

**ESCOLA DE GOVERNO PROFESSOR PAULO NEVES DE CARVALHO DA
FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Programa de Mestrado em Administração Pública**

Flávia Alice Dias Lopes

**ANÁLISE DA EQUIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE
MEDICAMENTOS NO PERÍODO DE 1998 A 2013**

Belo Horizonte

2016

Flávia Alice Dias Lopes

**ANÁLISE DA EQUIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE
MEDICAMENTOS NO PERÍODO DE 1998 A 2013**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Cássio Xavier Fahel

Belo Horizonte

2016

Lopes, Flávia Alice Dias

L864a Análise da equidade da política nacional de medicamentos no período de 1998 a 2013 / Flávia Alice Dias Lopes – Belo Horizonte, 2016.

175 p. : il.

Dissertação (Programa de Mestrado em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro.

Orientador: Murilo Fahel

Referência: 140-152

1. Saúde pública - Brasil. 2. Política Nacional de Medicamento - Brasil. 3. Acesso a medicamentos - Brasil. 4. Sistema público de saúde – Brasil. I. Fahel, Murilo. II. Título.

CDU 614(81)

Flávia Alice Dias Lopes

**ANÁLISE DA EQUIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE
MEDICAMENTOS NO PERÍODO DE 1998 A 2013**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Prof. Dr. Murilo Cássio Xavier Fahel – FJP (Orientador)

Prof. Dr. Celso Amorim Salim – Fundacentro (Banca examinadora)

Prof. Dr. Sílvio Ferreira Júnior – FJP (Banca examinadora)

Belo Horizonte, 30 de março de 2016.

Ao Fred, entre todos os loucos do mundo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a meus pais, cujo amor, dedicação e carinho incondicionais me fazem sempre seguir em frente sabendo que não estou sozinha para encarar novos desafios. Amo vocês!

Agradeço ao Fred, meu amor, meu companheiro, meu amigo, por todo o apoio, paciência, carinho e pelas tulipas! Sem você essa caminhada não teria sido tão divertida e transformadora!

A minha família (e que família!), agradeço por compreender meu gosto estranho pelos livros, mas principalmente por sempre me lembrar de que é importante temperar a vida!

Ao Zeca querido, agradeço por nunca desistir de me levar para ver o sol brilhando lá fora!

Agradeço a meus amigos pela torcida, pelo carinho e pelo colo precioso nos momentos mais difíceis! Entre abraços, corridas, chocolates e marmitas, vocês sempre salvam o meu dia!

A meus colegas e chefes no Tribunal de Contas, agradeço por todo o apoio e compreensão!

Agradeço a meu orientador, por respeitar e aguentar o meu jeito ansioso e por conseguir me ajudar a dar sentido e a organizar as minhas ideias sempre caóticas e sem foco!

Ao Romero, agradeço pelas valiosas contribuições! E pelas prosas sempre peculiares, divertidas e iluminadas!

Aos professores e colegas do mestrado, agradeço pelo convívio sempre alegre e enriquecedor!

A todos que de alguma forma participaram dessa caminhada, o meu muito obrigada!

RESUMO

O acesso equitativo a medicamentos configura uma estratégia central para a redução de desigualdades na esfera da saúde, sobretudo em países em desenvolvimento que ainda convivem com altos níveis de disparidades socioeconômicas, como é o caso do Brasil. A Constituição de 1988 disciplina o direito à saúde como um direito de cidadania e a legislação infraconstitucional estabelece a necessidade de se promover o acesso equitativo a medicamentos como forma de garantir a integralidade dos cuidados de saúde prestados pelo sistema público de saúde. A partir disso, o presente trabalho objetiva apresentar um panorama geral da equidade no financiamento e no acesso a medicamentos no Brasil. A revisão da literatura indicou que ainda é substancial o cenário de iniquidade vertical no financiamento do acesso a medicamentos no Brasil, sendo esse o principal gasto com saúde entre as famílias mais pobres e o gasto por desembolso direto mais fortemente associado com o risco de ruína financeira das famílias brasileiras. Diante disso, foi analisada a distribuição do acesso a medicamentos receitados e de uso contínuo entre grupos populacionais com diferentes características de não necessidade ligadas a condições socioeconômicas e demográficas, no período de 1988 a 2013, com base em pesquisas de âmbito nacional realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sob esse enfoque, observou-se que, desde a implementação da Política Nacional de Medicamentos em 1998, houve uma substancial expansão da cobertura da oferta gratuita de medicamentos no Brasil, que foi de 27,2%, em 1998, para 46%, em 2008. Ademais, identificou-se que a cobertura da oferta gratuita de medicamentos receitados e de uso contínuo foi maior entre os grupos populacionais considerados vulneráveis, como não brancos, não alfabetizados, residentes na zona rural, sem planos de saúde e com menor renda familiar *per capita*, sobressaindo-se um percentual ainda maior de cobertura entre pessoas com piores condições de saúde. Esse achado indica que a Política Nacional de Medicamentos tem um significativo potencial de promover equidade horizontal no acesso a medicamentos, atuando como contrapeso às disparidades socioeconômicas existentes na sociedade brasileira, na tentativa de atenuar o ciclo de desigualdades no campo da saúde.

Palavras-chave: Equidade. Política de saúde. Acesso a medicamentos. Financiamento. Brasil.

ABSTRACT

Equitable access to medicines is a central strategy for reducing inequalities in healthcare systems, especially in developing countries that still face high levels of socioeconomic disparities such as Brazil. Considering that Brazil's 1988 Constitution defined health as a universal right and the legislation defined the goal to promote equitable access to drugs as a way to ensure a comprehensive healthcare in the public healthcare system, this study aimed to present an overview of equity in financing and access to medicines in Brazil. The literature review indicated that the vertical inequity remain relevant in medicine financing in Brazil, which is the main health expenditure among the poorest households. Moreover, it was found that out-of-pocket expenditure with medicines is strongly associated with the risk of catastrophic expenditure in Brazil. In this scenario, this study analyzed the distribution of access to prescribed drugs and drugs for chronic diseases between population groups with different socioeconomic and demographic characteristics in the period 1988-2013, based on national surveys conducted the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Under this approach, it was observed that since the implementation of the National Medicine Policy, in 1998, there was a substantial expansion of the coverage of the free supply of medicines in Brazil, which went from 27.2% in 1998 to 46% in 2008. In addition, it was found that coverage of the free supply of prescribed drugs and drugs for chronic diseases was higher among population groups considered vulnerable, such as non-white, illiterate, living in the rural areas, without private health insurance and lower *per capita* income, especially among people with poorer health status. This finding indicates that the National Medicine Policy has significant potential to promote horizontal equity in access to medicines, acting as a counterweight to the existing socio-economic disparities in Brazilian society, in an attempt to alleviate the cycle of inequalities in health.

Key-words: Equity. Healthcare policy. Access to medicines. Medicine expenditure. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Equidade vertical e horizontal no acesso a medicamentos.....	66
FIGURA 2 – Fluxograma sobre a necessidade de medicamentos e a cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos.....	67
FIGURA 3 – Acesso gratuito, acesso pago e barreiras ao acesso a medicamentos receitados em 2008.....	123
FIGURA 4 – Acesso gratuito, acesso pago e barreiras ao acesso a medicamentos receitados em 2013.....	124

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Percentual de pessoas com saúde insatisfatória em cada décimo de renda familiar <i>per capita</i> de 1998 a 2008.....	97
GRÁFICO 2 – Percentual de pessoas com limitação funcional em cada décimo de renda familiar <i>per capita</i> de 1998 a 2008.....	97
GRÁFICO 3 – Percentual de pessoas com alguma doença crônica em cada décimo de renda familiar <i>per capita</i> de 1998 a 2008.....	98
GRÁFICO 4 – Perfil de usuários das redes pública e privada de saúde, por condições de não necessidade de saúde.....	98
GRÁFICO 5 – Acesso gratuito a medicamentos receitados em 1998, 2003, 2008 e 2013, por condições de não necessidade.....	100
GRÁFICO 6 – Evolução do acesso gratuito a medicamentos receitados de 1998 a 2008, por décimo de renda familiar <i>per capita</i>	102
GRÁFICO 7 – Evolução do acesso gratuito a medicamentos receitados de 1998 a 2013, por região do país.....	104
GRÁFICO 8 – Cobertura do acesso gratuito integral e do parcial a medicamentos receitados em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	105
GRÁFICO 9 – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados em 2008 e 2013.....	107
GRÁFICO 10 – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados em 2008 e 2013, por condição de não necessidade.....	107
GRÁFICO 11 – Acesso gratuito a medicamentos receitados de 1998 a 2013, por tipo de rede (pública ou privada) de serviço de saúde.....	108
GRÁFICO 12 – Cobertura do setor público, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde na oferta gratuita de medicamentos receitados em 2013.....	110
GRÁFICO 13 – Percentuais de acesso pago integral e de parcial a medicamentos receitados em 2008 e 2013.....	111

GRÁFICO 14 – Panorama geral do acesso gratuito, do acesso pago e do não acesso a medicamentos receitados em 2008 e em 2013.....	112
GRÁFICO 15 – Acesso pago integral e parcial a medicamentos receitados em 2008 e em 2013, por condições de não necessidade.....	113
GRÁFICO 16 – Acesso pago integral e parcial a medicamentos receitados em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	113
GRÁFICO 17 – Percentual de acesso pago integral e de parcial em 2008 e 2013, por tipo de rede (pública ou privada) de serviço de saúde.....	114
GRÁFICO 18 – Distribuição dos atendimentos médicos nas redes pública e privada de saúde em 2008, por décimo de renda familiar <i>per capita</i>	115
GRÁFICO 19 – Principais motivos informados para não comprar todos os medicamentos receitados em 2008.....	116
GRÁFICO 20 – Principais motivos informados para não obter todos os medicamentos receitados em 2013.....	116
GRÁFICO 21 – Principais motivos informados para não comprar todos os medicamentos receitados em 2008, por condições de não necessidade.....	118
GRÁFICO 22 – Barreiras ao acesso pago aos medicamentos receitados em 2008, por condições de não necessidade.....	119
GRÁFICO 23 – Principais motivos informados para não comprar todos os medicamentos receitados em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	120
GRÁFICO 24 – Principais motivos informados para não obter todos os medicamentos receitados em 2013, por condições de não necessidade.....	121
GRÁFICO 25 – Cobertura do setor público, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos receitados em 2013.....	122
GRÁFICO 26 – Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2008, por condições de não necessidade.....	128
GRÁFICO 27 – Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	129

GRÁFICO 28 – Percentuais de acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2013, por condições de não necessidade.....	130
GRÁFICO 29 – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2013.....	131
GRÁFICO 30 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2008, por condições de não necessidade.....	133
GRÁFICO 31 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo, por décimos de renda familiar <i>per capita</i> em 2008.....	133
GRÁFICO 32 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2013, por condições de não necessidade.....	134
GRÁFICO 33 – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2013.....	135
GRÁFICO 1S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória em 1998 a 2013, por condições de não necessidade.....	160
GRÁFICO 2S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória em 1998 a 2013, por condições de não necessidade.....	160
GRÁFICO 3S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com limitação funcional em 1998 a 2013, por condições de não necessidade.....	162
GRÁFICO 4S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem limitação funcional em 1998 a 2013, por condições de não necessidade.....	162
GRÁFICO 5S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com doença crônica em 1998 a 2013, por condições de não necessidade.....	164
GRÁFICO 6S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem doença crônica em 1998 a 2013, por condições de não necessidade.....	164
GRÁFICO 7S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	165
GRÁFICO 8S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	165

GRÁFICO 9S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com limitação funcional de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	166
GRÁFICO 10S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem limitação funcional de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	166
GRÁFICO 11S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com alguma doença crônica de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	167
GRÁFICO 12S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem doença crônica de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	167
GRÁFICO 13S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	168
GRÁFICO 14S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	168
GRÁFICO 15S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com limitação funcional em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	169
GRÁFICO 16S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas sem limitação funcional em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	169
GRÁFICO 17S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com doença crônica em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	170
GRÁFICO 18S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas sem doença crônica em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	170
GRÁFICO 19S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	171
GRÁFICO 20S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por condições de não necessidade.....	171

GRÁFICO 21S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos de uso contínuo por pessoas com hipertensão arterial em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	172
GRÁFICO 22S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por condições de não necessidade.....	172
GRÁFICO 23S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo por pessoas com hipertensão arterial em 2008, por condições de não necessidade.....	173
GRÁFICO 24S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	173
GRÁFICO 25S – Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo por pessoas com hipertensão arterial em 2008, por condições de não necessidade.....	174
GRÁFICO 26S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo entre pessoas com hipertensão arterial em 2008, por décimos de renda familiar <i>per capita</i>	174

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Bases de dados para o exame da equidade no acesso a medicamentos.....	68
QUADRO 2 – Variáveis de necessidade de cuidado medicamentoso.....	71
QUADRO 3 – Variáveis de acesso gratuito e pago a medicamentos.....	72
QUADRO 4 – Variáveis de não necessidade de cuidado medicamentoso.....	74
QUADRO 5 – Variáveis de necessidade/estado geral de saúde.....	75
QUADRO 1C – Variáveis para a mensuração da equidade horizontal no acesso a medicamentos.....	155
QUADRO 2C – Comparação entre os principais motivos informados para não acessar medicamentos.....	156
QUADRO 3C – Variáveis utilizadas para o exame da equidade horizontal no acesso a medicamentos.....	157

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Percentual de gastos catastróficos com saúde nas famílias brasileiras.....	84
TABELA 2 – Comparação do percentual de famílias que incorreram em gastos catastróficos em saúde em 2002-2003, por tipos de gastos OOP.....	88
TABELA 3 – Panorama geral da população brasileira entre 1998 e 2013.....	93
TABELA 4 – Panorama geral do sistema de saúde brasileiro entre 1998 e 2013.....	94
TABELA 5 – Estado geral de saúde da população em relação à autoavaliação da saúde, da presença de doença crônica e de limitação funcional.....	96
TABELA 6 – Percentual de necessidade de medicamentos receitados no último atendimento médico e de acesso gratuito a algum medicamento de 1998 a 2013.....	99
TABELA 7 – Acesso gratuito a medicamentos receitados em 1998, 2003, 2008 e 2013, por condições de não necessidade.....	101
TABELA 8 – Motivos informados para a não obtenção de todos medicamentos receitados.....	117
TABELA 9 – Acesso a medicamentos de uso contínuo em 2008 e em 2013.....	127
TABELA 10 – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2013.....	130
TABELA 11 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2008.....	132
TABELA 1S – Acesso gratuito a medicamentos receitados, por condições de não necessidade e por categoria de autoavaliação de saúde.....	159
TABELA 2S – Acesso gratuito a medicamentos receitados, por condições de não necessidade e por estado de saúde relativo à limitação funcional.....	161
TABELA 3S – Acesso gratuito a medicamentos receitados, por condições de não necessidade e por presença ou ausência de alguma doença crônica.....	163
TABELA 4S – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2013.....	175

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDSS – Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CEME – Central de Medicamentos

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CR/1998 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CSDH – *Commission on Social Determinants of Health*

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DGSP – Diretoria-Geral de Saúde Pública

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EC – Emenda Constitucional

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

GEIFAR – Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica

HAI – *Health Action International*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE – Instituto de Previdência de Assistência dos Servidores do Estado

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OPP – *Out-of-pocket*

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PFB – Programa Farmácia Básica

PFP – Programa Farmácia Popular

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PLUS – Plano de Localização de Serviços de Saúde

PMC – Projeto Montes Claros

PNAD – Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

PPA – Plano de Pronta Ação

QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social

SAMPS – Comunidade do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS – Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

SUNAB – Superintendência Nacional do Abastecimento

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – *World Health Organization*

WHS – *World Health Surveys*

SUMÁRIO

1	Introdução	1
2	A noção de equidade no campo da saúde	6
3	Equidade na trajetória histórica do sistema de saúde e da assistência farmacêutica no Brasil	11
3.1	Império e Primeira República – 1824 a 1929	17
3.2	Era Vargas – 1930 a 1945.....	26
3.3	Segunda República – 1946 a 1964	32
3.4	Ditadura Militar – 1964 a 1985	39
3.5	Nova República – de 1985 aos dias atuais	51
3.6	Considerações finais	64
4	Análise da equidade no acesso a medicamentos no Brasil	66
4.1	Metodologia.....	66
4.2	Equidade vertical no acesso a medicamentos.....	77
	4.2.1 Financiamento do sistema público de saúde.....	78
	4.2.2 Financiamento privado do acesso a medicamentos.....	79
	4.2.3 Gastos catastróficos em saúde e despesas com medicamentos.....	81
	4.2.4 Considerações finais.....	90
4.3	Equidade horizontal no acesso a medicamentos	91
	4.3.1 Equidade horizontal no acesso a medicamentos receitados	99
	4.3.1.1 Acesso gratuito a medicamentos receitados.....	99
	4.3.1.2 Acesso pago a medicamentos receitados	110
	4.3.1.3 Considerações finais.....	124
	4.3.2 Equidade horizontal no acesso a medicamentos de uso contínuo.....	127
	4.3.2.1 Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo	127
	4.3.2.2 Acesso pago a medicamento de uso contínuo	132
	4.3.2.3 Considerações finais.....	135
5	Conclusões	137
6	Referências bibliográficas	140
	APÊNDICE I – Aspectos metodológicos complementares	153
	APÊNDICE II – Gráficos e Tabelas Suplementares	159

1 INTRODUÇÃO

O fomento ao acesso a medicamentos essenciais é reconhecido como uma importante estratégia na esfera de provisão de cuidados de saúde, tendo em vista que esse insumo repercute na redução da morbidade e da mortalidade, impactando a resolutividade dos atendimentos médicos e a qualidade de vida da população (EMMERICK, 2011; WHO/HAI, 2011; PANIZ et al. 2010). Considerando essa relevância do cuidado medicamentoso para garantir um atendimento de saúde integral e adequado; e considerando a significativa representatividade dos gastos com medicamentos nos orçamentos públicos e das famílias, o acesso a medicamentos a todos tem sido um tema de destaque no plano internacional (WHO/HAI, 2011; PANIZ et al. 2010).

Nesse sentido, destaca-se que, em 2000, foi firmado um compromisso no âmbito de atuação da Organização das Nações Unidas (ONU) para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade até o ano de 2015, no bojo do qual o 8º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio consistia em estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento, com o intuito de promover, entre outras metas, o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento. Em 2015, foram pactuados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, entre os quais se destaca o de assegurar uma vida saudável e o bem-estar de todos, por meio, entre outras metas, do acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, de qualidade, eficazes e a preços acessíveis a todos.

Estimativas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os problemas relacionados à precariedade de acesso regular a medicamentos essenciais e a elevados gastos das famílias com medicamentos são mais intensos entre a população mais pobre e entre os países em desenvolvimento ou de baixa e média renda (WHO/HAI, 2011). Vale notar que, mesmo para os países desenvolvidos e que contam com sistemas de saúde mais universais e inclusivos, o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crônicas e o desenvolvimento de novas tecnologias têm apresentado desafios para garantir o acesso ao cuidado medicamentoso a toda a população.

Nesse contexto, registra-se que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde têm apresentado, desde o início da década de 2000, especial preocupação com a implementação das Políticas Nacionais de Medicamentos nos países da região da América Latina e Caribe (EMMERICK, 2011).

Considerando que a literatura sobre o acesso a medicamentos era esparsa no início da

década de 2000, a OMS, em parceria com a *Health Action International* (HAI), desenvolveu, a partir de 2001, uma metodologia padronizada para coletar dados sobre preços, disponibilidade e acessibilidade financeira de medicamentos em países de baixa e média renda, com o intuito de apoiar o aprimoramento do acesso a medicamentos nesses países (CAMERON et al. 2009).

Mais recentemente, Paniz et al. (2010) realizaram uma revisão da literatura sobre o acesso a medicamentos e constataram que ainda não há uma padronização dos indicadores e definições utilizados para mensurar o acesso a medicamentos. Esse cenário de indefinição do conceito de acesso a medicamentos na literatura também foi observado por Soares (2013) e Emerick (2011).

Um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (2005) para avaliar a assistência farmacêutica no Brasil constatou que a fragmentação das bases de dados, as constantes alterações e mesmo a sobreposição das normas que tratam da matéria dificultam a identificação dos exatos parâmetros normativos que balizam a assistência farmacêutica.

No caso do Brasil – classificado como país de renda média alta pelo Banco Mundial – somente com a promulgação da Constituição da República de 1998 (CR/1988) o sistema de saúde passou a ter uma configuração normativa que busca promover o acesso universal e igualitário aos serviços públicos de saúde providos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No plano infraconstitucional, o cuidado medicamentoso é destacado entre os cuidados que devem ser prestados a todos os cidadãos como forma de se alcançar um atendimento integral (BERMUDEZ et al. 2011).

Com efeito, a configuração institucional constitucionalmente definida para o sistema de saúde brasileiro em 1988 conferiu ao SUS uma das estruturas normativas mais generosas do mundo, uma vez que, mesmo nos países mais desenvolvidos da Europa, que contam com sistemas de saúde universais e inclusivos, há, em geral, esquemas de cofinanciamento para acessar alguns cuidados de saúde (ANDRADE; NORONHA, 2011). Vale ressaltar que, conquanto o sistema de saúde brasileiro tenha incorporado valores e princípios universais e inclusivos semelhantes aos adotados nos países desenvolvidos da Europa, a participação do gasto público no financiamento da área da saúde se mantém em um patamar semelhante ao de países com sistemas de saúde liberais e menos inclusivos, como o dos Estados Unidos da América, sendo que os gastos governamentais no Brasil representaram apenas 46,4% do total gasto em saúde no ano de 2012 (WORLD BANK, 2015).

Em que pese ter havido uma expansão da cobertura dos serviços prestados pelo SUS

nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta elevados níveis de gastos privados com saúde, sobressaindo-se os gastos com medicamentos, que representam a maior parcela do gasto com saúde das famílias mais pobres (GARCIA et al. 2013; IPEA, 2011). Além disso, há evidências na literatura de que as despesas com o acesso ao cuidado medicamentoso no Brasil impactam proporcionalmente mais o orçamento das famílias mais pobres, sendo o tipo de gasto por desembolso direto – ou *out-of-pocket* (OOP) – mais fortemente associado à ocorrência de gastos catastróficos – entendidos como gastos com saúde excessivos, que podem impor risco financeiro às famílias ou mesmo impedir o acesso em níveis adequados aos cuidados de saúde necessários (BOING et al. 2014a; BOING et al. 2014b; ALMEIDA et al. 2013; BOING, 2013; GARCIA et al. 2013; SAKSENA et al. 2010; BÓS; WATERS, 2008; DINIZ et al. 2007).

Dessa forma, diversos estudos constataram que o sistema de saúde brasileiro, a despeito de sua atual configuração normativa, ainda não conseguiu promover a superação de disparidades relativas a condições socioeconômicas e demográficas que afetam a distribuição da morbidade e da mortalidade e o acesso aos cuidados de saúde (POLITI, 2014; ALMEIDA et al. 2013; FAHEL; NEVES, 2009). Ou seja, a provisão de cuidados de saúde universais, igualitários e gratuitos no âmbito do SUS ainda não se mostra suficiente para ensejar a superação de desigualdades na área da saúde geradas pela estratificação socioeconômica (FAHEL; NEVES, 2009), o que se reconhece como iniquidades em saúde devido à carga de injustiça social subjacente a tais desigualdades (BOING, 2013).

Diante disso, o presente trabalho tem como principal objetivo apresentar um panorama geral do potencial dos principais programas que integram a atual Política Nacional de Medicamentos para promover a equidade no acesso a medicamentos no Brasil. Para alcançar esse objetivo central, esta dissertação adota alguns objetivos específicos dentro de três eixos analíticos ao abordar o histórico da estrutura normativa da assistência farmacêutica no Brasil; a equidade no financiamento do acesso a medicamentos; e a equidade na distribuição do acesso gratuito e pago a medicamentos entre grupos populacionais com diferentes características de necessidade, como renda, cor ou raça, alfabetização, plano de saúde privado e local de residência.

Dentro da análise histórica, os objetivos específicos consistem em apresentar como se desenvolveu e se consolidou, ao longo da história, a assistência farmacêutica no Brasil, além de examinar em que momento a assistência farmacêutica assumiu configuração que permitisse a equalização de desigualdades socioeconômicas que limitavam o acesso da

população a medicamentos. Para esse exame histórico, foi combinada a revisão bibliográfica com o levantamento e exame das normas constitucionais e infraconstitucionais que trataram do direito à saúde e da assistência farmacêutica.

Na análise da equidade no financiamento do acesso a medicamentos, buscou-se identificar se, com a expansão identificada nas últimas décadas na cobertura do SUS, o gasto das famílias brasileiras com medicamentos se tornou verticalmente mais equitativo, com menor peso proporcional para as famílias mais pobres. Neste ponto, o exame também se embasa na revisão da literatura sobre os principais estudos que abordaram esse tema em relação ao acesso a medicamentos.

Já sob a perspectiva da equidade na distribuição do acesso a medicamentos, objetivou-se examinar se o potencial normativo dos programas integrantes da atual Política Nacional de Medicamentos de promover a equidade no acesso a medicamentos se converteu em garantia de acesso ao cuidado medicamentoso a toda a população brasileira, independentemente de condições socioeconômicas e demográficas. Essa abordagem foi feita com base na revisão da literatura e no exame de bases de dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que mapearam o acesso de medicamentos receitados e de uso contínuo em todo o país desde 1998, data da publicação da Política Nacional de Medicamentos¹.

Considerando esses objetivos, esta dissertação foi estruturada em três capítulos, além desta introdução, da conclusão, de um apêndice contendo aspectos metodológicos complementares e de um apêndice com gráficos e tabelas suplementares.

O Capítulo 2 traça o referencial teórico ligado ao conceito de equidade, abordando a distinção entre desigualdades e iniquidades em saúde e delimitando os conceitos de equidade horizontal e vertical, que serão adotados nas análises desenvolvidas sobre o acesso a medicamentos no Brasil.

O Capítulo 3 explicita os referenciais teóricos sobre a noção de cidadania e os tipos de Estado de Bem-Estar Social necessários para contextualizar o exame da trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro e da assistência farmacêutica. Em seguida, apresenta o processo histórico de surgimento e consolidação do sistema de saúde nacional, sendo destacadas as políticas públicas que repercutiram no acesso a medicamentos e detalhadas as principais características dos programas que integram a atual Política Nacional de Medicamentos.

Por fim, o Capítulo 4 apresenta os parâmetros metodológicos utilizados no exame da equidade no acesso a medicamentos. Na sequência, apresenta os principais achados da

¹ Portaria n. 3.916/1998 do Ministério da Saúde.

literatura sobre a equidade vertical no acesso a medicamentos no Brasil, abordando os gastos públicos e os gastos das famílias com medicamentos, bem como o impacto das despesas com medicamentos na incidência de gastos catastróficos em saúde. No que toca à equidade horizontal no acesso a medicamentos, na última seção do Capítulo 4 são examinados os dados dos Suplementos de Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) coletados em 1998, 2003 e 2008, além da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, todas do IBGE, para descrever a distribuição do acesso gratuito e do pago a medicamentos prescritos e de uso contínuo no Brasil, em relação a grupos populacionais com diferentes condições de necessidade ligadas à renda familiar *per capita*, cor ou raça, local de residência e posse de plano de saúde privado.

Nessa esteira, o presente trabalho objetivou apresentar um panorama contextualizado da trajetória histórica da assistência farmacêutica no Brasil, bem como se propôs a apresentar evidências preliminares sobre o potencial da Política Nacional de Medicamentos na promoção de equidade, buscando contribuir para a compreensão do seu impacto no efetivo acesso a medicamentos no Brasil.

2 A NOÇÃO DE EQUIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

A noção de bem-estar social está atrelada à garantia de condições adequadas de saúde, uma vez que o direito à saúde repercute no exercício efetivo dos demais direitos de cidadania, sendo reconhecido como direito essencial para permitir o desenvolvimento humano pleno (KNAUL et al. 2012). Dessa forma, a saúde é considerada por Anand (2000) como um bem diferenciado, pois tem valores intrínsecos e instrumentais, já que, além de afetar diretamente o bem-estar das pessoas, as capacita ou habilita para desenvolverem livre e plenamente seu potencial, inclusive no âmbito econômico. Nesse sentido, as disparidades em saúde deveriam ser menos toleradas do que outros tipos de disparidades, como as ligadas à renda (ANAND, 2000).

É importante notar que as desigualdades sociais se manifestam em diversas dimensões e o mesmo ocorre com as desigualdades em saúde, que, em síntese, refletem uma distribuição diferenciada de padrões do nível de saúde ou do risco de adoecer ou morrer, bem como das oportunidades de acessar os cuidados de saúde, em distintos grupos dentro de uma sociedade (BOING, 2013; FAHEL; NEVES, 2009; SILVA; BARROS, 2002). Tais desigualdades em saúde podem decorrer de uma pluralidade de causas, algumas consideradas naturais e outras sociais (SILVA; BARROS, 2002).

A interseção entre as desigualdades em saúde e as desigualdades geradas na estrutura socioeconômica é tratada pela literatura sob o enfoque dos determinantes sociais da saúde. Há diferentes modelos teóricos para explicar a repercussão gerada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e ambientais no padrão de saúde ou no ciclo de produção de doenças na esfera nas esferas individual e coletiva (BOING, 2013; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Em linhas gerais, tem-se que o nível de renda, o grau de instrução ou de escolaridade, a inserção da pessoa no mercado de trabalho, bem como aspectos culturais e ambientais do local onde a pessoa vive influenciam seus hábitos de vida e seu comportamento em relação aos cuidados de saúde e à utilização dos serviços de saúde (BOING, 2013).

Essa abordagem dos determinantes sociais da saúde tem ganhado repercussão na literatura e, em 2005, a Organização Mundial da Saúde criou uma Comissão específica para tratar da matéria – *Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*² – e tem apoiado estudos para contribuir para a compreensão dos determinantes sociais da saúde e para

² Em 2006, foi criada no Brasil a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) como parte do Ministério da Saúde, a qual foi regulamentada por meio da Portaria n. 1.358/2006 do MS.

fomentar a implementação de políticas capazes de superar o ciclo de desigualdades na esfera da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Cabe notar que há diversas terminologias para abordar as desigualdades, iniquidades, variações ou disparidades na esfera da saúde (BOING, 2013; BRAVEMAN, 2005). Entre essas, a equidade é reconhecida como uma noção que vai além do reconhecimento das diferenças – nas taxas de morbidade e de mortalidade e no acesso a serviços de saúde – entre grupos sociais por razões socioeconômicas ou demográficas, pois consubstancia uma carga axiológica específica, incorporando a noção de injustiça social às desigualdades em saúde consideradas sistemáticas e evitáveis (BOING, 2013; O'DONNELL et al. 2008; BRAVEMAN, 2005; SILVA; BARROS, 2002). Dessa forma, verifica-se que a noção de equidade tem estreita relação com a noção dos determinantes sociais da saúde, pois em ambas são considerados fatores que ultrapassam a esfera individual ou natural para descrever e explicar as desigualdades em saúde.

Esse conceito de equidade na área da saúde se baseia na definição proposta por Whitehead no início da década de 1990, segundo a qual a equidade na saúde implicaria isonomia na oportunidade de todos os indivíduos alcançarem seu pleno potencial de saúde e demandaria oportunidades igualitárias de utilização e acesso aos cuidados de saúde no mesmo padrão de qualidade para todos com a mesma necessidade de saúde (BRAVEMAN, 2005).

Silva e Barros (2002) salientam que as desigualdades geradas na estrutura econômica e social podem agravar as iniquidades em saúde, mas também podem alavancar sua superação, uma vez que a discriminação positiva em favor das pessoas menos favorecidas socioeconomicamente pode contribuir para equalizar as desigualdades consideradas injustas ou intoleráveis por cada sociedade. Nesse sentido, as distintas estruturas dos Estados de Bem-Estar Social e dos respectivos sistemas de saúde consolidados em cada país impactam o grau de redistribuição de oportunidades, bem como afetam a potencial compensação das disparidades socioeconômicas e das iniquidades no campo da saúde.

