UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Organizações e Mercados

Dissertação

Desigualdades socioeconômicas no acesso a medicamentos: Análise da prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo entre mulheres no Brasil

Flávia Katrein da Costa

Pelotas, 2013

FLÁVIA KATREIN DA COSTA

DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NO ACESSO A MEDICAMENTOS:

Análise da prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo entre mulheres no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Organizações e Mercados da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Economia Aplicada.

Orientador: Andréa H. Dâmaso
Co-Orientador: César Oviedo Tejada

Pelotas, 2013

Banca examinadora

Prof. Dra. Andréa Homsi Dâmaso
(Presidente)

_____

Prof. Dr. Aluísio Jardim Dornelles de Barros

_____

Prof. Dr. Cristiano Aguiar de Oliveira

_____

Agradecimento

Agradeço à minha querida orientadora e amiga, professora Andréa Dâmaso, por toda a atenção despendida, as manhãs dedicadas à discussão deste trabalho, pelo carinho e pelo estímulo. Não tenho palavras pra descrever a pessoa magnífica que és. Ter sido tua orientanda foi maravilhoso para o meu amadurecimento acadêmico.

Ao meu co-orientador, professor César Tejada. Pelas opiniões pertinentes, pelo apoio e pelas longas conversas sobre a vida acadêmica. Obrigada por me apresentar a área da Economia da Saúde e ter me aberto tantas portas.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Organizações e Mercados, que tanto conhecimento nos agregaram nesse caminho.

Aos colegas futuros mestres, que me acompanharam nessa caminhada e proporcionaram tantas tardes agradáveis. Em especial, à Lívia, amiga querida que tantas vezes me auxiliou e que dividiu comigo os anseios da vida de mestranda. Tua amizade foi extremamente importante para que eu conseguisse chegar até aqui.

Ao meu amor, Thiago. Sem tua presença ao meu lado, nada disto seria possível. Tu foste a minha força nas horas de fraqueza. Minha tranquilidade nas horas de desespero. Mais do que ninguém sabes como essa caminhada foi difícil pra mim, e não poupastes esforços para estar comigo em todas as horas. Obrigada pela tua presença na minha vida.

Às queridas amigas Clarisse, Carolina, Débora, Renata e Vera, pelo bom astral, companheirismos e compreensão. Souberam entender as minhas ausências e apoiar nos momentos que mais precisei. Muito obrigada.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha mãe, Marlene, minhas irmãs Roberta e Carla, meu cunhado Eduardo, vocês são meus apoios pra vida. Sou abençoada por ter vocês em minha vida.

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo analisar o acesso da população a medicamentos, avaliando a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratamento de um determinado grupo de doenças crônicas e investigando a existência de desigualdades socioeconômicas no acesso. Para tanto, utilizou-se dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006, com uma amostra composta de 15.575 mulheres com idade entre 15 e 49 anos, representativa de todas as regiões do país e dos contextos urbano e rural. O desfecho foi construído a partir da seção sobre acesso a medicamentos da PNDS 2006, com base no diagnóstico de doença crônica e na necessidade de obtenção de medicamento para tratamento. Para a elaboração das análises utilizou-se cinco grupos de variáveis independentes: geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. A análise ajustada foi conduzida através de um modelo de regressão de Poisson. A prevalência de acesso total aos medicamentos foi de 87,4%. Os grupos que apresentaram maior prevalência de acesso na análise foram: domiciliados na zona rural, com diagnóstico de apenas uma ou duas das doenças crônicas abordadas e de nível socioeconômico mais elevado. Na análise do acesso a medicamentos por doença crônica os fatores associados variam de acordo com o tipo de doença, sendo que variáveis socioeconômicas estão diretamente relacionadas ao maior acesso. A maioria dos indivíduos obteve os medicamentos que necessitavam através do SUS ou através da farmácia comercial, sendo que os indivíduos mais pobres obtiveram mais medicamentos através do SUS, enquanto os mais ricos adquiriram mais medicamentos em farmácias comerciais. Os motivos mais frequentes para a falta de acesso relacionaram-se a não ter no SUS e não ter dinheiro. A prevalência de acesso encontrada foi alta, mas está de acordo com os padrões observados no país. No entanto, as análises demonstram que existe desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos a favor dos mais ricos, sendo identificado como grupo mais vulnerável aquele dos indivíduos mais pobres e com maior número de doenças crônicas.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos. Farmacoepidemiologia. Estudos Transversais.

Abstract

This study aimed to analyze the population access to medicines by evaluating the prevalence of access to continuous prescription drugs for a group of chronic diseases and investigating the existence of socioeconomic inequalities in access. We used data from the National Demographic and Health Survey (2006), with a sample of 15,575 women aged 15 to 49, representing all the regions of Brazil from urban and rural contexts. The dependent variable was constructed from the section on access to medicines PNDS 2006, based on the diagnosis of chronic disease and the need to obtain medication for treatment. Five groups of independent variables were used for the analyzes: geographic, demographic, socioeconomic, organizational and health. Multivariate analysis was conducted using a Poisson regression model. The prevalence of full access to medicines was 87.4%. The groups with higher prevalence of access were the ones domiciled in a rural area, with only one or two chronic diseases, and those of higher socioeconomic status. In the analysis of access to medicines per chronic disease associated factors differ according to the type of disease, and socioeconomic variables are directly related to increased access. Most individuals obtained the medicines they needed from SUS or commercial pharmacies, and the poorest individuals obtained most of their medicines from SUS, while the richest obtained most of their medicines from commercial pharmacies. The most common reasons for lack of access to medicines related to their inexistence at SUS and lack of money. The prevalence was high and conforms to the patterns observed in the country. However, the analysis shows that there is still a small socioeconomic inequality in access to medicines in favor of the wealthy, identified as the most vulnerable group the poorest and with a greater number of chronic diseases individuals.

Keywords: Access to medicines. Pharmacoepidemiology. Cross-Sectional Studies. Equity in health.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Classificação das variáveis independentes 36

Tabela 2 - Descrição da amostra de mulheres com diagnóstico de doença crônica[1], indicação de uso e necessidade de obtenção de medicamentos nos últimos 30 dias de acordo com variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. PNDS, 2006, Brasil. 39

Tabela 3 - Prevalência de acesso a medicamentos por doença crônica de acordo com variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. PNDS, 2006, Brasil. 42

Tabela 4 – Prevalência do acesso a medicamentos por variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde, estratificada por renda e nível socioeconômico. PNDS, 2006, Brasil. 44

Tabela 5 - Prevalência de acesso a medicamentos e razões de prevalências brutas e ajustadas estimadas através de regressão de Poisson. PNDS, 2006, Brasil. 46

Tabela 6 - Forma de obtenção dos medicamentos de acordo com nível socioeconômico 48

Tabela 7 - Motivo da não obtenção do medicamento de acordo com nível socioeconômico 49

Sumário

Introdução 8
Referencial Teórico 11
1. Direito à Saúde e as Políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil 11
2. Acesso e utilização de medicamentos 13
3. Doenças crônicas no Brasil 16
4. Demanda e oferta de saúde 18
5. Medidas de desigualdade socioeconômica no acesso à saúde 20
6. Investigações nacionais sobre acesso e utilização de serviços de saúde 23
7. Investigações sobre acesso e utilização de medicamentos no Brasil 26
Objetivos 33
Métodos 34
1. Base de dados 34
2. Descrição das variáveis 34
3. Plano de Análise 37
Resultados preliminares 39
Artigo 50
Resumo ..... **Erro! Indicador não definido.**
Abstract ..... **Erro! Indicador não definido.**
Introdução ..... **Erro! Indicador não definido.**
Métodos ..... **Erro! Indicador não definido.**
Resultados ..... **Erro! Indicador não definido.**
Discussão ..... **Erro! Indicador não definido.**
Referências Bibliográficas ..... **Erro! Indicador não definido.**
Considerações finais 75
Referências Bibliográficas 79

Introdução

O acesso a medicamentos é um fator relevante no estudo da saúde pública, tendo em vista que é utilizado na análise do cumprimento do direito fundamental à saúde, sendo considerado um indicador de qualidade dos sistemas de saúde (HOGERZEIL; MIRZA, 2011; OMS, 2004). Boa parte das doenças crônico-degenerativas tem como principal tratamento a administração de medicamentos de uso contínuo e a falta de acesso por parte da população é considerada como fator preponderante para determinar o aumento no número de retornos desses pacientes aos serviços de saúde (SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE, 2000).

Doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus e problemas mentais têm apresentado uma prevalência crescente no país, podendo esse fato ser explicado em partes pelo envelhecimento populacional (PANIZ et al., 2010; TASCA; SOARES; CUMAN, 1999). Segundo ARRAIS et al. (2005), o acesso insuficiente aos medicamentos pode causar abandono do tratamento, com piora no estado de saúde e aumento no número de retornos aos serviços de saúde, ou um maior comprometimento da renda familiar com gastos com saúde (ARRAIS et al., 2005). No entanto, considerando os sistemas de saúde públicos e privados, somente dois terços da população mundial tem acesso a tratamentos completos e eficazes (OMS, 2004).

A Constituição Federal de 1988 define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A igualdade e a equidade são princípios que norteiam a dedicação de recursos para as ações de saúde por parte do Estado, e apesar de representarem conceitos diferentes, na Constituição Federal são utilizados com o mesmo sentido no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde, de forma que a equidade é considerada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, ou seja, oportunidade igual de utilização dos serviços para indivíduos com necessidades idênticas (PALERMO, 2005). A questão da equidade é um dos enfoques mais tratados em estudos em economia da saúde realizados no Brasil, juntamente com financiamento dos gastos com bens e serviços de saúde e formas de gestão (ANDRADE; LISBOA, 2001).

Uma das maneiras de se analisar a equidade é a partir da mensuração da desigualdade social entre grupos que possuem uma mesma característica de saúde, normalmente utilizando dados individuais de pesquisas que permitam medir a qualidade de saúde do indivíduo, através da inclusão de questionamentos a respeito de aspectos de morbidade (ANDRADE; LISBOA, 2001). No Brasil, diversos trabalhos identificaram a existência de desigualdade socioeconômica em saúde, onde os grupos de renda mais elevada aparecem como aqueles que possuem maior acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA, C. et al., 2000; ANDRADE; LISBOA, 2001; BOING et al., 2013; BOING; BERTOLDI; PERES, 2011; TRAVASSOS et al., 2000).

Desde a década de 90 o Brasil tem buscado implementar políticas públicas visando melhorar a disponibilização de medicamentos de forma contínua e em quantidades adequadas às necessidades da população, sendo um dos poucos países em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito de todos os cidadãos. Dentre as ações que tentam garantir esse direito, destacam-se a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a Política de Medicamentos Genéricos e o Programa Farmácia Popular (VIEIRA, 2010). Entretanto, mesmo com a existência de um sistema único de saúde, que possui cobertura universal e no qual não há pagamento direto por parte do usuário, sendo assegurada a assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica, o gasto privado com medicamentos no país ainda é considerado expressivo (BERTOLDI et al., 2011).

Historicamente as mulheres são responsáveis pela saúde da família e costumam cuidar mais de sua saúde quando comparada aos homens (TEZOQUIPA; MONREAL; SANTIAGO, 2001). Além de consumidoras dos serviços de saúde, as mulheres podem ser consideradas produtoras de saúde (MANDU; DA SILVA, 2000), pois, estando mais atentas à sintomatologia, utilizam os conhecimentos e práticas adquiridos das relações sociais para desenvolver um padrão de cuidado da saúde, aplicando as suas próprias necessidades e, no âmbito doméstico, no cuidado da família (MANDU; DA SILVA, 2000; TEZOQUIPA et al., 2001). Além disso, as mulheres costumam utilizar mais os serviços de saúde do que os homens (LOYOLA FILHO et al., 2002; MESTANZA; PAMO, 1992) e estudos desenvolvidos no Brasil e no

exterior demonstram que há uma maior utilização de medicamentos entre as mulheres, independente da idade (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004; CABRITA et al., 2001; CARVALHO et al., 2005; FERREIRA, 2007; FLORES; BENVEGNU, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2005; LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006; NEUTEL; WALOP, 2005; RIBEIRO et al., 2008; SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009). Esses fatores demonstram a importância de elaborar estudos referentes ao acesso a medicamentos focando nesta parcela da população.

Referencial Teórico

1. Direito à Saúde e as Políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil

Os princípios dos direitos humanos têm sido amplamente discutidos nas últimas décadas. Sendo fundamentado com base na equidade, liberdade, justiça, não discriminação, os direitos humanos têm servido cada vez mais para orientar a elaboração de políticas públicas (HOGERZEIL; MIRZA, 2011). O direito à saúde está intimamente ligado ao direito à vida, e, por isso, a Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o reconhecimento legal do direito à saúde como forma de avaliar o compromisso do governo em melhorar o acesso a medicamentos essenciais. A ONU também utiliza o acesso a medicamentos como forma de análise, incluído no rol dos indicadores que medem o progresso do atendimento do direito à saúde. Os cinco indicadores definidos pela ONU referem-se a aspectos muitas vezes relacionados com desigualdade: saúde sexual e reprodutiva; mortalidade infantil e cuidados de saúde; meio ambiente natural e do trabalho; prevenção, tratamento e controle de doenças; e acesso aos serviços de saúde e medicamentos essenciais (HOGERZEIL; MIRZA, 2011). O acesso a medicamentos essenciais tem andado cada vez mais alinhado com os conceitos dos direitos humanos.

Apesar de existirem vários tratados internacionais, como a Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR), que estabelece que os Estados membros "*reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental*" (INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 1966), mais de 30 países ainda não ratificaram a Convenção, e 60 países não reconhecem, na constituição federal, o direito à saúde (HOGERZEIL; MIRZA, 2011). Além disso, é possível estimar que pelo menos um terço da população mundial não tenha acesso regular a medicamentos essenciais (OMS, 2004), o que configura um dos determinantes da existência de desigualdade em saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 define saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Buscando atender esses direitos, a Constituição de 1988 foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde, e reconhecido como uma grande conquista da sociedade, como promotor de inclusão social. Esse reconhecimento se deve aos seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e integralidade em suas ações (VIEIRA, 2010). Cabe ao SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, o que inclui a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990), acentuando a importância do acesso a medicamentos na promoção do direito à saúde. Por conta disso, cabe ao poder público assegurar a adequada assistência integral à saúde dos cidadãos, dentre outras formas, formulando e implementando ações que garantam o acesso aos medicamentos para toda a população (SANT'ANA, 2009).

A Assistência Farmacêutica é definida pelo Conselho Nacional de Saúde como um "*conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional*" (BRASIL). Mas, apesar de seu grande potencial de contribuição para aumentar a eficiência das ações do SUS, é na área da Assistência Farmacêutica que se observam as maiores dificuldades de atuação, e onde é possível perceber o efeito das grandes desigualdades sociais e econômicas existentes, gerando distorções no acesso aos medicamentos por parte da população do país (MOSEGUI, 1997). Buscando contornar essa situação, o Brasil tem procurado adotar medidas que visem aumentar a organização da Assistência Farmacêutica, focando em melhorias na saúde pública.

Dentre os avanços obtidos na área da saúde pública nos últimos anos, pode-se destacar a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que responde a uma recomendação da OMS para que os governos adotem uma lista de medicamentos essenciais, configurando como política fundamental para permitir que a população tenha acesso, em quantidades adequadas, a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos (OMS, 2002; VIEIRA, 2010). A Rename é considerada um instrumento racionalizador das

ações no âmbito da Assistência Farmacêutica, atingindo todos os níveis, desde as unidades de atenção básica até os mais complexos centros hospitalares (SANT'ANA, 2009).

Medicamentos essenciais são definidos pela OMS como sendo aqueles "*(...) que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população*" sendo selecionados levando em consideração "*(...) sua pertinência para a saúde pública, provas de sua eficácia e segurança, e sua eficácia comparada em relação ao seu custo.*" Esses medicamentos devem estar sempre disponíveis nos sistemas de saúde, em quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas apropriadas, tendo sua qualidade garantida, e a preços que a população possa pagar (OMS, 2002).

2. Acesso e utilização de medicamentos

A utilização de medicamentos é um processo social que pode ser influenciado por diversos fatores como, por exemplo: desejo de maior cuidado com a saúde, melhora na qualidade de vida, aumento na expectativa de vida e tratamento de determinados tipos de doença, com maior prevalência em determinadas faixas etárias (VANCE; MILLINGTON, 1986). O uso dos serviços de saúde, incluindo a utilização de medicamentos, reflete características individuais que vão além da necessidade, como o comportamento dos indivíduos diante dos problemas de saúde, as formas de financiamento, a disponibilidade dos serviços, entre outros (TRAVASSOS et al., 2000). Além de reduzir a mortalidade por causas específicas e aumentar as taxas de sobrevivência, o uso de serviços de saúde apresenta outros efeitos positivos em relação à saúde da população, como o aumento do conforto e a diminuição da dor e do sofrimento dos pacientes (TRAVASSOS, 1997). Independente da motivação do consumo e da necessidade ser gerada por prescrição ou auto percepção, os indivíduos normalmente buscam alguma forma de adquirir os medicamentos que necessitam. A aquisição pode se dar pela compra ou pela distribuição gratuita, sendo que em alguns casos o indivíduo pode deparar-se com a impossibilidade de adquirir o medicamento (BERTOLDI, 2006).

O acesso a medicamentos diz respeito à possibilidade do usuário obtê-los com ou sem pagamento direto, e tem sido considerado um elemento

importante na avaliação da organização e do funcionamento dos sistemas de saúde em diversos países, especialmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2004). O Estado tem o dever de assegurar que os medicamentos existentes estejam disponíveis em quantidade suficiente dentro do seu território. Além disso, deve tomar medidas de maneira a incentivar a pesquisa e a comercialização de novos medicamentos indispensáveis para satisfazer a necessidade em saúde da população (HUNT; KHOSLA, 2008).

Além de estarem disponíveis, os medicamentos devem ser acessíveis a população. Quando se discute acesso a medicamentos, alguns estudos diferenciam o conceito de acessibilidade em quatro dimensões: medicamentos devem ser acessíveis em todo território (não diferenciando centros urbanos de remotas zonas rurais); devem ser economicamente acessíveis a todos (preços compatíveis com a renda dos mais pobres); acessíveis de maneira a não estarem sujeitos a qualquer discriminação (sexo, etnia, status socioeconômico); acessibilidade de informação confiável sobre o medicamento, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde, permitindo que a utilização de medicamentos seja feita de forma segura (HUNT; KHOSLA, 2008).

