Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na Região do Butantã, São Paulo, 2009

Carmen Barata Bello

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profª. Drª. Nilza Nunes da Silva

São Paulo

2009

Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda, na Região do Butantã, Município de São Paulo, 2009

Carmen Barata Bello

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profª. Drª. Assoc. Nilza Nunes da Silva

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedicatória

Este trabalho é dedicado ao meu querido pai, Sr. Arlindo Lopez da Conceição, que infelizmente não poderá estar presente a defesa pública, mas que teve tempo de alegrar-se com esta vitória. Integridade, determinação, e espírito de luta, foram suas características mais fortes. Continuo seguindo seus passos...

Agradecimentos

A Deus por capacitar-me com determinação para chegar até aqui.

À Professora Doutora Nilza Nunes da Silva, que não desistiu de me orientar, quando quis desistir, durante a enfermidade e morte de meu pai.

Aos Professores Ana e Fernando Lefèvre, pela ajuda na análise dos resultados.

Ao amores da minha vida, Paulo, Daniel e Ana Paula.

A todos os amigos que me estimularam a continuar.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública, pela boa vontade e disponibilidade para ajudar.

A todas as secretárias da Faculdade de Saúde Pública.

RESUMO

Introdução: O medicamento, imprescindível no tratamento e recuperação da saúde, cresce em importância, tanto para os profissionais de saúde como para a população. **Objetivo:** Incluir a experiência da população de baixa renda, na pesquisa em saúde pública, sobre necessidade de tomar medicamentos; apresentar dificuldades vivenciadas, em busca destes; relatar as estratégias adotadas, diante da impossibilidade de consegui-los gratuitamente; estudar a compreensão do valor monetário deste produto; identificar a possibilidade de aquisição de medicamentos de médio e alto custo. **Método**: Metodologia qualitativa, usando a técnica de grupo focal, com a construção de 3 grupos, com a participação de 31 sujeitos, no período de dezembro de 2008 a março de 2009. Os sujeitos são moradores da região do Butantã, SP/SP, com 40 anos ou mais, com renda mensal até 3 salários mínimos e usuários do SUS, fazendo uso de pelo menos um medicamento. Os três grupos foram formados por usuários de medicamentos de uso contínuo; usuários de medicamentos de médio e alto custo e por moradores de uma favela. As discussões foram conduzidas por 2 profissionais e, foram baseadas em 5 perguntas referentes aos objetivos. Para a análise das discussões, optou-se pelo método do DSC (Discurso do Sujeito Coletivo), com utilização do software *Qualiquantisoft®*. **Resultados:** As discussões geraram 23 respostas categorizadas, destacando: a necessidade do medicamento, a dificuldade para consegui-lo gratuitamente; a má divulgação e a falta de informação sobre os programas de distribuição gratuita; a dependência de terceiros para aquisição; a necessidade de procura do medicamento em vários postos de saúde; a necessidade de compra. Medicamentos com preço até 50 reais foram considerados caros para a maioria. Os de alto custo são adquiridos, com algumas dificuldades, destacando-se tempo de espera, e falhas na dispensação. **Conclusão**: O acesso aos medicamentos mostrou-se parcial, apesar do avanço das políticas públicas na área, fazendo-se necessário um amplo conjunto de medidas, que priorize a manutenção de estoques regulares, a humanização do atendimento, a disponibilidade de profissionais competentes e que tenham compromisso social, para que a população de baixa renda alcance gratuitamente o sucesso terapêutico desejado, de forma regular e sistemática.

Palavras chaves: Acesso a medicamentos, medicamentos de alto custo, grupo focal.

Abstract

Introduction: Prescription drugs are indispensable to medical treatment for both health professionals and the general population. **Objective:** the goals of this study were to include in public health research the experience of the poor population who needs prescription drugs; to describe practical difficulties of the poor population to obtain prescription drugs from public health units; to report the main actions taken by this population when it is not possible to obtain free drugs in public health units; to evaluate the comprehension of the financial value of these drugs within this demographic segment of the population; to identify the strategies to obtain prescription drugs of medium and high cost. **Method:** The focal group qualitative method was selected for this research, with three groups comprising 31 subjects, studied in the period from December 2008 to March 2009. Subjects had to be residents of Butantã District, São Paulo-SP; besides being over 40 years old, in use of at least one prescription drug; to have a monthly income of up to three minimum salaries; to be a regular user of the public health system and units. All subjects lived in slums and were under treatment with medium-high cost drugs of continuous use. Two professionals conducted discussions on the five questions concerning the objectives. The collective subject method (CSM) was used for the analysis, which was performed with the Qualiquantisoft® computer program. **Results:** the five questions generated 23 answers, which were characterized as follows: necessity of the drug; difficulty to obtain the drug from public health units; deficiency in the advertisement programs and lack of information on free distribution programs; reliance on other people to obtain the drugs; necessity to reach many public health units to obtain the drugs; necessity to buy the drug. Drugs with prices up to R$ 50,00 were considered expensive. High cost drugs are purchased with some difficulty, such as slot time and dismissing flaws. **Conclusion:** Despite the advances in public health policies, the access to prescription drugs was biased, revealing a demand for a set of actions to prioritize storage and regular maintenance of these drugs, well prepared professionals to speed up and humanize the advising and assistance strategies in public health units, in order to promote a better distribution of these drugs and the effective achievement of therapeutic success for this population in a regular and systematic way.

Key words: Drugs access, high cost drugs, focal group.

INDICE

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 O PROBLEMA COMO PONTO DE PARTIDA: 11
1.2 JUSTIFICATIVA 15
1.3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 16
1.3.1 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS 16
1.3.2 EQUIDADE EM SAÚDE 26
1.3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 29
1.3.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 34
1.3.5 AVANÇOS NA POLÍTICA DE ACESSO A MEDICAMENTOS 35
1.3.6 A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO 41
2 OBJETIVOS 47
2.1 GERAL 47
2.2 ESPECÍFICOS 47
3 MÉTODO 48
3.1 MÉTODOS QUALITATIVOS DE PESQUISA **48**
3.1.1 GRUPOS FOCAIS 49
3.2 LOCAL DO ESTUDO - O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 50
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO 51
3.3.1 FORMAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS 52
3.4 ANÁLISE 54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 55
5 CONCLUSÃO 79
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83
ANEXO I **103**
ANEXO II **104**
ANEXO III **106**
ANEXO IV **107**
ANEXO V **108**

"Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a miséria da existência humana"

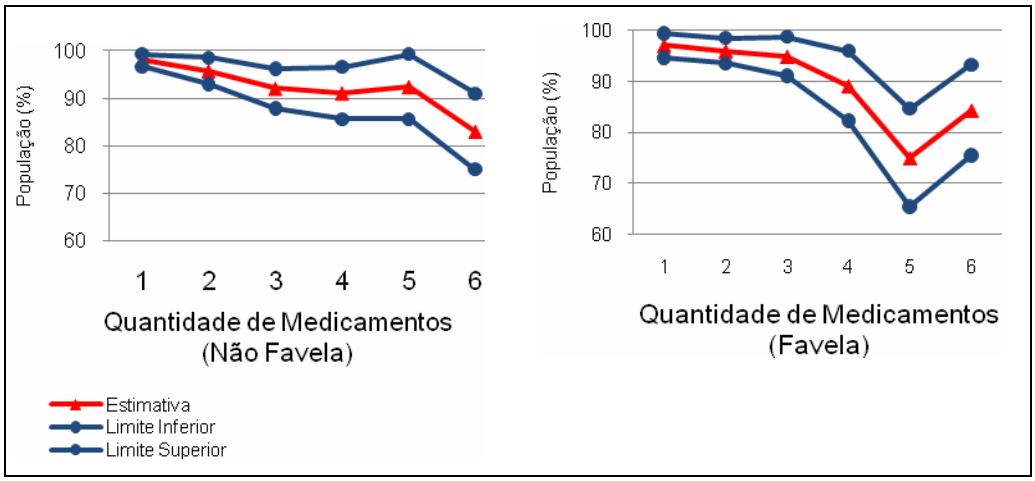
Bertolt Brech

INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA COMO PONTO DE PARTIDA:

Este trabalho faz parte de uma linha de pesquisa do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desencadeada com a Pesquisa "Experiência de acesso da população de baixa renda a medicamentos e os genéricos - Município de São Paulo, 2005", financiada pela FAPESP. Através de Inquérito Epidemiológico, foram entrevistadas 2988 pessoas, com 37 perguntas referentes a condições socioeconômicas, a necessidade de medicamentos e ao conhecimento dos genéricos. Dos entrevistados com 40 anos ou mais, residentes nos domínios de favelas ou não favelas, 66%, responderam ter necessitado de pelo menos 1 medicamento no período recordatório de 15 dias. A necessidade média ficou entre 2,5-2,7 medicamentos por pessoa, numa referência de 1 a 10 medicamentos.

Figura Nº 1 - Porcentagem da população que teve acesso aos medicamentos, moradores de favela e não favela no Município de São Paulo, 2005.



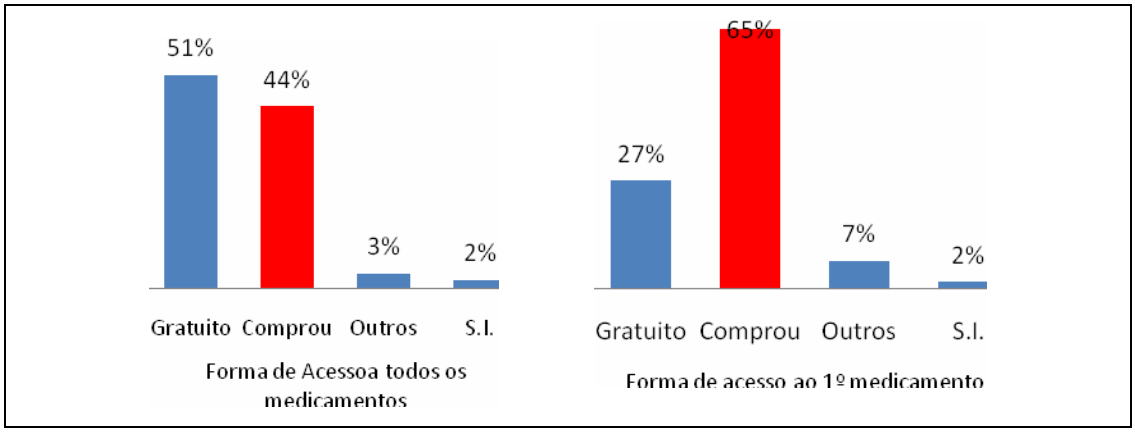
Fonte: SILVA et al, 2006

Fonte: Silva, NN, *et al*. Relatório Científico "Experiência de acesso da população de baixa renda a medicamentos e os genéricos - Município de São Paulo, 2005", São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2006. Proc.2004/11920-4, financiado pela FAPES

Os gráficos da figura 1 mostram a porcentagem de pessoas que conseguiram os medicamentos. O acesso é quase universal para o primeiro medicamento e diminui à medida que aumenta o número de medicamentos usados. Apenas 4% dos entrevistados que necessitaram de algum medicamento não tiveram acesso. A população entrevistada, apesar de pobre e com baixa escolaridade, referiu o acesso aos medicamentos, ou através dos programas gratuitos do governo, ou por compra. Ressalta-se a tendência de queda da porcentagem de acesso para níveis em torno de 70%, para ambos os domínios a partir do 5º e 6º medicamentos.

Quanto à forma de acesso, 44% dos entrevistados que precisaram de medicamentos, referiu compra. Ressalta-se, que no grupo que citou o uso de apenas 1 medicamento, 65% foi adquirido através de compra, com predomínio do grupo de "não favela". Entre os primeiros medicamentos referidos há predomínio de medicamentos para patologias do sistema nervoso na população de faixa etária menor que 50 anos, e para patologia cardiovascular na faixa etária de maiores de 50 anos. Em segundo e terceiro lugares, como referência, prevaleceram os medicamentos destinados ao sistema cardiovascular, com acesso gratuito.

Figura Nº 2 – Forma de acesso os medicamentos em porcentagem, da população de baixa renda, no Município de São Paulo, 2005

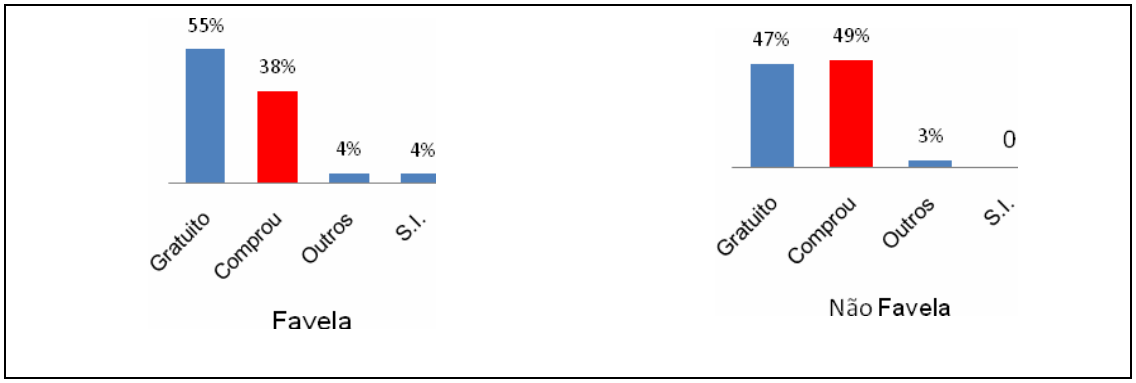


Fonte: SILVA *et al*, 2006

Obs: legenda *S.I." Sem informação"

Fonte: Silva, NN, *et al*. Relatório Científico "Experiência de acesso da população de baixa renda a medicamentos e os genéricos- Município de São Paulo, 2005", São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2006. Proc.2004/11920-4, financiado pela FAPESP.

Figura Nº 3 – Forma de acesso os medicamentos segundo domínio, em porcentagem, no Município de São Paulo, 2005



Fonte: SILVA *et al,* 2006

A renda média do chefe da família, nos dois domínios foi menor que dois salários mínimos, não mostrando diferença entre os domínios.

Tabela 1: Renda média do chefe da família, da população de baixa renda, no Município de São Paulo, 2005.

	Favela	**Não Favela**
Renda média	439,4	443,4
Erro Padrão	6,8	10,5
IC(95%)	425,8-453,0	422,3-464,5
Deff	1,03	1,58

Fonte: SILVA et al, 2006.

A pesquisa de referência *(SILVA, 2006) trouxe informações importantes, sobre o acesso da população de baixa renda aos medicamentos. Ressaltamos que a porcentagem de medicamentos adquiridos por compra, revela uma iniqüidade em saúde, quando se leva em conta o ganho médio inferior a 2 salários mínimos. Esta população, ao priorizar a compra de medicamentos para suprir uma necessidade de saúde, que deveria estar sendo atendida pelas políticas públicas, pode estar deixando de atender suas necessidades básicas.

Fonte: Silva, NN, *et al*. Relatório Científico "Experiência de acesso da população de baixa renda a medicamentos e os genéricos- Município de São Paulo, 2005", São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2006. Proc.2004/11920-4, financiado pela FAPESP

O grupo que precisou de mais que 5 medicamentos (favela) e 6 medicamentos (não favela), comprou mais medicamentos para atender suas necessidades de saúde.

Pensando no conceito de equidade " dar mais para quem precisa mais", a população com maiores problemas de saúde, evidenciada pela necessidade de maior número de medicamentos, é a que está sendo menos assistida pelas Políticas Públicas, e acaba arcando com maiores gastos com o tratamento.

Questionamos como esta população organiza seu orçamento doméstico, para cumprir uma prescrição médica.

1.2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste trabalho se traduz pela escassez de literatura disponível sobre o ponto de vista dos usuários, nas dificuldades destes em cumprir com a prescrição médica, em função das limitações ao acesso aos medicamentos, e no desejo de contribuir com esta população, trazendo para a discussão acadêmica, e para os gestores públicos as percepções, os sentimentos e os valores, bem como as limitações e estratégias da população de baixa renda, adulta e idosa, quando não consegue os medicamentos na rede pública. Autores de alguns estudos nos últimos 10 anos, como CASTRO, 1999; ROSENFELD, 2003; COELHO FILHO *et al.,* 2004; PEREIRA *et al.,* 2004; LOYOLA FILHO *et al*., 2005; SIMÕES E MARQUES, 2005; referem que no Brasil, as pesquisas sobre o consumo de medicamentos são limitadas, com enfoque quantitativo, e não representativas da população.

Entendemos que, como pesquisadores, e profissionais da área da Saúde Pública, temos uma responsabilidade social. Citando GORDIS (1980), *"As decisões sobre política de saúde são sociais, e, como membros ativos e interessados da sociedade, cada um de nós deve ser participante e não deve abdicar desta responsabilidade comunitária*".

Consideramos também o pensamento de DEVER (1988), *"O especialista em saúde pública deve fazer-se ouvir e envolver-se mais na definição das políticas de saúde. (...) A Administração dos serviços de saúde deve ser baseada na população. As organizações de saúde precisam se conscientizar das necessidades e problemas da população a que servem."*

Desejamos com este trabalho buscar compreender como a população enfrenta a necessidade de usar medicamentos, e as estratégias usadas para adquiri-los. Encontramos no método qualitativo, a possibilidade de obter estas respostas.

1.3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.3.1 POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define política de medicamentos como um conjunto de diretrizes com a finalidade de assegurar para toda a população, uma provisão adequada de medicamentos, de boa qualidade, com a eficácia proposta (WHO, 1985).

Os medicamentos são produtos utilizados no diagnóstico, na prevenção, na cura ou no alívio de sintomas de doenças. Quando bem administrado, o medicamento é uma ferramenta de promoção, proteção e recuperação da saúde, um aliado na luta contra as morbidades e os sintomas que afligem a humanidade (SCHENKEL, *et al* 2004).

A OMS define medicamento como "toda substância contida em um produto farmacêutico, utilizado para modificar ou investigar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício da pessoa em que se administra" (WHO, 1985).

Reconhece-se, com toda generalidade, que os medicamentos devem ser considerados como ferramenta essencial para a assistência à saúde, e para a melhoria da qualidade de vida (WHO, 1978).

Apesar de sua importância, estima-se que um terço da população mundial não tem acesso aos benefícios que podem ser proporcionados pelo uso dos medicamentos. Essa situação parece ainda pior, quando lembramos que a população de baixa renda é a que está mais exposta às morbidades e aos agravos à saúde (WHO, 1988).

1.3.1.1 ACESSO A MEDICAMENTOS

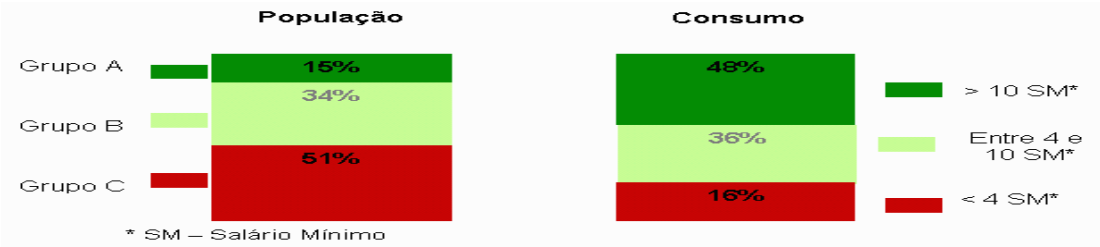
O acesso a medicamentos é definido pela OMS como a capacidade de se obter o medicamento seja através da distribuição gratuita ou por sua compra (WHO, 1985).

O uso dos medicamentos é influenciado, não apenas pela necessidade terapêutica, mas por fatores sociais, culturais e econômicos, e é esperado que

distintos estratos de uma população tenham exposição e acesso diferenciados aos mesmos. As desigualdades socioeconômicas podem prejudicar o acesso de grupos sociais de menor poder aquisitivo aos bens e serviços, favorecendo o aparecimento de iniqüidades na área da saúde, as quais se refletem na longevidade, na qualidade de vida, no convívio com a dor e na gravidade das seqüelas dos vários subgrupos populacionais. Oitenta por cento (80%) dos medicamentos produzidos são consumidos por 18% da população dos países desenvolvidos, evidenciando que as desigualdades e iniqüidades em saúde, em particular no que se refere a acesso a medicamentos, são muito maiores do que os profissionais de saúde podem alcançar. Mais da metade da população mundial vem sofrendo com a falta de algum medicamento (BERMUDEZ, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde, 15% da população brasileira consomem 48% da produção de medicamentos do país; 51% da população consomem apenas 16% do mercado, sendo que menos de 40% da população brasileira pode adquirir medicamentos. Há estimativas de que mais de 50 milhões de brasileiros estão excluídos do consumo de medicamentos, devido ao baixo poder aquisitivo (SANTOS, 2001; SANTOS, 2004).

Figura 3: Perfil do consumo brasileiro de medicamentos, segundo a faixa de renda da população, 1998.



Fonte: (Adaptado de ABIFARMA, 1999, *apud* Santos, 2001)

Dentre as principais causas de mortalidade e morbidade, nos países em desenvolvimento, um número significativo de mortes e agravos pode ser evitado, tratado ou aliviado com medicamentos essenciais, eficazes em relação ao custo (WHO, 2001).

1.3.1.2 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Os medicamentos essenciais são definidos pela OMS (2002) como "aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população". Devem ser selecionados considerando sua pertinência para a Saúde Pública, assegurada sua segurança e eficácia comparadas em relação ao seu custo. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos serviços de saúde em todos os momentos e em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade e informação adequada, ou, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar. Na década de 70, a questão dos medicamentos essenciais entrou na pauta de discussão da OMS, como um dos principais problemas enfrentados pelos países em desenvolvimento, na área da saúde. Em 1977, a OMS introduziu o problema dos medicamentos essenciais dentro da estratégia global de reforçar a atenção primária de saúde como componente para atingir a meta de "Saúde para todos em 2000", apresentando a primeira Lista de Medicamentos Essenciais, com cerca de 200 medicamentos. Esta lista vem sofrendo revisões e atualizações periódicas (MS, 2001c, 2008; OMS, 2002; WHO, 2007).

O conceito de medicamento essencial é fundamental para uma política farmacêutica nacional, pois promove equidade, e ajuda a fixar prioridades nas políticas de saúde. A base deste conceito é fixar um número limitado de medicamentos, cuidadosamente selecionados, sob diretrizes clínicas e perfil epidemiológico, possibilitando menor consumo, prescrições mais racionais, a baixo custo. Esta diretriz proporciona melhor qualidade da assistência, melhor aproveitamento dos recursos orçamentários, com a aquisição de um menor número de produtos, em maiores quantidades, possibilitando sua compra por menor custo. A qualidade dos produtos, o armazenamento, e a dispensação dos medicamentos são melhor controladas e fiscalizadas com a utilização de um número reduzido de produtos farmacêuticos. A capacitação dos profissionais e as informações podem ser mais específicas, e os prescritores adquirem mais experiência sobre um número menor de medicamentos, reconhecendo mais rapidamente as reações adversas e as interações medicamentosas. Em 1999, 156 países desenvolvidos e em

desenvolvimento já tinham estabelecido suas listas de medicamentos essenciais. Existem provas substanciais de que o uso das Listas de Medicamentos Essenciais tem contribuído para melhorar a qualidade da assistência e a diminuição dos custos com produtos farmacêuticos (WHO, 2002).

1.3.1.3 RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS

No Brasil, a lista de medicamentos essenciais é denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instituída pela Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC 03/82. De acordo com as recomendações da OMS, esta lista deveria ser periodicamente revisada. A primeira lista, no país, foi homologada pela Portaria MPAS/GM 514/76, com a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), constituída por 300 substâncias. A atualização mais recente é fruto de uma ampla revisão nacional, realizada de 2006 a 2008 pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). A RENAME é o instrumento básico para a elaboração das listas estaduais e municipais de medicamentos, sendo um importante instrumento do Sistema Único de Saúde, para promover o acesso da população aos medicamentos (MS, 2001, 2008).

BERMUDEZ (2000) enfatiza que a assistência farmacêutica e o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais são um enorme desafio para a construção de um modelo digno de atenção à saúde:

> *"Temos pela frente um enorme desafio, o da luta sem trégua pela construção e consolidação de um modelo digno de atenção à saúde, que inclua a assistência farmacêutica e o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais, assegurando o exercício pleno da cidadania (...). No contexto das reformas que a maioria dos países vem implementando no setor saúde, mais do que nunca é necessário reforçar os conceitos de medicamentos essenciais, assegurando universalidade e equidade no acesso da população, pactuar medidas para promover a produção nacional, o fortalecimento da capacidade produtiva do setor estatal, ter a coragem de discutir a intervenção estatal nas políticas de preços, proibir a propaganda enganosa e desmedida, mudando padrões de consumo para efetivamente implementar, em todos os níveis o uso racional de medicamentos".*

A proposta prioritária da OMS, para 2004-2007, referia que todas as pessoas deveriam ter acesso a medicamentos essenciais para tratar as doenças mais freqüentes, considerando a equidade de acesso um direito humano (WHO, 2004).

No Brasil, a intenção de garantir o acesso aos medicamentos para a população só terá êxito se for uma responsabilidade compartilhada pelos governos federal, estadual e municipal. Porém, muitos dos medicamentos essenciais para uso ambulatorial, segundo a versão revisada da RENAME, não existem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país, e as listas municipais e estaduais de medicamentos, de uma forma geral, são mais reduzidas do que a nacional (KARNIKOWSKI, 2004; MARTINS, 2006).

