal com medicamentos			
1º tercil: U\$ 0 – 124.38	54	21 (38,89)	3 (5,56)
2º tercil: U\$ 124.39 – 248.76	53	17 (32,08)	6 (11,32)
3º tercil: U\$ 248.77 – 1865.67	43	16 (37,21)	9 (20,93)

U\$: dólar internacional utilizando o fator de conversão da paridade do poder de compra para 2013 (PPC).

Os usuários dos 40 processos administrativos analisados demandaram juntos 72 medicamentos, sendo que 49 (68,06%) estavam presentes nas listas oficiais públicas. Dos medicamentos presentes nas listas, 45 (91,84%) pertenciam à lista dos medicamentos fornecidos pelo município, sendo que 34 (75,56%) estavam em falta nos estoques. Dos 23 (31,94%) medicamentos ausentes nas listas, 7 (30,43%) correspondiam aos vazios assistenciais, ou seja, não tinham alternativa terapêutica disponível pelo setor público de saúde brasileiro.

Dos 72 medicamentos demandados, 29 (40,28%) foram acessados pela via administrativa, sendo: 25 (86,20%) análogos de insulinas, presente na lista do município e em falta no estoque; 1 (3,45%) metoprolol, presente na lista do município em outra apresentação farmacêutica; 1 (3,45%) solifenacina, com alternativa terapêutica na lista do município; e 1 (3,45%)

celecoxibe e 1 (3,45%) dabigatrana, ambos sem alternativa terapêutica na lista do município (Tabela 5).

Tabela 5 – Características dos medicamentos demandados por processos administrativos, Goiânia-Goiás, Brasil, 2014.

Variáveis	Demanda n	Acesso n (%)
Origem da prescrição		
Setor privado	39	16 (41,03)
Setor público	33	13 (39,39)
Presença do medicamento nas listas oficiais públicas		
Não	23	3 (13,04) ^{b,d,e}
Sim	49	26 (53,06) ^{a,c}
Classificação ATC do medicamento		
Trato alimentar e metabolismo: A	31	25 (80,65) ^a
Outros: B, C, G, H, L, M, N, R e S	41	4 (9,76) ^{b, c, d, e}
Valor do medicamento solicitado		
1º tercil: U\$ 6.70-57.66	25	10 (40,00)
2º tercil: U\$ 57.67-150.41	22	8 (36,36)
3º tercil: U\$ 150.42-7241.17	24	11 (45,83)

ATC = Anatomical Therapeutic Chemical Classification System.

^aAnálogos de Insulinas (aspart, detemir, glargina e lispro); ^bdabigatrana; ^cmetoprolol; ^dsolifenacina; ^ecelecoxibe.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo demonstraram que o acesso aos medicamentos demandados pela via administrativa está relacionado aos usuários adultos menos vulneráveis socioeconomicamente, que não utilizam frequentemente os serviços públicos de saúde para consultas e obtenção de medicamentos, com visão negativa do serviço público de saúde, autoavaliação positiva do estado de saúde e com elevado gasto com medicamentos, demandando, predominantemente, análogos de insulinas. Esse cenário reflete duas características dessa via institucionalizada para acesso a medicamentos: ignora as necessidades em saúde e as demandas

dos usuários, assim como ressalta deficiências na oferta de medicamentos constantes nas listas oficiais públicas.

O baixo índice de demandantes que conseguiram abrir um processo administrativo foi um grande achado desse estudo e revelou importantes barreiras de acesso por essa via.

A abertura de processos administrativos no município depende do cumprimento dos seguintes requisitos: solicitar medicamento indisponível no setor público de saúde; o usuário ser comprovadamente residente em Goiânia; o usuário apresentar prescrição e laudo emitidos por profissional habilitado e em exercício no setor público de saúde. Esse protocolo pode se caracterizar como a primeira barreira para o sucesso na abertura do processo.

Outra barreira plausível e importante antecede ao momento descrito anteriormente, pois pode estar configurada na dificuldade de acesso às consultas médicas no setor público de saúde, uma vez que a prescrição oriunda deste setor é necessária para a abertura do processo. Assim, observou-se que os usuários consultavam no setor público de saúde para cumprir essa exigência da abertura do processo administrativo, uma vez que entre os demandantes que acessaram pelo menos um medicamento pela via administrativa predominavam aqueles com baixa frequência de consultas no setor público, maior cobertura por seguro de saúde privado e a falta de diálogo do usuário com o prescritor sobre o acesso aos medicamentos entre. Essa situação evidencia uma importante fragilidade do sistema de saúde brasileiro (Garcia-Subirats *et al.*, 2014), impossibilitando que o usuário cumpra o protocolo estabelecido pelo serviço de saúde. Além disso, a

difficuldade de acesso às consultas pode ter contribuído para que os usuários deste estudo tivessem uma percepção negativa do setor público de saúde.

Uma terceira barreira estaria relacionada à efetividade da informação sobre o acesso a medicamentos, considerando desde a exatidão até a compreensão das mesmas por parte dos usuários. A informação correta, objetiva e no momento oportuno, é imprescindível para a efetivação da assistência à saúde, simplificação do itinerário terapêutico dos usuários e promoção da equidade do acesso aos serviços de saúde (Thiede e McIntyre, 2008). Nesse contexto, destaca-se a incoerência entre a necessidade de demandar pela via administrativa medicamentos que fazem parte da lista de medicamentos ofertados pelo município, com a percepção positiva desses usuários em relação à assistência farmacêutica no município estudado. Apesar dessa percepção positiva ter sido observada em relação à concordância com as normas para obter medicamentos setor público, assim como à disponibilidade e qualidade dos mesmos, observou-se um desconhecimento acentuado em relação à lista dos medicamentos fornecidos pelo setor público. Assim, acredita-se que muitos usuários, se adequadamente orientados sobre a disponibilidade do medicamento prescrito nos serviços de saúde, teriam não somente iniciado o tratamento precocemente, mas também evitado o desgaste de demandar o medicamento pela via administrativa.

A percepção negativa do estado de saúde sugere que o indivíduo identifica uma necessidade em saúde, e que, portanto, deveria ser considerada pelo setor público. Porém, o que observou-se foi uma predominância de usuários com percepção positiva do estado de saúde

entre aqueles que tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa. Essa situação evidencia a indiferença do setor público com as necessidades em saúde dos usuários, uma vez que a autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador das necessidades em saúde, contemplando, inclusive, a vulnerabilidade social dos usuários (BORIM; BARROS; NERI, 2012; MANUTI *et al.*, 2013; PAVAO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Os gastos com medicamentos têm um impacto importante no orçamento das famílias brasileiras, chegando a representar a maior parte dos gastos com saúde para as famílias dos estratos inferiores de renda (GARCIA *et al.*, 2013). Apesar desse estudo ter demonstrado uma relação positiva entre o acesso a medicamentos pela via administrativa e o custo dos mesmos, que a princípio parece equânime, ressalta-se que também há um incremento proporcional com o estrato social dos mesmos. Dessa forma, apesar dos usuários dos estratos sociais C, D e E demandarem predominantemente medicamentos com um custo mais reduzido, perdura a barreira de acesso aos medicamentos, visto que essa parcela da população tem menos acesso aos mesmos pela via administrativa. Esse cenário reforça o baixo acesso a medicamentos entre os brasileiros que têm dificuldade financeira para obtê-los (GARCIA *et al.*, 2013). Isso demonstra que essa nova institucionalidade não tem sido capaz de minimizar a desigualdade de acesso aos serviços de saúde característica dos países de baixa e média renda.

A crença predominante entre os usuários que acessaram medicamentos pela via administrativa sobre não ter o direito de obter

qualquer medicamento no setor público foi um achado interessante desse estudo. Essa situação pode refletir a capacidade com que esses usuários usam as informações obtidas sobre seus direitos e as políticas de saúde. Assim, caso a via administrativa não atenda às demandas legítimas desses usuários, é previsível que os mesmos demandem esses medicamentos ao Estado pela via judicial. No entanto, a inadequada literacia em saúde de uma grande parcela da população (Sentell *et al.*, 2013; Reisi *et al.*, 2014) pode representar mais uma barreira para a garantia do direito ao medicamento.

A deficiência do Estado em implementar as políticas públicas de saúde foi claramente demonstrada nesse estudo no comprometimento da oferta de medicamentos, especialmente os análogos de insulina. Esses medicamentos estão contemplados na lista de medicamentos ofertados pelo município, e portanto, deveriam estar disponíveis à população que deles necessita. Evidencia-se, assim, um posicionamento equivocado do setor público frente às premissas das políticas públicas de saúde.

Primeiramente, ressalta-se que os análogos de insulina foram incluídos na lista de medicamentos do município apesar do parecer desfavorável do Ministério da Saúde para a inclusão dos mesmos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Brasil, 2008). A falta de evidências da superioridade dos análogos de insulina na redução da hemoglobina glicada, em relação às insulinas humanas disponibilizadas pela rede pública brasileira (TIBALDI, 2014), coloca em questionamento a racionalidade do fornecimento desses análogos pelo setor público. Essa situação reforça a tendenciosidade da via administrativa em ceder à pressão mercadológica por medicamentos frequentemente demandados, mesmo

quando há alternativa terapêutica disponível, assim como já demonstrado para a via judicial (CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Além disso, a dispensação dos análogos de insulina no município é regulamentada por um protocolo clínico que exige que o usuário abra um processo administrativo para ter acesso ao medicamento. Esse protocolo torna o acesso aos análogos de insulina, além de irracional, inequânime, uma vez que essa via de acesso a medicamentos não é amplamente divulgada aos usuários. Dessa forma, destaca-se que, uma vez incluídos na lista de medicamentos ofertados pelo município, o mesmo deveria mantê-los disponíveis na rede de distribuição de medicamentos. A ausência de um medicamento padronizado nos estoques da rede de assistência representa a insuficiência do poder público na efetivação das políticas públicas de saúde, assim como já apontada em outros estudos conduzidos no Brasil (GUERRA JR *et al.*, 2004; BERTOLDI *et al.*, 2012).

A demanda de medicamentos não contemplados nas listas de medicamentos essenciais requer um olhar diferenciado, dependendo da disponibilidade de alternativa terapêutica nesse elenco. Não se pode negligenciar o fato de que algumas alternativas terapêuticas disponíveis no setor público podem estar desatualizadas ou não beneficiar a todos os usuários (VIEIRA; ZUCCHI, 2009). Diante disso, faz-se necessário uma avaliação médica individualizada, considerando as particularidades clínicas e a resposta terapêutica aos tratamentos anteriores (MACHADO *et al.*, 2011). Por outro lado, esperava-se que a via administrativa seria um mecanismo do usuário obter medicamentos que representam um vazio assistencial, ou seja, quando não há alternativa terapêutica disponível, atendendo assim às

necessidades da população. Porém, como se observou nesse estudo, a via administrativa não tem sido utilizada com esse propósito.

A dificuldade de localização dos processos no acervo físico da SMS apresenta-se como uma limitação desse estudo, impossibilitando a análise de todos os processos administrativos elegíveis. Essa situação configura a necessidade de uma reavaliação do processo de trabalho no município, tornando-o mais eficiente. Uma alternativa para solucionar esse impasse seria a digitalização dos processos administrativos, garantindo agilidade e segurança do armazenamento das informações.

Conclui-se, portanto, que entre os usuários que tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa, predominaram aqueles menos vulneráveis socioeconomicamente, com autoavaliação positiva do estado de saúde, demandantes de análogos de insulina e que na maioria das vezes não consultam e nem obtêm medicamentos pelo setor público de saúde.

Esses resultados demonstram que a via administrativa não tem sido uma alternativa efetiva para atender às necessidades em saúde dos usuários. Ela apresenta-se como um mecanismo do setor público fornecer, a uma parcela restrita da população, majoritariamente medicamentos que fazem parte das listas oficiais de medicamentos do setor público de saúde.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil 2014 - Base LSE 2012. 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx> >. Acesso em: 08/12/2014.

ANVISA. Preços máximos de medicamentos por princípio ativo atualizados em 30/07/2014. 2014. Disponível em: <
http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0e9d3f80455104d981faaf0d15049afd/LISTA+CONFORMIDADE_2014-07-30.pdf?MOD=AJPERES >.
Acesso em: 06/01/2015.

ASADI-LARI, M.; PACKHAM, C.; GRAY, D. Need for redefining needs. Health and Quality of Life Outcomes, v. 1, p. 34-34, 08/21 06/03/received 08/21/accepted 2003.

BERTOLDI, A. D. et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? Global Health, v. 8, p. 6, 2012.

BORIM, F. S.; BARROS, M. B.; NERI, A. L. [Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, Sao Paulo, Brazil]. Cad Saude Publica, v. 28, n. 4, p. 769-80, Apr 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 1990.

_____. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde 1998.

_____. Recomendação Nº 31 de 30/03/2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das

demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Justiça 2010.

_____. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : Rename 2013. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2013. 200 p ISBN 978-85-334-2006-9.

CAMPOS NETO, O. H. et al. Doctors, lawyers and pharmaceutical industry on health lawsuits in Minas Gerais, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*, v. 46, n. 5, p. 784-90, 2012.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Legal suits: pharmaceutical industry strategies to introduce new drugs in the Brazilian public healthcare system. *Rev Saude Publica*, v. 44, n. 3, p. 421-8, Jun 2010.

GALUSHKO, M. et al. Unmet Needs of Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis in Germany: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 3, p. 274-281, 2014.

GARCIA, L. P. et al. Brazilian family spending on medicines: an analysis of data from the Family Budget Surveys, 2002-2003 and 2008-2009. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 8, p. 1605-16, 2013.

GOIÂNIA. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Goiânia, 2014. Disponível em: < <http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/secretaria/REMUME-ULTIMA-VERSAO.pdf> >. Acesso em: 30/12/2014.

GOIÁS. Relação de Medicamentos contemplados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e padronizados no elenco estadual, atualizada em 20/01/2014. Goiânia, 2014.

GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 15, n. 3, p. 168–75, 2004.

LEITE, S. N. et al. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. *Revista de Direito Sanitário*, v. 10, n. 2, p. 13-28, 2009.

MACHADO, M. A. et al. Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2011.

MANUTI, B. et al. Assessment of perceived health status among primary care patients in Southern Italy: findings from a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*, v. 11, p. 93, 2013.

PAVAO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. [Self-rated health and the association with social and demographic factors, health behavior, and morbidity: a national health survey]. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 4, p. 723-34, Apr 2013.

REVEIZ, L. et al. Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review. *Revista Panamericana De Salud Publica*, v. 33, n. 3, p. 213-222, 2013.

SOARES, A. Q.; SILVA, P. I.; PROVIN, M. P. A via administrativa como mecanismo de efetivação do acesso a medicamentos essenciais. *Cad. IberAmer. Direito. Sanit.*, v. 2, n. 2, p. 194-207, 2013.

TIBALDI, J. M. Evolution of Insulin: From Human to Analog. *The American Journal of Medicine*, v. 127, n. 10, Supplement, p. S25-S38, 2014.

VARGAS-PELAEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - A scoping study. Soc Sci Med, v. 121c, p. 48-55, 2014.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Judicial demands and therapeutic assistance in the brazilian public health system. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 6, p. 672-683, 2009.

WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Genebra, 1946.

_____. The World Medicines Situation 2011. Geneva, 2011. Disponível em: <
http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf >. Acesso em: 23/12/2014.

_____. World health statistics 2014. Geneva, 2014. ISSN 978 92 4 069267 1. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 >. Acesso em: 10/04/2015.

_____. ATC/DDD Index 2015. Noruega, 2015. Disponível em: <
http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ >. Acesso em: 06/01/2015.