A OMS-MSH realizou em 2000, em Ferney-Voltaire, uma reunião consultiva que levou a definição do primeiro arcabouço teórico sobre o acesso a medicamentos. Desenvolvido a partir do trabalho de Penchansky e Thomas (1981), o denominado OMS-MHS 2000 é baseado nos 4As, quatro dimensões, de acesso, consideradas de particular relevância quando se trata de medicamentos essenciais: Availability (Disponibilidade física), Accessibility (Acessibilidade), Acceptability (Aceitabilidade) and Affordability (Razoabilidade de preço), além de incluir ‘qualidade dos produtos e serviços’ como um determinante transversal (BIGDELI et al., 2013). A disponibilidade física é definida pela relação entre a quantidade e o tipo de produto necessário, e a quantidade e o tipo do produto fornecido; a acessibilidade, que se refere à acessibilidade geográfica, é definida pela relação entre a localização do fornecimento do produto e o local onde se encontra o consumidor final; a aceitabilidade, que também pode ser definida por satisfação, refere-se à relação entre as expectativas que o usuário tem sobre o medicamento, e as características reais desse produto; a razoabilidade de preços é definida pela relação entre a capacidade do usuário de pagar por um medicamento e o preço

de venda desse medicamento. Alguns indicadores foram propostos de forma a medir cada uma das dimensões e obter uma compreensão mais completa do acesso a medicamentos (CENTER FOR PHARMACEUTICAL MANAGEMENT, 2000).

O acesso equitativo a medicamentos essenciais é uma das recomendações da OMS como forma de os países garantirem o cumprimento do direito fundamental à saúde. Quando estão disponíveis, com qualidade garantida, acessíveis à população em quantidades adequadas, os medicamentos essenciais podem salvar vidas e melhorar a saúde dos indivíduos (OMS, 2004). O conceito de medicamentos essenciais foi aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 1975, e levou à elaboração e adoção de listas de medicamentos essenciais e mudanças nas políticas nacionais de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. O impacto pôde ser percebido nas estimativas referente ao número de pessoas com acesso a medicamentos essenciais, que praticamente dobrou em pouco mais de 20 anos, passando de 2,1 bilhões de pessoas com acesso em 1977, para 3,8 bilhões no final dos anos 1990 (QUICK et al., 2002).

Apesar da adoção de políticas nacionais de medicamentos, em muitos países periféricos ainda é possível perceber graves problemas no que diz respeito ao acesso a medicamentos essenciais por parte de parcelas da população mais pobres e vulneráveis, o que aumenta a necessidade de estudos que abordem as barreiras ao acesso, tentando identificar seus determinantes e buscar novas formas de ampliar o acesso a medicamentos a toda população.

Barreiras ao acesso podem ser resultado de restrições do lado da demanda – influenciam a capacidade dos indivíduos de fazer uso dos serviços de saúde – ou do lado da oferta – aspectos do sistema de saúde que dificultam a utilização desses serviços (BIGDELI et al., 2013). Uma barreira ao acesso bastante discutida se refere à restrição de recurso financeiro, tanto público quanto privado. Enquanto em diversos países desenvolvidos uma parcela de aproximadamente 70% dos medicamentos recebe financiamento público, nos países de renda média ou baixa a população paga entre 50% a 90% dos medicamentos que necessita, pois o gasto público nestes países não atende as necessidades básicas da maioria da população. Esse fato sobrecarrega a

renda dos grupos mais desfavorecidos, levando a um maior empobrecimento e principalmente inibindo o acesso igualitário aos medicamentos (HUNT; KHOSLA, 2008).

3. Doenças crônicas no Brasil

A população brasileira tem crescido de maneira acentuada desde a segunda metade do século XX. A análise deste crescimento leva alguns autores a definir duas fases de transição demográfica no país. A primeira fase, que durou até aproximadamente 1965, é constituída de um crescimento demográfico acelerado, fruto do declínio da mortalidade e da taxa de fecundidade, que se manteve em um nível bastante elevado (BRITO, 2007). A segunda fase começa logo após, com a fecundidade passando a declinar, fazendo com que o ritmo de crescimento da população comece a desacelerar (BRITO, 2007), desencadeando mudanças profundas na composição etária do país, de maneira similar ao ocorrido em outros países em desenvolvimento (WONG; CARVALHO, 2006).

Entre 1960 e 2000, o Brasil apresentou uma queda na taxa de fecundidade, de 6,2 para 2,4 (BRITO, 2007), fazendo com que a taxa de fecundidade total (TFT) ficasse próxima do nível de reposição, com tendência de se apresentar mais baixa em gerações subsequentes (BRITO, 2007; WONG; CARVALHO, 2006). Em relação à taxa de mortalidade, nas próximas décadas o seu declínio se concentrará, provavelmente, nas idades avançadas, o que acelera o processo de envelhecimento da população (WONG; CARVALHO, 2006). Estudos apontam que até 2020 o Brasil passará por uma reestruturação da sua população, com uma diminuição da população infantil, crescimento e predomínio da população adulta e crescimento da população idosa. Essas mudanças tendem a prosseguir, gerando estimativas de que, a partir de 2030, haja uma tendência de inversão, com predomínio de idosos e diminuição da população em idade produtiva (MENDES et al., 2012).

O processo de transição demográfica correlaciona-se diretamente com o processo de transição epidemiológica, conceito que pode ser entendido como referência "*às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral,*

*ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas" (*CHAIMOWICZ*,* 1997*)*. Uma das mudanças que ocorre no processo de transição epidemiológica é a substituição das causas de morte com maior ocorrência na população, passando de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis e causas externas (CHAIMOWICZ, 1997; SCHRAMM et al., 2004).

O declínio da mortalidade observada no processo de transição demográfica beneficia prioritariamente a parcela mais jovem da população, por concentrar-se seletivamente entre as doenças infecciosas, fazendo com que esses indivíduos passem a conviver com outros fatores de risco, associados às doenças crônico-degenerativas. Como o número de idosos e a expectativa de vida aumentam, as complicações decorrentes das doenças não transmissíveis tornam-se mais frequentes (CHAIMOWICZ, 1997).

A OMS define doenças crônicas como doenças de longa duração e, frequentemente, de progresso lento (WHO, 2011). Boa parte dessas doenças não tem cura, a terapia é muitas vezes complexa e o resultado depende de diversos fatores (WIRTZ et al., 2011). Enquanto doenças agudas exigem tratamentos mais rápidos e curtos, com cuidados de saúde mais pontuais – apenas até que o paciente esteja curado – e gastos com farmacoterapia por curtos períodos, doenças crônicas demandam um cuidado de longo prazo e uma interação mais complexa com o sistema de saúde, além de um gasto contínuo em farmacoterapia (WIRTZ et al., 2011).

Câncer, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares e diabetes estão incluídas entre as quatro doenças que mais contribuem para a mortalidade em países de renda média ou baixa (WHO, 2011). Estima-se que, das 57 milhões de mortes que ocorreram no mundo em 2008, 63% foram causadas por doenças crônicas, sendo que nove milhões tinham menos de 60 anos e 90% dessas mortes prematuras aconteceram em países de renda média ou baixa (WHO, 2011). A depressão também possui grande prevalência, sendo uma das doenças que mais contribui no aumento da incidência de doenças não fatais (USTUN et al., 2004).

Uma abordagem eficaz para reduzir o impacto dessas doenças se dá pela combinação de melhores cuidados de saúde, detecção precoce e tratamento oportuno. Apesar de muitos cuidados de saúde relacionados a

doenças crônicas apresentarem baixo custo, especialmente quando comparados a intervenções caras, necessárias quando o paciente encontra-se em um estágio mais avançado da doença, o acesso a tecnologias e medicamentos essenciais ainda é bastante limitado, principalmente para a população de países de renda média ou baixa (WHO, 2011).

Por conta dos processos de transição demográfica e epidemiológica, é possível prever a necessidade de maior planejamento das políticas públicas, principalmente no que diz respeito à oferta de serviços de saúde, que deve ser estruturada de maneira a atender à demanda do novo perfil epidemiológico que surge no país (MENDES et al., 2012).

4. Demanda e oferta de saúde

Kenneth Arrow, prêmio Nobel de Economia, publicou em 1963 o artigo *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.* O trabalho, um clássico da literatura em economia da saúde, apresenta as diferenças existentes entre o setor de saúde e as demais áreas da economia. A distinção mais visível diz respeito à demanda individual por serviços de saúde, quando comparada à demanda por outros bens, como alimentos e vestuário, por exemplo. Apesar de o conceito de demanda estar ligado ao princípio de liberdade de escolha do consumidor, baseado nas suas relações de preferência, enquanto a demanda por alimentação pode ser considerada estável, a demanda por serviços médicos é irregular e imprevisível (ARROW, 1963).

Além disso, o autor salienta outras características, como o comportamento esperado dos vendedores de cuidados médicos (profissionais de medicina), que, sendo um caso de bens em que produto e atividade de produção são idênticos, não há a possibilidade de o cliente testar o produto antes de consumi-lo, o que gera a necessidade da existência de confiança na relação. A incerteza quanto à qualidade do produto também é uma característica muito relevante, pois a recuperação da doença pode ser considerada tão imprevisível quanto sua incidência. A condição do fornecimento também difere do mercado de outros bens, pois é necessário obter licenciamento para a prática da medicina, restringindo o fornecimento e

aumentando o custo. Por último, a diferenciação de preços por estrato de renda, prática conhecida da profissão médica (ARROW, 1963).

Para atender a demanda por saúde, o Brasil conta com um sistema misto de atendimento à saúde. Apesar de a Constituição de 1988 instituir que o Estado deveria prover e garantir o direito de saúde dos cidadãos, a situação observada no país mostra que tanto a esfera pública quanto as esfera privada são responsáveis pelos serviços médicos disponíveis à população (PALERMO, 2005).

Quando se leva em consideração a provisão de serviços de saúde pelo Estado, faz-se necessário a discussão dos princípios que norteiam a distribuição dos recursos. É neste contexto que se insere os princípios de igualdade e de equidade (PALERMO, 2005). É importante diferenciar os conceitos de igualdade e equidade, que muitas vezes são usados como sinônimos. Enquanto a igualdade está ligada aos direitos do cidadão, princípio que define que toda pessoa deve receber tratamento igual, independente de sua condição econômica (PALERMO, 2005), o princípio da equidade está ligada ao conceito de justiça (CASTILLO, 2006) e assume que, por serem diferentes entre si, os indivíduos não devem receber tratamentos iguais, mas sim tratamentos diferenciados que busquem diminuir e até eliminar as desigualdades (PALERMO, 2005).

O princípio da equidade engloba os conceitos de equidade horizontal e equidade vertical (PORTO, 2002). A equidade horizontal define que para iguais o tratamento proporcionado deve ser igual, enquanto a equidade vertical define que deve ser proporcionado tratamento desigual para desiguais (CASTILLO, 2006). Isso significa que dois indivíduos com o mesmo problema de saúde devem receber tratamento igual, seguindo o conceito de equidade horizontal. No entanto, no caso de características individuais – como condição física ou estado nutricional – determinarem que um tenha melhor reação ao tratamento, a igualdade de tratamento leva a uma desigualdade de resultado. Nesse caso, a equidade vertical deve ser considerada, e uma equidade será atingida se for proporcionado melhores cuidados ao paciente com condição pior (CASTILLO, 2006).

5. Medidas de desigualdade socioeconômica no acesso à saúde

A partir de 1990 é possível perceber um crescente interesse no estudo em desigualdades na saúde, com um aumento no número de publicações sobre o assunto, focadas principalmente nas definições, mensurações e controvérsias sobre desigualdade. Até o começo dos anos 2000 esses estudos já haviam sido discutidos amplamente nos países desenvolvidos, mas ainda eram pouco explorados nos países de renda média e baixa. A partir do início do século XX começa a aparecer um maior número de publicações sobre o assunto nos países em desenvolvimento (BARROS; VICTORA, 2013). Entre os fatores que podem ter levado a falta de prioridade nos estudos sobre o assunto nos países periféricos, pode-se destacar a dificuldade de obtenção de dados, tanto das condições de saúde, quanto das condições socioeconômicas da população nestes países (HOWE et al., 2012).

Apesar de haver múltiplas dimensões para as desigualdades em saúde, que podem ser analisadas de acordo com uma gama de variáveis demográficas, econômicas e sociais, o foco do trabalho está nas desigualdades associadas à condição socioeconômica. Nesse sentido, um dos desafios do estudo das desigualdades em saúde está na definição da forma de mensurar desigualdade socioeconômica, que pode ser verificada utilizando diferentes tipos de indicadores. Um grande número de medidas de condição socioeconômica tem sido utilizado em estudos epidemiológicos, que se sobrepõem, apesar de capturarem de maneira distinta os aspectos da condição socioeconômica e representarem diferentes caminhos pelos quais afetam a saúde. Esta variedade é observada porque nenhuma medida de condição socioeconômica será ideal para todos os estudos e todos os contextos (HOWE et al., 2012).

Dentre os indicadores utilizados para mensurar a condição socioeconômica está o Índice de Bens. Proposto em 1998 como uma alternativa a outros indicadores que apresentavam limitações, esse indicador busca facilitar a medição de bem-estar das famílias em pesquisas domiciliares. Foi baseado em torno das Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), que não contêm indicadores como renda ou despesa de consumo, mas coleta informações como propriedade de bens duráveis (carro, geladeira, televisão),

características da habitação (material do piso, telhado) e acesso a serviços básicos (instalações sanitárias, água potável, eletricidade), itens com potenciais influências diretas sobre a saúde (HOWE et al., 2012).

O Índice de bens representa um método simples e rápido para coleta de dados de condição socioeconômica, além de haver evidências de que é uma medida mais estável do que despesas de consumo, o que pode ser particularmente importante quando se trata de países de renda média e baixa, que podem apresentar maior volatilidade e sazonalidade nos padrões de consumo (HOWE et al., 2012). Entretanto, como todos os métodos, apresenta limitações: a utilização de diferentes opções de ativos pode gerar alterações nas classificações; os quintis mais ricos são normalmente representados por famílias urbanas, de modo que as desigualdades de riqueza estão intimamente ligadas às disparidades urbano/rural; os quintis representam uma avaliação relativa, dificultando a comparação direta entre os países (BARROS; VICTORA, 2013).

Após determinar a forma de mensurar a condição socioeconômica, faz-se necessário definir um indicador de desigualdade socioeconômica para medir e comparar as lacunas existentes em saúde. Por existirem diferentes métodos, com diferentes níveis de complexidade, que levam, muitas vezes, a resultados distintos, é importante analisar com cautela e buscar o método que mais se adapte ao objeto de estudo, uma vez que não há consenso sobre a medida ideal para expressar a magnitude das desigualdades (BARROS; VICTORA, 2013).

Razões e diferenças de taxas são as medidas de desigualdade mais frequentes na literatura sobre desigualdades em saúde (WAGSTAFF; PACI; VAN DOORSLAER, 1991). Normalmente comparam grupos extremos e a interpretação é baseada na razão ou diferença entre as taxas de morbidade do grupo socioeconômico mais baixo em relação ao mais alto, o que resulta que quanto maior o valor da razão ou da diferença, maior é a desigualdade entre os grupos (SCHNEIDER et al., 2002). Os problemas de utilizar essas medidas são bastante óbvios: como ignoram os grupos intermediários, os resultados podem mostrar que a diferença entre os grupos extremos pode, por exemplo, ter permanecido inalterada, mas o grau de desigualdade entre os grupos intermediários pode estar se modificando; como não leva em consideração o

tamanho dos grupos, as medidas podem apresentar resultados enganosos quando as comparações são realizadas ao longo do tempo ou entre países; e, se os grupos extremos forem atípicos, as medidas resumo podem mascarar as desigualdades existentes (SCHNEIDER et al., 2002; WAGSTAFF et al., 1991).

Alguns indicadores superam a limitação da razão de taxas e diferença de taxas utilizando informações de toda a população. Autores recomendam o uso do índice de concentração (CIX – Relative Concentration Index) para desigualdade relativa e do índice de inclinação (SII – Slope Index of Inequality) para desigualdade absoluta (BARROS; VICTORA, 2013).

Calculado com o mesmo método do Índice de Gini, o índice de concentração serve para quantificar e comparar o grau de desigualdade socioeconômica relacionada a uma determinada variável de saúde (O'DONNELL et al., 2007). Os valores do IC variam entre -1 e 1, com o zero indicando ausência de desigualdade social. O IC é representado graficamente através da curva de concentração (CC) e, por convenção, o índice apresenta valores negativos quando a curva encontra-se acima da linha de igualdade, indicando concentração desproporcional da variável analisada entre os pobres, e valores positivos quando a curva encontra-se abaixo da linha, indicando que a variável de saúde analisada está concentrada em melhor situação socioeconômica (O'DONNELL et al., 2007; SCHNEIDER et al., 2002). É importante analisar a CC pois, em alguns casos, pode cruzar a linha de igualdade, resultando num IC impreciso para medir a magnitude total da desigualdade social (ANDRADE et al., 2013).

O índice de inclinação (SII) tem sido cada vez mais utilizado para captar variações absolutas nas desigualdades em saúde entre os grupos socioeconômicos. Tipicamente derivado por meio de regressão linear dos resultados da relação entre a variável saúde e sua posição relativa na distribuição socioeconômica, o SII é representado pelo declive da linha de regressão resultante, e mostra a diferença absoluta no valor ajustado do indicador de saúde entre os maiores (1 ponto) e os menores (0 pontos) valores do indicador socioeconômico. Esse indicador apresenta problemas como: assumir sempre uma relação linear, o que pode não ser o caso; não aceitar valores fora do intervalo 0 – 100%, o que é possível em alguns casos; ser muito sensível à média da variável de interesse (BARROS; VICTORA, 2013).

A literatura atual se aproxima de um consenso afirmando que nenhuma medida de desigualdade é completa e, portanto, é bastante pertinente incluir nos estudos tanto medidas absolutas quanto relativas. Enquanto as medidas relativas dão uma ideia do grau de injustiça, as medidas absolutas mostram o esforço necessário para acabar com as lacunas (BARROS; VICTORA, 2013).