Nos países menos desenvolvidos em geral, a parcela mais pobre da população apresenta piores condições de saúde, mas utiliza menos os serviços de saúde em relação ao que seria esperado para o nível de necessidade de saúde, além de apresentar gastos privados em saúde que impactam proporcionalmente mais os orçamentos familiares (O'DONNELL et al. 2008).

O Brasil se insere entre os países da América Latina e Caribe que vivenciaram um notável desenvolvimento econômico e uma melhora expressiva nos indicadores de saúde da

população nas últimas décadas, mas que não lograram superar profundas desigualdades associadas a fatores socioeconômicos e demográficos nos níveis de mortalidade e morbidade e nos níveis de acesso a cuidados de saúde (ETIENNE, 2013; OPAS/OMS, 2012).

Ressalta-se que, no campo da assistência farmacêutica, há evidências na literatura de que permanece alto o grau de disparidade no impacto financeiro decorrente do acesso pago ao cuidado medicamentoso, em detrimento da parcela mais vulnerável da população brasileira (BOING et al. 2014a; BOING et al. 2014b; ALMEIDA et al. 2013; BOING, 2013; GARCIA et al. 2013; SAKSENA et al. 2010; BÓS; WATERS, 2008; DINIZ et al. 2007).

Dessa forma, apesar de avanços verificados na cobertura dos cuidados de saúde à população menos favorecida desde a promulgação da Constituição da República de 1988, permanece relevante a meta de buscar estratégias para aprimorar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS devido ao seu alto potencial redistributivo (GARCIA et al. 2013; IPEA, 2012).

Considerando esse cenário, adota-se a noção de equidade/iniquidade como terminologia principal para a análise do acesso ao cuidado medicamentoso promovido no bojo da Política Nacional de Medicamentos no Brasil.

Vale ressaltar que não há consenso na literatura sobre o conceito de equidade na área da saúde e que nem todos os sistemas de saúde adotam, em suas estruturas institucionais, o objetivo de promover o acesso equitativo aos cuidados de saúde (CAMBOTA, 2012; O'DONNELL et al. 2008). Em termos mais amplos, Cambota (2012) aponta que haveria equidade no acesso a serviços de saúde quando a entrega dos cuidados fosse igualitária para pessoas com as mesmas necessidades, independentemente de características socioeconômicas e de outros fatores de não necessidade de saúde.

Há autores que distinguem dimensões da noção de equidade, apontando que a equidade horizontal estaria ligada ao tratamento igual para os iguais; e a equidade vertical, ao tratamento desigual aos desiguais (CAMBOTA, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2011; O'DONNELL *et al.* 2008).

Sob esse enfoque, a noção de equidade horizontal estaria presente em sistemas de saúde que garantem isonomia de oportunidades de utilização e acesso aos cuidados para pessoas com as mesmas necessidades de saúde, independentemente de fatores socioeconômicos ou demográficos (CAMBOTA, 2012; O'DONNELL et al. 2008). E a noção de equidade vertical estaria presente em sistemas de saúde em que o financiamento dos serviços prestados é proporcional à capacidade de pagamento dos indivíduos ou das famílias.

Assim, seriam considerados mais verticalmente equitativos – progressivos ou redistributivos – os sistemas de saúde em que as pessoas com maior renda financiam proporcionalmente mais do que as pessoas com menor renda; e não verticalmente equitativos – ou regressivos – os sistemas com a lógica de financiamento oposta (TRAVASSOS; CASTRO, 2011; UGÁ; SANTOS, 2006).

O'Donnell et al. (2008) destacam que, na prática, essas dimensões horizontal e vertical da equidade no acesso a serviços de saúde são atreladas, pois o exame da isonomia do acesso para pessoas com as mesmas necessidades de saúde – equidade horizontal – demanda a consideração de aspectos ligados a desigualdades na estrutura socioeconômica, isto é, a indicação de parâmetros para equidade vertical.

O presente trabalho adota essa diferenciação entre as dimensões de equidade vertical e horizontal para examinar a distribuição do acesso gratuito e do pago a medicamentos no Brasil, bem como para evidenciar os achados da literatura sobre distinções no impacto do financiamento do acesso ao cuidado medicamentoso nos orçamentos familiares.

Para além da pluralidade de definições do termo equidade, nota-se que o grau de comprometimento com a promoção da equidade na esfera das políticas de saúde e a forma de operacionalizar o acesso equitativo aos serviços de saúde variam substancialmente de país para país, porquanto depende de valores culturais e sociais, da trajetória histórica do sistema de saúde e das estruturas mais amplas de provisão de bem-estar (ETIENNE, 2013; CAMBOTA, 2012; TRAVASSOS; CASTRO, 2011).

Assim, o objetivo de analisar a equidade promovida no acesso ao cuidado medicamentoso por meio dos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos do Brasil se embasa em premissas relativas ao conteúdo do direito social à saúde e aos princípios que devem orientar a provisão pública desse direito. Noutras palavras, o enfoque analítico desta dissertação assume que o sistema de saúde brasileiro e a Política Nacional de Medicamentos buscam equalizar desigualdades consideradas injustas ou não naturais no acesso ao cuidado medicamentoso.

No caso do Brasil, em que pese a Constituição da República de 1988 não mencionar expressamente a noção de equidade nos dispositivos em que disciplina o sistema de saúde, o direito à saúde foi definido constitucionalmente como um direito de cidadania, sendo um dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário a serviços de saúde gratuitos e integrais. Desse contexto, infere-se que o atual sistema de saúde brasileiro foi estruturado normativamente para equalizar iniquidades na área da saúde sedimentadas ao longo do

desenvolvimento da República brasileira. No plano infraconstitucional, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica³ aponta, entre seus eixos estratégicos, que a garantia de “equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a assistência farmacêutica” (BRASIL, 2004).

Diante do atual panorama normativo do Brasil, parte-se da premissa de que a promoção da equidade no acesso a medicamentos é uma diretriz que, implícita e explicitamente, deve orientar as ações e programas desenvolvidos no âmbito da atual Política Nacional de Medicamentos. Como essa diretriz não esteve presente ao longo de toda a trajetória de estruturação do sistema de saúde nacional, a análise histórica da consolidação da assistência farmacêutica na República brasileira tem como escopo identificar o momento em que os programas de fornecimento de medicamentos agregaram em seu arcabouço normativo condições mínimas para ter potencial de gerar equidade na esfera da assistência farmacêutica. A partir disso, o enfoque histórico contribui para a compreensão das estratégias atualmente utilizadas pela Política Nacional de Medicamentos para buscar ampliar e equalizar o acesso a medicamentos essenciais para toda a população brasileira.

³ Resolução n. 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde.

3 EQUIDADE NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

Conforme mencionado no Capítulo anterior, o objetivo central do presente trabalho presume que a atual Política Nacional de Medicamentos se alicerça na busca da promoção do acesso equitativo a medicamentos aos cidadãos, como forma de garantir cuidados de saúde integrais e a qualidade de vida de toda a população. No entanto, por um longo período da República brasileira, os consensos sociais e políticos que pautavam a atuação do Estado brasileiro na provisão de bem-estar limitaram as ações governamentais na esfera da saúde e da assistência farmacêutica, sendo relevante identificar o momento em que se reuniram os requisitos para se considerar que a equidade foi incorporada como princípio do sistema de saúde do Brasil.

Assim, para examinar o histórico do amadurecimento do conceito de cidadania e da consolidação do Estado de Bem-Estar Social no Brasil, revela-se necessário mencionar as principais teorias que abordaram a noção de cidadania e os tipos de Estado de Bem-Estar Social.

No que toca ao desenvolvimento histórico da noção de cidadania, destaca-se que, segundo a teoria de Marshall (1967), as dimensões civil, política e social da cidadania seguiram uma sequência cronológica e lógica, na medida em que a consolidação de cada uma teria dado base para o desenvolvimento da dimensão seguinte, como em uma pirâmide. O reconhecimento dos direitos civis – de propriedade, de liberdade e de igualdade perante a lei – teria conferido aos indivíduos a capacidade de pleitear espaço de participação no cenário político. Essa participação política buscaria, em grande medida, preservar as liberdades individuais e, com o tempo, os direitos políticos permitiram que os cidadãos demandassem a provisão de direitos sociais do Estado. Essa terceira dimensão dos direitos de cidadania estaria associada à estruturação de instituições ligadas à prestação pública de serviços sociais, inclusive os de saúde pública, referindo-se ao processo de estruturação do Estado de Bem-Estar Social (FARIA, 2007).

Com outro enfoque, Polanyi (2012) considera que o reconhecimento da dimensão civil da cidadania foi importante para o processo de mercantilização do ser humano durante a formação da economia de mercado. Contudo, quando os homens livres passaram a ter que vender sua força de trabalho no mercado como uma mercadoria fictícia, houve uma intensa degradação do tecido social, o que desarticulou os esquemas tradicionais de proteção social

dentro de cada classe (POLANYI, 2012). Isso acarretou a contrarreação dos indivíduos no sentido de pleitear do Poder Público alguma proteção contra os riscos inerentes à lógica excludente do mercado capitalista, o que viria a incluir o direito à saúde (POLANYI, 2012).

Dessa forma, a preocupação dos Estados com a institucionalização de esquemas para garantir condições de saúde aos cidadãos, reconhecendo o direito à saúde como um dos direitos básicos para promover o bem-estar da população e alavancar seu potencial produtivo, dependeu de um complexo processo histórico que, na maior parte dos países, não observou a sequência incremental descrita por Marshall (ABEL-SMITH, 1978).

Carvalho (2001) aponta que, em decorrência do recorte analítico – trajetória histórica da cidadania na Inglaterra –, a pirâmide formulada por Marshall foi lastreada em uma lógica que reforçava a convicção democrática no processo de desenvolvimento da cidadania. Todavia, a despeito de os Estados de Bem-Estar Social terem experimentado sua expressão máxima na socialdemocracia nórdica, esses não se originaram em um contexto democrático (KERSTENETZKY, 2012b).

A experiência da pioneira Alemanha, notadamente a partir de 1880, foi pautada na estruturação de um esquema de seguridade social focado nos trabalhadores, como instrumento político para esvaziar e controlar movimentos organizados, sobretudo pelo trabalhadores industriais (FARIA, 2007; ABEL-SMITH, 1978). As políticas sociais do regime bismarckiano de Estado de Bem-Estar Social avançaram em relação ao modelo de assistencialismo referenciado na Lei dos Pobres, deixando de estigmatizar os beneficiários e de exigir prova da condição socioeconômica, porquanto foi atribuído aos trabalhadores industriais o direito de usufruir de benefícios, inclusive de assistência médica, para os quais passaram a contribuir (FARIA, 2007; ABEL-SMITH, 1978).

Somente nos anos que antecederam o fim da Segunda Guerra Mundial, a Inglaterra promoveu reformas em seu esquema de seguridade social para estruturar um seguro nacional que objetivava cobrir todos os cidadãos, independentemente do grau e da comprovação de carência. O intuito dessas reformas era criar “um modelo de seguro social contra a interrupção e a destruição da capacidade de auferir renda e de cobrir despesas extraordinárias com o nascimento, o casamento ou morte” (BEVERIDGE *apud* FARIA, 2007, p. 55). Assim, o Estado de Bem-Estar Social beveridgeano propunha uma cobertura mais ampla contra riscos do mercado capitalista, exercendo uma função macroeconômica de assegurar a estabilidade do mercado de trabalho no contexto do pós-guerra e garantindo um padrão mínimo de bem-estar aos cidadãos (FARIA, 2007). Até então, a parcela mais pobre da população inglesa

podia contar apenas com o atendimento dos hospitais filantrópicos para receber algum tipo de atendimento de saúde gratuito ou a baixo custo (ABEL-SMITH, 1978).

O modelo corporativista, desenvolvido pelo Chanceler Bismarck na Alemanha, e o modelo universalista, desenvolvido a partir do Plano Beveridge na Inglaterra, são reconhecidos como os principais modelos históricos de Estado de Bem-Estar Social e influenciaram, de distintas formas, o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar Social em outras nações (FARIA, 2007). Nesse sentido, tanto as estruturas mais gerais dos Estados de Bem-Estar Social quanto as estruturas dos respectivos sistemas de saúde que vieram a ser constituídos em diversos países assumiram diferentes estratégias para lidar com as desigualdades socioeconômicas e para promover um acesso mais ou menos equitativo aos cuidados de saúde.

Dentre as diversas teorias que abordam os tipos de Estado de Bem-Estar Social, destaca-se a desenvolvida por Esping-Andersen (1990), inspirada na tipologia das políticas sociais elaborada por Richard Titmuss (1974), que agrupou experiências históricas de diferentes países para formular tipos ideais de regimes de Bem-Estar Social (FARIA, 2007).

Segundo Esping-Andersen (1990), no regime de Bem-Estar Social Liberal prevaleceria uma lógica de assistência pública residual aos comprovadamente pobres, com critérios de elegibilidade limitados e associados a estigmas dos beneficiários da assistência social. Assim, o potencial redistributivo do regime de Bem-Estar Social Liberal seria restrito (KERSTENETZKY, 2012a). Os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália são exemplo desse tipo de Estado de Bem-Estar Social (FARIA, 2007).

No regime de Bem-Estar Social Conservador ou Corporativista, Esping-Andersen (1990) aponta que a estrutura de provisão de bem-estar estaria fortemente ligada à inserção dos indivíduos no mercado de trabalho, estendendo-se às famílias dos trabalhadores. A diferenciação dos benefícios sociais, proporcionais às contribuições prévias, manteria as diferenças de status das classes de trabalhadores – gerando alta estratificação social – e proporcionaria um limitado potencial redistributivo a esse regime de Bem-Estar Social, cujos principais exemplos são a Alemanha, a França, a Itália e a Áustria (KERSTENETZKY, 2012a; FARIA, 2007).

Por último, no regime de Bem-Estar Social Socialdemocrata, os serviços e benefícios sociais teriam estruturas voltada a promover a igualdade e melhorar os padrões de qualidade de vida para todos os cidadãos (ESPING-ANDERSEN, 1990). Assim, existiria uma rede de solidariedade universal, na qual todos se beneficiariam de serviços e direitos sociais em altos

padrões, todos seriam dependentes e todos se sentiriam obrigados a financiar (ESPING-ANDERSEN, 1990, p. 108-110). A extensão da provisão pública de bem-estar nesse regime para cobrir um rol mais amplo de riscos sociais promoveria um maior potencial redistributivo, com menores taxas de desigualdade e de pobreza dentre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (FARIA, 2007; KERSTENETZKY, 2012a). Com abrangência geográfica mais restrita, esse modelo é associado à experiência da Suécia, da Dinamarca e da Noruega (FARIA, 2007).

Assim, verifica-se que o tipo e a extensão dos direitos sociais reconhecidos aos indivíduos ou cidadãos dependem das estruturas adotadas em cada ordenamento jurídico para balizar a provisão pública de bem-estar, o que tende a repercutir no grau de equidade promovido no acesso ao sistema de saúde (DWYER, 2010).

Nessa esteira, Dwyer (2010) aponta que a provisão pública de bem-estar pode ser fundamentada: no princípio da universalidade, segundo o qual os benefícios e serviços sociais seriam providos a todos os cidadãos, igualmente e de acordo com suas necessidades; no princípio da seletividade ou da assistência social, segundo o qual os benefícios e serviços sociais seriam residuais, limitados ao atendimento de indivíduos ou grupos vulneráveis socioeconomicamente e, em geral, condicionados ao teste de meios; no princípio da contribuição ou de seguro social, segundo o qual alguns benefícios dependeriam de prévia contribuição dos indivíduos para o esquema nacional de seguridade social e a medida do benefício poderia variar de acordo com o montante da contribuição; e no princípio da condicionalidade, segundo o qual a elegibilidade para alguns benefícios sociais dependeria do comprometimento ou concordância do beneficiário de atender a determinadas obrigações ou condutas (DWYER, 2010, p. 9-10).

Segundo os enfoques adotados por Esping-Andersen e por Dwyer, seria esperado que os sistemas de saúde integrantes de Estado de Bem-Estar Social mais alinhados à socialdemocracia ou que adotam o princípio da universalidade da provisão de bem-estar apresentassem conformações mais inclusivas e equitativas para o acesso e financiamento dos sistemas de saúde. Todavia, nota-se que, na prática, nem os tipos ou regimes de bem-estar formulados por Esping-Andersen (1990), nem os princípios que orientam a provisão pública de bem-estar identificados por Dwyer (2010), são adotados de forma isolada ou pura pelos Estados. Para Dwyer (2010), isso resulta no fato de que poucos direitos sociais são efetivamente universais.

Destaca-se que o Estado de Bem-Estar Social do Reino Unido ilustra o hibridismo dos

tipos ou regimes de bem-estar, já que, sob um enfoque mais geral, é classificado como um Estado de Bem-Estar Social Liberal – notadamente após as reformas efetuadas a partir da década de 1970 –, mas mantém um sistema de saúde pública universal (KERSTENETZKY, 2012a).

Essas teorias evidenciam que o efeito redistributivo ou de equalização das iniquidades socioeconômicas depende da conformação institucional das políticas sociais e da estrutura do Estado de Bem-Estar Social. Dessa forma, fornecem referencial teórico para operacionalizar a análise sobre o potencial de promoção da equidade pelas políticas públicas de acesso a medicamentos inseridas no contexto do desenvolvimento histórico do Estado de Bem-Estar Social e do sistema de saúde brasileiro.

Importa sublinhar que assumir a existência de Estado de Bem-Estar Social no Brasil não consiste em uma premissa consensual. Muitos teóricos consideram que os Estados de Bem-Estar Social identificam experiências históricas limitadas, sobretudo, aos países capitalistas desenvolvidos no período do pós-guerra. Faria (2007) considera equivocado o uso do termo Estado de Bem-Estar Social para fazer referência a políticas sociais em geral, porquanto esse termo teria “uma conotação histórica (pós-guerra) e de política pública (‘institucional’) muito específica” (MISHRA, 1990, *apud* FARIA, 2007, p. 33). Kerstenetzky (2012b) indica que alguns autores restringem o termo Estado de Bem-Estar Social para designar a experiência socialdemocrata dos países nórdicos.

Assim, é importante explicitar nosso alinhamento à perspectiva analítica desenvolvida por Kerstenetzky (2012b), que tomou a noção de Estado de Bem-Estar Social como uma “categoria substantiva ou descritiva, que existe em graus distintos” (p. 4) para afirmar que o Brasil tem um Estado de Bem-Estar Social e não apenas políticas sociais ou sistemas de bem-estar.

Feito esse apontamento, destaca-se que, no caso brasileiro, a sequência histórica dos direitos de cidadania seguiu um caminho diverso do percorrido pela sociedade inglesa, aproximando-se mais da experiência alemã. No Brasil, o reconhecimento e a expansão dos direitos sociais se deu, sobretudo, em períodos ditatoriais, nos quais os direitos civis e políticos encontravam-se cerceados (CARVALHO, 2001).

As bases dos direitos sociais foram lançadas na década de 1930, durante o governo ditatorial de Vargas, e houve uma significativa expansão desses direitos no período da ditadura militar, de 1964 a 1985 (CARVALHO, 2001; KERSTENETZKY, 2012b). Dessa forma, o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil não se deu inicialmente na sequência

inclusiva descrita por Marshall (1967), por pressão de cidadãos que detinham direitos civis sedimentados e com voz ativa no campo político. Pelo contrário, o surgimento dos direitos sociais no Brasil se deu, em grande parte, por determinação do Chefe do Poder Executivo, em regimes políticos em que tanto os direitos civis e políticos dos cidadãos quanto o papel e a independência dos Poderes Legislativo e Judiciário encontravam-se fragilizados (CARVALHO, 2001; ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

E não se trata apenas de uma sequência distinta para se alcançar o mesmo resultado. O caminho percorrido pelo Brasil, com a inversão da pirâmide de direitos de cidadania de Marshall, afetou significativamente a conformação da noção de cidadania (CARVALHO, 2001). As principais consequências dessa inversão no Brasil apontadas por Carvalho (2001) são a prevalência da cultura da “estadania”, em que o Poder Executivo é valorizado demasiadamente e considerado o responsável por conceder ou distribuir benefícios; e a visão corporativista dos interesses coletivos e dos direitos sociais, obtidos por negociações feitas por cada categoria profissional com o Poder Executivo.

Esses efeitos culturais impactaram o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social e a estruturação do sistema de saúde no Brasil, constituindo elementos relevantes na dependência da trajetória da política social brasileira. Todavia, é importante notar que a cultura política pode ser alterada e que há evidências de que a adoção de políticas sociais mais universais possibilita a ampliação da base política e cultural de legitimação de regimes de Bem-Estar Social mais inclusivos e redistributivos, impactando o grau de solidariedade social (KERSTENETZKY, 2012b, p. 6-7).

A percepção do potencial de mudança dos consensos socioculturais e do aprimoramento dos laços de solidariedade na sociedade é essencial para estimular transformações, e a Constituição de 1988 refletiu o amadurecimento da noção de cidadania no Brasil, pois conferiu aos direitos sociais o status de direitos de cidadania, que foi marcante no âmbito do direito à saúde.

Para analisar as diferentes fases históricas do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, é necessário indicar o critério adotado para reconhecer o seu surgimento. Aqui, reconhecendo o mérito do recorte analítico formulado por Kerstenetzky (2012b), considera-se que o Estado de Bem-Estar Social surge quando as políticas públicas incorporam, em alguma medida, a noção de que a “perda de capacidade de gerar bem-estar não é geralmente um problema individual, mas social” (KERSTENETZKY, 2012b, p. 3), com consequências e causas sociais.

No que tange ao exame do desenvolvimento histórico do sistema nacional de saúde,

destaca-se que, no período republicano, foi intensa a produção de normas que regulamentaram diversas dimensões das ações de saúde pública e repercutiram no acesso a medicamentos, refletindo as pressões realizadas por diferentes movimentos intelectuais, políticos e sociais na agenda pública.

A pluralidade e a complexidade das normas que disciplinam a assistência farmacêutica no Brasil, além de sua constante alteração e da fragmentação das bases de dados, conforme constatado pela OPAS (2005), evidenciam a relevância de uma descrição detalhada da evolução histórica da legislação sobre o tema, a fim de permitir a identificação dos atuais contornos da assistência farmacêutica no sistema de saúde brasileiro.

Diante desse panorama, procedeu-se a um levantamento das principais normas que trataram dos programas e das ações públicos relacionados, de alguma forma, ao acesso a medicamentos. Esse exame histórico busca propiciar uma visão mais completa da trajetória percorrida até a atual configuração dos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos no Brasil.

No esforço para sintetizar o complexo histórico da legislação brasileira sobre as políticas de saúde e de assistência farmacêutica, optou-se pelo uso de aspas para manter as expressões utilizadas nas normas – com a atualização da ortografia – com o intuito de explicitar o significado específico e a carga axiológica subjacente a cada terminologia empregada nos distintos contextos político, econômico e cultural em que foram editadas.

3.1 Império e Primeira República – 1824 a 1929

No Brasil, no período do Império e nas primeiras décadas da República, a proteção dos indivíduos contra os riscos decorrentes do mercado ficava a cargo das famílias e de entidades filantrópicas, atuando o Estado excepcionalmente em casos de calamidades ou epidemias.

A Constituição de 1824 trazia, nos últimos artigos (arts. 173 a 179), as disposições gerais juntamente com as garantias dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros. No art. 179, era disciplinada a inviolabilidade dos direitos civis e políticos, cuja base consistia na liberdade, segurança individual e propriedade, do que se depreende os limites estreitos da noção de cidadania à época. No inciso XXXI do art. 179, constava a garantia de “socorros públicos”, geralmente associados à intervenção estatal em casos de calamidades (BRASIL, 1824).

Diante da limitação do escopo dos “socorros públicos”, diversas associações foram instituídas, estabelecendo vínculos de solidariedade entre pessoas de determinadas classes sociais, ofícios ou nacionalidades⁴, com benefícios extensivos a suas famílias. Essas instituições filantrópicas amparavam de formas distintas, inclusive com relação a cuidados médicos e acesso a medicamentos, os seus sócios e respectivos dependentes – desde que devidamente inscritos e quites com suas contribuições – quando em situações que impossibilitassem o trabalho, como moléstias graves, idade avançada, incapacidade e morte. Assim, nesse período, ainda não se identifica o substrato mínimo para se reconhecer uma estrutura de Estado de Bem-Estar Social no Brasil.

Na área da saúde, o período do Império foi marcado pela existência de uma elite com formação médica que atendia a uma parcela muito restrita da população. A atuação do Poder Público era focada na regulamentação das profissões ligadas à área da saúde e no combate de epidemias como da febre amarela e da varíola (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Após a declaração da independência do Brasil, houve um movimento de descentralização das ações de saúde para os municípios, o que gerou uma ação descoordenada no nível local, sem a ampliação do escopo da intervenção estatal (SCOREL; TEIXEIRA, 2011). A provisão de cuidados médicos por parte de associações ou entidades filantrópicas permaneceu significativa.

Em meados do século XIX, o governo imperial promoveu uma reforma nos serviços de saúde para buscar melhorar o quadro sanitário e enfrentar graves epidemias. Nesse sentido, foi criada a Junta Central de Higiene Pública, encarregada das atribuições ligadas à polícia sanitária, à execução da vacinação antivariólica e à fiscalização dos profissionais da medicina (SCOREL; TEIXEIRA, 2011). A partir desse momento, houve uma tentativa de centralizar as ações de saúde por meio de uma estrutura em que o governo central definiria as normas gerais, e os governos locais decidiriam sobre a alocação dos recursos e implementação das ações de saúde, mas foram incipientes a coordenação central e o repasse de recursos às províncias (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

A proclamação da República em 1889 não acarretou alterações imediatas nas ações de saúde, destacando-se, nesse momento histórico, a previsão da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola em todo o país – o que ainda imporia muitos desafios para sua implementação

⁴ O Decreto n. 4.321/1869, que aprovou os estatutos da Sociedade Italiana, é exemplo disso, constando do seu art. 8º que “O fim da sociedade é: 1º) Unir os Italianos residentes no Rio de Janeiro; 2º) Procurar o bem-estar dos sócios; 3º) Socorrer os sócios que caírem doentes, fornecendo-lhes médico e remédios e um subsídio diário conforme o art. 34; [...]”.

– e a ampliação do elenco de doenças com notificação obrigatória (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 340).

A primeira Constituição da República brasileira foi promulgada em 1891, sem ampliar a noção de cidadania para além dos direitos ligados à liberdade, à segurança individual e à propriedade (art. 72), e com previsão de aposentadoria para funcionários públicos apenas em caso de invalidez a serviço da nação. Ademais, não foi feita menção a “socorros públicos”, havendo apenas a previsão (art. 5º) de socorro prestado pela União aos Estados quando estes solicitassem em situações de calamidade, como exceção à regra de que cabia a “cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração” (BRASIL, 1891). Isso refletia a noção positivista de federalismo adotada, que garantia um alto grau de autonomia aos poderes oligárquicos regionais e locais.

Nesse contexto constitucional, foi retomado o movimento de descentralização dos cuidados de saúde para os Estados e Municípios, permanecendo, no nível central, as atribuições ligadas mormente à vigilância sanitária e à atuação emergencial em casos de calamidade (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Em 1897, a estrutura da saúde pública foi reformada com o intuito de melhorar as condições sanitárias, sobretudo da capital da República e dos portos, para apoiar a expansão das políticas de atração de mão-de-obra imigrante e de exportação de produtos agrícolas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Sob esse prisma, o Decreto n. 2.449/1897 unificou “os serviços de higiene da União” e criou a Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP), ligada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A essa Diretoria competia a vigilância sanitária dos portos, a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, a organização dos dados e estatísticas relacionados à área da saúde, o apoio aos Estados no combate a epidemias e a elaboração de um Código Farmacêutico brasileiro. Além disso, com o apoio de um laboratório de bacteriologia anexo, a DGSP deveria desenvolver pesquisas sobre doenças infecciosas e “preparar culturas atenuadas e soros antitóxicos e curativos, a fim de serem fornecidos às autoridades” que os requisitassem (BRASIL, 1987).

Em 1900, a notificação de casos de peste bubônica em Santos levou à criação do Instituto Soroterápico Federal nas adjacências da cidade do Rio de Janeiro, capital da República à época, depois denominado de Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, conforme o Decreto n. 1.802/1907, e, em seguida, transformado no Instituto Oswaldo Cruz, nos termos do Decreto n. 6.891/1908. Independentemente das diversas

nomenclaturas e regulamentos, essa entidade teve um papel de destaque durante todo o processo de estruturação do sistema de saúde brasileiro (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

O médico Oswaldo Cruz foi Diretor do Instituto Soroterápico Federal a partir de 1902 e Diretor da DGSP em duas gestões, de 1903 a 1906 e de 1907 a 1909, quando voltou a se dedicar exclusivamente às atividades do Instituto Oswaldo Cruz. Nesse período, foram alcançados importantes resultados no combate à febre amarela, à peste e à varíola, sobretudo por meio de campanhas sanitárias e da expansão da cobertura da vacinação, apesar de ter enfrentado forte resistência política e social. Todavia, a influência exercida por Oswaldo Cruz no cenário político não foi suficiente para alterar o consenso positivista sobre a excepcionalidade da atuação estatal nos cuidados de saúde, não tendo conseguido transformar a “DGSP num órgão permanente, com organização definitiva e orçamento adequado, apto a se voltar para a saúde pública em nível nacional” (SCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 342).

Assim, a assistência médica aos indivíduos continuava dependente do acesso via mercado ou via assistência filantrópica, sendo iniciada já na Primeira República a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão ou Associações de Socorro Mútuo⁵, que geralmente previam esquemas com formas de auxiliar no financiamento do acesso a cuidados de saúde e a medicamentos, com laços de solidariedade entre indivíduos que exerciam o mesmo ofício. O Poder Público ficava responsável principalmente pela vigilância sanitária e pela atuação emergencial em casos de epidemias, ações que eram consideradas suficientes para garantir o desenvolvimento do país com base no modelo econômico da época (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Essa limitação da atuação governamental na área da saúde também criava desigualdades com contornos geográficos, pois Estados e Municípios mais ricos conseguiam prover melhores condições gerais de vida para seus habitantes, mas as regiões mais pobres e afastadas dos centros urbanos geralmente ficavam alijadas das ações de saúde pública.

A partir de 1910, verificou-se uma virada cultural, com o crescente enfoque da elite intelectual nas condições de vida nas áreas rurais e nos sertões, por meio, por exemplo, da literatura e de investigações científicas, como as realizadas por pesquisadores do Instituto

⁵ O Decreto n. 4.682/1923, que criou, em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados, é exemplo disso, constando do seu art. 9º que “Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito: 1º) a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; 2º) a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de administração; 3º) aposentadoria; 4º) a pensão para seus herdeiros em caso de morte”.

Oswaldo Cruz, que expuseram as precárias condições de vida nas regiões rurais do Brasil. Esse movimento foi importante para promover uma significativa alteração da agenda política no campo da saúde. Isso porque permitiu a superação da visão de que o progresso da nação deveria ocorrer por meio do branqueamento da raça – com o estímulo à atração de imigrantes europeus – por uma visão nacionalista de valorização da população brasileira, que via o aprimoramento das condições de saúde no interior do país como um fator central para alavancar o desenvolvimento econômico do Brasil (SCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 351-352).

Em 1918, a insuficiência da atuação do Poder Público na área da saúde nos centros urbanos e na zona rural foi exposta pelas inúmeras mortes causadas na pandemia de febre espanhola. Nesse mesmo ano, foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, composta por integrantes das elites política e intelectual e dirigida por Belisário Penna, um dos pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz responsáveis pelo relatório sobre as condições sociais e sanitárias do sertão (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Com apelo ideológico nacionalista, a Liga buscava uma reestruturação das ações de saúde pública e o saneamento das zonas rurais, compondo o movimento sanitaria (SCOREL; TEIXEIRA, 2011). Em que pese não ter conseguido apoio político suficiente para a criação de um Ministério da Saúde com autonomia técnica para tratar das ações de saúde pública, o movimento sanitaria logrou êxito em outras propostas (SCOREL; TEIXEIRA, 2011). Dos avanços conquistados, destacam-se a criação dos postos de profilaxia rural de forma acordada com os Estados, nos termos previstos nos Decretos n. 13.001/1918, n. 13.055/1918 e n. 13.139/1918; além da substituição da Diretoria-Geral de Saúde Pública pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), de acordo com o Decreto Legislativo n. 3.987/1920, cujo regulamento abarcou ações ligadas ao saneamento rural e ampliou a atuação governamental na área da saúde.