3.3 Barreiras de acesso aos medicamentos no setor público de saúde brasileiro na percepção do usuário

Amanda Queiroz Soares^{1*}, Pedro Ivo da Silva², Virgínia Oliveira Chagas³, Vanessa da Silva Carvalho Vila⁴, Mércia Pandolfo Provin⁵, Rita Goreti Amaral⁶

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás. E-mail: amandaqueirozsoares2@gmail.com

²Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. E-mail: ivopedro07@gmail.com

³Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás. E-mail: virginiafarm@gmail.com

⁴Professora do Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. E-mail: vscvila@uol.com.br

⁵Professora da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás. E-mail: merciap@gmail.com

⁶Professora da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás. E-mail: ritagoreti26@gmail.com

*Autor para correspondência: Rua 236, nº 300, Edifício Pontal do Tocantins, Apto 1102, Setor Leste Universitário, Goiânia-Goiás, Brasil. Telefone: 55-062-9934-3101. E-mail: amandaqueirozsoares2@gmail.com

RESUMO

As dificuldades de acesso aos medicamentos têm levado os cidadãos brasileiros a buscar novas vias de acesso aos mesmos, que foram institucionalizadas ao longo das últimas décadas, com o intuito de garantir o direito à saúde. A via administrativa é uma dessas novas institucionalidades. Trata-se de um estudo de caso interpretativo que analisou as percepções de 41 usuários que utilizaram a via administrativa sobre as barreiras para o acesso aos medicamentos no setor público de saúde brasileiro. Os participantes foram 14 usuários e 12 acompanhantes demandantes de 22 processos abertos com prescrições do setor público; e oito usuários e sete acompanhantes demandantes de 14 processos abertos com prescrições do setor privado. Os dados foram coletados em abril de 2013, em única sessão de grupo focal para cada subgrupo de aproximadamente sete participantes. Os núcleos temáticos identificados foram: motivações para as demandas de medicamentos pela via administrativa; barreiras de acesso a medicamentos relacionadas à prestação de serviços e ao setor saúde; barreiras de acesso a medicamentos que estão acima do setor saúde. Os resultados demonstraram que as trajetórias da maioria dos participantes revelaram a fluidez de indivíduos entre os setores público e privado de saúde, caracterizando o mix público privado. Esse mix público privado apresentou-se como uma tentativa dos usuários garantirem a assistência à saúde, revelando, ao mesmo tempo, fraquezas de ambos os setores. A via administrativa foi percebida pelos demandantes como um mecanismo para superar a inacessibilidade aos medicamentos, seja ocasionada pela falta de recursos financeiros próprios para adquiri-los ou pela indisponibilidade dos mesmos nos serviços públicos de saúde. A via administrativa não se mostrou livre das barreiras de acesso aos medicamentos existentes no setor público de saúde, dada sua interdependência de um sistema que apresenta falhas tanto no setor saúde quanto acima do setor saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Sistemas de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Direito à Saúde. Brasil.

INTRODUÇÃO

Desde os anos 1970 a Organização Mundial da Saúde tem promovido o acesso aos serviços básicos de saúde, considerado um dos elementos do direito fundamental à saúde. Entre esses serviços destaca-se o acesso aos medicamentos essenciais, que consistem naqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde prioritários da população (HOGERZEIL, 2006; WHO, 2013).

A importância do acesso a esses medicamentos foi fortalecida no início deste século nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2014). Apesar desses esforços, o progresso para a garantia do acesso aos medicamentos essenciais tem sido pouco expressivo, contemplando aproximadamente um terço da população mundial com acesso irregular aos mesmos, com as piores condições observadas nos países de baixa e média renda (WHO, 2011).

A disponibilidade dos medicamentos essenciais gira em torno de 40% no setor público dos países de renda baixa e média, quase a metade daquela observada no setor privado, embora os preços praticados neste último os tornem inacessíveis para muitas famílias (CAMERON *et al.*, 2009; BAZARGANI *et al.*, 2014). Os gastos com a aquisição de medicamentos chega a corresponder à totalidade dos gastos com saúde para 41% das famílias dos países de renda baixa e 61% das famílias pobres dos países de renda média alta (WAGNER *et al.*, 2011).

É nesse contexto que o Brasil está inserido, observando-se graves problemas relacionados à garantia do acesso aos medicamentos (BERTOLDI *et al.*, 2012). Algumas características peculiares destacam o Brasil no cenário internacional (ROHDE *et al.*, 2008; BARRETO *et al.*, 2014). Ao adotar um sistema público de saúde fundamentado nos princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade do acesso aos serviços de saúde, o Brasil se propôs a atender não somente as necessidades de cuidados prioritários da população, mas assistir os indivíduos integralmente em suas necessidades (BRASIL, 1990).

Diferentemente de muitos países com cobertura universal, o Brasil se propôs a garantir à população também o acesso aos medicamentos

(BRASIL, 1990; DINIZ, 2009). Dessa forma, apesar do país ter instituído e revisado periodicamente a lista de medicamentos essenciais nos últimos 40 anos (BRASIL, 1975; 2015a), o direito integral à saúde subsidia as demandas por medicamentos nos serviços públicos de saúde, estando eles contemplados ou não nessas listas. Por vezes esse direito só tem sido garantido quando reclamado nas cortes brasileiras, caracterizando o fenômeno denominado judicialização da saúde (VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014).

O crescimento da judicialização da saúde no Brasil provocou rearranjos nas instituições envolvidas, promovendo o surgimento de novas institucionalidades, algumas delas se aproximando da ideia de juridicização, ou seja, em que os conflitos não são levados ao poder judiciário (ASENSI, 2010). Como exemplo, pode-se citar o fornecimento de medicamentos pela via administrativa, em que o usuário recorre diretamente ao gestor do serviço público de saúde, para garantir o acesso ao medicamento prescrito (LEITE *et al.*, 2009).

Em virtude da natureza universal do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), é lícito que esse indivíduo possa reclamar por medicamentos ao Estado independente da natureza jurídica do prestador do cuidado à saúde a qual foi assistido (LEITE *et al.*, 2009; SOARES; SILVA; PROVIN, 2013). Isso faz com que ele transite entre a assistência pública e a privada de maneira complementar. Acredita-se que esse mix público-privado pode contribuir para intensificar a desigualdade do acesso aos serviços de saúde, característica dos países de renda baixa e média. Essa desigualdade pode estar relacionada à cobertura duplicada daqueles indivíduos que acessam o serviço tanto pelo setor público como privado (SANTOS, 2011).

A via administrativa tem se tornado uma prática comum no setor público, muitas vezes vista como uma maneira de amenizar as externalidades relacionadas à judicialização da saúde. Porém, a literatura ainda é escassa e insuficiente para responder algumas questões, dentre elas: *O que motiva um indivíduo a demandar medicamento pela via administrativa? A via administrativa é capaz de romper as barreiras de acesso aos medicamentos existentes no setor público de saúde?* Assim,

essa pesquisa foi projetada para elucidar essas questões a partir das percepções dos usuários.

A maioria dos estudos que abordam o acesso a medicamentos se dedicam a avaliar a disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde, ignorando não somente as demais dimensões do acesso, mas principalmente, a interdependência das ações da assistência farmacêutica com os componentes do rol de serviços do sistema de saúde. Ainda nesse contexto, observa-se uma carência na adoção de um referencial teórico que norteie de forma sustentável os estudos qualitativos sobre o acesso aos medicamentos, assim como já demonstrado para outras áreas do conhecimento (BRADBURY-JONES; TAYLOR; HERBER, 2014). Por isso, adotou-se nesse estudo o quadro conceitual de acesso a medicamentos proposto por Bigdeli e colaboradores (2013) (BIGDELI *et al.*, 2013), capaz de auxiliar na identificação das diversas barreiras de acesso a medicamentos no sistema de saúde, ressaltando a integração e a dependência entre as mesmas. O objetivo do estudo foi analisar as percepções dos usuários que utilizaram a via administrativa relacionadas as barreiras para o acesso aos medicamentos no setor público de saúde brasileiro.

MATERIAL E MÉTODO

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na capital de um estado da região Centro-Oeste do Brasil, que possui uma população predominantemente urbana estimada em 1.412.000 habitantes (IBGE, 2014). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi de 0,799 em 2010, ocupando a 45ª posição dentre os 5.565 municípios brasileiros (PNUD, 2013). O rendimento anual per capita médio foi de U\$ 11.355,00 (IBGE, 2010) e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de U\$ 14.049,00 (IBGE, 2012), ambos em dólares internacionais usando o fator de conversão da paridade do poder de compra (PPC) para 2013, que era de R\$ 1,608 para cada U\$ 1,000 (WORLDBANK, 2013).

O município conta com diversos serviços públicos e privados de saúde nos três níveis de atenção à saúde. A atenção primária à saúde

pública está organizada em sete distritos sanitários, integrando 119 unidades básicas de saúde. Dessas unidades, 79 contam com o serviço de distribuição de medicamentos constantes na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (Remume) a usuários residentes no município.

Visando atender por via administrativa as demandas por medicamentos não acessados nas unidades básicas de saúde, o gestor de saúde pública do município institucionalizou a Comissão de Avaliação para Fornecimento de Bens e Serviços não Integrantes dos Protocolos do SUS e a Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais. Essa Comissão de Avaliação é responsável por receber e avaliar todas as demandas de medicamentos feitas por usuários residentes no município, sendo que as demandas deferidas são encaminhadas à Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais para fornecimento dos medicamentos.

Quadro conceitual do estudo

O quadro conceitual relacionado ao acesso a medicamentos proposto por Bigdeli e colaboradores (2013) (BIGDELI *et al.*, 2013) foi adotado para analisar as percepções dos usuários que utilizam a via administrativa como garantia ao acesso aos medicamentos no setor público brasileiro. Algumas características foram importantes para a escolha desse quadro conceitual.

Desenvolvido após uma extensa revisão da literatura, esse quadro conceitual se propõe a identificar as barreiras de acesso aos medicamentos, aprofundando-se nas relações da assistência farmacêutica com os componentes do rol de serviços do sistema de saúde. Além disso, ele foi o único quadro conceitual identificado para estudar especificamente o acesso a medicamentos, diferentemente de outros estudos que abordam o acesso e o uso dos serviços de saúde de uma maneira geral (PECHANSKY; THOMAS, 1981; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Finalmente, um quesito determinante para a escolha desse quadro conceitual foi a constatação da aplicabilidade dos seus conceitos com as percepções dos usuários da via administrativa durante a análise preliminar do presente estudo.

As barreiras de acesso aos medicamentos descritos no quadro conceitual proposto por Bigdeli e colaboradores (2013) (BIGDELI *et al.*,

2013) são classificadas em cinco níveis (Quadro 1), contemplando o lado da demanda (nível 1) e o lado da oferta (níveis 2 a 4). O lado da demanda compreende os indivíduos, as famílias e a comunidade. O lado da oferta compreende os serviços de saúde prestados e o setor saúde (níveis 2 e 3), assim como os contextos nacional e internacional acima do setor saúde (níveis 4 e 5):

Quadro 1. Quadro conceitual de barreiras de acesso a medicamentos segundo Bigdeli e colaboradores (2013)

Lado da demanda	
Nível 1 - Indivíduos, famílias e comunidade	Aborda os capitais humano e social e os recursos físicos, naturais e financeiros que influenciam na interação entre os usuários e os prestadores de serviços no momento da doença.
Lado da oferta	
Nível 2 - Prestação de serviços de saúde	Ressalta a interligação do acesso a medicamentos com o acesso aos serviços de saúde. Esse nível contempla as barreiras relacionadas ao acesso e à qualidade dos medicamentos, à informação, aos recursos humanos e ao financiamento da saúde, assim como à qualidade e à equidade na prestação dos serviços, quer no setor público ou privado de saúde.
Nível 3 - Setor de saúde	Contempla aspectos relacionados à governança dos setores farmacêutico e saúde, aos preços dos medicamentos e ao pluralismo do setor saúde, com destaque para o mix público-privado.
Nível 4 – Acima do setor saúde /Contexto nacional	Aborda as barreiras relacionadas à responsabilidade pública, à prioridade atribuída ao setor social, à corrupção, à burocracia, às metas econômicas e comerciais e à dualidade dos objetivos da indústria x saúde pública.
Nível 5 – Acima do setor saúde /Contexto internacional	Aborda os aspectos relacionados às patentes e aos direitos de propriedade intelectual, às agendas internacionais relacionadas com medicamentos e à desconexão entre as pesquisas farmacêuticas e as doenças que afetam os países de baixa renda.

Desenho do estudo

Esse é um estudo de caso interpretativo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede da pesquisa. Trata-se de um estudo de caso único com coleta de dados utilizando a técnica do grupo focal e análise fundamentada nas perspectivas teóricas do quadro conceitual de acesso a medicamentos proposto por Bigdeli e colaboradores (2013) (BIGDELI *et al.*, 2013).

O caso foi a utilização da via administrativa como garantia ao acesso aos medicamentos no setor público de saúde em um município da região centro-oeste do Brasil. As unidades de análises foram dois grupos de usuários e acompanhantes de usuários que abriram processos administrativos para acesso a medicamentos, em um período de tempo especificado. Um grupo abriu processo administrativo com prescrições originadas no setor público de saúde e o outro grupo com prescrições originadas no setor privado/seguro de saúde privado.

Esse é um estudo de caso instrumental, uma vez que o caso e a sua unidade de análise foram instrumentos para compreender o acesso a medicamentos pela via administrativa, diferentemente do estudo de caso intrínseco em que a descrição e a exploração do caso são os focos principais do estudo (YIN, 2003). Nesse contexto, o estudo de caso foi um método adequado que possibilitou a melhor compreensão do tema, dada a sua escassez na literatura.

Amostragem e recrutamento

Para selecionar os participantes foi realizado, inicialmente, um levantamento pelo sistema informatizado da Secretaria de Municipal de Saúde de todos os processos administrativos protocolados no período de 01/10/2012 a 31/03/2013. Dos 713 processos identificados, foram elegíveis para inclusão aqueles deferidos para o fornecimento de medicamentos e disponíveis no acervo físico da Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais, totalizando-se 119 processos.

Em seguida, procedeu-se a identificação dos usuários desses 119 processos. Para os usuários menores de 18 anos de idade, identificou-se o indivíduo responsável pela abertura do processo administrativo. Por meio dos números de telefones contidos nos processos, os usuários ou seus acompanhantes foram contatados em seis tentativas em dias e horários distintos, e convidados a participar do estudo. Considerou-se acompanhante o indivíduo com idade igual ou superior a 18 anos, residente no município estudado e com conhecimento do itinerário terapêutico do usuário que representava e/ou acompanhava.

Dos 119 usuários elegíveis, 105 foram contatados. As razões para a não participação incluíram a falta de tempo, a falta de interesse, o impedimento em decorrência da doença/internação, ou a mudança de município de residência. Os usuários e seus acompanhantes que aceitaram participar foram divididos em dois grupos, baseando-se na identificação do estabelecimento de saúde que emitiu a prescrição médica constante no processo administrativo.

Participaram 41 pessoas, entre usuários e acompanhantes, demandantes de 36 processos administrativos. O grupo 1 foi constituído por 14 usuários e 12 acompanhantes, demandantes de 22 processos abertos com prescrições originadas no setor público de saúde. O grupo 2 foi constituído por 8 usuários e 7 acompanhantes, demandantes de 14 processos abertos com prescrições originadas no setor privado/ seguro de saúde privado.

As características econômicas e sociodemográficas dos participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características econômica e sociodemográficas dos usuários e acompanhantes de usuários demandantes de medicamentos pela via administrativa, Brasil, 2013.