6. Investigações nacionais sobre acesso e utilização de serviços de saúde

Utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 e da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) de 1996-1997, ambas realizadas pelo IBGE, TRAVASSOS et al. (2000) buscaram estudar a equidade nos serviços de saúde a partir das dimensões geográfica e social. Por restrição de dados, os autores optaram por fazer um comparativo apenas entre as regiões Nordeste e Sudeste, excluindo da amostra os domicílios situados em área rural. Em 1989 o Nordeste apresentava uma situação desfavorável em relação à utilização de serviços de saúde, com uma taxa de utilização de 13,01 por 100 habitantes contra uma taxa de 19,49 por 100 habitantes na região Sudeste. Porém, comparando com os dados de 1996-1997, os autores sugerem que houve uma redução das desigualdades geográficas no uso dos serviços de saúde, com a razão das taxas de utilização entre Sudeste e Nordeste passando de 1,42 (1989) para 1,17 (1996-1997) para os indivíduos que referiam morbidade.

No que se refere às variações sociais, o estudo revela que condições desfavoráveis tendem a reduzir as chances de utilização dos serviços de saúde em ambas as regiões. No Nordeste, as chances de indivíduos do primeiro tercil de renda utilizarem serviços de saúde é 52% menor em relação ao terceiro tercil em 1989 e 37% menor em 1996-1997. Para o Sudeste, as relações são 40% e 35% menores para o primeiro tercil de renda, em relação aos indivíduos do terceiro tercil, em 1989 e 1996-1997, respectivamente.

NUNES et al. (2001) apresentam como um dos escopos de seu trabalho a avaliação da evolução da desigualdade em saúde no Brasil, a partir da implementação do SUS, focando a equidade/igualdade em seis dimensões, entre elas o acesso e utilização de serviços de saúde, baseado em

informações obtidas a partir de base de dados nacionais operadas pelo Ministério da Saúde. No que diz respeito a diferenças socioeconômicas, os autores destacam que, em termos nacionais, os indivíduos com maior renda *per capita* (acima de 15 salários mínimos) tiveram acesso a 2,64 vezes mais consultas (SUS e privado) do que os indivíduos incluídos no grupo de menor renda (até um quarto do salário mínimo). Analisando somente o SUS, os indivíduos com renda *per capita* de até um quarto de salário mínimo utilizaram 26 vezes mais consultas ambulatoriais do que aqueles indivíduos pertencentes ao grupo de renda maior. A taxa de internação manteve-se praticamente invariável entre os diferentes grupos de renda – aproximadamente sete por 100 habitantes. Porém, considerando-se apenas as internações pelo SUS, a frequência aumenta de três a sete vezes, conforme se passa dos grupos de maior para menor renda. A taxa de internação através do SUS é 12,6 vezes maior entre os indivíduos de menor renda *per capita*, enquanto que nas internações "fora" do SUS é 7,2 vezes maior entre indivíduos de renda *per capita* mais alta.

Utilizando dados da PNAD de 1998, VIACAVA et al. (2001) buscaram analisar como se caracterizam a morbidade e a utilização de serviços de saúde entre os gêneros e identificar a existência de desigualdades sociais na utilização desses serviços no Brasil. Em relação à diferença entre os gêneros, os autores destacam que as taxas de utilização não ajustadas de serviços de saúde nos quinze dias anteriores a entrevista são maiores entre as mulheres (15,4%) do que entre os homens (9,9%) e essa diferença é maior quando se analisa isoladamente a região urbana. As diferenças entre gêneros também aparecem quando se analisa a cobertura por plano de saúde, com as mulheres apresentando maior cobertura (25,7%) quando comparada aos homens (23,1%). Buscando analisar as desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde, os autores demonstram que a posição no mercado de trabalho, a escolaridade e a raça, quando controladas por idade, apresentam poder explicativo sobre a utilização destes serviços.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 também serviu como base de dados para o estudo de TRAVASSOS et al. (2002). O trabalhou trouxe como resultado a maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres, mesmo quando controlado o efeito da restrição de

atividades por motivo de saúde. O poder aquisitivo e as características sociais dos indivíduos foram fatores determinantes para definir um perfil de desigualdades sociais no uso de serviços de saúde por gênero, o que leva a conclusão que a formulação de políticas focadas em reduzir as desigualdades no consumo de serviços de saúde deve considerar as diferenças existentes entre mulheres e homens, além da importância das características familiares.

Com o objetivo de analisar os padrões de utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, FERNANDES; BERTOLDI; BARROS (2009) desenvolveram um estudo transversal de base populacional aplicado em Porto Alegre (RS). O trabalho destacou que algumas características dos indivíduos definem maior probabilidade de utilização da unidade local de saúde da família: mulheres, com 60 anos ou mais, de cor branca, menor nível socioeconômico, sem cobertura de plano de saúde e com auto percepção de saúde ruim. Os autores ainda analisaram a utilização de outros serviços de saúde, em que o padrão de utilização foi semelhante, mas com maior prevalência entre pessoas de maior nível socioeconômico e com cobertura de plano de saúde. Concluem que a utilização da unidade local de saúde da família por pessoas de menor nível socioeconômico e sem plano de saúde indica que as ações governamentais devem priorizar os indivíduos mais pobres, destacando a importância da implementação da Estratégia de Saúde da Família como forma de melhorar as condições de saúde dos indivíduos em pior condição socioeconômica.

Com o intuito de descrever o perfil da população feminina em idade fértil e dos menores de cinco anos no Brasil, além de identificar quais mudanças na situação de saúde e de nutrição podem ser percebidas nos últimos dez anos nesses grupos, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – 2006 (PNDS-2006) insere-se na 5ª Fase do projeto MEASURE DHS (*Demographic and Health Survey*). Em parceria com várias instituições internacionais e o apoio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID), a MEASURE DHS é uma investigação com escala global, que pretende prover dados e análises sobre a população, saúde e nutrição de mulheres e crianças dos países em desenvolvimento.

Dentre os principais objetivos da pesquisa são destacados: a caracterização dos grupos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e

culturais; a identificação de padrões reprodutivos, conjugais e parentais; a identificação dos perfis de morbimortalidade na infância, de amamentação e a cobertura vacinal; a avaliação do estado nutricional; a avaliação da segurança/insegurança alimentar; e a avaliação do acesso a serviços de saúde e a medicamentos. Para que esses objetivos fossem alcançados, a pesquisa foi realizada através de um inquérito domiciliar nacional, com aproximadamente 15 mil mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) e aproximadamente 5 mil crianças menores de 5 anos, representativo das cinco macrorregiões e dos contextos urbano e rural. As informações foram obtidas através da aplicação de questionários, além da apresentação de documentos (carteiras de vacinação), mensurações antropométricas, coleta e análise laboratorial de amostras de sangue. Para assegurar a comparabilidade nacional e internacional, a estrutura tradicional do questionário das PNDS anteriores foi mantida, no entanto, foram incorporados novos temas.

7. Investigações sobre acesso e utilização de medicamentos no Brasil

O Brasil ainda não conta com uma base de dados centralizada que integre informações sobre pacientes, medicamentos, prescrição, utilização, etc. Essa carência acaba restringindo a possibilidade de estudos sobre o assunto. Os estudos elaborados nos últimos anos no país utilizam como base de dados investigações nacionais que incluem questões sobre o paciente, o medicamento utilizado, a fonte de acesso, que têm servido como base para a aplicação de metodologias diversas e distintos enfoques de estudos que investigam o tema.

No entanto atualmente está sendo desenvolvida uma pesquisa que deve diminuir essa carência de dados a respeito de acesso e utilização de medicamentos. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) começou a ser aplicada em 2013. Trata-se de um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional cobrindo municípios das cinco regiões do país. A pesquisa tem como objetivo principal avaliar o acesso, a utilização e o uso racional de medicamentos pela população brasileira, caracterizando a utilização para as doenças mais prevalentes, além de identificar as formas e locais de obtenção,

avaliar os indicadores de racionalidade no uso, avaliar o acesso a medicamentos segundo variáveis sociais, demográficas e econômicas, entre outros.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) investiga diversas características, que geram a informação necessária para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país. Uma parcela das características investigadas está presente em todas as pesquisas, enquanto outra parte é investigada periodicamente. Nos anos de 1998, 2003 e 2008 foi apresentada a Pesquisa Suplementar de Saúde, que inclui questões referentes ao acesso e utilização de serviços de saúde, mobilidade física e realização de exames preventivos pelas mulheres. Em 2008 a PNAD incluiu no suplemento questões sobre acesso e utilização de medicamentos de uso contínuo, dentre outros assuntos. Foi investigado se o entrevistado utilizava medicamento de uso contínuo, se havia conseguido uma parcela ou a totalidade gratuitamente quando necessitou, se comprou os medicamentos que não conseguiu gratuitamente, e se não comprou, qual o motivo.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), aplicada em 2002 e 2008, incluiu questões sobre a despesa com medicamentos, investigando se nos últimos 30 dias os entrevistados adquiriram medicamentos, perguntando quantidade, valor, local da compra, característica do medicamento e forma de obtenção, além de questionar se o entrevistado deixou de adquirir medicamento que necessitava por falta de dinheiro.

Em 2006 a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) incorporou alguns temas novos, dentre eles a investigação sobre o acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas. O questionário incluiu questões sobre o diagnóstico, emitido por médico, de algumas doenças crônicas, a prescrição de medicamentos para tratar essas doenças, o acesso a esses medicamentos, a forma de aquisição, e o motivo quando não houve acesso.

Além dessas pesquisas, diversos estudos foram elaborados buscando avaliar acesso e utilização de medicamentos no país. Uma parcela desses estudos focou na população em geral de um determinado local, outra parte focou em grupos específicos, como, por exemplo, a parcela da população atendida pelo PSF. Um desses estudos foi publicado por BERTOLDI et al.

(2004), que, tendo como objetivo estudar os padrões de utilização de medicamentos, analisaram uma amostra de 3.182 indivíduos com 20 anos de idade ou mais, residentes na região urbana do município de Pelotas, RS. Como resultado, o uso de medicamento apresentou uma prevalência de 65,9%, sendo que dessa proporção, 47,7% dos indivíduos utilizaram um ou dois medicamentos e 18,2% utilizaram 3 ou mais. Os problemas crônicos foram a causa de mais da metade dos medicamentos utilizados – 54,8%. Entre os sexos, as mulheres apresentaram maior prevalência de uso, mesmo quando controlado o uso de contraceptivo – 78,5% e 69,7% (excluindo contraceptivos) contra 49,3% de prevalência para os homens. A utilização de medicamentos também se mostrou diretamente associada ao nível socioeconômico. Enquanto a prevalência no nível A foi de 74,8%, o nível E apresentou apenas 53,5% de prevalência de utilização de medicamentos.

ARRAIS et al. (2005) buscaram analisar a prevalência e os determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, CE, através de um estudo de base populacional transversal, com uma amostra representativa de 331 famílias, totalizando 1.370 indivíduos, entrevistados entre outubro de 2002 e janeiro de 2003. Dentro da população estudada, 49,7% dos indivíduos referiram ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos 15 dias. A partir desse grupo, pode-se distribuir o consumo dentre as variáveis estudadas, levando aos resultados: a prevalência do consumo é maior entre famílias de maior renda (55,2% para renda superior a três salários mínimos) quando comparado a famílias de renda mais baixa (40,8% para renda inferior a três salários mínimos); as mulheres consumiram mais medicamentos em relação aos homens (55,6% de prevalência de consumo para o sexo feminino contra 37,1% de prevalência no sexo masculino); os portadores de doenças crônicas apresentam uma prevalência no consumo de medicamentos de 88%, 66% da prevalência diz respeito a indivíduos com posse de plano de saúde.

Em outro estudo, CARVALHO et al. (2005) objetivaram classificar a utilização de medicamentos pela população brasileira, através de dados da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, focando a análise nos indivíduos que mantêm medicamentos em casa e que fizeram uso dos mesmos no período de referência, de acordo com prescrição médica. Dos indivíduos que mantinham medicamentos em casa, 49% fez uso desses medicamentos nas duas

semanas anteriores à entrevista. As características sociodemográficas foram similares entre os indivíduos que mantêm medicamentos em casa e os que utilizaram esses medicamentos. Analisando os indivíduos por sexo, enquanto os homens apresentaram uma prevalência de uso de 39%, as mulheres utilizaram medicamentos em uma proporção de 57,2%; em relação à idade, a prevalência foi consideravelmente maior no grupo com 60 anos ou mais (73%), quando comparado ao grupo de 40 a 59 anos (54%) e de 18 a 39 anos (38,9%); as doenças crônicas também afetam a utilização de medicamentos, enquanto 38,1% dos indivíduos sem doenças crônicas fizeram uso de medicamentos, 76,8% dos indivíduos portadores de doenças crônicas com limitações diárias utilizaram medicamentos no período referido; a escolaridade não apresentou impacto significativo na utilização de medicamentos.

LOYOLA FILHO et al. (2006) elaboraram um estudo epidemiológico de base populacional focado no uso de medicamentos entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, MG. A análise da amostra representativa de 1.598 indivíduos com 60 anos ou mais apresentou uma prevalência de utilização de medicamentos de 72,1%. Os resultados mostram que para qualquer quantidade, o uso de medicamentos foi independentemente associado com o gênero, com maior prevalência no sexo feminino, com a idade, para os indivíduos com 80 anos ou mais, após ter consultado um médico, e existência de alguma doença crônica, o que demonstra que os tipos de medicamentos usados e fatores associados ao consumo são bastante similares aos observados em outras populações.

Focando no acesso a medicamentos de uso contínuo, PANIZ et al. (2008) conduziram um estudo no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família, abrangendo 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, formando uma amostra que incluiu 4.060 adultos e 4.003 idosos. Como resultado o estudo apresenta uma prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo de 81,2% em adultos e 87% em idosos. O acesso foi significativamente diferente entre as regiões, correspondendo a 89,2% no Sul e 85% no Nordeste, assim como os fatores associados ao maior acesso foram diferentes entre os grupos estudados. Para os adultos residentes do Sul do país, o maior acesso foi associado diretamente aos fatores idade e nível socioeconômico, além de doença crônica referida,

com maior prevalência de acesso para indivíduos que relataram hipertensão arterial sistêmica ou diabetes mellitus. No caso dos adultos da região Nordeste, apenas o fator doença crônica teve associação significativa. Entre os idosos, os resultados para a região Sul mostram um aumento significativo no acesso conforme aumenta a escolaridade ou o nível socioeconômico. Para os idosos da região Nordeste, a associação direta foi observada entre acesso a medicamentos e idade e escolaridade. Os autores defendem que os resultados mostram que existem consideráveis iniquidades em saúde, sendo extremamente necessária a adoção de políticas que visem ampliar o acesso, principalmente no que diz respeito aos grupos de renda mais baixa da população.

PERINI (2009) apresentou os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006. Com foco na saúde da criança e da mulher, a pesquisa avaliou o acesso das mulheres a medicamentos para tratamento de doenças crônicas e de vulvovaginite. A análise de prevalência foi desagregada por algumas variáveis demográfica (faixa etária, situação de residência, macrorregião geográfica, escolaridade e cor da pele). Na análise do acesso o autor observou altas taxas de prevalência, que se distribuíram uniformemente por todas as categorias. As diferenças que se apresentaram estatisticamente significantes dizem respeito à macrorregião: o Nordeste apresentou menor acesso a medicamentos para artrite/reumatismo, hipertensão, vulvovaginite e depressão/ansiedade/insônia, no Centro-Oeste o acesso foi menor para hipertensão e artrite/reumatismo, e no Sul para vulvovaginite. Também se destacaram menores taxas de acesso nas zonas rurais para medicamentos para diabetes e bronquite/asma, e para as mulheres de cor negra nos medicamentos para artrite/reumatismo, porém, não eram estatisticamente significantes.

BERTOLDI et al. (2009) descreveram o acesso e o uso de medicamentos, a partir de dados de uma população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre. Com base em questionários, os autores apresentam resultados que mostram que o acesso a medicamento nessa população foi elevado, representando aproximadamente 95% da parcela da amostra que apresentava necessidade de utilização. As formas de obtenção desses medicamentos se dividem em: 51% obtidos gratuitamente pelo

PSF/SUS, 41,5% obtidos através de pagamento direto e 7,5% obtidos através de doação ou outras fontes, sendo que quase 90% dos medicamentos prescritos por médicos do PSF foram fornecidos gratuitamente para os pacientes. O estudo ressalta que apesar do acesso elevado, o gasto com medicamentos no país ainda é bastante expressivo.

Buscando descrever as desigualdades socioeconômicas referentes ao uso, gastos e comprometimento de renda com a compra de medicamentos, BOING et al. (2011) elaboraram um estudo com 1.720 adultos da área urbana do município de Florianópolis, SC, investigando o uso de medicamentos e o gasto com a sua aquisição nos últimos 30 dias antes da entrevista. Os resultados mostram que a prevalência foi de acesso de 76,5%, sendo mais elevada entre as mulheres (24,3%) e entre os indivíduos de maior idade (26,2%). A média dos gastos também apresentou valores mais elevados para o sexo feminino (R$55,6), indivíduos brancos (R$48,4), de idade mais avançada (R$72,5) e de maior nível socioeconômico (R$90,1). O comprometimento da renda foi maior entre os mais pobres em relação aos mais ricos, sendo que 9,6% dos indivíduos de nível socioeconômico mais baixo comprometeram 15% de sua renda, enquanto que somente 3,1% dos indivíduos com renda mais elevada atingiram esse comprometimento. Os autores também analisaram a proporção de pessoas que precisaram comprar medicamentos, por não conseguir obter junto ao SUS e os resultados mostram que essa proporção foi maior entre os indivíduos mais pobres (11%), as mulheres (10,2%) e entre as pessoas de idade mais elevada (11,1%). A partir desses resultados, os autores concluem que existem desigualdades socioeconômicas, principalmente em relação à idade e gênero, no comprometimento da renda com aquisição de medicamento, sendo mais afetados os indivíduos de pior nível socioeconômico, os de maior idade e as mulheres.

AZIZ et al. (2011) descreveram a prevalência de acesso a medicamentos e os fatores associados para os idosos de Florianópolis, SC. A pesquisa foi realizada em uma amostra de 1.469 indivíduos e análise foi feita sob duas perspectivas: acesso a medicamentos em geral e acesso a medicamentos através do SUS. Os resultados mostram uma prevalência de 95,8% para o acesso de medicamentos em geral e de 50,3% para acesso via SUS. Considerando acesso em geral, os indivíduos do sexo masculino

apresentaram maior prevalência (97,1%) em relação aos indivíduos do sexo feminino (95,1%), o que também foi constatado entre os indivíduos autodeclarados brancos (96,0%), na faixa etária entre os 70 e 79 anos (38,1%) e de maior nível socioeconômico (97,5%). Analisando o acesso através do SUS uma maior prevalência está associada ao sexo feminino (50,8%), cor de pele preta (73,9%), idosos entre 70 e 79 anos (52,2%) e indivíduos com menor nível socioeconômico (68,3% no 2º Quartil e 67,8% no 1º Quartil). Para os autores os resultados mostram que o SUS tem sido uma ferramenta importante para promover o acesso universal a medicamentos em Florianópolis.