1.3.1.4 MEDICAMENTOS GENÉRICOS

O medicamento genérico é aquele que contém o mesmo fármaco (princípio ativo) nas mesmas: dose, forma farmacêutica, forma de administração, e com a mesma indicação terapêutica do medicamento de referência no país, apresentando a mesma segurança que o medicamento de referência, podendo assim ser intercambiável com o medicamento de referência. O Ministério da Saúde, por meio da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), avalia os testes de bioequivalência entre os medicamentos genéricos apresentados pelos fabricantes e seus medicamentos de referência, para comprovação da sua qualidade (ANVISA, 2001).

A Lei dos Medicamentos Genéricos - 9.787/99 tem como objetivo melhorar o acesso da população aos medicamentos, a partir da proposta da OMS em 1985 para seus países membros (BRASIL, 1999a; WHO, 2001).

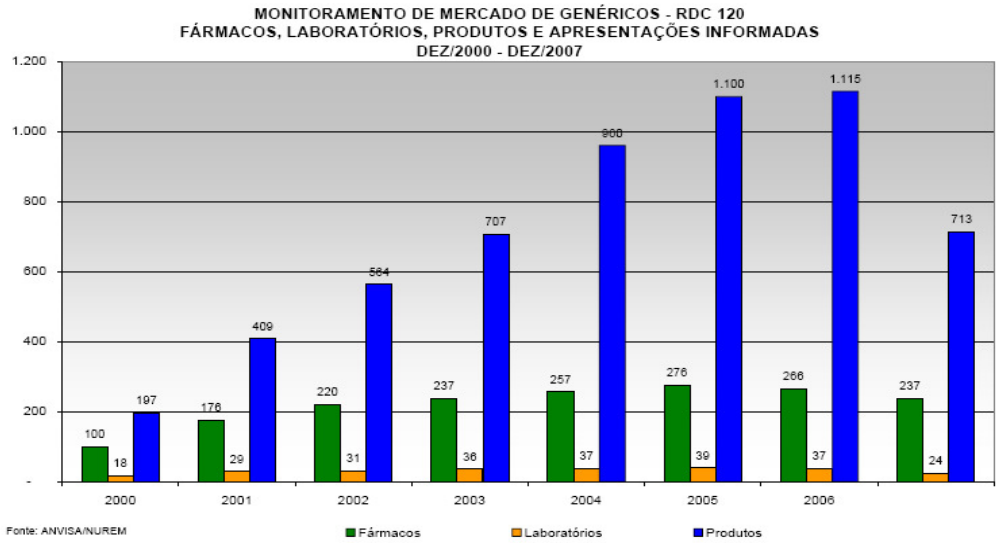
A partir do registro e comercialização do primeiro medicamento genérico no Brasil, em fevereiro de 2000, pôde-se verificar de maneira sistemática um incremento de ações importantes, e que têm promovido avanços significativos neste campo.

Inicialmente, 12 laboratórios passaram a produzir 68 fármacos, em 120 formas de apresentação, (SANTOS, 2004). Em 2003, 36 laboratórios passaram a produzir 247 fármacos. Em 2006, 44 laboratórios produziram 321 fármacos, respondendo por 12% do faturamento da indústria farmacêutica no país, e por 14% do total de medicamentos vendidos, com um faturamento acima de 1,5 bilhões de

reais. Em 2008, foram 2600 produtos registrados, com mais de 10 mil apresentações farmacêuticas, com 330 princípios ativos. A participação dos genéricos foi de 17% do total de medicamentos comercializados no país, (Figura 4). Uma das principais conseqüências da fabricação dos genéricos foi, a redução dos preços, inclusive dos medicamentos de marca (ANVISA, 2007; BRASIL, 2008).

O Medicamento genérico é produzido a um custo mais baixo, devido à quebra de patente da indústria farmacêutica. Este custo deve ser no mínimo, 35% mais barato que o medicamento de referência, incentivando a concorrência, tendo como conseqüência adicional a oferta de medicamentos de qualidade no mercado (SANTOS, 2004; NISHIJIMA, 2008; ANVISA 2008).

Figura 4 - Evolução do crescimento da produção de medicamentos genéricos no Brasil.



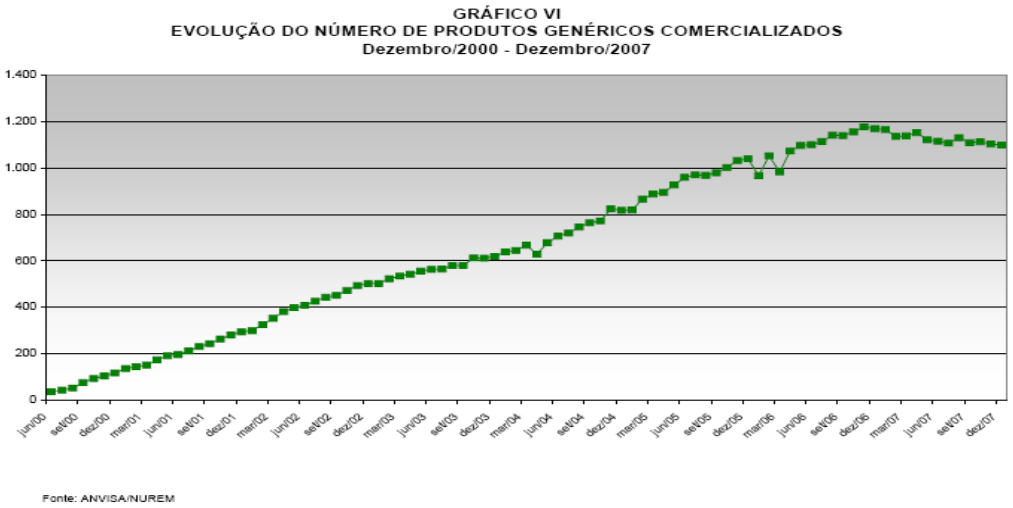
Fonte: ANVISA/Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação, 2008

NISHIJIMA (2008), na conclusão de um estudo sobre o preço dos medicamentos refere:

> "Um efeito negativo sobre os preços dos medicamentos pioneiros de marca, é que se tornam referência em resposta à entrada dos genéricos em seus respectivos mercados. Além disso, sugere que os preços dos medicamentos de referência são sensíveis negativamente ao aumento do número de genéricos em seus mercados. Estas tendências são particularmente interessantes do ponto de vista do bem estar da sociedade brasileira, pois se

> os preços dos medicamentos de marca são reduzidos como resposta ao aumento da concorrência, então tende a ocorrer uma queda no custo de tratamento de males ou doenças, e, conseqüentemente, uma melhora para os consumidores, pois o medicamento genérico, pela própria lógica de concorrência, entra com preço menor que o de seu medicamento de referência."

Figura 5 - Evolução do Número de produtos Genéricos Comercializados no Brasil, 2000-2007.



Fonte: ANVISA/Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação, 2008

1.3.1.5 O ACESSO A MEDICAMENTOS EM DIFERENTES EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Cada país tem viabilizado soluções quanto ao acesso de sua população aos medicamentos. Alguns países têm uma política social que privilegia idosos e crianças. Outros, não tem, permitindo às empresas privadas de seguro saúde, a livre concorrência na oferta de benefícios. Nos últimos anos, as despesas dos Estados Membros da União Européia (UE) crescem a um ritmo superior ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), e correspondem atualmente, a cerca de 10 a 20 % das despesas totais com saúde (MOSSIALOS, 1998).

O aumento do custo dos medicamentos tem sido motivado por vários fatores, entre os quais se destacam as alterações demográficas, com o aumento da população idosa e do número de indivíduos com doenças crônicas, bem como a introdução no

mercado de novos medicamentos de elevado custo. Em resposta ao aumento de despesas, todos os países da União Européia vêm introduzindo medidas de contenção de custos. As alternativas de contenção de custos são diversas, destacando-se o Sistema de Partilha de Custos (Alemanha, França, Itália, Espanha, Bélgica, e outros), onde os sistemas de saúde assumem desde parte dos custos, ou até integralmente, para aposentados, pessoas de baixa renda, crianças e mulheres grávidas, com variações de país a país (MOSSIALOS, 1998).

Na Grã-Bretanha, o acesso da população a medicamentos é feito a partir da adoção de um sistema de co-pagamento por parte dos pacientes. Como regra geral, os medicamentos prescritos na atenção primária são fornecidos por meio do mecanismo de co-pagamento. Neste sistema, o paciente paga a farmácia £$ 5,40 por medicamento. Como vários grupos estão isentos do co-pagamento, cerca de 85% dos itens prescritos são dispensados sem qualquer ônus para o paciente. Têm acesso gratuito aos medicamentos: os idosos (homens acima de 65 anos e mulheres acima de 60 anos), os jovens (até 18 anos, se forem estudantes), as mulheres grávidas e aquelas com filhos de até 1 ano, os portadores de deficiências, a população de baixa renda, entre outros. Os gastos da Grã-Bretanha com saúde equivalem a, aproximadamente, 7% do PIB, sendo que 16% desses gastos se referem a dispêndio farmacêutico (RÊGO, 2000). O Sistema Nacional de Saúde (SNS) procura manter sob controle o preço dos medicamentos, a partir de critérios de inclusão e exclusão da lista de cobertura. Em 1999, foi criado o Instituto Clínico de Excelência, contando com representantes de diversos segmentos do setor saúde: médicos, professores, pesquisadores, representantes das indústrias e dos hospitais. O Instituto tem como funções avaliar a eficácia clínica, propor protocolos terapêuticos, e fazer análise de custo-efetividade dos produtos e serviços cobertos pelo Sistema Nacional de Saúde.

O SNS possui uma lista negra de medicamentos, na qual estão definidos aqueles que não são passíveis de cobertura, como os de custo elevado, os considerados não essenciais, e os medicamentos de marca, muito caros em relação a outros, com a mesma ação terapêutica e os medicamentos considerados *life-style* (RÊGO, 2000).

Em Portugal, os gastos com medicamentos equivalem a 26% dos gastos totais com saúde. O acesso da população aos medicamentos se dá a partir da

Comparticipação, nome dado ao sistema de co-pagamento dos medicamentos por parte do Sistema Nacional de Saúde. Os portugueses vão à farmácia com a receita médica, tanto do sistema público como do privado, pagam a sua parte e, no final do mês, as farmácias mandam as receitas identificadas com um código de barras, para uma das 18 sub-regiões administrativas do serviço de saúde para ressarcimento. Há 3 níveis de comparticipação: 40, 70, e 100%. Os aposentados com pensões menores, têm direito a um desconto adicional de 15% nos medicamentos com comparticipação. Um medicamento pode constar na lista de comparticipação se tiver autorização de introdução no mercado, concedida após análise do dossiê técnico e científico que avalia a qualidade, a segurança e a eficácia do produto. O Ministério da Economia libera um preço para o medicamento, após um estudo do produto e dos preços praticados em países de referência como Espanha, França e Itália. Somente após ter o preço aprovado, o laboratório fabricante pode solicitar a inclusão do medicamento na lista de comparticipação (RÊGO, 2000).

A Alemanha é considerada uma das maiores consumidoras de medicamentos da Europa gastando, per capita, mais que o dobro do Reino Unido. A proporção do custo pago pelo paciente varia de acordo com o tipo de medicamento e do tamanho da embalagem. Como estratégia para diminuir custos, o país tem estimulado a produção e promoção do uso de genéricos, incentivando a competição de preços, bem como o desenvolvimento de importações paralelas; foi o pioneiro, a usar o critério de preços de referência, criando um padrão para reembolso, onde o sistema público só reembolsa o valor estipulado no preço de referência. A Alemanha e a França têm estabelecido um orçamento nacional para medicamentos, com penalidades para os médicos e para a indústria quando as metas são ultrapassadas. Tal política tem levado a reduções significativas das prescrições e/ou aumento das prescrições de produtos mais baratos (MOSSIALOS, 1998; Rêgo, 2000).

Na França, os percentuais de comparticipação têm valores que variam em faixas de zero, 35, 65 ou 100% do preço do medicamento. Na Bélgica há percentuais de 25, 50, 60, 80 ou 100% do preço. Na Espanha, os percentuais são zero, 10 ou 40 % do preço. Na Itália, o sistema de saúde trabalha com uma taxa única ou a taxa de referencia mais 50%. Na Irlanda, a comparticipação é de zero a 90 libras por trimestre (MOSSIALOS, 1998)

Os Estados Unidos, apesar de serem o maior produtor mundial de produtos farmacêuticos, e apresentarem o maior nível de consumo per capita, não têm garantido o acesso de sua população aos medicamentos. Não há, no país, qualquer tipo de controle oficial de preços, assim como qualquer sistema de reembolso ou de co-pagamento governamental para a população. Os gastos com medicamentos, quando não são pagos pelos usuários, são cobertos pelos planos de saúde privados. A aquisição dos medicamentos é feita em farmácias conveniadas, por meio de sistema de co-pagamento. Idosos americanos, residentes próximos à fronteira com o Canadá, fretam ônibus para comprar medicamentos nesse país, onde os preços são mais baixos (RÊGO, 2000).

Os programas de assistência farmacêutica das seguradoras privadas são, geralmente, administrados pelas Pharmaceutical Benefit Managements (PBMs). O foco de atuação está voltado para a redução dos custos, tanto das companhias de seguro como das empresas, com medicamentos. As PBMs estabelecem protocolos terapêuticos e/ou negociam descontos com laboratórios e os atacadistas, distribuindo os medicamentos através de um sistema próprio de farmácias conveniadas ou mesmo pelo correio. Atuam de forma diferenciada com portadores de doenças crônicas, buscando oferecer uma resposta global para problemas estruturais de saúde, evitando hospitalizações desnecessárias, e monitorando o consumo de medicamentos, aumentando a prevenção e melhorando o comprometimento dos pacientes com o tratamento, (Rêgo, 2000).

A atuação das PBMs tem provocado mudanças significativas no sistema de distribuição de medicamentos do país, cujas margens de comercialização eram muito elevadas (JOCOBZONE, *apud* RÊGO, 2000).

No Canadá, existe uma política de assistência farmacêutica, assumida pelas províncias, que cobre integralmente hemoderivados, vacinas e medicamentos consumidos nos hospitais e ambulatórios. Medicamentos prescritos para consumo, fora dessas unidades de saúde são cobertos pelo sistema público, dependendo da província e da clientela. Algumas províncias têm plano de assistência farmacêutica universal. Em outras, o plano é apenas parcial, voltado a grupos específicos, como idosos, pessoas de baixa renda, indigentes e crianças. A demanda não atendida pelo sistema público (aproximadamente 50%) é coberta por seguros privados,

(integralmente ou em regime de co-pagamento), ou por dispêndio direto do usuário (RÊGO, 2000).

A assistência farmacêutica prestada pelas províncias está estruturada em listas de medicamentos, definidas anualmente. Nestas listas constam os medicamentos passíveis de cobertura e os preços pagos. Cada província adota critérios próprios na definição, na revisão e na avaliação de suas listas. A província de Ontário, por exemplo, estipula como critério de inclusão de genéricos em sua lista de medicamentos, uma sistemática de descontos progressivos, o preço máximo do primeiro genérico não pode ultrapassar 70% do preço do medicamento de marca (RÊGO, 2000).

No Japão, os gastos farmacêuticos têm um peso importante nos gastos públicos totais com saúde porque, parte dos medicamentos é distribuída pelos médicos que são remunerados pela prestação deste serviço, o que incentiva a prescrição excessiva (RÊGO, 2000).

1.3.2 EQUIDADE EM SAÚDE

A discussão da equidade em saúde vem atravessando séculos. Ainda no século XIX, Rudolf Virchow, médico patologista, criador do conceito de Epidemiologia Social, dedicou-se a estudar doenças que se perpetuavam em comunidades, e concluiu que a presença destas, estava relacionada à falta de uma política social adequada. O relatório enviado à Silésia, em 1848, sobre o controle da epidemia de tifo exantemático, salientou a necessidade de melhores condições de moradia, nutrição e saneamento. Virchow enfatizava que não seria possível erradicar doenças presentes em uma comunidade, se não fossem implantadas políticas sociais adequadas. A saúde da população de um país seria conseqüência de uma inteligente política social, que assegurasse condições sadias de vida, isto é, nutrição adequada, moradia higiênica, livre acesso à água e esgoto tratados, trabalho prestado em ambiente salubre, poder aquisitivo suficiente, lazer satisfatório, serviços médicos disponíveis e educação permanente. BELTRAN (2001) sugere que as reflexões de Virchow resultaram em três premissas:

> *1- A Saúde Pública concerne a toda a sociedade, e que o Estado está obrigado a velar por ela,*
> *2- As condições econômicas têm um efeito importante na saúde e na doença e que essas relações devem submeter-se à investigação científica,*
> *3- Devem ser adotadas medidas tanto sociais como médicas, para promover a saúde e combater a enfermidade.*

Ainda no final do século XIX, é formulado o princípio da solidariedade com a participação de cientistas, políticos e pensadores europeus, na garantia do bem estar, influenciando o Estado a materializar esta solidariedade por meio de mecanismos e estratégias de repartição dos bens e serviços sociais. São exemplos desta época as leis francesas, regulamentando a assistência médica gratuita aos indigentes (1893), a indenização por acidentes de trabalho (1898), a assistência aos idosos e inválidos (1905), e outras iniciativas no campo da proteção social. Na Inglaterra, o Parlamento aprovou o "Old Age Pensions Act", em 1908, dando direito aos idosos a partir de 70 anos a receber uma pensão do Estado (MACNICOL, 1998).

Mahler, diretor da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1973, 1978, 1983) reconheceu: "A melhoria nos níveis de saúde, que se iniciou na Europa Ocidental e nos EUA, durante o século 19, deveu-se mais a uma elevação no padrão de vida, do que à ação médica propriamente dita.

Para Ferreira (1986), igualdade é a qualidade daquilo que é igual, na política é a igualdade de condições entre os membros da mesma sociedade, eqüidade, justiça e retidão. Eqüidade **é** disposição para reconhecer imparcialmente o direito de cada um. A desigualdade é condição daquele que é desigual, injustiça, parcialidade. A iniqüidade é a falta de eqüidade (MICHAELLIS, 2002).

O ponto de partida para novas definições do conceito de eqüidade em saúde, usado na literatura internacional, é a definição de WHITEHEAD (1991). Ela se refere à equidade em saúde, como superação de desigualdades, que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas, isto é, reconhecer e atender diferentemente os diferentes. Ressaltando que eqüidade, em saúde, implica que idealmente todos

deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde, e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado. O conceito apresentado pela autora implica uma discussão política e de juízo de valor, quando incorpora a idéia de justiça no processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias. O entendimento que se tem sobre política equânime depende da sociedade à qual se aplica o conceito e do momento ou tempo em que se está pensando a questão. O que se considera injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais pode ter dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos em diferentes momentos (VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003).

STARFIELD (2001), mais recentemente, discute o conceito indicado por Whitehead, e propõe a seguinte definição, por ela considerada alternativa, para eqüidade em saúde: "Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde, nos grupos ou subgrupos populacionais, definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Eqüidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (eqüidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (eqüidade vertical)." (STARFIELD *in* VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003).

De acordo com MACKENBACH e KUNST (1997), as desigualdades em saúde definem-se pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde entre os indivíduos do mais alto e mais baixo status socioeconômico. Destacam os autores, que as desigualdades se interligam ao status socioeconômico do grupo ao qual pertencem os indivíduos.

TRAVASSOS (1997) considera importante distinguir eqüidade em saúde de eqüidade no uso ou consumo de serviços de saúde. Essa distinção, para a autora, é importante, uma vez que os determinantes das desigualdades, no adoecer e no morrer, diferem das desigualdades no consumo de serviços de saúde.

VIANA, FAUSTO & LIMA. (2003) enfatizam, ainda, que as desigualdades refletem, dominantemente, as desigualdades sociais e, em função da relativa

efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços é condição importante, porém não suficiente para diminuir as desigualdades relativas a adoecer e morrer, existentes entre grupos sociais.

As iniqüidades em saúde são desigualdades injustas e evitáveis na área sócio econômica, nas questões de etnia, raça, gênero, faixa etária, no acesso a saneamento, moradia, alimentação, e no acesso aos medicamentos e insumos, interferindo diretamente na saúde dos indivíduos.

BARATA (1999), afirma que o maior desafio que se coloca para a epidemiologia, como ciência humana feita por homens e para homens, é a obrigação de tratar das questões relativas às desigualdades sociais e às iniqüidades em saúde que elas promovem. Ressalta ainda que oferecer igualdade e equidade no Brasil, país que ao longo de sua História foi tão desigual no acesso à educação, moradia, trabalho e saúde talvez seja o maior de todos os desafios.

BARROS (1998) enfatiza que o princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta às desigualdades existentes com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta. Em outras palavras, deve tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir as desigualdades.

O tema eqüidade passou a receber maior atenção no final do século XX, no mundo. No Brasil, ganha força no final dos anos de 1980, influenciando o texto da constituição de 1988, particularmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS converge para o foco da correção das desigualdades e injustiças histórico-estruturais do país na área da saúde.

1.3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira foi um grande avanço, concedido a partir dos Artigos 196-202 da Constituição Federal, (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, que normatiza amplamente o Sistema Único de Saúde, define-o, em seu artigo 4º, “caput”, como “o conjunto de ações e serviços de

saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público," (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) é resultado de um longo processo histórico-social que buscou interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira. Anteriormente a ele, as ações de Saúde Pública, no país, eram fragmentadas, (Barata, Tanaka e Mendes, 2004).

Esta fragmentação, segundo Silva (2003), era marcada pela dicotomia da responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e os prestadores de assistência médica-ambulatorial ou hospitalar, privada ou pública não governamental (entidades filantrópicas) contratados ou conveniados. Configurou-se, assim, uma estrutura de prestação de serviços, constituída de seis segmentos:

- 1- O previdenciário, envolvendo estabelecimentos próprios do INAMPS, postos de assistência médica, hospitais e estabelecimentos privados;
- 2- O médico-sanitário, vinculado ao Ministério da Saúde, que mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares para combate ao câncer, atendimento psiquiátrico, dermatologia sanitária, tuberculose, atenção materno-infantil, etc., além da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, encarregada da prestação de serviços de assistência médica e de saneamento básico, nas regiões mais distantes e pobres do país;
- 3- Os hospitais universitários, vinculados ao Ministério da Educação, existentes em cada Estado, mantendo, além de suas atividades de ensino e pesquisa, serviços de magnitude e complexidade diferenciados de atenção médica à população em regime universal, na maior parte em convênio com o INAMPS, atualmente Ministério da Saúde;
- 4- O das Forças Armadas e do funcionalismo público (nos diferentes níveis do governo) que também mantêm uma rede própria de hospitais e ambulatórios;

- 5- O estadual e municipal de atenção médico-hospitalar e de saúde pública, composto de unidades básicas de saúde (centros e postos de saúde) e de unidades de emergência, nos estados e municípios de maior porte e condição econômica;
- 6- Finalmente, o segmento privado, autônomo e voltado às camadas da população com alto poder aquisitivo ou articulado a partir da necessidade das empresas de maior porte e complexidade (medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguradoras do ramo da saúde, serviços de auto-gestão médica das empresas), que cresce dinamicamente no vácuo possibilitado pelas deficiências da política de assistência médica previdenciária e de atenção médico-sanitária, proporcionada pelos estados e municípios (SILVA, 2003).

Estes seis segmentos tinham uma forte concentração no atendimento hospitalar ou no atendimento ambulatorial de nível secundário, sem que houvesse uma estrutura de rede de atendimento hierarquizada sem critérios de regionalização, sistemas de referência, integração, complementaridade, e coordenação de atendimento (SILVA, 2003).

MÉDICE (1999) enfatiza que a implantação do SUS teve como principal justificativa a necessidade de melhorar a oferta de serviços, os indicadores de saúde e as condições de acesso, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população brasileira.

SILVA E DINIZ (2006) enfatizam que o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública de saúde, construída pela mobilização social, que se iniciou na segunda metade da década de 70 do século passado, momento de distensão política, onde a sociedade retomava a discussão acerca dos seus direitos sociais e políticos, ainda sob o domínio de um regime ditatorial. Destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1986, que contou com a participação popular. Deste encontro, saíram os "subsídios para elaborar as emendas populares defendidas durante a elaboração da nova Constituição".

A primeira mudança ocorrida foi durante o governo Sarney (1985-1988), com a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Seu objetivo era somar as Ações Integrais de Saúde (AIS), a descentralização e universalização. Acabava, assim, a necessidade de ser contribuinte do antigo INAMPS, para ter

direito aos serviços de saúde. Esta importante medida foi um grande avanço a caminho da eqüidade na área da saúde, amadurecendo importantes discussões sobre o direito aos serviços de saúde, de forma igualitária e promovendo o acesso de forma universal.

Em meio a muitos movimentos e discussão por justiça social e a modernização do Estado, rescém saído de um longo período de repressão dirigido por governos militares, surge a Assembléia Nacional Constituinte de 1987, para construir uma nova Carta Constitucional, nascida sob o signo da "Constituição Cidadã" (SILVA E DINIZ, 2006).

A nova carta constitucional incluiu, na seção II, os artigos 196-200, enfatizando a saúde como direito de todos:

> "Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
> (...)
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I- descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
> II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade.
> (...)
> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
> I- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos" (BRASIL, 1988).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu a partir da lei 8080, de 19 de setembro de 1990. O capítulo 1º, artigo 5º, define seus objetivos e atribuições:

> "Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

> III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
>
> Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
>
> I - a execução de ações:
>
> (...)
>
> d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
>
> (...)
>
> VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção" (BRASIL, 1990).

A partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde, mudanças importantes ocorreram, definindo responsabilidades federais, estaduais e municipais, na assistência à saúde.

MENDES (2004) ressalta que, apesar dos inegáveis avanços, o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre os sonhos dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social do nosso sistema público de saúde. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Desta forma, vem se conformando, no País, um sistema de saúde onde convivem três grandes subsistemas: o SUS, subsistema público destinado a 130 milhões de brasileiros; subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, por si ou através de empregadores, diferentes operadoras de planos de saúde, e o subsistema privado de desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para compra de serviços através de pagamento direto das pessoas ou famílias (MENDES, 2004).

A Portaria 3.916/1998, que instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi um importante passo, considerado fundamental, na implementação de ações capazes de melhorar as condições de assistência à saúde da população, por ter como propósito a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, o acesso universal e igualitário, da população, àqueles considerados essenciais (MS, 1998c), levando-se em conta que atingir um resultado ideal depende de várias etapas, desde a fabricação de medicamento até a administração ao paciente.

Embora seja inegável este avanço no plano teórico, na prática, nem todos os brasileiros conseguem ter acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos.

COELHO (2000) afirma que um dos problemas centrais, quando se trata de medicamentos, é a forma de inserção destes no sistema de saúde. A garantia do acesso dos usuários aos medicamentos é apoiada num tripé, constituído pela indústria farmacêutica (produção), pela rede de distribuição/dispensação privada (comércio farmacêutico) e pela assistência farmacêutica pública (política de saúde/medicamento do SUS), todas envolvidas na prestação de serviços farmacêuticos. No entanto, pelo menos duas partes deste tripé são atividades típicas de mercado, e estão diretamente vinculadas à concepção de que o medicamento é uma mercadoria e o usuário apenas um consumidor.

1.3.4 ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações centradas no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Essas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, deverão envolver padronização, prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados (FENAFAR, 1996)

Existe uma demanda reprimida de uma população que não tem capacidade financeira para pagar pelos medicamentos que necessita. A situação socioeconômica tem um papel central na determinação do binômio: saúde-doença. Estudo recente, conduzido em uma amostra representativa da população idosa brasileira, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, mostrou que 20% dos idosos mais pobres (renda mensal domiciliar per capita <0,67 salário mínimo) apresentavam piores condições de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde em comparação aos demais (LIMA-COSTA *et al*, 2002).

AZEVEDO *et al* (2005) observaram a falta de recursos financeiros da população nordestina, (especialmente do Ceará e estados vizinhos), para arcar com as despesas da terapia medicamentosa. Santos (2004) ressalta que fornecimento de medicamentos pela rede pública é de grande importância, quando analisado sobre o aspecto médico-social, devido à elevada desigualdade existente no país. Dessa forma, podemos ter um diagnóstico e uma prescrição corretamente realizados sem que o paciente alcance sucesso terapêutico por dificuldades no acesso ao medicamento prescrito.

Esforços em diversas administrações públicas, independente de partido político, vêm ocorrendo, com o objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos, seja para prevenir, tratar ou curar enfermidades. Ressalta-se, nos últimos 30 anos, um crescente de publicações de leis, decretos, portarias e resoluções, cujo tema principal é o acesso aos medicamentos.

1.3.5 AVANÇOS NA POLÍTICA DE ACESSO A MEDICAMENTOS

Destaca-se o pioneirismo do Brasil na formulação de políticas de medicamentos essenciais, com o Decreto 53.612/64 que instituiu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias primas para uso Farmacêutico, necessários ao tratamento das doenças mais freqüentes no país. Este decreto estabeleceu a obrigatoriedade dos órgãos governamentais adquirirem produtos da Relação Básica. A OMS estabeleceu a primeira lista de Medicamentos Essenciais, em 1977, para o tratamento das doenças mais prevalentes no mundo, e estimulou cada país a adotar

sua própria lista. Posteriormente, esta lista foi revista, estando na 15ª revisão (Brasil, 1964; WHO, 2007).

Em 1971 o governo criou a Central de Medicamentos (CEME), através do Decreto 68.806, alterado pelo decreto 69.451/71, consolidados pelo decreto 71.205/72. Importante iniciativa em termos de planejamento, organização e aquisição de medicamentos, de forma centralizada para todo o país. Dentre as atribuições da CEME, destacavam-se aquelas voltadas à assistência farmacêutica pública e ao abastecimento de medicamentos essenciais à população (BRASIL, 1971; 1972).

Em 1973, foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Medicamentos, através do Decreto 72.552, que considerou a racionalização da área, mediante o Sistema Oficial de Produção de Medicamentos, e estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, com 315 medicamentos em 472 apresentações Farmacêuticas. Posteriormente foi homologada a Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), aprovada pelo Conselho Diretor da CEME (Resolução n. 92/76), constituída de 300 substâncias, em 535 apresentações, passou a ser oficialmente denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, na atualização de 1977. Esta lista encontra-se em sua 6ª edição, RENAME/2008. (BRASIL,1973a; MPAS/GM 514/76; MPAS/GM 817/77; MPAS/MS/MEC 03/82, MPAS,1982; MS, 2009).

Pioneirismo também ocorreu no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS iniciando com a distribuição medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas em 1988, posteriormente com a lei 9313/96, dispondo sobre a obrigação do Estado de distribuir, de forma universal e gratuita, os medicamentos para o tratamento dos portadores do HIV/AIDS. O Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) tem se caracterizado historicamente pela integralidade das ações de cuidado aos pacientes e incorporação de estratégias abrangentes de enfrentamento da epidemia, com um papel central reservado à articulação com a sociedade civil. O Programa é considerado um modelo para o mundo *(*Oliveira *et al,* 2002; BRASIL,1996a; 2003).

Destacamos o repasse direto e automático de recursos, do governo federal para as secretarias municipais de saúde, como um marco de melhoria do acesso a medicamentos, através da Norma Operacional Básica/SUS 01/1996, viabilizando o

estabelecimento das condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (Brasil, 1996b).

A implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), através da Portaria MS/GM 1.882/97, propôs uma distribuição igualitária de recursos para os estados e municípios, apontando para a possibilidade de diminuir as iniqüidades regionais, para uma distribuição eqüitativa. Considerada, por MARTINELLO (2002), um divisor de águas, no processo de descentralização do SUS (MS, 1997).

A Política Nacional de Medicamentos, através da Portaria GM 3916/98, já citada no capitulo anterior, teve como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (MS, 1998c).

A atualização da RENAME, através da Portaria MS/GM Nº 507/99, seguindo diretrizes recomendadas pela OMS, tendo por base a revisão feita em 1993 pela CEME, além de revisão da literatura mundial recente. Nesta edição, conferiu-se ênfase à avaliação de segurança e eficácia, além de se considerar a respeito da disponibilidade dos produtos no mercado interno, 303 princípios ativos, em 545 apresentações, destinados a atender as principais patologias prevalentes no Brasil. A RENAME passa a representar um importante instrumento de racionalização da política de compras diretas do governo federal e o fortalecimento de programas estratégicos, bem como compras de estados e municípios, no âmbito da Atenção Básica do SUS (MS, 1999a).

A Implantação do programa para aquisição de medicamentos essenciais, para a área da Saúde Mental, através da Portaria MS/GM 1077/99, foi uma importante medida de acesso, que contemplou 22 itens entre antidepressivos, anticonvulsivantes ansiolíticos, antipsicoticos e antimaníacos. O Ministério da Saúde assume 80% do custo, e as Secretarias Estaduais 20% (MS, 1999b).

A Política do Idoso, através da Portaria MS/GM 1395/99, determina ao setor saúde, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (...), promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários á recuperação e à reabilitação (MS, 1999c).

O Medicamento genérico foi mais uma importante medida, para melhorar o acesso da população aos medicamentos, (lei 9787/99), que também possibilitou a diminuição dos gastos públicos (BRASIL 1999d; Valentim, 2002).

O Pré-Natal também foi incluído, juntamente com o PSF na política de acesso aos medicamentos, através da Portaria GM/MS 343/01, o Ministério da Saúde adquire e distribui um elenco básico de medicamentos, através de repasse direto aos Municípios na forma de kits (MS, 2001b).

A Hipertensão e a Diabetes, foram contempladas, pela Portaria GM/MS 371/02, que instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Essas duas doenças são consideradas prioritárias para o Ministério da Saúde pela sua relevância epidemiológica. Os medicamentos, por definição do Comitê Técnico Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus são: Captopril 25mg, Propranolol 40mg, Hidroclorotiazida 25mg, Glibenclamida 5mg, Metformina 850mg, e Insulina. O Ministério da Saúde instituiu a aquisição destes medicamentos, com repasse direto aos Municípios (MS, 2002a).

O Programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, com objetivo de ampliar o acesso a medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas como: Doença de Gaucher, Hepatite B e C, Anemia Falciforme, Esquizofrenia, Renais, Transplantados, Puberdade Precoce, Asma Grave, Osteoporose, Acromegalia e outras foi criado através da Portaria GM1318/02. O valor dos medicamentos para tratamento destas doenças tornar-se-ia inviável para a maioria da população devido ao custo elevado. As Portarias MS/GM 2.577/06, 1869/2008 e 106/2009, definem o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), e caracterizam o Programa como uma estratégia da Política de Assistência Farmacêutica, que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo o uso dos medicamentos por CID e estabelecendo os valores em reais (MS, 2002b; 2006; 2008; 2009).

O Programa Farmácia Popular do Brasil, criado pela Lei nº 10.858/04, regulamentado pelo Decreto nº 5.090/04, que tem como objetivo estabelecer alternativas de ampliação do acesso da população aos medicamentos de baixo custo,

por meio de ações que articulem os setores público e privado: a criação de uma rede de farmácias públicas em todo o país, que ofereçam medicamentos subsidiados pelo governo (BRASIL, 2004a; 2004b).

Inicialmente foram instaladas 27 farmácias, em 2009, já são 515 unidades no país. Na lista de produtos oferecidos constam 107 ítens para as doenças mais comuns na população brasileira, dentre eles analgésicos, anti-hipertensivos, medicamentos para diabetes, dislipidemia, colesterol, gastrite entre outros, etc.

As unidades são implantadas por meio de uma parceria do Ministério da Saúde e da Fiocruz com Estados e Municípios e instituições filantrópicas. Os municípios que se cadastram para o programa, recebem uma parcela única para adequação do espaço físico, e um valor mensal para manutenção do serviço. Os municípios que ainda não tem Farmácia Popular instalada são considerados prioritários para receber o recurso do Ministério da Saúde. (Brasil, 2004b; MS, 2004a; 2004b; 2009b).

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgão do Ministério da Saúde e executora do programa, adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos oficiais públicos ou do setor privado, quando necessário. Os medicamentos produzidos por laboratórios privados são comprados em pregões realizados pela fundação, (Brasil, 2004; MS, 2004a; 2004b).

Em 2006 o Programa foi ampliado em parceria com farmácias da rede privada, com o nome "Aqui tem Farmácia Popular" oferecendo três tipos de medicamentos para diabetes, hipertensão e anticoncepcionais. Em 2006, foram 3627 estabelecimentos comerciais, em 2009 já são 6816 (MS, 2007, 2009b).

Os portadores de diabetes passaram a ter direito a receber gratuitamente medicamentos e materiais necessários para controle e monitoração da glicemia capilar através da Lei 11.347/2006, desde que estejam inscritos em programas de educação especial para diabéticos (BRASIL, 2006b).

O FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS

O fracionamento de medicamentos, autorizado pelo decreto presidencial número 5.775/2006, dando nova redação aos artigos 2º e 9º do decreto no 74.170/74, e revogando os decretos 947/93 e 5.348/05, é uma medida de promoção do uso racional de medicamentos, pois permite disponibilizar o produto adequado para uma finalidade terapêutica específica, em quantidade e dosagens suficientes para o tratamento. O fracionamento também permitirá a ampliação do acesso da população aos medicamentos disponíveis no mercado farmacêutico. A idéia é permitir a aquisição da exata quantidade prescrita pelo preço praticado para cada unidade do medicamento, barateando o custo do tratamento. Isso evita que se mantenham sobras de medicamentos em casa, diminuindo a possibilidade de efeitos adversos e intoxicações, derivados da automedicação. A venda de medicamentos fracionados representa, também, um importante passo para a qualificação e para a orientação das ações e dos serviços farmacêuticos do país, pois determina que o parcelamento da medicação seja feito exclusivamente por farmacêutico habilitado, em local adequado aproximando o profissional farmacêutico do usuário de medicamentos (Brasil, 2006a).

AVANÇOS NA MELHORIA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME-SP) foi criada em 2002, tomando como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a lista de Medicamentos Essenciais da OMS, e os protocolos de tratamento publicados pelo Ministério da Saúde e entidades científico-profissionais; esta lista sofreu atualizações em 2004 (SMG-SP, 2002; 2004; 2008).

A Portaria SMS/G 71/04 - normatiza a utilização de medicamentos que não constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME-SP), denominado extra-REMUME, cujo uso se justifique em determinada situação específica, para determinado paciente, sendo imprescindível a declaração do prescritor de que dentre os medicamentos da REMUME-São Paulo não há alternativa terapêutica para a situação específica, e fundamentando a necessidade do uso do medicamento. Para pacientes hospitalizados a aquisição de medicamentos extra REMUME, pode ser feita prontamente, face o caráter emergencial. Para pacientes

ambulatoriais, a aquisição ocorrerá após parecer favorável da Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMG-SP, 2004).

A Portaria 250/2007 SMS/G - institui a dispensação de Sinvastatina, Carvedilol e Brimonidina, sob protocolo, na rede básica, atendendo ao perfil epidemiológico do município, (SMG-SP, 2007);

Através da Portaria SMS/G 347/05 a Secretária da Saúde criou o Programa Municipal para o Uso Racional de Medicamentos - PROMMED, coordenado pelo Núcleo Técnico para o Uso Racional de Medicamentos que, por meio de ações em farmacoepidemiologia, nestas inseridas as ações em farmacovigilância, promoverá o uso racional de medicamentos, preconizado na Política Nacional de Medicamentos. Entende-se uso racional de medicamentos o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade (SMS-SP, 2005a).

O Programa Remédio em Casa, entrega via remessa postal, medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, desagregador plaquetário, para pacientes em acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde, ou em serviços credenciados pela SMS. Este Programa tem como objetivo principal garantir o acesso de hipertensos e diabéticos aos medicamentos, redução do número de idas à unidade de saúde, maior aderência ao tratamento, maior controle pressórico e metabólico, em 2009 a Sinvastatina foi incluída no programa (SÃO PAULO, 2005b, 2009).

1.3.6 A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

A dispensação de medicamentos nas Unidades Municipais ocorre de acordo com a Portaria 1535/2006 SMS-SP, mediante a apresentação do cartão SUS e com receita médica, em duas vias, com nome completo do paciente, denominação genérica dos medicamentos prescritos, nome do prescritor**,** a assinatura do mesmo, data e carimbo com o número do conselho de classe correspondente (SMS-SP 2006)

A 1ª via da receita é devolvida ao paciente, e a 2ª via fica retida na farmácia e arquivada por 2 anos. A quantidade dispensada de medicamentos para doenças crônicas deve ser suficiente para 30 dias de tratamento.

O usuário de medicamentos de uso contínuo poderá receber os medicamentos prescritos por até 6 meses com a 1ª via da receita. A quantidade atendida, para os demais medicamentos não sujeitos a controle especial, deve ser suficiente para o tratamento prescrito.

Os medicamentos sujeitos ao controle especial devem ser atendidos, de acordo com a prescrição para um período máximo de 30 dias, com retiradas mensais, nos casos de tratamento superior a este período (SMS/SP, 2006).

1.3.6.1 PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

O Programa Remédio em Casa (PRC), da Secretaria Municipal da Saúde, da Cidade de São Paulo consiste na entrega domiciliar de medicamentos para o período de 90 dias, para portadores de doenças/ patologias crônicas, estáveis e controlados clinicamente, em acompanhamento nas Unidades de Saúde**.** Criado por iniciativa da equipe técnica da Atenção Básica, em conjunto com a Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo (PRODAM), com o objetivo principal de garantir o acesso mais efetivo aos medicamentos e organizar o atendimento contínuo aos portadores de patologias crônicas (SP, 2005)

A implantação do programa ocorreu em 2005, em cinco (5) Unidades Básicas de Saúde (UBS), eleitas como unidades pilotos na implantação do programa, que interligava de forma informatizada os pedidos de medicamentos individuais a uma unidade dispensadora dos remédios instituídos no programa, e a entrega, via postal. As demais UBS, foram sendo interligadas ao programa gradativamente até 2007. Os medicamentos incluídos no Programa são:

- Hidroclorotiazida 25mg
- Propranolol 40mg
- Atenolol 50mg
- Captopril 25mg

- Enalapril 20mg
- Enalapril 5 mg
- Nifedipino 20mg
- Anlodipino 5mg
- Acido acetilsalicílico 100mg
- Metformina 850mg
- Glibenclamida 5mg
- Sinvastatina 20mg

A Sinvastatina, foi incluída no PRC em 13 julho de 2009, para tratamento de Dislipidemia, que também continua sendo dispensada sob protocolo de média complexidade, de acordo com a Portaria SMS 250/2007 (SMS-SP, 2007, 2009)

Atualmente o programa está habilitado nas 421 UBS do município. Em 2008, foram dispensadas via postal 176.566 prescrições médicas. As prescrições são feitas em receituário próprio, de prescritor cadastrado na rede básica. O critério para inserção no programa é que o paciente apresente um quadro estável, controlado e em acompanhamento em uma Unidade Básica de Saúde. (SMS/CEInfo/2008)

1.3.6.2 MEDICAMENTOS DE MÉDIO E ALTO CUSTO:

A dispensação de medicamentos de média complexidade foi definida pela Portaria 250/2007 da Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo, disponibilizando na rede básica, atendendo ao perfil epidemiológico do município, ressaltando que a utilização desses medicamentos deve ser pautada por um cuidado especial na sua prescrição. Inicialmente a autorização para dispensação desses fármacos era realizada nas Supervisões Técnicas de Saúde, as quais estavam incumbidas de verificar a adequação da indicação dos medicamentos de acordo com as regras estipuladas na presente Portaria. Em dezembro de 2008, a autorização desses fármacos foi incluída no Gerenciador do Sistema de Saúde (GSS), permitindo que cada UBS cadastre a receita desses fármacos devidamente preenchida incluindo o resultado dos exames e número do Cartão SUS. O Sistema libera um número de

cadastro, e a partir desse número a dispensação dos medicamentos ocorre na UBS (SMS-SP 2007).

Os medicamentos de alto custo, denominados “medicamentos excepcionais” estão incluídos no Programa Medicamentos Excepcionais, gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde. São medicamentos de elevado valor unitário, ou que pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. Esta política tem alcance em todas as classes sociais, uma vez que, se não fossem distribuídos gratuitamente, tais medicamentos seriam acessíveis a poucas pessoas em função do alto custo dos tratamentos. O Ministério da Saúde transfere aos Estados de forma antecipada mensalmente os valores para aquisição. Os estados planejam, adquirem, controlam e distribuem de acordo com as necessidades da população. O Programa existe dede 1993 e, desde então, vem se ampliando com a inclusão de novos medicamentos, e também exclusões de acordo com as evidencias clínicas. O principal documento exigido para o Programa é o Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional (LME). Esta autorização é obtida nas unidades do SUS, e também pela internet, onde o usuário pode verificar a lista de Medicamentos excepcionais. Este impresso deve ser levado para o médico para ser preenchido, juntando-se a este impresso a receita médica com identificação do paciente em duas vias legíveis, com o nome do princípio ativo e a dosagem prescrita; o Cartão Nacional de Saúde; Relatório médico; Termo de consentimento; Exames médicos e o RG do paciente, (MS 2002b; 2006; 2008a; 2009).

No Município de São Paulo existem 5 referências para dispensação dos medicamentos excepcionais, conforme anexo I, destacamos que somente 2 delas atendem o público em geral. As demais, unidades dispensam os medicamentos apenas para os pacientes tratados nestas unidades.

1.3.6.3 MEDICAMENTO POR VIA JUDICIAL

Qualquer paciente pode conseguir medicamentos de uso personalíssimo pela via judicial. Uso personalíssimo significa que apenas aquele medicamento é indicado

para aquela doença e aquele paciente, quando outros medicamentos não surtem efeito, ou provocam reações indesejáveis que a droga indicada não cause.

A via judicial tem início com uma prescrição médica acompanhada de relatório justificando a indicação da medicação e as razões porque ele é indispensável ao paciente. De posse desta prescrição, o paciente pode se utilizar a ajuda de ONGs que prestam estes serviços, da Assistência Jurídica Pública (desde que tenha renda até 3 salários mínimos) ou ainda de advogado contratado. Com a prescrição e relatório médico, qualquer dos três agentes citados, impetra Mandado de Segurança contra o ente público, com pedido de liminar para que a medicação comece a ser entregue de imediato, uma vez que pode haver risco de dano irreparável ao paciente, agravamento da doença ou mesmo a morte, (Brasil, 1950, 1988).

Os juízes concedem a liminar, mesmo sem julgar o mérito. Este está ligado à necessidade do medicamento, à confirmação do diagnóstico (que em geral já faz parte do pedido inicial) ou a capacidade financeira do paciente. Concedida a liminar, expede-se um mandado que o paciente leva ao ente público e começa a receber o medicamento. No decorrer do processo cabe ao ente público contestar o diagnóstico, a indicação e a necessidade específica do medicamento, bem como a capacidade econômica do paciente (Brasil, 2009).

Na liminar, o juiz concede o pedido e manda a autoridade comprar e entregar o medicamento ao paciente sob pena de responsabilidade civil e criminal além de multa diária ao ente público pela desobediência ao mandado. O paciente ou familiar comparece então ao Posto de Saúde determinado para buscar o medicamento.

Esta forma de acesso, apesar de beneficiar portadores de qualquer enfermidade, independente do grupo econômico em que esteja inserido é pouco conhecida dos indivíduos de baixo poder aquisitivo, e baixa escolaridade. MARQUES, (2005), revela que a distância em relação à administração da justiça e a aplicação das leis, é tanto maior quanto mais baixo é o estrato social a que pertence, e, que esta distância tem como causas mais próximas não apenas fatores econômicos, mas também fatores sociais e culturais. De acordo com Santos, (2003), quanto mais

baixo é o extrato socioeconômico do cidadão, menos provável é, que conheça um advogado, ou que tenha amigos que conheçam advogados, menos provável que saiba onde, como e quando pode contatar um advogado e maior é a distancia geográfica entre o lugar onde vive ou trabalha, e a zona da cidade onde se encontram os escritórios de advocacia e os tribunais.

2-OBJETIVOS

2.1- GERAL

Pesquisar a percepção da população de baixa renda, sobre o que significa precisar tomar medicamentos e a dificuldade de adquiri-los, na região do Butantã, Município de São Paulo.

2.2- ESPECÍFICOS

- Identificar os sentimentos da população quanto à necessidade de tomar medicamentos.
- Apresentar dificuldades vivenciadas pelos usuários, em sair de casa em busca de medicamentos.
- Conhecer as estratégias utilizadas, para conseguir medicamentos, diante da impossibilidade de consegui-los gratuitamente.
- Identificar o conhecimento necessário para aquisição dos medicamentos de alto custo, na rede pública.

3- MÉTODO

Pesquisa qualitativa, aplicando a técnica de grupo focal, com discussão sobre acesso a medicamentos.

3.1- MÉTODOS QUALITATIVOS DE PESQUISA

A pesquisa qualitativa é um instrumento de importância fundamental, não apenas na área social, mas em todas as áreas do conhecimento científico, trazendo informações ricas para o pesquisador da área da saúde, na medida em que observa, participa e entrevista o "nativo" em suas condições reais de existência, tentando entender e mapear a sua vida (GONDIM, 2004). Ela abrange uma diversidade de modelos, procedimentos, paradigmas epistemológicos que dificilmente podem ser abrigados em um "guarda-chuva" conceitual. Tal pesquisa é extremamente diversificada e rica em seus fundamentos e procedimentos, não podendo ser adequadamente definida apenas em oposição aos procedimentos quantitativos. Ela é mais abrangente do que essa oposição permitiria supor (PEIXOTO, 2005)

A realidade social tem uma natureza dupla. Uma delas é composta pelo mundo material que nos rodeia e a outra pelos instrumentos simbólicos por meio dos quais os seres humanos atribuem sentido a esse mundo material. Pessoas, objetos, relações e acontecimentos fazem parte da vida cotidiana e da "realidade" apenas quando estão inseridos em um sistema de valores e significados. Ou seja, quando estão inseridos em um determinado universo cultural, que lhes reconhece a existência e lhes atribui um peso e um valor. Caso contrário, eles podem existir objetivamente, fazer parte da realidade empírica, mas não da social (GODIM, 2004).

A adequação dos termos da comunicação entre pesquisador e pesquisado vai sendo construída ao longo do trabalho de campo e nesse processo, entram as características da população observada e os humores e temperamentos envolvidos em qualquer contato humano. O trabalho de campo ajuda o pesquisador a perceber e mapear diferentes princípios, lógicas e significados, por meio dos quais as pessoas atribuem sentido e valor, e organizam suas vidas (GODIM, 2004).

3.1.1- GRUPOS FOCAIS

A técnica utilizada em grupos focais consiste na coleta de dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade, MORGAN (1997). Pode também ser caracterizada como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA, GONDIM, 2001).

De acordo com FLINCK (2004), esta técnica enfatiza um aspecto interativo da coleta de dados, e propicia uma "economia de tempo" por meio da obtenção de mais de um depoimento sobre um determinado assunto, de uma única vez. Estes grupos podem ser vistos como um protótipo da entrevista "semi-estruturada" e os resultados obtidos, por meio desse tipo de entrevista, são obtidos de forma mais ágil.