Características	Usuários		Acompanhantes	
	G1	G2	G1	G2
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade (anos)				
0-19	4 (18,2)	7 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
20-59	6 (27,3)	4 (28,6)	8 (80,0)	6 (85,7)
60 ou mais	12 (54,5)	3 (21,4)	2 (20,0)	1 (14,3)
Sexo				
Feminino	14 (63,6)	5 (35,7)	7 (58,3)	5 (71,4)
Masculino	8 (36,4)	9 (64,3)	5 (41,7)	2 (28,6)
Estado civil				
Vive com companheiro	12 (54,5)	2 (14,3)		
Vive sem companheiro	10 (45,5)	12 (85,7)		

Continua na próxima página

Continua na próxima página

Escolaridade (anos)

0-3	4 (21,1)	4 (33,3)	2 (18,2)	0 (0,0)
4-7	4 (21,1)	0 (0,0)	6 (54,5)	0 (0,0)
8-11	11 (57,8)	3 (25,0)	0 (0,0)	2 (28,6)
12 ou mais	0 (0,0)	5 (41,7)	3 (27,3)	5 (71,4)

Ocupação

Aposentado ou pensionista	10 (52,6)	4 (36,4)	2 (16,7)	1 (14,3)
Não exerce atividade remunerada	4 (21,1)	6 (54,5)	4 (33,3)	2 (28,6)
Exerce atividade remunerada	5 (26,3)	1 (9,1)	6 (50,0)	4 (57,1)
Renda familiar média (U\$)	1.030,26 ± 547,62	1.921,46 ± 1.813,96	1.005,50 ± 514,56	2.907,33 ± 3.043,81

G1: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor público de saúde. G2: grupo de participantes que abriram processo administrativo com prescrição originada no setor privado/seguro de saúde privado. U\$: dólar internacional utilizando o fator de conversão da paridade do poder de compra para 2013 (PPC) (WORLDBANK, 2013).

Para uma melhor compreensão dos medicamentos demandados nos processos administrativos, verificou-se a presença dos mesmos nas listas nacional e/ou municipal de medicamentos essenciais. O número de medicamentos solicitados pelos usuários dos grupos 1 e 2, presentes em pelo menos uma dessas listas, foi de 17 (47,22%) e 18 (72,00%), respectivamente.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em abril de 2013 em cinco sessões de grupo focal. O grupo 1, como unidade de análise, foi dividido em 3 subgrupos, e o grupo 2, como unidade de análise, foi dividido em 2 subgrupos. Cada subgrupo foi constituído por aproximadamente 7 participantes, cujos dados foram coletados em uma única sessão de grupo focal com 90 a 120 minutos de duração.

Todas as sessões foram conduzidas pelo mesmo moderador, na presença de dois observadores. Ao longo de cada sessão, o moderador

facilitou as discussões, encorajando os depoimentos e assegurando espaço para que todos os participantes se expressassem. As intervenções do moderador ocorreram com o intuito de manter o debate focalizado e confirmar informações julgadas pertinentes.

As sessões foram realizadas em uma sala da Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais, com acesso restrito aos participantes e sem interferências externas. A escolha e a preparação do ambiente pautaram-se na garantia da privacidade dos participantes e na acomodação daqueles com dificuldade de locomoção. Os participantes se posicionaram na sala formando um círculo, permitindo a interação face a face, o bom contato visual e a manutenção de distâncias iguais entre todos os participantes.

As sessões de grupo focal foram conduzidas pelas seguintes questões norteadoras: *Conte-nos como foi para vocês a experiência para conseguir o medicamento. Quais foram os fatores que os levaram a buscar esse medicamento no setor público? Como vocês avaliam o acesso ao medicamento no setor público?*

Imediatamente após abrir a palavra, os participantes começaram a narrar as suas trajetórias, interagindo de forma respeitosa entre eles e com os pesquisadores. Ao final de cada sessão o moderador fez uma síntese dos depoimentos e oportunizou um momento para que os participantes acrescentassem, esclarecessem ou mudassem alguma informação.

As expressões não verbais comunicadas ao longo das sessões de grupo focal foram registradas pelos observadores, assim como o nome de cada participante ao iniciar uma fala. Todas as falas dos participantes foram gravadas digitalmente e, posteriormente, transcritas na íntegra por um dos observadores. As sessões foram encerradas com agradecimentos e a entrega das listas de medicamentos acessados pelo setor público de saúde.

Ao final de cada sessão, o moderador e os observadores discutiram e registraram no diário de campo as impressões extraídas da sessão. Os principais achados de cada sessão subsidiaram a condução da próxima sessão, encorajando os participantes dos grupos subsequentes a aprofundarem em assuntos que os pesquisadores julgaram importantes.

Além disso, essas análises preliminares foram úteis na escolha do quadro conceitual e na análise dos resultados.

Análise dos dados

A análise temática interpretativa foi conduzida em um processo contínuo e simultâneo à coleta de dados, por meio das seguintes etapas: familiarização com os dados, identificação dos códigos, agrupamento dos códigos em núcleos temáticos, revisão, definição e nomeação final dos núcleos, e elaboração da descrição e interpretação dos significados expressos pelos participantes em cada núcleo (BRAUN; CLARKE, 2006).

Foram utilizados três critérios para garantir a confiabilidade da análise dos dados (POLIT; BECK, 2011): (1) a gravação digital dos relatos e a checagem das transcrições por dois autores do estudo; (2) a confirmação com os participantes sobre as descrições, ao final dos grupos; (3) os códigos e os núcleos temáticos foram checados entre os membros da equipe de pesquisa ao longo do processo de análise dos dados. Todo o processo de interpretação foi conduzido coletivamente, por meio da discussão, revisão e reelaboração das descrições e das interpretações conduzidas a partir do quadro conceitual adotado.

RESULTADOS

Por meio da análise temática foi possível verificar a heterogeneidade das experiências relatadas pelos participantes na abertura do processo administrativo. Esse aspecto refletiu a complexidade e a falta de informação dos profissionais e da comunidade acerca dessa via de acesso a medicamentos. Os núcleos temáticos identificados foram: motivações para as demandas de medicamentos pela via administrativa; barreiras de acesso a medicamentos relacionadas à prestação de serviços e ao setor saúde; barreiras de acesso a medicamentos que estão acima do setor saúde.

Barreiras de acesso que motivaram as demandas de medicamentos pela via administrativa (nível 1)

Os participantes abordaram a importância do medicamento demandado pela via administrativa para tratar seus problemas de saúde,

predominantemente as doenças crônicas não transmissíveis, sejam elas recém diagnosticadas ou em tratamento por longa data. Relataram as barreiras de acesso, como o alto custo dos medicamentos. Assim, a via administrativa foi vista por muitos demandantes como a única alternativa de acesso ao medicamento prescrito, como pode ser observado nas narrativas a seguir:

“[...] Eu preciso desse remédio, é um anticoagulante. Eu não posso ficar sem, tenho medo de dar trombose na cabeça, embolia pulmonar [...]” (G1).

“[...] Para minha mãe pagar o medicamento ficaria numa faixa de quatrocentos reais (U\$ 248,76) por mês, ela toma muitos comprimidos por dia [...] Ela não tomou o remédio. Eu vou comprar para não dar sequência? Tomar só um mês? Ficamos esperamos o processo sair [...]” (G1).

“[...] Eu tenho microadenoma [...] Há cerca de dez anos eu faço tratamento para esse problema [...] Quando eu passei para essa nova medicação, como não tem lá (unidades de saúde), eu resolvi entrar com o processo [...]” (G2).

“[...] A insulina que eu uso é cara. Se não fosse pelo processo eu não teria condição de tomar a insulina. A outra insulina (disponível nas unidades de saúde) não faz efeito em mim. Fica em torno de quinhentos reais (U\$ 310,94) por mês, mais os outros remédios vão para quase oitocentos reais (U\$ 497,51), fica muito caro [...]” (G1).

Barreiras de acesso a medicamentos relacionadas à prestação de serviços e ao setor saúde (níveis 2 e 3)

A precária integração entre os serviços que compõem o sistema de saúde resultou em barreira de acesso percebida pelo usuário, ocasionada pela falta de pró-atividade e de conhecimento dos profissionais do serviço para atender as demandas dos usuários. Essa condição culminou na peregrinação dos participantes pelos serviços de saúde, dificultando o

acesso aos medicamentos prescritos e transformando a busca por seu tratamento em uma experiência ruim, impactando negativamente na imagem que os mesmos têm do setor público de saúde:

“[...] Há falta de informação dos próprios profissionais da área da saúde. Muitas vezes não é nem questão do médico estar com má vontade, muitas vezes eles nem sabem que existe (a via administrativa). O médico entra no Sistema Único de Saúde e não tem nenhum treinamento do que acontece, ele sabe que tem que consultar e prescrever o medicamento. Muitas vezes você pergunta e eles não sabem nem te responder, eles não sabem te encaminhar [...] Para nós é pior ainda, porque a gente chega lá esperando que eles têm uma informação. Ninguém te informa nada! [...]” (G2).

“[...] A falta de informação nos afasta do remédio, do bem estar, da harmonia [...]” (G2).

“[...] Gente, que dificuldade, que burocracia (para conseguir o medicamento pela via administrativa) [...] Fui várias vezes naquele Paço (sede da Secretaria Municipal de Saúde) e as informações não vinham muito corretas. Depois peguei sete formulários para preencher! [...] Deu trinta dias a assistente social me ligou e fez a visita. A visita dela foi muito bacana, eu diria que fui bem atendida. Depois dali lá se foram uns sessenta dias (para conseguir o medicamento). Depois falaram: 'Você tem que esperar que eles vão te avisar'. Falaram que iriam avisar, mas não avisaram, e o processo já estava aqui (Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais) há uns quinze ou vinte dias [...]” (G2).

A prescrição médica deve cumprir com condições estritas para o fornecimento dos medicamentos, como por exemplo, ser elaborada por um profissional do setor público de saúde, o que acaba se configurando em uma barreira de acesso aos medicamentos, percebida de maneira diferente entre os participantes do G1 e do G2.

Os participantes do G1 apontaram a dificuldade de conseguir uma nova prescrição médica quando a mesma não atende aos critérios de qualidade, ou mesmo após findar o prazo de validade da prescrição, que para os medicamentos de uso contínuo é de 90 dias.

“[...] A moça da Farmácia falou: 'Essa receita está incompleta! Vou te fornecer essa insulina e você volta lá e pega outra receita completa' [...] Fui pegar outra receita (no setor público) e lá foi uma dificuldade danada [...]” (G1).

“[...] Eu estou achando que não vou conseguir pegar o remédio do meu marido, porque essa receita que a médica deu é de janeiro. A menina disse que eu precisava de uma receita recente, e eu não tenho. Então eu acho que não vou conseguir pegar o remédio por isso [...] Vai ser muito difícil! [...] E nisso os remédios que eles deram (por processo administrativo) já acabaram. Ele vai ter que comprar [...]” (G1).

“[...] Se eles pedissem a receita, mas continuassem dando os remédios até você trazê-la, você não ficaria sem os remédios. Tem vez que eu marco consulta para minha mãe para daqui seis meses. Três meses sem tomar o remédio, porque a receita só vale três meses. Vai ficar três meses sem tomar? Ela não pode deixar de tomar nem um dia! [...]” (G1).

Essa situação está intimamente ligada à dificuldade de conseguir consulta médica no setor público devido tanto à burocracia do sistema de marcação de consultas quanto à deficiência do número de médicos nos serviços. Tal situação apresenta-se não somente como uma barreira para o acesso aos medicamentos, como também para a efetiva assistência à saúde dos indivíduos, como pode ser observado em alguns relatos:

“[...] Eu preciso do relatório médico (para abertura do processo administrativo), mas eu não consigo porque não tem médico aonde a gente mora [...]. Tem que agendar (consulta) no 0800 (central de agendamento de consulta) [...] Se você ligar de um celular normal,

não pode. Procurar um orelhão (telefone público), você não acha, entendeu? Então assim, nós lá (região de residência) enfrentamos muita dificuldade por causa disso [...]" (G1).

"[...] Quando você consegue consulta (pelo setor público) fica o dia inteiro, chega cedinho até de tarde, até de noite para conseguir, é difícil! [...] Todo lugar que você vai está cheio [...]" (G1).

Por outro lado, os participantes do G2 apontaram a incompreensão e a insatisfação com a recusa da prescrição originada no setor privado para o fornecimento de medicamento no setor público de saúde:

"[...] Essa questão da receita eu acho uma falta de praticidade: 'Eu não pego sua receita do particular' [...] O pessoal vai para o Cais (unidade de saúde), ocupa espaço, perde tempo, perde o tempo do médico, para chegar ao médico: 'O que você está sentindo?' 'Preciso dessa receita' [...] Muitas vezes os médicos falam que não, que tem que fazer os exames primeiro [...] Além de você desperdiçar consulta você ainda vai desperdiçar exame, porque você já fez na rede particular [...] Se desse uma modernizada gastava-se menos dinheiro, sobravam-se mais médicos [...]" (G2).

Além da dificuldade para conseguir a consulta médica, os participantes abordaram as experiências com o atendimento médico, destacando a precarização da continuidade do cuidado ocasionado pela baixa qualidade do atendimento e pela estrutura organizacional dos serviços públicos de saúde que impossibilita o indivíduo escolher o médico e/ou unidade de saúde de sua preferência:

"[...] O Sistema Único de Saúde, o programa em si, na teoria, no papel, é muito bonito, na prática não [...]. Os médicos não vão trabalhar [...] assim que você cria o vínculo o médico vai embora [...] você tem que contar toda a história novamente porque eles somem com as fichas [...]" (G1).

“[...] No Sistema Único com esse negócio de PSF (Programa Saúde da Família), ou você é atendido naquele posto de saúde ou você não é atendido. Eu acho isso ruim, porque se uma pessoa saiu de um lugar e está passando no outro, é por praticidade, é por estar mais vazio, pela educação de quem está te atendendo, pela qualidade do profissional que está trabalhando ali dentro [...] O governo tirou essa possibilidade da pessoa escolher [...]” (G2).

Os médicos foram os profissionais mais citados como informantes da possibilidade de acessar o medicamento pela via administrativa, apesar dos comportamentos não uniformizados entre esses profissionais. Vale ressaltar que nenhum participante identificou o profissional da Farmácia como informante-chave da via administrativa. Além disso, observou-se maior tendência dos médicos orientar os usuários que fazem uso de medicamentos mais onerosos. Porém, sabe-se que a percepção de custo elevado é relativa, pois depende do comprometimento da renda de cada usuário:

“[...] A Prefeitura queria fazer uma substituição do medicamento (solicitado no processo administrativo) [...] Eu falei com o médico, e ele disse: 'Não, não deve trocar'. Eu perguntei: 'Você faz um relatório para mim?' E ele: 'Faço!' [...] E ainda brincou: 'Em time que está ganhando não se mexe, então deixa do jeito que está' [...]” (G1).

“[...] Eu noto uma certa resistência dos médicos [...] Parece que dar entrada nessa papelada (processo administrativo), eles não têm muito interesse [...] A não ser que o valor do medicamento seja muito, muito alto. Parece que eles não têm tanto interesse em informar, me dá a impressão que vai dar mais trabalho para eles [...]” (G2).

A precarização da assistência à saúde tanto no setor privado quanto no público faz com que os indivíduos busquem suprir as deficiências migrando entre os setores de saúde de acordo com a conveniência e as condições financeiras de cada um. Essa situação caracteriza o chamado mix público-privado, fazendo com que muitas vezes o usuário busque o

atendimento médico no setor privado e os serviços complementares, como os medicamentos, no setor público de saúde:

“[...] Eu fazia o tratamento particular do meu filho, só que aí começou a ficar um custo muito caro. Comecei e voltei para a rede pública [...] só que não estava surtindo efeito como estava sendo no particular. Então resolvemos voltar de novo para o particular. Voltei para a rede particular e não muito satisfeito eu pensei: 'Deve ter alguma forma de eu conseguir esse tratamento (medicamento) para o meu filho [...] que seja arcado pelo governo' [...]” (G2).

“[...] Se a pessoa chega a pagar um plano de saúde, é sinal que o Sistema Único não está funcionando, pelo menos da parte de médicos. Muita gente prefere pegar o medicamento no Sistema Único que apesar de demorado, você consegue. Mas tem muitos médicos despreparados dentro dos Cais (unidade de saúde), despreparados até mesmo na área deles, não só de informação do Sistema Único. Aí você tem o descaso, você tem a demora, geralmente a pessoa está sentindo dor [...] Já que você vai gastar dinheiro, que você gaste com o plano de saúde que está quase igual ao SUS, mas pelo menos você tem a opção de escolher [...]” (G2).

