



# Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras

Access to medicines measured at the household level: the WHO proposal and other Brazilian initiatives

Recebido em 25/02/2010

Aceito em 16/08/2011

Bethania Blum,<sup>1\*</sup> Vera Lucia Luiza,<sup>2</sup> Jorge Antonio Zepeda Bermudez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>2</sup> Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF)/DCB/ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>3</sup> Diretor Executivo de UNITAID, Genebra, Suíça

## RESUMO

A fim de analisar como o tema de acesso aos medicamentos foi abordado em inquéritos domiciliares de abrangência nacional, selecionaram-se estudos que abordaram a questão em nível nacional: PDAUM-2004; Pesquisa Mundial de Saúde (PMS-2003); Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002-2003) e Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, Suplemento Saúde (2003). Além das características gerais e resultados, analisaram-se as dimensões do acesso contempladas por cada experiência. Quanto às dimensões abordadas, 'Capacidade aquisitiva' mostrou-se gargalo importante para o acesso. 'Disponibilidade de medicamentos' e 'acessibilidade geográfica' foram medidas somente pela PDAUM. 'Adequação' foi avaliada em três pesquisas e apenas a PMS abordou a satisfação do usuário com a qualidade dos medicamentos. O valor do acesso na PDAUM (90%) e na PMS (87%) foi bastante convergente. Não há uma pesquisa que, individualmente, contemple de forma integral todas dimensões do acesso e apresente, ao mesmo tempo, foco em problemas mais abrangentes da população, amostragem robusta, fácil operacionalidade e baixo custo. É importante que os países considerem as vantagens e desvantagens de cada iniciativa ao escolher o método de avaliação do acesso aos medicamentos e pensem na combinação de metodologias rápidas e de baixo custo com métodos mais onerosos, para orientação de políticas públicas.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde, assistência farmacêutica, acesso aos serviços de saúde

## ABSTRACT

In order to evaluate how the access to medicines was discussed on national household surveys, Brazilian national surveys which addressed the issue were selected: PDAUM-2004, World Health Survey (PMS-2003), Household Budgets Survey, (2002-2003), and National Survey of Household Samples, Supplement Health (2003). Beyond comparing the surveys' general characteristics and their results, the access dimensions contemplated by each experience had been analyzed. Concerning to the measured dimensions, *affordability* represented a relevant point for access. The dimensions *availability* and *physical accessibility* were measured only by PDAUM. *Acceptability* was measured by three surveys. However, only PMS approached the question of the user satisfaction with the medicines quality. The value of access in PDAUM (90%) and PMS (87%) was quite convergent. There is no research that, individually, addresses comprehensively all dimensions of access, focus on broader issues of the population, has a robust sample size, easy operation and low cost. It is important that countries consider the advantages and disadvantages of each initiative, when choosing the method of assessment of access to medicines. A combination of low cost rapid methodologies, with methods more costly would be the more adequate way to guide public policies.

**Keywords:** Health evaluation, pharmaceutical services, health services accessibility

## INTRODUÇÃO

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

perpassam as questões sobre acesso e utilização de serviços de saúde.

Quanto à medida de acesso aos medicamentos, os indicadores mais comumente utilizados, possivelmente

\* **Contato:** Bethania Blum, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz. CEP 21041-210. Rio de Janeiro/RJ. Brasil, e-mail: bethaniablum@gmail.com

pela facilidade operacional, geralmente são obtidos no nível das unidades de saúde. Dessa forma, somente é contemplada a parcela da população que teve acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, à prescrição médica. Não há muita informação disponível a partir dos usuários finais de medicamentos. Ainda que os indicadores medidos nas unidades de saúde tenham se mostrado úteis, a pesquisa domiciliar é importante para obter informações acuradas sobre como a população está tendo acesso e usando os medicamentos (WHO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem investido no desenvolvimento de metodologias que permitam descrever a situação da política de medicamentos nos países, incluindo a Assistência Farmacêutica, e seus efeitos sobre o acesso, qualidade e uso racional de medicamentos. Uma dessas iniciativas é a Pesquisa Domiciliar para medida de Acesso e Uso de Medicamentos (PDAUM), proposta pela OMS e desenvolvida e aplicada de forma pioneira no Brasil em 2004 pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/ Fiocruz), no intuito de validar uma metodologia de baixo custo e fácil de operar. Os autores do presente artigo fizeram parte da equipe coordenadora e executora dessa pesquisa.

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

No presente artigo, propõe-se discutir as experiências recentes de abrangência nacional que, além da PDAUM, abordaram a questão do acesso aos medicamentos no nível domiciliar. O foco desse artigo é analisar como o tema de acesso aos medicamentos foi abordado em inquéritos domiciliares de abrangência nacional. Para isso, elegeu-se como lente de comparação o modelo de Luiza (2003) para definição das dimensões do acesso a medicamentos.