Entre os atos normativos da época que repercutiram no acesso da população brasileira a medicamentos, destaca-se o Decreto n. 13.000/1918, que criou o Serviço de Medicamentos Oficiais. O preâmbulo desse Decreto evidencia como o discurso patriótico e as propostas do movimento sanitaria influenciaram o cenário político e foram formalmente agregados às ações públicas na área da saúde:

Decreto n. 13.000, de 1º de Maio de 1918
O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil:
Considerando a **necessidade inadiável de sanear as zonas insalubres** de território nacional;
Considerando as medidas complexas e onerosas que esse saneamento exige e que se

devem ir desenvolvendo e aplicando até se conseguir completamente o alcance desejado;

Considerando que dessas medidas **a preliminar e a de mais proveito é a dos medicamentos oficiais que põem ao acesso do povo, pelo mínimo do custo, com as garantias de peso e de pureza, os específicos profiláticos e terapêuticos;**

Considerando que **a malária é a endemia mais generalizada por todo o Brasil**, onde, todos os anos, ceifa milhares de vidas preciosas, e que **por consenso universal e por experiência de outros povos é a quinina oficial o melhor meio profilático** e contra a sua propagação, antes da sua extinção pelos outros processos de saneamento: (grifo nosso)

Nota-se que o Decreto n. 13.000/1918 explicitava algumas premissas interessantes, a iniciar pelo reconhecimento da necessidade de saneamento de todo o território nacional e do acesso a medicamentos como uma forma preliminar e eficaz (“de maior proveito”) de combater a malária. A indicação de que a malária era o problema de saúde pública mais relevante no plano nacional à época justificava a escolha do medicamento que foi o primeiro foco dessa política pública. Nota-se, ainda, que os pilares do Serviço de Medicamentos Oficiais seriam a garantia de preço acessível dos medicamentos (“pelo mínimo custo”) e da qualidade dos produtos (“peso e pureza”). Também constava do preâmbulo que o medicamento objeto da política (quinina) configurava a tecnologia reconhecida e aceita como mais adequada à época, o que denotava um critério técnico para a sua escolha.

Outro ponto importante do Decreto n. 13.000/1918 é que, no art. 1º, já ficava expresso que o Serviço de Medicamentos Oficiais se iniciaria com a quinina e deveria ser ajustado de acordo com as alterações das circunstâncias e com as novas demandas para o saneamento do Brasil (BRASIL, 1918a).

Na sequência, o Decreto n. 13.159/1918 estabeleceu mais claramente o conceito de medicamentos oficiais como aqueles que se destinavam “ao combate das doenças endêmicas e epidêmicas” e seriam “vendidos pelo Estado”. Esse Decreto reforçou que a política apenas se iniciaria com a quinina, prevendo, no art. 1º, a possibilidade de expansão da lista de medicamentos, quando houvesse “suficiente dotação orçamentária”, para abarcar “o fornecimento, pelo Estado, do óleo de quenopódio, do thymol, do betanaphtel e de outros medicamentos específicos” (BRASIL, 1918b). E, para além da distribuição da quinina com valor próximo do preço de custo, o Decreto n. 13.159/1918 acrescentou a possibilidade de distribuição gratuita de medicamentos pela União, mas apenas na hipótese de “surto epidêmicos de malária”, conforme previa o art. 23.

O Instituto Oswaldo Cruz recebeu a responsabilidade pela manipulação da quinina no Decreto n. 13.000/1918, e pela manipulação e distribuição dos medicamentos em todo o país no Decreto n. 13.159/1918. No ano seguinte, o Decreto n. 13.527/1919 reorganizou o Instituto

Oswaldo Cruz, incluindo, em seus objetivos, a execução dos serviços de medicamentos oficiais e a verificação dos medicamentos adquiridos de outras instituições.

Com foco no interior do país, o Decreto n. 13.538/1919 reorganizou o Serviço de Profilaxia Rural, explicitando em seu art. 1º que visava, “sobretudo, as três grandes endemias dos campos – uncinariose, impaludismo e doença de Chagas – além das outras entidades mórbidas que reinam no paio com caráter epidêmico ou endêmico”. Esse Decreto (art. 15) também colocou a cargo do Instituto Oswaldo Cruz o fornecimento dos medicamentos necessários para a execução desse serviço (BRASIL, 1919b).

Ainda em relação ao acesso a medicamentos pela população residente na zona rural, destaca-se que o Decreto n. 8.072/1910 criou o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, cujo regulamento, editado por meio do Decreto n. 9.214/1911, previu (art. 35) que, nos Centros Agrícolas, os trabalhadores nacionais receberiam como “favores” o fornecimento gratuito de “gêneros para manutenção de sua família, medicamentos e dieta, dentro dos primeiros três meses de estabelecimento no Centro Agrícola”, além de assistência médica enquanto não fosse emancipado o Centro (BRASIL, 1911). Com previsão semelhante, mas com benefícios mais amplos para os trabalhadores imigrantes, o Decreto n. 9.081/1911, ao estabelecer novo regulamento para o Serviço de Povoamento, garantiu (art. 56) aos imigrantes agricultores o fornecimento de medicamentos e dieta gratuitamente em caso de moléstia, pelo período de um ano da chegada ao núcleo colonial, além da assistência médica gratuita até a emancipação do núcleo.

Em relação à saúde dos trabalhadores, o Decreto n. 3.724/1919, ao regular as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho, estabeleceu (art. 13) que “em todos os casos o patrão é obrigado a prestação de socorros médicos e farmacêuticos, ou sendo necessários, hospitalares, desde o momento do acidente.” (BRASIL, 1919a). Aqui, vale mencionar que os operários urbanos já estavam organizados e mobilizados para buscar melhores condições de vida e que, em 1917, fizeram a primeira greve geral na cidade de São Paulo (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Em 1920, as ações de saúde pública do governo central foram reorganizadas com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A partir de então, o fornecimento de medicamentos oficiais ficou sob responsabilidade desse Departamento, o que seria intermediado pelo Instituto Oswaldo Cruz, conforme o regulamento constante do Decreto n. 14.354/1920. Esse regulamento também previu, entre as inúmeras atribuições do DNSP, o fornecimento de soros e vacinas necessários ao combate de epidemias em todo o

território nacional, bem como a fiscalização dos “produtos farmacêuticos, de soros, vacinas e quaisquer outros produtos biológicos expostos à venda” (BRASIL, 1920).

Em relação ao Serviço de Profilaxia Rural, o art. 1.038 do Decreto n. 14.354/1920 previu que a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural deveria providenciar depósitos regionais de quinina para garantir a venda a preço de custo, além de fornecer gratuitamente o medicamento aos indigentes. Outro ponto de destaque do extenso regulamento do DNSP, que tinha 1.195 artigos, foi a edição de normas sobre a prescrição de medicamentos pelos médicos, parteiras e cirurgiões dentistas; a comercialização de medicamentos; e o funcionamento de farmácias e drogarias.

O Decreto n. 14.646/1921 consolidou as normas que tratavam do Serviço de Medicamentos Oficiais, estabelecendo, em seu art. 1º, que tal Serviço ficaria cometido diretamente ao Instituto Oswaldo Cruz, o qual assumiu a responsabilidade de adquirir e/ou produzir as substâncias medicamentosas para esse Serviço, dependendo do que gerasse maior vantagem econômica.

Ademais, o Decreto n. 14.646/1921 estabeleceu que os operários das estradas de ferro exploradas pela União deveriam receber gratuitamente a quinina oficial “para uso profilático e curativo” quando em serviço em zonas de impaludismo. O mesmo deveria ser feito pelas empresas privadas ferroviárias, industriais, fabris, agrícolas ou de qualquer natureza, que receberiam subsídio progressivo do governo na aquisição da quinina oficial, proporcional à necessidade do medicamento por seus empregados.

No âmbito dos Serviços de Saneamento Rural, o Decreto n. 14.646/1921 dispôs que a distribuição deveria ser gratuita apenas durante epidemias e para as pessoas que não tivessem condições de adquirir o medicamento.

Com repercussão sobre a dimensão de acesso a medicamentos decorrente do atendimento hospitalar, os Decretos n. 5.058/1926 e n. 17.547/1926 criaram e regulamentaram o Serviço de Assistência Hospitalar no Brasil. Esse Serviço objetivava a ampliação da assistência hospitalar no país por meio de medidas que incluíam a estruturação pela União de assistência hospitalar para o tratamento de enfermos indigentes e necessitados no Distrito Federal, bem como a orientação dos governos estaduais e das instituições privadas que pretendessem instaurar estabelecimentos de assistência médico-social.

O Serviço de Assistência Hospitalar era dirigido por um Conselho composto pelos Diretores do Instituto Oswaldo Cruz, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, do Departamento Nacional de Saúde Pública e de instituições privadas com objetivos médico-

sociais. O Conselho deveria providenciar a instalação de um laboratório químico farmacêutico em um dos hospitais do governo federal para preparar os medicamentos necessários aos cuidados dos pacientes. Além disso, deveria criar farmácias em todos os hospitais para fornecer os medicamentos prescritos nas respectivas unidades, em seus serviços clínicos internos ou nos ambulatórios de consulta e tratamentos para indigentes e necessitados. Para reduzir o impacto no orçamento público decorrente do funcionamento desses hospitais, o Decreto permitia a internação de até um terço de “doentes contribuintes”, e o Conselho deveria editar tabelas anuais de contribuição dos doentes, observado o “critério fundamental de preços módicos, ao alcance de todas as classes” (BRASIL, 1926).

É importante ter em mente que a implementação dos projetos e normas que trataram das políticas de saúde pública dependia de articulações de interesses políticos e econômicos dos diversos agentes e setores afetados pelas alterações propostas. Assim, destaca-se que muitos avanços no âmbito legislativo não se concretizaram em melhores condições de vida para a população brasileira, como ocorreu com o Departamento Nacional de Saúde, cuja atuação não se deu nas proporções previstas no projeto de sua criação (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

De toda forma, nas primeiras décadas da República brasileira, houve uma expansão do debate e da conscientização sobre a necessidade de aprimorar as condições de saúde em todo o território nacional.

Nesse sentido, a garantia do acesso a medicamentos já era apontada pelo Serviço de Medicamentos Oficiais como uma importante estratégia para alcançar o objetivo de sanear as zonas insalubres do Brasil. Todavia, o acesso ao cuidado medicamentoso nesse período ainda era precário e não equitativo – horizontal ou verticalmente –, tendo em vista a limitação do rol de medicamentos distribuídos, o foco na venda dos medicamentos a preço de custo com excepcionais hipóteses de gratuidade e a dificuldade de expandir o Serviço de Medicamentos Oficiais para as áreas rurais mais afastadas. Dessa forma, nem a cobertura da assistência farmacêutica se embasava na igualdade de oportunidades de acesso a medicamentos para todas as pessoas, nem o esquema de financiamento do acesso ao cuidado medicamentoso assumia contornos que possibilitassem a equalização das desigualdades geradas pela estrutura de classes.

3.2 Era Vargas – 1930 a 1945

A crise econômica mundial acarretada pela quebra da bolsa de valores de Nova Iorque em 1929 impactou o desempenho da economia brasileira, fragilizando o poder econômico e político das oligarquias agrárias que dominavam o cenário político nacional, sobretudo a paulista e a mineira (SCOREL; TEIXEIRA, 2011). A instabilidade política permitiu a chegada de Getúlio Vargas à Presidência da República em 1930, com uma agenda de governo mais centralizador e forte na condução do desenvolvimento da nação, o que, em 1937, foi intensificado com a instauração do período ditatorial conhecido como Estado Novo.

O aumento da concentração da população nos centros urbanos, o início da mobilização dos operários urbanos e a consolidação de uma elite econômica industrial pressionaram pela estruturação de uma política econômica, cujo eixo ideológico se distanciava dos interesses das oligarquias regionais para buscar o desenvolvimento da nação por meio da integração nacional e da valorização do trabalho e do operário urbano (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

A despeito do movimento sociocultural observado a partir dos meados da década de 1910 para a conscientização sobre a necessidade de melhorar as condições de vida na zona rural do Brasil, a crise econômica, o engajamento dos setores urbanos industriais e a resistência das oligarquias agrárias contra a interferência do governo central fizeram com que o governo de Vargas avançasse mais no reconhecimento de direitos sociais para a população situada nos centros urbanos (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

A Constituição de 1934 diferiu das anteriores quando, ao disciplinar os direitos e garantias individuais, previu a garantia do direito à “subsistência”, além da inviolabilidade do direito à liberdade, à segurança individual, à propriedade e à. O exercício do direito de propriedade passou a ter como limite o “interesse social ou coletivo” (art. 113). Nesse sentido, o art. 113 estabeleceu que a “todos cabe o direito de prover à própria subsistência e à de sua família, mediante trabalho honesto”, e que o Poder Público deveria amparar, na forma da lei, os que estivessem em situação de “indigência” (BRASIL, 1934). A essa previsão de amparo público aos indivíduos necessitados, somava-se a previsão (art. 115) de que a ordem econômica deveria “ser organizada conforme os princípios da Justiça e as necessidades da vida nacional” para possibilitar a todos uma “existência digna”. Complementarmente, foi atribuída (parágrafo único do art. 115) aos Poderes Públicos a responsabilidade de verificar os padrões de vida nas regiões do país (BRASIL, 1934).

Outro ponto de destaque do texto constitucional de 1934 consistia na previsão (art.

121) de que a lei deveria regulamentar “as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País”. No rol de preceitos constitucionais estabelecidos para melhorar as condições de vida do trabalhador, estava a previsão de “assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante”, bem como de “instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte” (BRASIL, 1934).

Essas previsões consignadas na Constituição de 1934, relativas à intervenção estatal para prover bem-estar aos indivíduos, indicavam o reconhecimento de que a perda da capacidade de prover o próprio bem-estar via mercado passava a configurar uma questão social. Dessa forma, reuniram-se, nesse momento, as condições mínimas para o surgimento do Estado de Bem-Estar Social brasileiro.

Assim, a partir da década de 1930, foram reconhecidos formalmente na legislação brasileira direitos sociais, abarcando, inicialmente, uma parcela reduzida da população consistente nos trabalhadores formais do setor urbano-industrial (KERTENETZKY, 2012b; ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Nesse período, denominado por Kerstenetzky (2012b) de Corporativismo Varguista, o modelo de Estado de Bem-Estar Social brasileiro reunia as características do regime Conservador ou Corporativista de Esping-Andersen. Com explícita inspiração no modelo bismarckiano (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011), o regime brasileiro era caracterizado pela cobertura dos serviços sociais limitada a indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho, com a diferenciação de direitos sociais de acordo com as classes dos trabalhadores e com forte dependência da família na provisão de bem-estar social.

O advento da Constituição de 1937 marcou o início do governo ditatorial de Vargas e alterou significativamente o tratamento dispensado aos direitos de cidadania, redefinindo os contornos do Estado de Bem-Estar Social brasileiro. Os direitos e garantias individuais voltaram a abarcar o direito à liberdade, à segurança individual e à propriedade, sem o direito à “subsistência” (art. 122) (BRASIL, 1937). O exercício de todos os direitos e garantias individuais tinham como limite “o bem público, as necessidades da defesa, do bem-estar, da paz e da ordem coletiva, bem como as exigências da segurança da Nação e do Estado” (art. 123) (BRASIL, 1937).

Na seara dos direitos sociais, o direito ao trabalho como meio de prover a subsistência dos indivíduos e suas famílias foi transformando em “dever social” (art. 137), sendo mantida

a previsão de assistência médica e higiênica para o trabalhador e a gestante dentre os preceitos estipulados constitucionalmente para a legislação trabalhista. Destaca-se que tais preceitos para a legislação trabalhista e a liberdade de associação profissional ou sindical foram suspensos por meio do Decreto n. 10.358/1942, que decretou estado de guerra em todo o território nacional.

Os dispositivos constitucionais relativos à ordem econômica também refletiram mudanças significativas, com a supressão do princípio da justiça e da necessidade de a ordem econômica possibilitar a todos uma existência digna, para incluir a noção de “bem público” e “interesses da Nação” como parâmetros para limitar a liberdade econômica (art. 135).

No campo da saúde pública, atendendo parcialmente a uma das propostas do movimento sanitaria, o Decreto n. 19.402 criou, em novembro de 1930, uma Secretaria de Estado denominada “Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública”. Em dezembro de 1930, foi editado o regulamento dos serviços sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), nos termos do disposto no Decreto n. 19.444/1930. Ressalta-se que esse Ministério enfrentou dificuldades para consolidar sua atuação, mas avançou na institucionalização de um aparato burocrático centralizado e complexo na área da saúde, notadamente após a promulgação da Constituição de 1934 e a retomada da estabilidade política (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Especificamente em relação às ações de saúde pública, o novo Ministério contava com o Departamento Nacional de Saúde Pública, posteriormente nominado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social; com o Departamento Nacional de Medicina Experimental, constituído pelo Instituto Oswaldo Cruz e estabelecimentos federais congêneres; e com o Departamento Nacional de Assistência Pública, que incorporou o Serviço de Assistência Hospitalar. Assim, verifica-se que o MESP reuniu as estruturas administrativas que já atuavam na área da saúde pública, indicando uma continuidade do foco das intervenções estatais no campo da saúde pública, sem considerar a provisão mais ampla dos cuidados médicos individualizados entre as responsabilidades a cargo do Poder Público.

Em 1937, o MESP passou a ser denominado de Ministério da Educação e Saúde (MES) na reforma promovida pelo então Ministro Gustavo Capanema. A reestruturação do MES e a instauração do governo ditatorial promoveram a intensificação da intervenção da União nas ações de saúde pública em todo o país (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

No movimento de centralização das ações de saúde pública, o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social passou a implementar diversos serviços nacionais de

combate a doenças específicas, ampliando o rol das doenças enfrentadas por meio das ações de saúde pública.

Entre os diversos serviços estruturados nacionalmente para o enfrentamento de doenças específicas no âmbito do Departamento Nacional de Saúde, destaca-se que, em 1941, o Decreto n. 3.643 criou o Serviço Nacional do Câncer, o que ilustra a ampliação das ações de saúde pública para além das doenças infectocontagiosas, como ocorria anteriormente. Os demais Serviços Nacionais de Saúde, ligados ao Departamento Nacional de Saúde, abarcavam a peste, a tuberculose, a febre amarela, a malária, doenças mentais, a educação sanitária, a fiscalização da medicina, a saúde dos portos, a bioestatística e a água e esgotos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 363).

Em que pese ter havido uma expansão dos serviços prestados e um alargamento da cobertura territorial das ações de saúde pública promovidas pelo governo federal por meio do MES, o escopo das políticas de saúde pública permaneceu limitado, sobretudo, à melhoria das condições sanitárias, ao combate de epidemias e à prestação de assistência hospitalar aos indigentes.

Para além dessa esfera de saúde pública ou coletiva, a garantia constitucional da “assistência médica e sanitária ao trabalhador” foi implementada dentro da estrutura da previdência, sendo denominada assistência médica previdenciária. Nesse sentido, foram estruturados institutos previdenciários a partir das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão, que até então consistiam em entidades filantrópicas, sem ônus para os cofres públicos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

A partir da década de 1930, o governo federal passou a regulamentar a criação e a estrutura dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, que ficaram subordinados ao Conselho Nacional do Trabalho. A Lei n. 159/1935 regulamentou a contribuição para a formação da receita dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, especificando o percentual de contribuição por parte da União, além das contribuições dos empregados e empregadores, conforme já era previsto na Constituição e que formalmente iniciaria o aporte de recursos públicos a esses institutos, numa estrutura tripartite de contribuição para a previdência social.

Não obstante os repasses financeiros da União não terem ocorrido nos moldes propostos, essas instituições, que anteriormente já assumiam, entre seus objetivos, alguma forma de assistência médica e farmacêutica, mantiveram essa função. Vale registrar, contudo, que a assistência médica previdenciária foi limitada pelo governo federal para conter os

gastos dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 359).

No setor dos serviços públicos, o Decreto n. 20.465/1931 reformou a legislação das Caixas de Aposentaria e Pensões para tornar obrigatória (art. 1º) a associação a tais instituições dos empregados de todas as classes que atuassem em serviços públicos de “transporte, de luz, força, telégrafos, telefones, portos, água, esgotos ou outros” que fossem “explorados diretamente pela União, pelos Estados, Municípios ou por empresas”. O parágrafo único do art. 23 desse Decreto incluiu, entre os benefícios para os associados das Caixas de Aposentadoria e Pensão, “serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos”, mas atribuiu um caráter provisório a esses serviços, prevendo que seriam prestados apenas enquanto não houvesse “legislação especial relativa a essas formas de assistência social” (BRASIL, 1931). Além disso, com o intuito de reduzir as despesas dos institutos, o Decreto limitou os recursos que poderiam ser destinados aos serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos a 8% da receita anual apurada no exercício anterior, o que ainda dependia da aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Essa intervenção estatal reduzindo os recursos alocados nos cuidados de saúde desagradou os associados, e o Decreto n. 21.081/1932 foi editado para ampliar os limites para a assistência médica e farmacêutica. Esse Decreto explicitou, em seu preâmbulo, que isso se devia a “diversos pedidos feitos ao Governo e ao Conselho Nacional do Trabalho” e tinha o objetivo de evitar “perturbações nas organizações existentes”. Nessa senda, o art. 23 desse Decreto ampliou o limite para 10% da receita anual dos institutos, mas, ainda no esforço de conter as despesas com esses serviços, incluiu uma regulamentação dos “serviços farmacêuticos” para indicar que deveriam consistir exclusivamente no “fornecimento de medicamentos pelo menor preço possível, nunca abaixo do custo” (BRASIL, 1932).

Mesmo com a assistência médica e farmacêutica em segundo plano, a expansão das categorias profissionais cobertas por Institutos de Aposentadoria e Pensão promoveu um avanço da assistência médica individual a partir da década de 1930, limitada à parcela da população progressivamente coberta pelo sistema previdenciário à época (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Ainda no âmbito das relações de trabalho, o Decreto-Lei n. 7.036/1944 reformou a Lei de Acidentes do Trabalho, mantendo para o empregador a responsabilidade de “prestar ao acidentado a devida assistência médica, farmacêutica e hospitalar, além das respectivas indenizações” (art. 12) (BRASIL, 1944).

Nesse cenário, o acesso aos cuidados médicos individualizados ficava a cargo do mercado ou da provisão via institutos previdenciários para os trabalhadores formais e suas famílias, o que excluía uma grande parcela da população brasileira. O hiato existente entre as esferas da saúde pública e da assistência médica previdenciária era marcado pela vinculação desta ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e não ao Ministério da Educação e Saúde.

No que toca às políticas que repercutiram no acesso a medicamentos para além da assistência médica previdenciária, o Decreto n. 20.043/1931, que regulamentou o Departamento Nacional de Medicina Experimental, manteve o Serviço de Medicamentos Oficiais sob a competência do Instituto Oswaldo Cruz, fazendo referência à estrutura original desse serviço prevista no Decreto n. 13.159/1918. Também foram atribuídos a esse Instituto o preparo de produtos biológicos e químicos, destinados ao tratamento e à profilaxia das doenças do homem e dos animais; preparo da vacina antivariólica; e a análise de soros, vacinas e outros produtos biológicos colocados no mercado (BRASIL, 1931).

Em relação à assistência farmacêutica fornecida aos agricultores, o Decreto n. 19.482/1930 unificou o tratamento dado aos trabalhadores nacionais e imigrantes (art. 7º), passando ambos a ter direito a receber medicamentos e dieta gratuitamente no caso de moléstia pelo período de um ano da chegada ao núcleo ou colônia, bem como a ter assistência médica gratuita até a emancipação do núcleo ou colônia agrícolas (BRASIL, 1930).

Para os pescadores do Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro e suas famílias, bem como para os pescadores em trânsito, a criação da Policlínica de Pescadores buscou garantir a “assistência médica, cirúrgica, odontológica e farmacêutica, mantendo ainda um serviço de socorro de urgência e outro de assistência médico-social”, por meio do Decreto-Lei n. 3.118/1941 (art. 3º). Diferentemente dos demais serviços, que deveriam ser prestados gratuitamente aos pescadores, o acesso aos medicamentos dependia do pagamento, ainda que com a vantagem de ser cobrado o preço de custo. Em setembro de 1941, foi editado o Decreto n. 3.624 para incluir a previsão de fornecimento gratuito dos medicamentos na Policlínica de Pescadores, o que era condicionado à comprovação da situação de indigência e dependia do “juízo do chefe dos Serviços médico-cirúrgicos” (BRASIL, 1941).

Nesse contexto, houve uma ampliação das políticas de acesso a medicamentos, mas com cobertura populacional ainda muito segmentada e limitada, além de uma estrutura centrada na noção de fornecimento dos medicamentos a preço de custo, com escassas previsões de gratuidade. Dessa forma, as noções de equidade horizontal e vertical ainda não

podiam ser inferidas do arcabouço normativo que disciplinava as políticas de fornecimento de medicamentos, pois sequer havia diretrizes para tratar, de modo isonômico, os trabalhadores formais aos quais foram reconhecidos o direito à assistência médica e farmacêutica; e o financiamento dos medicamentos não estava pautado em esquemas que garantissem a compatibilidade do custo com a capacidade de pagamento da população em geral.

3.3 Segunda República – 1946 a 1964

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e com o fim do governo ditatorial de Getúlio Vargas em 1945, o Brasil buscou reestruturar as bases democráticas de desenvolvimento da nação, com a promulgação da Constituição de 1946. Todavia, o país ainda atravessaria um período conturbado, marcado por mais de 60 greves nos primeiros meses de 1946 pleiteando o cumprimento da legislação trabalhista e o descongelamento do salário mínimo (SCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 367).

No texto constitucional de 1946, os direitos e garantias individuais incluíram, pela primeira vez, o direito à vida, além da garantia à liberdade, à segurança individual e à propriedade (art. 141). O uso da propriedade passou a ficar condicionado ao “bem-estar social” (art. 147). A legislação do trabalho e da previdência tinham como preceito, para melhorar as condições dos trabalhadores, a “assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante”.

Na disciplina da ordem econômica e social, o trabalho foi considerado uma “obrigação social”, devendo ser assegurado a todos “trabalho que possibilite existência digna” (parágrafo único do art. 145). Ademais, o “princípio da justiça social” foi previsto como baliza para a organização da ordem econômica (art. 145).

Assim, os dispositivos constitucionais indicavam a estruturação de um Estado de Bem-Estar Social mais comprometido com a garantia de melhores condições de vida para os cidadãos.

Vale ressaltar que, no período do pós-guerra, foi significativa a repercussão internacional causada pela implementação do Plano Beveridge na Inglaterra, sobretudo pela estruturação do sistema nacional de saúde pautado no princípio da universalidade da cobertura. Ainda na área da saúde, em 1946, a criação da Organização Mundial da Saúde formalizou, na agenda internacional, a necessidade de se garantir o direito à saúde como um direito fundamental de todo ser humano, “sem distinção de raça, de religião, de credo político,

de condição econômica ou social” (OMS, 2014), o que apontava abertamente para uma perspectiva do direito à saúde atrelada às noções de universalidade e de equidade.

Diante desse novo panorama constitucional e internacional, foram promovidas alterações na regulamentação, na estrutura e no nível de gasto na área da saúde no Brasil. É importante salientar que tais alterações não promoveram a superação, nesse momento, da dualidade entre as ações de saúde pública e a assistência médica previdenciária limitada à parcela da população coberta pelo esquema de previdência. Pelo contrário, ganhou espaço e influência no cenário político brasileiro o “Sanitarismo Desenvolvimentista”, que entendia os problemas de saúde pública como dependentes primordialmente do desenvolvimento econômico do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2011; PIOLA et al. 2009). Assim, mesmo com a edição de normas que passaram a indicar uma disciplina diferenciada das políticas de saúde, por vezes sinalizando para a ampliação dos cuidados de saúde, a expansão da provisão de cuidados de saúde individualizados permaneceu concentrada no âmbito de cobertura da previdência.

No primeiro governo desse período, de 1946 a 1951, não houve alterações relevantes na área da saúde, mas o Presidente Gaspar Dutra conseguiu a aprovação do Plano para a Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (Plano SALTE), por meio da Lei n. 1.102/1950. Contudo, esse Plano continha referências vagas às ações no âmbito da saúde, e os recursos efetivamente alocados na implementação da lei privilegiaram a área dos transportes, de modo que não alavancou mudanças profundas na área da saúde pública (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Nesse período, destaca-se a criação do Ministério da Saúde (MS), por meio da Lei n. 1.920/1953, como um avanço na estruturação autônoma das ações de saúde pública. Em que pese ter sido atribuída ao Ministério da Saúde a responsabilidade de cuidar dos “problemas atinentes à saúde humana” (art. 1º) – e não mais “saúde pública”, como era descrita a competência do Ministério da Educação e Saúde –, o escopo geral das ações de saúde pública não foi alterado. Registra-se que, até 1964, o MS teve uma atuação incipiente, sendo dirigido por 14 ministros nos 10 primeiros anos de sua criação (SCOREL; TEIXEIRA, 2011).

No campo normativo, a Lei n. 2.312/1954 estabeleceu normas gerais sobre “Defesa e Proteção da Saúde”, sinalizando, com os termos adotados em seu texto, para um projeto político mais amplo, quicá universal, de cobertura dos cuidados de saúde. Em seu art. 1º, essa Lei definiu, como dever do Estado e da família, a defesa da saúde do indivíduo, estipulando, no art. 3º, que o “órgão federal de saúde” tinha a responsabilidade, entre outras, de “traçar e

executar planos de assistência médico-sanitária, hospitalar e medicamentosa ao homem brasileiro” e de “realizar e orientar ampla educação sanitária do povo” (BRASIL, 1954b).

No entanto, as normas que foram editadas posteriormente para regulamentar a Lei n. 2.312/1954 deixaram claro que, de um lado, a ampliação da assistência médica se daria no âmbito de atuação dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, o que se extrai do Decreto n. 37.271/1955, tratado mais adiante, que objetivava criar uma Comunidade do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social. De outro lado, essas normas indicaram que a atuação do Estado na área da saúde continuaria com foco na “adoção das medidas preventivas, de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade”, atuando subsidiariamente para “prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la”. E isso apenas quando as famílias não conseguissem cumprir a sua responsabilidade de adotar as “medidas preventivas, de caráter individual, recomendadas pelas autoridades sanitárias” e de prover “adequada assistência médica de seus integrantes, quando doentes”, conforme expressamente estabelecido no art. 2º do Decreto n. 49.974-A/1961, que regulamentou a Lei n. 2.312/1954, criando o Código Nacional de Saúde (BRASIL, 1961).

De toda forma, a inclusão, expressa na Constituição, da assistência hospitalar e médica preventiva para os trabalhadores permitiu a expansão dos serviços e dos recursos alocados na área da saúde pelos institutos de previdência⁶.

Na esfera de atuação dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, a Lei n. 1.532/1951 estabeleceu uma comunidade de serviços médicos, que, inicialmente, deveria desempenhar ações de combate à tuberculose, sem previsão expressa na lei de qualquer tipo de assistência farmacêutica. Com o intuito de avançar na padronização e expansão dos serviços médicos previdenciários, foi aprovado, em abril de 1955, o regulamento da Comunidade do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS), nos termos do Decreto n. 37.271/1955.