“[...] O SUS é bom sim, acode muita gente, nos acode. O serviço particular chega uma certa cirurgia eles falam que não cobrem, eles não fornecem os remédios que nós usamos. Então o serviço particular é bom? É, até onde é lucrativo para eles, passou disso eu não conheço nenhum hospital particular que forneça os aparelhos que o SUS fornece e nem tratamento [...] Então o SUS é bom? Ele é bom, poderia ter condições de ser melhor! [...]” (G2).

Uma minoria dos participantes, constituída por usuários que consultaram na rede hospitalar de ensino, tiveram uma percepção positiva das consultas médicas no setor público:

“[...] O atendimento lá (hospital público de ensino) é muito bom. [...] Eles perguntam, fazem um levantamento da vida da pessoa, desde

quando nasceu [...] vão analisar aquilo ali... nos mínimos detalhes. [...] Foi muito bom, muito válido, mais do que você pagar uma consulta particular [...]" (G1).

"[...] Todos os médicos que acompanham diabetes lá (hospital público de ensino) pegam o número de telefone do paciente. Às vezes eu estou distraída, o telefone toca: 'Aqui é o seu médico do hospital'. O médico ligando para mim? O médico do SUS ligando para mim? Nem quando eu tinha plano de saúde o médico preocupava [...] Para mim está sendo um privilégio [...] Me atende com maior carinho, maior dedicação [...]" (G1).

Outro aspecto amplamente discutido pelos participantes se relacionou às experiências negativas a respeito da distribuição de medicamentos no setor público de saúde, sejam elas relacionadas à indisponibilidade do medicamento ou à normatização restritiva desse fornecimento.

No que se refere à disponibilidade do medicamento nas unidades de saúde, foram abordadas as dimensões quantidade, qualidade e relação geográfica entre o medicamento e o indivíduo. As experiências dos participantes relacionadas à quantidade e à qualidade dos medicamentos apontaram diferença na percepção entre os participantes do G1 e do G2. Os participantes do G1 apontaram o desabastecimento dos medicamentos essenciais nas unidades de saúde e os participantes do G2, o desabastecimento dos medicamentos deferidos pela via administrativa. Essa divergência de percepção pode estar relacionada com a baixa utilização dos serviços públicos de saúde pelos participantes do G2, característica do mix público-privado brasileiro.

"[...] Os médicos sabem que não tem o remédio no Cais (unidade de saúde), como é que passam a receita pra gente? Eles deveriam se orientar primeiro, para depois passar outro remédio incluído no SUS [...]" (G1).

"[...] Lá nas farmácias (das unidades de saúde) está faltando muita coisa. Muita gente vai lá e não consegue pegar remédio [...]"

geralmente nunca conseguem pegar todos [...] Tem dia que o pessoal chega lá e não consegue pegar nem uma dipirona com a receita do próprio médico de lá, porque dizem que não tem [...]" (G1).

"[...] Na Farmácia (do setor público) deveriam dizer: 'Não tem esse remédio aqui', e indicar aonde tem, entendeu? [...] Eles têm que dar uma opção pra gente, não simplesmente falar que não tem e você vai embora [...]" (G1).

"[...] Esses dias eu fiquei com dó de ver um senhor que chegou aqui (Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais) para pegar (pelo processo administrativo) a Lantus (insulina glargina). Ele voltou para trás sem a Lantus [...] Ele vai ficar sem medicamento se ele não tiver condições de comprar? Meu filho diabético falou: 'Se ele não morrer, ele espera' [...]" (G2).

As percepções dos participantes sobre o outro aspecto da disponibilidade do medicamento, que contempla a relação geográfica entre o medicamento e o indivíduo, apresentaram-se como mais uma barreira de acesso aos medicamentos, tanto pela via tradicional quanto pela via administrativa. Nesse contexto, a centralização do atendimento de alguns medicamentos em determinadas unidades de saúde exigiu que o participante se deslocasse entre as unidades de saúde para obter os medicamentos prescritos. Tal situação culminou na incompreensão e na insatisfação dos participantes com o serviço público de saúde:

"[...] Eu conseguia pegar o Clopidogrel lá no Cais (unidade de saúde), depois passou só para a Farmácia Distrital [...] Para mim é contra mão, porque o Cais é mais perto da minha casa. Eles deveriam facilitar mais [...] Essa distribuição assim eu não entendo [...]" (G2).

"[...] Eu abri o processo e agora eu voltei lá no Paço (sede da Secretaria Municipal de Saúde) e eles me informaram aonde que eu vou pegar os remédios. Não é só aqui (Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais), é no Cais (unidade de saúde) e não sei mais

aonde [...] É aonde tem o remédio. Agora eu vou andar atrás do médico para me dar a receita, o relatório e tudo, para poder ir pegar um remédio em cada lugar. Aí complicou [...] Eu já pego medicamento aqui (por processo administrativo), então os outros medicamentos poderiam ser comprados e mandados para cá [...] (G1).

Ainda nesse núcleo temático, alguns relatos foram marcados por um descompasso entre as necessidades percebidas pelos indivíduos e os serviços prestados no setor público de saúde, prejudicando a interação paciente-profissional de saúde.

“[...] Eles (serviço público de saúde) deveriam ligar para quem é usuário e dizer: 'Nós vamos dar uma palestra. Compareçam!' A gente vem, participa da palestra, ganha o medicamento, a orientação [...] Eu acho que está faltando um pouquinho de parceria da prefeitura com o interesse dos pacientes [...]” (G2).

“[...] A diferença do público e do privado é muito grande. O sistema público não faz uma palestra para a gente que tem diabetes, falando o cuidado que você tem que ter, o medicamento que vai chegar. Toda última sexta-feira do mês minha médica faz uma palestra [...] Toda palestra fala de um assunto novo [...] Eu agradeço por ter o serviço privado, por pagar meu plano de saúde para poder ter isso [...]” (G2).

Barreiras de acesso a medicamentos que estão acima do setor saúde (nível 4 e 5)

Além das percepções dos participantes sobre as barreiras pessoais que os motivaram a demandar os medicamentos pela via administrativa e das barreiras de acesso a medicamentos relacionadas à prestação de serviços e ao setor saúde, observou-se nesse estudo relatos sobre barreiras que, apesar de estarem acima do setor saúde, influenciam direta ou indiretamente no acesso aos medicamentos.

Nesse contexto, pode-se destacar a heterogeneidade entre as percepções dos participantes sobre o reconhecimento direito à saúde, apesar dos mesmos viverem em um país que adota um sistema de saúde

fundamentado nos princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade no acesso à saúde:

“[...] Tem que ter um controle de quem precisa e quem não precisa (do medicamento). Eu vejo muitas pessoas chegando de carrão aí na porta (Farmácia de Medicamentos e Insumos Especiais) que vêm pegar o remédio aqui, tomando lugar de muitas que precisam [...]” (G1).

“[...] O médico da minha esposa falou: 'É um direito que você tem, está previsto na Constituição, não importa a classe (social). A filha do meu colega, que é cardiologista, recebe o medicamento de graça'. Um médico receber de graça quer dizer que todos têm direito. Então nós fomos correr atrás [...]” (G1).

“[...] Aquele tanto de coisa (referente à visita domiciliar do serviço social para análise do processo administrativo) [...] querendo saber quanto que eu pago de energia, quanto que eu pago de água. Vou te fala sobre aquele questionário, poxa vida! Existe a lei, está lá, agora se você ganha pouco ou muito não interessa [...]” (G2).

“[...] Há uma frase antiga de um filósofo que diz: 'Um país rico não é aquele que até o pobre anda de carro, é aquele aonde até o rico anda no transporte público'. E isso se estende a todo o resto. Então se o medicamento é para um, não é só para um, não é só para o mais pobre, é para todos! E tem recurso para isso, então nós temos que cobrar isso! [...]” (G1).

O excesso de burocracia, a corrupção e as transgressões das políticas públicas de saúde brasileiras também foram temas amplamente abordados pelos participantes:

“[...] A burocracia é uma metodologia para evitar fraude e corrupção, mas ela tem atravancado para o nosso lado [...] Primeiro tem que se evitar o excesso burocrático, e segundo, dar o conhecimento das normas [...] Todo mundo tem que estar ciente, os diretamente

envolvidos, os atendentes, os médicos, os farmacêuticos, eles têm que saber e saber nos transmitir, senão uma hora é de um jeito, outra hora é de outro [...]” (G1).

“[...] A gente trabalha pelo menos cinco meses por ano para poder pagar todos os nossos impostos. Mas o problema é o tanto de desvio, de roubo, de tanta sujeira que tem que não deixa o dinheiro ser bem aproveitado. Eu tenho certeza que o governo Federal manda a parcela para os municípios e os estados, mas nesse caminho de lá para cá acontece muita coisa para chegar pouco dinheiro [...]” (G2).

“[...] No ano de eleição é bom porque não falta medicamento na farmácia, chega e pega tudo em dia [...]” (G2).

“[...] Você tem um atendimento melhor no SUS se você tiver uma influência. O pai de um aluno da minha mãe era ortopedista no serviço particular [...] (Há cinco anos atrás) ele ligou para um médico do SUS e falou: 'Eu estou com um paciente aqui de treze anos que vai precisar fazer uma cirurgia, você arruma uma vaga para ele?'. O outro médico falou: 'Pode vir amanhã que eu vou interná-lo'. Internei no outro dia e fiz uma cirurgia bem complicada [...] Eu acho que se você não tiver uma pessoa conhecida, é muito difícil as coisas pelo Sistema Único de Saúde [...]” (G2).

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que a via administrativa é percebida pelos demandantes como um mecanismo para superar a inacessibilidade aos medicamentos, seja ocasionada pela falta de recursos financeiros próprios para adquiri-los ou pela indisponibilidade dos mesmos nos serviços públicos de saúde. Apesar disso, a via administrativa não se mostrou livre das barreiras de acesso aos medicamentos existentes no setor público de saúde, dada sua interdependência de um sistema que apresenta falhas tanto no setor saúde quanto acima do setor saúde.

Ao compreender que o medicamento prescrito é um recurso necessário para melhorar seu estado de saúde, os indivíduos vislumbram os meios mais favoráveis para adquiri-los. Uma dessas alternativas é a obtenção de medicamentos com recursos próprios, que tem elevado consideravelmente os gastos com saúde das famílias ao redor do mundo, inclusive no Brasil (WAGNER *et al.*, 2011; WHO, 2011; OECD, 2013; SAKSENA; HSU; EVANS, 2014). Observou-se que a elevação dos gastos com medicamentos pode comprometer o regime terapêutico prescrito, impactando de forma negativa na condição de saúde dos indivíduos.

Outro importante meio de obtenção de medicamentos nos países que adotaram um sistema de saúde universal e integral, como o Brasil, é por meio do setor público de saúde. Porém, foi observado, nesse estudo, que a indisponibilidade de medicamentos nos serviços públicos de saúde, compromete a efetivação desse direito, assim como já demonstrado na literatura (BERTOLDI *et al.*, 2012; BOERMA; ABOUZAHR; *et al.*, 2014). Diante desses achados, é possível afirmar que o comprometimento do acesso ao medicamento é a principal motivação dos usuários a demandar o medicamento pela via administrativa. É importante destacar, portanto, a similaridade da via administrativa com a via judicial para acesso a medicamentos, que surgiram como vias alternativas para efetivar o direito à saúde nos países com cobertura universal de saúde (PROVIN; LEITE; AMARAL, 2013; REVEIZ *et al.*, 2013; VARGAS-PELAEZ *et al.*, 2014).

Além da motivação para os usuários demandar os medicamentos pela via administrativa, revelando a inacessibilidade aos medicamentos prescritos, esse estudo contribui para a elucidação das barreiras de acesso a serem superadas por esses indivíduos em busca da efetivação do direito à saúde.

As barreiras de acesso a medicamentos apontadas no setor saúde estão relacionadas à utilização e à resolutividade do sistema de saúde, tanto no setor público quanto privado. Apesar de alguns participantes relatarem utilizar exclusivamente o setor público de saúde para suprir suas necessidades, muitas trajetórias revelaram a fluidez de indivíduos entre esses dois setores, caracterizando o mix público privado. Esse mix público privado apresentou-se como uma tentativa dos usuários garantirem a

assistência à saúde, revelando, ao mesmo tempo, fraquezas de ambos os setores.

As barreiras de acesso aos medicamentos apontadas nesse estudo estão relacionadas à assistência médica de uma forma geral e ao medicamento propriamente dito. A deficiência no número e na qualidade dos atendimentos médicos em relação à demanda, a impossibilidade de escolher o profissional e a unidade de saúde prestadora da assistência, e a precariedade no repasse de informações aos usuários, são barreiras importantes apresentadas nesse estudo, que prolongaram sobremaneira o itinerário terapêutico dos usuários. Essas barreiras já foram identificadas em outros estudos desenvolvidos ao redor do mundo, inclusive em países com cobertura universal de saúde (SCHOEN; DOTY, 2004; JACOBS *et al.*, 2012; MENDES *et al.*, 2012; GARCIA-SUBIRATS *et al.*, 2014), revelando a dificuldade de superar esses desafios.

A cobertura por seguro de saúde privado mostrou-se uma alternativa para os usuários sanarem algumas dessas barreiras, em especial a opção de escolher o profissional de saúde que prestará a assistência médica e agilizar o acesso às prescrições médicas para manter o fornecimento de medicamentos no setor público de saúde. Esse tipo de arranjo pode provocar uma distorção ao usar o SUS de maneira complementar aos serviços privados, causando sérias implicações éticas e de equidade, já que o usuário do setor privado seria privilegiado por uma dupla porta de entrada ao sistema de saúde, muitas vezes burlando uma fila de espera a qual os usuários exclusivos do SUS estão submetidos.

Independentemente da polêmica que essa situação possa trazer, o importante é entender que o brasileiro encontra, ainda hoje, dificuldade de ter suas demandas de saúde atendidas quer pelo setor público, quer pelo setor suplementar de saúde, revelando fragilidades das instituições em lidar com essas questões por incapacidade de ofertar serviços públicos que atendam às necessidades de toda a população. Assim, considerando que, por um direito positivado na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), todo e qualquer indivíduo pode demandar medicamentos e serviços ao SUS, independentemente de usar ou não os serviços do setor privado de saúde, o

SUS necessita se organizar para atender às demandas dos indivíduos, evitando criar impedimentos para acesso aos medicamentos.

Por fim, as percepções dos participantes desse estudo sobre as questões que estão acima do setor saúde confirmam os gargalos não somente do setor saúde, mas de um país em desenvolvimento que ainda não atingiu maturidade para conduzir um sistema de saúde tão ambicioso quanto o SUS. Assuntos polêmicos, tais como a burocracia, a corrupção e a transgressão das políticas públicas podem, e devem, permear os assuntos de interesse da sociedade. É baseado em problemas com essa magnitude que a sociedade deve se organizar e cobrar melhorias dos serviços, e não somente criar uma imagem negativa do poder público e julgar que nada se pode fazer.

REFERÊNCIAS

- Andersen, R.M., & Davidson, P.L. (2007). Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators. In T.H.K. Andersen RR, G. F. (Ed.), *Changing the US health care system*. pp. 3-30). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- ASENSI, F.D. (2010). Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20, 33-55.
- Barreto, M.L., Rasella, D., Machado, D.B., Aquino, R., Lima, D., Garcia, L.P., et al. (2014). Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLoS Med*, 11, e1001692.
- Bazargani, Y.T., Ewen, M., de Boer, A., Leufkens, H.G., & Mantel-Teeuwisse, A.K. (2014). Essential medicines are more available than other medicines around the globe. *PLoS One*, 9, e87576.
- Bertoldi, A.D., Helfer, A.P., Camargo, A.L., Tavares, N.U., & Kanavos, P. (2012). Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? *Global Health*, 8, 6.
- Bigdeli, M., Jacobs, B., Tomson, G., Laing, R., Ghaffar, A., Dujardin, B., et al. (2013). Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan*, 28, 692-704.