BOING et al. (2013) descrevem a prevalência e os fatores associados ao acesso a medicamentos no SUS, referente a usuários que receberam prescrição no próprio sistema público. O estudo foi elaborado a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada no Brasil em 2008. Os resultados mostram que entre as pessoas que receberam prescrição de medicamento em consultas no SUS nas duas semanas que antecederam a entrevista, a prevalência de acesso a todos os medicamentos no próprio SUS correspondeu a 45,3%. Entre os fatores associados ao acesso total de medicamentos no SUS, os que apresentaram maior prevalência foram os moradores da região Sul do país (56%), indivíduos pretos e pardos (respectivamente 20% e 12%), os de menor nível socioeconômico (59%) e de mais baixo nível de escolaridade (65%). Entre os indivíduos que não receberam por meio do SUS, 78,1% recorreu ao setor privado e comprou o medicamento. O estudo também analisa os indivíduos que não obtiveram, por nenhum meio, quaisquer dos medicamentos receitados. Essa restrição apresentou relação negativa com a renda, sendo que no quintil mais pobre a não obtenção foi de aproximadamente três vezes maior. O acesso também foi menor entre os indivíduos de menor escolaridade, pretos, jovens e adultos, e os residentes das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Objetivos

Este estudo tem como objetivo analisar o acesso da população aos medicamentos partindo da necessidade de uso dos mesmos. Para isso, busca avaliar a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão, doenças do coração, diabetes, bronquite/asma, problemas de saúde mental como depressão, ansiedade e insônia, anemia, artrite e reumatismo em mulheres, investigando se há associação entre as desigualdades socioeconômicas e o acesso a medicamentos.

Objetivos específicos:

- Avaliar a prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo para um grupo de doenças crônicas;
- Investigar a existência de desigualdades socioeconômicas no acesso a medicamentos;
- Identificar determinantes individuais, como variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde no acesso aos medicamentos;
- Avaliar o percentual de medicamentos obtidos gratuitamente através do SUS em cada estrato econômico;
- Descrever o motivo da não obtenção dos medicamentos receitados.

Métodos

1. Base de dados

A base de dados utilizada para realizar esse trabalho foi a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança de 2006 (PNDS 2006), que está inserida na 5ª Fase do projeto MEASURE DHS (*Demographic and Health Survey*), uma investigação com escala global que tem como objetivo a análise e provimento de dados de países em desenvolvimento, focando na saúde e nutrição de mulheres e crianças. Além de ser a edição mais recente da pesquisa, em 2006 a estrutura tradicional dos questionários foi mantida, permitindo a comparabilidade nacional e internacional, mas incluiu temas que não haviam sido abrangidos anteriormente, como o acesso a medicamentos. Nesta última edição foram entrevistadas 15.575 mulheres com idade entre 15 e 49 anos (consideradas em idade fértil), representativo das cinco macrorregiões e de domicílios urbanos e rurais.

2. Descrição das variáveis

A seção sobre acesso a medicamentos da PNDS 2006 é introduzida pelo questionamento da existência de diagnóstico médico para algumas doenças. A entrevistada foi questionada se alguma vez o médico disse que ela tem ou tinha hipertensão ou doenças do coração; diabetes; bronquite/asma; depressão, ansiedade ou insônia; anemia; artrite ou reumatismo. No caso de afirmação para uma ou mais doenças, a entrevistada foi questionada se "*O médico receitou medicamentos/remédios para tratar dessa doença alguma vez?*". Essa questão tem como intuito definir a necessidade do indivíduo buscar o medicamento. Na sequência é perguntado se "*Nos últimos 30 dias você precisou obter medicamento(s) receitado(s) para essa doença?*". A resposta para essa questão define o acesso a esses medicamentos. As respostas possíveis eram: "*Sim e conseguiu todos",* "*Sim e conseguiu pelo menos um*", "*Sim, mas não conseguiu nenhum*", além da possibilidade de não ter sido necessário obter os medicamentos. A partir dessas respostas, optou-se por definir como acesso quando a entrevistada conseguiu todos os medicamentos, e não acesso quando conseguiu pelo menos um ou nenhum, tendo em vista

que conseguir pelo menos um medicamento pode levar a um tratamento com menor eficácia (ARRAIS et al., 2005). Essa definição caracteriza o objeto de análise principal deste trabalho.

Conforme apresentado na Tabela 1, as variáveis independentes foram subdivididas em cinco grupos: geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. As variáveis geográficas incluídas na análise dizem respeito à macrorregião administrativa e área geográfica. A variável macrorregião administrativa divide os domicílios entre as cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul. A situação do domicílio é incluída no modelo através de uma variável *dummy*, onde o valor 0 refere-se a domicílios rurais e o valor 1 a domicílios urbanos.

Dentre as variáveis demográficas, foram selecionadas para o trabalho as variáveis referentes à cor da pele, idade e estado conjugal. A variável estado conjugal foi recategorizada, modificando a classificação definida pela PNDS 2006. Para a análise, as mulheres incluídas na amostra foram classificadas como solteira, casada, viúva e separada (incluindo as mulheres que responderam ser divorciada ou desquitada). A variável cor da pele também foi recategorizada, e dividida entre as categorias branca e não branca (preta, parda, amarela e indígena). Na PNDS 2006 a variável idade é apresentada de forma discreta, sendo que para o presente trabalho optou-se por dividi-la em três classes: 15 a 19 anos, 20 a 39 anos e 40 a 49 anos.

No caso das variáveis socioeconômicas, optou-se por utilizar uma variável de anos de estudo, calculada na PNDS 2006 a partir do grau e da série concluídos, além das variáveis de renda e de nível socioeconômico. A variável renda refere-se à renda do domicílio, dividida em quartis de renda, enquanto a variável NSE corresponde ao *DHS Wealth Index*, índice de riqueza construído para as pesquisas do projeto DHS. Este índice é apresentado como uma tentativa de fazer melhor uso dos dados existentes nas Pesquisas de Demografia e Saúde, buscando determinar o status econômico relativo de uma família. A lista de bens e serviços utilizados para calcular o *DHS Wealth Index* foi baseada em questões já presentes no questionário domiciliar para outros fins. Como exemplo, há questões sobre o tipo de piso, tipo de vaso sanitário e tipo de abastecimento de água, que foram incluídas por causa da sua relação com casos de diarreia. Na última fase do projeto MEASURE DHS,

acrescentaram-se perguntas adicionais, buscando melhor representar a riqueza das famílias representantes das extremidades superior e inferior da distribuição.

Quanto à variável correspondente à escolaridade, optou-se por dividi-la em: menos de um ano de estudo, de um a quatro anos, de cinco a oito anos, de nove a 11 anos e 12 anos ou mais. A classificação de menos de um ano de estudo incluiu a categoria de 'alfabetização inicial', que, apesar de representar zero anos de estudo, abrange as entrevistadas matriculadas em pré-escola, classes de alfabetização, alfabetização de adultos ou educação de jovens e adultos.

Uma variável organizacional incluída no modelo foi existência de cobertura por plano de saúde. Para efetuar a análise, criou-se uma *dummy* onde o valor 1 representa as pessoas que possuem plano de saúde e o valor 0 as pessoas incluídas na amostra que não possuem plano. A variável de saúde corresponde ao número de doenças crônicas diagnosticadas e as possíveis respostas foram agrupadas em duas categorias: uma ou duas e três ou mais doenças crônicas diagnosticadas.

Tabela 1 - Classificação das variáveis independentes

Variáveis Independentes		Categorias de Resposta
Geográficas	Macrorregião administrativa	Norte Nordeste Sudeste Sul Centro-Oeste
	Área geográfica	Rural Urbano
Demográficas	Cor da pele	Branca Não branca
	Faixa etária	15 a 19 anos 20 a 39 anos 40 a 49 anos
	Estado Conjugal	Solteira Casada Viúva Separada ou Divorciada
Socioeconômicas	Anos de estudo	Menos de 1 ano 1 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais
	Rendimento monetário	Quartis de renda
	Nível socioeconômico	Quintis de NSE
Organizacionais	Existência ou não de cobertura por plano de saúde	Sim Não
Saúde	Número de doenças crônicas diagnosticadas	1 ou 2 3 ou mais

Fonte: Elaborado pela autora

A pesquisa ainda investiga como se deu a aquisição do medicamento: através do SUS, Farmácia Popular, farmácia comercial ou outras fontes; e nos casos em que a entrevistada não conseguiu obter o medicamento, os motivos também são questionados: não estava disponível no SUS, não tinha Farmácia Popular, não teve dinheiro pra comprar, não teve tempo ou não sabia onde procurar, muito distante/não tem como ir. Através desses questionamentos é possível elaborar análises secundárias, avaliando a forma de obtenção e o perfil dos indivíduos que dependem do SUS para suprir as necessidades com medicamentos.

3. Plano de Análise

Dividiu-se a análise em três etapas. Num primeiro momento apresenta-se a estatística descritiva do acesso em relação às variáveis independentes. Buscou-se avaliar a prevalência de acesso total de acordo com as variáveis demográficas, geográficas, organizacionais e socioeconômicas selecionadas. Além disso, analisou-se separadamente o acesso a medicamentos em cada uma das doenças crônicas abordadas no estudo, buscando avaliar se há diferenças no acesso a medicamentos entre as doenças, e de cada uma com o acesso total. Sendo o foco do estudo verificar a existência de desigualdade socioeconômica, optou-se também por apresentar o acesso estratificado por renda e nível socioeconômico.

A segunda etapa corresponde à estimação do modelo, conduzida através de uma regressão de Poisson. Apesar de frequentemente utilizar-se a regressão logística em estudos de corte transversal com resultado binário, cuja medida de associação é a razão de chances (*odds* ratio), diversos estudos tem apresenta a regressão Poisson como alternativa quando os valores de prevalência são elevados (BARROS; HIRAKATA, 2003; COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008). Alguns autores buscaram demonstrar que o modelo de Poisson com variância robusta produz estimativas mais consistentes e intervalos de confiança mais compactos, quando comparado à regressão logística. Além disso, comparando as medidas de associação, os resultados apresentados em termos de razões de prevalência tem interpretação mais fácil

do que em termos de *odds ratio (BARROS; HIRAKATA, 2003; COUTINHO et al., 2008)*.

No modelo proposto foram utilizadas variáveis geográficas (macrorregião e área geográfica), demográficas (cor da pele, idade e estado conjugal), socioeconômicas (escolaridade e nível socioeconômico), organizacionais (existência de plano de saúde) e de saúde (número de doenças crônicas). Na estimação do modelo a variável renda não foi incluída uma vez que apresentou alta correlação com nível socioeconômico, tendo-se optado por utilizar a segunda. Os resultados dessa estimação foram apresentados em termos de *prevalence ratio* (razões de prevalência), que apresenta, em termos percentuais, a vantagem (ou desvantagem) relativa quando comparado à categoria de referência, considerando variáveis categóricas. Para comparação, optou-se por apresentar também as razões de prevalência resultantes das regressões simples apresentadas na primeira etapa.

Na terceira etapa foram elaboradas as análises secundárias, buscando descrever a forma de obtenção dos medicamentos (SUS ou outra forma de graça, farmácia popular, farmácia comercial ou outra forma paga) e o motivo pelo qual não houve acesso (não tinha no SUS, não tinha na farmácia popular, não tinha dinheiro pra comprar, não tinha tempo, não sabia onde procurar, muito distante ou outra razão).

Em todas as análises considerou-se o efeito do desenho amostral, através da utilização do conjunto de comandos *svy*, específico para a análise de inquéritos baseados em amostras complexas do programa estatístico Stata/SE 12.0 (StataCorp, College Station, TX, 2011).

Resultados preliminares

Dentre a amostra de 15.575 mulheres, 7.717 foram consideradas elegíveis para o estudo, aquelas que tiveram diagnóstico de doença crônica com necessidade de obtenção de medicamento. A Tabela 2 descreve a composição da amostra.

Tabela 2 - Descrição da amostra de mulheres com diagnóstico de doença crônica[1], indicação de uso e necessidade de obtenção de medicamentos nos últimos 30 dias de acordo com variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Composição da amostra	
	N	%
Total	**7.717**	**100,00**
Macrorregião (n=7.717)		
Norte	1.497	19,40
Nordeste	1.451	18,80
Sudeste	1.628	21,10
Sul	1.642	21,28
Centro-Oeste	1.499	19,42
Área geográfica (n=7.717)		
Urbana	5.482	71,04
Rural	2.235	28,96
Faixa etária (n=7.717)		
15 a 19 anos	872	11,30
20 a 39 anos	4.637	60,09
40 a 49 anos	2.208	28,61
Estado conjugal (n=7.707)		
Solteira	1.396	18,11
Casada	5.292	68,66
Viúva	135	1,75
Separada	884	11,46
Cor (n=7.646)		
Branca	2.863	37,44
Não branca	4.783	62,56
Anos de estudo (n=7.659)		
Menos de 1 ano	300	3,92
1 a 4 anos	1.755	22,91
5 a 8 anos	2.333	30,46
9 a 11 anos	2.507	32,73
12 anos ou mais	764	9,98
Quartis de renda (n=6.199)		
1º Quartil	1.618	26,10
2º Quartil	1.671	26,96
3º Quartil	1.462	23,58
4º Quartil	1.448	23,36
Nível socioeconômico (n=7.095)		
1	1.340	18,89
2	1.407	19,83
3	1.455	20,51
4	1.457	20,54
5	1.436	20,24
Convênio de saúde (n=7.710)		
Não	6.005	77,89
Sim	1.705	22,11
Número de doenças (n=7.717)		
1 ou 2	6.763	87,64
3 ou mais	954	12,36

[1] Hipertensão/doenças do coração, diabetes, bronquite/asma, depressão/ansiedade/insônia, anemia e artrite/reumatismo

Dentre as 15.575 mulheres entrevistadas na PNDS 2006, na análise do presente estudo foram consideradas apenas aquelas mulheres que relataram necessidade de obtenção de medicamento nos últimos 30 dias.

A amostra foi dividida de forma equilibrada entre as cinco Macrorregiões do país, e no que diz respeito à área geográfica do domicílio, 71,0% das mulheres residem na zona urbana, enquanto que apenas 29,0% residem na zona rural. Em relação à idade, aproximadamente 60,1% encontra-se na faixa etária de 20-39 anos. Do restante, 28,6% têm entre 40 e 49 anos e 11,3% entre 15 e 19 anos. Enquanto a grande maioria das entrevistadas afirmou ser casada (68,7%), 18,1% afirmam ser solteira, 11,5% separada e apenas 1,7% são viúvas. As mulheres de cor branca representam 37,4% da amostra, sendo a maioria considerada não branca.

Em relação à escolaridade, a maioria das mulheres entrevistadas encontra-se nas faixas intermediárias de escolarização. Aquelas com 1-4 anos, 5-8 anos e 9-11 anos correspondem, respectivamente, a 22,9%, 30,5% e 32,7% da amostra. Já as mulheres com mais de 12 anos representam 10,0%, enquanto as mulheres com menos de um ano de estudo representam 3,9% do total. Para análise da variável renda, que corresponde à renda familiar total, os indivíduos foram agrupados por quartil de renda, enquanto o nível socioeconômico foi medido através do DHS Wealth index, com agrupamento por quintil de nível socioeconômico. Aproximadamente 77,9% das entrevistadas não possuíam plano de saúde, e 87,6% tinham sido diagnosticadas com uma ou duas doenças crônicas.

A Tabela 3 apresenta a prevalência de acesso a medicamentos para cada uma das doenças crônicas abordadas no estudo. Os resultados mostram que há diferenças em relação aos fatores associados identificados para cada doença. Para hipertensão ou doenças do coração os fatores associados foram número de doenças e nível socioeconômico. O acesso foi maior entre as mulheres com uma ou duas doenças crônicas (94,8%) e, em relação ao nível socioeconômico, as mulheres incluídas no nível mais alto tiveram um acesso de 99,0%, enquanto as mulheres do nível mais baixo tiveram um acesso de 87,8%.

Enquanto que em relação aos medicamentos para diabetes não houve diferença em nenhuma das variáveis avaliadas, avaliando o acesso a

medicamentos para tratar bronquite e asma, os fatores associados identificados foram estado conjugal, anos de estudo e nível socioeconômico. Em relação ao estado conjugal, as viúvas apresentaram maior acesso (100,0%), seguidas pelas solteiras (96,3%). Quanto à variável anos de estudo, as mulheres com 12 anos ou mais de estudo apresentaram um acesso de 98,3% dos medicamentos receitados, enquanto aquelas com menos de um ano de estudo tiveram um acesso de 75,0%. O nível socioeconômico manteve o padrão observado, com uma proporção de acesso de 95,8% entre as mais ricas, comparado com apenas 83,6% de acesso entre as mais pobres.

O acesso a medicamento para depressão, ansiedade ou insônia diferiu de acordo com a macrorregião, o estado conjugal e o nível socioeconômico das entrevistadas. Dentre as macrorregiões, o maior acesso foi observado nas regiões Sul (92,9%) e Centro-Oeste (92,4%), enquanto a menor proporção de acesso se deu na região Nordeste (81,2%). Em relação ao estado conjugal, as mulheres solteiras e casadas apresentaram a maior proporção de acesso, 90,3% e 90,9%, respectivamente. A análise por nível socioeconômico apresentou resultado semelhante ao de hipertensão. As mulheres pertencentes ao grupo das mais ricas tiveram acesso maior do que aquelas entre as mais pobres, com uma proporção de acesso de 95,2% comparado a 83,6% de acesso das mais pobres. No que se refere ao acesso a medicamentos para anemia, o único fator associado ao acesso foi a renda. Enquanto as mulheres incluídas no 4º quartil de renda tiveram um acesso de 97,3%, as mulheres pertencentes ao 1º quartil tiveram apenas 84,7% de acesso.

O acesso a medicamentos para tratamento de artrite e reumatismo teve como fatores associados a cor da pele e a posse de convênio de saúde. Enquanto as mulheres brancas tiveram um acesso de 92,3%, as mulheres não brancas tiveram uma proporção de acesso de apenas 79,8%. Dentre as que possuíam convênio de saúde, o acesso foi de 94,2%, comparado a 82,1% entre aquelas que não tinham convênio.