O uso dos grupos focais está relacionado com os pressupostos e premissas do pesquisador. Alguns recorrem a eles como forma de reunir informações necessárias para a tomada de decisão; outros os vêem como promotores da auto-reflexão e da transformação social, e há aqueles que os interpretam como uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras (MORGAN, 1997).

Esta técnica é enfatizada como um recurso de valor, na pesquisa qualitativa, bem como a possibilidade de seu uso, em diferentes áreas do conhecimento, científico, comercial, político e de serviços, sendo importante instrumento de trabalho (SCHEUREN, 2004).

O grupo focal deve ser construído baseado na homogeneidade ou similaridade entre os membros do grupo. O grupo deve ser conduzido por um moderador bem treinado, que introduz o tema da discussão com uma pequena explanação do problema e encoraja o grupo a participar da discussão. A boa interação entre o moderador e o grupo dá qualidade e efetividade às discussões. A manutenção da objetividade dentro da questão discutida depende da habilidade do moderador (SCHEUREN, 2004).

3.2- O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O Município de São Paulo tem uma área de 1.509 Km^2, dividida em 5 Regiões de Saúde, Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-Oeste, e uma população aproximadamente 10.500.000 habitantes. É a maior cidade brasileira. Apenas 4 estados tem população maior (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia). No nível internacional, tem a população maior que a da Suíça, Suécia e Áustria, e semelhante à de Portugal e Grécia. Tem o 3º orçamento de Saúde Pública do Brasil, Ministério da Saúde (1º), Estado de São Paulo (2º). (IBGE, 2000, INDEXMUNDI, 2008, SÃO PAULO, 2009)

A Secretaria da Saúde possui 833 equipamentos, com 421 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 115 Ambulatórios de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 24 Ambulatórios de Especialidades (AE), 94 Serviços de Saúde Mental, 29 Serviços de Saúde Bucal, 22 Ambulatórios de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), 5 Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, 4 Laboratórios, 12 Pronto Socorros, 18 Hospitais Municipais e 31 Hospitais contratados. (*SÃO PAULO, 2009).

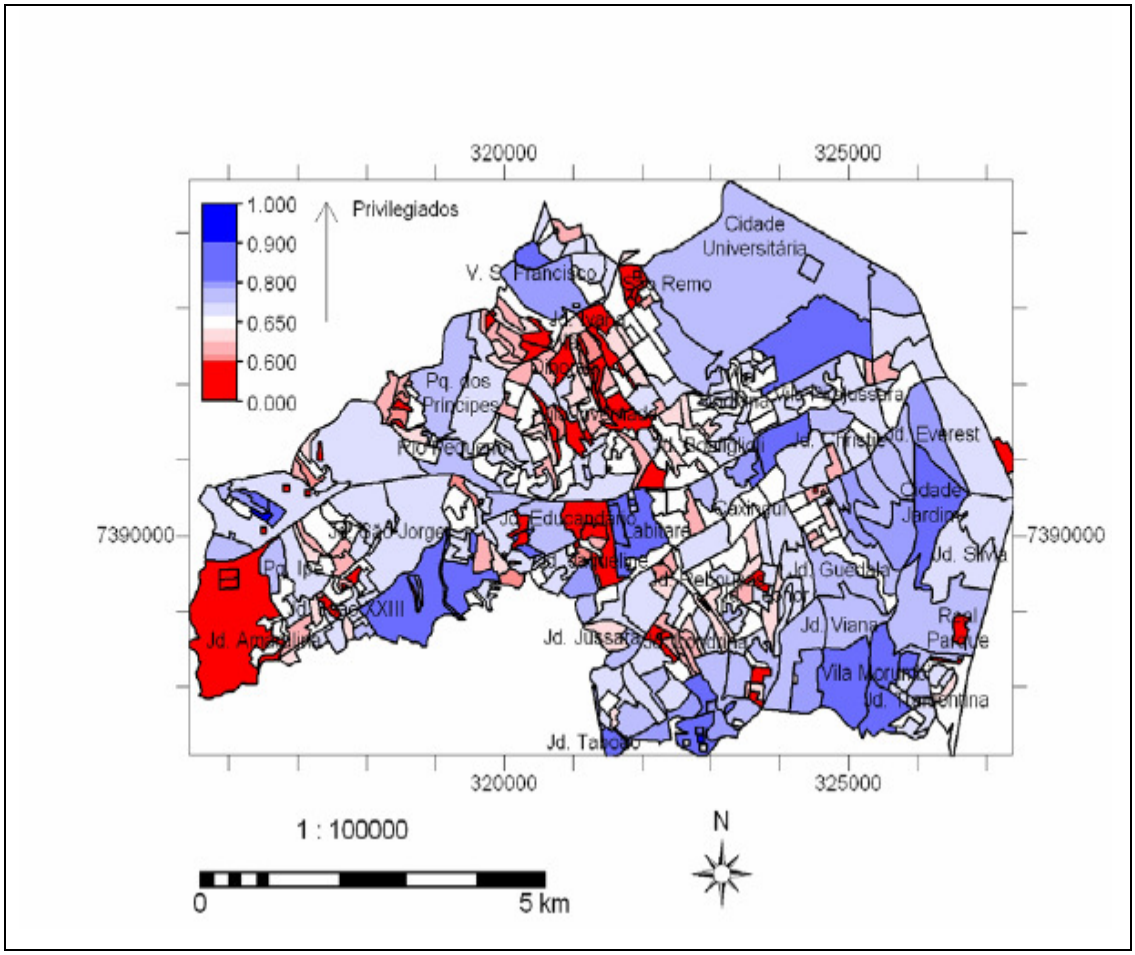
3.2.1- LOCAL DO ESTUDO - DISTRITO DO BUTANTÃ

O Distrito do Butantã é localizado na região Oeste do Município, com 56 Km^2, inclui os bairros do Butantã, Morumbi, Vila Sonia, Rio Pequeno, Raposo Tavares. Possui uma população de 377.576 habitantes, segundo Censo do IBGE em 2000. Apresenta heterogeneidade social e econômica com extremos de alto poder aquisitivo, e extremos de pobreza. É expressiva a população de médio a alto nível socioeconômico. Nos últimos 30 anos vem crescendo algumas favelas, totalizando 13,8% de moradores, com rendimento médio de R$ 870,00. A Figura 6, mostra nos pontos vermelhos as regiões de favelas.

Destaca-se no distrito a Cidade Universitária, sede da Universidade de São Paulo e o Instituto Butantã. O desenvolvimento da região iniciou partir da inauguração do Instituto Butantã, em 1901. (IBGE, 2000; MORATO, 2007; *São Paulo, 2009).

*Versão preliminar de 22/06/2009 Ceinfo.

Figura 6: Desigualdade Social na Subprefeitura do Butantã, Município de São Paulo-SP, 2007.



Fonte: Morato RG, Kawakubo FS, 2007

3.3- POPULAÇÃO DE ESTUDO

Moradores da região do Butantã, com 40 anos ou mais, usuários do SUS, com rendimento mensal até 3 salários mínimos, que fazem uso de pelo menos 1 medicamento, e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Anexo II), elaborado de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Cinco pessoas foram aceitas no grupo pesquisado por solicitação, por serem responsáveis por pacientes que necessitam de medicamentos, e entenderam os objetivos da pesquisa, como uma possibilidade de expor suas opiniões. A inserção no

grupo se deu pelo critério do rendimento dos pacientes que eles representaram (inferior a 3 salários mínimos).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP-SP, com protocolo número 1701/2007.

3.3-1. FORMAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Foram construídos 3 grupos focais, tendo como critério de homogeneidade a necessidade de uso de medicamentos e a renda.

GRUPO 1:

Usuários de medicamentos de uso contínuo, participantes de grupos de Diabéticos e Hipertensos, na região do Butantã.

O convite foi feito verbalmente, durante as reuniões dos grupos, pelas dirigentes. Registrou-se o nome e telefone das pessoas que manifestaram interesse em participar. Posteriormente, foram contatados por telefone para serem informados do endereço onde ocorreria a reunião, (sala de uma igreja católica no bairro).

GRUPO 2:

Empregou-se a técnica "Bola de Neve", (indicações da rede de relacionamentos do grupo inicial) a partir da manifestação da pesquisadora a respeito da intenção de formar um grupo com pessoas que usassem medicamentos de alto custo, ou que precisassem deles e ainda não os estavam conseguindo. Foi registrado o nome e telefone de cada pessoa indicada, para contato posterior. Os convites foram feitos por telefone, após explicação do objetivo da pesquisa. Algumas participações surgiram espontaneamente a partir da rede de relacionamentos na região.

GRUPO 3:

Moradores de uma favela da região (Assunção), foram convidados pela presidente da Associação de Moradores, após contato pessoal da pesquisadora com aquela líder da comunidade.

A elegibilidade deste grupo teve como objetivo verificar se existem diferenças no acesso, visto que na pesquisa de referência *(SILVA, 2006), houve diferença nas porcentagens de compra e acesso gratuito, nos domínios de favela e não favela. O critério de inclusão foi o mesmo dos outros grupos: ter 40 anos ou

mais, ser usuário do SUS, ter rendimento mensal até 3 salários mínimos, estar fazendo uso de pelo menos 1 medicamento.

Foram convidadas 15 pessoas para compor cada grupo, contando com um índice de falta de 20 a 30%, de novembro de 2008 a fevereiro de 2009. Os grupos se reuniram em dezembro de 2008, fevereiro, e março de 2009.

Trabalhou-se com 11 participantes no grupo de Diabéticos e Hipertensos, 12 participantes no grupo de usuários de medicamento de alto custo, e 8 participantes no grupo de moradores da Favela Assunção.

Os dados dos participantes foram coletados em fichas conforme o anexo IV.

Os sujeitos da pesquisa foram comunicados sobre a liberdade de se retirar do local da reunião e, encerrarem sua participação. Em sua maioria, os participantes permaneceram até o final, mesmo os mais tímidos. As discussões em grupos duraram em média 1 hora e 30 minutos.

Os grupos foram dirigidos por um facilitador (Relações Públicas), auxiliado por uma relatora (Psicóloga), que fez anotação das observações pertinentes a cada grupo.

Foi preenchida uma ficha (Anexo IV), de cada participante, com o dados pessoais e nome dos medicamentos de que faziam uso. Nesta ficha usamos a identificação de MED 01 a MED 31, para nos referirmos a qualquer um dos 31 participantes, preservando o sigilo da pesquisa.

A pesquisadora esteve presente na condição de observadora.

As discussões transcorreram centradas em 5 perguntas:

1- O que significa a necessidade de tomar remédios?

2- Como é sair de casa em busca dos remédios de que precisam?

3- Como vocês fazem quando não conseguem o remédio que precisam, gratuitamente?

4- O que é um remédio caro?

5- Como vocês conseguem os remédios mais caros?

3.4- ANÁLISE

Para analisar o conteúdo dos grupos focais, optou-se pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com a utilização do software Qualiquantisoft, versão 1.3C, (LEFRÈVE E LEFRÈVE, 2003).

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma reunião ou agregação de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte deste todo e, este todo constituído por estas partes. Deve expressar um posicionamento próprio, original e específico de uma coletividade (LEFRÈVE E LEFRÈVE, 2003).

Ressalta-se que a construção do DSC, é um processo complexo, subdividido em vários momentos, efetuado por meio de operações realizadas sobre o material coletado na pesquisa. Para que se produzam os DSCs, são necessárias quatro operações:

- Identificar as Expressões-Chave (E-Ch),
- Idéias Centrais (ICs),
- Ancoragens (ACs),
- Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs).

As Idéias Centrais (ICs) e as Ancoragens (ACs) que são, na técnica do DSC, o equivalente às Categorias, tem a função de identificar, nomear e distinguir posicionamentos, ou opinião semelhantes (LEFRÈVE E LEFRÈVE, 2003).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PERFIL DOS PARTICIPANTES

GRUPO I

O grupo I foi composto por 11 participantes em uso de medicamentos contínuo, em sua maioria hipertensos. A maior parte do grupo referiu outras patologias como Diabetes, Angina, Osteoporose, Glaucoma, e Vasculopatias. A média de idade dos participantes foi de 58,4 anos de vida, variando de 46 a 76 anos. O sexo feminino foi o mais presente. Quanto à cor, negros, pardos e brancos, compuseram o grupo. A renda média foi de 2 salários mínimos. A maior parte do grupo referiu ser casado ou viúvo. A escolaridade do grupo variou de 1º grau incompleto (a maioria) até o nível superior. Dos dois participantes de nível superior, um referiu estar desempregado a mais de um ano, e a outra participante, é professora e irmã de um usuário de medicamentos com 48 anos de idade e história de AVC Hemorrágico, com seqüelas incapacitantes. Há quatro anos, ela passou a ser arrimo da família sendo responsável pelo tratamento, cuidado e aquisição dos medicamentos do irmão e do pai.

Todos referiram ter cartão SUS e matrícula em UBS. Um participante referiu convênio com sindicato dos metalúrgicos; 1 participante refere que paga consulta de especialista em Neurologia para o irmão, devido à dificuldade de conseguir na rede pública. Todos os participantes recebem pelo menos 1 medicamento nos postos de saúde. Alguns conseguem a maioria dos medicamentos que precisam. A média de medicamentos usados foi de 7,7 medicamentos, variando de 1 a 11 medicamentos. A média de medicamentos adquiridos em UBS foi de 3,7, variando de 0 a 8 medicamentos. A média de medicamentos comprados foi de 2,6, variando de 1 a 8 medicamentos. Alguns participantes referiram ajuda da família para compra de medicamentos que não conseguem na rede pública.

Destacamos neste grupo, que a maioria faz parte do Programa Remédio em Casa, referindo que recebem medicamentos para hipertensão e diabetes, e que este programa traz tranqüilidade e segurança para os participantes.

As profissões referidas foram: Professora, Aux. Administrativo, Tec. Refrigeração, Tec. Radiologia (desempregado), Governanta, Aux. Serviços gerais, aposentados, pensionista e do lar.

Este grupo foi o mais empolgado nas discussões e na exposição de seus sentimentos, também foi o grupo em que se encontrou dificuldade para encerrar a discussão, pois estavam tão à vontade que queriam continuar.

Neste grupo, algumas pessoas estavam sendo contempladas com medicamentos de alto custo, e outras estavam precisando, porém não tinham nenhuma orientação sobre este direito e o caminho a ser percorrido para ter acesso.

O GRUPO II

O grupo II foi composto por 12 participantes, usuários ou que estivessem precisando de medicamento de Alto Custo. A maioria do grupo era de mulheres, aposentadas ou do lar, com renda média de 2,1 salários mínimos, variando de 1 a 3 salários. Duas (2) participantes referiram renda maior, porém estavam representando suas mães. A média de idade foi de 67 anos de vida, variando de 41 a 89 anos. Quanto à cor, a maioria era branca,

A maior parte do grupo era constituída por casados ou viúvos. A escolaridade mais freqüente foi 1º grau completo, e destaca-se a participação de duas mulheres analfabetas. Todos referiram ter cartão SUS e matrícula em UBS. A minoria referiu ter convênio, porém usam o SUS, tanto para consulta como para pegar medicamentos. Onze (11) referiram fazer uso de medicação contínua, e uma participante refere fazer um tratamento dermatológico por tempo determinado. As patologias referidas foram: Hipertensão, Diabetes,"Sistema Nervoso", Depressão, Artrose, Câncer de Próstata, Anemia, e Alzheimer (representada pela filha).

A média de medicamentos usados foi de 4,9, variando de 1 a 10. A média de medicamentos adquiridos nas farmácias de alto custo foi de 1,6 medicamentos, variando de 0 a 4. A média de medicamentos adquiridos em UBS foi 1,75, variando de 1 a 5 medicamentos. A média de medicamentos comprados foi dois (2) medicamentos, variando de 0 a 7 medicamentos. Vários participantes referiram ajuda dos filhos e familiares para compra de algum medicamento.

Parte deste grupo freqüenta um grupo de idosos, que se reúne semanalmente, na Associação de Moradores do Jardim de Abril, para discutir suas dificuldades, problemas de saúde, e também promovem atividades de lazer juntos. Três participantes estavam representando parentes que precisam do medicamento de alto custo. A participação deste grupo foi bastante calorosa apesar da timidez inicial, pois todos manifestavam o desejo de contar em detalhes as dificuldades de conseguir os medicamentos e em alguns momentos as respostas se atropelavam, tornando-se difícil ouvir cada resposta e posteriormente a digitação das falas.

A pergunta 3 - O que fazem quando não conseguem o medicamento, provocou uma resposta, num primeiro momento, em tom de indignação e foi unânime: eles teriam que comprar. Depois, disseram que pedem dinheiro emprestado ou ficam sem o medicamento. Houve relatos de uso dos comprimidos em dias alternados, para que a medicação fosse usada por um período maior. Alguns chegaram a dizer que há situações dramáticas em que, ou se compra a comida ou, se compra a medicação.

Os participantes entraram no assunto que seria abordado pela questão de número 5, atropelando o facilitador do grupo, tal era a ansiedade deles em expor suas experiências. Os relatos foram detalhados, desabafando, fazendo sugestões e trocando informações entre os colegas. Explicaram sobre: formulários, relatórios médicos, exames, as três vias de receitas com cópias de cada medicamento, e cartão do SUS. Explicaram que era necessário um "calhamaço de papelada" para que se conseguisse a medicação. Disseram que a equipe médica analisa e avalia o perfil de cada um, de acordo com os relatórios médicos e exames. Muitos deles precisam voltar várias vezes ao mesmo lugar, quando falta alguma assinatura ou CPF do médico ou o carimbo com o número do CRM. Também concordaram que um posto de saúde funciona diferente de outro, e que a diferença de atendimento, é muito grande, tanto na forma de tratamento, como no acesso ou não aos medicamentos que precisam.

Em todas as perguntas, houve concordância de respostas, exceto em casos onde os procedimentos e exigências são diferentes, dentro da rede pública.

Há Unidades Especializadas que não possuem impressora, ou que a mesma está sempre quebrada, e o médico tem que preencher os diversos formulários à mão,

fazendo com que a fila de espera, demore ainda mais. Há filas enormes nos poucos postos de entrega de medicamentos. É comum ver filhos acompanhando pais idosos, pais acompanhando filhos com alguma enfermidade rara, crianças chorando. Pessoas que deveriam estar em primeiro lugar na fila, estão em último lugar, ou vão para o último, apesar de terem chegado primeiro, por terem aguardado na fila errada. Nos relatos percebeu-se, que no PAM Maria Zélia, a organização é maior, do que nos outros endereços citados. Segundo eles, o portão de entrada abre às 6h30 e muitas vezes, eles ficam no escuro aguardando até acenderem as luzes. E, neste horário, muitas vezes, já há fila de espera.

O GRUPO III

O grupo III, formado por moradores da Favela Assunção, localizada na região, contou com a participação de 8 mulheres, com média de idade de 52,8 anos de vida. Este grupo foi o mais homogêneo, pelas condições socioeconômicas e culturais. A maioria tem menos de oito anos de estudo, e duas participantes são analfabetas. A minoria referiu renda de 1 a 2 salários mínimos, como pensionista, auxiliar de serviços gerais e empregada doméstica e a maioria se declarou sem renda. Foi mais freqüente a referência de ser "do lar". Quanto ao estado civil, eram casadas, separadas, solteiras e viúvas. Todas referiram ter cartão SUS e matricula em UBS. A maioria faz uso de medicação contínua, com maior freqüência para Hipertensão. Outras patologias citadas foram: Diabetes, Labirintite, Úlcera e "Sistema Nervoso".

A média de medicamentos usados foi 3,4 variando de 1 a 8. A maioria dos medicamentos são adquiridos nas UBS da região. Algumas participantes referiram que quando não conseguem os medicamentos na UBS, ficam sem a medicação. Duas (2) participantes saíram para buscar netos na escola (na mesma rua) e retornaram em seguida. Uma participante se retirou antes de terminar a discussão. Este grupo, apesar de ser composto por pessoas que se conheciam, foi o que apresentou as respostas mais curtas, e limitadas. Sem se aprofundar nas respostas, nem nos sentimentos que envolviam alguns problemas relatados.

Não se percebeu uma apropriação da saúde como um direito de cada cidadão. Percebem-se relatos de pequenas "alegrias" quando conseguem o que precisam como uma "benção divina", e não como dever do Estado.

A reunião deste grupo ocorreu na Associação de Moradores. Destaca-se que as condições ambientais desta população são bastante insalubres, pois a comunidade cresceu nos últimos 20 anos, com a construção de barracos margeando um córrego. Hoje existem vários barracos sobre o córrego.

Com o crescimento do bairro, de forma desordenada, muitas construções recentes, canalizaram o esgoto até o córrego, o que produz mau cheiro e proliferação de ratos. Em períodos de chuva, o córrego transborda invadindo os barracos. Esta comunidade classifica-se de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) no grau 5 e 6, respectivamente, vulnerabilidade alta e muito alta, (SEADE, 2003).

As entrevistas foram gravadas em fita K7, após autorização prévia de cada grupo. Posteriormente foram transcritas pelo pesquisador, gerando 3 relatórios.

A análise do conteúdo foi feita a partir da leitura e releitura de cada grupo, bem como da escuta das fitas identificando mudanças de tom de voz, tentando extrair sentimentos e valores, que pudessem dar mais riqueza ao relatório final.

Antes da conclusão da pesquisa, os relatos foram discutidos em 2 apresentações para o orientador, e um grupo de pesquisadores, onde foram discutidas as falas, e a construção dos discursos, buscando evidenciar a riqueza do material encontrado para que este não se limitasse à visão e ao entendimento apenas do pesquisador, conforme sugere TURATO (2003).

AS RESPOSTAS

Cada uma das 5 perguntas gerou várias respostas, nos 3 grupos, que foram agrupadas em idéias centrais (IC), e resultaram em respostas categorizadas por semelhança.

1- O que significa a necessidade de tomar remédios?

1A - Qualidade de vida,

1B - Necessidade e Dependência do remédio,

1C - Sofrimento de precisar do medicamento, e ter dificuldade para consegui-lo,

1D - Necessidade de manter visão.

Ressaltamos que a resposta 1D, ocorreu apenas no grupo I, onde havia 3 pessoas com problemas oftálmicos, 2 com glaucoma e 1 que tinha feito um transplante de córnea. Esses 3 participantes faziam uso de mais de um colírio, várias vezes ao dia.

OS DISCURSOS

1A – A qualidade de vida

> *Ter uma qualidade de vida melhor, se medicar para ficar com um nível de saúde legal, né. O médico passou o remédio, e eu me sinto bem com o remédio. Eu necessito de viver, temos que ir vivendo, enquanto tomamos o remédio, para melhorar a saúde, a saúde é importante. A doença chega sem você perceber, e você tem que conviver com isso, tem que ter o remédio para conseguir viver melhor. (Grupo I)*

A busca da qualidade de vida, e o entendimento que o medicamento pode restabelecer a saúde, após a ingestão de um comprimido, foi um sentimento exposto por vários participantes. A expectativa é que de forma quase instantânea, o medicamento pode retirar a dor, corrigir a pressão, fazer dormir.

A compreensão da qualidade de vida, como ausência de mal estar ou dor, transfere para o comprimido ou para a ausência deste, a compreensão de que o medicamento é um símbolo (LEFÈVRE,1983,1987, 2001). A doença chega, trazendo insegurança, fragilidade, dependência do medicamento, dependência de terceiros, dor e medo do amanhã. O entendimento de que esses medicamentos ajudam a manter a qualidade de vida foi um ponto em comum nos grupos. Oliveira, Bermudez, Osório-de-Castro, (2007) ressaltam a importância da garantia do acesso a medicamentos essenciais, pois resulta na melhoria das condições de saúde e vida, resultando em melhor qualidade de vida da população.

1B – A necessidade do remédio.

> *A medicação que eu tomo, é importante para o controle, isso é essencial, para se viver. Eu tomo 9 tipos de remédios pra não passar mal . A gente é movida a remédio, mais não tem outro jeito, tem que tomar para sobreviver, é muito difícil, tenho vários problemas de saúde. O remédio é uma necessidade. Tomar remédio é melhor, que ficar passando mal, eu tomo, é melhor tomar, que*

passar mal, isso acontece, as vezes por falta de um comprimido. Meu pai, também toma muitos remédios, se ele não tomar, é perigoso ele morrer, a pressão dele é muito alta, é horrível, ele passa muito mal mesmo. (Grupo III)

LEFÈVRE,(1991), refere que o paciente crônico, consome cronicamente o medicamento, que por sua vez, trata-se de uma mercadoria, nesse sentido representa para o indivíduo uma necessidade, que a mercadoria medicamento deve satisfazer.

> "Alguns pacientes passam então a viver a hipertensão como uma necessidade e conseqüentemente o uso do medicamento para o enfrentamento de uma condição (a pressão alta) ou seja, dos sintomas, ou do que os pacientes crêem ser os sintomas da pressão alta: tontura, náuseas, enjôo, inchaço, nervosismo. ... sua condição de portador de sintomas ou sensações internalizados como necessidades."(LEFÈVRE, 1991)

1C – O sofrimento por saber que não pode ficar sem...