- Boerma, T., AbouZahr, C., Evans, D., & Evans, T. (2014). Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS Med*, 11, e1001728.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., & Herber, O. (2014). How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology. *Social Science & Medicine*, 120, 135-141.
- Brasil. (1975). Portaria nº 223 de 08 de julho de 1975. Institui a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil. (2015). Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2015. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2012. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Cameron, A., Ewen, M., Ross-Degnan, D., Ball, D., & Laing, R. (2009). Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 373, 240-249.
- Diniz, D. (2009). Judicialização de medicamentos no SUS: memorial ao STF. *Série Anis*, IX, 1-5.
- Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Mogollon-Perez, A.S., Paepe, P., Silva, M.R., Unger, J.P., et al. (2014). Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med*, 106, 204-213.

- Hogerzeil, H.V. (2006). Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? *Bull World Health Organ*, 84, 371-375.
- IBGE. (2010). Censo demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IBGE. (2012). Produto interno bruto dos municípios em 2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IBGE. (2014). Resolução nº 2, de 26 de agosto de 2014. Estimativas da População, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P.L., & Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan*, 27, 288-300.
- Leite, S.N., Pereira, S.M.P., Silva, P., Nascimento Jr, J.M., Cordeiro, B.C., & Veber, A.P. (2009). Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. *Revista de Direito Sanitário*, 10, 13-28.
- Mendes, A.d.C.G., Miranda, G.M.D., Figueiredo, K.E.G., Duarte, P.O., & Furtado, B.M.A.S.M. (2012). Access to Primary Healthcare Services: still a way to go. *Cien Saude Colet*, 17, 2903-2912.
- OECD. (2013). Health at a Glance 2013: OECD indicators. Organization for Economic Cooperation and Development.
- Pechansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19, 127-140.
- PNUD. (2013). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed.
- Provin, M.P., Leite, S.N., & Amaral, R.G. (2013). Social inequalities in lawsuits for drugs. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 49, 465-474.

- Reveiz, L., Chapman, E., Torres, R., Fitzgerald, J.F., Mendoza, A., Bolis, M., et al. (2013). Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 33, 213-222.
- Rohde, J., Cousens, S., Chopra, M., Tangcharoensathien, V., Black, R., Bhutta, Z.A., et al. (2008). 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*, 372, 950-961.
- Saksena, P., Hsu, J., & Evans, D.B. (2014). Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med*, 11, e1001701.
- Sanchez, R.M., & Ciconelli, R.M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31, 260-268.
- Santos, I.S. (2011). [Evidence of the public-private mix in healthcare systems in countries with duplicated coverage: greater inequities and segmentation in National Health Systems]. *Cien Saude Colet*, 16, 2743-2752.
- Schoen, C., & Doty, M.M. (2004). Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy*, 67, 309-322.
- Soares, A.Q., Silva, P.I., & Provin, M.P. (2013). A via administrativa como mecanismo de efetivação do acesso a medicamentos essenciais. *Cad. IberAmer. Direito. Sanit.*, 2, 194-207.
- UN. (2014). Millennium development goals. MDG8: Develop a global partnership for development. Target 8E: "In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable essential medicines in developing countries". United Nations Development Programme.
- Vargas-Pelaez, C.M., Rover, M.R., Leite, S.N., Rossi Buenaventura, F., & Farias, M.R. (2014). Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - A scoping study. *Soc Sci Med*, 121c, 48-55.
- Wagner, A.K., Graves, A.J., Reiss, S.K., Lecates, R., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2011). Access to care and medicines, burden of health

- care expenditures, and risk protection: results from the World Health Survey. *Health Policy*, 100, 151-158.
- WHO. (2011). *The World Medicines Situation 2011*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2013 (including the 18th WHO model list of essential medicines and the 4th WHO model list of essential medicines for children)*. Geneva: World Health Organization.
- WorldBank. (2013). *World Development Indicators: PPP conversion factor, GDP (LCU per international \$)*. Washington, DC: World Bank. International Comparison Program database.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research: Design and methods*. London: Sage.

4 CONCLUSÕES

Demonstrou-se que a ocorrência das demandas por medicamentos pela via administrativa está inserida em um contexto multifatorial, contemplando as características da assistência farmacêutica, as características da assistência à saúde, as condições de cuidado em saúde, bem como as características sociais, econômicas e demográficas dos usuários.

Observou-se também que entre os usuários que tiveram acesso a pelo menos um medicamento demandado pela via administrativa, predominaram aqueles menos vulneráveis socioeconomicamente, com autoavaliação positiva do estado de saúde, demandantes de análogos de insulina e que na maioria das vezes não consultam e nem obtêm medicamentos pelo setor público de saúde.

Constatou-se ainda que as trajetórias da maioria dos demandantes com processos administrativos deferidos revelaram a fluidez de indivíduos entre os setores público e privado de saúde, caracterizando o mix público privado. Esse mix público privado apresentou-se como uma tentativa dos usuários garantirem a assistência à saúde, revelando, ao mesmo tempo, fraquezas de ambos os setores. Observou-se ainda que a via administrativa foi percebida pelos demandantes como um mecanismo para superar a inacessibilidade aos medicamentos, seja ocasionada pela falta de recursos financeiros próprios para adquiri-los ou pela indisponibilidade dos mesmos nos serviços públicos de saúde. Porém, a via administrativa não se mostrou livre das barreiras de acesso aos medicamentos existentes no setor público de saúde, dada sua interdependência de um sistema que apresenta falhas tanto no setor saúde quanto acima do setor saúde.

Desta forma, as ações da assistência farmacêutica devem estar coordenadas e coerentes com as ações dos demais níveis do sistema, visando não somente garantir o acesso ao medicamento, mas o cuidado integral à saúde dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A via administrativa foi institucionalizada no serviço público de saúde brasileiro como uma alternativa para os cidadãos terem o direito à saúde garantido pelo setor público de saúde. Visando compreender melhor essa nova institucionalidade, essa pesquisa teve como objetivo analisar o acesso a medicamentos pela via administrativa no setor público de saúde brasileiro.

A utilização de métodos mistos para desenvolver essa pesquisa é um ponto forte a ser considerado, conferindo maior consistência para as conclusões. Porém, ressalta-se que a dificuldade de localização dos processos administrativos no acervo físico da SMS representa uma limitação do estudo, uma vez que não foi possível analisar todos os processos administrativos elegíveis. Assim, a digitalização dos processos seria útil tanto para o desenvolvimento das atividades diárias do serviço quanto para as pesquisas futuras, garantindo agilidade e segurança do armazenamento das informações.

As diversas barreiras de acesso aos medicamentos identificadas nesta pesquisa contemplam tanto a via administrativa quanto as vias tradicionais de acesso a medicamentos pelo setor público brasileiro.

O forte componente mix público-privado apontado nas diferentes abordagens da via administrativa para acesso a medicamentos, ou seja, a assistência médica no setor privado e a obtenção de medicamentos no setor público, reforça a vulnerabilidade dessa via aos fatores que regem o mercado farmacêutico em detrimento da coletividade, foco das políticas públicas de saúde. Com isso, pode-se inferir que a via administrativa não é uma alternativa efetiva às vias tradicionais de acesso a medicamentos. Isso demonstra que não basta criar novas vias, deve-se tornar efetivas aquelas já existentes. Para isso, faz-se necessário coordenar as ações da assistência farmacêutica com os demais níveis do sistema, visando não somente o acesso ao medicamento, mas o cuidado integral à saúde da população. Essa mudança de foco garantiria o acesso aos medicamentos a toda a população, e não somente àqueles usuários que têm a oportunidade de

demandá-los pela via administrativa, dada a desigualdade existente nesse processo.

Diante desses achados, contempla-se um cenário em que o atendimento às demandas de medicamentos pela via administrativa se sobrepõe à efetivação das políticas públicas de saúde brasileiras. Enquanto essa situação persistir, acredita-se que as solicitações de medicamentos pelas novas vias institucionalizadas continuarão a crescer, assim como poderão surgir outras vias para acolher essas demandas. Como resultado, é previsível que a equidade em saúde continue a ser um sonho dos brasileiros, assim como vislumbrado nos anos 1980.

Assim, ressalta-se a relevância desse estudo tanto para a comunidade científica quanto para os gestores do sistema de saúde, auxiliando na implementação de ações efetivas para a garantia do acesso a medicamentos no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil 2014 - Base LSE 2012. 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx> >. Acesso em: 08/12/2014.

ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators. In: ANDERSEN RR, T. H. K., G. F. (Ed.). **Changing the US health care system**. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc., v.3rd ed., 2007. p.3-30.

ANVISA. Preços máximos de medicamentos por princípio ativo atualizados em 30/07/2014. 2014. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0e9d3f80455104d981faaf0d15049afd/LISTA+CONFORMIDADE_2014-07-30.pdf?MOD=AJPERES >. Acesso em: 06/01/2015.

ARRAIS, P. S. *et al.* Prevalence and determinants of medicines consumption in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, // 2005.

ASADI-LARI, M.; PACKHAM, C.; GRAY, D. Need for redefining needs. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, p. 34-34, 08/21 06/03/received 08/21/accepted 2003.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010.

BARRETO, M. L. *et al.* Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Brazil. **PLoS Med**, v. 11, n. 9, p. e1001692, 2014.

BAZARGANI, Y. T. *et al.* Essential medicines are more available than other medicines around the globe. **PLoS One**, v. 9, n. 2, p. e87576, 2014.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. **Am J Public Health**, v. 101, n. 5, p. 916-21, 2011.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 89, n. 3, p. 295-302, 2009.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? **Global Health**, v. 8, p. 6, 2012.

BIGDELI, M. *et al.* Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy Plan**, v. 28, n. 7, p. 692-704, Oct 2013.

BOERMA, T. *et al.* Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. **PLoS Med**, v. 11, n. 9, p. e1001728, Sep 2014.

BOERMA, T. *et al.* Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. **PLoS Med**, v. 11, n. 9, p. e1001731, Sep 2014.

BORIM, F. S.; BARROS, M. B.; NERI, A. L. [Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, Sao Paulo, Brazil]. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 4, p. 769-80, Apr 2012.

BRADBURY-JONES, C.; TAYLOR, J.; HERBER, O. How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology. **Social Science & Medicine**, v. 120, p. 135-141, 11// 2014.

BRASIL. **Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME)**. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos 1971.

_____. **Portaria nº 223 de 08 de julho de 1975. Institui a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social 1975.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 1990.

_____. **Programa Saúde da Família: Dentro de Casa** Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações Coordenação de Saúde da Comunidade 1994.

_____. **Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro 1997.

_____. **Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde 1998.

_____. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências**.

Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos 1999.

_____. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos 2004.

_____. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde 2006.

_____. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Brasília: Ministério da Saúde 2007.

_____. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro 2009.

_____. **Recomendação Nº 31 de 30/03/2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Justiça 2010a.

_____. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename.** 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2010b. ISBN 978-85-334-1670-3.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde 2011.

_____. **Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro 2012.

_____. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde 2013a.

_____. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da**

Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde 2013b.

_____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : Rename 2013.** 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2013c. 200 p ISBN 978-85-334-2006-9.

_____. **Utilização do sistema público de saúde por beneficiários da saúde suplementar.** Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial: 242 p. 2014.

_____. **Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2015. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2012.** Brasília: Ministério da Saúde 2015a.

_____. Protocolos, guias e diretrizes terapêuticas para os agravos atendidos pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Brasília, 2015b. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/847-sctie-raiz/daf-raiz/cgafme/l1-cgafme/11731-protocolos-guias-e-diretrizes> >. Acesso em: 10/01/2015.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006/01/01 2006.

BUJA, A. *et al.* Systematic age-related differences in chronic disease management in a population-based cohort study: a new paradigm of primary care is required. **PLoS One**, v. 9, n. 3, p. e91340, 2014.

CAMERON, A. *et al.* Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **Lancet**, v. 373, n. 9659, p. 240-9, Jan 17 2009.

CAMPOS NETO, O. H. *et al.* Doctors, lawyers and pharmaceutical industry on health lawsuits in Minas Gerais, Southeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 784-90, 2012.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Legal suits: pharmaceutical industry strategies to introduce new drugs in the Brazilian public healthcare system. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 3, p. 421-8, Jun 2010.

CONASEMS. Conasems participa da última reunião da CIT em 2014. Brasília, 2014. Disponível em: < <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/3816-conasems-participa-da-ultima-reuniao-da-cit-em-2014> >. Acesso em: 29/01/2015.

CONILL, E. M. *et al.* The public-private mix and health service utilization: a study of the therapeutic itineraries of Brazilian supplementary care beneficiaries. **Cien Saude Colet**, v. 13, n. 5, p. 1501-10, 2008.

D'ARAUJO, M. C. Democracia e novas institucionalidades jurídicas na América Latina. **Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 1, p. 145-66, 2001.

DINIZ, D. Judicialização de medicamentos no SUS: memorial ao STF. **Série Anis**, v. IX, n. 66, p. 1-5, 2009.

GALUSHKO, M. *et al.* Unmet Needs of Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis in Germany: A Qualitative Study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 3, p. 274-281, 2014.

GARCIA-SUBIRATS, I. *et al.* Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **Soc Sci Med**, v. 106, p. 204-13, 2014.

GARCIA, L. P. *et al.* Brazilian family spending on medicines: an analysis of data from the Family Budget Surveys, 2002-2003 and 2008-2009. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1605-16, 2013.

GOIÂNIA. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Goiânia, 2014. Disponível em: <
<http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/secretaria/REMUME-ULTIMA-VERSAO.pdf>>. Acesso em: 30/12/2014.

GOIÁS. Relação de Medicamentos contemplados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e padronizados no elenco estadual, atualizada em 20/01/2014. Goiânia, 2014.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. Washington, DC: World Bank, 2013. ISBN 978-0-8213-9932-3.

GUERRA JR, A. A. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 15, n. 3, p. 168–75, 2004.

HOGERZEIL, H. V. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other? **Bull World Health Organ**, v. 84, n. 5, p. 371-5, 2006.

IBGE. Censo demográfico 2010. 2010. Disponível em: <
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=520870&idtema=108&search=goias|goiania|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento-->>. Acesso em: 16/12/2014.

_____. Produto interno bruto dos municípios em 2012. 2012. Disponível em: <
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=520870&idtema=134&search=goias|goiania|produto-interno-bruto-dos-municipios-2012>
>. Acesso em: 16/12/2014.

_____. **Resolução nº 2, de 26 de agosto de 2014. Estimativas da População, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014.** Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2014.

JACOBS, B. *et al.* Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. **Health Policy Plan**, v. 27, n. 4, p. 288-300, Jul 2012.

LEITE, S. N. *et al.* Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 13-28, 2009.

MACHADO, M. A. *et al.* Judicialization of access to medicines in Minas Gerais state, Southeastern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2011.

MANUTI, B. *et al.* Assessment of perceived health status among primary care patients in Southern Italy: findings from a cross-sectional survey. **Health Qual Life Outcomes**, v. 11, p. 93, 2013.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003. 373 ISBN 85-87943-21-9.

MENDES, A. D. C. G. *et al.* Access to Primary Healthcare Services: still a way to go. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. ISBN 978-85-7967-075-6.

MPGO. **Termo de Cooperação nº 044/2010 MPGO. Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Ministério Público do Estado de Goiás e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, visando regular o procedimento para a dispensação de medicamentos, insumos e correlatos dos pacientes que obtiverem parecer favorável da Câmara de Avaliação Técnica de Saúde – CATS.** Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás. Procuradoria Geral de Justiça 2010.

_____. **Termo de Cooperação nº 001/2014 MPGO. Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Ministério Público do Estado de Goiás e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, visando regular o procedimento para a dispensação de medicamentos de alto custo, insumos e correlatos que obtiverem parecer favorável da Câmara de Avaliação Técnica de Saúde – CATS**

Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás. Procuradoria Geral de Justiça 2014.

OECD. Health at a Glance 2013: OECD indicators. 2013. Disponível em: < <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> >. Acesso em: 30/12/2014.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PAIVA, C. H.; TEIXEIRA, L. A. Health reform and the creation of the Sistema Unico de Saude: notes on contexts and authors. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PAVAO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. [Self-rated health and the association with social and demographic factors, health behavior, and morbidity: a national health survey]. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 4, p. 723-34, Apr 2013.