Tabela 3 - Prevalência de acesso a medicamentos por doença crônica de acordo com variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Hipertensão/doenças do coração			Diabetes			Bronquite/asma			Depressão/ansiedade/ insônia			Anemia			Artrite/reumatismo		
	N[1]	Acesso (%)	p[2]	N[1]	Acesso (%)	p[2]	N[1]	Acesso (%)	p[2]	N[1]	Acesso (%)	p[2]	N[1]	Acesso (%)	p[2]	N[1]	Acesso (%)	p[2]
Total	1.835	93,00		231	89,95		1.177	85,49		2.435	88,41		4.383	87,38		905	85,52	
Macrorregião			0,1431			0,1721			0,1888			0,0408*			0,7818			0,1688
Norte	258	91,52		45	89,40		194	92,86		242	91,44		1.164	83,92		206	81,85	
Nordeste	343	90,08		36	98,73		147	89,19		306	81,17		967	89,43		161	77,07	
Sudeste	430	95,16		54	86,26		308	81,31		612	88,09		774	86,83		165	91,46	
Sul	408	93,97		53	90,39		285	92,75		812	92,94		678	84,50		198	87,98	
Centro-Oeste	396	88,06		43	91,91		243	90,83		463	92,41		800	88,15		175	85,26	
Área geográfica			0,3060			0,8585			0,3062			0,2619			0,5755			0,8377
Urbana	1.268	92,69		174	90,10		877	86,43		1.750	88,02		3.141	87,05		618	85,28	
Rural	567	94,57		57	88,73		300	76,81		685	91,25		1.242	89,11		287	86,52	
Faixa etária			0,0836			0,8984			0,3129			0,4449			0,0817			0,3679
15 a 19 anos	56	74,74		10	100,00		198	94,54		153	79,13		598	79,63		47	100,00	
20 a 39 anos	833	94,78		94	88,75		704	82,17		1.394	88,27		2.888	88,81		422	89,10	
40 a 49 anos	946	92,20		127	90,18		275	88,07		888	89,54		897	91,16		436	83,24	
Estado conjugal			0,0959			0,4388			0,0083*			0,0351*			0,6838			0,7378
Separada	223	87,43		32	92,76		122	62,56		298	77,60		515	87,42		104	80,97	
Casada	1.407	93,34		172	90,86		710	83,32		1.692	90,91		2.965	86,28		674	86,47	
Viúva	57	92,55		8	100,00		15	100,00		56	70,84		75	94,08		24	91,22	
Solteira	144	97,94		19	76,03		330	96,26		388	90,33		821	90,29		102	80,47	
Cor			0,6706			0,1177			0,3010			0,3398			0,7684			0,0101*
Branca	667	92,33		79	83,82		455	88,78		1.194	86,97		1.355	88,13		349	92,35	
Não branca	1.153	93,37		147	94,94		714	83,42		1.218	89,90		2.985	86,90		545	79,84	
Anos de estudo			0,3631			0,1098			0,0000*			0,3318			0,1812			0,1939
Menos de 1 ano	126	87,47		23	98,29		32	74,96		80	80,70		156	92,44		53	67,08	
1 a 4 anos	545	95,96		66	95,47		181	98,22		558	90,47		996	88,61		272	84,27	
5 a 8 anos	547	90,56		77	86,56		370	64,45		716	86,18		1.363	83,11		237	90,49	
9 a 11 anos	468	93,36		46	95,91		437	89,32		745	92,03		1.464	87,85		261	87,69	
12 anos ou mais	138	93,26		17	65,52		142	98,31		321	84,20		366	98,00		75	96,37	
Quartis de renda			0,4775			0,2694			0,2707			0,7523			0,0388*			0,6556
1º Quartil	389	89,90		42	97,91		182	76,54		389	80,78		1.068	84,73		188	83,75	
2º Quartil	413	93,09		38	95,84		238	89,40		493	82,46		990	91,53		190	88,13	
3º Quartil	368	91,36		59	89,46		259	79,77		499	91,36		811	81,91		182	88,72	
4º Quartil	332	95,96		47	80,54		258	93,63		566	92,57		673	97,28		179	93,85	
Nível socioeconômico			0,0119*			0,2057			0,0005*			0,0050*			0,5647			0,2141
1	327	87,76		34	96,34		170	83,61		296	83,64		893	87,13		158	81,45	
2	347	93,26		31	79,32		176	74,13		425	85,98		818	82,48		165	73,31	
3	357	90,97		53	100,00		230	56,65		483	78,44		796	87,18		203	89,71	
4	368	90,72		56	78,48		254	92,18		534	89,92		759	90,03		169	85,38	
5	317	99,01		42	90,33		284	95,80		592	95,18		650	91,60		136	93,18	
Convênio de saúde			0,7178			0,0649			0,0640			0,1046			0,0522			0,0323*
Sim	394	93,99		52	76,27		311	94,79		712	91,94		801	94,48		194	94,19	
Não	1.440	92,73		179	93,75		865	80,24		1.722	85,98		3.577	85,74		711	82,11	
Número de doenças			0,0126*			0,9188			0,8520			0,7523			0,8725			0,2529
1 ou 2	1.344	94,80		127	90,21		841	85,00		1.796	88,13		3.704	87,29		561	87,98	
3 ou mais	491	87,86		104	89,45		336	86,47		639	89,16		679	87,91		344	81,28	

[1] Número de indivíduos que tiveram medicamento receitado por médico
[2]Teste qui-quadrado para comparação de proporções

A Tabela 4 apresenta a análise da prevalência de acesso a medicamentos de acordo com as variáveis dependentes estratificada por renda e por nível socioeconômico.

Analisando o acesso total, percebe-se uma tendência de aumento do acesso tanto com o incremento na renda quanto no nível socioeconômico. O acesso a medicamentos nas regiões Sudeste e Centro-Oeste é influenciado tanto pela renda quanto pelo nível socioeconômico, enquanto na região Norte, apenas o nível socioeconômico mostrou-se significativo. Na área rural, a condição socioeconômica não foi significativa, mas tanto a renda quanto o nível socioeconômico influenciaram positivamente o acesso a medicamentos entre as mulheres domiciliadas na zona urbana.

Enquanto a renda impacta positivamente o acesso na faixa de 40 a 49 anos, um maior nível socioeconômico aumento o acesso nas faixas de 20 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Para as mulheres com idade entre 15 e 19 anos, a condição socioeconômica não influenciou o acesso a medicamentos. No acesso por faixa etária a influência da condição socioeconômica é maior nas faixas mais altas de idade. Considerando o estado conjugal, apenas entre as mulheres casadas tanto a renda quanto o nível socioeconômico mostrou-se significativo. Entre as solteiras, viúvas e separadas, não houve diferença de acesso em relação à condição socioeconômica. Em relação à cor da pele, o impacto tanto da renda quando do nível socioeconômico só foi percebido entre aquelas consideradas não brancas.

Considerando a escolaridade das entrevistadas, a renda apresentou impacto no acesso para aquelas mulheres que tinham menos de um ano, de cinco a oito e de nove a onze anos de estudo. O nível socioeconômico influenciou o acesso apenas entre as mulheres com escolaridade de cinco a oito anos e de nove a onze anos de estudo.

Entre aquelas que não possuíam convênio de saúde, o nível socioeconômico influenciou positivamente o acesso a medicamentos. Já em relação ao número de doenças, tanto as mulheres como uma ou duas doenças quanto aquelas com três ou mais têm o acesso aos medicamentos influenciado pela renda e pelo nível socioeconômico.

Tabela 4 – Prevalência do acesso a medicamentos por variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde, estratificada por renda e nível socioeconômico. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Prevalência de acesso a medicamentos estratificada por renda						Prevalência de acesso a medicamentos estratificada por nivel socioeconômico						
	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil	4º Quartil	P[1]	Q4/Q1	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil	P[1]	Q5/Q1
Total	83,29	87,47	85,29	93,96	0,0017*	1,13	85,29	83,08	81,31	88,56	94,33	0,0002*	1,11
Macrorregião													
Norte	82,88	85,12	78,84	95,00	0,0881	1,15	77,89	88,51	78,29	93,80	94,68	0,0307*	1,22
Nordeste	87,06	86,93	89,82	96,71	0,2006	1,11	86,26	83,84	90,79	84,89	90,51	0,5003	1,05
Sudeste	79,27	86,35	81,93	93,78	0,0330*	1,18	90,57	77,40	69,02	88,40	94,52	0,0077*	1,04
Sul	85,70	90,64	93,01	93,06	0,1882	1,09	85,02	85,96	90,63	91,29	93,64	0,1392	1,10
Centro-Oeste	69,60	91,44	89,91	94,54	0,0006*	1,36	81,55	88,57	83,86	88,00	98,54	0,0048*	1,21
Área geográfica													
Rural	85,09	89,57	87,97	96,07	0,0771	1,13	89,31	91,25	87,41	87,52	96,88	0,9778	1,08
Urbana	82,66	87,08	85,02	93,86	0,0037*	1,14	83,25	80,69	80,14	88,63	94,28	0,0001*	1,13
Faixa etária													
15 a 19 anos	75,58	91,28	70,03	86,26	0,8618	1,14	83,91	65,94	73,66	95,44	77,96	0,5659	0,93
20 a 39 anos	86,43	86,02	84,68	92,73	0,1600	1,07	86,17	86,76	81,32	86,64	94,71	0,0155*	1,10
40 a 49 anos	81,73	88,45	88,63	95,97	0,0013*	1,17	84,43	83,46	82,32	89,13	96,42	0,0001*	1,14
Estado conjugal													
Solteira	92,79	91,70	83,11	91,12	0,6327	0,98	81,14	94,65	82,82	88,20	94,27	0,2023	1,16
Casada	83,13	88,74	86,65	96,32	0,0005*	1,16	86,80	79,50	87,46	89,22	94,93	0,0002*	1,09
Viúva	61,91	94,23	78,33	86,91	0,5480	1,40	96,63	100,00	34,78	85,94	100,00	0,7226	1,03
Separada	77,32	75,16	81,48	77,06	0,8550	1,00	76,29	88,52	59,54	85,57	89,57	0,2187	1,17
Cor													
Não Branca	82,46	89,43	85,74	97,35	0,0012*	1,18	85,17	78,57	86,48	89,07	95,44	0,0002*	1,12
Branca	84,41	82,11	84,43	91,45	0,0924	1,08	85,48	92,25	73,01	87,71	93,34	0,0542	1,09
Anos de estudo													
Menos de 1 ano	74,30	88,54	97,49	100,00	0,0173*	1,35	80,17	78,69	97,62	88,30	100,00	0,1000	1,25
1 a 4 anos	89,90	90,03	93,35	98,94	0,2499	1,10	92,57	84,19	86,36	95,88	98,54	0,0864	1,06
5 a 8 anos	76,54	87,94	79,91	96,46	0,0071*	1,26	76,44	79,46	77,57	86,12	95,19	0,0057*	1,25
9 a 11 anos	84,46	89,47	84,47	95,68	0,0249*	1,13	84,31	87,51	84,45	90,51	93,04	0,0403*	1,10
12 anos ou mais	100,00	51,82	95,43	89,60	0,2774	0,90	100,00	100,00	61,11	72,69	95,62	0,1443	0,96
Convênio de saúde													
Não	83,32	89,15	83,33	93,45	0,0828	1,12	84,51	81,19	81,83	90,17	92,52	0,0044*	1,09
Sim	84,22	80,64	89,30	94,30	0,0732	1,12	98,88	99,06	78,96	84,40	95,43	0,2342	0,97
Número de doenças													
1 ou 2	84,90	88,57	86,48	93,32	0,0282*	1,10	89,40	84,13	82,40	89,75	94,10	0,0132*	1,05
3 ou mais	73,88	82,60	81,37	97,02	0,0015*	1,31	66,74	78,53	76,74	83,85	95,64	0,0006*	1,43

[1] Teste de tendência linear

A Tabela 4 também apresenta razões de taxas, permitindo analisar a desigualdade entre os grupos de renda e nível socioeconômico definidos no estudo. Avaliando por quartil de renda é possível observar que, no geral, as pessoas no nível mais alto de renda têm 13% mais prevalência de acesso do que aquelas que estão inseridas no nível mais baixo de renda. Dentre os resultados mais expressivos, observa-se que entre as mulheres domiciliadas na região Centro-Oeste, aquelas com maior renda têm uma prevalência 36% maior, comparada com as mais pobres. Valor próximo é observado entre as mulheres com menos de um ano de estudo, onde a prevalência é 35% maior para as mulheres mais ricas.

Avaliando por nível socioeconômico as razões são um pouco menores. No geral, as mulheres incluídas no nível socioeconômico mais alto têm prevalência de acesso 11% maior do que aquelas inseridas no nível socioeconômico mais baixo. Entre as mulheres domiciliadas no Norte, a prevalência 22% maior entre as mulheres de nível socioeconômico mais alto. Entre as mulheres com menos de um ano de escolaridade, essa medida é de 25%. E entre as mulheres com três ou mais doenças e nível socioeconômico mais elevado a prevalência é 43% maior.

A Tabela 5 apresenta as prevalências de acesso a medicamentos, razões de prevalência resultantes das estimações através de regressão de Poisson, Intervalo de Confiança a 95% e testes qui-quadrado para heterogeneidade e de tendência linear para as variáveis ordinais.

A prevalência de acesso a medicamentos foi de 87,4% ($IC_{95\%}$ 85,2 a 89,5). Dentre as variáveis que se mostraram associadas ao acesso a medicamentos na estimação por regressão simples estão escolaridade, existência de convênio de saúde, estado conjugal, número de doença, renda e nível socioeconômico.

O acesso foi maior entre aqueles indivíduos que possuem convênio de saúde (91,4%), quando comparado aos indivíduos que não possuem convênio. As mulheres solteiras e casadas tiveram maior prevalência de acesso do que as viúvas e separadas, correspondendo a 90,2% e 88,0% de acesso, respectivamente. Aquelas que tinham diagnóstico de uma ou duas doenças crônicas tiveram 88,6% de acesso, maior do que aquelas que tinha diagnóstico de três doenças ou mais.

O acesso a medicamentos também esteve diretamente associado ao nível socioeconômico. Em relação ao nível socioeconômico, as mulheres mais ricas tiveram um acesso de 94,3%, enquanto as mais pobres tiveram um acesso de apenas 85,3%.

Tabela 5 - Prevalência de acesso a medicamentos e razões de prevalências brutas e ajustadas estimadas através de regressão de Poisson. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Acesso a medicamentos		Regressão Simples			Regressão Múltipla		
	%	IC 95%	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Total	87,37	(85,24-89,49)						
Macrorregião²					0,3031			0,4024
Norte	84,52	(79,62-89,42)	1			1		
Nordeste	86,31	(82,76-89,86)	1,02	(0,95-1,10)		1,03	(0,95-1,11)	
Sudeste	87,26	(83,35-91,16)	1,03	(0,96-1,11)		0,98	(0,89-1,07)	
Sul	90,38	(87,05-93,72)	1,07	(1,00-1,14)		1,03	(0,95-1,13)	
Centro-Oeste	88,17	(84,73-91,61)	1,04	(0,97-1,12)		1,02	(0,95-1,10)	
Área geográfica²					0,4696			0,0210*
Urbana	88,75	(85,15-92,35)	1			1		
Rural	87,13	(84,72-89,54)	1,02	(0,97-1,07)		1,07	(1,01-1,14)	
Faixa etária¹					0,1739			0,2070
15 a 19 anos	80,84	(70,89-90,80)	1			1		
20 a 39 anos	87,66	(84,88-90,43)	1,08	(0,96-1,23)		1,08	(0,95-1,23)	
40 a 49 anos	88,54	(85,70-91,37)	1,10	(0,97-1,24)		1,09	(0,96-1,25)	
Estado conjugal²					0,1271			0,0932
Separada	79,68	(72,50-86,86)	1			1		
Casada	88,02	(85,75-90,29)	1,10	(1,01-1,21)		1,11	(1,01-1,22)	
Viúva	83,77	(68,81-98,73)	1,05	(0,87-1,27)		1,03	(0,86-1,25)	
Solteira	90,20	(85,49-94,92)	1,13	(1,02-1,26)		1,15	(1,03-1,28)	
Cor²					0,9562			0,3420
Branca	87,23	(84,74-89,72)	1			1		
Não branca	87,37	(83,80-90,93)	1,00	(0,95-1,05)		0,98	(0,98-1,10)	
Anos de estudo¹					0,4918			0,2730
Menos de 1 ano	84,34	(76,57-92,10)	1			1		
1 a 4 anos	90,24	(86,52-93,96)	1,07	(0,97-1,18)		1,05	(0,95-1,16)	
5 a 8 anos	82,73	(78,27-87,19)	0,98	(0,88-1,09)		0,96	(0,85-1,08)	
9 a 11 anos	89,54	(86,55-92,53)	1,06	(0,96-1,17)		1,01	(0,90-1,12)	
12 anos ou mais	89,24	(82,61-95,87)	1,06	(0,94-1,19)		0,97	(0,85-1,10)	
Nível socioeconômico¹					0,0002*			0,0000*
1	85,29	(81,04-89,55)	1			1		
2	83,08	(77,08-89,08)	0,97	(0,89-1,06)		0,98	(0,91-1,07)	
3	81,31	(75,66-86,95)	0,95	(0,87-1,04)		0,97	(0,88-1,05)	
4	88,56	(84,68-92,43)	1,04	(0,97-1,11)		1,06	(0,98-1,14)	
5	94,33	(90,81-97,85)	1,11	(1,04-1,18)		1,13	(1,05-1,21)	
Convênio de saúde²					0,0139*			0,2400
Não	85,79	(83,27-88,31)	1			1		
Sim	91,37	(87,53-95,21)	1,07	(1,01-1,12)		1,03	(0,98-1,10)	
Número de doenças²					0,0131*			0,0300*
1 ou 2	88,62	(86,24-91,00)	1,08	(1,02-1,16)		1,07	(1,01-1,15)	
3 ou mais	81,58	(76,79-86,38)	1			1		

[1] Teste de tendência linear

[2] Teste qui-quadrado de comparação de proporções

Os resultados da regressão múltipla mostram que apenas as variáveis Área geográfica, Número de doenças e Nível socioeconômico foram estatisticamente significativas ao nível de 5%. Para as variáveis ordinais foi feito teste de tendência linear, sendo apenas significativo para Nível socioeconômico. O acesso a medicamentos foi 13% maior para as mulheres mais ricas em relação às mais pobres na análise múltipla. Em relação ao número de doenças, o acesso foi 7% maior para aquelas que têm uma ou duas doenças, comparado às mulheres com três ou mais doenças crônicas.