Com menção expressa à Lei n. 2.312/1954, o Decreto n. 37.271/1955 consubstanciava uma proposta ambiciosa de criar um órgão para prestar assistência médica previdenciária em todo o território nacional para associados de todos os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões. Tal órgão ficaria subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, mas

⁶ Os gastos com a assistência médico-hospitalar, que representavam 2,3% da receita dos institutos em 1945, chegaram a 10% em 1952, percentual mantido até 1962; além disso, em 1948, os institutos de previdência tinham cinco hospitais próprios, e esse número aumentou progressivamente, chegando a 32 em 1978 (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 368-369)

teria a “orientação técnica do Ministério da Saúde” (art. 2º), o que propunha uma aproximação das esferas de competência desses Ministérios. Também era ambiciosa a pretensão de estender os cuidados de saúde que o SAMPS prestava para abarcar “todos os serviços de assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e sanatorial mantidos pelos Institutos e pela Caixa de Aposentadoria e Pensões”, bem como o “Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), e de assistência médica aos acidentados do trabalho”. Especificamente em relação ao fornecimento de medicamentos, esse Serviço abarcaria a distribuição, a preço de custo, dos medicamentos aos segurados quando receitados pelos médicos a serviço do SAMPS, além do fornecimento gratuito dos medicamentos destinados a segurados internados por conta do SAMPS (art. 49) (BRASIL, 1955).

Todavia, em dezembro do mesmo ano, o Decreto n. 38.482/1955 suspendeu a execução do Decreto n. 37.271/1955, com a indicação de justificativa evasiva no sentido de que a comunidade de serviços exigiria, “para a sua eficaz implantação, exame mais detido e solução prévia e adequada de diversos assuntos da previdência social”. E o Decreto n. 38.805/1956 prorrogou o prazo para a revisão do Decreto n. 37.271/1955.

Durante o governo do Presidente Juscelino Kubitschek, de 1956 a 1960, destaca-se o esforço para coordenar as ações de saúde pública executadas pelos Serviços Nacionais de doenças específicas. Nesse sentido, a Lei n. 2.743/1956 criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) dentro da estrutura do Ministério da Saúde, com a competência de “organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose”, dentre outras doenças (BRASIL, 1956).

Para além disso, em agosto de 1960, a Lei n. 3.807 – Lei Orgânica da Previdência Social – buscou consolidar a cobertura de todos os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões em todo o território nacional, estabelecendo a padronização dos benefícios e contribuições. O art. 45 dessa Lei previa que a assistência médica compreenderia cuidados clínicos, cirúrgicos, farmacêuticos e odontológicos, mas a amplitude da assistência médica ainda dependeria das regras específicas de cada entidade previdenciária e dos respectivos recursos disponíveis.

Assim, o Decreto n. 48.959-A/1960 – Regulamento Geral da Previdência Social – estabeleceu, em termos gerais, que a assistência médica poderia ser executada conjunta ou separadamente pelos Institutos, definindo como princípio que o fornecimento de

medicamentos se daria com a venda a preço de custo.

Todavia, na mesma linha do que ocorreu com o SAMPS, a Lei Orgânica da Previdência Social teve resistências para sua implementação, que somente foi efetivada durante a ditadura militar, quando a Lei foi substancialmente alterada. Nesse sentido, vale notar que, apenas em 1966, o Decreto-Lei n. 72 unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

No que tange ao trabalhador rural, a Lei n. 4.214/1963 estabeleceu o estatuto para regulamentar as relações de trabalho rural, definindo, no art. 178, os “benefícios de ordem social e educativa”, dentre os quais constava o “fornecimento gratuito de medicamentos de urgência e remédios de tipo caseiro aos trabalhadores rurais e suas famílias” (BRASIL, 1963). Ainda em decorrência da instabilidade política latente no último ano do mandato do Presidente João Goulart, a implementação desse estatuto somente foi levada a cabo durante o governo militar (ESCOREL; TEIXEIRA, 2011).

Nesse contexto, em relação às normas que repercutiram mais diretamente na seara da assistência farmacêutica, foi criado, em 1954, o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, por meio da Lei n. 2.187, com objetivos que incluíam o exame de drogas e outros produtos de interesse para a saúde pública; o fomento ao “desenvolvimento técnico-científico da indústria farmacêutica do país, estabelecendo, mantendo e fornecendo normas e padrões necessários a essa indústria e à de produtos biológicos”; bem como a emissão de parecer técnico “nos pedidos feitos ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina de licenciamento de novos produtos de qualquer natureza” (BRASIL, 1954a).

Em 1957, o Decreto n. 41.904 regulamentou o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF), integrante do Departamento Nacional de Saúde, dentro da estrutura do Ministério da Saúde. Nesse regulamento, foi mantido, a cargo do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, o exame das drogas e medicamentos e o apoio ao desenvolvimento técnico-científico da indústria farmacêutica no país. Em 1961, o citado Decreto n. 49.974-A/1961, que instituiu o Código Nacional de Saúde, estabeleceu um rol mais amplo de competências, a cargo do órgão federal de saúde, relativas à fiscalização ligada à produção e à distribuição de medicamentos.

Ainda em relação ao mercado farmacêutico, o Decreto n. 51.685 criou, em janeiro de 1963, um grupo de trabalho sobre a indústria químico-farmacêutica nacional, presidido pelo Diretor do Instituto Oswaldo Cruz e com representantes do Serviço de Saúde do Exército, do Ministério da Saúde, da Indústria Privada, do Instituto Vital Brasil, da Sociedade Brasileira de

Higiene, da Carteira de Comércio Exterior, do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico, do Conselho do Desenvolvimento e da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria.

As motivações constantes do preâmbulo do Decreto n. 51.685/1963 expressavam o reconhecimento da importância de se garantir o acesso a medicamentos e a preocupação com o aumento dos preços à época, que significava uma barreira de acesso a uma parcela substancial da população, nos seguintes termos:

CONSIDERANDO que **os produtos farmacêuticos são essenciais à saúde do povo** e, por isso, **os seus preços devem ser mantidos, em limites compatíveis com a capacidade aquisitiva das camadas menos favorecidas** da população;

CONSIDERANDO que **os preços dos remédios vêm sendo majorados, além de limites toleráveis;**

CONSIDERANDO a necessidade de corrigir a curto prazo, essa situação, mediante a fabricação, diretamente por laboratórios oficiais e privados, de **produtos considerados básicos para terapêutica das doenças mais comuns;**

CONSIDERANDO que a indústria químico-farmacêutica nacional, se receber os incentivos adequados para a sua expansão, poderá suprir o mercado interno a preços razoáveis, e, ainda, contribuir para a redução do volume da importação desses produtos; decreta: (grifo nosso)

Para dimensionar o problema decorrente dos altos preços dos medicamentos no acesso da população a esse cuidado de saúde, cabe ressaltar que as políticas então vigentes – tanto na área da assistência médica previdenciária quanto na área da saúde pública – adotavam, como regra, o benefício consistente na aquisição do medicamento a preço de custo, sendo pontuais as ações assistenciais que garantiam o fornecimento gratuito de medicamentos, geralmente condicionadas à comprovação da situação socioeconômica.

Diante desse quadro, depreende-se do preâmbulo do Decreto n. 51.685/1963 que a solução considerada mais adequada à época para lidar com a acessibilidade financeira aos medicamentos perpassava a definição de um rol dos “produtos considerados básicos para terapêutica das doenças mais comuns”, já indicando a importância que a lista de medicamentos básicos ou essenciais assumiria nas políticas públicas elaboradas desde aquele momento até os dias atuais no Brasil. Com base nisso, a indústria químico-farmacêutica nacional, incluindo laboratórios públicos e privados, receberia incentivos para produzir a “preços razoáveis” os produtos constantes do rol, buscando-se a redução da dependência da importação dos medicamentos (BRASIL, 1963b).

Para dar conta desse projeto, o grupo de trabalho criado tinha, entre as suas finalidades (art. 1º), a elaboração de uma “relação de medicamentos que atendam às necessidades mais

comuns da população”, além de propor diversas medidas para, em síntese, ampliar a produção dos medicamentos da lista e difundir a sua prescrição pelos médicos (BRASIL, 1963b).

Todavia, em setembro do mesmo ano, o Decreto n. 52.471/1963 criou o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (GEIFAR) e definiu, como diretrizes básicas para a expansão e o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica nacional (art. 1º), a “substituição das importações”, a “ampliação da produção [nacional] de medicamentos” e a “redução do custo dos medicamentos” (BRASIL, 1963c).

Apesar de ter finalidades semelhantes às do grupo de trabalho criado pelo Decreto n. 51.685/1963, o GEIFAR recebeu competências mais amplas e interventivas no mercado farmacêutico. Assim, além das competências (art. 7º) de “elaborar a relação básica e prioritária de medicamentos necessários à terapêutica das doenças mais frequentes” e “examinar as condições de suprimento de medicamentos à população, propondo medidas para o atendimento de suas necessidades imediatas”, cabia ao GEIFAR propor os tetos para o preço de venda dos medicamentos e “propor medidas disciplinadoras da propaganda relacionadas com medicamentos, de modo a coibir os seus excessos” (BRASIL, 1963c). Na esfera interna da estrutura burocrática federal, esse Decreto dispunha (parágrafo único do art. 7º) que 30% das compras realizadas pela administração direta e indireta deveria ser de produtos constantes da “relação básica e prioritária de medicamentos”.

Outro ponto de destaque é que, diferentemente do grupo de trabalho anterior, o GEIFAR tinha uma representatividade mais restrita, sendo presidido pelo Ministro da Saúde e integrado por representantes do Ministério da Indústria e Comércio, do Ministério da Saúde, do Ministério de Segurança Nacional, do Banco do Brasil S. A., do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico, da Superintendência da Moeda e do Crédito, da Carteira do Comércio Exterior do Banco do Brasil S. A., da Superintendência Nacional do Abastecimento (SUNAB). Representantes do Instituto Oswaldo Cruz, da Sociedade Brasileira de Higiene, da indústria químico-farmacêutica privada e dos trabalhadores da indústria químico-farmacêutica foram aliados do novo grupo.

Em fevereiro de 1964, em momento anterior ao golpe militar, o Decreto n. 53.612/1964 aprovou a “relação de medicamentos essenciais”, apontando, em seu preâmbulo, para “a necessidade de dar aplicação mais racional às verbas governamentais, notadamente às que se destinam a aquisição de medicamentos” (BRASIL, 1964a). Esse Decreto deixava a cargo do GEIFAR eventuais alterações da relação (parágrafo único do art. 1º), bem como passava a vincular (art. 2º) 100% das aquisições realizadas pela administração federal, direta e

indireta, a “medicamentos indicados na relação a que se refere o artigo 1º ou que contenham basicamente as matérias-primas constantes da mesma relação” (BRASIL, 1964a).

Destaca-se que, dias antes da edição do Decreto n. 53.612/1964, o Decreto n. 53.584/1964 regulamentou a “uniformização e o controle dos preços de venda de medicamentos em todas as capitais de Estados e Territórios Federais”. Contudo, esse Decreto não chegou ser implementado, pois teve sua aplicação suspensa pelo Decreto n. 53.900/1964 e foi expressamente revogado pelo Decreto n. 53.984/1964.

Nesse panorama, na esfera da assistência farmacêutica, esse período foi marcado por avanços na legislação brasileira com o objetivo de aprimorar o controle do mercado farmacêutico, bem como de institucionalizar a relação de medicamentos essenciais como instrumento de racionalização e de eficácia das políticas de acesso a medicamentos. Mais uma vez, os limites e a segmentação da população coberta pelos programas que repercutiram no acesso da população a medicamentos mantiveram o quadro de potencial iniquidade horizontal e vertical no acesso ao cuidado medicamentoso.

3.4 Ditadura Militar – 1964 a 1985

Em março de 1964, os militares assumiram o poder, sob a Presidência do Marechal Castello Branco (1964 a 1967), que foi sucedido pelo General Costa e Silva (1967 a 1969), pelo General Garrastazu Médici (1969 a 1974), pelo General Ernesto Geisel (1974 a 1979) e pelo General João Figueiredo (1979 a 1985).

A Constituição de 1967, elaborada nesse período, espelhou, em seu texto, a utilização dos direitos sociais ou do Estado de Bem-Estar Social brasileiro como instrumento de legitimação do governo autoritário instituído pelos militares. Assim, os direitos e garantias individuais incluíam a vida, além da liberdade, segurança e propriedade (art. 150), mas a Constituição previa que eventuais abusos dos direitos individuais referentes à liberdade de expressão, de reunião e de associação ou dos direitos políticos para “atentar contra a ordem democrática ou praticar a corrupção” podiam ensejar a suspensão dos direitos políticos pelo prazo de dois a dez anos (art. 151).

Em relação à ordem econômica e social, o art. 157 definiu a “justiça social” como a finalidade da ordem econômica e elencou, entre seus princípios, a “valorização do trabalho como condição da dignidade humana”. O rol de benefícios e garantias denominados pelas Constituições anteriores como “preceitos” para a legislação trabalhista foi definido no art. 158

da Constituição de 1967 como “direitos” dos trabalhadores, que teriam o objetivo de melhorar a sua condição social, sendo mantida a previsão de “assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva” para os trabalhadores (BRASIL, 1967a).

A Emenda Constitucional n. 01/1969 – que alterou substancialmente o texto constitucional e é por muitos considerada uma das Constituições da República brasileira – manteve, em linhas gerais, os dispositivos acima.

Ainda a respeito da esfera normativa, vale ressaltar que, no período da ditadura militar, foram decretados atos institucionais que explicitaram mais claramente o grau de autoritarismo ao longo dos diferentes governos, seja desequilibrando o sistema republicano de pesos e contrapesos a favor do Chefe do Poder Executivo da União, seja restringindo mais diretamente o exercício dos direitos civis e políticos.

Sob o ponto de vista da economia, de 1964 a 1984, foi registrado um crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) jamais visto na história do Brasil, principalmente nos anos de 1968 a 1974, sob o governo do General Médici, período em que a repressão civil e política se deu em intensidade igualmente inédita (CARVALHO, 2001). Nesse período, denominado de “milagre econômico”, foi disseminada a noção de que seria necessário aumentar o “bolo” da riqueza nacional para depois dividi-lo (SCOREL, 2011; CARVALHO, 2001). Entretanto, com espaços restritos para o exercício dos direitos políticos e sem mecanismos efetivos de controle dos gastos públicos, ao final do regime militar restou claro que o bolo havia crescido desigualmente distribuído, pois o intenso crescimento econômico foi acompanhado pela redução do valor do salário mínimo, o que, entre outros fatores como o aumento da inflação, culminou na intensificação da concentração da renda nas parcelas mais ricas da população⁷ (CARVALHO, 2001).

No que toca às políticas sociais, houve, sob o regime militar, uma ampliação da cobertura em magnitude jamais registrada na história do Brasil (KERSTENETSKY, 2012b; CARVALHO, 2001). Todavia, Fagnani (1997) aponta que os governos militares adotaram uma estratégia conservadora para a política social brasileira, cujas características principais eram, em síntese, a regressividade dos mecanismos de financiamento, centrados nas contribuições dos empregados e empregadores; a centralização do processo decisório, com

⁷ Carvalho (2001), ao analisar a evolução da participação da população economicamente ativa (PEA) na renda nacional, registra que, em 1960, a parcela dos 20% mais pobres da PEA participava com 3,9% da renda nacional, caindo para 2,8% em 1980, enquanto a parcela dos 10% mais ricos participava com 39,6%, em 1960, e passou para 50,9%, em 1980, sendo que a participação da parcela dos 1% mais ricos passou, nesse período, de 11,9% para 16,9%.

baixa capacidade de influência dos cidadãos e dos governos subnacionais na conformação da agenda política; a privatização do espaço público, com a distribuição de benefícios sociais por meio de práticas patrimonialistas e clientelistas; e o reduzido caráter redistributivo dos diversos programas e serviços sociais.

Nesse momento, Kerstenetzky (2012b) identifica uma alteração da estrutura do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, que assume contornos de um “universalismo básico”, com a massificação da cobertura previdenciária de forma muito segmentada e desigual, além de uma provisão pública de bem-estar precária e insuficiente aos pobres.

Tudo isso contribuiu sobremaneira para que as políticas sociais não tivessem como foco e nem como externalidade positiva a equalização das desigualdades socioeconômicas, o que culminou com um panorama nacional extremamente deteriorado do ponto de vista social ao final do período militar no Brasil (KERSTENETSKY, 2012b; CARVALHO, 2001; FAGNANI, 1997).

Mais especificamente na área da saúde, foi mantida a dualidade entre a assistência médica previdenciária e as ações de saúde pública, com desproporcional concentração de recursos na esfera previdenciária em detrimento do Ministério da Saúde, apesar de este ter formalmente a competência de formular e coordenar a política nacional de saúde, em âmbito nacional e regional, conforme estipulado no art. 156 do Decreto-Lei n. 200/1967 (SCOREL, 2011).

Nesse sentido, destaca-se que o Decreto-Lei n. 72/1966 unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensão e criou o Instituto Nacional de Previdência Social, proporcionando uma centralidade administrativa e financeira, além da padronização dos benefícios aos segurados e beneficiários. Dentro dessa nova estrutura, houve estímulo à contratação do setor privado para prestar a assistência médica previdenciária, de acordo com as diretrizes definidas no Decreto-Lei n. 200/1967 para a Reforma Administrativa (SCOREL, 2011).

Outra alteração relevante foi a já mencionada extensão da cobertura da previdência, que passou a incluir empregadas domésticas (1972), trabalhadores autônomos (1973) e trabalhadores rurais (1971) (SCOREL, 2011, p. 390).

Ademais, foi observado, no período do regime militar, um crescimento da celebração de convênios com o setor privado para a prestação da assistência médica por meio da “medicina de grupo”, modalidade em que as corporações contratavam empresas médicas ou um grupo de médicos para prover os cuidados demandados por seus empregados, pagando previamente um valor fixo por empregado (SCOREL, 2011). Essa modalidade de assistência

médica desobrigava as empresas de contribuir para a previdência social, o que impactava a arrecadação de recursos para o INPS, na medida em que era adotada principalmente pelas empresas que pagavam salários mais altos, além de gerar impactos nos gastos da assistência médica previdenciária, que continuava obrigada a prestar os cuidados mais complexos e onerosos a esses trabalhadores, os quais acabavam tendo dupla cobertura dentro do sistema previdenciário (ESCOREL, 2011).

Assim, houve uma expressiva ampliação da cobertura das políticas sociais, mas com substanciais segmentações dentro do sistema previdenciário, sobretudo diferenciando os benefícios garantidos pelas distintas autarquias que compunham o Ministério da Previdência e Assistência Social, conforme Decreto n. 78.231/1976. Dessa forma, havia substancial distinção entre os funcionários públicos (Instituto de Previdência de Assistência dos Servidores do Estado – IPASE), os trabalhadores urbanos (Instituto Nacional de Previdência Social – INPS), os trabalhadores rurais (Fundo de Assistência ao trabalhador Rural – FUNRURAL) (ESCOREL, 2011).

Especificamente em relação ao acesso a medicamentos, o Decreto-Lei n. 312/1967 autorizou “a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social”, definindo como modalidades (art. 2º) o “fornecimento direto de medicamentos”, o “financiamento, parcial ou total, da aquisição de medicamentos” e a “dação em consignação de medicamentos a empresas, mediante convênios”. Esse Decreto também estabeleceu (art. 3º) que “os beneficiários da assistência farmacêutica, sempre que possível, participarão do seu custeio, na medida dos seus ganhos efetivos” (BRASIL, 1967).

Posteriormente, o Decreto n. 60.673/1967 regulamentou “a prestação da assistência farmacêutica aos beneficiários da previdência social”, mantendo as mesmas modalidades do Decreto-Lei e prevendo que a assistência deveria ser prestada nos casos de o segurado necessitar de medicamento básico e específico para retornar ao trabalho, de qualquer beneficiário não dispor de meios para adquirir medicamentos necessários, ou de qualquer beneficiário estar em tratamento hospitalar ou domiciliar custeado pela previdência social (art. 1º). Em todas as hipóteses, a assistência farmacêutica era considerada extensão da assistência médica e, como tal, dependia da receita médica expedida no âmbito da assistência médica previdenciária (art. 2º).

Ademais, o regulamento definia que a participação do beneficiário no financiamento do medicamento poderia ser descontada de forma parcelada de sua folha de pagamento, sendo dispensados de participar do custeio apenas os segurados que recebessem salário mínimo e

tivessem mais de um dependente sem renda, ou que estivessem internados em hospitais por conta da previdência e não tivessem recursos para arcar com os medicamentos. Além disso, para os segurados desempregados ou que não estivessem com os salários em dia, o regulamento previa o fornecimento dos medicamentos necessários com “reembolso futuro”, quando recuperassem as condições financeiras, desde que não se enquadrassem nas hipóteses de gratuidade no acesso a medicamentos (art. 8º).

Com escopo mais amplo para a assistência farmacêutica, o Decreto n. 68.806/1971 instituiu a Central de Medicamentos (CEME), inicialmente estruturada como órgão da Presidência da República, dirigida por uma comissão composta por representantes dos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde. A finalidade da CEME (art. 1º) era “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas” não pudessem acessá-los via mercado (BRASIL, 1971). Para tanto, a CEME tinha competência para regular a produção e distribuição dos laboratórios ligados aos referidos Ministérios, bem como adquirir medicamentos da indústria privada.

O Decreto n. 69.451/1971 alterou a redação do Decreto n. 68.806/1971, complementando a finalidade da CEME para deixar claro que os preços acessíveis dos medicamentos seriam garantidos a quem não pudesse adquiri-los “por preços comuns de mercado”. As competências da CEME também foram melhor especificadas, sobressaindo-se a definição de sua atuação em todo o território nacional, a supervisão da aquisição e suprimento de medicamentos realizada por todos os órgãos federais, incluída a administração indireta, bem como a necessidade de coordenar seus programas com outros desempenhados por órgãos públicos e privados na esfera de acesso a medicamentos. Disso se extrai que a CEME tinha objetivos amplos, não limitados à população assegurada pela previdência social, mas não suplantava outros programas específicos de assistência farmacêutica.

Com o intuito de consolidar as normas relativas à CEME previstas nos Decretos acima citados, foi editado o Decreto n. 71.205/1972, que, já no art. 1º, previa a possibilidade de “a CEME estabelecer gratuidade na distribuição de medicamentos ou, mediante abatimentos percentuais sobre o custo destes, fixar preços para cada faixa de renda das populações a serem atendidas” (BRASIL, 1972).

Além disso, o Decreto n. 71.205/1972 incluiu a competência de a CEME estabelecer linhas de produtos básicos a serem adquiridos por toda a administração federal, direta e indireta, bem como definir o nível de preço para tais aquisições. Esse mesmo Decreto atribuiu

à Comissão Diretora da CEME a competência para aprovar a relação de Medicamentos Essenciais (alínea “f” do art. 6º), cuja primeira versão foi aprovada por meio do Decreto n. 53.612/1964.

Por fim, o art. 20 do Decreto n. 71.205/1972 previa que o Primeiro Plano Diretor da CEME seria aprovado pelo Presidente da República e, em cumprimento a esse dispositivo, foi editado o Decreto n. 72.552/1973, que tratou das “Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos”.

O art. 2º do Decreto n. 72.552/1973 definiu as políticas básicas do Plano Diretor de Medicamentos como um “conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social”. Essas políticas básicas consistiam em: I) medidas de racionalização do sistema oficial de produção de medicamentos; II) medidas de racionalização do sistema oficial de controle técnico da produção e comercialização farmacêutica; III) aumento e diversificação da oferta oficial de medicamentos; IV) medidas de apoio ao desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica aplicada; V) medidas de apoio à capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos; VI) apoio à indústria químico-farmacêutica genuinamente brasileira; e VII) medidas técnico-administrativas e institucionais de implementação do plano diretor de medicamentos (BRASIL, 1973).

Dessa forma, verificam-se a amplitude e a complexidade do Plano Diretor de Medicamentos, merecendo realce algumas medidas, como a consolidação da importância da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que deveria ser “orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e dos grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, consideradas as diferenças de desenvolvimento regional”, dentro da política básica ligada à racionalização do sistema oficial de produção de medicamentos (BRASIL, 1973).

Ademais, destaca-se o foco em grupos vulneráveis na política de aumento e diversificação da oferta oficial de medicamentos, sendo prevista a “dinamização do suprimento de medicamento aos menores de 5 anos, gestantes e puérperas e aos estratos populacionais de renda familiar média mensal não excedente ao valor do maior salário-mínimo vigente no país”. Nessa mesma política, foi explicitada a preocupação com a ampliação da cadeia de fornecedores de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, considerando-se a possibilidade de promover o credenciamento do sistema varejista privado – semelhante à estrutura base do Programa Farmácia Popular –, e,

ainda, o estímulo à prescrição e consumo dos medicamentos considerados essenciais.

No mesmo ano da aprovação do Plano Diretor de Medicamentos, foi promulgada a Lei n. 5.991/1973 – ainda em vigor – que dispôs sobre “o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos”.

No início da década de 1970, a estratégia de concentrar a assistência médica na esfera de atuação da Previdência Social, com diferenciação no tratamento dispensado às distintas classes de beneficiários, exclusão da população mais pobre e priorização da contratação do setor privado para a provisão dos cuidados de saúde, gerou tanto uma pressão social – pelo descontentamento de uma parcela significativa da população – quanto uma pressão financeira – com os altos gastos decorrentes do sistema altamente privatizado de saúde (PAIM, 1987).

A partir de 1974, o governo federal adotou um discurso pró-social e instituiu programas sociais voltados a melhorar as condições de vida da população mais vulnerável socioeconomicamente, tendo em vista que já começava a ficar evidente o crescimento regressivo do “bolo” da riqueza nacional, notadamente com a concentração da distribuição de renda no país (MANSUR, 2001; PAIM, 1987).

Nessa senda, em 1974, a Lei n. 6.036 desmembrou o Ministério do Trabalho e Previdência Social para criar o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o que consolidava a proeminência que a Previdência Social havia assumido no âmbito das políticas sociais.

Em seguida, ao reorganizar a estrutura administrativa do governo federal, o Decreto n. 74.000/1974 passou a vincular a CEME ao Ministério da Previdência e Assistência Social, momento em que a CEME deixou de ser órgão da Presidência da República e a política nacional de assistência farmacêutica recebeu impulso em sua implementação (MANSUR, 2001). Essa vinculação da CEME ao MPAS foi mantida pelo Decreto n. 76.719/1975, que dispôs sobre a estrutura básica do Ministério da Previdência e Assistência Social, definindo-o como órgão responsável pela “proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social” (BRASIL, 1975a).

Ainda em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA), com o objetivo de universalizar o atendimento de urgências, no qual a Previdência passava a assumir os gastos decorrentes dos cuidados emergenciais providos pelo setor público ou privado a qualquer paciente, mesmo que não formalmente segurado pelo sistema previdenciário (SCOREL, 2011; PIOLA et al. 2009; MANSUR, 2001). A ampliação desse atendimento – refletindo a tendência de privatização das políticas sociais prevalente ao longo dos governos militares –

deu-se, em grande medida, por meio da expansão da estrutura hospitalar privada, mormente com os recursos advindos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado pela Lei n. 6.168/1974 para financiar projetos de cunho social desenvolvidos por órgão do governo federal – a fundo perdido – ou por órgãos de governos subnacionais ou pelo setor privado – com juros subsidiados (ESCOREL, 2011, p. 403-404; MANSUR, 2001).

É importante notar que o PPA representou um marco na ampliação da cobertura da assistência médica e repercutiu no desenvolvimento da área da saúde no Brasil, na medida em que as bases de financiamento da CEME e do FAS – não ancoradas nas contribuições trabalhistas – conferiram diversidade aos mecanismos de financiamento na área da saúde, ainda que limitada a algumas dimensões de cuidados de saúde (MANSUR, 2001).

Dessa forma, a ampliação da clientela da Previdência Social para incluir trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, somada à implantação do Plano de Pronto Ação, fez com que, em meados da década de 1970, o regime militar estruturasse um Estado de Bem-Estar Social marcado por um universalismo básico (KERSTENETSKY, 2012b).

Em julho de 1975, a Lei n. 6.229 organizou o Sistema Nacional de Saúde, que abarcava serviços prestados pelos setores público e privado objetivando a “promoção, proteção e recuperação da saúde”, tanto da perspectiva coletiva quanto individual. A estrutura normativa de provisão das ações e serviços de saúde no Sistema Nacional de Saúde buscava integrar e coordenar a atuação da União, dos Estados e dos Municípios, não obstante a preponderância do papel conferido ao governo central.

A distinção entre atividades para salvaguardar a saúde coletiva e a saúde individual marcou a divisão das atribuições conferidas a cada Ministério no campo de ação do governo central. Em linhas gerais, o Ministério da Saúde, o Ministério do Interior, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério do Trabalho deveriam atuar em diferentes frentes para garantir condições adequadas de saúde coletiva; enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social deveria garantir o “atendimento médico-assistencial individualizado”, por meio de órgãos e entidades públicas ou de instituições privadas credenciadas ou contratadas para prestar serviços de saúde. Nesse contexto, cabia ao Conselho de Desenvolvimento Social coordenar os planos e as ações elaboradas e implementadas no âmbito de cada Ministério com relação ao Plano Nacional da Saúde.

Ademais, a Lei n. 6.229/1975 previa que a União deveria incentivar, financeira e tecnicamente, os Estados e os Municípios para estruturarem seus serviços e programas em

nível regional e local, seguindo as diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Aos Estados, Distrito Federal e Territórios cabia, principalmente, instituir um planejamento regional para a proteção e recuperação da saúde em consonância com o Plano Nacional, bem como estruturar serviços básicos de saúde para cooperar com os órgãos federais e para apoiar os serviços de saúde municipais. Aos Municípios – sempre observando as diretrizes delineadas no planejamento nacional e estadual – cabia a manutenção de serviços de saúde voltados às necessidades específicas de sua população, sobretudo do serviço de pronto socorro, além da execução da vigilância epidemiológica.

Especificamente em relação às ações envolvendo o acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde tinha a competência de controlar as drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano. O Ministério da Previdência e Assistência Social, por sua vez, deveria atuar para buscar “a redução do custo dos medicamentos de maior eficácia e de comprovada necessidade para proteção da saúde e combate às doenças”. Nesse sentido, a Lei n. 6.229/1975 expressamente previu a competência do Ministério da Previdência e Assistência Social para subvencionar a aquisição dos medicamentos ou mesmo promover a sua distribuição gratuita “às classes mais pobres da população” (alínea “g” do inciso II do art. 1º).

Alinhado às diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, o Decreto n. 75.985/1975, editado na mesma data da Lei n. 6.229/1975, disciplinou a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME), mantendo-a como órgão autônomo ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. O objetivo central da CEME permaneceu sendo “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não puderem adquiri-los a preços comuns do mercado”. Mas, em vez de apenas “aprovar a relação de Medicamentos Essenciais” (alínea “f” do art. 6º do Decreto n. 71.205/1972), o Decreto n. 75.985/1975 atribuiu à CEME a competência de elaborar e atualizar a Relação de Medicamentos Básicos, anteriormente atribuída ao GEIFAR pelo Decreto n. 51.685/1963. Os parâmetros para a elaboração dessa Relação de Medicamentos Básicos, que objetivava orientar os “programas de assistência farmacêutica das instruções oficiais de atendimento comunitário”, permaneceram sendo os “problemas sanitários de maior vulto” e os “grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis” (BRASIL, 1975b).

A Lei n. 6.259/1975 tratou da Vigilância Epidemiológica, do Programa Nacional de Imunizações e da notificação compulsória de doenças, definindo, como atribuição do Ministério da Saúde, a coordenação das “ações relacionadas com o controle das doenças

transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde”, além das ações de saúde pública em casos de calamidade pública. Complementarmente, foi atribuído ao Ministério da Previdência e Assistência Social “o esquema de aquisição e distribuição de medicamentos, a ser custeado pelos órgãos federais interessados”, que deveria ser executado por meio da CEME (BRASIL, 1975c).

Em 1977, a Lei n. 6.439 instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia que assumiu as competências relativas à assistência médica, enquanto os demais benefícios previdenciários continuaram a cargo do Instituto Nacional de Previdência Social. Na esfera de competência do INAMPS, concentravam-se – não em patamares equivalentes e equitativos – programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos, aos servidores do Estado, aos trabalhadores rurais e à parcela da população carente ou não abarcada pelo esquema de seguridade da previdência social, nos seguintes termos:

CAPÍTULO II

DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 6º - Ao INAMPS compete prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas:

I - **programas de assistência médica aos trabalhadores urbanos**, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e assistência complementar, devidos os segurados do atual INPS e respectivos dependentes, na forma do disposto nos itens I e IV do artigo anterior;

II - **programas de assistência médica aos servidores do Estado**, abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, devidos aos funcionários públicos civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal, e respectivos dependentes, na forma do disposto no item II do artigo anterior;

III - **programas de assistência médica aos rurais**, abrangendo os serviços de saúde e a assistência médica devidos, respectivamente, aos trabalhadores e aos empregadores rurais, na forma do disposto no item III do artigo anterior;

IV - **programas especiais de assistência médica**, abrangendo os serviços médicos atualmente mantidos pela Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA e os que forem prestados em determinadas regiões à população carente, seja ou não beneficiária da previdência social, mediante convênios com instituições públicas que assegurem ao INAMPS os necessários recursos.