É ruim, porque as vezes, você vai no posto, ai eles (os médicos) passam a receita. No posto não tem, é "carinho", então tem que comprar né, e se tiver o dinheiro toma, se não tiver, tem que esperar até chegar o dinheirinho, para tomar. Aí, agüenta coração. Tomar remédio é um sufoco, não tenho dinheiro para comprar, é complicado, muito complicado, porque tem remédio aqui, que eu não encontro, então as vezes eu fico sem o remédio uns dias, até eu conseguir ou ter o dinheiro para comprar, é muito difícil. (Grupo III)

O entendimento de que o medicamento é a solução para os problemas de saúde é tão forte, que resulta num sofrimento, a possibilidade de não tê-los. A percepção, de que ficar sem o medicamento, leva a conseqüências, a possibilidade de ter um agravamento, ou elevação da pressão, expressa neste grupo, ressalta uma preocupação cotidiana, de precisar, e, não ter condições de comprar. Os participantes do grupo III, referem que dependem integralmente da rede pública. Algumas pacientes referiram que a falta do remédio da pressão, leva também a um aumento do "nervosismo", pelo medo de passar mal. Indivíduos com doenças crônicas, incorporam como uma de suas preocupações cotidianas, a de não ter remédio continuamente para seus tratamentos.

1D – A necessidade de manter visão.

Eu fiz um transplante agora né, eu perdi a visão, mas eu tenho que usar um colírio para o resto de minha vida. Eles, falam que num dão, também tem esse colírio aqui, esse eu ganho. Minha pressão no olho chegou a quase 30, eu uso esses três colírios, esse aqui, não tem na rede pública, eu compro, esse aqui, eu tenho que receber lá no alto custo. A gente que tem glaucoma, se não usar, fica cego, né. O remédio do glaucoma, eu não posso ficar sem, são caríssimos, como eu falei, são caros e a gente não acha em parte nenhuma, se não comprar, eu fico cega. (Grupo I)

Apenas o grupo um (I), trouxe essa questão tão importante, e pouco discutida na área da saúde, que é a necessidade de colírios, alguns muito caros para a maioria da população. Estes colírios, nem sempre são contemplados pela rede pública, mostrando uma preocupação relevante com este problema. É uma situação muito delicada, tanto para quem tem glaucoma e sabe que pode perder a visão a qualquer momento, como para quem já perdeu a visão, e conseguiu um transplante, depois de passar pela espera, de uma córnea. Os colírios, para esses pacientes são como "gotas de luz" que, segundo a paciente, mantém a qualidade da córnea, mantendo a visão. O medo de perder a visão é uma situação dramática, que palavras não são suficientes para explicar, a paciente transplantada se comoveu muito, ao fazer seu relato.

REGINA, (2006) refere que a visão tem um relevante papel na interação do ser humano com seu meio, seus semelhantes, na constituição de si mesmo e na avaliação da auto-estima. Uma vez prejudicada, há desdobramentos que se traduzem em sofrimento psíquico devido a possível perda da visão.

MORENO *et al (2003),* em um estudo com 42 pacientes, sobre o conhecimento dos procedimentos em um transplante de córnea, identificou que 10% desses pacientes, não estavam usando os colírios prescritos, por falta de dinheiro para comprá-los. Ressalta ainda, que colírios em sua maioria usados rotineiramente nos pós operatórios imediato e tardio, são de fundamental importância para a o sucesso do transplante e recuperação da visão.

A pergunta 2:

Como é sair em busca dos remédios que precisam?

2A - Recebo meus remédios em casa e estou satisfeito,

2B - Indignação pelas dificuldades, e impotência diante da realidade.

2C-Má divulgação dos programas, falta de informação, diferentes regras e protocolos,

2D- Impossibilidade, falta de alfabetização, limitação da idade, dependência de terceiros,

2E- Sentimento de desconforto, inferioridade, e humilhação.

OS DISCURSOS

2A-Recebo meus remédios em casa...

> *Determinadas doenças, recebe o remédio em casa, eu to recebendo. É bom, eu to satisfeita, sou muito bem atendida, a médica passa a receita, eu entrego a receita para a enfermeira, quando inteira 15 dias, a gente recebe o remédio, esta tudo certo, não tenho o que reclamar. Depois que meu remédio foi em casa, minha pressão mudou tanto. Esse programa de entregar o remédio em casa, eu sou muito bem atendida. Mas deveria ser mais divulgado, que tem pessoas que nem sabe que existe esse programa. Quando o Prefeito tava falando na televisão, na campanha dele, ele falou do Remédio em Casa. Muita gente falou: Eu não sei desse programa! Eu nem sei se isso existe! Isso não existe! - Eu disse para minha vizinha: - Existe, eu recebo o meu remédio em casa. Só não sei, porque não é mais divulgado? Por que só falam das coisa boas, na época da campanha? (grupo I)*

O Programa Remédio em Casa, iniciado na cidade de São Paulo em 2005, (SP, 2005b), foi a melhor referência dos participantes da pesquisa. Os benefícios que o Programa traz, foram relatados pelos pacientes, com empolgação. Ressalta-se que o programa possibilita o acesso aos medicamentos, com entrega domiciliar, a cada 90 dias, redução do número de idas do paciente à unidade para buscar medicamentos, maior aderência ao tratamento, maior controle pressórico e metabólico, que num futuro próximo poderá possibilitar a redução da morbimortalidade. Os pacientes que aderem ao programa, também contam com a garantia de agendamento da consulta de retorno, maior freqüência de exames de controle glicêmico e também vínculo com a equipe multiprofissional. A pontualidade da entrega dos medicamentos, garante aos pacientes a manutenção do tratamento, produzindo conforto emocional, segurança, sentimento de valorização, por ter o seu medicamento assegurado com regularidade e, gratuidade, percebida nos diversos relatos.

OBS: Identifica-se em busca na internet, diversas iniciativas de governos municipais instalando este programa, porém não localizamos nenhum trabalho publicado de avaliação, provavelmente pelo curto período de implantação.

2B - Dificuldade para conseguir gratuitamente...

É meio constrangedor, saber que não vai encontrar, é dificultoso, tem que correr atrás, você chega na farmácia do posto, não tem, vai na outra, não tem, vai na 3º, não tem, indicam pra gente, "em tal lugar eu encontrei", então a gente corre lá, chega lá, já acabou. Não tem mais! É difícil! - E a gente fica impotente. O remédio para pressão, não tinha, é uma barra pra você achar. O da labirintite, só tomo quando to muito ruim, porque o dinheiro ta difícil, no posto não tem, compro só uma cartela. É difícil! Não agüento ficar sem o remédio da ulcera, dói demais. Quando a gente guenta, vai sentindo dor, se tem alguém da família que pode ir, vai buscar pra gente. No outro dia fui no posto 2 vezes , a fila da farmácia tava muito grande, voltei para casa e fui outra vez, porque meu remédio tinha acabado, não posso ficar sem. (grupo III)

O primeiro mês eu fui buscar, já não tinha, voltei para casa sem o remédio, o segundo mês eu consegui, ai eu tenho que ter as receitas para o terceiro mês. Fui buscar para minha amiga, a moça da farmácia mandou eu voltar em outra data, que não tinha o remédio, minha amiga ficou nervosa, se faltar o remédio, ela fica agoniada, porque ela não pode ficar sem.(grupo II).

Alguns estudos mostram que em diversas cidades brasileiras a dispensação dos medicamentos é irregular e não atende a 100% das prescrições: SANTOS 2004b, cita 60%, com variações entre 7,8% a 75,1%, em 10 unidades públicas em Ribeirão Preto (SP). CARVALHO et al 2003, refere 89,6%, KARNIKOWISKI 2004, em 50 unidades de saúde em 11 cidades brasileiras, a média de medicamentos essenciais disponíveis foi de 55,4%, na cidade de São Paulo, este índice cai para 36%. PANIZ 2008, cita 81% entre adultos e 87% entre idosos, no Sul e Nordeste do Brasil.

Neste estudo, os participantes deixam claro que acesso não é universal e, há várias referências a compra de medicamentos, não adquiridos na rede pública. Os participantes que não compraram os medicamentos não adquiridos gratuitamente, referiram que não o fizeram por falta de recursos. O descontentamento e a frustração dos participantes da pesquisa, por não serem atendidos integralmente, são percebidos em diversos discursos. Oliveira (2006), cita que o abastecimento irregular de medicamentos, pode promover o descontentamento da população.

ARRAIS et al (2007), referem num estudo de base populacional em Fortaleza que 86,6% dos medicamentos foram adquiridos no setor privado.

2C- A má divulgação dos programas...

Esse medicamento, no Varzea do Carmo, eles estão entregando em casa. Cada lugar é uma forma de entrega. Aqui entrega, aqui não entrega, você tem que ir pesquisando, andando e informando para as pessoas. Esse programa de entregar o remédio (de alto custo) em casa deveria ser mais divulgado, vou passar pela primeira experiência agora, mas eu descobri sozinha, ninguém me informou, lá dentro, eu é que fui atrás, procurei informação, desse sistema de entrega no domicílio. Poucas pessoas sabem que pode. Não são todos os medicamentos. O segundo mês eu consegui, ai eu tenho que ter as receitas para o terceiro mês. Agora me inscrevi para receber em casa, vamos ver como funciona. Se der certo vai ser muito bom. (grupo II).

Desde o final de 2007, o governo do Estado de São Paulo iniciou a distribuição de medicamentos de uso contínuo diretamente nas residências de pacientes da cidade de São Paulo. Inicialmente receberam o benefício os portadores de esquizofrenia e epilepsia, e posteriormente o benefício se estendeu a outras patologias. A entrega de medicamentos em casa começou pelos pacientes cadastrados no PAM Várzea do Carmo, na região central da cidade. Os pacientes cadastrados não precisarão mais comparecer às farmácias para retirar os medicamentos de alto custo, somente para entrega de exames e atualizações de laudos, de acordo com o protocolo de cada patologia.

Esta importante iniciativa, já está disponível, contemplando o tratamento de algumas patologias, porém a falha neste tipo de serviço é preocupante, e necessita de ajustes para atender satisfatoriamente a população, como mostra reportagem do Jornal da Tarde.

> "Pacientes que recebem medicamentos de alto custo em casa enviados pela Secretaria de Saúde de São Paulo reclamam que a entrega está atrasada. Ontem, dezenas de usuários nessa situação, lotaram o Pronto Atendimento Médico (PAM) da Várzea do Carmo, no Cambuci, região central da cidade. O tempo de espera foi de quase quatro horas, o que provocou muita reclamação da unidade. Só uma funcionária fazia o atendimento. Mesmo assim, estava sem computador e para verificar cada caso tinha que ir para uma sala informatizada distante, o que emperrava todo o atendimento. Algumas pessoas tiveram sorte e saíram com o

remédio. Outras, não tiveram o caso solucionado. A Secretaria Estadual de Saúde nega que a entrega esteja atrasada." Jornal da Tarde, de 30/12/2008

2D- As impossibilidades...

É uma experiência péssima, péssima. Conheço uns 20 postos de saúde, em função de ter que ir buscar o medicamento pro meu irmão, ele está paralisado na cama, há 4 anos. Virei arrimo de família, desde então, cuido dele e do meu pai.

Num posto, disseram que a receita tinha que ser da rede pública, ele ta paralisado, é cadeirante, tem 1m e 85cm, e eu sou pequenininha como vocês estão vendo, eu teria que carregar ele no colo, teria que ter alguém para me ajudar a levar ele no posto, marcar uma consulta para o médico olhar para ele, porque o remédio é contínuo, não mudou nada. O estado dele não muda, é constante, ele precisa sempre. É um absurdo que eu tenha que ir naquele posto de saúde, falar com aquele neurologista, que não tem, pra que o médico daquele posto me dê a receita. Olha a falta de bom senso. No outro posto, falei com a diretora, ela me deu. (GrupoI)

Eu também pego remédio para minha amiga, ela não sabe ler, já tá de idade, não pode mais andar sozinha, necessita daquele remédio, tenho que ir pegar, eu sempre vou pegar pra ela, os filhos não podem faltar o trabalho, ela não tem leitura, ela vai comigo, eu não tenho muito conhecimento, dessa vez eu consegui pegar o remédio, da outra vez não tinha, voltei para casa sem. (grupo II)

2E- O desconforto, o sentimento de inferioridade, a humilhação...

A pessoa passa o dia inteiro naquela espera, as vezes sem alimentação, as vezes desmaiando, por que não tem alimentação, nem dinheiro para comprar. A criançada chorando, pedindo alimentação, a mãe não tem, é um sofrimento horrível! Quem toma parte nisso sofre, porque a sua dor se mistura com a dor do outro. As pessoas precisam de mais informação, de orientação. O pior de tudo é a falta de informação! É um sofrimento tremendo, as pessoas reclamam muito, a pessoa que tem um pouco de consciência, fica até doente de ver. Essa aqui, pegou a fila errada, vai para a outra, lá no final. Tinha chegado a vez dela, estava em primeiro lugar, tem que ir pro último da outra fila. Isso é coisa que a gente passa nessa vida! É luta, é sofrimento! (grupo II).

Os sentimentos referidos de dificuldade, impotência, falta de informação, impossibilidades, dependência de terceiros, passar o dia inteiro em uma fila, nos remetem a um sentimento comum, que se traduz em uma palavra: sofrimento, e também podemos referi-lo como violência emocional.

A violência emocional, passa pelo uso de palavras inadequadas, formas de tratar as pessoas com arrogância, agressividade, indiferença ou ações que constrangem, machucam, e humilham. O uso abusivo de uma posição de autoridade, que resulta em ferimentos, sofrimento, tortura ou morte. Luz, (1979) refere, que existem outras formas de violência, entretanto, além da força física, que são até mais agressivas, opressoras, dominadoras e complicadas de encarar, pela sutileza com que se escondem no nível macro estrutural, no contexto institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos. O autor acima também acentua que o poder institucional divide os indivíduos entre comandantes e subordinados obedientes. As relações sociais assumem a forma de tutela, de dependência e favor; robustecendo o poder e saber vigentes pela obediência à hierarquia e as regras dominantes.

A pergunta 3:

Como vocês fazem quando não conseguem o remédio que precisam gratuitamente?

A - Pega remédio emprestado, consegue ajuda de terceiros,

B - Procura em outros postos, corre atrás, insiste,

C - Compra o remédio,

D - Fica sem o remédio,

E - Corta despesas para poder comprar o remédio,

F - Muda o esquema terapêutico.

OS DISCURSOS

3 A - Remédio emprestado e ajuda de terceiros...

Toda vez que eu precisei, de um lado, ou de outro, eu consegui, porque eu nunca deixei de tomar, e quando alguém toma o mesmo remédio, me empresta, as vezes eu acho no posto, arrumam pra mim, porque eu não fico sem mesmo, não tem jeito de eu passar sem ele, eu empresto também, quando eu vejo uma pessoa com o mesmo problema, principalmente o do estomago, a pessoa tá com muita dor, e não tem o remédio, eu também divido, eu empresto 2, 3 comprimidos pra aliviar a dor daquela pessoa, como alivia a minha. A pessoa ganha pouco, que nem dá pra viver, às vezes ganha aposentadoria. Às vezes, a gente sabe que a pessoa tá necessitando daquele remédio, a família num pode comprar, aí a gente se une, um dá um pouco e outro dá um pouco. A questão é se comunicar, cada um da um pouco, pra conseguir comprar, e mesmo assim muitas

pessoas ficam sem o remédio. Se a gente encontrasse sempre os remédios, não precisava a gente passar por isso. Os remédios do meu pai é difícil de achar, as vezes eu não tenho dinheiro para comprar, aí tenho que pedir ajuda pros meus irmãos. (grupo III)

3B- A procura em outros postos e persistência...

As vezes você sabe que não vai encontrar o medicamento, então você tem que correr atrás. Fui pegar no outro posto ao lado da Francisco Morato, que trabalho ali perto, a moça não me deu, e no meu posto não tinha. Eu faltava no serviço e ia procurar, fui lá no Glicério pegar, eu precisava do remédio. Eu tive um problema com o remédio que não tinha chegado, aí eu fui falar com diretor do posto. Eu fico perguntando pra quem tá na fila: - Se sabe onde eu consigo este remédio? - Em que posto pega?(Grupo I)

3C- A compra do remédio...

Compra, tem que comprar, você precisa dele! Minha filha compra para mim todo mês, 3 remédios que não tem no posto. Tive que comprar, mais 2 vezes, porque no posto não tem. O que eu tomo para pressão, eu também tenho que comprar, já gastei no mês cento e cinqüenta reais, para comprar um tanto, pra não tá comprando todo dia, que vem uma caixinha com uma cartelinha só. Meu patrão me deu o dinheiro, eu fui na farmácia comprar, porque tava me sentindo mal e no posto não tinha. (Grupo I)

3D- Impossibilidade de comprar, ficar sem o remédio...

E quem não tem para comprar, fica sem! Não posso comprar, eu tenho que pegar lá no posto, eu não posso comprar, eu tenho só um filho que me ajuda, então, pra mim fica difícil. Não posso passar um dia sem. Teve um dia que acabou o remédio, eu corri lá no posto e não tinha, ai eu fiquei muito ruim em casa. Muito ruim, eu passo mal, eu vou no posto todo mês, enfrento a fila, se não, eu fico sem. Eu não posso ficar sem tomar e não posso comprar. (Grupo III)

3E- Cortar despesas para poder comprar...

Eu dou um jeito e compro, deixo outras coisas de lado, para comprar o remédio, porque eu não fico sem mesmo, não tem jeito de eu passar sem ele. É difícil, é difícil, porque com a dificuldade que ta hoje, então as vezes a gente deixa de comprar uma outra coisa de alimentação, para comprar os remédios. Se a gente encontrasse sempre os remédios, não precisasse a gente tirar da boca para compra os remédios, seria muito melhor. A gente deixa de comprar o alimento pra dentro de casa, porque a gente não pode ficar sem o remédio, é muito difícil isso daí. Quantas vezes acabou o gás e o remédio ao mesmo tempo, aí o que eu fiz, comprei o gás fiado, porque o remédio

eu não ia consegui comprar fiado. O gás eu consegui, baseado porque eu tenho conhecimento, quer dizer, se eu conseguisse esse remédio, se não precisasse comprar, eu tinha o remédio e tinha o gás, não precisava comprar o gás fiado. E outras coisas também que a gente deixa de ir num lugar, porque a gente só tem aquele trocadinho, e precisa do remédio, aí a gente não vai e compra o remédio.(Grupo III)

3F- Mudanças no esquema terapêutico...

Toma um chazinho, calmante, chá de ervas, chá de cidreira, chá calmante. Só que a gente fica muito nervosa, fica muito agitada, coisa mais triste, eu já passei por isso, não tinha dinheiro para comprar, claro isso aí tinha que ser comprado, né. Me dava um estado de nervos, eu ia parar na USP (Hospital Universitário), para tomar injeção na veia, de calmante. Esses remédios eram caros, não lembro quanto não, mas era caro, e não tinha no posto.(Grupo III)

Tenho um casal de vizinhos, que perdeu o emprego, eles tem diabetes, um toma medicamento num dia, o outro, toma no outro. Um toma o comprimido hoje, o outro toma amanhã, até conseguir o remédio. É para poder controlar o remédio, fazer o remédio render, e fazer o tratamento, até o dia de chegar e pegar o remédio. É possível, isso? (Grupo II)

A irregularidade de acesso se mostra clara nos discursos, produzindo sentimentos de frustração, indignação, e impotência. As peregrinações, de posto em posto, até conseguir o medicamento, surgem como algo rotineiro para vários participantes, nos 3 grupos.

Hunt e Khosla, (2008), referem que o direito à saúde abrange tanto o acesso a medicamentos essenciais, quanto àqueles considerados não essenciais. Embora quanto a estes, o Estado possua o dever de viabilizar progressivamente o seu acesso; quanto aos essenciais, o Estado possui a obrigação de torná-los imediatamente disponíveis e acessíveis em todo o território nacional. As resoluções da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, confirmam que o acesso a medicamentos essenciais é um elemento fundamental do direito à saúde. As discussões sobre este acesso estão intimamente relacionadas a outros direitos, tais como o direito à vida.

A falta de medicamentos essenciais nas Unidades Básicas de Saúde penaliza predominantemente os indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção gratuita de medicamentos pelo setor público, como única alternativa de tratamento.

As interrupções de tratamento medicamentoso, são especialmente dramáticas para o cidadão mais carente, muitas vezes obrigado a escolher entre comprar alimentos ou os medicamentos, como citado acima. Este paciente, muitas vezes se vê desprotegido e sem saber aonde recorrer para conseguir os medicamentos prescritos.

A mudança do esquema terapêutico inclui chás caseiros como forma de aliviar alguma sintomatologia. Esta opção não se trata de uma decisão com embasamento teórico e conhecimento profundo de Fitoterapia, ou um comportamento Naturalista como filosofia de vida. Trata-se de uma solução caseira de enfrentamento do problema de saúde, pela falta de recursos, e pelas falhas do Sistema Único de Saúde, em atender integralmente a população de baixa renda. O entendimento de que tomar o medicamento em dias alternados, quando se sente muito mal, ou tomar um chazinho para aliviar o mal estar, é melhor de que não tomar nada, é uma prática, comum na população de baixa renda.

Mudança de esquema terapêutico à revelia da orientação médica é uma situação grave, arriscada, que pode trazer conseqüências irreparáveis. Documento da ANVISA (2006), citando pesquisa de OMS, mostra que 50% dos medicamentos são dispensados e usados inadequadamente, apenas 50% dos pacientes tomam medicamentos de forma adequada. Os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos.

Algumas pessoas cortam despesas, ou fazem opções dramáticas entre o gás e o remédio, e alguns infelizmente relataram que ficam sem o medicamento.
Ressalta-se que, metade do grupo que reside na favela referiu que fica sem o medicamento, quando não consegue na rede pública.

O ponto de partida para este estudo, como referido inicialmente, foi o Inquérito Epidemiológico no Município de São Paulo, (SILVA, 2006), onde 42% dos entrevistados, referiram compra dos medicamentos que precisaram e 4% referiram ter ficado sem os medicamentos por falta de recursos para comprá-los.

GUERRA *et al* (2004) em um inquérito em instituições de saúde, em 19 municípios, sobre a disponibilidade de 21 medicamentos essenciais, dentre aqueles mais utilizados no Programa Farmácia Básica do Estado de Minas Gerais, encontrou

46,9%, de disponibilidade nas unidades de saúde públicas, destacando ainda que a disponibilidade de Glibenclamida foi de 21% penalizando indivíduos vulneráveis, com patologias crônicas.

MARQUES (2004), enfatiza que nos debates internacionais a "Acessibilidade a medicamentos" aproxima-se do significado humanitário, remetendo às noções de justiça e equidade.

As falhas na dispensação de medicamentos podem levar a tratamentos ineficazes, pouco seguros, levando ao agravamento de enfermidades e a maiores riscos a saúde.

A PERGUNTA 4:

O que é um remédio caro?

A -Remédios até 50 reais são considerados caros,

B- A partir de 50 reais, os remédios são considerados muito caros,

C- Caro, porque uma caixa não dá o mês inteiro.

OS DISCURSOS

4A – Remédio de 1 a 50 reais...

> *As vezes para uma pessoa que não tem uma condição favorável, 1 real é caro. Eu tenho que ajudar minha neta a pagar aluguel, com essa miséria que a gente ganha, qualquer tostão, cinco reais já é caro, porque "desintera". Não é toda vez que você precisa do remédio que você consegue na rede, aí tem que recorrer na farmácia. Para mim é acima de vinte, é 20 reais, mais depende da situação da pessoa. O da tireóide eu pago vinte e sete reais . Depende do sintoma de cada um, Um remédio caro para mim, igual a esse que eu tomo aqui, é, sem ser o genérico, é 40, 50 reais, para mim é um absurdo. (grupo I)*

4B-Acima de 50 reais...

> *Noventa e pouquinho, eu to usando daquele mais barato, custa uns cem reais, é caro. 200 reais é muito caro, e tem que tomar e se não tomar, a osteoporose te domina, oh, oh, o resultado, é a bengala. A minha mãe toma uma medicação para osteoporose, a caixinha vem 4 comprimidos, custa quase duzentos reais, é muito caro. A pensão dela não paga, é caro, mas eu tenho que pagar, é a minha mãe! (Grupo II)*

4C- Uma caixa não dá o mês inteiro...

Ah, eu acredito que é caro, se eu tiver que pagar, por uma caixinha de remédio que só vai dar uma semana, no final do mês vai me fazer falta, porque eu sou assalariada. Uma caixinha vem sete, oito comprimidos. O meu remédio, se for comprar é caro porque uma caixinha não dá para o mês inteiro. Porque um remédio que você toma dois comprimidos pela manhã e dois a noite, é muito caro, olha, esse aqui oh, vem um vidrinho com 14 comprimidos. É um absurdo isso aqui, se não conseguir no posto eu to ferrada, como é que eu vou tomar. O da labirintite, é sete reais, se eu tiver que pagar, dez reais, quinze reais é caro por uma caixinha de remédio que vem 20 comprimidos, só vai dar uma semana. Eu lembrei de um remédio, que a cartela é 14 reais, eu tomo 2 por dia, para tomar o mês todo é muito dinheiro, né. As vezes não é um remédio só, são vários.(Grupo III)

Estes grupos apesar de perfis diferentes têm em comum um limite de renda. De um modo geral, qualquer valor que for retirado para compra de medicamentos desorganiza seus orçamentos, e os leva a fazer opções do que vai deixar de ser comprado, como foi visto na pergunta anterior. Mesmo os que referem contar com a ajuda de parentes, ou quando os próprios filhos respondem que compram medicamentos para seus pais, existe um teto de possibilidades e, por isso, buscam na rede pública, enfrentam burocracia, ônibus, metrô, e muita fila de espera. FONSECA *et al, (2004),* referem *em estudo quali-quantitativo com 14 doentes, so*bre impacto da doença crônica na família, em sua maioria (85,2%), com renda até 3 salários mínimos, que o gasto com a doença impede a aquisição de alimentos e bens necessários para o consumo da família.