Na análise múltipla a área geográfica passa a ser estatisticamente significativa ao nível de 5%, mostrando que as mulheres domiciliadas na área rural tem um acesso a medicamentos 7% maior em relação àquelas que moram na área urbana.

A Figura 1 apresenta as formas de obtenção relatadas pelas entrevistadas, entre aquelas que tiveram acesso a todos os medicamentos receitados. Considerando a possibilidade de tratamentos com mais de um medicamento, a entrevistada pode escolher como resposta mais de uma forma de obtenção. A forma de obtenção foi bastante equilibrada entre aquelas que receberam o medicamento gratuitamente (pelo SUS ou de outra forma) e aquelas que necessitaram pagar (comprando em farmácia comercial, farmácia popular ou outro lugar). A gratuidade do tratamento correspondeu a 47,1% do acesso, sendo que 46,4% se deu através do SUS. O acesso pago corresponde a 52,9%, sendo que entre os indivíduos que pagaram pelo medicamento, 49,8% adquiriu em uma farmácia comercial. A compra de medicamentos em farmácia popular corresponde a apenas 2,9% de toda a aquisição, e 0,7% dos indivíduos adquiriram o medicamento de alguma outra forma, mediante pagamento.

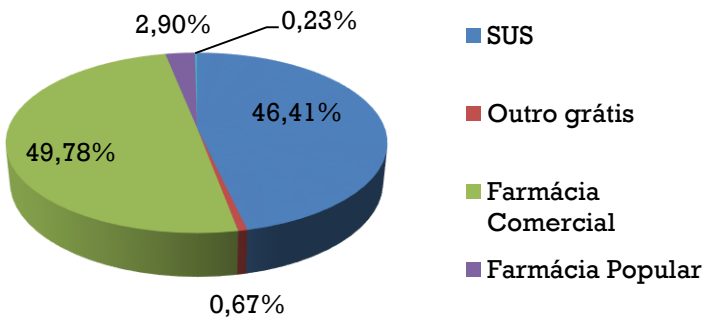

Figura 1 - Forma de obtenção dos medicamentos.

A forma de obtenção dos medicamentos estratificada por nível socioeconômico é apresentada na Tabela 6. Buscou-se observar qual o perfil socioeconômico para as diferentes formas de obtenção de medicamentos abordadas na pesquisa. Entre os indivíduos que obtiveram o medicamento através do SUS, maior parcela estava nos níveis socioeconômicos mais baixos. No mais alto nível socioeconômico, apenas 8,2% relatou ter conseguido medicamento no SUS. No entanto, entre os que conseguiram o medicamento sem custo, de outra forma que não pelo SUS, 52,4% pertencia ao nível socioeconômico mais alto.

Tabela 6 - Forma de obtenção dos medicamentos de acordo com nível socioeconômico

NSE	Forma de obtenção			
	SUS (%)	Outro Grátis (%)	Farmácia Comercial (%)	Farmácia Popular (%)
1	24,30	14,29	10,28	10,58
2	25,97	9,52	14,99	12,50
3	21,18	9,52	19,59	19,23
4	20,35	14,29	22,43	23,08
5	8,20	52,38	32,71	34,62
Todos	100,00	100,00	100,00	100,00

A obtenção paga, através da farmácia comercial ou da Farmácia Popular, aumenta com o acréscimo no nível socioeconômico. Entre as pessoas que obtiveram o medicamento através da farmácia comercial, 10,3% pertencia ao nível socioeconômico mais baixo, enquanto 32,7% estava no nível socioeconômico mais alto. A obtenção através da Farmácia Popular seguiu o mesmo padrão. Entre os que se utilizaram dessa forma de obtenção, 10,6% estava entre os mais pobres, enquanto 34,6% estava no nível mais alto de condição socioeconômica.

Nos casos em que a entrevistada relatou não ter conseguido os medicamentos receitados, foi questionada a respeito do motivo da não obtenção. Da mesma maneira como foi abordada a questão sobre forma de obtenção, a entrevistada teve a liberdade de relatar mais de um motivo para não ter conseguido obter o medicamento. A Figura 2 apresenta os motivos relatados. Dentre as entrevistadas que não tiveram acesso aos medicamentos

receitados, 42,2% informou que não conseguiu porque o medicamento não estava disponível no SUS e 30,5% relatou que não tinha dinheiro para comprar. Outras situações foram relatadas com menor frequência, como 'Não tinha na Farmácia Popular' (4,0%), 'Não teve tempo de ir procurar' (6,0%), 'Não sabia onde procurar' (0,4%), 'Muito distante ou não tinha como ir' (4,8%), além de 'Outros motivos' (12,0%).

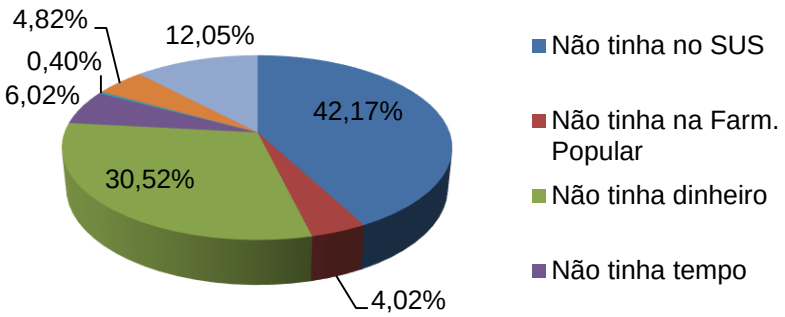

Figura 2 - Motivo da não obtenção do medicamento.

Na Tabela 7 apresentam-se os motivos relatados nos casos de não obtenção dos medicamentos, estratificados por nível socioeconômico, buscando-se observar como cada um dos motivos distribuía-se entre os níveis socioeconômicos definidos. Dentre as entrevistadas que relataram não ter tido acesso por que o medicamento não estava disponível no SUS, 24,7% pertenciam ao nível socioeconômico mais baixo, enquanto 9,7% estavam incluídas no nível mais alto. Resultado semelhante é percebido para o motivo de não ter dinheiro para comprar. Enquanto 9,2% das mulheres que afirmaram não ter acesso ao medicamento por não ter dinheiro para comprar encontravam-se entre as mais ricas, 33,8% representavam aquelas mulheres mais pobres.

Tabela 7 - Motivo da não obtenção do medicamento de acordo com nível socioeconômico

	Motivos da não obtenção do medicamento					
NSE	**Não tinha no SUS (%)**	**Não tinha na Farm. Popular (%)**	**Não tinha dinheiro (%)**	**Não tinha tempo de procurar (%)**	**Muito longe/não tinha como ir (%)**	**Outros motivos (%)**
1	24,73	10,00	33,85	20,00	54,55	27,59
2	29,03	30,00	16,92	20,00	27,27	20,69
3	24,73	20,00	24,62	26,67	9,09	27,59
4	11,83	20,00	15,38	26,67	9,09	10,34
5	9,68	20,00	9,23	6,67	0,00	13,79
Todos	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Artigo

EQUIDADE NO ACESSO A MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS CRÔNICAS EM MULHERES BRASILEIRAS

Flávia Katrein
César Oviedo Tejada
Maria Clara Restrepo-Méndez
Andréa Dâmaso Bertoldi

Resumo

O objetivo deste trabalho foi de analisar a prevalência de acesso a medicamentos para tratamento de doenças crônicas, e a existência de desigualdades socioeconômicas no acesso. Os dados são da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 2006, com uma amostra de 15.575 mulheres (15 e 49 anos). O desfecho foi construído com base no diagnóstico de doença crônica e na necessidade de obtenção de medicamento para tratamento. A análise ajustada foi conduzida através de regressão de Poisson. Os grupos que apresentaram maior prevalência de acesso foram os domiciliados na zona rural, com uma ou duas doenças crônicas e com nível socioeconômico mais elevado. A prevalência de acesso encontrada foi alta, no entanto, as análises demonstram que existe desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos a favor dos mais ricos, identificando como grupo mais vulnerável aquele dos indivíduos mais pobres e com maior número de doenças crônicas.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos. Farmacoepidemiologia. Estudos Transversais. Equidade em saúde.

Abstract

This study aimed to assess the prevalence of access to continuous prescription drugs for a group of chronic diseases and investigating the existence of socioeconomic inequalities in access. The data are from the National Demographic and Health Survey (2006), with a sample of 15,575 women aged 15 to 49. The dependent variable was constructed based on the diagnosis of chronic disease and the need to obtain medication for treatment. Multivariate analysis was conducted using a Poisson regression model. The groups with higher prevalence of access were the ones domiciled in a rural area, with only one or two chronic diseases, and those at the higher socioeconomic position. The prevalence of access to medication was high, however, the analysis shows that there is a socioeconomic inequality in access to medicines in favor of the wealthy, identified as the most vulnerable group the poorest and with a greater number of chronic diseases individuals.

Keywords: Access to medicines. Pharmacoepidemiology. Cross-Sectional Studies. Equity in health.

Introdução

O acesso a medicamentos é um fator relevante no estudo da saúde pública, tendo em vista que é utilizado na análise do cumprimento do direito fundamental à saúde, sendo considerado um indicador de qualidade dos sistemas de saúde (1, 2). Algumas doenças crônico-degenerativas – como hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus e problemas mentais – têm apresentado prevalência crescente no país, podendo esse fato ser explicado em parte pelo envelhecimento populacional (3, 4). Uma parte considerável dessas doenças tem como principal tratamento a administração de medicamentos de uso contínuo. A falta de acesso a esses medicamentos por parte da população é considerada como fator preponderante para determinar o aumento no número de retornos desses pacientes aos serviços de saúde (5).

Segundo Arrais et al. (2005), o acesso insuficiente aos medicamentos pode causar abandono do tratamento, com piora no estado de saúde e aumento no número de retornos aos serviços de saúde, ou um maior comprometimento da renda familiar com gastos com saúde (6). No entanto, considerando os sistemas de saúde públicos e privados, somente dois terços da população mundial tem acesso a tratamentos completos e eficazes (2).

A Constituição Federal de 1988 define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. No Brasil, diversos trabalhos identificaram a existência de desigualdade socioeconômica em saúde, onde os grupos de renda mais elevada aparecem como aqueles que possuem maior acesso aos serviços de saúde (7-9).

Desde a década de 90 o Brasil tem buscado implementar políticas públicas visando melhorar a disponibilização de medicamentos em quantidades adequadas às necessidades da população, sendo um dos poucos países em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito de todos os cidadãos. Entretanto, mesmo com a existência de um sistema único de saúde que assegura a assistência terapêutica integral incluindo a assistência farmacêutica, e no qual não há pagamento direto por parte do usuário, o gasto privado com medicamentos no país ainda é considerado expressivo (10).

O objetivo central deste estudo foi analisar o acesso da população aos medicamentos partindo da necessidade de uso dos mesmos e a existência de desigualdades socioeconômicas no acesso. Para isso, avaliou-se o acesso a medicamentos de uso contínuo para tratar hipertensão e doenças do coração, diabetes, bronquite e asma, problemas de saúde mental como depressão, ansiedade e insônia, anemia, artrite e reumatismo em uma amostra de mulheres.

Métodos

Para a realização desse trabalho foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança de 2006 (PNDS) (11), que está inserida na 5ª Fase do projeto MEASURE DHS (*Demographic and Health Survey*). A DHS é um programa de escala global que tem como objetivo a análise e provimento de dados de países em desenvolvimento, focando na saúde e nutrição de mulheres e crianças. Em 2006 a estrutura tradicional dos questionários foi mantida, permitindo a comparabilidade nacional e internacional, mas incluiu temas que não haviam sido abrangidos

anteriormente, como o acesso a medicamentos. Nesta última edição foram entrevistadas 15.575 mulheres com idade entre 15 e 49 anos (consideradas em idade fértil). A amostra é representativa das cinco macrorregiões do Brasil e de domicílios urbanos e rurais. O acesso a medicamentos foi definido a partir do questionamento da existência de diagnóstico médico para alguma das doenças em estudo (hipertensão ou doenças do coração; diabetes; bronquite ou asma; problemas de saúde mental como depressão, ansiedade e insônia; anemia; artrite ou reumatismo). Em caso afirmativo, a entrevistada era questionada se o médico havia receitado medicamentos para tratar essas doenças alguma vez e se nos últimos 30 dias foi preciso obter os medicamentos receitados. A análise do acesso a medicamentos foi feita de forma dicotômica, considerando apenas aquelas que necessitaram obter o medicamento e classificando com acesso total aquelas que obtiveram todos os medicamentos e não acesso aquelas que obtiveram pelo menos um ou nenhum.

Como variáveis independentes, foram analisadas: macrorregião administrativa de residência (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul); área geográfica do domicílio (urbana e rural); faixa etária (15-19 anos, 20-39 anos e 40-49 anos); estado conjugal (solteira, casada e separada/viúva); cor da pele (branca ou não branca); anos de estudo (menos de 1 ano, 1-4, 5-8, 9-11 e 12 ou mais); nível socioeconômico (*DHS Wealth Index*, dividido em quintis); existência de cobertura por plano de saúde (sim ou não) e número de doenças crônicas diagnosticadas (1-2 e 3 ou mais). O *DHS Wealth Index* é um índice de riqueza construído para as pesquisas do projeto DHS que foi reproduzido para este estudo usando as questões relacionadas com bens e serviços já presentes no questionário domiciliar para outros fins.

Adicionalmente investigou-se como se deu a aquisição do medicamento (através do SUS, Farmácia Popular, farmácia comercial ou outras fontes) e, nos casos em que a entrevistada não conseguiu obter o medicamento, os motivos para não consegui-los (não estava disponível no SUS, não tinha na Farmácia Popular, não teve dinheiro pra comprar, não teve tempo ou não sabia onde procurar, muito distante/não tem como ir).

As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata/SE 12.0 (StataCorp, College Station, TX, 2011), considerando-se o efeito de delineamento amostral e os pesos individuais, através da utilização do conjunto de comandos *svy*, específico para a análise de inquéritos baseados em amostras complexas.

Dividiu-se a análise em três etapas. Num primeiro momento apresenta-se a estatística descritiva do acesso a medicamentos em relação às variáveis independentes. Foi avaliada a prevalência de acesso total de acordo com as variáveis geográficas (macrorregião e área geográfica), demográficas (faixa etária, estado conjugal e cor da pele), socioeconômicas (anos de estudo e grupos de nível socioeconômico), organizacionais (cobertura de plano de saúde) e de saúde (número de doenças crônicas). Além disso, analisou-se o acesso a medicamentos em cada uma das doenças crônicas, buscando avaliar se há diferenças no acesso a medicamentos entre as doenças. Sendo o foco do estudo verificar a existência de desigualdade socioeconômica, optou-se também por apresentar o acesso estratificado por nível socioeconômico, incluindo razões de taxas, que permitem analisar a desigualdade entre os grupos extremos (1º e 5º quintil).

A segunda etapa corresponde à estimação do modelo usando regressão de Poisson. Os resultados são apresentados em razões de prevalências brutas e ajustadas para todas as variáveis incluídas no modelo e intervalos de confiança de 95%.

Na terceira etapa foram conduzidas análises secundárias, buscando descrever a forma de obtenção, quando houve acesso ao medicamento, e o motivo da não obtenção, quando não houve acesso. Além de incluir a porcentagem total para cada uma das opções, também é apresentada a análise estratificada por nível socioeconômico, de tal forma que seja possível identificar o perfil socioeconômico de cada fonte de obtenção de medicamentos. Foi considerada a possibilidade de mais de uma forma de obtenção, uma vez que alguns tratamentos exigem a utilização de mais de um medicamento, e a possibilidade de mais de um motivo para a falta de acesso. Os testes apresentados referem-se ao teste de Wald, para heterogeneidade, e de tendência linear para as variáveis ordinais, ambos considerando o ponto de corte de significância estatística de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão e Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Resultados

Dentre a amostra de 15.575 mulheres, 7.717 tiveram diagnóstico de doença crônica com necessidade de obtenção de medicamento e foram consideradas elegíveis para o estudo. A Tabela 1 descreve a composição da amostra e a prevalência de acesso aos medicamentos em relação às variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. A amostra foi

dividida proporcionalmente entre as cinco macrorregiões do país, com 71,0% de indivíduos domiciliados na área urbana. A maioria dos indivíduos tinha idade entre 20-39 anos (60,1%), era casada (68,7%) e, em relação à cor da pele, 62,6% dos indivíduos não se consideram brancos, tendo informado a cor da pele como preta, parda, amarela ou indígena. Um terço da amostra estudou de nove a 11 anos (32,7%). Em relação a convênios de saúde, 77,9% dos entrevistados não possuíam plano de saúde, e dentre aqueles com diagnóstico de doença crônica, 87,6% relataram ter uma ou duas doenças. Para análise da variável nível socioeconômico, os indivíduos foram agrupados por quintil de nível socioeconômico, medidos através do *DHS Wealth index*.

A prevalência de acesso a medicamentos foi de 87,4% (IC95% 85,2-89,5). Diferenças no acesso foram observadas em relação a estado conjugal, anos de estudo, nível socioeconômico, convênio de saúde e número de doenças. Identificou-se menor prevalência de acesso entre separadas/víuvas (80,3%) quando comparadas às solteiras (90,2%) e às casadas (88,0%). Os indivíduos com escolaridade entre 5-8 anos tiveram menor acesso (82,7%) em relação às outras categorias. Tiveram maior acesso aquelas com maior nível socioeconômico (94,3%), com posse de convênio de saúde (91,4%) e uma ou duas doenças crônicas diagnosticadas (88,6%) (Tabela 1).

Ao analisar as prevalências de acesso a medicamentos para cada uma das doenças crônicas abordadas no estudo, observou-se que a prevalência de acesso foi maior para medicamentos usados no tratamento de hipertensão ou doenças do coração (93,0%), quando comparado às outras doenças estudadas (prevalências de acesso variando de 85,5% a 90,0%). Para hipertensão ou doenças do coração o acesso entre as mulheres com maior nível

socioeconômico foi 13% mais alto em relação àquelas com menor nível socioeconômico e 8% maior entre aquelas com uma ou duas doenças crônicas em relação às mulheres com maior número de doenças. Para o tratamento de bronquite e asma, as mais ricas indicaram acesso 15% superior em relação às mais pobres. O acesso a medicamento para depressão, ansiedade ou insônia diferiu de acordo com a macrorregião e nível socioeconômico, sendo que a região Nordeste apresentou o menor acesso (81,2%), enquanto o acesso nas outras regiões variou de 88,1% a 92,9%. O acesso para estas doenças foi 14% mais alto entre as mulheres com maior nível socioeconômico, em relação às mais pobres. No que se refere ao acesso a medicamentos para diabetes, anemia e para artrite e reumatismo, não foi encontrada diferença no acesso a medicamentos por macrorregião, área geográfica, nível socioeconômico e número de doenças (dados não apresentados em tabelas).