PECHANSKY, R.; THOMAS, J. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PEPE, V. L. *et al.* Health litigation and new challenges in the management of pharmaceutical services. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 5, p. 2405-14, 2010.

PEREHUDOFF, S. Health, essential medicines, human rights and national constitutions. Geneva, 2008. Disponível em: < http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/Perehudoff_report_constitutions_2008.pdf >. Acesso em: 13/01/2015.

PEREHUDOFF, S. K.; LAING, R. O.; HOGERZEIL, H. V. Access to essential medicines in national constitutions. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 11, p. 800, 2010.

PESSOA, N. T. **Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetradas contra a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**. 2007. 168 (Mestrado). Fortaleza.

PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. 2013. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx> >. Acesso em: 08/12/2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, A. D. S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: Trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 31, n. 1, p. 9-14, // 2010.

PROVIN, M. P.; LEITE, S. N.; AMARAL, R. G. Social inequalities in lawsuits for drugs. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 3, p. 465-474, 2013.

QUICK, J. D. *et al.* Twenty-five years of essential medicines. **Bull World Health Organ**, v. 80, n. 11, p. 913-4, 2002.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A.; SOUZA, R. K. Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in adults 40 years and older. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.

REVEIZ, L. *et al.* Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review. **Revista Panamericana De Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 213-222, 2013.

ROHDE, J. *et al.* 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? **Lancet**, v. 372, n. 9642, p. 950-61, Sep 13 2008.

SAKSENA, P.; HSU, J.; EVANS, D. B. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. **PLoS Med**, v. 11, n. 9, p. e1001701, 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I.; ELUF NETO, J. Risk factors associated with non-adherence to anti-hypertensive medication among patients treated in family health care facilities. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.

SANTOS, I. S. [Evidence of the public-private mix in healthcare systems in countries with duplicated coverage: greater inequities and segmentation in National Health Systems]. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 6, p. 2743-52, Jun 2011.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, Jun 4 2011.

SCHOEN, C.; DOTY, M. M. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. **Health Policy**, v. 67, n. 3, p. 309-22, Mar 2004.

SILVA, Z. P. *et al.* Socio-demographic profile and utilization patterns of the public healthcare system (SUS), 2003-2008. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 9, p. 3807-16, 2011.

SOARES, A. Q.; SILVA, P. I.; PROVIN, M. P. A via administrativa como mecanismo de efetivação do acesso a medicamentos essenciais. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, v. 2, n. 2, p. 194-207, 2013.

STEPHENS, P.; ROSS-DEGNAN, D.; WAGNER, A. K. Does access to medicines differ by gender? Evidence from 15 low and middle income countries. **Health Policy**, v. 110, n. 1, p. 60-6, 2013.

TATE, C.; VALLINDER, T. **The Global Expansion of Judicial Power**. New York: New York University Press, 1995.

TEIXEIRA, M. F. **Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do Estado e Município do Rio de Janeiro**. 2011. 71 (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

TIBALDI, J. M. Evolution of Insulin: From Human to Analog. **The American Journal of Medicine**, v. 127, n. 10, Supplement, p. S25-S38, 2014.

UN. Millennium development goals. MDG8: Develop a global partnership for development. Target 8E: "In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable essential medicines in developing countries". 2014. Disponível em: < <http://www.un.org/millenniumgoals/global.shtml> >. Acesso em: 23/12/2014.

VARGAS-PELAEZ, C. M. *et al.* Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - A scoping study. **Soc Sci Med**, v. 121c, p. 48-55, 2014.

VICTORA, C. G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, 2011.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Judicial demands and therapeutic assistance in the brazilian public health system. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 672-683, 2009.

WAGNER, A. K. *et al.* Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: results from the World Health Survey. **Health Policy**, v. 100, n. 2-3, p. 151-8, 2011.

WHO. Constitution of the World Health Organization. **Basic Documents**, Genebra, 1946.

_____. The Rational Use of Drugs: Report of the Conference of Experts, Nairobi, 25–29 November 1985. Geneva, 1987. Disponível em: < <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf> >. Acesso em: 08/01/2015.

_____. **Guidelines for developing national drug policies**. Geneva: World Health Organization 1988.

_____. How to develop and implement a national drug policy. **WHO Policy Perspectives on Medicines**, N. 6, Geneva, 2003. Acesso em: 13/01/2015.

_____. WHO medium-term strategic plan 2008–2013. 2008. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/e/e_amtsp.html >. Acesso em: 10/01/2015.

_____. The World Medicines Situation 2011. Geneva, 2011. Disponível em: < http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf >. Acesso em: 23/12/2014.

_____. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2013 (including the 18th WHO model list of essential medicines and the 4th WHO model list of essential medicines for children). Geneva, 2013. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112729/1/WHO_TRS_985_eng.pdf?ua=1 >. Acesso em: 12/01/2015.

_____. World health statistics 2014. Geneva, 2014. ISSN 978 92 4 069267 1. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 >. Acesso em: 10/04/2015.

_____. ATC/DDD Index 2015. Noruega, 2015. Disponível em: < http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ >. Acesso em: 06/01/2015.

WORLD BANK. World Development Indicators: PPP conversion factor, GDP (LCU per international \$). Washington, DC, 2013. Disponível em: < <http://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP> >. Acesso em: 14/01/2015.

_____. **World Development Indicators: Brazil**. Washington, DC: World Bank 2015.

YIN, R. K. **Case study research: Design and methods**. London: Sage, 2003.

ANEXO

Anexo 1 – Parecer do comitê de ética



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 19 de março de 2012.

PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA, PROTOCOLADO NESTE COMITÊ SOB O Nº: 021/12

I – Identificação

– Título do projeto: **Fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de Goiânia-Goiás, Brasil.**

- Pesquisador Responsável: Rita Goreti Amaral
- Orientador (quando necessário): não se aplica.
- Pesquisadores participantes: Amanda Queiroz Soares; Mércia Pandolfo Provin; Wilkier Nolberto de Souza
- Instituição onde será realizado o estudo: Universidade Estadual de Goiás.
- Data de apresentação ao CEP/UFG: 24/02/2012
- Área Temática: Grupo III

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

II – Estrutura do Protocolo (verificação dos documentos solicitados)

CD; Folha de Rosto CEP/UFG; Folha de Rosto CONEP com assinatura do responsável da pesquisa e do responsável pela instituição; Termo de compromisso assinado por todos os participantes; Projeto de Pesquisa completo, Termos de anuência dos diferentes locais onde a pesquisa terá coleta de dados assinado pelo Secretário de Saúde do Município de Goiânia-GO.

III – Projeto de pesquisa

- Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto;

Justificativa: o presente estudo visa dar continuidade ao trabalho de Provin (2011), desenvolvido pelo Grupo de Pesquisas Assistência Farmacêutica, Atenção Básica e de Estudos Econômicos da Faculdade de Farmácia (FF) da Universidade Federal de Goiás (UFG), para compreender se as demandas administrativas e judiciais para acesso a medicamentos em



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia-Goiás, Brasil, podem estar sendo influenciadas por ações da assistência farmacêutica.

O *objetivo geral* desta pesquisa é compreender o fenômeno do fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, tendo como foco a assistência farmacêutica e os objetivos específicos: Identificar a trajetória dos usuários de vias administrativas e judiciais como forma de acesso aos seus medicamentos; Descrever os processos administrativos e mandados de segurança de fornecimento de medicamentos por usuários e conteúdo das demandas; Verificar quais ações da assistência farmacêutica podem influenciar nas demandas administrativas e judiciais;

- Análise das questões éticas (informações relativas aos sujeitos da pesquisa - item 3.5.1 do Protocolo)

Os sujeitos da pesquisa são definidos na metodologia do projeto apresentado de forma clara.

- Descrição clara do desenho e metodologias do projeto (análise da metodologia e sua adequação aos objetivos da pesquisa (item 3.5 do Protocolo);

Aspectos gerais: Trata-se de um estudo transversal descritivo, referente ao período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012, sendo a coleta de dados compreendida no intervalo de 01 de maio de 2012 a 30 de junho de 2013. A coleta de dados ocorrerá na SMS de Goiânia, em especial na Farmácia de Insumos Básicos e Medicamentos Especiais (FIME), local onde os sujeitos têm acesso aos medicamentos via processos administrativos e mandados de segurança. A amostra do estudo para descrever os processos será representada por todos os usuários com processos administrativos e mandados de segurança para fornecimento de medicamentos, deferidos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012.

Os autores apresentam descrição sobre a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como as implicações (riscos e benefícios) aos sujeitos em participar ou não da pesquisa. Está claro e adequado às exigências do CEP.

- Referência sucinta aos critérios de participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa);



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



O indivíduo deverá satisfazer todos os critérios a seguir para ser elegível à inclusão no estudo: ter processo administrativo e/ou mandado de segurança para fornecimento de medicamentos deferido no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012; qualquer idade; ambos os gêneros. Adicionalmente, para participar da entrevista, deverá assinar e datar o TCLE (Anexo I) como sujeito e/ou representante legal do mesmo.

Exclusão: ter processo administrativo e/ou mandado de segurança não localizado; ter processo administrativo e/ou mandado de segurança que não solicita medicamento; sujeitos que recusarem assinar o TCLE para participar da entrevista.

Interrupção da pesquisa: Não se aplica

Os pesquisadores esclarecem que os dados da pesquisa serão usados apenas para fins científicos e que publicação dos resultados ocorrerá de maneira sigilosa e somente para esta pesquisa.

- Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos

Riscos: Fica garantido o direito de recusar-se a responder às perguntas que julgue ocasionar constrangimento de qualquer natureza. O processo administrativo e/ou mandado de segurança, assim como o fornecimento de medicamentos não sofrerá influência dos resultados da pesquisa.

Benefícios: Não há benefício direto decorrente da participação da pesquisa. Este estudo visa, no futuro, fornecer informações que subsidiem melhorias ao acesso a medicamentos a partir do Sistema Único de Saúde.

As condições apresentadas para realização da pesquisa encontram-se adequadas, incluindo cronograma, local e infra-estrutura, orçamento (pesquisa será realizada com recurso dos próprios pesquisadores), anuência dos responsáveis e currículo dos pesquisadores são compatíveis com a pesquisa proposta.

IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

– Avaliação do processo de obtenção do Termo de Consentimento Adequada

– Análise do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (adequação da linguagem e observância dos aspectos solicitados no item 4 do Protocolo)

O TCLE apresentado está em linguagem clara e cumpre com o solicitado no protocolo. No TCLE está garantida a possibilidade de interrupção ou

Prédio da Reitoria - Térreo - Campus II - CEP-74001-970 - Goiânia-GO - Fones: 0 XX62 3521-1076 - Fax:3521-1163
Homepage: www.prppg.ufg.br - E_mail: prppg@prppg.ufg.br

5/4 825



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

encerramento da coleta de dados, bem como o direito de não responder às questões.

– Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade

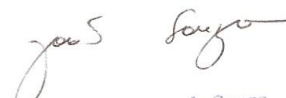
Este aspecto está garantido no TCLE, ou seja, este documento faz referencia ao anonimato na divulgação dos resultados obtidos assim como ao propósito exclusivamente acadêmico do estudo e os dados serão utilizados somente nesta pesquisa.

V– Parecer do CEP

- Aprovado SMJ da Comissão

VI – Data da reunião: 5 de marco de 2012.

Assinatura do(a) Coordenador(a)/ CEP/UFG:


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

4/4 83



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 02 de julho de 2012.

**PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO ATENDIMENTO DE EMENDA
EM PROJETO DE PESQUISA**
Protocolo nº 021/12

I. Identificação:

1. *Título do projeto:* Fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de Goiânia-Goiás, Brasil.
2. *Pesquisador Responsável:* Rita Goreti Amaral
3. *Unidade/Órgão:* Faculdade de Farmácia/Universidade Federal de Goiás
4. *Pesquisadores Participantes:* Amanda Queiroz Soares, Mércia Pandolfo Provin, Wilkier Nolberto de Souza.
5. *Data de apresentação do protocolo ao CEP:* 24/02/2012
6. *Data do Relato:* 05/03/2012
7. *Data da solicitação da emenda:* 02/05/2012

II - Parecer do CEP:

Informamos que o *Comitê de Ética em Pesquisa* da Universidade Federal de Goiás, após análise da emenda solicitada, **Aprovou**, em 02 de julho de 2012, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96,

III - Data da reunião: 02/07/2012


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,
Campus Samambaia (Campus II) - CEP: 74001-970, Goiânia - Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.
Email: cep.prppg.ufg@gmail.com

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termos de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Farmacêutica Msc. Amanda Queiroz Soares, no telefone (62) 9934-3101. Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones (62) 3521-1075 ou (62) 3521-1076.

Informações importantes sobre a pesquisa

Título: Fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de Goiânia-Goiás, Brasil.

Informações sobre a pesquisadora responsável: esta pesquisa será desenvolvida pela Amanda Queiroz Soares, farmacêutica, CRF-GO 5231, mestre em Ciências da Saúde pela UFG e doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFG. A pesquisa é realizada sob a orientação das professoras Dr^a Rita Goreti Amaral e Dr^a Mércia Pandolfo Provin, pesquisadoras da Faculdade de Farmácia da UFG.

Justificativa da pesquisa: O acesso universal e integral a serviços de saúde no Brasil é de responsabilidade das três esferas de governo, porém milhares de cidadãos brasileiros têm recorrido à justiça reclamando por bens e serviços de saúde, fenômeno que vem sendo chamado de judicialização da saúde. Atualmente, os estudos publicados descrevem bem o fenômeno do fornecimento de medicamentos pelas vias judicial e administrativa. Porém, ainda não foi esclarecido se as demandas judiciais e administrativas para acesso aos medicamentos estão sendo influenciadas por ações da própria assistência farmacêutica. Desta forma, faz-se necessário uma melhor compreensão desta relação para o seu adequado enfrentamento.

Objetivos da pesquisa: Compreender o fenômeno do fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia tendo como foco a assistência farmacêutica.

Detalhamento do procedimento: O estudo será conduzindo a partir de uma entrevista contendo perguntas objetivas, com duração de

aproximadamente 30 (trinta minutos) utilizando um formulário estruturado. Os dados serão coletados no período compreendido entre 10 de março a 30 de agosto de 2014, sendo posteriormente digitados, analisados e arquivados em local de acesso restrito aos pesquisadores.

Desconforto e riscos possíveis decorrentes da participação da pesquisa: Fica garantido o direito de recusar-se a responder às perguntas que julgue ocasionar constrangimento de qualquer natureza. Sua situação como usuários e/ou profissional de saúde não sofrerão influência dos resultados da pesquisa.

Benefícios decorrentes da participação da pesquisa: Não há benefício direto decorrente da participação da pesquisa. Este estudo visa, no futuro, fornecer informações que subsidiem melhorias ao acesso a medicamentos a partir do Sistema Único de Saúde.

Direito de pleitear indenização em casos de danos decorrentes de sua participação na pesquisa: Não há riscos aos sujeitos que justifiquem o direito de pleitear indenização.

Direito de ressarcimento de despesas pela sua participação: Não há despesas aos sujeitos para que os mesmos sejam ressarcidos.

Pagamento ou gratificação financeira pela sua participação: Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação pela sua participação. Sua participação necessita ser de forma espontânea e voluntária.

Garantia de sigilo: o sigilo da sua participação será garantido, assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Somente os pesquisadores terão acesso ao termo de consentimento e aos dados da pesquisa.

Garantia da liberdade na participação: é garantida a liberdade de não aceitação deste convite, bem como abandonar o projeto a qualquer momento durante a pesquisa, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo.

Dados coletados: os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Farm^aMsc. Amanda Queiroz Soares

Consentimento da participação da pessoa na pesquisa

Eu, _____,
RG _____, CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de Goiânia-Goiás, Brasil", como sujeito. Declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo entrevistador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do fornecimento de medicamentos.