SILVEIRA, OSORIO E PIOLA, (2002), referem que a maior parte dos dispêndios com saúde, nas famílias mais pobres, é direcionada à compra de medicamentos. Quanto mais pobres são as famílias, maior é o peso, entendido como porcentagem da renda familiar, representado pelos gastos com medicamentos. As decisões sobre a aquisição de planos de saúde, de medicamentos, de óculos e gastos afins, para a maior parte da população, têm um impacto significativo no orçamento doméstico, e muitas vezes podem implicar na participação de membros da família que não residem no mesmo domicílio. Filhos zelosos podem ajudar a custear os medicamentos de uso regular indispensáveis à saúde de pais idosos que com eles não coabitam.

SILVEIRA, SERVO, MENEZES E PIOLA, (2007), analisando os gastos das famílias brasileiras entre 2002 e 2003, referem que os gastos mensais com medicamentos, dos 20% mais pobres, chegam a 60% das despesas da família. A análise do peso de cada componente da assistência à saúde no gasto total de cada décimo de renda, observa-se que os gastos das famílias mais pobres estão concentrados nos medicamentos, 79,4% do total de gastos com saúde.

A pergunta 5:

Como vocês conseguem os remédios mais caros?

A – Compra porque não tem informação, ou ainda não está cadastrado no Protocolo de Alto Custo,

B – Teve que comprar, por falta do medicamento ou porque a análise do processo, demorou um (1) mês,

C - Estão conseguindo pelo protocolo de alto Custo,

D- Com persistência, buscando informação, enfrentando muita fila, corredor escuro e humilhação,

E- Se não consegue fica sem.

OS DISCURSOS

5A – Compra...

> *Eu compro, eu fui no posto, já peguei as folhas que o médico tem que preencher, mas estou com muita dificuldade de andar com esse joelho, as minhas filhas não podem faltar o serviço para ir pra mim, então elas me ajudam a comprar. As vezes você chega no posto com a receitinha, eles dizem: esse aqui não ta na lista. A alternativa é comprar mesmo. A alternativa é comprar. Eu também sempre comprei, porque eu não tinha conhecimento, agora eu to me informando, mas pra mim é difícil, minha idade já não permite sair aqui do bairro e correr atrás de tanta papelada, meus filhos e netos se juntam para poder comprar meus remédios. (Grupo II)*

5B- Está inscrito no Protocolo de Alto Custo...

> *Quando chega lá, você enfrenta uma fila enorme para pegar o remédio, e as vezes, não tem o remédio, você volta para casa sem. No mês passado eu fui lá e não tinha, eu voltei sem. Quando eu entreguei o processo da minha mãe, eles mandaram voltar depois de um mês, para pegar o*

remédio pela primeira vez, então eu tive que comprar o remédio porque ela não podia esperar. (Grupo II)

5C- Estão conseguindo...

Eu agora estou conseguindo. Eu também pego para minha mãe, mas no primeiro mês tive que comprar, agora estou conseguindo. Eu também estou conseguindo para o meu filho desde janeiro. Eu busco para minha amiga, as vezes falha, mas ela ta conseguindo. A nossa amiga aqui, oh! A filha dela pega para ela, uma injeção para anemia. (Grupo II)

5D- Com persistência...

O outro teve um ataque de histeria porque tava esperando há mais de 6 horas na fila pra pegar o remédio. Você passa o dia inteiro naquela espera, é um sofrimento horrível. Começa as 7:00, né? Seis e meia, eles abrem o portão, a gente entra até um determinado ponto, tem época do ano que é noite, ai a gente entra naqueles corredores escuros, eles não acendem uma luz, a gente fica sentada, aí as pessoas vão se encurralando, até amanhecer. Ontem, eu cheguei as seis e meia, os corredores estavam escuro. Eu só entrei as 7:30, o horário que é divulgado, nem sempre é cumprido. Agora a pessoa chega de madrugada, as vezes a pessoa ta doente, fica sentadinha ali. É coisa bruta, é luta. A senhora, saiu daqui do Jd. de Abril, foi parar na Liberdade, acompanhada da amiga, chega lá, eles dão um papel, para retirar lá no Mª Zélia. Agora deram um papel, mandaram ela voltar, tinha que levar na Liberdade para carimbar, e voltar de novo, para o Belenzinho. Duas mulheres de setenta anos, andando de ônibus, e cruzando a cidade! Pra outra dizem: Oh, volta lá no médico, e pede para ele por "esse número". Então você depende de marcar uma consulta, que só vai ser daqui a um mês, ou quem sabe 3 ou mais, para o médico por um selinho, né, um número. O meu marido eu tive que levar ele, não conseguia mais assinar, teve a maior humilhação, ainda teve que levar testemunhas, ele chorou muito, é a maior humilhação que fazem a pessoa passar. As pessoas reclamam muito, a pessoa que tem consciência, fica até doente de ver. Eu vou indo, insistindo e vou vivendo! Isso é coisa que a gente passa na nossa vida, né! (Grupo II)

5E- Quem não consegue....

Eu fiquei sem tomar mais de um mês, é muito caro, cada injeção é mil reais. Hoje a minha filha foi lá buscar, se ela trouxer, aí eu tomo, é 3 injeção por semana. Quando eles dão é pro mês todo. Eu fui buscar pra minha amiga, e não tinha, aí a moça da farmácia deu outra data pra eu voltar, aí ela ficou sem o remédio uns dias até eu voltar lá de novo, para ir buscar. Quando eles não dão a gente fica sem, fazer o quê, não tem outro jeito. (Grupo II)

Usuários de medicamentos de alto custo, referiram que quando não conseguem na rede pública, arcam com esse custo quando é possível. Referem ainda que é necessário deixar de comprar outras coisas para comprar o medicamento. Alguns relatos deixam claro o sentimento de humilhação da população. No discurso dos participantes, mesmo no grupo de alto custo, com apenas uma exceção, os participantes não se apropriam do direito, enquanto cidadão, de receber os medicamentos gratuitos. As unidades saúde não estão fazendo caridade, nem benevolência, mas cumprindo, nem sempre satisfatoriamente, determinações legislativas pela melhoria da qualidade da assistência a saúde.

SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA:

- Melhor divulgação do Programa Remédio em Casa,

- Melhor divulgação do Programa de Alto Custo.

- Acesso facilitado da população aos medicamentos de alto custo, com informações claras, com diminuição da burocracia.

- Descentralização dos postos de distribuição dos medicamentos de alto custo, por região, no Município de São Paulo.

-Dispensação de medicamentos nos Pronto Socorros e Pronto Atendimento, com funcionamento 24hs, nos finais de semana e feriados, para que os pacientes não fiquem sem o medicamento até a segunda feira, ou 1º dia útil, após o atendimento emergencial, quando poderão se dirigir a uma UBS para pegar o medicamento.

- Uniformizar protocolos de acesso aos medicamentos em instituições públicas nas 2 esferas do governo, (Municipal e Estadual)

- Que todas as unidades de dispensação de medicamentos do SUS aceitem prescrições médicas indiscriminadamente, quer venham do serviço público ou privado, (o SUS é para todos), desobrigando uma consulta na rede pública, apenas para transcrição de receita ou de um laudo.

- Integração entre a Coordenação da Ação Social e as Supervisões de Saúde, na assistência a idosos impossibilitados ou com limitação de locomoção, para ter acesso a medicamentos de Alto Custo.

AS REDES DE SOLIDARIEDADE:

- As participantes (MED01 e MED06) do grupo I, que não estavam conseguindo os colírios de custo elevado, já estão conseguindo, a partir da reunião do primeiro grupo focal, em dezembro de 2008. Elas receberem orientação e reuniram a documentação necessária para se cadastrar no protocolo de alto custo. O participante MED 9, que relatou estar conseguindo os colírios caros, passou as informações necessárias para que as 2 participantes buscassem na rede pública, os medicamentos que precisavam. O envolvimento destas pessoas na colaboração com a pesquisa, trouxe para estes participantes um ganho em informação e direcionamento para a busca dos seus direitos.

- O participante (MED 11), o mais tímido do grupo, que respondeu que não gostava de falar, não queria reclamar de nada, e que estava satisfeito, em receber o "Remédio em Casa", e que comprava apenas um medicamento que não tinha no posto, (Sinvastatina), foi informado por participantes do próprio grupo, que não precisaria comprar, pois podia se cadastrar na UBS que fazia tratamento, e buscar no Ambulatório de Especialidades da região (AE Peri Peri). Posteriormente, a medicação passou a ser fornecida na UBS onde o paciente tem matrícula.

- No grupo II, nos chamou a atenção, uma participante analfabeta (MED 14) estar conseguindo medicamento de alto custo diante de tanta dificuldade e burocracia, referida nos discurso.

Destacamos a participação desta, em um grupo semanal, com uma assistente social aposentada (MED 17), que atua neste grupo. A mesma pode orientar o caminho a ser percorrido pela participante sem escolaridade, que encontrou no próprio grupo uma parceira.

A parceira, que apesar da baixa escolaridade, porém com desenvoltura e boa vontade, apesar dos 70 anos de idade, se dispôs a enfrentar ônibus, metrô, e muito tempo de espera na fila acompanhando mensalmente a colega de grupo que é analfabeta até a unidade de dispensação do medicamento de alto custo.

- A participante (MED 17), que está conseguindo remédios caríssimos pelo protocolo de alto custo, para sua mãe de 90 anos, comprava um medicamento de

médio custo (Sinvastatina), por desconhecer que este já estava disponível nas UBSs. A participação neste grupo focal possibilitou esta informação.

- Estes relatos, evidenciam a importância de redes de participação popular na busca da cidadania e da garantia de direitos humanos. Experiências exitosas como estas, mostram o quanto são importantes os grupos comunitários em busca de uma sociedade melhor.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi trazer a experiência da população de baixa renda, quanto às dificuldades de acesso aos medicamentos. Alguns relatos evidenciam que este acesso não é universal, apesar do avanço das políticas públicas na área.

É inegável o número de ações governamentais citadas, entre portarias, leis e decretos, com objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos, nos últimos anos.

Apesar dessas ações, o acesso universal aos serviços de saúde e aos insumos ainda não é uma realidade.

Faz-se necessário um conjunto de medidas, que priorize a manutenção de estoque regular, de toda a lista de medicamentos essenciais. Apesar da informatização dos serviços de dispensação, a operacionalização, de acordo com os discursos deste estudo mostrou-se deficiente.

A humanização no atendimento ao usuário, também foi citada, como precária, falta qualidade e boa vontade, de acordo com o discurso.

A rotina desta população é a busca dos medicamentos no balcão da farmácia dos postos de saúde. Quando não encontra o medicamento, o usuário sai procurando, como foi relatado, em diversas unidades, nem sempre sendo atendido. Esta ação envolve tempo, gasto com transportes, desgaste emocional e, às vezes, falta ao trabalho.

A vulnerabilidade e as desvantagens sofridas por alguns grupos decorrem de dois princípios fundamentais dos Direitos Humanos: não discriminação e igualdade. No grupo II e III estiveram presentes quatro (4) mulheres analfabetas. Infelizmente ainda registramos uma parcela considerável de analfabetos no país. Um dos princípios do SUS é a equidade. Dentro das instituições do SUS, especialmente nas UBSs, faz-se necessário uma estruturação de atendimento a esta parcela da população. Tratar de forma desigual os desiguais, fortalecendo a política de inclusão social, em conjunto com as Coordenações de Ação Social. As UBSs, precisam ter um cadastro dos analfabetos em acompanhamento médico na unidade, para que estes tenham um tratamento diferenciado nas orientações da prescrição médica, no

momento da dispensação dos medicamentos. O SUS deve assegurar acesso igualitário a grupos desfavorecidos.

Nas instituições de saúde pública, em geral, a população não é vista como cidadã, portadora de direitos, e sim como indivíduos que necessitam de algum favor. A capacitação e qualificação dos profissionais que estão na ponta do atendimento ao público, nas unidades de saúde do SUS, é de fundamental importância, e urgência.

Em se tratando de acesso a medicamentos, chama-se à atenção em especial para a ausência do profissional farmacêutico ou o técnico em farmácia no atendimento ao público, nas UBSs. A Assistência Farmacêutica no SUS, permanecerá deficiente no atendimento à prescrição, dispensação de medicamentos, recuperação e educação em saúde, seja no atendimento individual ou coletivo a menos que se invista em pessoal técnico. Por mais que se invista em educação em serviço, e na qualificação dos profissionais que estão no balcão das farmácias das UBS, não se pode esperar que o resultado seja o mesmo, que lotar as unidades de saúde com o farmacêutico.

Questiona-se porque o grupo III, residente na favela, desconhecia o PRC. A unidade de saúde a que pertencem, não está estruturada para oferecer o Programa, que está disponível em todas as UBS desde 2007? Esses pacientes tem sido atendidos com algum tipo de restrição? O problema é com a Empresa de Correio, já que esta é a entregadora oficial do Programa? O estudo não explorou esta questão, mas nos traz algumas questões sobre acesso e equidade, para reflexão.

A satisfação dos participantes do grupo I, que estão sendo contemplados com o Programa Remédio em Casa, foi um dos pontos positivos neste trabalho. Este Programa, trás para o paciente hipertenso e ou diabético, não apenas o conforto e comodidade em receber o medicamento em casa, como também trás a segurança emocional e a eliminação do sofrimento pela falta do medicamneto. O paciente inscrito no Programa Remédio em Casa, não corre o risco de chegar a uma farmácia de UBS, e não ter o medicamento que precisa. Esta experiência deve ser expandida, e melhor divulgada. Os próprios contemplados com este Programa relatam que parentes e vizinhos, desconhecem este tipo de serviço. Este Programa está disponível em todas as 421 UBSs do Município de São Paulo. Se o Programa for bem divulgado, o próprio usuário vai solicitar ao seu médico que faça a receita do PRC.

No grupo de alto custo, uma participante relatou que recebe remédios em casa (antidepressivo e para dislipidemia), e 2 participantes relataram que tinham se inscrito para recebê-los em casa. Não ficou claro, nem para elas, nem para o grupo, quais os medicamentos de alto custo que podem ser entregues em casa. Este benefício também precisa ser melhor divulgado, visto que nos discursos apresentados, o tempo de espera, a dificuldade de ir até o centro, a limitação de apenas 2 endereços para atender o público em geral, provoca sofrimentos que poderiam ser minimizados ou eliminados para as pessoas que precisam do medicamento de alto custo.

A média de idade dos participantes do estudo foi de 60 anos, a lei do estatuto do idoso, no artigo 15, parágrafo 2º, diz que cabe ao poder público, fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, e outros recursos necessários ao seu tratamento, habilitação ou reabilitação. O sofrimento referido no estudo revela que esse direito não é realidade para esta população. Esta população não tem se apropriado deste direito, nem exigido que esta lei seja cumprida. As unidades de saúde não têm dado a devida atenção a esta lei. Na participação dos três (3) grupos, não se registrou em suas falas, nenhum atendimento diferenciado, ao contrário, uma paciente de oitenta e nove (89) anos, referiu que seus filhos e netos compram suas medicações, outra de sessenta e nove (69) referiu que suas filhas estão comprando um medicamento de alto custo, pois tem artrite e não tem condições de ir ao centro, de ônibus, para se cadastrar no protocolo de alto custo. Duas (2) participantes representaram suas mães, por estarem custeando parte do tratamento destas. A paciente que referiu o transplante de córnea, tinha 70 anos na data em que o grupo se reuniu e não referiu nenhum tratamento diferenciado pela sua idade.

"Estamos precisando de boa vontade, responsabilidade, amor ao próximo, compromisso em tudo que se faz." (MED19)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação na pesquisa de referência, (SILVA, 2006), provocou um desconforto, enquanto profissional de saúde e também como cidadã, ao conferir os questionários do Inquérito Epidemiológico, e verificar tantos medicamentos, referidos como comprados, por uma população de tão baixa renda, e alguns não adquiridos por falta de recursos.

Desejamos trazer a fala desta população, para uma questão tão importante na área da saúde, pois entendemos que, de nada vale o paciente ter acesso aos serviços de saúde, ter um diagnóstico correto, uma prescrição adequada, se este paciente, não tiver acesso aos medicamentos prescritos.

Concluo este trabalho, produzindo a cartilha, "REMÉDIO GRATUITO, Tudo que você precisa saber para conseguir seu remédio", em linguagem simples, e ilustrações pertinentes ao assunto, desejando que este instrumento chegue às mãos de milhares de pessoas, em especial as de mais baixa renda, nesta cidade, visando a diminuição da dor, e do sofrimento, que não é só físico e palpável, pois passa pelo desgaste emocional de querer, não poder, tentar, procurar, não conseguir, se sentir fraco, impotente, e humilhado, como referido em diversas falas da pesquisa.

Nosso desejo, desde o início, foi produzir um trabalho, que não se encerrasse no nível acadêmico, mas que fosse um instrumento social, melhorando a vida das pessoas.

Procuramos também a Câmara de Vereadores do Município de São Paulo, levando o pedido de um dos grupos: "Que os Pronto Socorros passem a dispensar os medicamentos prescritos no atendimento emergencial, para que os pacientes voltem para casa com o medicamento suficiente para tomar, até que possa chegar em uma farmácia de UBS, e receber a quantidade suficiente de acordo com a prescrição. Este pedido está em estudo por um dos vereadores, para que se transforme em uma lei ou portaria."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA Resolução RDC nº 10, de 02 de janeiro de 2001. Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. D.O. nº 6-E, de 9/1/2001 pág. 18. Republicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2001. [acesso em 2 ago 2008]; Disponível em:http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php

ANVISA Parcerias para diminuir o mal uso de medicamentos, Informes Técnicos Institucionais, Rev Saúde Pública. 2006; jan/fev [acesso em 5 maio 2009]; 40(1):191-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/ v40n1/27135.pdf

ANVISA Monitoramento do Mercado de Genéricos, RDC 120, Gráfico VI. Evolução do Número de Produtos Genéricos Comercializados no Brasil, dez/2000-dez/2007. [acesso em 8 mar 2009]; Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/monitora/genericos/genericos/gq6.pdf

ANVISA Monitoramento do Mercado de Genéricos, RDC 120. Gráfico IX Fármacos Laboratórios e Medicamentos Genéricos que enviaram informações G9. [acesso em 8 mar 2009]; Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/monitora/genericos/genericos/gq9.pdf

Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL, Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 25 set 2007];23(4):927-37. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n4/19.pdf

Azevedo MFM, Albuquerque MZM, Cunha DR. Estudo farmaco-econômico de prescrições de medicamentos. Um breve enfoque. Infarma. 2005;17(3,4):60-2.

Barata LRB, Tanaka OU, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. [periódico na internet]. 2004 [acesso em 25 ago 2007];13 (1):15-24. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2artigo _por_um_processo _de_descentralizacao.pdf

Barata RB. Epidemiologia no século XXI : perspectivas para o Brasil. Rev Bras Epidemiol. [periódico na internet]. 1999 [acesso em 28 ago 2007];2(1,2):6-18. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v2n1-2/02.pdf

Barbosa L. Marketing etnográfico: colocando a etnografia no seu devido lugar. RAE. [periódico na internet]. 2003 [acesso em 28 ago 2007];43(3):100-105. Disponível em: http://www.rae.com.br/artigos/1891.pdf

Barros ME, Piola SF, Viana SM. Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília: Ipea, 1996. (401).

Basso M, Polido F. Propriedade Intelectual e Preços Diferenciados de Medicamentos Essenciais. Políticas Públicas. Coleção ABIA, n 4. Rio de Janeiro. 2005.

Beltrán LR. La importancia de la comunicacion em La promocion de la salud. Mídia e saúde. Adamantina, UNESCO-UMESP-FAI, 2001.

Bermúdez JZ. Indústria farmacêutica, Estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME; 1995.

Bermúdez JZ. Medicamentos: acesso e perspectiva na virada do século Editorial - Boletim da ABRASCO [periódico na internet]. 2000 jan/mar [acesso em 20 jun 2007];76:2. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/ Boletins/bol76/ bol76edi.htm

Bertoldi AD. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa de Saúde da Família [tese de doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.

Brasil. Decreto n.º 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para uso Farmacêutico Humano e Veterinário [decreto na internet]. [acesso em 19 out 2008]. Disponível em : http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=114750

Brasil. Decreto n.º 68.806, de 25 de junho de 1971. Criação da Central de Medicamentos [decreto na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=198888

Brasil. Decreto n.º 69.451, de 01 de novembro de 1971. Altera o Decreto n.º 53.612/64 [decreto na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=199426

Brasil. Decreto n.º 71.205, de 4 de outubro de 1972. Consolida o Decreto n.º 69.451/71 [decreto na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=200898

Brasil. Decreto n.º 72.552, de 30 de julho de 1973. Plano Diretor de Medicamentos. Estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais [decreto na internet]. [acesso em 19 out 2008]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislação/ListaPublicações.action?id=121760

Brasil. Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Regulamentada pelo Decreto n.º 74.170/74. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos [lei na internet]. [acesso em 01 nov 2008]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/ consolidada/ lei_5991_73.htm

Brasil. Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976. Regulamentada pelo Decreto n.º 79.094/77. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneamentos e outros produtos [lei na internet]. [acesso em 19 out 2008]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_6360_76.pdf

Brasil Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Lei n.º 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. Diário Oficial da União. 20 set 1990 [lei na internet]. [acesso 30 ago 2007]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf

Brasil. Lei n.º 9313, de 11 de novembro de 1996 - Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [lei na internet]. [acesso em 3 out 2007]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/ legislacao/ListaPublicacoes.action?id =144779

Brasil. Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre os medicamentos genéricos. [lei na internet]. [acesso em 20 nov 2007]. Disponível em http://anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/leis9798.htm

Brasil. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [lei na internet]. [acesso em 21 nov 2007]. Disponível em: http://www.entendendoaesquizofrenia.com.br/ conteudo. php? get_id =214

Brasil. Lei n.º 10.742, de 6 de outubro de 2003. Ministério da Saúde/ Secretaria de políticas de Saúde – Departamento de Atenção Básica. Implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Caderno I, Brasília, 2000. [lei na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/ceacon/ legislacao/farmacia/ lei_10742_2003.pdf

Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a lei nº 10.858 de 13 de abril de 2004 que institui o Programa farmácia popular do Brasil [decreto na internet]. [acesso em 3 out 2007]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=238691

Brasil. Decreto n.º 5.775, de 10 de maio de 2006. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos, dá nova redação aos arts. 2º e 9º do Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974, e dá outras providências. [decreto na internet]. [acesso em 6 de set de 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ _Ato 2004-006/2006/Decreto/D5775.htm

Brasil. Lei n.º 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos [lei na internet]. [acesso em 31 mai 2009].Disponível em: http://www.jurisway.org.br/v2/bancolegis1.asp?dmodelo= 3798

Brasil. Lei n.º 12.016, de 07 de agosto de 2009. Disciplina o mandado de segurança individual e coletivo e dá outras providências. [lei na internet]. [acesso em 6 de set 2009]. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br /legislacao/lei12016_2009.htm

Capela D, Laporte JR. 1989. Métodos empregados em estudos de utilização de medicamentos. In: Laporte JR, Tognoni G, Rosenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1989. 95-144

Capitelli M. Atrasa entrega de remédios em casa em São Paulo. Jornal da Tarde. 30 dez 2008, SP; seção Saúde. [matéria de jornal na internet] Disponível em: http://www.jt.com.br/editorias /2008/12/30/ger-1.94.4.20081230.5.1.xml]

Carvalho MF, Pascom ARP, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the brasilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005; 21 Suppl 1:S100-8.

Castro Alves LL. Avaliação da utilização de medicamentos pelo idoso de Ribeirão Preto (SP) e região. Resumos da quarta jornada farmacêutica. 1999 jul 20-26; Ribeirão Preto, SP. Brasil: Ribeirão Preto,1999: 9.21.

Coelho Filho MJ, Marcopito FL, Castelo A. Perfil da utilização de medicamentos por idoso em área urbana do nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 2004; 38:557-64

Dever GEA. A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. São Paulo: Pioneira; 1988. 25-45.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

Flinck U. Uma introdução a pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Fonseca ARO, Mendonça FF, Nogueira LA, Marcon SS. Impacto da doença crônica no cotidiano familiar. Arq. Apadec 8(S): Mai, 2004. Periódicos na internet. [acesso em 4 out 2007] Disponível em: http://www.pec.uem.br/ pec_uem/revistas/revista%20APADEC/trabalhos/c-6_laudas/ FONSECA ,%20 Angelita%20Roberta%20de%20 Oliveira.pdf

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios de São Paulo, 2003. Periódicos na internet. [acesso em 12 set 2009], Disponível em: http://www.seade.gov.br/ produtos/ipvs/pdf/oipvs.pdf

Gaskell G, Bauer MW(Orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.

Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, Carvalho CL. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. v.15,n.3, 2004. Periódicos na internet. [acesso em 22 de set 2009], Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?_script=sci_arttext&pid=S1020-4989200_4000300005

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Ver Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v.2,n.2,p.63-77, mai/ago 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n2/a05v21n2.pdf

Gordis L. Challenges to Epidemiology in the Coming Decade. American Journal of Epidemiology. 1980; 112 (2):319.

Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Rev. Int. Direitos Human. 2008;5n.8. Periódicos na internet. [acesso em 20 set 2009], Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?_script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006

IBGE: Base de informações por Setor Censitário: Censo Demográfico 2000-Resultados do Universo (Saõ Paulo/SP). Rio de Janeiro: IBGE, 2002.CD-ROM.