Adicionalmente, apresentam-se as principais características e resultados de cada investigação. Espera-se que este trabalho possa contribuir para definição de sistemas de avaliação de acesso a medicamentos no nível domiciliar que subsidiem a tomada de decisão e construção de políticas públicas.

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

Esse artigo considerou o modelo de Luiza (2003), cujo estudo de acesso a medicamentos baseou-se no modelo desenvolvido pela Reunião Consultiva da OMS e do MSH (*Management Sciences For Health*), realizado em Fernelly-Voltaire em 2000 (WHO, MSH, 2000), que parte do conceito de Penchansky & Thomas (1981). Considerando que os autores (Penchansky & Thomas, 1981) centram o conceito de acesso no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, o modelo busca identificar as possibilidades de intervenção ou o monitoramento de intervenções já realizadas. Assim, as dimensões para medida de acesso aos medicamentos são definidas em termos das principais barreiras ao acesso como: *disponibilidade física*, definida pela relação entre o tipo e quantidade de produtos e serviços necessários e oferecidos; *capacidade aquisitiva*, sendo a relação entre

preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles; *acessibilidade geográfica*, como a relação entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços; e *adequação*, que se refere ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

#### **MATERIAL E MÉTODOS**

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

Para definição das pesquisas a serem investigadas, buscaram-se nas bases do IBGE, Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e na literatura, estudos realizados no período entre **2000 e 2004** conduzidos no âmbito domiciliar que abordassem a questão do acesso aos medicamentos.

Foram apresentadas, quando possível, as metodologias das pesquisas no que tange ao tamanho da amostra, tempo para coleta de dados, tipo de medicamentos contemplados e abrangência geográfica, entre outros aspectos. Foram observadas quais dimensões do acesso a medicamentos puderam ser avaliadas com os dados providos por cada pesquisa, de acordo com o modelo de acesso a medicamentos de Luiza (2003).

Para comparação dos valores monetários levantados nas diferentes pesquisas, escolheu-se uma data de referência, de acordo com os períodos de realização, e observou-se o valor do dólar americano (US\$) para compra (BRASIL, 2003a; 2003b; 2003c; 2004) e do salário mínimo brasileiro (BRASIL, 2007) (**Quadro 1**). Além disso, para equiparar as categorias de renda e examinar os achados dos estudos, elegeram-se as categorias de “Até R\$ 400”, “mais de R\$ 600 a R\$ 1000” e “mais de R\$ 1600 a R\$ 2000”, utilizadas na Pesquisa de Orçamentos Familiares para cotejo com as categorias de número de bens (0-3, 4-7 e 8 e mais bens) utilizadas na PDAUM e na Pesquisa Mundial da Saúde. Discutiu-se, após análise, a complementaridade entre as pesquisas, a relevância da realização de diversos estudos para os sistemas de saúde e utilidade potencial das informações geradas para orientar a tomada de decisão.

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

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

#### **Pesquisa Domiciliar para Medida de Acesso e Uso de Medicamentos – PDAUM: a proposta da OMS**

A PDAUM foi realizada em resposta à proposta da Health Technology and Pharmaceuticals/ World Health Organization (HTP/WHO) de avaliar a situação farmacêutica nos países. A avaliação no nível domiciliar não estava validada e sua aplicação fez parte da realização

de pré-testes. A expectativa da OMS era que a experiência contribuísse para a consolidação da metodologia.

A condição de habilitação do domicílio à entrevista era a manifestação de episódio agudo de doença na família nas duas semanas anteriores à pesquisa, excluindo internação hospitalar e aqueles em uso de medicamentos de manutenção ou tratamento contínuo de doenças crônicas. A metodologia do estudo pautou-se na aplicação de questionário e a amostragem seguiu as recomendações da OMS (WHO, 2003) de que o estudo fosse conduzido em cinco áreas geográficas do país, com inclusão de áreas de maior e menor renda. No Brasil, escolheu-se aleatoriamente um estado por região e dois municípios por Estado. A metodologia detalhada da amostragem é descrita em OPAS (2005; pgl 16).

O questionário domiciliar era de rápido preenchimento e cobria o comportamento de procura por cuidado de saúde, disponibilidade, fonte e uso apropriado de medicamentos. Outros aspectos abordados foram os gastos dos doentes com medicamentos prescritos/ recomendados, utilização de serviços públicos ou privados de saúde e busca a fontes leigas de cuidado. Para examinar as desigualdades por nível socioeconômico, verificou-se o grau de escolaridade do chefe da família, número de bens e infra-estrutura básica do domicílio.