§ 1º - A **assistência médica** de que trata este artigo será **prestada a cada categoria de beneficiários na forma das respectivas legislações e com a amplitude que as condições locais e os recursos próprios permitirem**. (grifo nosso)

Extrai-se dos dispositivos acima transcritos, especialmente do § 1º do art. 6º da Lei n. 6.439/1977, que a universalidade ou a massificação da cobertura proposta para a assistência

médica não deixou de segmentar a provisão dos cuidados de saúde de acordo com a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho ou com sua condição socioeconômica. Escorel (2011, p. 404) aponta para o fato de o SINPAS e o INAMPS terem se prestado a legitimar o regime ditatorial dos militares com a ampliação da cobertura, mas ressalta que, como não foram acompanhados da alteração da ideologia dominante à época de expandir a participação do setor privado na saúde, nem da reestruturação da base financeira para o sistema de saúde, contribuíram para a eclosão da crise previdenciária em 1981.

Escorel (2011) indica que, ainda durante o regime militar, o movimento pela Reforma Sanitária influenciou algumas experiências institucionais importantes para colocar em prática as principais diretrizes que seriam propostas para reformular o sistema de saúde brasileiro no momento da reabertura democrática. Nesse sentido, o Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), em 1975, mapeou a oferta e a demanda dos serviços de saúde em sete regiões metropolitanas, considerando como público alvo toda a população – e não apenas os segurados pela previdência –, e apontando a possibilidade de distribuição mais “racional e justa” dos serviços de saúde já instituídos nas localidades (SCOREL, 2011, p. 413). O Projeto Montes Claros (PMC) implementou, entre 1975 e 1977, o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas, e foi considerado um “modelo alternativo de organização dos serviços de saúde”, que aplicou e evidenciou a exequibilidade dos “princípios da regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular” (SCOREL, 2011, p. 413-414). O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que, entre 1975 e 1981, apoiou a expansão da cobertura dos serviços básicos de saúde em municípios de pequeno porte populacional, representou os primeiros esforços conjuntos do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SCOREL, 2011; PIOLA et al. 2009).

Para enfrentar a crise financeira na previdência social exacerbada no início da década de 1980 foram tomadas medidas como a majoração da contribuição dos empregadores e empregados, com o que se buscou aumentar os recursos destinados à previdência. Nesse esforço de promover o reequilíbrio financeiro, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) por meio do Decreto n. 86.329/1981.

As competências do CONASP (art. 3º) incluíam “opinar sobre a organização e aperfeiçoamento da Assistência Médica da Previdência Social” e “sugerir os critérios de alocação dos recursos previdenciários destinados à Assistência Médica”. Os princípios para a

atuação do CONASP (art. 4º) incluíam a “melhoria da assistência à saúde dos beneficiários e ênfase no atendimento básico, com redução de custos unitários e controle dos gastos” e “descentralização de atividades e adequada participação dos setores públicos e privado” (BRASIL, 1981).

Com base nisso, o CONASP elaborou um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP), que foi aprovado em 1982, com os seguintes eixos: aumento do controle e alteração da forma de remuneração da assistência médico-hospitalar; racionalização da assistência ambulatorial, com o credenciamento de consultórios médicos; e a celebração de convênios trilaterais entre o MPAS, o MS e os governos estaduais para racionalizar a utilização dos recursos (ESCOREL, 2011, p. 421). De acordo com esse último eixo, foi iniciado, em 1983, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), inserido na tendência de ampliar a cobertura dos cuidados de saúde, por meio dos serviços municipais de saúde.

Em 1984, foram inseridas formalmente, na estratégia de reconfiguração da política de saúde, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que promoviam o repasse de recursos a Estados e a Municípios por meio de convênios e resgatavam a importância da provisão dos cuidados de saúde na esfera do setor público (ESCOREL, 2011; PIOLA et al. 2009).

Num panorama geral, ao final do regime autoritário militar, apesar de terem sido iniciados programas tendentes a ampliar a provisão dos cuidados de saúde a toda a população, a saúde ainda não era considerada plenamente como um direito de cidadania e o sistema de saúde permanecia substancialmente excludente, não equitativo e dependente da provisão privada dos serviços de saúde (PIOLA et al. 2009).

Na esfera de políticas de acesso a medicamentos, foi dada continuidade à institucionalização da relação de medicamentos essenciais como instrumento de racionalização e eficiência da assistência farmacêutica. Acerca da edição da relação de medicamentos essenciais, o Brasil é considerado pioneiro, pois adotou esse instrumento antes mesmo da recomendação formalizada pela OMS no plano internacional.

Ademais, nota-se que o quadro normativo constante do Plano Diretor de Medicamentos já trazia diversas diretrizes e estratégias que deram base para a atual Política Nacional de Medicamentos. No entanto, a implementação das ações necessárias para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais não se deu conforme o esperado e a atuação da CEME sofreu fortes críticas pela ineficiência no gerenciamento dos estoques e na distribuição dos medicamentos, bem como pelas denúncias de corrupção (BERMUDEZ et al.

2011). Dessa forma, as normas que passaram a possibilitar um acesso ao cuidado medicamentoso a uma parcela maior, com prioridades definidas para grupos populacionais identificados como vulneráveis, não chegaram a ser plenamente executadas, mantendo-se o panorama de iniquidades horizontais e verticais, com forte dependência do gasto privado para acessar os medicamentos.

3.5 Nova República – de 1985 aos dias atuais

Em 1985, foi iniciado o atual período democrático no Brasil, momento marcado pela eleição de um Presidente civil, ainda que por meio do voto indireto. Diante de uma grave crise econômica herdada do regime militar, sobretudo com alto índice de desemprego, forte pressão inflacionária e alto nível de endividamento público, o governo de José Sarney (1985 a 1990) enfrentou desafios para promover a estabilização da economia e estruturar as bases institucionais da democracia brasileira.

Ainda no primeiro ano do novo governo, representantes do movimento sanitário assumiram postos importantes na área da saúde, com destaque para a nomeação de Sérgio Arouca para a Presidência da Fundação Oswaldo Cruz e de Hésio Cordeiro para a Presidência do INAMPS, o que permitiu um redirecionamento mais efetivo do sistema de saúde nacional (ESCOREL, 2011, p. 427).

No mesmo ano, o Decreto n. 91.439/1985, ao regulamentar a transferência da Central de Medicamentos do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, indicou a tendência de reafirmação do MS como órgão central das políticas de saúde, em um âmbito mais amplo do que as tradicionais “ações de saúde pública”.

Todavia, os debates acerca da unificação do sistema de saúde sob a direção do Ministério da Saúde dividiram o próprio movimento pela Reforma Sanitária. Essa divisão fez com que, somente no final do governo Sarney, o INAMPS passasse a ficar vinculado ao Ministério da Saúde (Decreto n. 99.060/1990), além de ter ensejado a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 (ESCOREL, 2011).

Entre os resultados dessa Conferência, sobressai a instituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cujos membros – representantes paritários do governo e da sociedade civil – atuaram ativamente para delinear a proposta de disciplina normativa para o setor da saúde, que foi posteriormente levada à constituinte e influenciou a redação da Constituição de 1988, bem como da Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/1990 – e da Lei n. 8.142/1990

(ESCOREL, 2011; PIOLA et al. 2009).

Em 1987, foi instituído o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), por meio do Decreto n. 94.657/1987, com o intuito de apoiar a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde. Esse programa pavimentou a transição estrutural para a implementação do SUS, com a transferência da rede de serviços do Ministério da Previdência e Assistência Social para os Estados e Municípios, sendo a extinção do INAMPS posteriormente formalizada por meio da Lei n. 8.689/1993 (PIOLA et al. 2009).

Também com o intuito de descentralizar as ações de saúde, a Lei n. 7.604/1987 conferiu à CEME a competência para celebrar “convênios com os Estados para a instalação de laboratórios destinados à fabricação de medicamentos essenciais às camadas mais carentes da sociedade brasileira” (art. 8º) (BRASIL, 1987).

Como resultado do processo de redemocratização, que contou com a participação ativa de diversos movimentos sociais, a Constituição da República de 1988 (CR/1988) promoveu uma reconfiguração mais ampla das bases do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, passando a incorporar políticas sociais de cunho universal, inaugurando a fase que Kerstenetzky (2012b, p. 9) denomina de “universalismo estendido”.

As inovações consubstanciadas no texto da Constituição de 1988 foram tão profundas que dificultam a comparação em paralelo com o disposto nas Constituições que a precederam – como apresentado nos itens anteriores. Assim, em linhas gerais, sublinha-se que a atual Constituição se distinguiu ao elencar, entre os fundamentos da República, a cidadania e a dignidade da pessoa humana, além dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político (art. 1º). Ademais, foram definidos, como objetivos fundamentais da República, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e a marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º).

Em relação aos direitos e garantias individuais, a Constituição de 1988 ampliou sobremaneira o rol de direitos, mantendo a referência à inviolabilidade da vida, da liberdade, da segurança e da propriedade, com a inclusão da noção de “igualdade” no *caput* do art. 5º.

No campo dos direitos sociais, sobressai a incorporação da noção de seguridade social, que abarca saúde, previdência e assistência social. Ademais, a Constituição de 1988 definiu, como direitos de cidadania, “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o

lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (art. 6º), sendo o direito social ao transporte acrescentado pela Emenda Constitucional n. 90, de 15 de setembro de 2015 (BRASIL, 1988b). Os direitos sociais dos trabalhadores foram previstos no art. 7º da CR/1988 e passaram a ter referência expressa aos trabalhadores urbanos e rurais, encerrando a dicotomia anteriormente existente, além de não terem mais referência à assistência médica, já que o art. 6º e o art. 196 da CR/1988 garantiram o direito à saúde a todos os cidadãos.

Já na disciplina da ordem econômica, a Constituição de 1988 definiu a valorização do trabalho humano e da livre iniciativa como fundamentos, e, como finalidade, a existência digna de todos, mantendo a referência à observância da justiça social e incluindo, entre os princípios, a redução das desigualdades regionais e sociais (art. 170).

Os novos contornos constitucionais do Estado de Bem-Estar Social brasileiro denotaram influências do modelo beveridgeano ou do regime de bem-estar socialdemocrata, conforme a teoria de Esping-Andersen (1990), o que se refletiu em um maior potencial redistributivo das políticas sociais e levou a uma melhora do quadro de iniquidades socioeconômicas historicamente fortes no Brasil (KERSTENETZKY, 2012b; IPEA, 2012).

Com isso, a República brasileira avançou para garantir uma cidadania mais próxima da noção de cidadania plena de Marshall (1967), cabendo notar que a efetivação ou o exercício de muitos direitos, sobretudo individuais e sociais, ainda se mostram incipientes para a parcela mais vulnerável da população (CASTRO; RIBEIRO, 2009; CARVALHO, 2001).

Na área da saúde, a Constituição de 1988 previu, de modo inédito, que o Estado é responsável por garantir o direito à saúde a todos os cidadãos. Para tanto, o art. 196 da CR/1988 estabeleceu que devem ser conjugadas políticas sociais e econômicas para, de um lado, reduzir o risco de doenças e outros agravos e, de outro, permitir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Assim, esse artigo incorporou, de forma sintética, os principais pontos defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária (PIOLA et al. 2009).

Neste ponto, sublinha-se que o fato de o texto da Constituição não ter feito menção à responsabilidade das famílias e da sociedade ao tratar do direito à saúde – como fez, por exemplo, ao tratar do direito à educação no art. 205 – foi considerado uma forma de romper com as estruturas institucionais anteriores do sistema de saúde, enfatizando a responsabilidade estatal como modo “de garantir o resgate de uma dívida social com a cidadania” (PIOLA et al. 2009). Essa noção de quitar uma “dívida social” também norteou a proposição feita pelo

movimento sanitaria de “gratuidade” no ponto de entrega dos cuidados de saúde, sem condicionantes ou exigências de qualquer tipo de contribuição dos usuários dos serviços públicos de saúde (PIOLA et al. 2009).

Todavia, a Lei Orgânica da Saúde e a maior parte da legislação infraconstitucional posterior incorporou a noção de que a responsabilidade do Poder Público não suprime a responsabilidade da família e da sociedade em geral (PIOLA et al. 2009).

Ademais, destaca-se que o sistema nacional de saúde definido constitucionalmente a partir de 1988 conjugou a provisão pública – no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – com a provisão privada da assistência à saúde no Brasil. Nesse sentido, o art. 199 da CR/1988 trata da liberdade do setor privado para participar autonomamente da assistência à saúde e prevê a possibilidade de provedores privados complementarem a provisão das ações e serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, hipótese em que as instituições sem fins lucrativos devem ter preferência.

Os arts. 198 e 200 da CR/1988 tratam do Sistema Único de Saúde, que consiste em uma rede regionalizada e hierarquizada responsável pela provisão das ações e serviços públicos de saúde em todos os níveis federativos. Nesse novo paradigma instaurado em 1988 para o direito à saúde no Brasil, o SUS assumiu um papel de destaque na busca do objetivo de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Com efeito, a estruturação e a ampliação do SUS são associadas a grandes avanços observados nas últimas décadas no setor de saúde no Brasil, notadamente com as alterações no modelo de atenção à saúde e com o alargamento dos bens e serviços prestados à população (PIOLA et al. 2009). De todo modo, ainda se reconhece a necessidade de aprimorar diversas dimensões do SUS para que seja garantido o acesso equitativo, oportuno e integral aos cuidados de saúde para toda a população (PIOLA et al. 2009).

O processo de institucionalização do SUS foi marcado pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde, conforme disposto na Lei n. 8.080/1990 – que regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – e na Lei n. 8.142/1990 – que tratou da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

No que tange ao financiamento do SUS, destaca-se que a crise econômica enfrentada durante a década de 1990 dificultou a expansão do orçamento público alocado na área da saúde, sendo necessária a edição de uma Emenda Constitucional (EC) para definir alguns

parâmetros do financiamento do SUS, sobretudo nas esferas de gestão estadual e municipal. Assim, a partir da EC n. 29/2000, que fixou patamares mínimos de investimento dos Estados e dos Municípios nas ações e serviços públicos de saúde, observou-se uma melhora no quadro de financiamento do SUS, apesar de o Brasil ainda ser um dos países com maior participação dos gastos privados no total investido em saúde (BOING, 2013).

Dificuldades na definição de quais despesas poderiam ser consideradas no cômputo do mínimo constitucionalmente definido para investimentos no sistema público de saúde foram utilizadas por muitos governos estaduais e municipais para justificar o esvaziamento do patamar que deveria ser mínimo, o que permitiu a manutenção do subfinanciamento da área da saúde. No início de 2012, foi publicada a Lei Complementar n. 141/2012, que regulamentou a EC n. 29/2000, traçando parâmetros que vinculam, mais diretamente, os investimentos mínimos em saúde às políticas desenvolvidas no âmbito do SUS.

De toda forma, apesar do desenho definido na Constituição de 1988, a estrutura atual do sistema de saúde no Brasil é mista, com grande participação do setor privado (MENICUCCI, 2007). Nesse sentido, destaca-se que o SUS utiliza complementarmente o setor privado, contratando principalmente centros de diagnóstico e hospitais. Na via contrária, os atendimentos de emergência e de alta complexidade do SUS são utilizados pelos indivíduos que têm planos de saúde privados, o que é exemplificado pelas cirurgias de transplantes de órgãos, nas quais o setor público tem *expertise* reconhecida (PAIM et al. 2011; DINIZ et al. 2007). No entanto, a compensação financeira que deveria ser paga pelos planos de saúde ao SUS em razão do atendimento de seus pacientes é incipiente, pois os mecanismos de controle desse fluxo de pacientes ainda é fraco (BOING, 2013; ANDRADE; NORONHA, 2011).

Ressalta-se que o acesso aos planos de saúde se concentra na parcela mais rica da população brasileira e que há disparidade entre a qualidade do atendimento prestado nos sistemas privados e públicos de saúde (GARCIA et al. 2013). Segundo dados do IBGE, 25,9% da população brasileira possuía planos de saúde privados no ano de 2008 (PAIM et al. 2011).

Apesar da gratuidade do acesso e da integralidade dos serviços ofertados pelo SUS, a existência de longas filas e a precariedade do atendimento, sobretudo na atenção primária e secundária, fazem com que o SUS tenha, na prática, maior capacidade estrutural para lidar com doenças agudas (PAIM et al. 2011). Assim, a imagem difundida de ineficiência e baixa qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS – não necessariamente decorrente da

avaliação dos usuários do SUS – faz com que a população com maior renda opte por contratar seguros ou planos de saúde privados, seja para ter atendimento mais rápido, seja para acessar cuidados diferenciados não fornecidos pelo SUS (DINIZ et al. 2007; MENICCUCCI, 2007).

A respeito do conceito de integralidade dos cuidados de saúde, ressalta-se que, em sua estrutura legal original, o SUS não tinha sua cobertura limitada a uma cesta pré-definida de bens e serviços. Entretanto, a Lei n. 12.401/2011 alterou a Lei Orgânica do SUS, inserindo a possibilidade de ser definida uma cesta de bens e serviços cobertos pela provisão pública de cuidados de saúde. O Decreto Federal n. 7.508/2011 regulamentou essa cesta, prevendo, como atribuição do Ministério da Saúde, a definição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, que foi editada por meio da Portaria MS n. 841/2012.

A garantia da integralidade dos serviços de saúde no âmbito do SUS configura um dos principais desafios atuais, e o fornecimento de medicamentos se inclui nos cuidados de saúde que ainda demandam substancial esforço governamental para sua adequada implementação (PIOLA et al. 2009). Ressalta-se que o inciso I do art. 6º da Lei n. 8.080/1990 define, entre as ações a serem executadas no âmbito do SUS, a assistência terapêutica integral e, expressamente, inclui a assistência farmacêutica. Dessa forma, o Ministério da Saúde atuou em diversas frentes no contexto pós-Constituição de 1988, com o objetivo de avançar na garantia do cuidado medicamentoso integral à população brasileira, seja com a ampliação e reformulação de políticas de fornecimento de medicamentos, seja com a regulamentação e o controle do mercado farmacêutico (PIOLA et al. 2009).

Entre as ações desenvolvidas para melhorar as condições gerais do mercado farmacológico, ressalta-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Lei n. 9.782/1999, como órgão integrante do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que assumiu, de forma exitosa, as ações ligadas ao controle de qualidade dos medicamentos. Outra ação importante foi a regulamentação dos medicamentos genéricos definida na Lei n. 9787/1999, que propiciou a ampliação do uso desses medicamentos e a redução dos preços dos medicamentos (GARCIA et al. 2013). Destaca-se, ainda, a regulamentação do setor farmacêutico e a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) por meio da Lei 10.742/2003 e do Decreto n. 4.766/2003, a qual tem atuado no controle dos preços e da competitividade do mercado farmacêutico.

Note-se que, apesar de o inciso VI do art. 6º da Lei n. 8.080/1990 estabelecer que a formulação da política de medicamentos estava abarcada no campo de atuação do SUS, somente em 1998 foi editada a Política Nacional de Medicamentos, formulada em

consonância com os princípios estampados na Constituição de 1988 (GARCIA et al. 2013).

Assim, até o final da década de 1990, a CEME permaneceu atuando, tendo sido integrada ao Ministério da Saúde como órgão autônomo, nos termos definidos no Decreto n. 96.763/1988, editado pouco antes da promulgação da Constituição de 1988. Esse Decreto conferiu à CEME a competência para “coordenar e administrar o programa de assistência farmacêutica governamental e apoiar o desenvolvimento dos setores farmacêutico e químico-farmacêutico nacionais” (BRASIL, 1988a). O Decreto n. 2.283/1997 e a Lei n. 9.618/1998 trataram da extinção da CEME, transferindo suas atividades a outros órgãos do Ministério da Saúde.

Em 1997, foi instituído o Programa Farmácia Básica (PFB), por meio do qual o Ministério da Saúde, focado na “melhoria da qualidade de vida das classes sociais menos favorecidas”, buscava disponibilizar, nos municípios mais carentes, uma lista de 40 medicamentos essenciais no âmbito da atenção básica do SUS. Nesse programa, foram estabelecidas as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS e definida a meta de estimular a estruturação de políticas públicas estaduais de assistência farmacêutica. Em sua configuração inicial, o Programa Farmácia Básica mantinha bases semelhantes às da Farmácia Básica da CEME (MS, 2007). Esse programa é considerado o embrião do componente básico da assistência farmacêutica do SUS e, em 1999, passou a se chamar Incentivo à “Assistência Farmacêutica Básica”, quando houve avanço na descentralização, e depois “Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde” (VIEIRA, 2010).

Em 1998, a Portaria MS n. 3.916 aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), inserida na Política Nacional de Saúde como um dos pilares para propiciar cuidados de saúde mais efetivos para a população. Os objetivos principais da PNM consistiam em “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade” dos medicamentos e promover o “uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para o alcance desses objetivos, a Portaria MS n. 3.916/1998 definiu as diretrizes e prioridades que deveriam ser observadas em todas as esferas de gestão do SUS nas políticas e programas relacionados ao acesso a medicamentos. Com o intuito de estruturar uma política que superasse a centralização reiteradamente criticada na atuação da CEME, a PNM definiu a descentralização como “prioridade maior do Ministério da Saúde”, com o que se pretendia substituir o processo de distribuição de medicamentos pelo MS por repasse financeiro – automático e regular, fundo-a-fundo – para que as outras esferas de gestão do SUS

assumissem a aquisição e a distribuição dos medicamentos, de acordo com as demandas de suas populações.

Dentre as diretrizes da PNM, destaca-se a adoção de relação de medicamentos essenciais abarcando os “produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população”. Essa relação deveria ser elaborada nos níveis federal, estadual e municipal para se ajustar ao perfil epidemiológico regional e local, com o apoio financeiro e técnico do gestor federal. Os produtos constantes das listas de medicamentos essenciais deveriam “estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem”, cabendo ao Ministério da Saúde a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual deveria ser a base para as listas estaduais e municipais, orientando o processo de descentralização da assistência farmacêutica no SUS.

Outra diretriz da PNM consistia na regulamentação sanitária de medicamentos, o que ficaria basicamente a cargo do gestor federal, ao qual caberia o registro de medicamentos, a autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos e a retirada do mercado dos produtos inadequados ao consumo. Sob essa diretriz, foi inserida a promoção do uso de medicamentos genéricos, ficando também sob a responsabilidade do gestor federal a edição das normas e a adoção das medidas necessárias para consolidar o uso de genéricos.

A reorientação da assistência farmacêutica também integrava as diretrizes da PNM, que deixaria de consistir apenas na aquisição e entrega dos medicamentos à população e passaria a envolver a descentralização da gestão; o fomento ao uso racional dos medicamentos; e o estímulo à “otimização e eficácia da distribuição no setor público”, somado à adoção de medidas para reduzir o preço dos medicamentos para permitir o seu acesso via mercado (BRASIL, 1998). Neste último aspecto, a PNM previa a conjugação de esforços do Ministério da Saúde, da área econômica e do Ministério da Justiça para acompanhar o custo e atuar em caso de indícios de abuso econômico.

Posteriormente, com base nos debates e nas propostas aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), realizada em 2003, foi editada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução n. 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, que consolidou a relevância do cuidado medicamentoso no âmbito de atuação do SUS (GARCIA et al. 2013). Explicitando seu alinhamento aos “princípios da universalidade, integralidade e equidade” dos cuidados de saúde, a PNAF ampliou a noção de assistência farmacêutica para abarcar um “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e

recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial” (BRASIL, 2004). Com o objetivo de garantir o acesso e o uso racional do medicamento para incrementar efetivamente a qualidade de vida da população, a PNAF foi definida como uma política mais ampla que deveria repercutir na formulação de políticas setoriais – como as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos (BRASIL, 2004).

Entre os eixos estratégicos definidos para a PNAF, destaca-se que a assistência farmacêutica foi indicada como essencial para garantir acesso e equidade nas ações de saúde; e que foi enfatizada a necessidade de se aprimorar a articulação e coordenação entre as ações desenvolvidas pelos setores privado e público, nas três esferas de gestão do SUS, com a definição das responsabilidades destas de forma pactuada.

O enfoque dado à coordenação pactuada da atuação das três esferas de gestão do SUS, no que tange ao fornecimento de medicamentos, fez com que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) se expandisse para além dos medicamentos fornecidos no âmbito da atenção primária e dos medicamentos estratégicos (PAIVA et al. 2015). Nesse sentido, a Portaria MS n. 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, definindo que o Bloco da Assistência Farmacêutica seria constituído pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – nomenclatura adotada a partir da edição da Portaria MS n. 2.981/2009 (VIEIRA, 2010; BRASIL, 2007). Em sua edição mais recente, a RENAME/2014 – instituída pela Portaria MS/GM n. 01/2015 – engloba o Componente Básico, o Componente Estratégico, o Componente Especializado, a Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos e a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar (BRASIL, 2015).

No mesmo ano da edição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foi lançado o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), cuja base foi delineada na Lei n. 10.858/2004 e o regulamento definido no Decreto n. 5.090/2004. Inicialmente, a Fundação Oswaldo Cruz deveria atuar, em parceria com Estados, Municípios e entidades filantrópicas, para disponibilizar medicamentos a preços mais acessíveis.

No regulamento do PFPPB, foi explicitada, como motivação do programa, “a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos”, e indicado que “a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que

são assistidos pela rede privada”, com o objetivo de minorar o “impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos” (BRASIL, 2004). O art. 4º do Decreto n. 5.090/2004 previu que a implementação do PFPB não poderia prejudicar o abastecimento da assistência farmacêutica promovida na rede pública de saúde.

Em 2006, o PFPB foi expandido por meio da Portaria MS n. 491/2006, que definiu a possibilidade de o MS pagar um percentual do valor de referência para os medicamentos selecionados para integrar o programa, ficando a cargo dos pacientes complementarem a diferença do valor de venda praticado nas farmácias privadas. Essa estratégia de difusão da distribuição de medicamentos a preços subsidiados, por intermédio das farmácias varejistas, foi denominada de “Aqui tem Farmácia Popular” a partir da Portaria MS n. 3.089/2009, que revogou a Portaria MS n. 491/2006.

Em seguida, a Portaria MS n. 184/2011 revogou a Portaria MS n. 3.089/2009 e estabeleceu que o Programa Farmácia Popular Brasileira é composto pela “Rede Própria” de farmácias populares – sob a gestão da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a União, Estados, Municípios e entidades filantrópicas – e pelo credenciamento de farmácias privadas no “Aqui tem Farmácia Popular” – sob a gestão do Ministério da Saúde. Com base nesse regulamento, o presente trabalho passa a utilizar a expressão Programa Farmácia Popular (PFP) para denominar genericamente essas duas formas de provisão de medicamentos.

Cabe destacar, ainda, que a Portaria MS n. 3.089/2011 previu a distribuição gratuita dos medicamentos destinados ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes *melitus* a todos os usuários do PFP, e que a Portaria MS n. 1.146/2012 ampliou a gratuidade para os medicamentos destinados ao tratamento de asma, campanha nomeada de “Saúde não Tem Preço” e que representou um avanço na cobertura da política pública de fornecimento de medicamentos (BOING et al. 2014b).

Dessa forma, verifica-se que o PFP foi inicialmente desenhado para complementar a provisão gratuita de medicamentos no SUS e para atingir principalmente os usuários da rede privada de saúde, promovendo o acesso subsidiado de medicamentos essenciais definidos pelo Ministério da Saúde (SANTOS-PINTO et al. 2008).

Assim, em relação ao fornecimento de medicamentos, podem ser destacados dois programas principais dentro da Política Nacional de Medicamentos atual. O primeiro, de disponibilização gratuita de medicamentos no âmbito do SUS, em todos os níveis de complexidade de atendimento e em todos os níveis federativos. E o segundo, de disponibilização de medicamentos a preço subsidiado – e com alguns medicamentos gratuitos

– na rede de farmácias públicas, conveniadas ou privadas credenciadas, no âmbito do PFP (PIOLA et al. 2009).

Cabe notar que esses programas têm uma cobertura em duplicidade no que diz respeito aos medicamentos essenciais, sendo que, em 2007, cerca de 70% dos medicamentos disponibilizados no PFP também eram fornecidos gratuitamente no SUS (SANTOS-PINTO et al. 2008).

Ambos os programas que integram a Política Nacional de Medicamentos foram ampliados e aprimorados nos últimos anos (GARCIA et al. 2013), com um aumento de 222% no orçamento destinado a medicamentos pelo Ministério da Saúde no período de 2002 a 2007 (BOING et al. 2024b). De acordo com dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) do IBGE de 2003 e 2008, verificou-se um avanço importante na cobertura da assistência farmacêutica gratuita no âmbito do SUS, sendo que, na média geral do Brasil, o percentual de pessoas que receberam medicamentos gratuitamente subiu de 34,7% para 45,4%, aumento que foi observado em diferentes taxas para todas as regiões do país (IPEA, 2011).

Todavia, o mapeamento do perfil da população que utilizou o Programa Farmácia Popular⁸ em todas as regiões do Brasil em 2007 constatou que muitos usuários do SUS adquiriram medicamentos no PFPB, pagando parcialmente pelos medicamentos que deveriam ser disponibilizados gratuitamente no SUS (SANTOS-PINTO et al. 2008). Esse estudo identificou que essa estratégia de acesso a medicamentos mediante copagamento alcançou uma parcela significativa de usuários do SUS, o que representou 42,94% dos atendimentos do PFP em 2005, 45,07% em 2006, e 47,86% em 2007. Na região Norte, o quantitativo de usuários do SUS que acessaram medicamentos via PFP superou o de usuários do setor privado nesses anos; isso também ocorreu, em 2007, na região Nordeste (SANTOS-PINTO et al. 2008).

Com efeito, apesar de o SUS ter ampliado substancialmente o rol de medicamentos ofertados gratuitamente, a insuficiência de medicamentos disponíveis na atenção básica e ambulatorial especializada ainda configura uma causa de iniquidade no acesso a medicamentos (PIOLA et al. 2009; SANTOS-PINTO et al. 2008).

⁸ O estudo realizado por Santos-Pinto et al. (2008) não examinou o acesso a medicamentos na rede de farmácias privadas do “Aqui em Farmácia Popular”.

Destaca-se que a Lei n. 12.401/2011 veda expressamente que o SUS forneça, pague ou reembolse medicamentos, produtos e procedimentos experimentais, bem como aqueles não autorizados ou não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Ainda em 2011, o governo federal limitou a gratuidade dos medicamentos disponibilizados no SUS a usuários que efetivamente utilizam o sistema público de saúde. O Decreto n. 7.508/2011 estabeleceu os seguintes requisitos cumulativos para o acesso aos medicamentos fornecidos gratuitamente no âmbito do SUS: que os usuários sejam assistidos por ações e serviços de saúde do SUS; que o medicamento seja prescrito por um profissional de saúde que atenda no SUS; que o medicamento esteja previsto na lista de cobertura do SUS; e que a dispensação do medicamento ocorra em unidade indicada pela direção do SUS.

Note-se que essa mesma norma previu a possibilidade de o Ministério da Saúde estabelecer regras diferenciadas para o acesso a medicamentos especializados ou de alto custo. Nessa esteira, a Portaria MS n. 1.554/2013 não vinculou o acesso gratuito aos medicamentos de alto custo ao fato de o paciente ser atendido no SUS. Dessa forma, em relação a medicamentos especializados de mais alto custo, quando não são fornecidos pelos planos de saúde privados, a parcela mais rica da população pode demandar sua provisão do SUS.