IDEC. Relatório técnico referente à pesquisa de acesso aos medicamentos essenciais pelo Sistema Único de Saúde. [acessado em 6 de nov. de 2007]. Disponível em: http://www.idec.org.br/files/medicamentos_relatorio.doc

INDEXMUNDI, População Mundial. [acessado em 6 de set. de 2009]. Disponível em: http://www.indexmundi.com/pt/suica/populacao_perfil.html, http://www.indexmundi.com/pt/suecia/populacao.html, http://www.indexmundi.com/pt/grecia/_po_pulacao.html , http://www.indexmundi.com/pt/portugal/populacao.html

Karnikowiski MGO, Nobrega OT, Naves JO, Silver LD. Access to essential drugs in Brazilian cities: a community based evaluation and action method. J Public Health Policy. 2004;25(3-4): 288-98.

Lefèvre F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. Rev Saúde Pública. [periódico na internet] 1987 [acesso em 5 abril de 2009]; 21:64-7. Disponível em: http:www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034891019870001000 10&script=sci_arttext

Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. Rev Saúde Pública.[periódico na internet] 1992 abr/jun.[acesso em 5 abril 2009].8 (2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?scriptscrpt=sci_arttext&pid=S0102311X1992000200014

Lefèvre F, Lefèvre AM. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Liber livro, Brasília, 2003, serie pesquisa V.12.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação econômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios - PNAD/98. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):813-824.

Loyola Filho A, Uchoa E, Guerra HI, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. Rev Saúde Pública. 2002; 36(1):55-62.

Loyola Filho A, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad Saúde Pública. 2005; 21:545-53.

LUZ MT. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Mackenbach JP, Kunst A. E Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Social Science and Medicine. Inglaterra: 1997;44(6):757-771.

Marques SB. A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo. [Tese de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Macnicol J. The politics of retirement in Britain, 1908-1948.Cambrige: Cambridge University Press; 1998:157-8. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Old_Age_Pensions_Act_1908

Martinello AG. A distribuição dos recursos para as ações de atenção básica no Brasil: a criação do piso de atenção básica, PAB, fixo. Uma análise da distribuição dos recursos a partir de 1996 e a portaria que estabelece novos

valores por município [tese de mestrado na internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2002. [acesso em 6 nov 2007] . Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Destaque930.pdf

Martins MA. Buscando uma política de medicamento para o Brasil. Ipis Gráfica e Editora; [S.l.]; 2006.

Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. Rev Mineira Saúde Pública [periódico na internet], 2004 [acesso em 01 nov 2007]; 4:4-26. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/comunicacao/imagens_comunicacao/revista/1%20-%20O%20SUS%20que%20temos.pdf

Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LM, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: Uma Análise a partir da POF de 2002-2003 Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF. Gastos e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: IPEA; 2007.v.1, p.313-344.

Michaelis Dicionário. Melhoramentos; São Paulo, 2002

Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n.º 514, de 18 de outubro de 1976. Homologada a Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB). Aprovada pelo Conselho Diretor da CEME (Resolução n.º 92/76). Diário Oficial da União de 15 nov 1976; 14.715.

Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n.º 817, de 24 de ago 1977. Passou a ser oficialmente denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Diário Oficial da União 08 set 1977; 11.920/93

Ministério da Previdência e Assistência Social/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Portaria Interministerial, nº 03 de 16 de dezembro de 1982. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992.[Portaria na internet]. [acesso 6 dez 2007]. Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/ Portarias/ PT1992/portaria_0224.htm

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.179, de 17 de junho de 1996. Aprovação das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) [portaria na

internet] [acesso em 3 out 2007]. Disponível em: http://www.crfmg.org.br/ legislacao/ portarias/p1179.html

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), [portaria na internet] [acesso em 3 out 2007]. Disponível em: http:/ /www .mp.se.gov.br / CAD/Arquivos/Portaria188297criaopisodeatencaobasica.doc

Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial [portaria na internet]. [acesso 3 out 2007]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm

Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância Sanitária. Portaria n.º 802, de 8 outubro de 1998. Dispõe sobre o Sistema de Controle e Fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos [portaria na internet]. [acesso em 23 out 2007]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/802_98.htm

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.196, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. [portaria na internet] [acesso em 2 set 2007]. Disponível em: http://www.crfpa.org.br/legisla/Portarias/001prts06.htm

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 507, de 23 de abril de 1999. [portaria na internet]. [acesso em 31 maio 2009]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/legislacao/gf99507.htm

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.077, de 24 de agosto de 1999. Dispõe sobre a Implantação do programa para aquisição de medicamentos essenciais para a área da saúde mental [portaria na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/ sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1077.html

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Saúde do Idoso [portaria na internet]. [acesso 3 out 2007]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001- NOAS-SUS 01/01. Dispõe sobre a Regionalizaçäo da assistência á saude: aprofundando a descentralizaçäo com eqüidade no acesso: norma operacional de assistência á saúde. [portaria na internet].[acesso em 30 nov 2007]. Disponível

em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/ online/?IsisScript= iah/ iah. xis& src=google&base=LILACS&lan g=p& nextAction=lnk&expr Search=2 90 844&indexSearch=ID

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 343, de 21 de março de 2001. Dispõe sobre a humanização do parto, medicamento para PSF/Pré Natal, publicada no Diário Oficial da União de 22/3/01.

Ministério da Saúde/SPS/DAB/GTAF, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Brasília-DF, abril, 2001 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/publicações/partes/rename1.pdf , Acesso em 31 mai 2009.

Ministério da Saúde/Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos–Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 6ª edição. [publicações na internet]. [acesso em 02 jun 2009] Disponível em:http://www.anvisa.gov.br/ medicamentos /rename /rename _2008 _6ed.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 371 de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. [portaria na internet].[acesso em 21 nov 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/ dab/cnhd/ portari a _ co njunta_02.php

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.318, de 23 de julho de 2002. Medicamento de Alto Custo [portaria na internet]. [acesso em 3 out 2007]. Disponível em: http://www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id= 12488&word=

Ministério da Saúde, SAS, Portaria nº 843 de 31 de outubro de 2002, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer e regula a dispensação do medicamento em caráter nacional. [portaria na internet]. [acesso em 3 jul 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal /saude /defaut.cfm

Ministério da Saúde. Acesso aos medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social. Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, Brasília, 23 de dezembro de 2003. [acesso em 6 out 2007]. Disponível em:

http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/publicacoes/sdp/atasubgrupo7/farmaceutico/anexo_2.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.651, de 11 de agosto de 2004. Dispões sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil [portaria na internet]. [acesso em 1 set 2009]. Disponível em: http :// portal .saude . gov .br/ portal/arquivos/pdf/port_gm1651.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.587, de 6 de dezembro de 2004. Dispões sobre o incentivo financeiro para o Programa Farmácia Popular do Brasil [portaria na internet]. [acesso em 1 set 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_gm2587.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 843, de 02 de junho de 2005. Criação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos [portaria na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-843.htm

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.084, de 28 de outubro de 2005. Financiamento da Assistência farmacêutica, que define responsabilidades e recursos financeiros na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde. [portaria na internet]. [acesso em 31 mai 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/sctie/portal_daf/software/sifab/Portari_n_2084GM.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.577, de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional [portaria na internet]. [acesso em 31 maio 2009]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2577.htm.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.414 de 13 de junho de 2007. Dispões sobre a inclusão de contraceptivos no Programa Aqui tem Farmácia Popular do Brasil [portaria na internet]. [acesso em 1 set 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal /arquivos/pdf/Comunicado _contraceptivos_completo.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde [portaria na internet]. [acesso em 28 out 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal /arquivos /pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.869 de 4 de setembro de 2008. Altera o Anexo II da Portaria nº 2.577/GM de 27 de outubro de 2006, que aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. [acesso em 29 set 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/portaria_gm_1869_2008.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos: RENAME. Série B Textos Básicos de Saúde, Brasília-DF, 2008

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106, de 22 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a atualização dos valores de co-financiamento dos procedimentos padronizados na Portaria 1.869/2008. [portaria na internet]. [acesso em 5 maio de 2009] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/ pdf/portaria_106_2009.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 749, de 15 de abril de 2009. Dispões sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil [portaria na internet]. [acesso em 1 set 2009]. Disponível em: http://portal. Saude .gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_749_republicada_compact.pdf

Morato RG, Kawakubo FS. Desigualdade Ambiental na Subprefeitura do Butantã. Hygeia [periódico na internet] 2007 junho [acesso em 6 de jun 09]; 3(4):66-73. Disponível em : www.hygeia.ig.ufu.br/include/ getdoc.php? id=313 &article=43&mode=pdf

Moreno GL, Souza LB, Freitas D, Sato EH, Vieira LA. Transplante de córnea e o conhecimento do procedimento pelos pacientes. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia [periódico na internet] 2003 Nov/Dez [acesso em 6 set 09]; 66(6) Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492 003000 700 012&script=sci_arttext&tlng=e

Morgan DL. Focus group as qualitative research. Qualitative research methods series. 16. London: Sage Publications; 1997.

Mossialos E. Regulação das Despesas com Medicamentos nos Países da União Européia. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. [periódico na internet]. 1998 nov [acesso em 10 out 2007]; 1(98). Disponível em: http://www.apes.pt/files/dts/dt.011998.pdf

Nishijima Marislei. Os preços dos medicamentos de referênciaapós a entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. RBE. [periódico na internet]. 2008 abri/jun.[acesso em 1 jun 09];62(2):189-06. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbe/v62n2/04.pdf

Oliveira AO, Esher AFSC, Santos EM, Consendey, MAE, Luiza, VL, Bermudez JAZ. Avaliação da Assistência Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública [periódico na internet] 2002 set/out [acesso em 15 out 2008]; 22(11). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11016.pdf

Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil, uma visão geral. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 nov [acesso em 15 out 2007]; 22(11). Disponível em: http://www.scielo.br. php? Pid =S0102311X2006001100012&script= sci_arttext&tlng =em

Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados [periódicos na internet]. Brasília, DF; 2005 [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: http://www.opas.org.br/ medicamentos/site/UploadArq/HSE_ASF_REM_1205.pdf

Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 14 mai 2008];24(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script= sci_ arttext&pid=S0102-311X2008 00020000

Peixoto ALA. Ampliando horizontes em pesquisa qualitativa nas organizações. RAE-eletronica.[periodico na internet] 2005 jul/dez [acesso em 2 de dez de 2007];4(2). Disponível em: www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a09.pdf

Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-41.

Pereira LRL, Vecchi LUP, Batista MEC. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de fármaco-epidemiologia e farmacovigilância. Cien Saúde Coletiva. 2004; 9:479-81.

Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Relatório técnico institucional. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 dez [acesso em 6 nov 2007];6. Disponível em: http://www.sielo.sp.org/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200 1000600014

Regina MCO. Alexitimia, Ansiedade e Depressão em Portadores de Glaucoma. [dissertação de mestrado na internet]. Campinas-Pontifícia Universidade Católica 2006 [acesso em ago 2009]. Disponível em: http://www.Bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2006-03-29T132311Z-1147/Publico/Maria%20de%20Oliveira%201.pdf

Rêgo ECL. Política de regulação de medicamentos: a experiência internacional. Rev BNDES. [periódico na internet] 2000 dez, [acesso em julho de 2008]; 7(14):367-400. Disponível em: www.bndes.gov.br/ conhecimento /revista/ rev1414.pdf

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para a rede Básica SUS, 2008 - Cidade de São Paulo. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos /secretarias/saude/ass-farmaceutica /0002/cartaz_medic_essenciais_2008_02.pdf

Rosenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamento entre idosos: uma revisão. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 [acesso em 6 nov 2007];19(6):717-24. Disponível em: http://www.scielosp.org/ scielo.php ?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200 1000600014

Santos AR. Análise conjuntural da indústria de medicamentos genéricos no Brasil, no período de setembro de 2001 a agosto de 2002. Biologia e Saúde. 2004 jun;10(2):49-62.

Santos SCM. Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil:os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço. [dissertação de mestrado na internet]. Rio de Janeiro:Fundação Oswaldo Cruz; 2001 [acesso em ago 2007]. Disponível em: http://portalteses.icict.fiocruz.br/trasf.php?script=thes _chap&id+00004307&lng=pt&nrm=iso

Santos, BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Santos V, Nitrini SNOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 2004 dez;38(6);819-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/10.pdf

Schenkel E.P. et al Assistêncaia Farmacêutica. In: Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Scheuren F. What is a survey? Alexandria (VA): American Statistical Association. What are focus group?. 2004.

São Paulo (Estado), Constituição do Estado (1989).[constituição na internet]. [acesso em 01 set 2007]. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/ centro deestudos/bibliotecavirtual/ dh/volume%20i/constituicao%20estadual.htm

São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Manual de Procedimentos de Assistência Farmacêutica, elaborado pela equipe de Assistência Farmacêutica, em parceria com a FURP, 2000-2004 [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/assistencia_farmaceutica.mmp

São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Programa de Dispensação de Medicamentos Excepcionais - Alto Custo: recursos provenientes do MS e SES e a padronização definida pelo MS, baseado na complexidade/Alto Custo dos medicamentos, (SP-SES, 2000-2002) [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes__politica_estadual_ medicame ntos_excepcionais.mmp

São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Programa de Saúde Mental: pactuado nas três esferas de governo, mantido com recurso do MS e SES. A padronização foi elaborada pela SES, pactuada na Comissão Intergestores Bipartide – CIB, definida conforme estudo do perfil epidemiológico e subsidiada a partir da RENAME, (SP-SES, 2000-2002).

São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Programas nacionais de pneumologia e dermatologia sanitária, programa de AIDS/programa de doenças sexualmente transmissíveis-DST, Programa de Controle de Endemias Focais: medicamentos adquiridos pelo MS e ou SES e padronizados pelas Comissões Técnicas dos Programas Prioritários do MS, (SP-SES, 2000-2002).

São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução do Secretario de Saúde 295 de 04 de dezembro de 2007. Inclui Aripiprazol na relação de medicamentos para tratamento da Esquizofrenia, no âmbito do Estado se São Paulo.[resolução na internet]. [acesso em 10 de jan 2009] Disponível em: http://www.midia.apmp.com.br/diversos/do07/dez/do05/1207.doc

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretario, Portaria n.º 2.748, de 01de outubro de 2002. Estabelece Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME-SP), para o tratamento das doenças mais prevalentes da população, também facilita o planejamento de compras municipais, diminui os gastos de compras públicas [portaria na internet]. [acesso em 2 jan 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0036

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Remédio em Casa, entrega via remessa postal de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. [programas na internet]2005. [acesso em 13 de agosto de 2007]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/programas/0002

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal n.º 12.546, de 7 de janeiro de 1998. Dispõe sobre o consumo de medicamentos no Município de São Paulo [lei na internet]. [acesso em 2 de mar 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0023

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretario, Portaria n.º 2.748, de 01 de outubro de 2002. Estabelece Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME-SP), para o tratamento das doenças mais prevalentes da população, também facilita o planejamento de compras municipais, diminui os gastos de compras públicas [portaria na internet]. [acesso em 2 jan 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0036

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal n.º 13.536, de 7 de janeiro de 2003. Cria o Programa de Atendimento Integral e Humanizado às Mulheres em Estado de Climatério ou Pós-Climatério [lei na internet]. [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em:http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0149

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretario, Portaria n.º 2.693, de 12 de dezembro de 2003. Normatiza a utilização de medicamentos que não constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME-

SP), denominado extra-REMUME, cujo uso se justifique em determinada situação específica, para determinado paciente [portaria na internet]. [acesso em 2 jan 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias /saude /legislacao/0039

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretario, Portaria n.º 71, de 10 de fevereiro de 2004. Normatiza a utilização de medicamentos não constante da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, para pacientes que necessitam de tratamentos farmacológicos específicos, não contemplados com a relação municipal [portaria na internet]. [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0040

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2ª edição da REMUME, com atualização da 1ª lista. http://ww2.prefeitura.sp.gov.br// arquivos/ secretarias/ saude/ass_farmaceutica/0002/remune2004.pdf

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do Secretario, Portaria n.º 347, de 10 de junho de 2005. Dispõe sobre o uso racional de medicamentos [portaria na internet]. [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/009010

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria nº 1535 de 27 de setembro de 2006. Normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal [portaria na internet]. [acesso em 2 jun 2009]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/ saude/ legislacao/ 0159

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. Portaria nº 250 de 15 de fevereiro de 2007. Institui a dispensação de Sinvastatina, Carvedilol e Brimonidina, na rede básica, atendendo ao perfil epidemiológico do município. Diário Oficial da Cidade DOM 2007 [portaria na internet] DOM. Nº 32 de 17/02/07. [acesso em 22 setembro de 2008]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/PortariaSMS_2007_00250.pdf

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 1º Fórum Nossa São Paulo, Proposta para uma Cidade Justa e Sustentável, abril de 2008 [acesso em 5 de jun 2009]. Disponível em: http://www.nossasaopaulo.org.br/ portal/files/ Apresentacao SMS.pdf.

São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Epidemiologia e Informação-CEInfo, Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde - Maio de 2009* - versão preliminar de 22/06/2009

São Paulo, Portal da Prefeitura, Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras. Dados Demográficos dos Distritos pertencentes as Subprefeituras. Subprefeitura do Butantã. [acesso em 2 de setembro de 2009]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

Silva NM, Diniz VC. O serviço social na estratégia da Saúde da Família. Cad Assistência Social [periódico na internet]. 2006 [acesso em 01 set 2007]; 4:14-20. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/smas/ecgvolume4.pdf

Silva PLB. Serviços de saúde o dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspec. [periódicos na internet] 2003 [acesso em 30 ago 2007]; 17(1):69-85. Disponível em: http://www.scielo.br/ pdf/spp/v17n1/v17n1a07.pdf

Silveira FG, Osório RG, Piola SF.Os gastos das famílias com saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2002; v7, n.4 [periódicos na internet] 2003 [acesso em 20 set 2009]; Disponível em: http://www.scielo.br/ scielo. php?pid=S1413-81232002000400009&script=sci_arttext

Simões MJS, Marques AC. Consumo de medicamentos por idosos segundo prescrição médica em Jaú-SP. Rev Cien Farm Básica Apl. 2005;6(2):139-144.

Solla JJSP. O enfoque das políticas do SUS para promoção da saúde e prevenção das DCNT: do passado ao futuro. Entrevista a Ciência& Saúde Coletiva [periódico na internet]. [acesso em 2 out 2007]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo. php?pid= S1413-81232004000400015 &script=sci_arttext

Travassos C. Eqüidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. Cad Saúde Pública. 1997 abr/jun;13(2):325-30.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas humanas e da saúde. Petrópolis, Vozes, 2003.

Veiga L, Gondim SMG. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. Opinião Pública.[periódico na internet]. [acesso em 2 out 2007]. 2001;7(1):1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/op/v7n1 /16930.pdf

Viana ALd'A; Fausto MCR; Lima LD. Política de saúde e equidade, São Paulo Perspc [periodico na internet]. 2003 jan/mar [acesso em 16 nov 2003]; 17(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0102-88392003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Weller W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aporte teórico-metodológico e análise da experiência com o método. Educação e Pesquisa. 2006 mai/ago;32(2)241-60.

Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP,1992.

World Health Organization Primary health care: reporto of the International Conference on Primary Health Care, September 1978, Alma Ata, Kazakhstan, former URSS. Geneva: WHO; [homepage na internet]. 1979 [acesso em 2 de fev 2008]. Disponível em: http://www.who.int/

World Health Organization. The world drug situation. Geneva; WHO. [homepage na internet]. 1985 [acesso em 2 de fev 2008]. Disponível em: http://www.who.int/

World Health Organization. The Use of Essential drugs. Seventh Report of the WHO Expert Committee (including the revised Model List Essential Drugs). WHO Technical Report Series 867. Geneva; WHO. [homepage na internet]. 2001 [acesso em 2 de fev 2009]. Disponível em: http://www.wpro.who.int/internet/files/pub/297/part1_3.0.pdf

World Health Organization. Essential drugs and medicines policy. Geneva; WHO. [homepage na internet]. 2001 [acesso em 2 de fev 2008]. Disponível em: http://www.who.int/

World Health Organization. Boletín de medicamentos Essenciales, WHO, nº 31. [homepage na internet].2002[acesso em 02 jun 2009]. Disponível em: http://apps.who.int/ medicinedocs/ fr/d/ Js4939s/8.htm

World Health Organization. Medicines strategy 2004-2007: countries at the core. Geneva; WHO, [homepage na internet]. 2004 [acesso em 30 nov 2007]. Disponível em: http://worldebookfair.org/ Members.3/ World_Health_ Coll ection hq/ 2004 /WHO_EDM_2004.5.pd

World Health Organization. Equitable Acess to Essential Medicines: Framework for collective Action. Policy Perspectives on Medicines, nº 8. [homepage na internet]. 2004[acesso em 13 maio 2009]; Disponível em: http://www.who.int /medicinesdocs/en/d/Js4962e

World Health Organization. Model List of Essential Medicines, 15th list, [homepage na internet]. March 2007 [acesso em 01 jun 2009]; Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/08_ENGLISH_indexFINAL_EML1 5.pdf

Anexo I

Relação de Farmácias de Alto Custo no Município de São Paulo

- Farmácia de Alto Custo Maria Zélia
- Farmácia de Alto Custo Várzea do Carmo
- Centro de Saúde Estadual da Vila Mariana para pacientes do Hospital São Paulo e Aquisição via judicial
- Hospital das Clínicas (somente para pacientes do Hospital)
- Hospital do Servidor Público Estadual (somente para pacientes do Hospital
- Trinta Unidades de Saúde estaduais são responsáveis pela dispensação dos medicamentos excepcionais, distribuídas em diversos municípios. Maiores informações podem ser obtidas junto às áreas de assistência farmacêutica dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública - FSP
Departamento de Epidemiologia
Pesquisa: **Acesso a medicamentos: a experiência da população de baixa renda na Região do Butantã, Município de São Paulo, 2009**
Pesquisador: Carmen Barata Bello, Enfermeira, Doutoranda da FSP
Responsável: Profª Nilza Nunes da Silva – orientadora da pesquisa
Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da FSP–(011) 3061-7779
Departamento de Epidemiologia da FSP- 3061-7788

O objetivo desta pesquisa científica é conhecer as dificuldades que a população de baixa renda tem em conseguir os medicamentos que precisa.

Será realizada uma entrevista em grupo, que poderá durar cerca de 01 (uma) hora e trinta minutos.

Você será estimulado pelo entrevistador, a falar sobre as suas dificuldades em conseguir os medicamentos que precisa.

2 pessoas estarão fazendo anotações de tudo que estará acontecendo na reunião, e as respostas estarão sendo gravadas, se todos do grupo concordarem. Todas as informações durante a entrevista ficarão em sigilo, não serão divulgadas. Alguns trechos dos relatos serão estudados, em reunião fechada, pelos pesquisadores do grupo acima citado, que estudarão as condições emocionais e sociais das pessoas frente a problemas de saúde e a necessidade do medicamento. Esclarecemos que o relatório final, com citações anônimas, estará disponível a todos, quando o estudo for concluído, incluindo apresentação em congressos e publicação em revistas científicas.

Não haverá benefícios diretos ou imediatos para você, enquanto entrevistado deste estudo, além evidentemente da oportunidade de poder falar livremente de como consegue seus medicamentos, das satisfações e preocupações quanto ao assunto. No entanto, futuramente poderá haver mudanças na melhora do acesso aos medicamentos para a população, quando os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Informamos que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, em SP, homologado na reunião do dia 28/09/2007, através do protocolo número 1701/2007.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____ , *concordo* em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado, sem gastos ou ganhos financeiros diretos para nenhuma das partes. Por meio deste documento, dou *permissão* para ser entrevistado e para estas entrevistas serem registradas em gravador de voz.

Estou *ciente* de que as gravações ficarão em posse deste pesquisador para prosseguimento do estudo e também disponíveis a mim se eu quiser ouvi-las. As mesmas serão apagadas ao final de cinco anos. Sei que os resultados do estudo serão divulgados, considerando o conjunto das informações dadas por várias pessoas entrevistadas, sem que meu nome ou de nenhum outro participante apareça associado à pesquisa.

Estou *ciente* de que um técnico poderá fazer a transcrição das falas para texto de computador e que colegas de nosso grupo de pesquisa poderão conhecer o conteúdo para discussão, mas todas estas pessoas estarão submetidas às normas do sigilo profissional. Estou *ciente* de que não há riscos previstos para minha saúde, que sejam resultantes da participação nesta pesquisa. No entanto, estou ciente de que, durante a entrevista, poderei ter algumas recordações ou emoções, que talvez eu preferisse não lembrar ou sentir.

Estou *ciente* de que sou livre para recusar a dar alguma resposta a certas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e me retirar do local, a qualquer momento. Por fim, estou *ciente* de que terei oportunidade para fazer perguntas referente a medicamentos, e que elas deverão ser respondidas, ao final da entrevista.

NOME: **ASSINATURA:**

Pesquisador: _____

Entrevistado: _____

Testemunha: _____

Grupo nº _____ Local: _____Data: ___ / ___ / ___

Anexo III

ROTEIROS PARA DISCUSSÃO NOS GRUPOS FOCAIS

1- O que significa a necessidade de tomar remédios?

2- Como é sair de casa em busca dos remédios de que precisam?

3- Como vocês fazem quando não conseguem o remédio que precisam, gratuitamente?

4- O que é um remédio caro?

5- Como vocês conseguem os remédios mais caros?