Nos resultados da PDAUM, os 916 domicílios entrevistados foram estratificados segundo o número de bens declarados a partir de uma lista pré-definida de dez itens e encontrou-se, ao fim da pesquisa, que 24% dos respondentes declararam ter entre zero e três bens na família; 53% entre quatro e sete bens e 21% declararam ter oito ou mais bens. Os domicílios possuíam média de 4,2 habitantes (OPAS, 2005).

Os indicadores medidos na pesquisa foram classificados em indicadores de acesso e uso de medicamentos. Os indicadores de acesso incluíram se os medicamentos foram obtidos, razão de não obtenção, fonte de obtenção de medicamentos e quantia gasta. Farmácias e drogarias privadas foram as fontes mais acessadas para obtenção de medicamentos, mencionadas por 62% dos domicílios, seguidas pela utilização de medicamentos que as pessoas já possuíam em casa (29%) e por farmácias de unidade pública (23%).

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

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

Em 2002, foi realizada a quarta pesquisa pelo IBGE sobre orçamentos familiares. A POF 2002-2003 foi realizada no período compreendido entre julho de 2002 e junho de 2003. Os períodos de observação foram definidos de maneira variada, já que era investigada uma grande diversidade de itens de despesas, com frequências de aquisição irregulares. A amostra efetiva incluiu 44.248 domicílios localizados em 3.984 setores selecionados proporcionalmente em relação ao número total de domicílios particulares permanentes presentes em estratos

distribuídos em áreas urbanas e rurais do país (IBGE, 2004a).

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

Na POF de 2002-2003, as faixas de renda foram estratificadas em valores monetários divididos em dez faixas que vão de “até 400 reais”, e inclui famílias sem rendimentos, até a faixa “mais de 6000 reais”. Neste artigo, elegeram-se as categorias de “Até R\$ 400”, “mais de R\$ 600 a R\$ 1000” e “mais de R\$ 1600 a R\$ 2000” para comparar com as categorias de número de bens utilizadas na PDAUM e na PMS (0-3, 4-7, 8 e mais).

A POF 2002-2003 (IBGE, 2005a) mostrou que o gasto com medicamentos representa 76% dos gastos familiares mensais em saúde das famílias com rendimento até R\$ 400, enquanto nas famílias com rendimento entre R\$ 1600 e R\$ 2000 esse gasto corresponde a 45%. Além dos medicamentos, os maiores gastos em saúde das famílias foram planos de saúde e tratamento dentário, mas representaram bem menos do que os medicamentos no total de gastos. Os gastos mensais familiares com medicamentos correspondem a 2% dos gastos mensais totais e 13% dos gastos com alimentos. As famílias gastam em média R\$ 38,60 em medicamentos mensalmente, sendo que a faixa de melhor condição de renda tem um gasto mensal absoluto 3,4 vezes maior do que pessoas com rendimentos de até 400 reais.

### **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**

A PNAD é realizada anualmente, também pelo IBGE, em todo o território nacional, exceto em áreas rurais da Região Norte. Em 2003 e 1998, a PNAD foi realizada com um suplemento especial dedicado a vários aspectos da saúde. Na PNAD 2003, foram pesquisados 133.255 domicílios e 384.834 pessoas. A pesquisa é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção (IBGE, 2004b).

Em 2003, as situações foram investigadas, segundo os grupos de idade, o sexo, classes de rendimento mensal familiar, anos de estudo segundo, grupos de atividade do trabalho principal, Unidades da Federação, entre outros (IBGE, 2005b). O questionário utilizado em 2003 manteve essencialmente a mesma estrutura do aplicado em 1998. As alterações mais importantes foram a inclusão de investigação relativa ao acesso a serviços preventivos de saúde para as mulheres e a exclusão do bloco que investigava os gastos privados em saúde. Esse bloco trazia importantes informações a respeito do impacto do gasto com medicamento nas despesas familiares e foi fonte para diversas discussões referentes ao assunto (Silveira *et al.*, 2002; Lima-Costa *et al.* 2003).

A maioria dos entrevistados, 79%, declarou ter um serviço de uso regular. Os Postos ou Centros de Saúde foram os serviços majoritariamente referidos pela população como serviços de uso regular (52%), seguidos

pelos Consultórios Particulares (18%) e Ambulatórios de Hospitais (17%). As farmácias foram referidas apenas por 1% dos entrevistados. Acerca dos atendimentos nas duas semanas que antecederam a entrevista, os serviços de atenção primária (postos e centros de saúde) responderam por cerca de 40% e, no outro extremo, as farmácias responderam por 1,5% (IBGE, 2005b).