O problema é que, também para medicamentos excepcionais de alto custo não incluídos na lista de cobertura do SUS, ou mesmo experimentais ou sem registro na ANVISA, os indivíduos têm demandado judicialmente os governos para impor a sua entrega gratuita no âmbito do SUS, independentemente do efeito disso no orçamento público. Essa atuação do judiciário brasileiro, ao desconsiderar critérios técnicos de custo-efetividade, pode ameaçar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro e gerar iniquidade pró-ricos (MENICUCCI; MACHADO, 2010).

A combinação da inviabilidade financeira do governo de atender a todas as demandas sociais por ações e serviços públicos de saúde com a disponibilidade insuficiente de medicamentos no SUS, somada a essa postura do Poder Judiciário, resultou no crescimento do volume de recursos públicos alocados no cumprimento de decisões judiciais nos últimos anos em todo o Brasil (PAIVA et al. 2015; JUNQUEIRA, 2013). Isso gera o risco de uma parcela significativa dos recursos públicos destinados à área da saúde privilegiarem os estratos mais ricos da população, justamente aqueles que detêm maiores condições de acionar o Judiciário.

De toda forma, Paiva et al. (2015) apontam que o aprimoramento do planejamento e o

incremento dos recursos públicos destinados à assistência farmacêutica são considerados essenciais para que os gestores das três esferas federativas do SUS cumpram o seu dever legal de garantir assistência farmacêutica integral equitativa.

Nesse sentido, entre as medidas adotadas recentemente para avançar na provisão pública da assistência farmacêutica, vale mencionar o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), criado por meio da Portaria n. 1.214/2012. Esse programa tem o objetivo geral de “contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Com base nesse programa e considerando a estrutura do MS definida no Decreto n. 8.065/2013, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) têm implementado, de forma pactuada com os gestores estaduais e municipais do SUS, ações para modernizar e integrar os sistemas de gerenciamento da assistência farmacêutica; para fortalecer o PFP, para consolidar o componente especializado da assistência farmacêutica e para ampliar e otimizar o orçamento alocado nessa área.

Dessa forma, no que se refere às políticas públicas que repercutiram no acesso a medicamentos, constata-se que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica fez menção expressa à busca da “equidade” na garantia do cuidado medicamentoso e que constantes esforços têm sido empreendidos para aprimorar a assistência farmacêutica.

Assim, verifica-se que, no plano normativo, houve, nas últimas décadas, significativo avanço em relação ao reconhecimento da necessidade de se promover a equidade horizontal no acesso a medicamentos, pois todos os cidadãos com a mesma necessidade de saúde têm, em tese, direito aos mesmos cuidados, inclusive medicamentoso, na esfera de atuação do SUS. Todavia, ainda persistem dificuldades para consolidar uma oferta adequada e contínua de medicamentos no SUS (GARCIA et al. 2013), o que compromete o grau de equidade efetivamente alcançado no acesso a esse insumo, permanecendo substancial o peso dos gastos privados com medicamentos no orçamento das famílias brasileiras, principalmente entre as de mais baixa renda (BOING et al. 2014a; BOING et al. 2014b; ALMEIDA et al. 2013; BOING, 2013; GARCIA et al. 2013; SAKSENA et al. 2010; BÓS; WATERS, 2008; DINIZ et al. 2007).

3.6 Considerações finais

Conforme apresentado neste Capítulo, o desenvolvimento histórico do sistema de saúde e da assistência farmacêutica no Brasil foi complexo e marcado por uma estrutura normativa robusta e modificada com frequência, cujo exame se revela desafiador, sobretudo quando se considera que a implementação de inúmeras iniciativas e políticas não chegou a se efetivar nos moldes propostos.

Em linhas gerais, destaca-se que, além da relevância da edição da relação de medicamentos essenciais na década de 1960 e a criação da CEME na década de 1970 como marcos no histórico da assistência farmacêutica no Brasil (BERMUDEZ et al. 2011), identificou-se que grande parte dos parâmetros que balizaram os programas e políticas de acesso a medicamentos ao longo do tempo já estava presente no Serviço de Medicamentos Oficiais, criado em 1918.

Nesse sentido, constata-se que, no Serviço de Medicamentos Oficiais, o esquema geral de fornecimento de medicamentos já mesclava estratégias de oferta a preço de custo e de gratuidade em casos excepcionais e focalizados em grupos populacionais com maior necessidade de cuidados – como os trabalhadores em zonas insalubres – ou mais pobres – pessoas em situação de “indigência”. Além disso, esse Serviço já apontava para a necessidade de se selecionarem os medicamentos a serem distribuídos, de acordo com as demandas epidemiológicas da população brasileira e com o custo-efetividade dos insumos; bem como para a necessidade de se atualizar a seleção dos medicamentos, de acordo com as possibilidades orçamentárias e com a alteração da demanda. Nota-se, ainda, que eram explícitas, nesse Serviço, a preocupação com os preços elevados dos medicamentos e sua incompatibilidade com a capacidade de pagamento das famílias brasileiras.

Dessa forma, o Serviço de Medicamentos Oficiais agregava, ainda que em moldes embrionários, os fatores que a OMS ressalta como centrais para a garantia do acesso aos medicamentos essenciais, quais sejam, a seleção racional dos medicamentos, preços compatíveis e acessíveis a todos, sustentabilidade financeira e sistema de suprimento confiável (SOARES, 2013).

As normas que se seguiram à criação do Serviço de Medicamentos Oficiais buscaram ampliar a cobertura territorial, principalmente para alcançar as zonas rurais mais afastadas, e adequar a cobertura da assistência farmacêutica e da gratuidade para se ajustar aos consensos sociais e políticos de cada período, que refletiam os parâmetros normativos para a provisão

pública de bem-estar e os contornos da noção de cidadania.

Observa-se que, até a promulgação da Constituição de 1988, as políticas que repercutiram no acesso a medicamentos tinham, de um lado, caráter contributivo, cobrindo de modo segmentado as classes de trabalhadores formalmente inseridas no sistema de previdência, que representavam uma parcela limitada da população. De outro, tinham um caráter assistencial, cobrindo residualmente as parcelas mais vulneráveis da população, por meio de políticas e ações de saúde pública dispersas, que passaram a ser centralizadas sob a competência da Central de Medicamentos, a partir de 1971 (BERMUDEZ et al. 2011).

Sob essas duas estratégias, a assistência farmacêutica era marcada por uma estratificação ou diferenciação da população atendida e se dava, como regra, por meio da disponibilização dos medicamentos a preço de custo, com alguns mecanismos de subsídios dos preços e com restritas hipóteses de gratuidade – que por vezes exigiam prova de meios. Dessa forma, sem sequer a diretriz normativa de que todos os cidadãos deveriam ter oportunidade de acesso isonômico ao cuidado medicamentoso, não havia, até então, as bases mínimas para que as políticas na área da assistência farmacêutica fomentassem a equidade do acesso a medicamentos.

Assim, o exame histórico indica que os consensos sociais e políticos relativos ao escopo de atuação do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, sobretudo na área da saúde, apresentaram desafios para o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e para a estruturação de políticas de assistência farmacêutica mais equitativas até o momento da promulgação da Constituição de 1988.

Somente a partir da consolidação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS houve o reconhecimento, em termos universais e igualitários, do direito de todos de acessar medicamentos, bem como houve uma ampliação da distribuição gratuita de medicamentos a toda a população, o que foi marcado, na seara normativa, pela edição da Política Nacional de Medicamentos em 1998 e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004. Com isso, o Brasil passou a ter uma Política Nacional de Medicamentos com potencial para promover a equidade horizontal e vertical no acesso a medicamentos.

4 ANÁLISE DA EQUIDADE NO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL

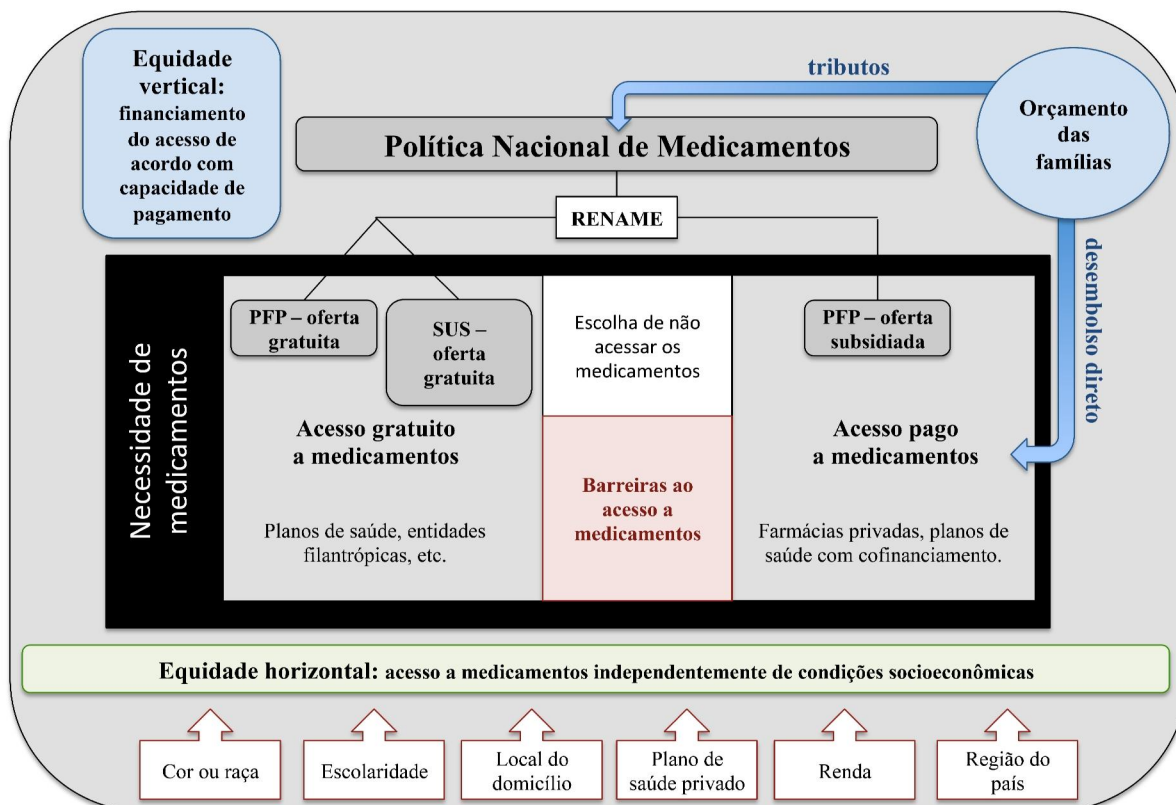
4.1 Metodologia

Conforme abordado no Capítulo 2, para a análise da equidade das políticas públicas de acesso a medicamentos no Brasil, adotam-se, no presente trabalho, dois conceitos centrais, quais sejam, equidade vertical e equidade horizontal.

A equidade vertical diz respeito ao financiamento dos serviços de saúde, de acordo com a capacidade de pagamento dos indivíduos ou das famílias, sendo considerados mais equitativos os sistemas de saúde em que há uma proporcionalidade ou uma progressividade entre a capacidade financeira dos indivíduos ou das famílias e sua participação no custeio direto e indireto dos bens e serviços de saúde (UGÁ; SANTOS, 2007). Já a equidade horizontal diz respeito a condições isonômicas de acesso aos cuidados de saúde por pessoas com as mesmas necessidades de saúde, independentemente de suas condições sociais ou econômicas (O'DONNELL et al. 2008).

A Figura 1 apresenta como essas dimensões da equidade vertical e horizontal afetam o acesso a medicamentos.

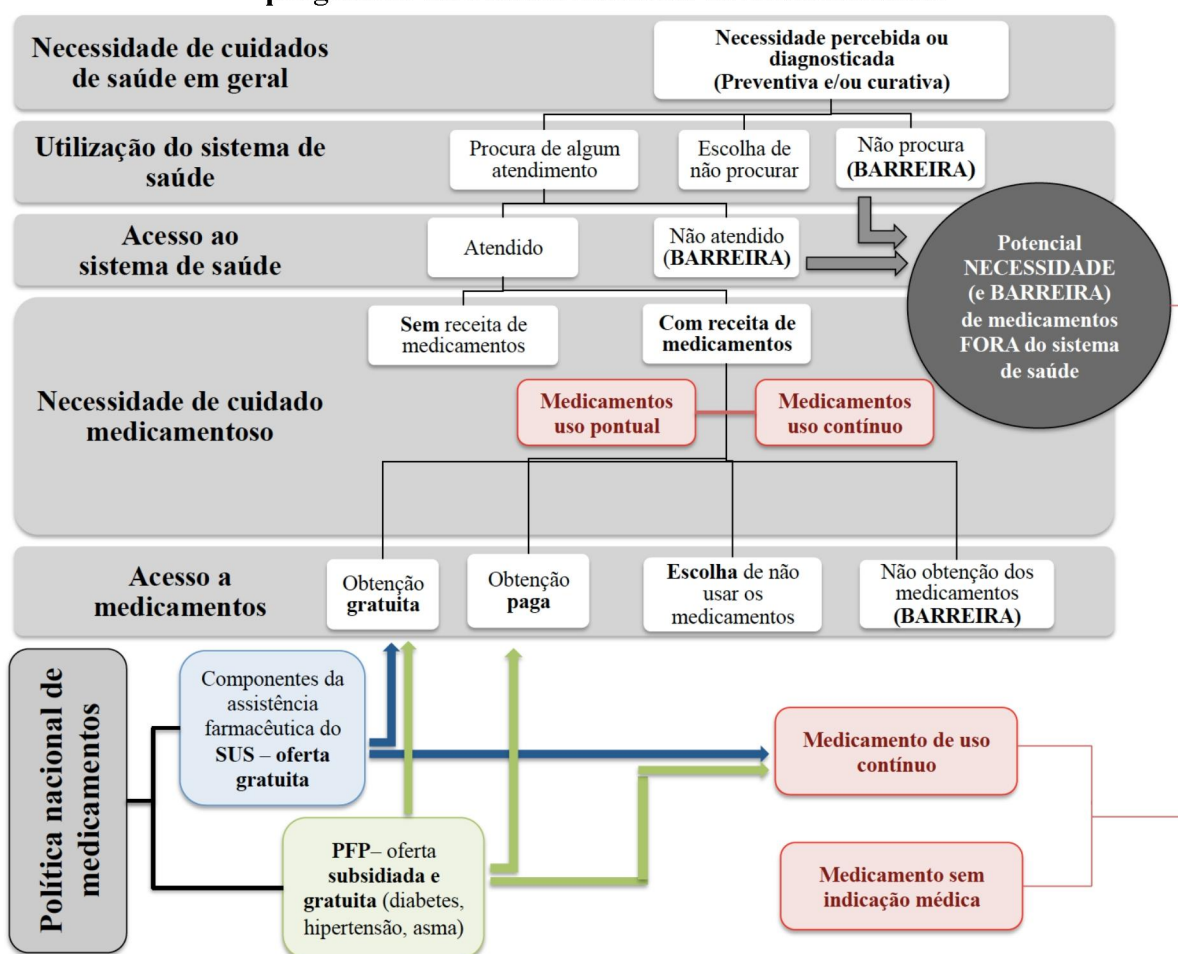
Figura 1 – Equidade vertical e horizontal no acesso a medicamentos



Fonte: Elaborada pela autora. Legenda: PFP (Programa Farmácia Popular); RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais); SUS (Sistema Único de Saúde).

Vale pontuar que, em relação ao acesso a medicamentos, a análise da equidade se distingue de outros tipos de cuidados de saúde, como consultas ou cirurgias, pois as necessidades e barreiras podem estar fora do sistema de saúde (SOARES, 2013; EMERICK, 2011), entre pessoas que não procuraram atendimento médico – por escolha ou por barreira à utilização do sistema – ou que não conseguiram atendimento no sistema de saúde – barreira ao acesso ao sistema – o que engloba os provedores público e privado de serviços de saúde, conforme explicitado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma sobre a necessidade de medicamentos e a cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos



Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme descrito no Capítulo 3, os programas de oferta de medicamentos que integram a Política Nacional de Medicamentos visam, em síntese, a promover o acesso gratuito e subsidiado ao cuidado medicamentoso. Assim, a análise do potencial de equidade vertical e horizontal da Política Nacional de Medicamentos desenvolvida nesta dissertação

abarca o exame de dados sobre o acesso gratuito e pago a medicamentos.

Todavia, observa-se que nem todos os dados disponíveis sobre o acesso a medicamentos no plano nacional permitem uma análise detalhada do tipo do acesso – gratuito ou pago, integral ou parcial, promovido no âmbito de qual programa da PNM – e do tipo de necessidade de medicamentos atendida – receitados, de uso contínuo ou automedicação –, especialmente quando se considera o acesso a medicamentos sem prescrição médica, por pessoas que não acessaram o sistema de saúde.

O Quadro 1 apresenta as principais bases de dados nacionais disponíveis para o exame de cada dimensão da equidade no acesso gratuito e pago a medicamentos.

Quadro 1 – Bases de dados para o exame da equidade no acesso a medicamentos

Dimensões	Bases de dados	Questões abordadas
Equidade vertical (financiamento)	Dados orçamentários dos governos e da Receita Federal ⁹	Como os contribuintes de cada faixa de renda (capacidade de pagamento) financiam o sistema de saúde (incluídos os programas de medicamentos) por meio de impostos diretos e indiretos?
	Pesquisas de Orçamento Familiar (POF/IBGE ¹⁰)	Como as famílias de cada faixa de renda (capacidade de pagamento) financiam diretamente o acesso a medicamentos?
		Como o acesso a medicamentos repercute na ocorrência de gastos excessivos ou catastróficos em saúde?
Equidade horizontal (acesso)	Suplementos sobre a Saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE ¹¹); Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE ¹²)	As pessoas acessam os medicamentos de que necessitam (receitados no último atendimento de saúde ou de uso continuado) independentemente de condições socioeconômicas ou demográficas?

Fonte: Elaborado pela autora.

Sob o prisma da equidade vertical, os dados sobre os gastos públicos e das famílias com medicamentos captam, de modo agregado, as demandas por cuidado medicamentoso decorrentes de receitas médicas – de medicamentos de uso pontual ou de uso contínuo – e da automedicação, refletindo, em termos mais gerais, o acesso a medicamentos pelas pessoas, independentemente de terem acessado ou não o sistema de saúde.

⁹ A descrição dessas bases de dados consta dos estudos realizados por Ocké-Reis (2014), Ugá e Santos (2007) e Ugá e Santos (2006).

¹⁰ A descrição dessas bases de dados consta dos estudos realizados por Boing (2013) e Diniz et al. (2007).

¹¹ A descrição dessas bases de dados consta do estudo realizado por Travassos (2008) e do Apêndice I.

¹² A descrição dessa base de dados consta do estudo realizado por Szwarcwald et al. (2014) e do Apêndice I.

Sob o prisma da equidade horizontal, os dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) sobre o acesso a medicamentos tratam, em linhas gerais, dos medicamentos receitados no último atendimento médico e dos medicamentos de uso contínuo – estes podem não ter decorrido do último atendimento médico, mas decorrem da indicação médica. Assim, esses dados têm como principal limitação a não mensuração do acesso ao cuidado medicamentoso sem indicação médica pelas pessoas que não conseguiram acessar ou que optaram por não acessar o sistema de saúde.

Em relação a todas as bases de dados secundários apresentadas no Quadro 1, a revisão da literatura indicou que muitos estudos já abordaram como o financiamento dos serviços de saúde – via tributos e via pagamento a provedores privados de saúde – impactam os orçamentos das famílias brasileiras situadas em distintas faixas de renda. A repercussão, no Brasil, dos gastos com medicamentos na incidência de gastos catastróficos com saúde – gastos excessivos que apresentam risco de ruína financeira ou de acesso inadequado ao cuidado de saúde – também já foi descrita em alguns artigos. Assim, para contextualizar o panorama geral de equidade da Política Nacional de Medicamentos, são apresentados os principais achados da literatura que abordaram a equidade vertical no acesso ao cuidado medicamentoso.

No que toca à equidade horizontal do acesso a medicamentos, a revisão da literatura indicou que poucos trabalhos desenvolvidos com base nos Suplementos de Saúde das PNADs trataram especificamente do acesso a medicamentos. Dessa forma, a respeito dessa dimensão, são examinados mais detidamente os microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013 para investigar se as pessoas acessaram os medicamentos receitados ou de uso contínuo, independentemente de condições de não necessidade como a renda familiar, cor ou raça, alfabetização, a cobertura por plano de saúde privado e o local e região do domicílio. Frisa-se que o recorte analítico do presente trabalho no exame da equidade horizontal enfoca o acesso aos medicamentos receitados e aos medicamentos de uso contínuo, sendo uma limitação metodológica a exclusão da demanda de medicamentos sem indicação médica (automedicação), já que isso não é mensurado nas PNADs e na PNS, conforme descrito acima.

Vale mencionar que o IBGE realizou suplementos sobre o estado de saúde da população nas PNADs de 1981, 1986, 1998, 2003 e 2008, o que tem permitido a ampliação do debate técnico e acadêmico a respeito de diversas dimensões do quadro geral de saúde da

população e da utilização dos serviços de saúde (SZWARCWALD et al. 2014; TRAVASSOS, 2008). Dessa forma, há diversas edições dessa pesquisa para subsidiar a análise do acesso a bens e serviços de saúde, mas a alteração dos questionários¹³ aplicados – a despeito de sua necessidade para o aprimoramento dos dados coletados – deve ser considerada como uma importante limitação metodológica, sobretudo na inferência de tendências e trajetórias (ALMEIDA et al. 2013; TRAVASSOS, 2008).

Em 2013, foi realizada pelo IBGE a Pesquisa Nacional de Saúde, que compõe o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE e se valeu da amostra mestra da PNAD, mas com um redesenho e redimensionamento para aprimorar a coleta de dados relativos à área da saúde (IBGE, 2015; SZWARCWALD et al. 2014). Registra-se, por exemplo, que, com o citado redimensionamento da amostra, o número de domicílios pesquisados foi de 62.986 na PNS 2013, enquanto essa amostra foi de 112.434, 133.255 e 150.591 domicílios nas PNADs de 1998, 2003 e 2008, respectivamente.

Apesar de a PNS ter buscado manter diversos quesitos em moldes semelhantes aos das PNADs para proporcionar uma base comparativa com as pesquisas dos anos anteriores (SZWARCWALD et al. 2014), o acesso a medicamentos teve uma abordagem substancialmente distinta em alguns pontos destacados no Apêndice I e mencionados ao longo do exame da equidade horizontal.

Para a aferição da equidade horizontal no acesso a medicamentos, foram selecionadas as PNADs 1998, 2003 e 2008, bem como a PNS 2013, tendo em vista que a Política Nacional de Medicamentos – elaborada sob a égide da Constituição de 1988 – foi editada apenas em 1998. Constaram dessas edições da PNAD e da PNS perguntas relativas à necessidade/acesso gratuito a medicamentos receitados na última utilização de serviços de saúde¹⁴. Somente na PNAD 2008 e na PNS 2013, foram inseridos quesitos sobre a compra/obtenção paga dos medicamentos receitados não obtidos gratuitamente, bem como quesitos sobre os tipos de barreiras para o não acesso aos medicamentos receitados e sobre a necessidade/acesso de medicamentos de uso continuado.

O objetivo principal da presente dissertação, na abordagem da equidade horizontal no acesso a medicamentos, consiste em analisar se as pessoas com a mesma necessidade de

¹³ O Apêndice I apresenta, de forma mais detalhada, as distinções dos quesitos relativos ao acesso a medicamentos, que serão pontualmente destacadas na análise dos dados.

¹⁴ Em linhas gerais, destaca-se que as PNADs 1998 e 2003 não têm dados desagregados sobre o acesso gratuito parcial e integral, e que os quesitos dessas edições excluía, expressamente, o recebimento de amostras grátis na aferição do acesso gratuito aos medicamentos receitados no último atendimento médico.

cuidado medicamentoso – receitado ou de uso contínuo – acessaram os medicamentos, independentemente de condições de não necessidade ligadas a características socioeconômicas e demográficas. Nesse sentido, considerando-se que a Política Nacional de Medicamentos engloba a oferta gratuita e subsidiada de medicamentos, serão analisados o acesso gratuito e o acesso pago aos medicamentos (Quadro 3). Tais formas de acesso consideram as variáveis de necessidade descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis de necessidade de cuidado medicamentoso

Variáveis de necessidade		Descrição	Atributos
Necessidade de cuidado medicamentoso	Medicamento receitado	No último atendimento de saúde foi receitado algum medicamento?	Sim
			Não
	Medicamento de uso contínuo	Utiliza algum medicamento de uso contínuo?	Sim
			Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013 do IBGE.

Neste ponto, é importante registrar que o conceito de acesso a medicamentos não é consensual na literatura, conforme apurado por Soares (2013), Emerick (2011) e Paniz et al. (2010). Em geral, para além de se referir apenas à obtenção de um bem ou insumo, a noção de acesso a medicamentos pode agregar diversas dimensões ligadas à qualidade ou racionalidade do uso do medicamento ou mesmo interações do cuidado medicamentoso com os cuidados de saúde em geral (SOARES, 2013). Nesse sentido, destaca-se a definição formulada por Bermudez et al. (1999 *apud* SOARES, 2013), segundo a qual o acesso a medicamentos se refere ao atendimento da necessidade por medicamento oportunamente, no local da demanda pelo paciente e, ainda, em condições que garantam a qualidade do insumo e um atendimento que proporcione esclarecimentos necessários para o uso adequado ou racional.

Sob esse prisma, pontua-se que o conceito de acesso a medicamentos adotado neste estudo se revela sobremaneira restrito, limitando-se à aferição da obtenção do insumo, sem considerações acerca da racionalidade do uso ou do resultado de saúde alcançado. As variáveis relativas ao acesso a medicamentos receitados e de uso contínuo estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Variáveis de acesso gratuito e pago a medicamentos

Variáveis de acesso		Descrição	Atributos
Acesso gratuito	Medicamento receitado	Obteve gratuitamente algum dos medicamentos receitados?	Sim
			Não
	Medicamento de uso contínuo ¹⁵	Obteve gratuitamente algum dos medicamentos de uso continuado na última vez em que precisou?	Sim
			Não
Acesso pago ¹⁶	Medicamento receitado	Dos medicamentos que não acessou gratuitamente, comprou?	Sim
			Não
	Medicamento de uso contínuo	Dos medicamentos que não acessou gratuitamente, comprou?	Sim
			Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013 do IBGE.

Enfatiza-se que, somente em 2008 e 2013, as perguntas feitas nas respectivas pesquisas distinguiram o acesso gratuito e o pago, além de distinguir o acesso integral e o parcial. Da mesma forma, a pergunta sobre a utilização de medicamento de uso contínuo só foi introduzida em 2008 e realizada em moldes substancialmente distintos em 2013, conforme detalhado no Apêndice I.

Considerando as variáveis descritas nos Quadros 2 e 3, a análise da equidade horizontal no acesso a medicamentos será desenvolvida separadamente para o acesso a medicamentos receitados e para o acesso a medicamentos de uso contínuo, em cada um sendo examinados o acesso gratuito e o pago, da seguinte forma:

- Equidade horizontal no acesso gratuito e no pago a **medicamentos receitados:**

Objetivos específicos:

Identificar como o acesso gratuito e o pago a medicamentos evoluiu de 1998 a 2013.

Examinar como o acesso **gratuito e o pago** a medicamentos se distribuiu em diferentes grupos populacionais com distintas **condições de não necessidade** – como renda, cor ou raça, alfabetização, local e região de residência e posse de plano de saúde privado – de 1998 a 2013.

Examinar como o acesso **gratuito** a medicamentos se distribuiu em diferentes grupos populacionais **com distintas condições socioeconômicas e com distintos estados**

¹⁵ Dados de acesso a medicamento de uso contínuo coletados nesses moldes na PNAD de 2008, sendo a abordagem da PNS 2013 substancialmente distinta, ver Apêndice I.

¹⁶ *Idem.*

gerais de saúde – autoavaliação da saúde, condição funcional e presença/ausência de doença crônica – de 1998 a 2013.

Examinar como as **barreiras** informadas ao acesso **pago** se diferenciaram em grupos populacionais com distintas condições de não necessidade em 2008 e 2013.

- Equidade horizontal no acesso gratuito e no pago a **medicamentos de uso contínuo**:

Objetivos específicos:

Identificar os percentuais de acesso gratuito e de acesso pago a medicamentos em 2008 e 2013.

Examinar como o acesso **gratuito e o pago** a medicamentos se distribuiu em diferentes grupos populacionais com distintas condições de não necessidade em 2008 e 2013.

Para esses dois grupos de objetivos específicos, o parâmetro de análise da equidade horizontal é similar. Em suma, se o acesso aos medicamentos não depender de condições de não necessidade ligadas a características socioeconômicas e demográficas, há evidências de equidade horizontal (SOARES, 2013), com indicativos de maior progressividade quando a distribuição se concentra em grupos populacionais considerados mais vulneráveis.

Em relação às características de não necessidade, ressalta-se que Soares (2013), ao propor uma aproximação do Modelo Comportamental de Uso de Serviços de Saúde de Andersen (1968 *apud* SOARES, 2013) especificamente para a esfera do acesso a medicamentos, destacou que há evidências na literatura de que características socioeconômicas e demográficas afetam o uso ou consumo de medicamentos. Nesse sentido, seria maior o consumo de medicamentos entre pessoas com maior escolaridade, brancas e mais ricas (SOARES, 2013, p. 104). As condições de não necessidade ligadas a características socioeconômicas – ou fatores capacitantes – e demográficas – ou fatores predisponentes – (SOARES, 2013; FAHEL; NEVES, 2009) selecionadas para a análise da equidade no acesso a medicamentos estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Variáveis de não necessidade de cuidado medicamentoso

Variáveis	Descrição	Atributos
Cor ou raça	Cor ou raça autodeclarada	Branca
		Não branca
Região de residência	Código da UF/Região	Norte
		Nordeste
		Sudeste
		Sul
		Centro-Oeste
Situação do domicílio	Código censitário da situação do domicílio*	Urbana
		Rural
Renda familiar <i>per capita</i>	Rendimento mensal familiar <i>per capita</i> ¹⁷ /número de membros da família*	Décimos (1º mais pobre e 10º mais rico)
Alfabetização¹⁸	Sabe ler?	Sim
		Não
Plano de saúde	Tem direito a algum plano de saúde?	Sim
		Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e PNS 2013 do IBGE. * Dados não coletados na PNS de 2013.

Importa destacar que essas características socioeconômicas e demográficas são utilizadas pela literatura para delinear grupos populacionais mais vulneráveis e geralmente são consideradas nos estudos que investigam a equidade vertical e horizontal na utilização e acesso ao sistema de saúde como um todo (POLITI, 2014; BOING, 2013; ALMEIDA et al. 2013; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; SAKSENA et al. 2010; FAHEL; NEVES, 2009).

Para além dessa abordagem principal da equidade horizontal no acesso a medicamentos, foi examinado o acesso a medicamentos de acordo com o estado geral de saúde das pessoas, com o intuito de qualificar o conceito de “mesmas necessidades de saúde”, que é a base do exame da equidade horizontal. Assim, o presente trabalho buscou combinar as variáveis *proxies* de necessidades gerais de saúde coletadas em todos os anos examinados decorrentes da autoavaliação da saúde, da presença de alguma doença crônica e da presença de limitação às atividades habituais, descritas por Politi (2014) e Almeida et al. (2013), com

¹⁷ As PNADs 1998 e 2003 não fornecem diretamente o rendimento familiar mensal *per capita*, sendo essa variável extraída do rendimento total mensal da família dividido pelo número de integrantes da família. Para os dados das PNADs 1998, 2003 e 2008, como a renda não declarada foi registrada com valores numéricos (999999999), esses valores foram recodificados para indicar elementos ausentes na amostra, de modo a não interferir no cálculo dos percentis de renda familiar *per capita*.

¹⁸ Optou-se pela análise da alfabetização em vez de outras variáveis de escolaridade ou nível de instrução para simplificar a comparação dos dados entre todos os anos analisados.

as variáveis de necessidade de medicamentos prescritos para examinar a distribuição do acesso.