Anexo IV

Ficha dos Participantes

Pesquisa: Acesso da população de baixa renda a medicamentos: a experiência de uma população na região do Butantã, Município de São Paulo, 2009

Grupo Focal Nº___ Participante: MED01

Nome:_____ Idade: ____Cor: ___ Tel: _____

E. civil:____ Escolaridade: 1ºgrau ( )C( )I 2ºgrau ( )C( )I 3ºgrau ( )C( )I

Prof:_____Renda:( )<1SM ( ) 1SM( ) 2SM( ) 3SM( ) >3SM

Problema de Saúde: Diabetes( ) Hipertensão ( )Outros_____

Nº Medicamentos que usa: _____

Nº Medicamentos que recebe na UBS: ___

Nº Medicamentos que compra: _____

Nº. Medicamentos, compra com ajuda da família:_____

Local pega medicamento_____

Medicamentos usados					
Nº	**Nome**	**UBS**	**A.Custo**	**Comprado**	**Preço**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Anexo V

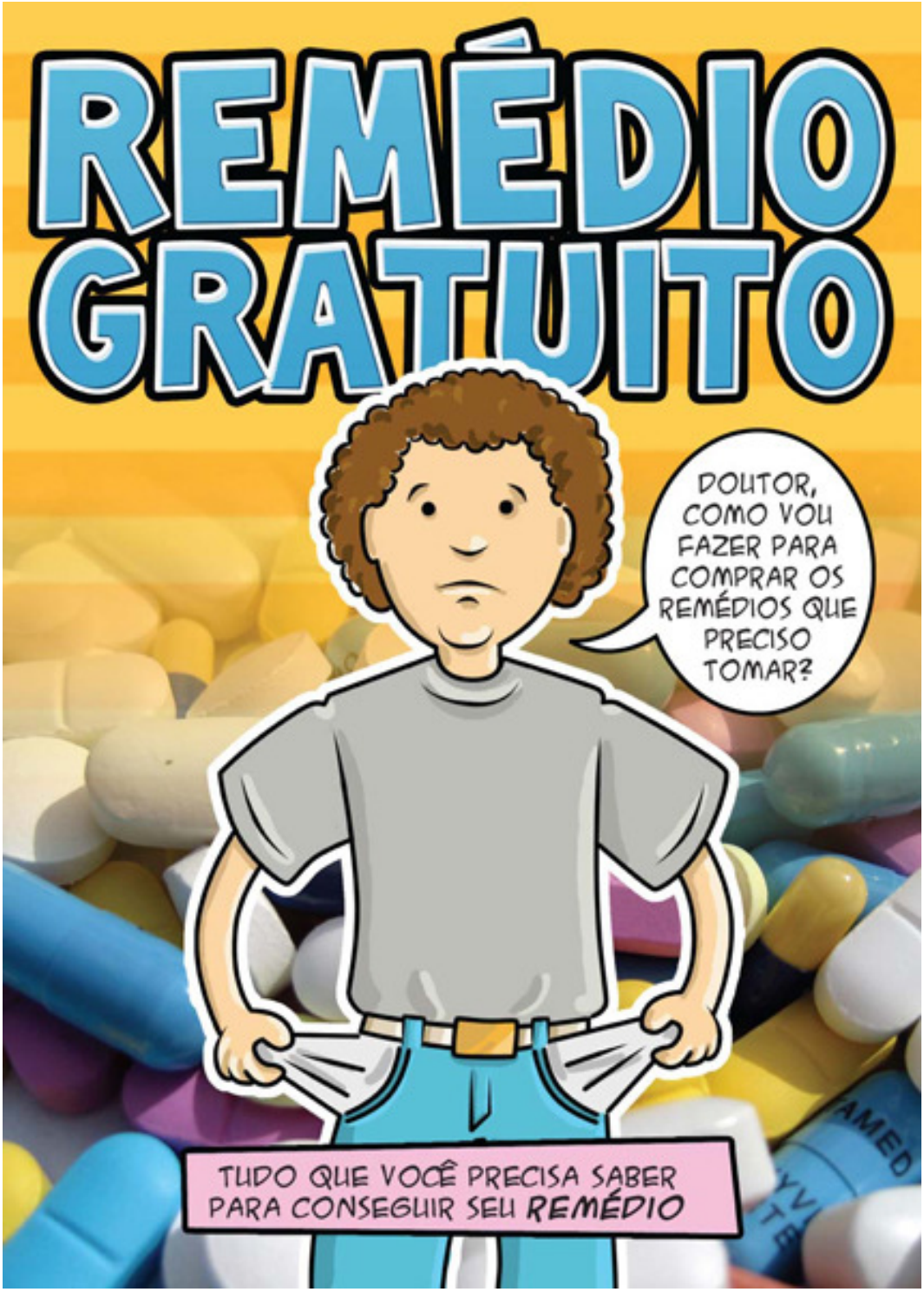

REMÉDIO GRATUITO
DOUTOR, COMO VOU FAZER PARA COMPRAR OS REMÉDIOS QUE PRECISO TOMAR?
TUDO QUE VOCÊ PRECISA SABER PARA CONSEGUIR SEU REMÉDIO

Foto: www.sxc.hu

ESTA CARTILHA FOI EXTRAÍDA DA TESE DE DOUTORADO "ACESSO A MEDICAMENTOS: EXPERIÊNCIA DA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA, NA REGIÃO DO BUTANTÃ, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009", DE CARMEN BARATA BELLO, ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA NILZA NUNES DA SILVA, APRESENTADA A FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP, EM DEZEMBRO DE 2009.

AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL, DESDE QUE SEJA CITADA A AUTORA.

O DESEJO DA AUTORA É QUE ESTA CARTILHA SEJA **COPIADA E REPRODUZIDA INTEGRALMENTE**, EM MILHARES DE CÓPIAS, E QUE CHEGUE ÀS MÃOS DE TODOS QUE PRECISAREM DELA, PARA TER ACESSO AOS MEDICAMENTOS.

REMÉDIO GRATUITO

TEXTOS: *CARMEN BARATA BELLO*

PROJETO GRÁFICO E ILUSTRAÇÕES: *SIVANIR BATISTA*
SETTOR ESTÚDIO GRÁFICO

O OBJETIVO DESTA CARTILHA É AJUDAR A POPULAÇÃO EM UM DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS QUE ENFRENTA EM RELAÇÃO À SUA SAÚDE:

SAIR DO CONSULTÓRIO COM A RECEITA, NÃO CONSEGUIR O REMÉDIO NO POSTO DE SAÚDE E NÃO SABER AONDE CONTINUAR PROCURANDO OS MEDICAMENTOS QUE PRECISA.

POSTO DE SAÚDE

COMO POSSO CONSEGUIR UM REMÉDIO DE GRAÇA, NA CIDADE DE SP?

O primeiro passo é se dirigir a um Posto de Saúde, (Unidade Básica de Saúde) mais próximo de sua casa, com RG e comprovante de endereço, e solicitar que seja feito o **Cartão SUS**. Aproveite para fazer o cartão do posto de saúde.

O QUE É O CARTÃO SUS?

O Cartão Nacional de Saúde ou **Cartão SUS** é um documento pessoal que identifica o usuário nos diversos atendimentos nos serviços de saúde público ou conveniado. O **Cartão SUS** agiliza a marcação de consultas e exames, assim como o acesso a medicamentos.

POSSO PEGAR O REMÉDIO NA HORA QUE FIZER O CARTÃO?

Se estiver com a receita, sim.

Toda vez que for buscar remédios no posto, não esqueça de levar seu **Cartão SUS** e a receita em duas vias. A receita original é devolvida para você, e a cópia fica no posto.

A FARMÁCIA DO POSTO DE SAÚDE É IGUAL A QUALQUER FARMÁCIA DO BAIRRO?

Não, as farmácias comerciais vendem remédio com objetivo de ter lucro. Na farmácia do posto, a prefeitura fornece gratuitamente os remédios para a população.

QUAIS OS REMÉDIOS QUE EU POSSO ACHAR NA FARMÁCIA DO POSTO DE SAÚDE?

Remédio para pressão, para diabetes, para problemas respiratórios, para infecção, para inflamação, para dor, para febre, xaropes, pomadas e vitaminas, dentre outros. **Os medicamentos indicados para tratar a maioria das doenças existentes em nosso país são encontrados nos postos de saúde.**

TEM UMA LISTA COM O NOME DOS REMÉDIOS?

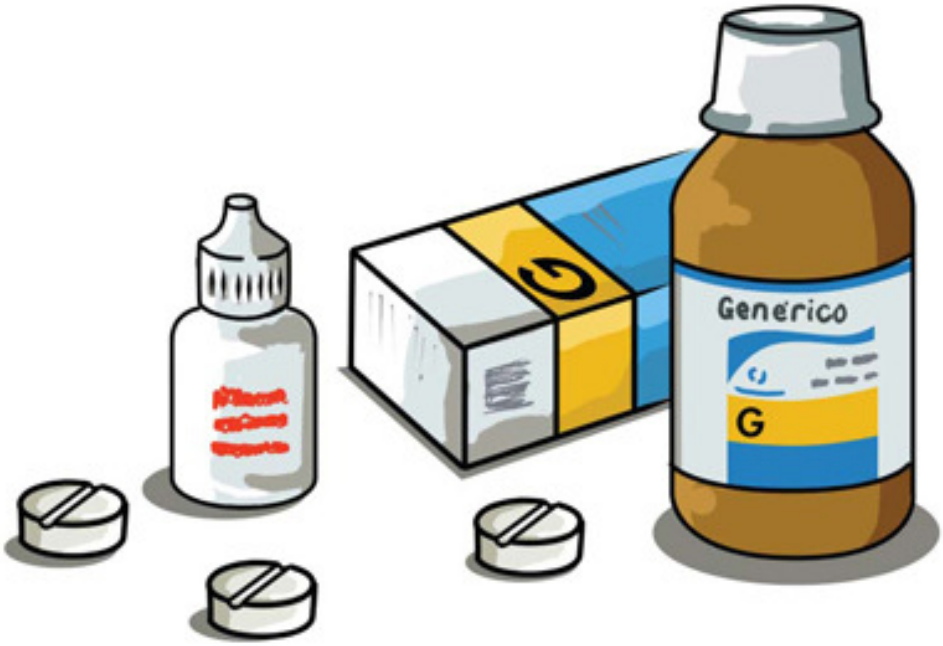
Sim, ela se chama REMUME, (Relação Municipal de Medicamentos). Ela deve estar ao lado do balcão da farmácia, para que qualquer pessoa saiba quais os remédios existem no posto de saúde.

QUEM DECIDE OS REMÉDIOS QUE ENTRAM NESTA LISTA?

O Ministério da Saúde decide os remédios mais importantes que tratam as principais doenças que existem no nosso país, e coloca numa lista chamada Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Cada estado e município montam suas próprias listas, pois existem diferenças regionais.

E COMO É FEITA A LISTA NACIONAL?

Ela é feita baseada na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde.



O QUE É MEDICAMENTO ESSENCIAL?

Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as principais necessidades de cuidados de saúde da população.

COMO ELES SÃO SELECIONADOS?

Na Secretaria de Saúde do Município de São Paulo existe um grupo chamado de comissão técnica farmacêutica, que seleciona os remédios de acordo com a qualidade, segurança, eficácia e comparação de preço.

É SÓ CHEGAR NO POSTO COM O CARTÃO SUS E PEGAR O REMÉDIO QUE EU PRECISO?

Se foi o médico ou dentista que passou o remédio sim. Basicamente, você precisa ter em mãos o **Cartão SUS** e a receita médica com denominação genérica e a cópia (2 receitas iguais).

SOU DIABÉTICO, E TENHO UMA RECEITA DE QUANDO EU PASSAVA NO OUTRO POSTO ONDE EU MORAVA. ELA SERVE PARA PEGAR REMÉDIO NO POSTO NOVO?

Se ela tiver menos de seis meses, sim.
Todas as pessoas que tem uma doença crônica que precisam tomar remédio por muito tempo (chamados medicamentos de uso contínuo) podem usar a mesma receita em até seis meses. Só precisa fazer uma cópia xerox, para levar na farmácia do posto.
Mas, se você toma medicamento para Diabete, você pode solicitar ao médico do posto para ser incluido no **Programa Remédio em Casa**.

REMÉDIO EM CASA? ISSO EXISTE?

Pode acreditar, existe mesmo!

E COMO EU FAÇO PARA RECEBER MEU REMÉDIO EM CASA?

Qualquer pessoa diabética, hipertensa, ou com colesterol alto sem outras complicações, pode pedir ao médico do posto de saúde uma receita para receber o remédio em casa.

É TÃO FÁCIL ASSIM? NÃO DÁ NEM PARA ACREDITAR!

Pois acredite! O funcionário da farmácia vai pegar a receita do Remédio em Casa, vai cadastrar no computador, e você vai receber na sua casa, remédio para 90 dias. Você só tem que se organizar, para a cada 3 meses passar no posto de saúde, se consultar e entregar uma nova receita na farmácia. É mamão com açúcar, rapaz!

MEU IRMÃO TEM PROBLEMA DOS NERVOS, PARA CONSEGUIR OS REMÉDIOS É UMA DIFICULDADE...

A receita dos remédios para os nervos (para o sistema nervoso) só vale 30 dias. Você tem que levar o seu irmão no médico, para pegar uma nova receita.

Atenção! Não deixe o remédio acabar para sair de casa, em busca de outro. Nem sempre existe vaga, para consulta médica no mesmo dia.

ALÉM DO POSTO DE SAÚDE TEM OUTRO LUGAR QUE EU POSSO CONSEGUIR O REMÉDIO DE GRAÇA?

Sim, além das Unidades Básicas de Saúde, existem as **Farmácias Dose Certa**, para facilitar o acesso aos remédios de graça, é um Programa do Governo do Estado de São Paulo. Horário de funcionamento e das 8 às 17hs. Você pode se informar sobre os medicamentos através do telefone 0800-055-1530

ONDE EU ACHO UMA FARMÁCIA DOSE CERTA?

Em locais de grande circulação de pessoas, como as estações do metrô, trens urbanos e ônibus, além de hospitais e ambulatórios do SUS.

Estações do Metrô: Sé, Brás, Ana Rosa, Carrão, Corinthians-Itaquera, Clínicas, Barra Funda, Santana, Tucuruvi, Saúde e Vila Mariana

Estações de trem da CPTM: Guaianazes, Piqueri, Perus, Santo Amaro.

Terminal de ônibus da EMTU-SP: São Mateus

Outras unidades da **Farmácia Dose Certa** estão localizadas em alguns serviços de saúde da Capital:

Ambulatório de Especialidades Dr. Geraldo Paulo Bourroul
Rua Martins Fontes, 280 – Centro

Hospital Estadual de Sapopemba
Rua Manoel França dos Santos, 174 – Jardim Sapopemba

Hospital Geral de Pedreira
Rua João Francisco de Moura, 251 - Vila Campo Grande

Hospital Geral Santa Marcelina
Rua Salvador Balbino de Matos, 400 B - Itaim Paulista

Complexo Hospitalar Mandaqui
Av. Voluntários da Pátria, 4301 - Mandaqui

POSSO PEGAR O REMÉDIO NAS FARMÁCIAS DOSE CERTA COM QUALQUER RECEITA?

Não, a receita médica tem que ser feita por médicos dos Serviços Públicos de Saúde; A receita deve estar com o nome do princípio ativo/denominação genérica e não o nome comercial. Você pode pedir pro seu médico para escrever com o nome Genérico.

E SE NÃO TIVER O REMÉDIO QUE EU PRECISO?

Você ainda pode tentar conseguir seu remédio na **Farmácia Popular.** Maiores informações pelo telefone 0800-611-977

COMO É ESSA FARMÁCIA POPULAR?

É um Programa do Governo Federal, que tem como objetivo aumentar a possibilidade da população conseguir os medicamentos que precisa, com preços baixos, diminuindo assim a despesa com remédios. Lá é baratinho, baratinho!

QUALQUER PESSOA PODE COMPRAR ESSES REMÉDIOS BARATINHO?

Sim, é só levar a receita médica.

JÁ QUE É BARATINHO EU POSSO COMPRAR PRA MAIS DE UM MÊS?

Não, só pode ser vendido a quantidade para um mês.

OS REMÉDIOS DA ***FARMÁCIA POPULAR*** SÃO ATÉ **90%** MAIS BARATOS DO QUE NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS.

EU TÔ PRECISANDO DE UM REMÉDIO, QUE É CARO PRA DANAR, COMO EU FAÇO PARA CONSEGUIR ELE DE GRAÇA?

Os medicamentos mais caros são padronizados pelo Ministério da Saúde, para tratamento de determinadas doenças. Eles são adquiridos pela Secretaria da Saúde de cada Estado, com ajuda do governo federal e estadual.

PARA QUAIS DOENÇAS O GOVERNO DÁ ESSES MEDICAMENTOS MAIS CAROS?

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura medicamento para tratamento de doenças, como: insuficiência renal crônica, tratamento de hemodiálise, hepatite 'C', hemofilia, pacientes submetidos a transplantes, esclerose múltipla, anemia falciforme, psoríase, puberdade precoce, asma, câncer e outras.

Tem 2 lugares para você ir, aqui na cidade de São Paulo: PAM **Maria Zélia** e no **Várzea do Carmo**.

ONDE FICA?

Núcleo de Gestão Assistencial Maria Zélia
Farmácia de Alto Custo
Rua Jequitinhonha, 360 – São Paulo
Tel. 3583-1900
Segunda à sexta das 7 às 17:30h - Sábado das 7 às 10:30h

Núcleo de Gestão Assistencial Várzea do Carmo
Farmácia de Alto Custo
Rua Leopoldo Miguez, 327 – Várzea do Carmo
Tels: 3385-7004 / 3385-7009 / 3385-7001 / 3385-7007
Segunda à sexta das 7 às 17:00h

SÓ ESSES DOIS ENDEREÇOS, PRA CIDADE INTEIRA?

Tem mais 3 endereços:

Hospital do Servidor Público Estadual e Hospital das Clínicas, só fornecem medicamentos para os pacientes que fazem tratamento lá.

O Centro de Saúde Estadual da Vila Mariana entrega medicamentos para os pacientes do Hospital São Paulo.

Mais ainda assim é muito pouco para uma cidade tão grande!!

ELES SÓ ATENDEM QUEM USA O POSTO DE SAÚDE?

Não, os remédios de alto custo são para a população em geral, tanto quem é atendido nos postos de saúde, quanto nos consultórios particulares. Tem remédio tão caro, que até quem é rico tem dificuldade para comprar.

SE EU FOR LÁ DIRETO, SERÁ QUE EU CONSIGO?

Não, antes você passa no posto perto da sua casa, peça para falar com a **Assistente Social**. Aí você mostra a receita para ela, que irá conferir na lista de remédios caros se o seu esta incluído. Se tiver, ela vai te dar as papeladas que o seu médico tem que preencher para você levar lá.

É MUITA PAPELADA, É?

É um pouco mais do que você está acostumado. Tem a papelada do médico e os seus documentos.

QUAL É A PAPELADA DO MÉDICO?

1. **LME** – Laudo de Medicamento Excepcional, em 01 via, especificando o código da doença (CID). Pode preencher a mão ou digitar no computador.
2. **Formulário 13** (Retirado na Unidade).
3. **Termo de Consentimento**.
4. **Receita Médica** – em duas vias, contendo: nome genérico ou a substância principal do medicamento, quantidade necessária para um mês, dosagem do medicamento, carimbo, assinatura e data.
5. **Relatório médico**.
6. **Os Exames Necessários**.

E OS MEUS DOCUMENTOS?

1. **Cartão SUS**
2. **01 cópia do RG**
3. **01 cópia do CPF**
4. **01 Cópia do comprovante de residência**
5. **Número de Telefone**

Cuidado, tem que estar tudo preenchido, se não, você volta pra casa sem o remédio e perde a viagem. **Não esqueça de levar os seus exames**.

SE EU LEVAR TUDO CERTINHO, O ATENDIMENTO É RÁPIDO?

Não, vou logo avisando, a demora nas filas é grande, mas vale a pena se cadastrar para conseguir um medicamento, dependendo do remédio, ele pode custar nas farmácias mil reais ou até mais. E tem remédio, que eles também entregam em casa.

E SE EU NÃO CONSEGUIR NEM NO POSTO DE SAÚDE, NEM NESSE TAL DE ALTO CUSTO, E O MÉDICO DISSER QUE EU NÃO POSSO FICAR SEM O REMÉDIO ? O QUE É QUE EU FAÇO, PELO AMOR DE DEUS?

Ainda tem um jeito.

ME FALE POR FAVOR!

É a Via Judicial. Qualquer paciente pode conseguir medicamentos pela via judicial, se o medicamento não estiver disponível na rede pública.

AÍ COMPLICOU! ESSE NEGÓCIO DE MEXER COM A JUSTIÇA... NÃO É PARA MIM, NÃO!

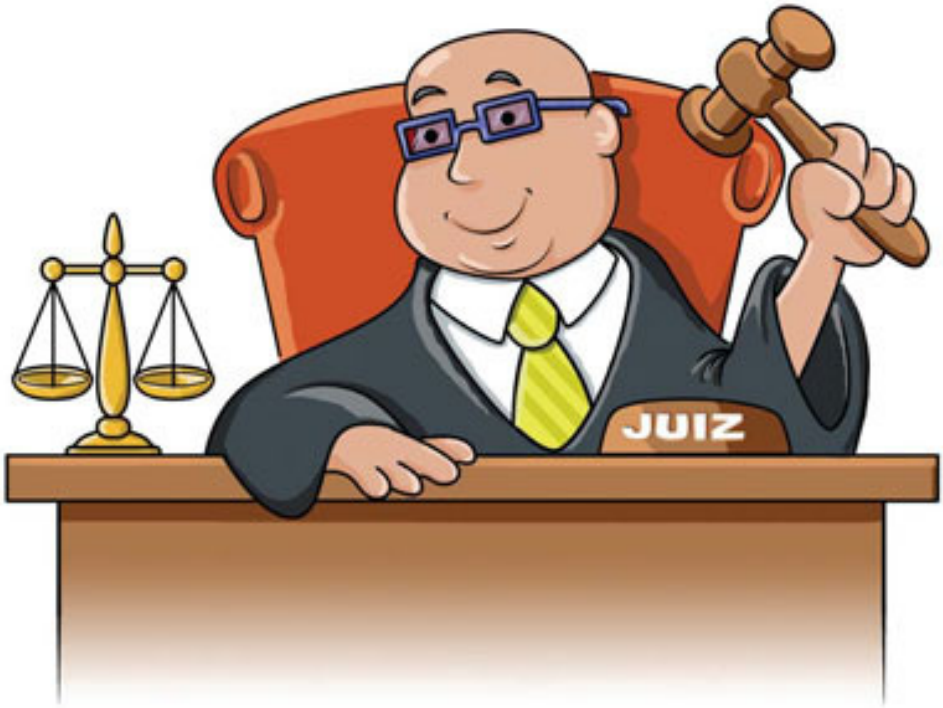
Parece difícil, mas não é. Quem nunca procurou a justiça tem receio, mas ela existe para qualquer cidadão buscar os seus direitos. A via judicial tem início com uma receita médica, acompanhada de relatório, justificando a indicação da medicação e as razões porque ele é indispensável para você.

MAS EU NÃO TENHO DINHEIRO PARA PAGAR ADVOGADO, NÃO!

A Assistência Jurídica Pública é para todo cidadão que tenha renda até 3 salários mínimos. Também existem alguns grupos de apoio, para algumas doenças, que chamamos de ONGs (Organizações Não Governamentais) que prestam estes serviços, dando toda orientação para você conseguir o tratamento, eles têm seus próprios advogados.

EU NÃO TENHO QUE LEVAR NENHUM DINHEIRO PARA PAGAR?

Não, o advogado vai fazer uma petição para o juiz e vai juntar a receita e o relatório médico. O advogado entra com um Mandado de Segurança. Com o pedido de liminar, o juiz analisa e concede a liminar e aí a medicação começará a ser entregue de imediato. O paciente ou familiar comparece ao Posto de Saúde determinado, para buscar o medicamento.



A CIDADE DE SÃO PAULO TEM 421 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS), 24 AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES (AE), 115 POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL (AMA), 6 POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES (AMA E).

EM TODAS ESSAS UNIDADES TEM UMA FARMÁCIA EQUIPADA COM OS MEDICAMENTOS DA REMUME, PARA ATENDER A POPULAÇÃO.

VOCÊ TAMBÉM PODE CONSEGUIR MAIS INFORMAÇÕES NOS SITES:

SECRETARIA DE SAÚDE DA PREFEITURA DE SÃO PAULO:

HTTP://PORTAL.PREFEITURA.SP.GOV.BR/SECRETARIAS/SAUDE/ASS_FARMACEUTICA/0005.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO:

HTTP://WWW.SAUDE.SP.GOV.BR/CONTENT/ASSISTENCIA_FARMACEUTICA.MMP

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HTTP://PORTAL.SAUDE.GOV.BR/PORTAL/SAUDE/VISUALIZAR_TEXTO.CFM?IDTXT=32329

ATENÇÃO

SE VOCÊ MORA EM OUTRO MUNICÍPIO, PROCURE INFORMAÇÕES NAS REGIONAIS DE SAÚDE DE SUA CIDADE, OU NA PRÓPRIA SECRETARIA DA SAÚDE.

SAIBA COMO CONSEGUIR O SEU
REMÉDIO GRATUITO
Genérico
G
PROJETO GRÁFICO E ILUSTRAÇÕES:
SIVANIR BATISTA - SETTOR ESTÚDIO GRÁFICO
HTTP://SETTOR.HD1.COM.BR - SETTOR@MANDIC.COM.BR