### Pesquisa Mundial de Saúde – PMS

Em 2002, dando prosseguimento às discussões sobre a proposta da OMS para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz foi responsável pela condução da PMS no Brasil. De janeiro a setembro de 2003, foi realizado inquérito populacional, de âmbito nacional, em 5.000 domicílios escolhidos por amostragem probabilística, obtida em três estágios (Szwarcwald *et al.*, 2004).

A pesquisa abordou aspectos sobre condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde; fatores de risco; problemas de saúde (situações crônicas e agudas); cobertura de programas de saúde; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário; gastos relativos das famílias em saúde (Szwarcwald *et al.*, 2004). A PMS foi um dos referenciais metodológicos da PDAUM e ambas alicerçaram-se em práticas recomendadas pela OMS. Assim, há semelhanças no escopo das pesquisas, no que se refere ao instrumento de coleta da análise do componente farmacêutico e a variáveis sócio-demográficas.

As perguntas relativas ao uso de medicamentos, de forma similar à PDAUM, foram aplicadas aos indivíduos que haviam feito uso destes produtos nas duas semanas anteriores à entrevista. Diferentemente daquela, em que se questionava se havia algum doente na casa, neste caso, a investigação desse tema era concernente à existência de algum medicamento no domicílio (Carvalho *et al.*, 2003). Os achados da PMS evidenciaram que, entre os 5.000 entrevistados, 71% relataram ter algum tipo de medicamento em casa. Entre indivíduos com 60 anos ou mais, a porcentagem era 83%, quando entre os indivíduos mais novos (18-39 anos) era 66%. Indivíduos com maior escolaridade tenderam a manter mais freqüentemente medicamentos em casa, assim como aqueles com maior número de bens em casa. (Carvalho *et al.*, 2003).

A PMS também avaliou os gastos com saúde, incluindo medicamentos. Dos gastos com saúde, de forma semelhante à POF, os medicamentos constituíram o principal componente (31% do total), sendo que a média mensal de gastos com medicamentos foi de R\$ 44,27. Na categoria mais abastecida, a média de gasto com medicamentos foi quatro vezes maior (R\$ 88,83) do que a quantia gasta pelos mais pobres, mas correspondeu somente a 21% dos gastos em saúde desse grupo (Szwarcwald *et al.*, 2004).

### Aspectos gerais dos estudos

Em relação aos estudos do IBGE, a POF mostrou-se bastante eficiente na avaliação da capacidade aquisitiva das pessoas para medicamentos. A principal característica dessa pesquisa é o elevado nível de detalhe na captação das despesas familiares. Sua confiabilidade e qualidade são comprovadas, tanto que as POFs são utilizadas como base

para a determinação das estruturas de ponderação de alguns dos principais índices de preços utilizados no Brasil, como o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) e o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), ambos calculados e divulgados pelo próprio IBGE (Rocha, 2000).

A PNAD, a exemplo da POF, tem qualidade reconhecida. A PNAD-saúde 2003 trouxe importantes informações sobre acesso e uso dos serviços de saúde. Contudo, como o gasto com bens e serviços de saúde não foi objeto de investigação da última edição da pesquisa, informações sobre a capacidade aquisitiva em relação aos medicamentos obtidas no suplemento de saúde da PNAD de 1998 deixaram de ser avaliadas (Silveira *et al.*, 2002).

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

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

Entre os indicadores semelhantes constantes nas duas pesquisas, está o de existência de prescrição para os medicamentos usados nas duas semanas precedentes à entrevista. A PMS encontrou todos os produtos prescritos por um médico para 68% dos entrevistados (Carvalho *et al.*, 2003). A PDAUM, ao investigar esse dado em caso de doença aguda, observou que menos da metade das pessoas (48%) que tiveram medicamento recomendado ou usado, obteve prescrição. Essa informação reflete a pouca procura de serviços de saúde em caso de situações de doença aguda, ilustrada, por exemplo, na alta porcentagem de indicação leiga como fonte de consulta (77%) encontrada na pesquisa descrita (OPAS, 2005).

Os indicadores de uso de medicamentos da PDAUM avaliaram as atitudes dos indivíduos diante de algum sinal ou sintoma. Somente 3% dos entrevistados não tomaram nenhuma atitude. Entre as fontes consultadas, a indicação leiga foi mencionada por 77% dos indivíduos, incluindo-se nesse grupo a decisão própria de comprar o medicamento (27%). A consulta às unidades de saúde foi mencionada em 48% dos domicílios.