A Tabela 2 apresenta a prevalência de acesso a medicamentos, de acordo com as variáveis independentes, estratificada por nível socioeconômico. Foram incluídas razões de taxas de acesso entre as mais pobres (quintil inferior do índice de riqueza) em relação às mais ricas (quintil superior do índice de riqueza) para todas as categorias analisadas, como forma de observar a diferença relativa de acesso entre os grupos extremos de nível socioeconômico. O acesso aos medicamentos aumenta com o incremento no nível socioeconômico. As mulheres incluídas no nível socioeconômico mais alto têm prevalência de acesso 11% maior do que àquelas do nível socioeconômico mais baixo. Entre as mulheres domiciliadas no Norte e Centro-Oeste, as prevalências de acesso foram 22% e 21% maiores entre as mulheres de nível socioeconômico mais alto, respectivamente. Em relação à área geográfica,

entre as mulheres domiciliadas na zona urbana, o acesso é 13% maior entre as mais ricas, quando comparadas às mais pobres. A maior diferença de acesso por nível socioeconômico foi observada entre as mulheres com maior número de doenças crônicas. Possuir três ou mais doenças crônicas tendo menor nível socioeconômico é a situação de menor acesso dentre todas as categorias analisadas (66,7%) e também é onde se observa a maior razão entre os grupos extremos de nível socioeconômico.

Na Figura 1 é possível observar o impacto conjunto do nível socioeconômico e do número de doenças no acesso a medicamentos. Independente do número de doenças crônicas diagnosticadas, os indivíduos com nível socioeconômico mais alto possuem maior acesso a medicamentos. No entanto, considerando apenas aqueles que possuem 1 ou 2 doenças crônicas, a diferença de acesso entre as mais ricas e mais pobres é de apenas 5,3%, já entre as mulheres com 3 ou mais doenças crônicas observa-se que as mais ricas tem acesso 43,3% maior quando comparadas às mais pobres.

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados finais da análise ajustada, onde todas as variáveis em estudo fizeram parte do modelo sendo que permaneceram associadas ao acesso a medicamentos no modelo final apenas as seguintes variáveis: área geográfica, nível socioeconômico e número de doenças. Os indivíduos domiciliados na área rural apresentaram uma probabilidade 7% maior de acesso quando comparado àqueles que residem na zona urbana. As mulheres pertencentes ao quintil superior de índice de bens apresentaram 13% mais probabilidade de acesso, em relação àquelas no quintil inferior. Ter um menor número de doenças indica uma

probabilidade de acesso 7% maior em relação a quem tem três ou mais doenças.

Considerando todos os indivíduos que tiveram necessidade de obtenção de medicamentos, a maioria os obteve através do SUS (45,5%) ou através de farmácias comerciais (50,8%). Entre os indivíduos mais pobres, a maior parcela obteve os medicamentos receitados através do SUS (66,3%), enquanto que 31,4% adquiriu o medicamento mediante pagamento em farmácias comerciais. Enquanto a obtenção através da farmácia comercial aumenta com o incremento no nível socioeconômico, o acesso através do SUS decresce. Entre os indivíduos mais ricos, 76,7% obtiveram os medicamentos em farmácias comerciais, enquanto que apenas 17,2% recorreram ao SUS (Tabela 4).

Entre os motivos relatados para falta de acesso, as respostas mais frequentes foram: "Não tinha no SUS" (42,2%) e "Não tinha dinheiro" (30,5%). Avaliando por nível socioeconômico, não ter o medicamento disponível no SUS foi o motivo relatado em maior número pelos indivíduos incluídos no nível socioeconômico mais baixo (1º e 2º quintis). O mesmo grupo também relatou mais vezes como motivo não ter dinheiro para comprar e ser muito longe/não tinha como ir buscar (dados não apresentados em tabelas).

Discussão

O presente estudo indicou uma alta prevalência de acesso a medicamentos e foram identificados como fatores associados ao acesso a área geográfica do domicílio, o nível socioeconômico e o número de doenças crônicas diagnosticadas. Não se observou diferença no acesso segundo

macrorregião, idade, estado conjugal, cor da pele, escolaridade e posse de convênio de saúde.

Utilizando-se a base de dados da PNDS 2006, pôde-se trabalhar com uma amostra com representatividade nacional, uma vez que se refere a uma pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa, que buscou avaliar mais de 15 mil mulheres e aproximadamente cinco mil crianças com idade até cinco anos, com representação nas cinco macrorregiões do país e incluindo os contextos urbano e rural.

A prevalência de acesso encontrada nesse estudo foi superior a encontrada por Paniz et al (8) ao avaliar o acesso a medicamentos para a população do Sul e do Nordeste do país, que identificou entre adultos um acesso total de 81,2%. No entanto, foi inferior ao resultado dos trabalhos de Aziz et al (9), que descreveu a prevalência de acesso a medicamentos e os fatores associados para os idosos de Florianópolis, SC, e de Bertoldi et al (12), que descreveu o acesso e o uso de medicamentos, a partir de dados de uma população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre, onde ambos identificaram prevalência de acesso de aproximadamente 95%. Essa diferença pode ser consequência de características específicas das populações estudadas, possivelmente ligadas aos recortes de região, idade e cobertura pelo PSF, nas amostras utilizadas.

Considerando acesso e utilização de serviços de saúde, boa parte dos estudos identifica maiores prevalências entre os moradores da zona urbana (13, 14). No presente estudo, o acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas foi ligeiramente maior na zona rural quando comparado à zona urbana. Considerando o acesso a medicamentos através do SUS, Boing et al

(15) também identificou, como resultado de análise bruta, uma pequena diferença de acesso em favor dos usuários residentes na zona rural. Este resultado pode ser decorrente da diferença existente entre as prevalências das enfermidades estudadas. Avaliando a prevalência de doenças crônicas auto referidas, Almeida et al (16) identificou que indivíduos que residem na zona rural têm uma prevalência de doenças crônicas 4% maior do que aqueles domiciliados na zona urbana.

A condição socioeconômica aparece como fator associado em diversos estudos que focaram no acesso e utilização de diferentes serviços de saúde, mostrando que uma maior renda ou um melhor nível socioeconômico está diretamente relacionado a uma maior probabilidade de utilização de serviços de saúde como consultas médicas e internação hospitalar (17), além de acesso e utilização de medicamentos (6, 14, 18). No presente estudo, o nível socioeconômico também se associou ao acesso a medicamentos, uma vez que se observou que os indivíduos mais ricos tiveram acesso 13% maior do que aqueles mais pobres. Esse resultado confirma a existência de uma ligeira desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos, no entanto, considerando a disparidade na distribuição de renda existente no país (19), a diferença de acesso a medicamentos entre ricos e pobres não é tão expressiva.

O número de doenças crônicas também foi identificado como fator associado ao acesso a medicamentos. Uma vez que o estudo avaliou mulheres que receberam diagnóstico de doença crônica, a análise foi feita em relação ao número de doenças diagnosticadas. O maior acesso foi observado entre as mulheres que tinham menor número de doenças crônicas. Ter menor número

de doenças crônicas aumentou a probabilidade de ter acesso a todos os medicamentos necessários ao tratamento. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que, quanto maior o número de doenças, maior a diversidade de medicamentos necessários para um tratamento completo. Dentre aqueles que pagam pelo medicamento, isso significa um maior comprometimento da renda e, dentre aqueles que recebem o medicamento através do SUS, as possíveis ineficiências da assistência farmacêutica podem determinar que o indivíduo não consiga obter no sistema público todos os medicamentos que necessita (20).

A associação destes dois fatores (socioeconômico e número de doenças crônicas) com o acesso a medicamentos indica uma realidade preocupante da assistência à saúde no Brasil. Além de boa parte da população depender do SUS para adquirir medicamentos, estudos apontam que algumas doenças crônicas possuem maior prevalência entre os mais pobres (16, 21). Considerando que a assistência farmacêutica ainda apresenta inúmeras falhas, não conseguindo atender integralmente toda a população (20), muitos desses pacientes podem ter dificuldades para manter um tratamento contínuo, sendo obrigados a comprometer uma parcela maior da renda familiar, ou a abandonar o tratamento. Isso pode levar ao agravamento do estado de saúde, com consequente aumento de gastos com procedimentos mais caros, como atendimento ambulatorial e internações hospitalares (6).

De uma maneira geral, os gradientes de maior acesso foram no sentido dos grupos de maior nível socioeconômico, o que está de acordo com a literatura (12). A maior razão de taxas (5º quintil/1º quintil) observada foi entre as mulheres com três ou mais doenças crônicas diagnosticadas, indicando a

situação de maior vulnerabilidade entre as mulheres com maior número de doenças e mais pobres. Este achado pode servir para orientar as políticas públicas e tomada de decisões relacionadas com a promoção da equidade no acesso aos medicamentos.

Utilizando o mesmo banco de dados, Perini (22) avaliou o acesso aos medicamentos estratificado por doença, considerando como acesso os casos em que o indivíduo obteve todos (acesso total) ou pelo menos um (acesso parcial) dos medicamentos receitados, o que justifica diferenças encontradas em alguns resultados. O acesso a medicamentos para tratamento de diabetes, depressão, ansiedade e insônia e anemia foi semelhante, já para hipertensão, bronquite e asma e para artrite e reumatismo os fatores associados divergiram entre os estudos.

É possível verificar que há diferenças nos fatores associados ao acesso quando se analisa cada uma das doenças crônicas separadamente, provavelmente em função dos diferentes medicamentos necessários a cada tratamento. Esse fato demonstra a importância de políticas públicas que identifiquem as individualidades de cada demanda e executem ações que levem à diminuição das desigualdades.

Avaliando os aspectos metodológicos, deve-se considerar a existência de algumas limitações dos resultados deste trabalho. Há um potencial viés de memória que pode influenciar a informação a respeito de diagnósticos de doenças e prescrição de medicamento em algum momento, além da necessidade de obtenção nos 30 dias anteriores à entrevista. Além do problema de memória, é possível que a prevalência de doenças crônicas esteja

subestimada devido à ausência de diagnóstico entre alguns indivíduos da amostra.

Outro fator limitador diz respeito à amostra estudada. Uma vez que a PNDS inclui em sua amostra apenas mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), não permite avaliar o acesso a medicamentos entre idosos, faixa etária mais acometida por doenças crônicas. Estudos identificaram uma grande prevalência de óbitos, entre pessoas com mais de 60 anos, relacionados a doenças crônico-degenerativas (23), mostrando a grande importância do acesso a medicamentos nessa faixa de idade.

Apesar de a PNDS não incluir homens, a utilização de uma amostra exclusivamente feminina tem relevância para o estudo sobre acesso a medicamentos uma vez que historicamente as mulheres são consideradas responsáveis pela saúde da família e costumam cuidar mais de sua saúde quando comparada aos homens (24). As mulheres costumam utilizar mais os serviços de saúde do que os homens (25, 26) e estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior demonstram que há uma maior utilização de medicamentos entre as mulheres, independente da idade (6, 18, 27-31). Esses fatores demonstram a importância de elaborar estudos referentes ao acesso a medicamentos focando nesta parcela da população.

Conclui-se que pessoas mais pobres e com piores condições de saúde têm mais dificuldade de ter acesso a um tratamento completo e eficaz. Tratando-se de doenças crônicas degenerativas, a não utilização ou subutilização dos medicamentos necessários impossibilita um tratamento adequado, podendo levar a agravamento das enfermidades ou complicações de saúde, aumentando a busca por outros serviços de saúde e os gastos com

procedimentos mais dispendiosos. Isso mostra a necessidade de políticas públicas direcionadas à promoção da equidade, buscando levar a assistência farmacêutica àqueles com maiores dificuldades de acesso.

Referências Bibliográficas

1. Ferreira R. Consumo crónico de medicamentos na população de um centro de saúde. Rev Port Clin Geral. 2007;23:125-32.

2. OMS. Perspectivas politicas sobre medicamentos de la OMS. In: OMS, editor. Geneva2004.

3. Paniz VM, Fassa AG, Maia MF, Domingues MR, Bertoldi AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. BMC health services research. 2010;10:146.

4. Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá-Paraná; Access to antihypertensive medicines in a basic unit of health in Maringá-Paraná. Arq ciências saúde UNIPAR. 1999;3(2):117-24.

5. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Política Nacional de Medicamentos. Revista de saude publica. 2000;34(2):206-9.

6. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cadernos de saude publica. 2005;21(6):1737-46.

7. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJ. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Revista de saude publica. 2009;43(4):595-603.

8. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de saude publica. 2008;24(2):267-80.

9. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJ, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cadernos de saude publica. 2011;27(10):1939-50.

10. Bertoldi AD, Barros AJ, Camargo AL, Hallal PC, Vandoros S, Wagner A, et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. American journal of public health. 2011;101(5):916-21.

11. Berquó E, Garcia S, Lago T. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP. 2008.

12. Bertoldi AD, de Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. Health policy. 2009;89(3):295-302.

13. Viacava F, Travassos C, Pinheiro R, Brito A. Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil. Relatório final da pesquisa Fiocruz, Rio de Janeiro. 2001:108.

14. Travassos C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cadernos de saude publica. 1997;13(2).

15. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cadernos de saude publica. 2013;29(4):691-701.

16. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZPd. Prevalence of self reported chronic diseases and health services consumption from the National Household Sample Survey of 1998 in Brazil. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(4):743-56.

17. Andrade MV, Noronha K, Menezes RdM, Souza MN, Reis CdB, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Economia Aplicada. 2013;17(4):623-45.

18. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. Revista de saude publica. 2004;38(2):228-38.

19. Barros RPd, Henriques R, Mendonça R. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. Texto para discussão nº 800. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas; 2001.

20. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2010;27(2):149-56.

21. Lessa I, Mendonca GA, Teixeira MT. Non-communicable chronic diseases in Brazil: from risk factors to social impact. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana Pan American Sanitary Bureau. 1996;120(5):389-413.

22. Perini E. Acesso a medicamentos. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. 2009:279.

23. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de saude publica. 1997;31(2):184-200.

24. Tezoquipa IH, Monreal MdlLA, Santiago RV. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Revista de saude publica. 2001;35(5):443-50.

25. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. Revista de saude publica. 2002;36(1):55-62.

26. Mestanza F, Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Revista Médica Herediana. 1992;3:101-8.

27. Neutel CI, Walop W. Drug utilization by men and women: Why the differences? Drug information journal. 2005;39(3):299-310.

28. Ferreira R. Consumo crónico de medicamentos na população de um centro de saúde. Revista Portuguesa de Clinica Geral. 2007;23:125-32.

29. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, Cesar CC, Acurcio Fde A. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Revista de saude publica. 2008;42(4):724-32.

30. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cadernos de saude publica. 2005;21 Suppl:100-8.

31. Cabrita J, Ferreira HS, Iglesias P, Baptista TM, Rocha E, da Silva LA, et al. Study of drug utilization among students at Lisbon University in Portugal. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2002;11(4):333-4.

Tabela 1 – Descrição da amostra de mulheres com diagnóstico de doença crônica[1], indicação de uso e necessidade de obtenção de medicamentos nos últimos 30 dias, e prevalência de acesso aos medicamentos de acordo com variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Composição da amostra		Acesso a medicamentos		
	n	%	%	IC 95%	p
Total	**7.717**	**100,0**	**87,4**	**(85,2-89,5)**	
Macrorregião (n=7.717)					0,4733
Norte	1.497	19,4	84,5	(79,6-89,4)	
Nordeste	1.451	18,8	86,3	(82,8-89,9)	
Sudeste	1.628	21,1	87,3	(83,3-91,2)	
Sul	1.642	21,3	90,4	(87,1-93,7)	
Centro-Oeste	1.499	19,4	88,2	(84,7-91,6)	
Área geográfica (n=7.717)					0,4723
Urbana	5.482	71,0	87,1	(84,7-89,5)	
Rural	2.235	29,0	88,8	(85,2-92,3)	
Faixa etária (n=7.717)					0,1583
15 a 19 anos	872	11,3	80,8	(70,9-90,8)	
20 a 39 anos	4.637	60,1	87,7	(84,9-90,4)	
40 a 49 anos	2.208	28,6	88,5	(85,7-91,4)	
Estado conjugal (n=7.707)					0,0194
Solteira	1.396	18,1	90,2	(85,4-94,9)	
Casada	5.292	68,7	88,0	(85,8-90,3)	
Separada/Viúva	1.019	13,2	80,3	(73,7-86,9)	
Cor (n=7.646)					0,9499
Branca	2.863	37,4	87,4	(84,7-89,7)	
Não branca	4.783	62,6	87,2	(83,8-90,9)	
Anos de estudo (n=7.659)					0,0365
Menos de 1 ano	300	3,9	84,3	(76,6-92,1)	
1 a 4 anos	1.755	22,9	90,2	(86,5-94,0)	
5 a 8 anos	2.333	30,5	82,7	(78,3-87,2)	
9 a 11 anos	2.507	32,7	89,5	(86,6-92,5)	
12 anos ou mais	764	10,0	89,2	(82,6-95,9)	
Nível socioeconômico (n=7.095)					0,0005
1° quintil (inferior)	1.340	18,9	85,3	(81,0-89,6)	
2°	1.407	19,8	83,1	(77,1-89,1)	
3°	1.455	20,5	81,3	(75,7-87,0)	
4°	1.457	20,5	88,6	(84,7-92,4)	
5° quintil (superior)	1.436	20,2	94,3	(90,8-97,9)	
Convênio de saúde (n=7.710)					0,0331
Não	6.005	77,9	85,8	(83,3-88,3)	
Sim	1.705	22,1	91,4	(87,5-95,2)	
Número de doenças (n=7.717)					0,0054
1 ou 2	6.763	87,6	88,6	(86,2-91,0)	
3 ou mais	954	12,4	81,6	(76,8-86,4)	

[1] Hipertensão/doenças do coração, diabetes, bronquite/asma, depressão/ansiedade/insônia, anemia e artrite/reumatismo