Goiânia, ____/_____/2014

Nome e assinatura do participante

Para acompanhantes

Atenção: Para pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação mental ou doença mental e sujeitos em substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, cujo Termo de Consentimento será assinado por seus representantes legais:

Eu, _____,
RG _____, CPF _____,
abaixo assinado, responsável por _____,
autorizo sua participação no estudo "Fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de Goiânia-Goiás, Brasil", como sujeito. Declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Amanda Queiroz Soares sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do fornecimento de medicamentos ao sujeito pesquisado.

Goiânia, ____/_____/2014

Nome e assinatura do participante

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Meu nome é Amanda Queiroz Soares, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Farmácia.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o(s) pesquisador(es) responsável(is), Prof^a Dr^a Rita Goreti Amaral, Prof^a Dr^a Mércia Pandolfo Provin, no telefone (62) 3209-6043 ou Farmacêutica Msc. Amanda Queiroz Soares, no telefone (62) 9934-3101. Em casos de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones (62) 3521-1075 ou (62) 3521-1076.

Informações importantes sobre a pesquisa

Título: Fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de Goiânia-Goiás, Brasil.

Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento: esta pesquisa será desenvolvida por mim, Amanda Queiroz Soares, farmacêutica, CRF-GO 5231, mestre em Ciências da Saúde pela UFG e doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFG. Estarei sob a coordenação das professoras Dr^a Rita Goreti Amaral e Dr^a Mércia Pandolfo Provin, pesquisadoras da Faculdade de Farmácia da UFG.

Justificativa da pesquisa: O acesso universal e integral a serviços de saúde no Brasil é de responsabilidade das três esferas de governo, porém milhares de cidadãos brasileiros têm recorrido à justiça reclamando por bens e serviços de saúde, fenômeno que vem sendo chamado de judicialização da saúde. Atualmente, os estudos publicados descrevem bem o fenômeno do fornecimento de medicamentos pelas vias judicial e administrativa, assim como os prejuízos que esse fenômeno pode causar às ações da assistência farmacêutica no âmbito da saúde no Brasil. Porém, ainda não foi esclarecido se as demandas judiciais e administrativas para acesso aos medicamentos estão sendo influenciadas por ações da própria assistência farmacêutica. Desta forma, faz-se necessário uma melhor compreensão desta relação para o seu adequado enfrentamento.

Objetivos da pesquisa: Compreender o fenômeno do fornecimento de medicamentos pelas vias administrativa e judicial pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, tendo como foco a assistência farmacêutica.

Detalhamento do procedimento: O estudo será conduzido pela pesquisadora responsável a partir de um grupo focal. A entrevista ocorrerá dentro da Farmácia de Insumos Básicos e Medicamentos Especiais (FIME) e terá duração de aproximadamente 01 (uma) hora, utilizando formulário estruturado e gravador digital de voz. Os dados serão coletados nos dias 11 ou 12 de abril de 2013, sendo posteriormente digitados, analisados e arquivados em local de acesso restrito aos pesquisadores.

Desconforto e riscos possíveis decorrentes da participação da pesquisa: Fica garantido o direito de recusar-se a emitir opinião sobre assuntos que julgue ocasionar constrangimento de qualquer natureza. O processo administrativo, assim como o fornecimento de medicamentos não sofrerão influência dos resultados da pesquisa.

Benefícios decorrentes da participação da pesquisa: Não há benefício direto decorrente da participação da pesquisa. Este estudo visa, no futuro, fornecer informações que subsidiem melhorias ao acesso a medicamentos a partir do Sistema Único de Saúde.

Direito de pleitear indenização em casos de danos decorrentes de sua participação na pesquisa: Não há riscos aos sujeitos que justifiquem o direito de pleitear indenização.

Direito de ressarcimento de despesas pela sua participação: Não há despesas aos sujeitos para que os mesmos sejam ressarcidos.

Pagamento ou gratificação financeira pela sua participação: Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação pela sua participação. Sua participação necessita ser de forma espontânea e voluntária.

Garantia de sigilo: o sigilo da sua participação será garantido, assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Somente os pesquisadores terão acesso ao termo de consentimento e aos dados da pesquisa.

Garantia da liberdade na participação: é garantida a liberdade de não aceitação deste convite, bem como abandonar o projeto a qualquer momento durante a pesquisa, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo da continuidade do fornecimento de medicamentos a partir do processo administrativo.

Dados coletados: os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Farm^a Msc. Amanda Queiroz Soares

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Eu, _____,
RG _____, CPF _____,
na qualidade de _____ (do) paciente com
número de processo administrativo _____,
concordo em participar do estudo "Fornecimento de medicamentos pelas
vias administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de
Goiânia-Goiás, Brasil", como sujeito. Declaro que fui devidamente
informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Amanda Queiroz Soares
sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os
possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem
que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do fornecimento de
medicamentos.

Goiânia, _____ / abril /2013.

Nome e assinatura do sujeito

Atenção: para pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação mental ou doença mental e sujeitos em substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, cujo Termo de Consentimento será assinado por seus representantes legais:

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo
assinado, responsável por _____,
número de processo administrativo _____, autorizo sua
participação no estudo "Fornecimento de medicamentos pelas vias
administrativa e judicial e a assistência farmacêutica no município de
Goiânia-Goiás, Brasil", como sujeito. Declaro que fui devidamente
informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Amanda Queiroz Soares
sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os
possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Foi-me
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem
que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do fornecimento de
medicamentos ao sujeito pesquisado.

Goiânia, _____ / abril/2013.

Nome e assinatura do responsável

Apêndice 2 – Instrumentos de coleta de dados



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - usuários adultos

Versão:	Nº do questionário _____	Data da digitação dos dados ____/____/____
01/2014	Código do arquivo _____	Dados digitados por _____

INSTRUÇÕES

O tempo previsto para responder às perguntas é de 15 minutos. Este estudo não considera a *Farmácia Popular* como Farmácia do SUS. Por favor, responda às perguntas da maneira mais completa possível, indicando apenas uma resposta para cada pergunta. Tente responder às perguntas baseando-se em sua própria opinião e na sua experiência como usuário do SUS deste município. Agradecemos a sua participação.

Ao entrevistador: Circule o número que corresponde à resposta do entrevistado. Para aquelas perguntas que não se aplicam, circule a resposta "99 – Recusa/ NA".

01	Data de nascimento do usuário	____/____/____					88 - Não sabe	99 - Recusa/ NA	
02	____ mora próximo daqui? Em qual bairro?						88 - NS	99 - R/ NA	
03	Onde ____ consultou?	1 - Própria unidade 2 - Outra. Qual?					88 - NS	99 - R/ NA	
Inicialmente, eu gostaria de saber a sua opinião sobre o acesso a medicamentos pelo SUS.									
04	____ já teve problema para conseguir medicamentos pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
05	____ já precisou usar algum medicamento que não é fornecido pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
06	Como ____ classifica a disponibilidade de medicamentos pelo SUS?	Boa 1 - Ótima 2 - Boa		3 - Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssima		88 - NS	99 - R/ NA	
07	Como ____ classifica o atendimento dos profissionais do SUS?	Bom 1 - Ótimo 2 - Bom		3 - Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssimo		88 - NS	99 - R/ NA	
08	Como ____ classifica a imagem do SUS?	Boa 1 - Ótima 2 - Boa		3 - Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssima		88 - NS	99 - R/ NA	
09	Essa imagem influencia se ____ vai usar ou não os serviços do SUS?	1 - Sim 2 - Não						88 - NS	99 - R/ NA
10	____ tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?	1 - Sim 2 - Não						88 - NS	99 - R/ NA
11	____ se considera usuário do SUS?	1 - Sim 2 - Não						88 - NS	99 - R/ NA
Agora quero saber em quais locais ____ adquire medicamentos.									
12	____ pega medicamento pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
Se a resposta for "Nunca", passe para a pergunta 15.									

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 1



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - usuários adultos

13	____ precisa ir a mais de uma unidade do SUS para pegar os seus medicamentos?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
14	Em geral, ____ consegue obter no SUS quantos dos seus medicamentos?	Muitos 1 - Todos 2 - A maioria		3 - Metade	Poucos 4 - Poucos 5 - Nenhum		88 - NS	99 - R/ NA	
15	Quais medicamentos ____ não consegue pelo SUS?							88 - NS	99 - R/ NA
16	Se o SUS disponibilizar um medicamento que substitua aquele que ____ não consegue obter, você aceitaria trocar?	1 - Sim	2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
17	____ pega medicamento pela Farmácia Popular?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
18	E através do processo pela Prefeitura ou Ministério Público?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
19	____ adquire medicamento em drogarias ou farmácias particulares?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
Se a resposta for "Nunca", passe para a pergunta 21.									
20	Qual é o valor médio que ____ costuma gastar por mês na compra de medicamentos (em R\$)?							88 - NS	99 - R/ NA
21	____ já deixou de usar seus medicamentos por falta de dinheiro?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre suas consultas.									
22	____ consulta pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
23	____ já consultou pelo SUS somente para pegar receita?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
24	(Se precisar) ____ consegue agendar uma consulta pelo SUS dentro do prazo que precisa?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
25	E se a consulta for com especialista, ____ consegue no prazo que precisa?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
26	(Se precisar) ____ pode escolher o profissional que vai te atender na consulta pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
27	Na consulta, o profissional pede a sua opinião sobre o seu tratamento?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 2



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - usuários adultos

28	Na consulta, _____ informa ao profissional quando não conseguiu obter o medicamento receitado?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA
Agora vou perguntar sobre medicamentos.								
29	_____ tem direito de pegar medicamento pelo SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
Se a resposta for "Não", passe para pergunta 31.								
30	Qualquer medicamento?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
31	_____ conhece a lista dos medicamentos fornecidos pelo SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
32	_____ sabe o que deve fazer para obtê-los pelo SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
33	_____ concorda com as normas para pegar medicamentos pelo SUS?	Concordo 1 - Concordo totalmente 2 - Concordo		3 - Mais ou menos	Discordo 4 - Discordo 5 - Discordo Totalmente		88 - NS	99 - R/ NA
34	_____ consegue buscar medicamentos na unidade do SUS de sua preferência?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA
35	O que _____ acha do tempo que gasta na fila da Farmácia do SUS?	Rápido 1 - Muito rápido 2 - Rápido		3 - Mais ou menos demorado	Demorado 4 - Demorado 5 - Muito demorado		88 - NS	99 - R/ NA
36	E da distância da Farmácia até a sua casa ou trabalho?	Perto 1 - Muito perto 2 - Perto		3 - Mais ou menos longe	Longe 4 - Longe 5 - Muito longe		88 - NS	99 - R/ NA
37	_____ precisa deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho para pegar medicamento pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA
38	Se _____ precisar, é fácil pegar medicamento pelo SUS depois das 18 horas?	Fácil 1 - Muito fácil 2 - Fácil		3 - Mais ou menos difícil	Difícil 4 - Difícil 5 - Muito difícil		88 - NS	99 - R/ NA
39	E aos finais de semana?	Fácil 1 - Muito fácil 2 - Fácil		3 - Mais ou menos difícil	Difícil 4 - Difícil 5 - Muito difícil		88 - NS	99 - R/ NA
40	_____ já deixou de pegar medicamento pelo SUS porque não tinha receita do SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA
41	... porque não tinha os documentos pessoais solicitados?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA
42	... porque a receita estava vencida, errada ou ilegível?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA
43	Qual é a validade da receita de medicamento de uso contínuo no SUS?	1 - 30 dias ou 1 mês 2 - 60 dias ou 2 meses		3 - 90 dias ou 3 meses	4 - 120 dias ou 4 meses 5 - Outro. Qual?		88 - NS	99 - R/ NA

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 3



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - usuários adultos

44	_____ já deixou de usar seus medicamentos porque não tinha no SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
45	Os profissionais do SUS ensinam como usar corretamente seu medicamento?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
46	_____ consegue entender o que os profissionais do SUS falam sobre seus medicamentos?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 - R/ NA	
47	Como _____ avalia a qualidade do medicamento fornecido pelo SUS?	Boa 1 - Ótima 2 - Boa		3 - Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssima		88 - NS	99 - R/ NA	
48	_____ recomendaria os serviços do SUS a um familiar ou amigo(a)?	1 - Sim 2 - Não						88 - NS	99 - R/ NA
49	E se ele(a) tiver condições de pagar para ser atendido em outro local, _____ recomendaria o SUS?	1 - Sim 2 - Não						88 - NS	99 - R/ NA
As perguntas 50 a 51 devem ser feitas <u>exclusivamente</u> aos usuários que estão no <u>Protocolo da SMS</u> . Somente para estas perguntas pode marcar mais de uma resposta.									
50	Quem te informou sobre a possibilidade de abrir processo administrativo aqui na prefeitura?	1 - Tinha conhecimento prévio 2 - Médico 3 - Parente ou amigo 4 - Outro. Qual?					88 - NS	99 - R/ NA	
51	Por que _____ está abrindo processo para receber medicamento pela prefeitura?	1 - Reconhecimento do direito de reivindicar o medicamento 2 - Medicamento em falta nas farmácias do SUS 3 - Medicamento não é fornecido pelo SUS 4 - Não atende ao protocolo clínico do SUS 5 - Medicamento de alto custo/ dificuldade financeira do usuário 6 - Burocracia das farmácias do SUS 7 - Não possui receita do SUS para pegar o medicamento pelo SUS 8 - Outro. Qual?					88 - NS	99 - R/ NA	
Concluindo, eu gostaria de fazer algumas perguntas para caracterizar melhor o grupo de pessoas desta pesquisa.									
52	De um modo geral, como é o seu estado de saúde?	Bom 1 - Ótimo 2 - Bom		3 - Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssimo		88 - NS	99 - R/ NA	
53	_____ precisa usar medicamento para melhorar o seu estado de saúde?	1 - Sim 2 - Não						88 - NS	99 - R/ NA
54	Sexo do usuário	1 - Feminino 2 - Masculino						88 - NS	99 - R/ NA
55	Qual é o seu estado civil?	1 - Solteiro	2 - Casado	3 - União estável	4 - Separado/ Divorciado/ Desquitado	5 - Viúvo	88 - NS	99 - R/ NA	
56	Qual é a cor da sua pele?	1 - Branca	2 - Preta	3 - Amarela	4 - Parda	5 - Indígena	88 - NS	99 - R/ NA	

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 4



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - usuários adultos

57	Qual é a sua ocupação atualmente?	1 - Trabalhador doméstico 2 - Empregado do setor privado 3 - Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar 4 - Empregado do setor público (inclusive empresas de economia mista) 5 - Conta própria 6 - Empregador 7 - Trabalhador não remunerado 8 - Aposentado ou pensionista 9 - Desempregado 10 - Estudante 11 - Do lar					88 - NS	99 - R/ NA
58	Qual foi a última série escolar que _____ frequentou? Fundamental I - 1ª a 4ª série - 1º ao 5º ano Fundamental II - 5ª a 8ª série - 6º ao 9º ano	1 - Não alfabetizado 2 - Fundamental I incompleto 3 - Fundamental I completo 4 - Fundamental II incompleto 5 - Fundamental II completo 6 - Médio incompleto 7 - Médio completo 8 - Superior incompleto 9 - Superior completo ou pós graduação					88 - NS	99 - R/ NA
59	Quantas pessoas moram no seu domicílio, contando com _____?	1	2	3	4	Outra. Qual?	88 - NS	99 - R/ NA
Se a resposta for "1", passe para a pergunta 62.								
60	Quem é o chefe da família?	1 - Próprio paciente 2 - Outro					88 - NS	99 - R/ NA
Se a resposta for "Próprio paciente", passe para a pergunta 62.								
61	Qual foi a última série escolar que ele/ela frequentou? Fundamental I - 1ª a 4ª série - 1º ao 5º ano Fundamental II - 5ª a 8ª série - 6º ao 9º ano	1 - Não alfabetizado 2 - Fundamental I incompleto 3 - Fundamental I completo 4 - Fundamental II incompleto 5 - Fundamental II completo 6 - Médio incompleto 7 - Médio completo 8 - Superior incompleto 9 - Superior completo ou pós graduação					88 - NS	99 - R/ NA
O seu domicílio possui...								
62	... água encanada?	1 - Sim	2 - Não				88 - NS	99 - R/ NA
63	... rua pavimentada/ asfaltada?	1 - Sim	2 - Não				88 - NS	99 - R/ NA
O seu domicílio possui...? Quantos?								
64	... geladeira?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
65	... freezer?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
66	... microondas?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
67	... lava-louça?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
68	... máquina de lavar roupas?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
69	... secadora de roupas?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
70	... computador?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 5



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - usuários adultos

71	... DVD?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
72	... motocicleta?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
73	... automóvel?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
74	... banheiro?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
75	... empregado(a) doméstico(a)?	0	1	2	3	4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
76	Qual é a sua renda individual, incluindo aposentadoria, pensão do INSS, pensão alimentícia, doação, aluguel, arrendamento, seguro-desemprego, rendimento de aplicação financeira, bolsa família ou outros programas do governo?					R\$ _____ ou _____ salários mínimos 1 SM = R\$ 724,00	88 - NS	99 - R/ NA
77	Qual é a renda total da sua família incluindo todas as fontes citadas anteriormente?					R\$ _____ ou _____ salários mínimos 1 SM = R\$ 724,00	88 - NS	99 - R/ NA
78	_____ tem alguma pergunta ou comentário para deixar registrado?						88 - NS	99 - R/ NA
79	Data da entrevista	____/____/____						
80	Nome do entrevistador							
81	Nome da unidade de saúde							
82	Observações do entrevistador							

Agradecemos a sua participação!