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

Algumas condições são necessárias para definir um traçador: impacto funcional aos afetados; prevalência freqüente para permitir a coleta de dados em populações limitadas; e ocorrência variável de acordo com a utilização

e efetividade da assistência prestada. A ocorrência dessas condições traçadoras leva à análise do processo de assistência e aos fatores determinantes associados (Kessner *et al.*, 1992). Assim, os episódios agudos mostram-se insuficientes para preencher alguns desses requisitos, como a sua representatividade dentre os problemas da população e seu impacto funcional àqueles afetados por esse problema.

Avaliando-se a obtenção dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde, a PMS encontrou que 87% conseguiram adquirir todos os medicamentos prescritos. Trata-se de uma informação fundamental do acesso que reflete a continuidade do tratamento médico. Apesar de a PDAUM ter abordado apenas medicamentos para doenças agudas (em geral mais baratos), o acesso foi semelhante quando houve recomendação por médicos ou dentistas, e todos os medicamentos recomendados foram obtidos em 90% dos domicílios. A respeito das razões para não obtenção, a maioria dos entrevistados da PMS (55%) e da PDAUM (63%) disseram que não podiam pagar (Szwarcwald *et al.*, 2004; OPAS, 2005).

A capacidade aquisitiva constitui um gargalo importante na questão do acesso, sendo a dimensão do acesso abordada em três dos quatro estudos considerados. Mesmo no Brasil, que contempla em texto legal o compromisso público com “a assistência farmacêutica integral” (BRASIL, 1990), a despesa familiar responde por boa parte do financiamento aos medicamentos, o que foi confirmado por todos os estudos.

Outra característica de consumo de medicamentos observada em todas as pesquisas é a relação direta entre o poder aquisitivo, a compra direta desses produtos e o valor desembolsado. A Tabela 1 confirma essa informação, já que, apesar da diferença absoluta entre valores obtidos nas pesquisas ser grande, uma vez que o resultado obtido na PDAUM é quase o dobro do resultado da PMS, a razão entre as classes de bens é constante e bastante semelhante em ambas investigações. Assim, a quantia mensal média gasta em medicamentos na classe de “8 e mais bens” é 1,6 vez maior que a quantia gasta na classe de 4-7 bens, e essa por sua vez também gasta 1,6 mais vezes que a classe econômica menos favorecida, segundo a PDAUM. Nas outras duas pesquisas, a relação também é constante entre as três categorias, sendo que, na PMS, a razão de diferença passa a ser de cerca duas vezes e na POF, de 1,8.

Assim, como o desembolso direto para a compra de medicamentos, o impacto dos gastos com esses produtos relacionados às demais despesas familiares é de igual importância para medida da capacidade aquisitiva. Comparando-se os gastos com medicamentos relacionados aos demais gastos com saúde, encontra-se uma nítida discrepância entre as classes, já que, entre os mais ricos, os medicamentos representam 21% e 45% dos gastos com saúde, segundo a PMS e a POF respectivamente e, entre os menos abastecidos, essa fração corresponde a 59% (PMS) e 76% (POF).

A Tabela 2 compara os gastos mensais entre medicamentos e alimentos. A PDAUM mostrou que o gasto com medicamentos em geral, comparado ao gasto com alimentos, tem um impacto considerável na despesa das famílias (26%), diferentemente dos medicamentos para a enfermidade aguda citada (5%). Isso pode mascarar a

reflexão para a necessidade de intervenção pública nessa situação, uma vez que foi apontado um alto acesso (87%) nesses casos. Desta forma, para as famílias que conseguem adquirir os medicamentos prescritos em caso de doença aguda, com desembolso relativamente baixo, ressalta-se a importância, como medida pública, do aumento do acesso aos serviços de saúde e do desenvolvimento de ações educacionais para a promoção do uso racional de medicamentos.

Figuras públicas nacionais, como Fischer-Pühler (2002), sugerem considerar as políticas públicas de provisão de acesso a medicamentos a partir da estratificação da população brasileira em três faixas socioeconômicas: baixa, média e alta renda. O autor propõe que, para o cidadão de baixa renda, as políticas públicas são aquelas centradas na distribuição gratuita pelas três esferas de governo. Os meios públicos de provisão de medicamentos incluem, entre outros, os medicamentos presentes no elenco mínimo obrigatório da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, o programa de distribuição gratuita de medicamentos para Aids e a política de medicamentos de alto custo. Para o grupo de média renda as políticas seriam, principalmente, as que promovem redução de preços, como a política de genéricos e o monitoramento de preço ou programas não governamentais, como a Aquisição de Medicamentos nos Planos de Saúde. O grupo de renda alta prescindiria de ações públicas de promoção do acesso.

O Quadro 1 sumariza características gerais dos estudos utilizados em termos da amostras, abrangência geográfica e período de realização.