[2] Teste qui-quadrado

Tabela 2 – Prevalência de acesso a medicamentos por variáveis geográficas, demográficas, socioeconômicas, organizacionais e de saúde, estratificada por nível socioeconômico. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Prevalência de acesso a medicamentos estratificada por nível socioeconômico					p	Razão Q5/Q1
	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil		
Total	85,3	83,1	81,3	88,6	94,3	0,0002	1,11
Macrorregião[1]							
Norte	77,9	88,5	78,3	93,8	94,7	0,0307	1,22
Nordeste	86,3	83,8	90,8	84,9	90,5	0,5003	1,05
Sudeste	90,6	77,4	69,0	88,4	94,5	0,0077	1,04
Sul	85,0	86,0	90,6	91,3	93,6	0,1392	1,10
Centro-Oeste	81,5	88,6	83,9	88,0	98,5	0,0048	1,21
Área geográfica[1]							
Rural	89,3	91,3	87,4	87,5	96,9	0,9778	1,08
Urbana	83,3	80,7	80,1	88,6	94,3	0,0001	1,13
Faixa etária[2]							
15 a 19 anos	83,9	65,9	73,7	95,4	78,0	0,5659	0,93
20 a 39 anos	86,2	86,8	81,3	86,6	94,7	0,0155	1,10
40 a 49 anos	84,4	83,5	82,3	89,1	96,4	0,0001	1,14
Estado conjugal[1]							
Solteira	81,1	94,6	82,8	88,2	94,3	0,2023	1,16
Casada	86,8	79,5	87,5	89,2	94,9	0,0002	1,09
Separada/Viúva	79,5	90,5	56,5	85,7	91,2	0,2036	1,15
Cor[1]							
Não Branca	85,2	78,6	86,5	89,1	95,4	0,0002	1,12
Branca	85,5	92,2	73,0	87,7	93,3	0,0542	1,09
Anos de estudo[2]							
Menos de 1 ano	80,2	78,7	97,6	88,3	100,0	0,1000	1,25
1 a 4 anos	92,6	84,2	86,4	95,9	98,5	0,0864	1,06
5 a 8 anos	76,4	79,5	77,6	86,1	95,2	0,0057	1,25
9 a 11 anos	84,3	87,5	84,4	90,5	93,0	0,0403	1,10
12 anos ou mais	100,0	100,0	61,1	72,7	95,6	0,1443	0,96
Convênio de saúde[1]							
Não	84,5	81,2	81,8	90,2	92,5	0,0044	1,09
Sim	98,9	99,1	79,0	84,4	95,4	0,2342	0,97
Número de doenças[2]							
1 ou 2	89,4	84,1	82,4	89,7	94,1	0,0132	1,05
3 ou mais	66,7	78,5	76,7	83,9	95,6	0,0006	1,43

[1] Teste qui-quadrado
[2] Teste de tendência linear

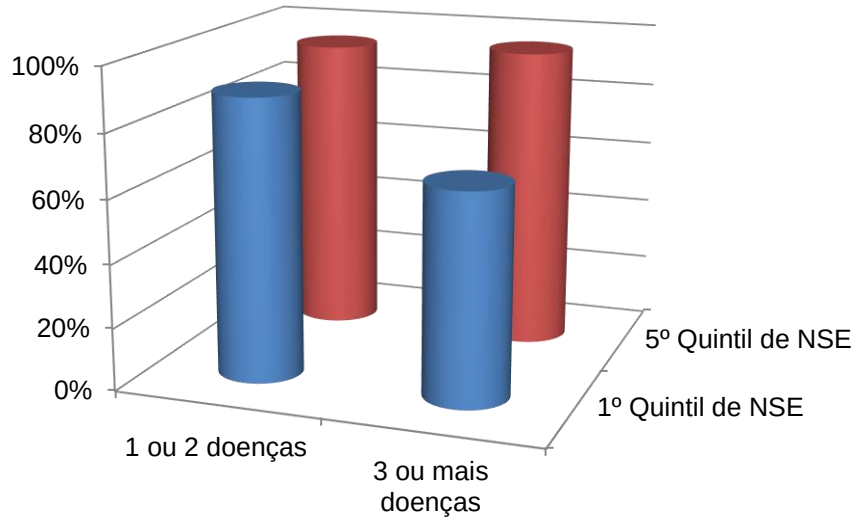

Figura 1 – Prevalência de acesso a medicamentos entre grupos extremos de nível socioeconômico (NSE) e número de doenças crônicas. PNDS, 2006, Brasil.

Tabela 3 – Razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas estimadas através de regressão de Poisson[1]. PNDS, 2006, Brasil.

Variáveis	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	P
Área geográfica[2]			0,4696			0,0210
Urbana	1			1		
Rural	1,02	(0,97-1,07)		1,07	(1,01-1,14)	
Nível socioeconômico[3]			0,0002			0,0000
1° quintil (inferior)	1			1		
2 °	0,97	(0,89-1,06)		0,98	(0,91-1,07)	
3°	0,95	(0,87-1,04)		0,97	(0,88-1,05)	
4°	1,04	(0,97-1,11)		1,06	(0,98-1,14)	
5° quintil (superior)	1,11	(1,04-1,18)		1,13	(1,05-1,21)	
Número de doenças[2]			0,0131			0,0300
1 ou 2	1,08	(1,02-1,16)		1,07	(1,01-1,15)	
3 ou mais	1			1		

[1] Não foram apresentados os resultados para as variáveis Macrorregião, Faixa etária, Estado conjugal, Cor, Anos de estudo e Convênio de saúde, por não apresentarem significância estatística na análise ajustada.
[2] Teste de Wald para heterogeneidade
[3] Teste Wald para tendência linear

Tabela 4 - Forma de obtenção dos medicamentos de acordo com nível socioeconômico. PNDS, 2006, Brasil.

Forma de obtenção (%)	Nível socioeconômico[1]					Todos
	1° quintil	2°	3°	4°	5° quintil	
SUS	66,3	59,3	47,6	43,1	17,2	**45,5**
Outro grátis	0,5	0,3	0,3	0,4	1,4	**0,6**
Farmácia Comercial	31,4	38,1	49,3	53,1	76,7	**50,8**
Farmácia Popular	1,8	1,8	2,7	3,0	4,6	**2,9**
Outro pago	0,0	0,5	0,1	0,4	0,1	**0,2**
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	**100,0**

[1] DHS Wealth Index – índice de riqueza

Considerações finais

O presente estudo identificou uma alta prevalência no acesso a medicamentos, no entanto, assim como boa parte da literatura empírica sobre acesso a serviços de saúde, observou um gradiente favorável aos grupos de maior nível socioeconômico. Tendo em vista que o acesso aos serviços de saúde causa impacto no estado de saúde do indivíduo, se faz necessário a ampliação de políticas públicas que ajudem a minimizar essas desigualdades através de condições de acesso equitativas (TRAVASSOS, 1997).

Utilizando-se a base de dados da PNDS 2006, pôde-se trabalhar com uma amostra com representatividade nacional, uma vez que se refere a uma pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa, que buscou avaliar cerca de 15 mil mulheres e aproximadamente 5 mil crianças com idade até cinco anos, com representação nas cinco macrorregiões do país e incluindo os contextos urbano e rural. Por utilizar uma base populacional, o estudo se diferencia dos realizados em serviços de saúde, sendo possível identificar o acesso a medicamentos para todos os indivíduos, mesmo os que não utilizam os serviços.

A análise do acesso a medicamentos foi conduzida através de uma regressão de Poisson, defendida por alguns autores como opção a regressão logística em estudos de corte transversal com resultado binário, quando os valores de prevalência esperados são elevados (BARROS; HIRAKATA, 2003; COUTINHO et al., 2008). Alguns autores buscaram demonstrar que o modelo de Poisson com variância robusta produz estimativas mais consistentes e intervalos de confiança mais compactos, quando comparado à regressão logística. Além disso, comparando as medidas de associação, os resultados apresentados em termos de razões de prevalência tem interpretação mais fácil do que em termos de *odds ratio (BARROS; HIRAKATA, 2003; COUTINHO et al., 2008)*.

Analisando-se os resultados, as estimativas apontaram para a presença de desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos. O nível socioeconômico foi um importante determinante no acesso a medicamentos, uma vez que se observou que os indivíduos mais ricos tiveram acesso 13%

maior do que aqueles mais pobres, confirmando assim, a existência de desigualdade socioeconômica no acesso a medicamentos.

O número de doenças crônicas também foi identificado como fator associado ao acesso a medicamentos. Uma vez que o estudo avaliou mulheres que receberam diagnóstico de doença crônica, a análise foi feita em relação à quantidade de doenças diagnosticadas. O maior acesso foi observado entre as mulheres que tinham menor número de doenças crônicas. Ter apenas uma ou duas doenças crônicas aumentou em 7% a probabilidade de ter acesso a todos os medicamentos necessários ao tratamento, quando comparado aos indivíduos que tinham diagnóstico de três ou mais doenças. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que, quanto maior o número de doenças, maior a diversidade de medicamentos necessários para um tratamento completo. Dentre aqueles que pagam pelo medicamento, isso significa um maior comprometimento da renda e, dentre aqueles que recebem o medicamento através do SUS, as possíveis ineficiências da assistência farmacêutica podem determinar que o indivíduo não consiga obter no sistema público todos os medicamentos que necessita (VIEIRA, 2010).

A associação destes dois fatores (socioeconômico e número de doenças crônicas) com o acesso a medicamentos indica uma realidade preocupante da assistência à saúde no Brasil. Além de boa parte da população depender do SUS para adquirir medicamentos, estudos apontam que algumas doenças crônicas possuem maior prevalência entre os mais pobres (ALMEIDA, M. F. et al., 2002; LESSA; MENDONCA; TEIXEIRA, 1996). Considerando que a assistência farmacêutica ainda apresenta inúmeras falhas, não conseguindo atender integralmente toda a população (VIEIRA, 2010), muitos desses pacientes podem ter dificuldades para manter um tratamento contínuo, sendo obrigados a comprometer uma parcela maior da renda familiar, ou a abandonar o tratamento. Isso pode levar ao agravamento do estado de saúde, com consequente aumento de gastos com procedimentos mais caros, como atendimento ambulatorial e internações hospitalares(ARRAIS et al., 2005).

Foi possível verificar que há diferenças nos fatores associados ao acesso quando se analisa cada uma das doenças crônicas separadamente, possivelmente em função dos diferentes medicamentos necessários a cada tratamento. Aliado ao fato de o acesso a medicamentos também estar

condicionado ao nível socioeconômico, determina que pessoas mais pobres e com pior condição de saúde tenham mais dificuldade de ter acesso a um tratamento completo e eficaz. Isso mostra a necessidade de políticas públicas direcionadas à promoção da equidade, buscando levar a assistência farmacêutica àqueles com maiores dificuldades de acesso. Tratando-se de doenças crônicas degenerativas, a não utilização ou subutilização dos medicamentos necessários impossibilita um tratamento adequado, podendo levar a agravamento das enfermidades ou complicações de saúde, aumentando a busca por outros serviços de saúde e os gastos com procedimentos mais dispendiosos.

O governo também deve atentar cada vez mais para políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, uma vez que diversas doenças crônicas estão ligadas à alimentação, atividade física e estilo de vida, sendo passíveis de prevenção. Com equipes multiprofissionais e auxílio da própria comunidade, atuando na melhoria da qualidade de vida e saúde da população, é possível reduzir a necessidade do uso de medicamentos, desonerando os gastos públicos com assistência farmacêutica.

Avaliando os aspectos metodológicos, deve-se considerar a existência de alguns fatores que podem ter limitado os resultados deste trabalho. Há um potencial viés de memória que pode influenciar a informação a respeito de diagnósticos de doenças e prescrição de medicamento em algum momento, além da necessidade de obtenção nos 30 dias anteriores à entrevista. Além do problema de memória, é possível que a prevalência de doenças crônicas esteja subestimada devido à ausência de diagnóstico entre alguns indivíduos da amostra.

Outro fator limitador diz respeito à amostra estudada. Uma vez que a PNDS inclui em sua amostra apenas mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), não permite avaliar o acesso a medicamentos entre idosos, faixa etária mais acometida por doenças crônicas. Estudos identificaram uma grande prevalência de óbitos, entre pessoas com mais de 60 anos, relacionados a doenças crônico-degenerativas (CHAIMOWICZ, 1997), mostrando a grande importância do acesso a medicamentos nessa faixa de idade.

A área da economia da saúde ainda é um grande terreno a ser explorado. Uma vez que as próximas edições da PNDS continuem abordando

o acesso a medicamentos, será possível elaborar um estudo intertemporal sobre as condições de acesso a medicamentos, avaliando a eficiência das políticas públicas em saúde com o passar dos anos.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. et al. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **Int J Health Serv,** v. 30, n. 1, p. 129-62, 2000.

ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Rev Ciência e Saúde Coletiva,** v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. Economia da Saúde no Brasil. In: LISBOA, M. B. e MENEZES-FILHO, N. A. (Ed.). **Microeconomia e Sociedade no Brasil**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001. p.285-332.

ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada,** v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2005.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American economic review,** v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

AZIZ, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública,** v. 27, n. 10, p. 1939-50, Oct 2011.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol,** v. 3, p. 21-33, 2003.

BARROS, A. J.; VICTORA, C. G. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. **PLoS Med.,** v. 10, n. 5, 2013.

BERTOLDI, A. D. **Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família**. 2006. 249 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública,** v. 38, n. 2, p. 228-38, 2004.

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

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

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

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad de Saúde Pública,** v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública,** v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**,

_____. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: 19 set 1990.

BRITO, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. **Texto para discussão**, n. 318; Cedeplar/UFMG, 2007.

CABRITA, J. et al. Estudo do padrão de consumo de medicamentos pelos estudantes da Universidade de Lisboa. 2001.

CARVALHO, M. F. et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cad Saúde Pública,** v. 21 Suppl, p. 100-8, 2005.

CASTILLO, M. B. A. **Acceso a Medicamentos relacionado a gestión institucional y situación socioeconómica de Pacientes ambulatorios en el Hospital Dos de Mayo de Lima**. 2006. 81 p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

CENTER FOR PHARMACEUTICAL MANAGEMENT. **Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities: Report of the WHO-MSH consultative meeting**. Ferney-Voltaire, France 2000.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública,** v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COUTINHO, L. M.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. **Rev Saúde Pública,** v. 42, n. 6, p. 992-8, 2008.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Publica,** v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERREIRA, R. Consumo crónico de medicamentos na população de um centro de saúde. **Rev Port Clin Geral,** v. 23, p. 125-132, 2007.

FLORES, V. B.; BENVEGNU, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 24, n. 6, p. 1439-46, 2008.

HOGERZEIL, H. V.; MIRZA, Z. The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health. **Geneva: World Health Organization**, 2011.

HOWE, L. D. et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. **Int J Epidemiol,** v. 41, n. 3, p. 871-86, 2012.

HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Sur,** v. 5, n. 8, p. 101-21, 2008.

INTERNATIONAL COVENANT ON ECONOMIC SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Entered into force 3 January 1976, in accordance with article 27. 1966.

LESSA, I.; MENDONCA, G. A.; TEIXEIRA, M. T. Non-communicable chronic diseases in Brazil: from risk factors to social impact. **Bol Oficina Sanit Panam,** v. 120, n. 5, p. 389-413, 1996.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad Saúde Pública,** v. 21, n. 2, p. 545-53, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública,** v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 22, n. 12, p. 2657-67, 2006.

MANDU, E. N.; DA SILVA, G. B. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Rev Latino-Am. Enfermagem,** v. 8, n. 4, p. 15-21, 2000.

MENDES, A. D. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad Saúde Pública,** v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

MESTANZA, F.; PAMO, O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. **Rev Méd Hered,** v. 3, p. 101-108, 1992.

MOSEGUI, G. B. G. **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos**. 1997. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

NEUTEL, C. I.; WALOP, W. Drug utilization by men and women: Why the differences? **Drug Information Journal,** v. 39, n. 3, p. 299-310, 2005.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento**: Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

O'DONNELL, O. A. et al. **Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation**. Washington: World Bank,, 2007. ISBN 0821369342.

OMS. **Perspectivas politicas sobre medicamentos de la OMS**. OMS. Geneva 2002.

_____. **Perspectivas politicas sobre medicamentos de la OMS**. OMS. Geneva 2004.

PALERMO, P. U. **Um estudo sobre a desigualdade de acesso a serviços de saúde na região Sul**. 2005. 110 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PANIZ, V. M. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública,** v. 24, n. 2, p. 267-80, Feb 2008.

PANIZ, V. M. et al. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. **BMC Health Serv Res,** v. 10, p. 146, 2010.

PERINI, E. **Acesso a medicamentos**: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006, 2009.

PORTO, S. M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. **Cad Saúde Pública,** v. 18, n. 4, p. 939-57, 2002.

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

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública,** v. 42, n. 4, p. 724-32, Aug 2008.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro**. 2009. 94 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANTOS, D. B.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. **Rev Saúde Pública,** v. 43, n. 5, p. 768-78, Oct 2009.

SCHNEIDER, M. C. et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. **Rev Panam Salud Publica,** v. 12, n. 6, p. 398-414, 2002.

SCHRAMM, J. M. D. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Rev Ciência e Saúde Coletiva,** v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Política Nacional de Medicamentos. **Rev Saúde Pública,** v. 34, n. 2, p. 206-209, 2000.

TASCA, R. S.; SOARES, D. A.; CUMAN, R. K. N. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá - Paraná. **Arq Ciênc Saúde Unipar,** v. 3, n. 2, p. 117-124, 1999.

TEZOQUIPA, I. H.; MONREAL, M. D. L. L. A.; SANTIAGO, R. V. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Rev Saúde Pública,** v. 35, n. 5, p. 443-50, 2001.

TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad Saúde Pública,** v. 13, n. 2, 1997.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev Ciência e Saúde Coletiva,** v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica,** v. 11, n. 5-6, p. 365-73, 2002.

USTUN, T. B. et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. **Br J Psychiatry,** v. 184, p. 386-92, May 2004.

VANCE, M. A.; MILLINGTON, W. R. Principles of irrational drug therapy. **Int J Health Serv,** v. 16, n. 3, p. 355-62, 1986.

VIACAVA, F. et al. **Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil**: Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica,** v. 27, n. 2, p. 149-56, 2010.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; VAN DOORSLAER, E. On the measurement of inequalities in health. **Soc Sci Med,** v. 33, n. 5, p. 545-57, 1991.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**: Geneva: World Health Organization, 2011.

WIRTZ, V. J. et al. **Affordable, quality, long-term care and pharmacotherapy of chronic diseases: a framework for low and middle income countries**: National Institute of Public Health, Mexico 2011.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Estud Popul,** v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.