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - acompanhantes adultos

Versão:	Nº do questionário _____	Data da digitação dos dados ____/____/____
01/2014	Código do arquivo _____	Dados digitados por _____

INSTRUÇÕES

O tempo previsto para responder às perguntas é de 15 minutos. Este estudo não considera a *Farmácia Popular* como *Farmácia do SUS*. Por favor, responda às perguntas da maneira mais completa possível, indicando apenas uma resposta para cada pergunta. Tente responder às perguntas baseando-se em sua própria opinião e na sua experiência como acompanhante de usuário do SUS deste município. Nesta entrevista, vamos chamar a pessoa que ____ está acompanhando de paciente. Agradecemos a sua participação.

Ao entrevistador: Circule o número que corresponde à resposta do entrevistado. Para aquelas perguntas que não se aplicam, circule a resposta "99 = Recusa/ NA".

01	Data de nascimento do acompanhante	____/____/____				88 - Não sabe	99 - Recusa / NA
02	Data de nascimento do paciente	____/____/____				88 - NS	99 - R/ NA
03	Qual é a sua relação com o paciente?	1 = Pai ou mãe 2 = Filho(a) 3 = Irmão ou irmã 4 = Esposo(a) ou companheiro(a) 5 = Outro parente 6 = Outro. Exemplo: vizinho, amigo etc.				88 - NS	99 - R/ NA
04	____ mora próximo daqui? Em qual bairro?					88 - NS	99 - R/ NA
05	É o paciente?	1 = Mesmo bairro 2 = Outro. Qual?				88 - Não sabe	99 - Recusa / NA
06	Onde o paciente consultou?	1 = Própria unidade 2 = Outra. Qual?				88 - NS	99 - R/ NA
Inicialmente, eu gostaria de saber a sua opinião sobre o acesso a medicamentos pelo SUS.							
07	____ já teve problema para conseguir os medicamentos do paciente pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS 99 - R/ NA
08	O paciente já precisou usar algum medicamento que não é fornecido pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS 99 - R/ NA
09	Como ____ classifica a disponibilidade de medicamentos pelo SUS?	Boa 1 - Ótima 2 - Boa		3 = Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssima		88 - NS 99 - R/ NA
10	Como ____ classifica o atendimento dos profissionais do SUS?	Bom 1 - Ótimo 2 - Bom		3 = Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssimo		88 - NS 99 - R/ NA
11	Como ____ classifica a imagem do SUS?	Boa 1 - Ótima 2 - Boa		3 = Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssima		88 - NS 99 - R/ NA
12	Essa imagem influencia se o paciente vai usar ou não os serviços do SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS 99 - R/ NA

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 1



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - acompanhantes adultos

13	O paciente tem plano de saúde particular, de empresa ou de órgão público?	1 - Sim	2 - Não			88 - NS	99 - R/ NA
14	_____ considera que o paciente é usuário do SUS?	1 - Sim	2 - Não			88 - NS	99 - R/ NA
Agora quero saber em quais locais _____ adquire medicamentos.							
15	O paciente pega medicamento pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
Se a resposta for "Nunca", passe para a pergunta 18.							
16	_____ precisa ir a mais de uma unidade do SUS para pagar os medicamentos do paciente?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
17	Em geral, _____ consegue obter no SUS quantos dos medicamentos do paciente?	Muitos 1 - Todos	2 - A maioria	3 - Metade	Poucos 4 - Poucos	5 - Nenhum	88 - NS 99 - R/ NA
18	Quais medicamentos _____ não consegue pelo SUS?						88 - NS 99 - R/ NA
19	Se o SUS disponibilizar um medicamento que substitua aquele que _____ não consegue obter para o paciente, você aceitaria trocar?	1 - Sim	2 - Não				88 - NS 99 - R/ NA
20	O paciente pega medicamento pela Farmácia Popular?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
21	E através do processo pela Prefeitura ou Ministério Público?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
22	O paciente adquire medicamento em drogas ou farmácias particulares?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
Se a resposta for "Nunca", passe para a pergunta 24.							
23	Qual é o valor médio que o paciente costuma gastar por mês na compra de medicamentos (em R\$)?						88 - NS 99 - R/ NA
24	O paciente já deixou de usar seus medicamentos por falta de dinheiro?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
Agora vou fazer algumas perguntas sobre suas consultas.							
25	O paciente consulta pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA
26	O paciente já consultou pelo SUS somente para pagar receita?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS 99 - R/ NA

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 2



27	(Se precisar) _____ consegue agendar uma consulta pelo SUS para o paciente dentro do prazo que precisa?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA
28	E se a consulta for com especialista, _____ consegue no prazo que precisa?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA
29	(Se precisar) _____ pode escolher o profissional que vai atender o paciente na consulta pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA
30	Na consulta, o profissional pede a sua opinião sobre o tratamento do paciente?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA
31	Na consulta, _____ informa ao profissional quando não conseguiu obter o medicamento receitado para o paciente?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA
Agora vou perguntar sobre medicamentos.								
32	O paciente tem direito de pegar medicamento pelo SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 = R/ NA
Se a resposta for "Não", passe para pergunta 34.								
33	Qualquer medicamento?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 = R/ NA
34	_____ conhece a lista dos medicamentos fornecidos pelo SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 = R/ NA
35	_____ sabe o que deve fazer para obtê-los pelo SUS?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS	99 = R/ NA
36	_____ concorda com as normas para pagar medicamentos pelo SUS?	Concordo 1 - Concordo totalmente 2 - Concordo		3 - Mais ou menos	Discordo 4 - Discordo 5 = Discordo Totalmente		88 - NS	99 = R/ NA
37	_____ consegue buscar os medicamentos do paciente na unidade do SUS de sua preferência?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA
38	O que _____ acha do tempo que gasta na fila da Farmácia do SUS?	Rápido 1 - Muito rápido 2 - Rápido		3 - Mais ou menos demorado	Demorado 4 - Demorado 5 - Muito demorado		88 - NS	99 = R/ NA
39	E da distância da Farmácia até a sua casa ou trabalho?	Perto 1 - Muito perto 2 - Perto		3 - Mais ou menos longe	Longe 4 - Longe 5 - Muito longe		88 - NS	99 = R/ NA
40	_____ precisa deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho para pegar medicamento do paciente pelo SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes 2 - Muitas vezes		3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes 5 - Nunca		88 - NS	99 = R/ NA

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 3



41	Se _____ precisar, é fácil pagar medicamento pelo SUS depois das 18 horas?	Fácil 1 - Muito fácil	2 - Fácil	3 - Mais ou menos difícil	Difícil 4 - Difícil	5 - Muito difícil	88 - NS	99 - R/ NA	
42	E aos finais de semana?	Fácil 1 - Muito fácil	2 - Fácil	3 - Mais ou menos difícil	Difícil 4 - Difícil	5 - Muito difícil	88 - NS	99 - R/ NA	
43	_____ já deixou de pagar os medicamentos do paciente pelo SUS porque não tinha receita do SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS	99 - R/ NA	
44	... porque não tinha os documentos pessoais solicitados?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS	99 - R/ NA	
45	... porque a receita estava vencida, errada ou ilegível?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS	99 - R/ NA	
46	Qual é a validade da receita de medicamento de uso contínuo no SUS?	1 - 30 dias ou 1 mês	2 - 60 dias ou 2 meses	3 - 90 dias ou 3 meses	4 - 120 dias ou 4 meses	5 - Outro. Qual?	88 - NS	99 - R/ NA	
47	O paciente já deixou de usar os medicamentos porque não tinha no SUS?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS	99 - R/ NA	
48	Os profissionais do SUS ensinam como o paciente deve usar corretamente o medicamento?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS	99 - R/ NA	
49	_____ consegue entender o que os profissionais do SUS falam sobre os medicamentos do paciente?	Muitas vezes 1 - Todas as vezes	2 - Muitas vezes	3 - Metade das vezes	Poucas vezes 4 - Poucas vezes	5 - Nunca	88 - NS	99 - R/ NA	
50	Como _____ avalia a qualidade do medicamento fornecido pelo SUS?	Boa 1 - Ótima	2 - Boa	3 - Regular	Ruim 4 - Ruim	5 - Péssima	88 - NS	99 - R/ NA	
51	_____ recomendaria os serviços do SUS a um familiar ou amigo(a)?	1 - Sim	2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
52	E se ele(a) tiver condições de pagar para ser atendido em outro local, _____ recomendaria o SUS?	1 - Sim	2 - Não					88 - NS	99 - R/ NA
As perguntas 53e 54 devem ser feitas <u>exclusivamente</u> aos usuários que estão no <u>Protocolo da SMS</u> . Somente para estas perguntas pode marcar mais de uma resposta.									
53	Quem te informou sobre a possibilidade de abrir processo administrativo aqui na prefeitura?	1 - Tinha conhecimento prévio 2 - Médico 3 - Parente ou amigo 4 - Outro. Qual?					88 - NS	99 - R/ NA	
54	Por que _____ está abrindo processo para o paciente receber medicamento pela prefeitura?	1 - Reconhecimento do direito de reivindicar o medicamento 2 - Medicamento em falta nas farmácias do SUS 3 - Medicamento não é fornecido pelo SUS 4 - Não atende ao protocolo clínico do SUS 5 - Medicamento de alto custo/ dificuldade financeira do usuário 6 - Burocracia das farmácias do SUS 7 - Não possui receita do SUS para pagar o medicamento pelo SUS 8 - Outro. Qual?					88 - NS	99 - R/ NA	

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 4



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - acompanhantes adultos

Concluindo, eu gostaria de fazer algumas perguntas para caracterizar melhor o grupo de pessoas desta pesquisa.							
55	De um modo geral, como é o estado de saúde do paciente?	Bom 1 - Ótimo 2 - Bom		3 - Regular	Ruim 4 - Ruim 5 - Péssimo		88 - NS 99 - R/ NA
56	O paciente precisa usar medicamento para melhorar o estado de saúde?	1 - Sim 2 - Não					88 - NS 99 - R/ NA
57	Sexo do acompanhante	1 - Feminino 2 - Masculino					88 - NS 99 - R/ NA
58	Sexo do paciente	1 - Feminino 2 - Masculino					88 - NS 99 - R/ NA
59	Qual é o estado civil do paciente?	1 - Solteiro	2 - Casado	3 - União estável	4 - Separado/ Divorciado/ Desquitado	5 - Viúvo	88 - NS 99 - R/ NA
60	Qual é a cor da pele do paciente?	1 - Branca	2 - Preta	3 - Amarela	4 - Parda	5 - Indígena	88 - NS 99 - R/ NA
61	Qual é a ocupação do paciente atualmente?	1 - Trabalhador doméstico 2 - Empregado do setor privado 3 - Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar 4 - Empregado do setor público (inclusive empresas de economia mista) 5 - Conta própria 6 - Empregador 7 - Trabalhador não remunerado 8 - Aposentado ou pensionista 9 - Desempregado 10 - Estudante 11 - De lar					88 - NS 99 - R/ NA
62	Qual foi a última série escolar que _____ frequentou? Fundamental I - 1ª a 4ª série - 1ª ao 5ª ano Fundamental II - 5ª a 8ª série - 6ª ao 9ª ano	1 - Não alfabetizado 2 - Fundamental I incompleto 3 - Fundamental I completo 4 - Fundamental II incompleto 5 - Fundamental II completo 6 - Médio incompleto 7 - Médio completo 8 - Superior incompleto 9 - Superior completo ou pós graduação					88 - NS 99 - R/ NA
63	Qual foi a última série escolar que o paciente frequentou? Fundamental I - 1ª a 4ª série - 1ª ao 5ª ano Fundamental II - 5ª a 8ª série - 6ª ao 9ª ano	1 - Não alfabetizado 2 - Fundamental I incompleto 3 - Fundamental I completo 4 - Fundamental II incompleto 5 - Fundamental II completo 6 - Médio incompleto 7 - Médio completo 8 - Superior incompleto 9 - Superior completo ou pós graduação					88 - NS 99 - R/ NA
64	Quantas pessoas moram no domicílio do paciente, contando com ela/ela?	1	2	3	4	Outra. Qual?	88 - NS 99 - R/ NA
Se a resposta for "1", passe para a pergunta 67.							
65	Quem é o chefe da família do paciente?	1 - Próprio paciente 2 - Próprio acompanhante 3 - Outro					88 - NS 99 - R/ NA
Se a resposta for "Próprio paciente" ou "Próprio acompanhante", passe para a pergunta 67.							

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 5



Questionário sobre acesso a medicamentos no Brasil - acompanhantes adultos

66	Qual foi a última série escolar que ele/ela frequentou? Fundamental I = 1ª a 4ª série = 1º ao 5º ano Fundamental II = 5ª a 8ª série = 6º ao 9º ano	1 - Não alfabetizado 2 - Fundamental I incompleto 3 - Fundamental I completo 4 - Fundamental II incompleto 5 - Fundamental II completo 6 - Médio incompleto 7 - Médio completo 8 - Superior incompleto 9 - Superior completo ou pós graduação	88 - NS	99 - R/ NA
O domicílio do paciente possui...				
67	... água encanada?	1 - Sim 2 - Não	88 - NS	99 - R/ NA
68	... rua pavimentada/asfaltada?	1 - Sim 2 - Não	88 - NS	99 - R/ NA
O domicílio do paciente possui...? Quantos?				
69	... geladeira?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
70	... freezer?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
71	... microondas?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
72	... lava-louça?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
73	... máquina de lavar roupas?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
74	... secadora de roupas?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
75	... computador?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
76	... DVD?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
77	... motocicleta?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
78	... automóvel?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
79	... banheiro?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
80	... empregado(a) doméstico(a)?	0 1 2 3 4 ou mais	88 - NS	99 - R/ NA
81	Qual é a renda individual do paciente, incluindo aposentadoria, pensão do INSS, pensão alimentícia, doação, aluguel, arrendamento, seguro-desemprego, rendimento de aplicação financeira, bolsa família ou outros programas do governo?	R\$ _____ ou _____ salários mínimos 1 SM = R\$ 724,00	88 - NS	99 - R/ NA
82	Qual é a renda total da família do paciente incluindo todas as fontes citadas anteriormente?	R\$ _____ ou _____ salários mínimos 1 SM = R\$ 724,00	88 - NS	99 - R/ NA
83	_____ tem alguma pergunta ou comentário para deixar registrado?		88 - NS	99 - R/ NA
84	Data da entrevista	____/____/____		
85	Nome do entrevistador	_____		
86	Nome da unidade de saúde	_____		
87	Observações do entrevistador	_____		

Agradecemos a sua participação!

NS = Não sabe; R = Recusa; NA = Não se aplica; SUS = Sistema Único de Saúde; SM = Salário mínimo. Página 6