O Quadro 2 apresenta as dimensões do acesso e os respectivos indicadores identificados por cada um dos estudos analisados. A *capacidade aquisitiva* pôde ser medida por diferentes pesquisas, PDAUM, PMS e POF (Quadro 2). As metodologias da OMS, PDAUM e PMS, investigam adicionalmente a porcentagem de medicamentos prescritos obtidos e a razão de não obtenção e a PDAUM o uso dos medicamentos prescritos. Assim, a discussão do poder de compra, bem como as diferentes formas de financiamento dos medicamentos, é crucial ao se abordar o acesso a medicamentos.

Outro passo para a garantia do acesso, além de sua forma de provisão, é sua disponibilidade no momento em que o usuário dele necessita, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas ao uso (Luiza, 2003). A PDAUM mediu essa dimensão no serviço público e privado ao observar a obtenção dos medicamentos prescritos e a razão de não obtenção e a fonte de obtenção dos medicamentos.

A acessibilidade geográfica dos serviços disponibiliza medicamentos aos usuários é outro fator importante. Tendo em vista que podem coexistir diferentes mecanismos de financiamento e provisão, é importante que cada um deles seja acessível à sua clientela alvo (Luiza, 2003). Essa dimensão foi verificada somente na PDAUM, ao observar a distância entre o conglomerado visitado e a unidade de saúde referencial para a amostragem, e também ao verificar a existência de serviços de saúde próximos ao domicílio.

A adequação de produtos e serviços oferecidos está relacionada às características, necessidades e expectativas do usuário, assim como à adequação a padrões técnicos de

Tabela 1. Médias mensais de gastos familiares com medicamentos obtidas em diferentes pesquisas de abrangência nacional, em reais (R\$), por classe de renda dos domicílios e total de domicílios. Brasil, 2003 e 2004

<b>Gastos (R\$)</b>	<b>Total de Domicílios</b>	<b>0 - 3 bens</b>	<b>4 - 7 bens</b>	<b>8 e + bens</b>
Média mensal de gastos familiares com medicamentos				
PDAUM. Brasil, 2004.	R\$ 84,4	R\$ 49,8	R\$ 81,2	R\$ 129,9
PMS. Brasil, 2003.	R\$ 44,27	R\$ 22,88	R\$ 43,42	R\$ 88,83
POF. Brasil, 2003.	R\$ 38,60	R\$ 14,07	R\$ 27,35	R\$ 48,21

Fonte: Elaboração a partir de dados das PDAUM e PMS e POF. **Notas:** Na POF, as categorias 0-3, 4-7 e 8 e + bens correspondem à "até R\$ 400", "mais de R\$ 400 a 600" e "Mais de 1600 a 2000", respectivamente. "Até 400" incluem famílias sem rendimento

Tabela 2. Gastos mensais com medicamentos e gastos com os medicamentos adquiridos para a enfermidade citada na entrevista em relação aos gastos mensais com alimentos, obtidos em diferentes pesquisas de abrangência nacional, em porcentagem média (%), por classe de renda dos domicílios e total de domicílios. Brasil 2003 e 2004

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

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

Quadro 1. Características - áreas abrangidas, total de entrevistados, período de realização e valores do dólar e do salário mínimo na época das diferentes pesquisas domiciliares de abrangência nacional - PDAUM, POF, PNAD, PMS

<b>Pesquisas</b>	<b>Características</b>
<b>PDAUM</b>	<p><b>Área abrangida:</b> A capital e mais um município nos seguintes estados selecionados (um por região): Espírito Santo; Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe.</p> <p><b>Balanço:</b> 5 Estados, 10 Municípios, 916 domicílios</p> <p><b>Período de realização:</b> 13 e 24 de setembro de 2004</p> <p><b>Valor do dólar americano (US\$)</b> - data de referência: 15/09/2004: R\$ 2,9034</p> <p><b>Valor do salário mínimo</b> (ano referência: 2004): R\$ 260,00</p>
<b>POF</b>	<p><b>Área abrangida:</b> Regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Nas áreas rurais, em função dos altos custos de coleta, principalmente devidos a grandes deslocamentos, a estratificação não foi definida em cada Unidade da Federação. Foram definidos cinco estratos rurais, um para cada Grande Região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).</p> <p><b>Balanço:</b> 48.470 domicílios</p> <p><b>Período de realização:</b> julho de 2002 e junho de 2003</p> <p><b>Valor do dólar americano (US\$)</b> - data de referência: 15/01/2003: R\$ 3,2975</p> <p><b>Valor do salário mínimo</b> (ano referência: 2002/2003): R\$ 200,00/ R\$ 240,00</p>
<b>PNAD</b>	<p><b>Área Abrangida:</b> Todo o País, com exceção da área rural de seis Unidades da Federação - Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.</p> <p><b>Balanço:</b> 851 Municípios, 7.273 setores censitários, 133. 255 domicílios, 384 834 pessoas.</p> <p><b>Período de realização:</b> Setembro de 2002 a setembro de 2003</p> <p><b>Valor do dólar americano (US\$)</b> - data de referência: 14/03/2003: R\$ 3,3950</p> <p><b>Valor do salário mínimo</b> (ano referência: 2003): R\$ 240,00</p>
<b>PMS</b>	<p><b>Área Abrangida:</b> 25 estados (com exceção de Acre e Roraima)</p> <p><b>Balanço:</b> 25 Estados, 188 Municípios, 250 setores censitários, 5 mil brasileiros com idade acima de 18 anos.</p> <p><b>Período de realização:</b> Janeiro a setembro de 2003</p> <p><b>Valor do dólar americano (US\$)</b> - data de referência: 15/05/2003: R\$ 2,9298</p> <p><b>Valor do salário mínimo</b> (ano referência: 2003): R\$ 240,00</p>