A partir disso, buscou-se verificar se as pessoas com a mesma condição/necessidade geral de saúde e mesma necessidade por medicamentos prescritos conseguiram acessar esse insumo, independentemente das condições de não necessidade elencadas acima. Ressalva-se que tal enfoque se limita ao exame do acesso gratuito a medicamentos prescritos, tendo em vista que os dados disponíveis para analisar os demais tipos de acesso a medicamentos são significativamente distintos e que a inclusão de mais essa variável poderia comprometer a análise.

O Quadro 5 apresenta as variáveis de necessidade centrais para a operacionalização da análise da equidade horizontal no acesso a medicamentos.

Quadro 5 – Variáveis de necessidade/estado geral de saúde

Variáveis	Descrição	Atributos
Autoavaliação da saúde ¹⁹	Como as pessoas reportaram o próprio estado de saúde	Insatisfatório (ruim e muito ruim)
		Satisfatório (muito bom, bom e regular)
Condição funcional ²⁰	Deixou de realizar alguma de suas atividades habituais nas últimas duas semanas?	Limitada
		Não limitada
Presença de doença crônica ²¹	Tem ao menos uma das doenças crônicas elencadas nas pesquisas?	Sim
		Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013 do IBGE.

As categorias de autoavaliação do estado de saúde foram agrupadas em uma variável binária, distinguindo pessoas que reportaram o próprio estado de saúde como insatisfatório (ruim e muito ruim) ou satisfatório (muito bom, bom e regular). As variáveis que aferiram

¹⁹ Nas PNADs 1998 e 2008 e na PNS 2013, o quesito foi: “De um modo geral, considera seu próprio estado de saúde como”. Na PNAD 2003, o quesito foi: “Estado de saúde segundo o próprio ponto de vista da pessoa, ou do responsável, no caso de criança pequena”.

²⁰ O quesito foi: “Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?”.

²¹ PNADs 1998 e 2003: “Tem?” ... problema crônico na coluna ou nas costas por enfermidades, desvios, curvaturas anormais ou deformidades na coluna vertebral; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; insuficiência renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose. Na PNAD 2008, o quesito sobre essas mesmas doenças foi “Algum médico ou profissional de saúde disse que tem alguma doença crônica?”. Na PNS 2013, o quesito foi “Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?”.

separadamente a presença de diversos tipos de doenças crônicas nas PNADs 1998, 2003 e 2008 foram agrupadas em uma variável para indicar a ausência de doenças crônicas ou a presença de pelo menos uma doença crônica.

Por fim, pontua-se que os diferentes níveis de renda, assim como outras características socioeconômicas e demográficas ou condições de não necessidade, podem interferir não apenas no acesso a medicamentos, mas também na procura, na utilização e no acesso ao sistema de saúde como um todo, repercutindo nas barreiras à utilização e ao acesso aos serviços de saúde apresentadas na Figura 2 no início desta seção (POLITI, 2014; ALMEIDA et al. 2013; BOING, 2013; FAHEL; NEVES, 2009). Dessa forma, ressalta-se que a análise da equidade horizontal no acesso a medicamentos desenvolvida no presente trabalho tem como recorte o acesso a medicamentos entre as pessoas que decidiram procurar os serviços de saúde, foram atendidas e receberam a receita para uso de medicamento no último atendimento médico ou têm indicação para uso de medicamento contínuo. Ou seja, o exame da equidade horizontal no acesso a medicamentos não considerou, de modo agregado, a equidade ou iniquidade da utilização e do acesso ao sistema de saúde como um todo.

Todas as análises estatísticas dos dados acima indicados foram realizadas no IBM SPSS *Statistics*, versão 19, considerando o peso censitário das respectivas pesquisas.

4.2 Equidade vertical no acesso a medicamentos

A efetivação da saúde como direito de cidadania, de fato universal e equitativo, demanda a possibilidade de acesso aos bens e serviços de saúde associada à proteção dos cidadãos contra riscos financeiros relativos a gastos excessivos na utilização dos cuidados de saúde eventualmente necessários (SAKSENA et al. 2010).

Nesse sentido, a noção de equidade vertical se lastreia na proporcionalidade entre a capacidade financeira das famílias e o custo para acessar os cuidados de saúde. Entretanto, Ugá e Santos (2007) ressaltam que, em sociedades desiguais como a brasileira, o financiamento do sistema de saúde com peso proporcional à renda pode não ser suficiente para promover o acesso inclusivo, sob a perspectiva da justiça social. Assim, seria necessário – ou desejável – um financiamento progressivo do sistema de saúde brasileiro, com peso maior para as famílias mais ricas, para que o acesso à saúde pudesse ser equitativo e irradiasse efeitos positivos na estrutura de desigualdades decorrentes da concentração de renda ainda muito forte no Brasil (UGÁ; SANTOS, 2007).

É importante notar que, não obstante usualmente se caracterize a composição do sistema de saúde brasileiro como dual, distinguindo-se os setores público e privado, há subsistemas dentro desses setores (MENEZES et al. 2006). Tem-se, na prática, a provisão de serviços de saúde via Sistema Único de Saúde; via entidades filantrópicas; via provedores privados autônomos, por meio de pagamento por desembolso direto; via seguros ou planos de saúde privados; e via serviços de saúde exclusivos para servidores públicos civis e militares e suas famílias (MENEZES et al. 2006). Esses subsistemas apresentam interseções na provisão dos cuidados de saúde, o que agrega complexidade à estrutura de financiamento do sistema de saúde brasileiro.

Considerando que o escopo central do presente trabalho consiste na análise da equidade no acesso a medicamentos, são examinados, nos tópicos seguintes, aspectos gerais da equidade vertical no financiamento do sistema público de saúde, que engloba o financiamento dos programas da Política Nacional de Medicamentos; e, em seguida, a equidade vertical no financiamento privado dos medicamentos e o risco de gastos catastróficos associados a gastos privados com medicamentos.

4.2.1 Financiamento do sistema público de saúde

O sistema de saúde brasileiro se estrutura com centralidade na provisão dos cuidados de saúde no âmbito do sistema público ou SUS, no qual não há cobrança de taxas no ponto de acesso aos bens e serviços de saúde. Essa gratuidade do SUS potencializa a equidade horizontal do sistema de saúde brasileiro e, como demanda aportes de recursos públicos para o financiamento, faz com que a equidade vertical dependa da progressividade dos tributos destinados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde (UGÁ; SANTOS, 2007; UGÁ; SANTOS, 2006). Ressalva-se que não foram identificados estudos que abordam especificamente a equidade vertical do financiamento público das políticas que envolvem o acesso a medicamentos no Brasil.

Com o intuito de investigar o grau de equidade do financiamento público do sistema de saúde brasileiro, Ugá e Santos (2006) analisaram a contribuição das famílias brasileiras para o financiamento do SUS, com base nos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE 2002-2003. Em linhas gerais, as autoras identificaram que a progressividade dos tributos diretos superou a regressividade dos tributos indiretos pagos pelas famílias para financiar o sistema público de saúde brasileiro (UGÁ; SANTOS, 2006).

A partir disso, foi apurado que o financiamento do SUS foi progressivo entre as famílias situadas nos dois décimos mais pobres de renda familiar *per capita*, foi regressivo no décimo mais rico e foi proporcional à renda das famílias nos demais décimos de renda (UGÁ; SANTOS, 2006). Todavia, as autoras salientaram que essa análise não levou em conta as isenções do imposto de renda decorrentes de gastos privados com saúde, o que possivelmente alteraria esse panorama e resultaria em uma estrutura regressiva ou não equitativa de financiamento do SUS no período analisado (UGÁ; SANTOS, 2006).

A respeito dessas isenções de imposto, a legislação tributária brasileira permite, em síntese, que os gastos com planos e seguros de saúde privados ou com desembolso direto em saúde – exceto com medicamentos – sejam integralmente deduzidos do imposto de renda devido anualmente (OCKÉ-REIS, 2014; ANDRADE; NORONHA, 2011). Dessa forma, um percentual significativo dos gastos privados com saúde é restituído aos contribuintes por meio de renúncia fiscal, o que constitui um gasto público indireto, cuja trajetória no período de 2003 a 2011 foi descendente, mas correspondeu a 22,55% dos gastos federais em saúde em 2011 (OCKÉ-REIS, 2014).

Esse mecanismo tributário pode ter finalidades sociais relevantes no caso, por

exemplo, de desonerar contribuintes que tiveram gastos excessivos em saúde em determinado momento e, com isso, evitar a configuração de gastos catastróficos (OCKÉ-REIS, 2014). Entretanto, essa renúncia tributária tende, em geral, a estimular a contratação de planos de saúde privados, especialmente para a população de mais alta renda, razão pela qual é associada a uma disfuncionalidade do sistema de saúde brasileiro, que, longe de ser único, apresenta um arranjo não equitativo entre os setores público e privado, com iniquidades no financiamento e no acesso aos cuidados de saúde (OCKÉ-REIS, 2014; BOING, 2013; ANDRADE; NORONHA, 2011; MENICCUCCI, 2007).

Assim, essa parcela do financiamento público indireto do sistema de saúde brasileiro caminha na contramão dos esforços para fortalecer institucional e financeiramente o SUS, bem como estimula a contratação de planos de saúde privados, sem estruturar regulamentos que integrem a prestação privada dos cuidados de saúde de forma a efetivamente complementar o SUS (OCKÉ-REIS, 2014).

Nesse contexto, Ugá e Santos (2006) ponderam que o imposto de renda das pessoas físicas foi identificado como o tributo direto mais progressivo na estrutura de financiamento do SUS, e que o desconto dos valores restituídos aos contribuintes, alteraria o grau de progressividade. Isso porque a isenção tributária alcança principalmente as famílias mais ricas e não abarca o principal gasto em saúde efetuado pelas famílias com menor renda, que é o medicamento (UGÁ; SANTOS, 2006). Com base nesses dados, Ugá e Santos (2006) indicam que o financiamento do sistema público de saúde pode ser considerado ligeiramente regressivo ou não verticalmente equitativo.

4.2.2 Financiamento privado do acesso a medicamentos

Diversos estudos já abordaram o perfil dos gastos das famílias brasileiras com saúde a partir de enfoques distintos para investigar a proporção e a distribuição desses gastos, sendo, em geral, ressaltado o impacto dos gastos com medicamentos nos orçamentos das famílias mais vulneráveis socioeconomicamente (BOING et al. 2014a; BOING et al. 2014b; BOING, 2013; GARCIA et al. 2013; UGÁ; SANTOS, 2007; DINIZ et al. 2007; UGÁ; SANTOS, 2006).

Sobre esse tema, Diniz et al. (2007) analisaram a evolução dos gastos das famílias brasileiras com saúde, compatibilizando os dados das POFs 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003. Em síntese, os autores constataram que, nesse período, o gasto médio das famílias com

medicamentos apresentou um aumento gradativo, mas a evolução não foi uniforme entre famílias situadas em distintas faixas de renda (DINIZ et al. 2007). Entre as famílias mais pobres, o valor absoluto gasto com medicamentos e a proporção dos gastos com medicamento no total gasto em saúde se reduziu de 1987-1988 para 1995-1996, e aumentou de 1995-1996 em 2002-2003, sendo observado em todo o período o alargamento do hiato entre o gasto médio *per capita* das famílias situadas nos décimos extremos da renda *per capita* (DINIZ et al. 2007). Apesar de o gasto absoluto das famílias mais ricas com medicamentos ser substancialmente superior ao das famílias mais pobres, o peso dos gastos com medicamentos no orçamento familiar se manteve proporcionalmente maior entre as famílias com piores condições socioeconômicas (DINIZ et al. 2007).

Garcia et al. (2013) analisaram os dados das POFs 2002-2003 e 2008-2009 sobre os gastos das famílias com medicamentos, e confirmaram os achados de Diniz et al. (2007), verificando que o padrão de desigualdade nos gastos das famílias com medicamentos não se alterou significativamente entre 2002-2003 e 2008-2009 – com um gasto absoluto maior entre os mais ricos e um peso proporcional maior no orçamento familiar entre os mais pobres.

Merece destaque o fato de que a participação dos medicamentos nos gastos totais com saúde entre as famílias mais pobres se reduziu de 72,7% para 65,9%, entre 2002-2003 e 2008-2009, e aumentou de 26,2% para 28,5% entre as famílias mais ricas (GARCIA et al. 2013). Nesses períodos, os mais ricos se mantiveram gastando cerca de 13 vezes mais do que os mais pobres com medicamentos, mas o percentual do orçamento familiar comprometido com gastos *per capita* com medicamentos entre os mais pobres foi 5,3 vezes maior que o percentual entre os mais ricos em 2002-2003, o que se reduziu para 3,6 vezes em 2008-2009 (GARCIA et al. 2013).

O declínio do impacto dos gastos com medicamentos nos orçamentos das famílias mais pobres pode indicar uma redução da iniquidade vertical na estrutura de financiamento privado dos medicamentos e pode refletir avanços na cobertura do SUS, notadamente no âmbito da assistência farmacêutica, bem como a redução dos preços dos medicamentos genéricos (GARCIA et al. 2013; DINIZ et al. 2007). Contudo, como esse período foi marcado pela institucionalização e pela ampliação do SUS, e também pela implementação de outras políticas sociais que afetaram o mercado de trabalho, o nível de renda e a taxa de desemprego, não se pode concluir, de modo contundente, que as alterações dos gastos das famílias com saúde decorreram dos efeitos distributivos do sistema público de saúde (GARCIA et al. 2013; ANDRADE et al. 2011; DINIZ et al. 2007).

De toda forma, observou-se que os gastos com medicamentos se mantiveram nas POFs de 1987-1988 a 2008-2009 como o principal componente do gasto em saúde no orçamento das famílias mais pobres, enquanto as famílias mais ricas gastaram proporcionalmente mais com planos de saúde. E vale registrar que o percentual de famílias situadas no décimo mais pobre de renda familiar *per capita* que informaram ter tido gastos monetários com medicamentos chegou a 77,3% em 2008-2009 (GARCIA et al. 2013).

Diante desse cenário, apesar da melhora no quadro de iniquidade vertical dos gastos familiares com medicamentos, entre 1987 e 2009, é importante verificar a evolução da incidência de gastos excessivos decorrentes de despesas *out-of-pocket* (OOP) com medicamentos para aferir se as ações e programas de assistência farmacêutica desenvolvidos no período repercutiram no grau de proteção financeira das famílias brasileiras no acesso ao cuidado medicamentoso.

4.2.3 Gastos catastróficos em saúde e despesas com medicamentos

A noção de gastos catastróficos na área da saúde é antiga, mas permanecem controvertidos os parâmetros mais adequados para aferir qual o montante do gasto com saúde que colocaria as famílias em risco de não acessar os cuidados de saúde necessários; de acessá-los em níveis inadequados ou de forma descontinuada; ou mesmo de serem levadas à situação de pobreza ou de extrema pobreza como consequência dos custos dos serviços de saúde (BOING, 2013; BARROS et al. 2011; DINIZ et al. 2007).

Assim, complementarmente ao exame da equidade vertical no financiamento privado do acesso a medicamentos, a análise da incidência de gastos catastróficos entre as famílias brasileiras decorrentes de despesas *out-of-pocket* com medicamentos permite avançar no mapeamento de barreiras financeiras ao acesso ao cuidado medicamentoso existentes no sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, destaca-se que a proteção das famílias contra dificuldades financeiras decorrentes do acesso a cuidados de saúde – geralmente mensurada pela incidência de gastos catastróficos em saúde – tem sido considerada pela Organização Mundial da Saúde como um dos pilares para a efetivação de sistemas de saúde universais e equitativos (KNAUL et al. 2011; SAKSENA et al. 2010; WHO, 2000).

Verifica-se que não há consenso na literatura sobre quais gastos com saúde devem ser considerados no cálculo dos gastos catastróficos – se somente gastos *out-of-pocket* ou também

gastos com planos e seguros de saúde – nem sobre qual percentual desses deveria ser utilizado como corte. Também há divergência sobre qual seria o indicador mais adequado para expressar a capacidade financeira das famílias, se a capacidade de consumo aferida a partir do total gasto pelas famílias, com ou sem desconto dos gastos com alimentação; ou se a renda das famílias, considerando ou não rendas não monetárias e descontando ou não gastos com alimentação (BOING, 2013; BARROS et al. 2011; BÓS; WATERS, 2008; DINIZ et al. 2007). Essa pluralidade de parâmetros e a adoção de diferentes bases de dados explicam os resultados diferenciados a que chegaram diversos estudos que abordaram a incidência de gastos catastróficos em saúde no Brasil (BOING, 2013; BARROS et al. 2011; KNAUL et al. 2011; DINIZ et al. 2007).

Sublinha-se a importância de não se confundir a noção de gastos catastróficos com saúde com a noção de alto custo ou alto gasto em saúde. Os gastos catastróficos são calculados em relação à capacidade financeira das famílias, podendo se configurar, por exemplo, a partir de gastos de baixo valor absoluto, mas com grande representatividade no orçamento familiar (BOING, 2013; KNAUL et al. 2011). Portanto, os gastos catastróficos em saúde podem afetar famílias com diferentes condições socioeconômicas.

Essa distinção reforça a ideia de que o desenho institucional da cobertura dos sistemas de saúde repercute no percentual de incidência e na distribuição dos gastos catastróficos nas diferentes classes ou grupos sociais, pois depende dos tipos de serviços ofertados e dos respectivos esquemas de financiamento para acessar os cuidados de saúde (SAKSENA et al. 2010).

De acordo com Xu et al. (2003), o Brasil teria, em 1996 e 1997, 10,3% das famílias incorrendo em gastos catastróficos com saúde – considerando gastos OOP superiores a 40% da capacidade de consumo das famílias. Esse percentual correspondeu ao pior resultado dentre os países da América Latina, ao segundo pior dentre os 59 países estudados e a um percentual muito distante dos países desenvolvidos da Europa, em geral inferiores a 1% (XU et al. 2003).

O estudo realizado por Xu et al. (2003) ganhou grande projeção internacional, mas vale destacar que foi utilizada a Pesquisa sobre Padrões de Vida do IBGE 1996-1997, base de dados menos adequada do que a POF, pois abarcou apenas as regiões Sudeste e Nordeste e não tinha como foco o padrão de consumo das famílias (BARROS et al. 2011; DINIZ et al. 2007). Além disso, foi adotada, como denominador para a identificação do gasto catastrófico, a “capacidade de consumo” – calculada a partir do valor total consumido pelas famílias,

descontados os gastos com alimentação – o que não corresponde à integralidade da capacidade financeira das famílias de mais alta renda, pois estas, em geral, diferenciam-se das famílias mais pobres por consumirem menos do que ganham (DINIZ et al. 2007). Assim, os gastos catastróficos com saúde mensurados por Xu et al. (2003) entre as famílias mais ricas podem não corresponder a um impacto financeiro efetivamente significativo quando considerada a renda da família e não o seu padrão de consumo.

Partindo de uma metodologia diferente, Bós e Waters (2008) apontaram, com base na PNAD 1998, que seria de 3,7% o percentual de famílias incorrendo em gastos catastróficos no Brasil. Note-se que Bós e Waters (2008) adotaram o mesmo percentual de corte de 40%, mas consideraram tanto os gastos *out-of-pocket* quanto os gastos com planos e seguros privados de saúde – já que ambos impactam os orçamentos das famílias – e utilizaram como denominador a renda familiar monetária, sem descontar gastos com subsistência ou com alimentação (BOING et al. 2014a; DINIZ et al. 2007). Dessa forma, não obstante terem examinado um ano próximo aos analisados por XU et al. (2003), Bós e Waters (2008) identificaram um patamar quase 3 vezes menor de incidência de gastos catastróficos entre as famílias brasileiras, o que demonstra a relevância de se considerar os parâmetros e a base de dados utilizada em cada estudo (DINIZ et al. 2007).

A respeito da capacidade do sistema de saúde brasileiro de prover proteção contra riscos financeiros no acesso a serviços de saúde, Bós e Waters (2008) identificaram que o acesso a serviços no âmbito do SUS estaria associado a uma menor probabilidade de gastos catastróficos em saúde, cerca de 47% menor; enquanto a utilização de planos de saúde privados aumentaria, em cerca de 36%, a chance de incidência de gastos catastróficos em saúde. Resultados semelhantes foram apurados por Barros et al. (2011) – que identificaram um risco de 3,4 vezes maior de incidência de gastos catastróficos entre famílias que possuíam planos de saúde – e por Diaz et al. (2012) – que examinaram os dados da POF 2002-2003 e apontaram a baixa cobertura dos medicamentos nos planos privados como uma das causas prováveis desse quadro.

De toda forma, mesmo para usuários do SUS, Bós e Waters (2008) identificaram que o acesso a medicamentos consistia na principal despesa que levava as famílias brasileiras a terem gastos catastróficos com saúde em 1998. Diante disso, foi apontada a necessidade de se ampliar a provisão de medicamentos no âmbito do SUS e de expandir os pontos de acesso a medicamentos por meio de farmácias privadas – o que efetivamente foi implementado no âmbito do Programa Farmácia Popular, notadamente a partir de 2006, conforme abordado no

Capítulo 3 (BÓS; WATERS, 2008).

Diniz et al. (2007) também analisaram a incidência de gastos catastróficos no Brasil, utilizando distintas metodologias, que se aproximaram das metodologias mencionadas acima, mas aplicadas aos dados da POF 2002-2003.

Assim, adotando parâmetros semelhantes aos descritos em Xu et al. (2003), Diniz et al. (2007) identificaram que, em 2002-2003, 0,6% das famílias brasileiras teriam incorrido em gastos catastróficos em saúde, com os gastos OOP superando 40% da capacidade de pagamento. Esse percentual seria de 0,8% quando são considerados os gastos totais das famílias em saúde, ou seja, OOP e planos de saúde privados. Ademais, considerando as limitações da base de dados adotada por Xu et al. (2003), Diniz et al. (2007) calcularam o percentual de gastos catastróficos considerando apenas a renda monetária das famílias e identificaram que, em 2002-2003, 6% das famílias brasileiras teriam incorrido em gastos catastróficos, se computados apenas os gastos OOP, e 6,8%, se computados todos os gastos em saúde (DINIZ et al. 2007).

Sob outro prisma, quando considerados também gastos não monetários no numerador – mais representativos para as famílias mais pobres e residentes na zona rural – e a renda monetária e não monetária das famílias no denominador – descontadas as despesas com alimentação –, Diniz et al. (2007) apuraram que, em 2002-2003, 1,9% das famílias brasileiras tiveram gastos catastróficos relativos às despesas OOP e 2,2% relativos aos gastos totais em saúde.

A Tabela 1 resume esses percentuais de incidência de gastos catastróficos em saúde entre as famílias brasileiras calculados por Diniz et al. (2007) a partir dos diferentes recortes metodológicos mencionados acima.

Tabela 1 – Percentual de gastos catastróficos com saúde nas famílias brasileiras

Referência	Xu et al. (2003)		Diniz et al. (2007)							
	Dados		PPV 1996-1997		POF 2002-2003*					
Parâmetros	Capacidade de pagamento monetária		Capacidade de pagamento monetária**		Renda monetária sem descontos***		Renda monetária (descontado gasto alimentação)		Renda total (descontado gasto alimentação)	
40%	OOP	Saúde	OOP	Saúde	OOP	Saúde	OOP	Saúde	OOP	Saúde
% de famílias com gastos catastróficos	10,3%	---	0,6%	0,8%	---	3,7%	6,0%	6,8%	1,9%	2,2%

Fonte: adaptado de DINIZ et al. (2007) e de Xu et al. (2003). * Consideradas apenas as famílias com gasto positivo em saúde. ** Aproximação da metodologia adotada por Xu et al. (2003).*** Aproximação da metodologia adotada por Bós e Waters (2008).

Da Tabela 1, extrai-se que, com a utilização de bases de dados nacionais como as POFs, a representatividade dos gastos catastróficos em saúde foi menor do que a aferida por Xu et al. (2003), independentemente do denominador utilizado e dos tipos de gasto em saúde considerados. Ressalta-se que, além da incidência dos gastos catastróficos em saúde, Diniz et al. (2007) analisaram a evolução dos gastos das famílias brasileiras em saúde e verificaram uma diminuição da participação relativa dessas despesas no total gasto pelas famílias entre a POF 1995-1996 e a 2002-2003. Dessa forma, os índices mais baixos de incidência de gastos catastróficos em saúde poderiam refletir, em alguma medida, avanços da cobertura do SUS, principalmente na assistência farmacêutica para as famílias mais pobres, que diferenciaram o cenário da sociedade brasileira em 1996/1997, avaliado por Xu et al. (2003), daquele em 2002-2003, avaliado por Diniz et al. (2007).

Ainda com base na POF 2002-2003, Barros et al. (2011) analisaram como os gastos catastróficos incidiram sobre as famílias brasileiras situadas em distintas faixas de renda e domiciliadas em distintas regiões do país, sendo também consideradas variáveis de vulnerabilidade ligadas a características do chefe de família, à presença de idosos e de crianças nas famílias e à cobertura por planos de saúde privados.

Em termos gerais, os resultados se aproximaram dos apurados por Diniz et al. (2007), sendo identificado por Barros et al. (2011) que a incidência de gastos catastróficos foi maior entre as famílias mais pobres, independentemente do recorte metodológico adotado. Quando considerados os gastos com saúde acima de 40% da capacidade de pagamento relativa ao consumo das famílias, o percentual médio de ocorrência de gastos catastróficos foi de 2%, sendo de 4,4% entre 20% das famílias mais pobres e de 0,6% entre as 20% mais ricas. Quando considerada a capacidade de pagamento relativa à renda monetária das famílias, a média de gastos catastróficos foi de 11,7%, sendo 22,1% entre as famílias mais pobres e 3,5% entre as mais ricas.

No que toca às demais variáveis examinadas por Barros et al. (2011), o percentual de incidência de gastos catastróficos não foi maior entre famílias domiciliadas nas regiões menos desenvolvidas economicamente; as características dos chefes de famílias e a presença de crianças não apresentou associação estatisticamente significativa; a presença de idosos foi associada a uma maior incidência de gastos catastróficos; e a cobertura por planos de saúde privados não protegeu as famílias e ainda aumentou o risco de incidência de gastos catastróficos.

No panorama geral, Barros et al. (2011) indicaram que a variedade de parâmetros

utilizados nos distintos estudos dificultariam concluir, de forma categórica, se a incidência de gastos catastróficos no Brasil em saúde seria alta ou baixa. De todo modo, os resultados estimados a partir da POF 2002-2003 sinalizam para um peso maior dos gastos catastróficos entre as famílias mais pobres, entre as quais os gastos com medicamentos foram prevalentes, correspondendo a 78,3% dos gastos em saúde das famílias do quintil mais baixo de renda (BARROS et al. 2011).

Corroborando a representatividade dos gastos com medicamentos na configuração de riscos financeiros para acessar cuidados de saúde, Diaz et al. (2012) apuraram, com base na POF 2002-2003, que mais da metade das famílias brasileiras que incorreram em gastos catastróficos tiveram os medicamentos como o principal gasto com saúde. Entre as famílias que registraram gastos totais com saúde em patamar acima de 20% da capacidade de pagamento – consumo monetário e não monetário descontado o gasto com alimentação –, 53,9% tiveram os medicamentos como principal gasto em saúde, percentual que foi de 55,4% e de 51,2% quando os parâmetros para a aferição dos gastos catastróficos foi de 30% e 40% da capacidade de pagamento, respectivamente (DIAZ et al. 2012).

Os dados da POF 2002-2003 também foram utilizados no estudo de Knaul et al. (2011), no qual foi examinada a incidência de gastos catastróficos em saúde – com ponto de corte em 30% dos gastos OOP em saúde – em doze países da América Latina e Caribe²², entre os quais o Brasil. Foi apurada uma substancial heterogeneidade entre os percentuais de gastos catastróficos em cada país, sendo o Brasil (2%) destacado ao lado da Costa Rica (1%) como um dos países com menores percentuais gerais de gastos catastróficos (KNAUL et al. 2011). Esse percentual apurado para o Brasil se aproxima do resultado apresentado por Barros et al. (2011), calculado também em relação à capacidade de pagamento relativa ao consumo das famílias.

Em todos os países, os gastos catastróficos foram maiores entre famílias situadas na zona rural, com membros idosos e/ou crianças, mais pobres e sem seguro de saúde privado. Para o Brasil, a renda foi o fator mais relevante na distinção da incidência dos gastos catastróficos em saúde, que foi maior entre as famílias no quintil de menor renda, sendo que os únicos países mais desiguais neste aspecto foram a Bolívia, o Equador e a Nicarágua (KNAUL et al. 2011).

²² Os doze países analisados por Knaul et al. (2011) foram a Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, Guatemala, México, Nicarágua e Peru.

Em outro estudo comparativo que incluiu o Brasil, Saksena et al. (2010) examinaram o efeito de diferentes tipos de cuidados de saúde na configuração de gastos catastróficos em 51 países, comparando despesas OOP com internação, com tratamentos ambulatoriais e com medicamentos, além das despesas totais OOP. Nesse estudo, foram utilizados dados dos *World Health Surveys* (WHS), coletados em 2002-2003, com representatividade nacional, para examinar quais características das famílias – com crianças abaixo de 5 anos, com idosos acima de 60 anos, com pessoa inválida, gênero e nível educacional da pessoa de referência da família, situação do domicílio (urbana/rural) e quintil de orçamento familiar – e quais características gerais dos países – investimento em saúde como percentual do PIB, total OOP como percentual do total investido em saúde e coeficiente de Gini – estariam mais fortemente associadas a um maior risco de gasto catastrófico em saúde (SAKSENA et al. 2010).

Os resultados gerais encontrados por Saksena et al. (2010) indicaram que, apesar de os gastos OOP com internações serem muito significativos – quando consideradas apenas as famílias que tiveram esses gastos OOP –, os gastos OOP com medicamentos foram consistentemente mais determinantes para a ocorrência de gastos catastróficos – quando consideradas todas as famílias entrevistadas, o que representaria o perfil dos gastos em saúde das famílias a mais longo prazo, segundo Garcia et al. (2013). O maior peso dos gastos OOP com medicamentos foi observado entre famílias dos quintis mais baixos de renda, domiciliadas na zona rural, com membros idosos e cuja pessoa de referência da família possuía nível primário de educação incompleto (SAKSENA et al. 2010).

Com relação aos parâmetros definidos para comparar as características dos países, o total gasto em saúde como percentual do PIB não apresentou correlação significativa estatisticamente, mas o percentual de gastos OOP do gasto total em saúde e o índice de Gini apresentaram correlação positiva com o risco de incidência de gastos catastróficos nos países, indicando que, quanto maior o nível de gasto OOP e maior a desigualdade de renda nos países, maior o risco de gastos catastróficos em saúde entre as famílias (SAKSENA et al. 2010).

Com base nesses resultados, Saksena et al. (2010) concluíram que, apesar de os gastos com medicamentos serem, em geral, menores do que os gastos decorrentes de internações hospitalares, as despesas OOP com medicamentos geram um maior risco financeiro para as famílias, pois tendem a se concentrar rapidamente naquelas mais vulneráveis, como famílias com membros idosos e com doentes crônicos.

Assim, os autores indicaram a necessidade de os sistemas de saúde de cada país

estruturarem esquemas de benefícios que promovam a proteção financeira em relação aos gastos com medicamentos e considerem a vulnerabilidade de alguns grupos sociais para garantir uma cobertura efetivamente universal e equitativa dos sistemas de saúde (SAKSENA et al. 2010).

Considerando a generalidade dessas conclusões em relação aos 51 países estudados por Saksena et al. (2010), destaca-se, na Tabela 2, os percentuais de incidência de gastos catastróficos em saúde no Brasil, comparados com a média de todos os países e com os países da América Latina e Caribe abarcados nesse estudo.