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

Quadro 2. Dimensões do acesso aos medicamentos contempladas e respectivos indicadores identificados em cada pesquisa, segundo o modelo teórico utilizado por Luiza, 2003\*

Dimensões	Pesquisas e Indicadores			
	PDAUM	PMS	POF	PNAD
Disponibilidade física	Obtenção dos medicamentos prescritos Razão de não obtenção Fonte de obtenção de medicamentos			
Capacidade aquisitiva	Gastos com medicamentos Obtenção dos medicamentos prescritos Razão de não obtenção Uso dos medicamentos prescritos	Gastos com medicamentos Obtenção dos medicamentos prescritos na última consulta Razão de não obtenção	Gastos com medicamentos	
Acessibilidade geográfica	Unidade de saúde próxima			
Adequação	Uso de algum medicamento nos últimos 15 dias Obtenção de prescrição de médico ou dentista Uso dos medicamentos prescritos adquiridos Condutas diante de algum sinal ou sintoma	Presença de algum tipo de medicamento em casa Obtenção de prescrição de médico ou dentista Satisfação com a disponibilidade de medicamentos		Condutas diante de algum sinal ou sintoma (Farmácia como fonte de consulta)

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

funcionamento. Conforme a proposição de diferentes autores (Penchansky & Thomas, 1981; Aday & Andersen 1974), o grau de ajuste entre o serviço e/ou produtos oferecidos e as expectativas do usuário guardam importante relação com o acesso. O usuário que tem baixa credibilidade no serviço ou produto tenderá a não utilizá-lo ou a não seguir as recomendações oriundas deste processo de cuidado (Luiza, 2003).

A PMS obteve uma importante medida ao avaliar a satisfação dos indivíduos com os serviços de saúde e verificar que o maior motivo de insatisfação para os usuários do atendimento ambulatorial (19%) referia-se à indisponibilidade de medicamentos. Outros indicadores, presentes de forma alternada nas pesquisas (Quadro 2), refletem a adequação dos serviços à necessidade do usuário, como o uso ou a presença de algum medicamento em casa, condutas diante de algum sinal ou sintoma e a obtenção de prescrição. O uso dos medicamentos adquiridos, abordado na PDAUM, encerra o ciclo de acesso ao fármaco, considerando que, muitas vezes, a prescrição ou a obtenção do medicamento não asseguram sua correta utilização, que muitas vezes depende da decisão própria do usuário e demonstra, de certa forma, uma adequação do produto às características e expectativas do indivíduo.

A qualidade na atenção médica consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médicas de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isto seus riscos (Donabedian, 1984). A qualidade dos produtos e serviços constitui-se como componente essencial do acesso e perpassa todas as dimensões anteriormente definidas. Este aspecto não foi contemplado

em nenhum dos estudos analisados. Por outro lado, a medida da qualidade na perspectiva dos usuários, como ocorre no caso das pesquisas domiciliares, apresenta dificuldades para ser realizada, já que somente é possível saber, na maioria das vezes, a impressão ou satisfação dos usuários com essa característica, que assim passaria a corresponder à dimensão da adequação.

## CONCLUSÕES

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

A análise realizada mostrou que a metodologia proposta pela OMS de PDAUM é capaz de avaliar as diferentes dimensões do acesso ao medicamento e demonstra utilidade, considerando-se os custos operacionais e os resultados obtidos. Um grande limitante dessa metodologia foi a escolha do caso traçador que, ao abordar doenças agudas, restringiu o olhar das necessidades da população para situações onde não se evidenciou a dificuldade de acesso como uma questão primordial. A abordagem a partir da existência de medicamento na residência e a avaliação da obtenção dos medicamentos prescritos na última consulta ao médico, a exemplo da PMS, é uma possibilidade interessante para medida de acesso e uso

desses produtos. A PMS também primou ao avaliar a satisfação dos usuários com serviço recebido e com a obtenção dos medicamentos. Os estudos do IBGE, a POF mostrou-se bastante eficiente na avaliação da capacidade aquisitiva das pessoas para medicamentos, de forma bastante detalhada. A PNAD trouxe importantes informações sobre acesso e uso dos serviços de saúde, mas o tema medicamento foi abordado de forma secundária.

Sendo assim, apesar de as pesquisas avaliadas nesse trabalho terem apresentados alguns indicadores coincidentes, ficou claro que as pesquisas que não têm como foco a saúde deixam de prover importantes informações sobre o acesso a medicamentos. Por outro lado, pesquisas de maior envergadura, apresentam dados mais detalhados sobre a capacidade aquisitiva e maior poder amostral.

Levando esses fatos em consideração, é visível a complementaridade entre as pesquisas e a importância de realização de diversos estudos para os sistemas de saúde. É importante alternarem-se metodologias baratas e de fácil reprodução, mais direcionadas ao acesso a medicamentos, com pesquisas de maior abrangência e capacidade amostral. Essa combinação proporciona um conjunto de informações úteis para a orientação das políticas públicas.

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

#### AGRADECIMENTOS

À OMS e ao Ministério da Saúde do Brasil pelo apoio e financiamento; aos profissionais da saúde e pacientes que contribuíram com tempo e informação; aos gestores locais autorizarem a realização do estudo. À prof. Mônica Campos pelo apoio na análise.

#### REFERÊNCIAS

Aday LA & Andersen R. Marco Teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica. *In*: White KL (editor principal). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1992. Ed, 1974. p. 604 – 613.

Brasil. Senado Federal. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Ato Declaratório Executivo Cosit nº 3, de 22 de janeiro de 2003.

Brasil. Ato Declaratório Executivo Cosit nº 9, de 18 de março de 2003.

Brasil. Ato Declaratório Executivo Cosit nº 15, de 16 de maio de 2003.

Brasil. Ato Declaratório Executivo Cosit nº 29, de 17 de setembro de 2004.

Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. *Evolução do Salário Mínimo*. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEE9C0AE25062/leg\\_evolucao.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEE9C0AE25062/leg_evolucao.pdf)>. Acesso outubro de 2007.

Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL.. Características da utilização de medicamentos na população brasileira, 2003. *Cad Saúde Pública* 21 (suppl 1):100-108, 2005.

Donabedian A. La Calidad de La Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación. México: *La Prensa Médica Mexicana*, 1984.

Fischer- Pühler P. O acesso ao fármaco. *In*: Negri B & Viana ALA (Org.). O Sistema Único de Saúde em Dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002. p. 315-351.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2004a. 270p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 – Brasil, volume 24. Rio de Janeiro: IBGE; 2004b. 116p.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de Orçamentos familiares. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em janeiro de 2005a.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005b. 172p.

Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el Método de los Procesos Trazadores. *In*: Organización Pan-americana de la Salud, (Org.). Investigaciones sobre servicios de salud. Brasília; OPS, 1992. p. 555-63.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* .19(3):735-743, 2003.

Luiza VL. *Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro*. 2003. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde)/ OMS (Organização Mundial da Saúde), Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. 260p.



Penchansky DBA, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care.* 19: 127-40,1981.

Rocha S. Estimação de linhas de indigência e pobreza: opções metodológicas no Brasil. *In:* Henriques R. (Org.). Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. cap. 04. p.109-127.

Silveira FG, Osório RG e Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc. Saúde coletiva.* 7 (4): 719-731, 2002.

Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, Carvalho MF, Fonseca MG, Frias PG, Gama SG, Souza Júnior PRB, Lansky S, Luhm KR, Mazzei MC, Ribeiro MCSA, Santos S, Souza WV, Theme M. O Brasil em números. *Radis.* 23:14-33, 2004.

WHO (World Health Organization), MSH (Management Sciences For Health). Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the WHO-MSH Consultative Meeting. Ferney-Voltaire, France: WHO, MSH. 2000.

WHO (World Health Organization). Manual for core indicators on country pharmaceutical situations: working draft. Geneve: WHO, 2003.

WHO (World Health Organization). Household Survey to Measure Access and Use of Medicine: Guidelines and Questionnaire. Geneve: WHO. 2004.