Tabela 2 – Comparação do percentual de famílias que incorreram em gastos catastróficos em saúde em 2002-2003, por tipos de gastos OOP

Países	OOP total		OOP internação*		OOP ambulatorial**		OOP medicamento	
	Todas as famílias	Famílias com gasto	Todas as famílias	Famílias com gasto	Todas as famílias	Famílias com gasto	Todas as famílias	Famílias com gasto
Média geral²³	13,10%	26,20%	1,10%	27,50%	1,10%	9,60%	6,10%	15,00%
Brasil	14,27%	22,37%	0,21%	20,71%	0,24%	4,04%	6,51%	11,64%
Equador	10,71%	39,93%	0,85%	36,36%	0,84%	10,39%	5,03%	24,11%
México	18,63%	44,30%	1,89%	58,33%	0,65%	12,66%	8,10%	26,18%
Paraguai	14,25%	23,74%	0,77%	30,14%	0,34%	2,58%	7,69%	14,91%
República Dominicana	20,03%	33,83%	1,20%	38,07%	1,42%	9,26%	12,47%	24,33%
Uruguai	1,65%	5,35%	0,10%	13,74%	0,04%	2,14%	0,49%	2,16%

Fonte: adaptado de Saksena et al. (2010). Terminologia original * “inpatient expenditure OOP”, ** “outpatient expenditure OOP”.

Em relação à incidência de gastos catastróficos considerando todas as famílias entrevistadas, o Brasil apresentou um percentual de famílias com gastos catastróficos decorrentes de gastos OOP total e de gastos OOP com medicamentos um pouco acima do percentual médio dos países estudados, o que indicaria que a estrutura do sistema de saúde brasileiro proporciona uma proteção financeira mais efetiva para o acesso a internações e a tratamentos ambulatoriais.

²³ Média geral dos 51 países comparados: Emirados Árabes Unidos, Burkina Faso, Bangladesh, Bósnia e Herzegovina, Brasil, China, Costa do Marfim, Congo, Ilhas Comores, República Checa, República Dominicana, Equador, Espanha, Estônia, Etiópia, Geórgia, Gana, Guatemala, Croácia, Hungria, Índia, Cazaquistão, Quênia, República Democrática do Lao, Sri Lanka, Letônia, México, Mali, Myanmar, Maurítânia, Ilhas Maurícias, Malawi, Malásia, Namíbia, Nepal, Paquistão, Filipinas, Paraguai, Rússia, Senegal, Eslováquia, Eslovênia, Suazilândia, Chade, Tunísia, Ucrânia, Uruguai, Vietnam, África do Sul, Zâmbia e Zimbábue.

Em síntese, segundo os resultados apresentados por Saksena et al. (2010), o peso financeiro decorrente dos gastos OOP com medicamentos no Brasil foi o mais significativo para a incidência de gastos catastróficos em saúde, quando consideradas todas as famílias, com base no WHS 2002-2003, realizado pela Organização Mundial da Saúde. Esse dado se mostra consonante com os resultados obtidos por Bós e Waters (2008), que utilizaram dados da PNAD/BGE de 1998, e com os resultados obtidos por Diniz et al. (2007) e Barros et al. (2011), que utilizaram a POF 2002-2003, corroborando a centralidade das políticas de assistência farmacêutica para a consolidação da universalidade e para o enfrentamento de iniquidades no bojo do sistema de saúde brasileiro.

Em face desses estudos que analisaram o contexto brasileiro dos meados da década de 1990 até o início da década de 2000, releva-se importante examinar a evolução da representatividade dos gastos OOP com medicamentos na incidência de gastos catastróficos em saúde com base na POF 2008-2009. Isso com o intuito de verificar se o sistema de saúde brasileiro conseguiu promover avanços na proteção financeira dos cidadãos no acesso ao cuidado medicamentoso, o que seria esperado considerando-se os avanços na cobertura do SUS e dos programas de assistência farmacêutica implantados e expandidos a partir da edição da Política Nacional de Medicamentos em 1998.

Nesse sentido, destaca-se que Boing et al. (2014a) aprofundaram a investigação sobre a evolução e a distribuição dos gastos catastróficos em saúde em diversos grupos socioeconômicos, comparando os dados das POFs 2002-2003 e 2008-2009. Nesse estudo, identificou-se que o percentual de famílias brasileiras com gastos catastróficos em saúde aumentou significativamente, no período analisado, para todos os tipos de metodologia utilizados, indo de uma incidência entre 0,7% a 21,1%, em 2002-2003, para 1,4% a 25%, em 2008-2009 (BOING et al. 2014a). Além disso, foi observado o acirramento da desigualdade na incidência dos gastos catastróficos em saúde, que aumentaram mais nas famílias com menor renda e cujas pessoas de referência possuíam menor escolaridade (BOING et al. 2014a).

Na mesma linha dos estudos anteriormente citados, Boing et al. (2014a) apontaram a necessidade de aprimoramento da distribuição de medicamentos no SUS como medida necessária à ampliação da proteção financeira das famílias brasileiras contra gastos excessivos na área da saúde.

Também com base nos dados das POFs 2002-2003 e 2008-2009, Boing et al. (2014b) examinaram o impacto dos diversos tipos de gasto em saúde no empobrecimento das famílias

brasileiras. Nesse estudo, foi observado que, quando descontados os gastos com saúde da renda *per capita* das famílias, houve um aumento do número de famílias que se enquadrariam na situação de pobreza, tanto de acordo com os parâmetros do Banco Mundial – aumento de 6,8%, em 2002-2003, e de 11,6%, em 2008-2009 – quanto do Programa Bolsa-Família – aumento de 11,9%, em 2002-2003, e de 17,3%, em 2008-2009 (BOING et al. 2014b).

Registra-se que, em geral, houve uma redução do número de famílias em situação de pobreza no Brasil de 2002 para 2009, mas os dados da POF em 2008-2009 indicam que, nestes anos, foi mais contundente o impacto dos gastos com saúde no empobrecimento das famílias, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil (BOING et al. 2014b). Boing et al. (2014b) apontaram que os fatores preponderantes para o empobrecimento das famílias foram a pior condição econômica, o pior nível de escolaridade da pessoa de referência da família e a presença de criança. Em ambos os períodos analisados, os gastos com medicamentos foram os que mais contribuíram para o empobrecimento das famílias, correspondendo a 60,9% em 2002-2003 e 65,7% em 2008-2009 (BOING et al. 2014b).

Portanto, em todos os estudos que analisaram o impacto financeiro dos gastos em saúde no Brasil, os medicamentos foram apontados como principal componente para o risco de ruína financeira ou de empobrecimento das famílias, sobretudo daquelas com pior condição socioeconômica, ecoando os alertas sobre a necessidade de aprimoramento do sistema de saúde e das políticas públicas de disponibilização do cuidado medicamentoso a toda a população como medida fundamental para a efetivação da equidade no acesso aos cuidados de saúde no Brasil.

4.2.4 Considerações finais

Diante dos dados apresentados nesta seção, emerge a questão sobre como explicar o patamar ainda significativo de iniquidade vertical no acesso a medicamentos em face da universalidade, da gratuidade e da integralidade do SUS. Uma cobertura incipiente dos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos ou uma cobertura em detrimento da parcela da população mais vulnerável socioeconomicamente poderiam explicar por que a parcela mais pobre da população ainda compromete um percentual alto do orçamento familiar com esse insumo? Assim, o exame da equidade horizontal se revela importante para contribuir para o exame de possíveis causas da iniquidade vertical.

Sublinha-se que, não obstante as dimensões horizontal e vertical da equidade estarem

imbrincadas (O'DONNELL et al. 2008), o exame da necessidade de medicamentos e de sua efetiva obtenção – sob a ótica da equidade horizontal – permite identificar discrepâncias no acesso, que podem ensejar consequências catastróficas para a saúde e para a vida das pessoas, sem sequer gerar gastos potencialmente catastróficos (DIAZ et al. 2012).

Nesse sentido, Bós e Waters (2008) indicaram a importância de se estimarem as demandas de saúde que não geraram gastos significativos porque não foram acessados – em níveis adequados ou em absoluto – os cuidados de saúde necessários. Tal hipótese representa uma falha do sistema de saúde na cobertura e na proteção financeira dos usuários (BÓS; WATERS, 2008). Tendo em vista que os medicamentos configuram uma substancial parcela dos cuidados de saúde deixados a cargo dos orçamentos familiares no Brasil, é relevante examinar mais detidamente a equidade horizontal alcançada por meio dos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos.

4.3 Equidade horizontal no acesso a medicamentos

Considerando os termos em que a Constituição de 1988 e a legislação brasileira disciplinam o direito à saúde, o SUS se insere entre os sistemas de saúde mais generosos do mundo, já que, mesmo nos países desenvolvidos da OCDE – cujos sistemas de saúde são reconhecidos como universais –, há, em geral, limites na cobertura dos serviços prestados e esquemas de cofinanciamento para acessar bens e serviços de saúde (ANDRADE; NORONHA, 2011).

Politi (2014) ressalta que as diretrizes do SUS de universalidade, de igualdade e de gratuidade do acesso a serviços de saúde se traduzem, no campo da economia da saúde, no conceito de equidade horizontal.

Dessa forma, seria esperado que o sistema de saúde brasileiro promovesse a equidade horizontal nos diversos serviços prestados, pois, em tese, as pessoas com níveis semelhantes de necessidades de saúde deveriam utilizar, também de forma semelhante, os serviços de saúde. Na prática, contudo, o SUS ainda apresenta problemas estruturais que geram desigualdades na procura (ou utilização) e no acesso aos cuidados de saúde, refletindo iniquidades presentes na estrutura da sociedade brasileira (ALMEIDA et al. 2013; ANDRADE; NORONHA, 2011; NERI; SOARES, 2002).

Almeida et al. (2013), comparando dados das PNADs 1998, 2003 e 2008, avaliaram a evolução da iniquidade horizontal no sistema de saúde brasileiro, cuja cobertura foi descrita

pelos autores como pseudo-universal em razão da desigualdade na utilização dos serviços de saúde, a despeito da gratuidade dos serviços prestados no âmbito do SUS. Nesse estudo, Almeida et al. (2013) apontaram que a parcela mais pobre da população apresentava pior autoavaliação do estado de saúde e a parcela mais rica apresentava maior percentual de incidência de doenças crônicas. Foi constatado que a utilização dos serviços de saúde apresentava iniquidade pró-ricos em todos os anos analisados, com uma pequena melhora no quadro geral de iniquidade correlacionada com a renda (ALMEIDA et al. 2013). Os fatores preponderantes para a maior utilização dos serviços de saúde, além da renda, foram a cobertura por planos de saúde privados e o maior nível educacional (ALMEIDA et al. 2013).

Também examinando a equidade do acesso e da utilização do sistema de saúde brasileiro, com base nas PNADs 1998, 2003 e 2008, Andrade e Noronha (2011) verificaram haver iniquidades pró-ricos no acesso geral ao sistema de saúde e na utilização de cuidados ambulatoriais, o que seria indicativo de uma menor utilização dos serviços de saúde preventivos pela parcela da população mais desfavorecida socioeconomicamente.

Em relação à utilização de cuidados hospitalares – medida pelos dias de internação –, não foi verificada iniquidade em função da renda, o que indicaria que, para os indivíduos que já estão doentes e acessaram o serviço hospitalar, a duração do tratamento não variou em razão da renda (ANDRADE; NORONHA, 2011). Diante desses resultados, Andrade e Noronha (2011) ressaltaram os avanços da cobertura do SUS, principalmente na provisão de cuidados hospitalares, e apontaram a necessidade de ser aprimorada a atenção básica no âmbito do SUS para promover a equidade do sistema de saúde brasileiro.

Sob um enfoque que considerou a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde em todas as regiões do país, Andrade et al. (2011) identificaram uma trajetória de redução das iniquidades entre 1998 e 2008, com avanços significativos para a parcela da população que não possui planos de saúde privados. Macinko e Lima-Costa (2012) também apontaram, com base nas PNADs 1998, 2003 e 2008, a melhora do quadro de iniquidade pró-ricos no acesso a consultas médicas e visitas a dentistas, bem como constataram haver equidade horizontal no acesso a internações hospitalares, indicando que os fatores que mais contribuíram para a iniquidade horizontal no sistema de saúde brasileiro seriam a renda, a localização geográfica e a cobertura por planos de saúde privados.

Esses resultados foram confirmados por Politi (2014) no estudo que abordou a desigualdade na utilização de serviços de saúde pela população adulta, com base nos dados da PNAD 2008. Adotando a metodologia descrita no manual elaborado pelo Banco Mundial em

2008, Politi (2014) mensurou a desigualdade na utilização de serviços de saúde classificados como preventivos e não preventivos, desagregando diferentes tipos de atendimentos para possibilitar um exame das causas das desigualdades no acesso. Nesse molde, Politi (2014) identificou desigualdade pró-ricos na maior parte dos indicadores analisados e constatou que a cobertura por planos de saúde privados consistiu no fator que mais contribuiu para as desigualdades observadas. Nesse estudo, também foi identificado um potencial equitativo decorrente da cobertura do Programa de Saúde da Família, mas com efeitos limitados para o sistema de saúde brasileiro como um todo (POLITI, 2014).

Antes de avançar na análise da equidade horizontal no acesso a medicamentos, destacam-se algumas características da população e do sistema de saúde brasileiro que são relevantes para contextualizar o período estudado e para discutir o acesso a medicamentos. Consta da Tabela 3 a evolução de algumas características gerais da população brasileira nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013.

Tabela 3 – Panorama geral da população brasileira entre 1998 e 2013

Indicadores	1998	2003	2008	2013
Expectativa de vida ao nascer*	70,26 anos	71,16 anos	72,26 anos	73,62 anos
Pessoas acima de 60 anos	8,8%	9,6%	11,1%	13,4%
Taxa de alfabetização**	86,37%	88,61%	90,04%	91,34%
Taxa de pobreza*** (abaixo de US\$2,00/dia)	24,7%	24,93%	14,08%	8,96%
Coefficiente de Gini***	59,33	58,01	54,37	52,67

Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013 e do Banco Mundial (*World Development Indicators*, atualizado em 12 nov. 2015: * Anos mais próximos 2000, 2003, 2008 e 2012; ** Anos mais próximos 2000, 2004, 2008 e 2012; *** Anos mais próximos 2001, 2003, 2008 e 2012).

Em linhas gerais, verifica-se que o Brasil experimentou, entre 1998 e 2013, uma melhora importante em aspectos sociais, o que se refletiu no aumento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que foi de 0,608, em 1990, para 0,755, em 2014 (HUMAN DEVELOPMENT REPORT, 2015). Além da redução da incidência da pobreza, houve uma melhora do quadro de disparidades na distribuição da renda, com a redução do índice de Gini. Esses avanços foram destacados no relatório do IPEA (2012), mas foi ressaltada a necessidade de se buscarem avanços na redução das desigualdades no acesso a serviços sociais que repercutem na qualidade de vida da população, entre os quais se sobressai a saúde.

Também se extrai da Tabela 3 que, no período analisado, houve um aumento

significativo do percentual de pessoas alfabetizadas, sendo que o nível de escolaridade ou o nível de instrução da população é considerado na literatura como importante fator para melhorar as condições gerais de saúde, e é associado a uma maior utilização dos serviços de saúde (ALMEIDA et al. 2013).

Outro ponto de destaque é o aumento da expectativa de vida ao nascer e da proporção de pessoas com idade acima de 60, o que decorre da transição demográfica e pode acarretar uma maior procura por serviços de saúde e pressionar a demanda por medicamentos, em razão da prevalência de doenças crônicas entre a população com idade mais avançada (IPEA, 2013). Assim, verifica-se que a preocupação com a eficiência do sistema de saúde e com a equidade no acesso aos serviços de saúde e no acesso a medicamentos tende a continuar sendo relevante na agenda política brasileira.

Delineado esse cenário social mais amplo, registra-se como variaram, no período analisado, alguns dados de cobertura, de utilização e de acesso do sistema de saúde brasileiro, conforme explicitado na Tabela 4.

Tabela 4 – Panorama geral do sistema de saúde brasileiro entre 1998 e 2013

Indicadores		1998	2003	2008	2013	
COBERTURA (setor privado)	Pessoas com plano de saúde	24,4%	24,5%	25,9%	28,5%	
	Planos de saúde com direito a medicamentos fora da internação*	6,7%	7,5%	9,6%	---	
UTILIZAÇÃO do sistema de saúde (público e privado)	Pessoas que procuraram algum serviço de saúde (duas semanas anteriores)	13%	14,6%	14,5%	15,6%	
	Principais motivos para não procurar serviço de saúde	Não houve necessidade	96%	96,7%	96,4%	96,4%
		Não tinha dinheiro	1,3%	0,8%	0,7%	0,5%
		Atendimento demorado	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%
		Outros	2,2%	1,9%	2,3%	2,3%
ACESSO ao sistema de saúde	Atendimentos realizados no SUS	49,3%	57,3%	56,5%	59,6%	
	Atendimentos cobertos por planos de saúde	26,8%	26%	26,2%	29,6%	
	Avaliação dos atendimentos realizados no SUS*	Muito bom	15,9%	15,8%	16%	---
		Bom	64,4%	63,8%	63,8%	---
		Regular	15,9%	16,3%	15,2%	---
		Ruim	2,5%	2,6%	3%	---
Muito ruim	1,4%	1,5%	2%	---		

Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

* Na PNS 2013, não foram mantidos esses quesitos, ver Apêndice I.

Acerca do panorama geral do sistema de saúde, a Tabela 4 explicita o *mix* público-privado na provisão dos cuidados de saúde no Brasil, sendo constatada que a cobertura dos planos de saúde privados se expandiu no período, inclusive com o aumento dos planos com direito a medicamentos fora da internação.

No que tange à utilização do sistema de saúde, verifica-se que o percentual de pessoas que procuraram atendimento nas duas semanas que antecederam as pesquisas apresentou um aumento gradativo no período, o que seria compatível com a expansão da oferta gratuita de cuidados de saúde no âmbito do SUS.

Entre as pessoas que não procuraram serviços de saúde, cerca de 96% reportaram que não o fizeram por ausência de necessidade em todos os anos analisados. Para as pessoas que informaram não ter procurado os serviços de saúde, mesmo considerando que havia necessidade, observam-se o decréscimo do percentual das que apontaram a ausência de dinheiro como motivo principal e praticamente a manutenção do percentual de pessoas que apontaram a demora do atendimento. Isso pode indicar uma redução da barreira financeira para utilizar os serviços de saúde no período.

Ressalta-se que houve ampliação dos atendimentos realizados no âmbito do SUS, cuja avaliação positiva (muito bom e bom) pelos usuários se manteve no patamar de aproximadamente 80%. Isso ocorreu concomitantemente com um aumento menos expressivo do percentual de atendimentos cobertos por planos de saúde – o que inclui aqueles que demandam copagamento.

Apesar de esses dados indicarem que houve uma importante expansão da cobertura dos serviços prestados no âmbito do SUS entre 1998 (49,3%) e 2013 (59,6%), ainda é significativo o percentual de serviços de saúde prestados pelo setor privado. Isso corrobora os achados da literatura já abordados sobre os gastos das famílias brasileiras com saúde, que geram potencial de iniquidade vertical no acesso aos cuidados de saúde, entre os quais se destacam os gastos com medicamentos.

Outro ponto importante para traçar o pano de fundo para a análise da equidade no acesso a medicamentos diz respeito ao quadro geral do estado de saúde da população brasileira. Conforme já descrito na metodologia, as variáveis *proxies* selecionadas para distinguir os grupos populacionais com necessidades de saúde semelhantes foram a autoavaliação do estado de saúde, a presença/ausência de doença crônica e a presença/ausência de limitação funcional. Os percentuais gerais dessas variáveis nos anos analisados constam da Tabela 5.

Tabela 5 – Estado geral de saúde da população em relação à autoavaliação da saúde, da presença de doença crônica e de limitação funcional

Indicadores		1998	2003	2008	2013
Autoavaliação do estado de saúde	Satisfatória (Muito bom, bom e regular)	96,4%	96,6%	96,2%	95,8%
	Insatisfatória (Ruim e muito ruim)	3,6%	3,4%	3,8%	4,2%
Pessoas com alguma doença crônica		31,6%	29,9%	31,3%	15,4%
Pessoas com limitação funcional		6,3%	6,9%	8,3%	6,8%

Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

A respeito da avaliação feita pelas próprias pessoas sobre o seu estado de saúde, houve um predomínio do percentual de avaliações satisfatórias (somados “muito bom”, “bom” e “regular”) em todos os anos, que se manteve em patamar em torno de 96%. A principal limitação desse critério de aferição do estado de saúde das pessoas reside nos componentes culturais e sociais que interferem no padrão de saúde que cada indivíduo considera ideal ou adequado, o que pode ser distinto para pessoas com diferentes formações ou de diferentes regiões e pode se alterar ao longo do tempo (ALMEIDA et al. 2013).

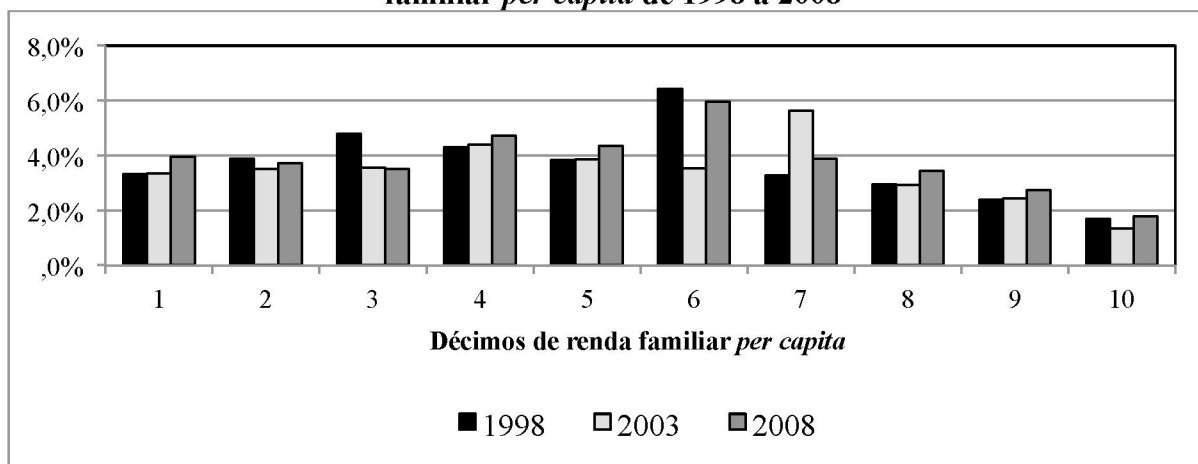
O percentual de pessoas que informaram ter, no mínimo, uma doença crônica não variou significativamente até 2008, ficando em torno de 30%. Em 2013, o percentual apurado, de 15,4%, foi praticamente a metade dos outros anos, mas é importante frisar que os critérios de aferição dessa variável se alteraram muito no período. Até 2003, as pesquisas perguntaram se as pessoas tinham alguma das doenças elencadas; em 2008, foi perguntado se algum médico ou profissional da saúde já havia dito para a pessoa que ela tinha alguma doença crônica; e, em 2013, foi perguntado se a pessoa já havia recebido o diagnóstico médico de alguma doença crônica com mais de seis meses de duração (ver Apêndice I).

Já em relação à presença de limitação funcional, observa-se um aumento do percentual de pessoas que reportaram ter deixado de praticar atividades habituais nas duas semanas que antecederam as pesquisas, que foi de 6,3%, em 1998, para 6,8%, em 2013, sendo que em 2008 foi registrado o maior percentual do período, de 8,3%.

É importante destacar que o percentual de pessoas com saúde insatisfatória, com alguma doença crônica ou com limitação funcional não se distribui homogeneamente na população. Em relação à renda familiar *per capita*, por exemplo, observa-se, em todos os

anos, um menor percentual de pessoas que consideraram a própria saúde como insatisfatória entre aquelas situadas nos décimos de renda mais ricos, estando os percentuais mais altos de autoavaliação insatisfatória da saúde concentrados entre os décimos intermediários de renda, conforme Gráfico 1.

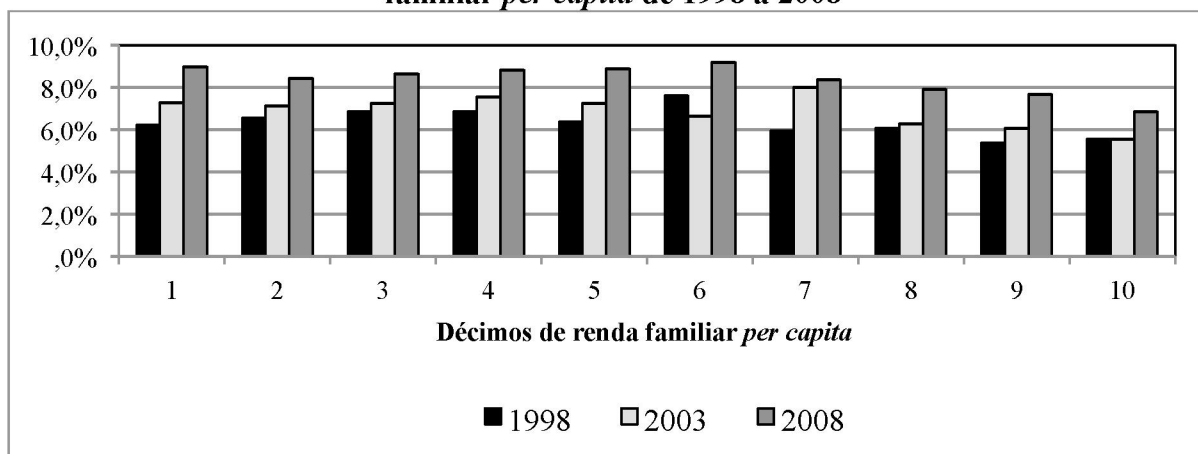
Gráfico 1 – Percentual de pessoas com saúde insatisfatória em cada décimo de renda familiar *per capita* de 1998 a 2008



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

No que toca às pessoas que informaram ter limitação funcional, observa-se que a parcela mais rica da população apresentou um menor percentual de limitação funcional nos anos examinados, mas com uma distância pequena em relação ao percentual registrado entre os décimos de renda familiar *per capita* mais baixos, Gráfico 2.

Gráfico 2 – Percentual de pessoas com limitação funcional em cada décimo de renda familiar *per capita* de 1998 a 2008

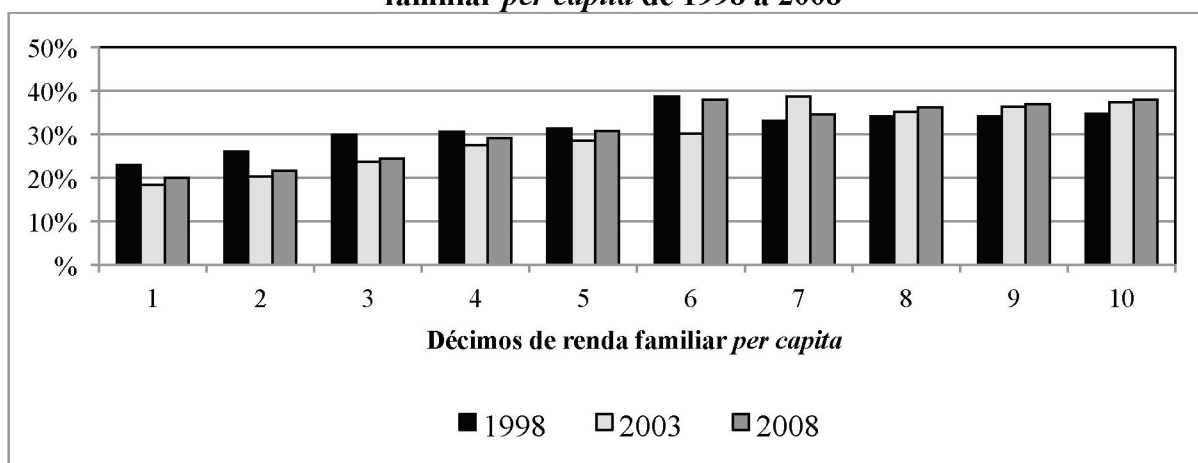


Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

Já para as pessoas que reportaram a presença ou o diagnóstico de alguma doença crônica, os percentuais registrados entre a parcela mais pobre da população foram inferiores

em todos os anos, Gráfico 3.

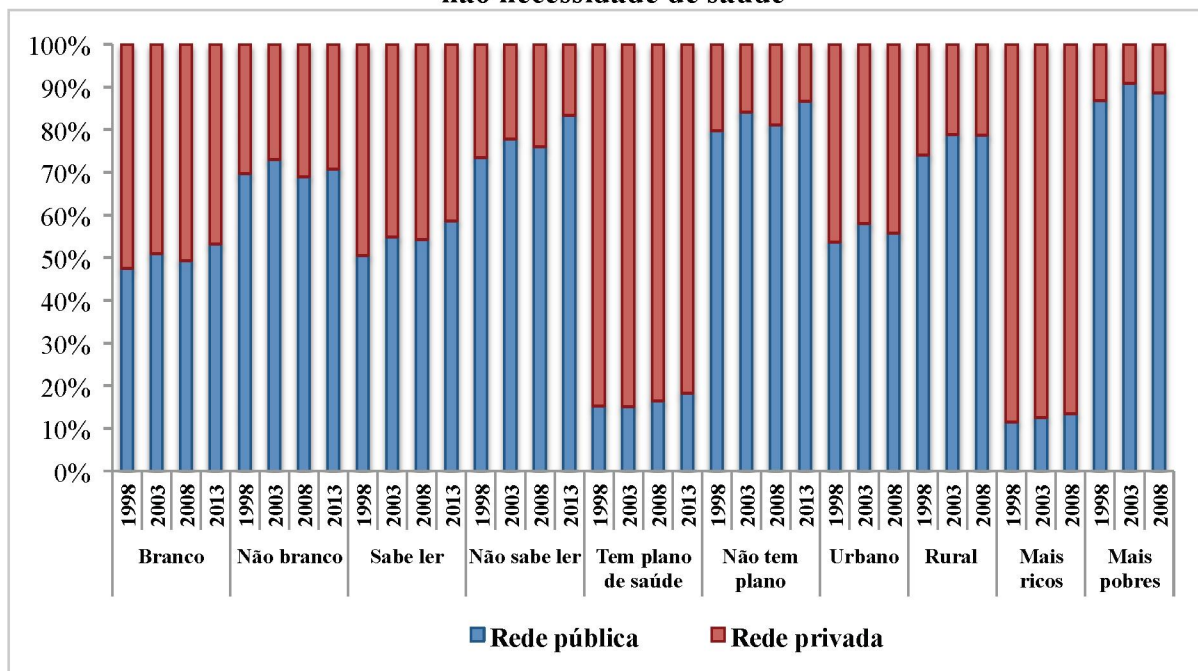
Gráfico 3 – Percentual de pessoas com alguma doença crônica em cada décimo de renda familiar *per capita* de 1998 a 2008



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

Por fim, destaca-se que as variáveis de não necessidade de saúde selecionadas no presente estudo – relacionadas à cor/raça, alfabetização, posse de plano de saúde privado, local e região do domicílio e renda familiar *per capita* – se distribuem de modo heterogêneo entre usuários das redes pública e privada de saúde, conforme apresentado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Perfil de usuários das redes pública²⁴ e privada de saúde, por condições de não necessidade de saúde



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

²⁴ Registra-se que não foram utilizados os dados dos atendimentos realizados no SUS e sim dos atendimentos realizados na rede pública de saúde, tendo em vista o maior número de respondentes que não soube informar se foi atendido ou não no âmbito do SUS no último atendimento de saúde.

Extrai-se do Gráfico 4 que, entre essas variáveis de não necessidade de saúde, as características socioeconômicas e demográficas associadas a um perfil de maior vulnerabilidade foram predominantes entre os usuários da rede pública de saúde nas amostras pesquisadas em todos os anos analisados.

Delineado esse contexto, passa-se à análise da equidade horizontal no acesso a medicamentos.

4.3.1 Equidade horizontal no acesso a medicamentos receitados

4.3.1.1 Acesso gratuito a medicamentos receitados

Acerca da cobertura da assistência farmacêutica gratuita no Brasil, o relatório do IPEA (2011), elaborado com base nos dados constantes das PNADs 2003 e 2008, apontou que houve uma ampliação do acesso gratuito a medicamentos por pessoas residentes em todas as regiões do país, incluídos o acesso integral e o parcial. Contudo, ressalva-se que a alteração do quesito da PNAD 2008 que mensurou o acesso gratuito a medicamentos²⁵ pode ter influenciado esse aumento.

De toda forma, expandindo o período analisado, nota-se que também houve um crescimento expressivo do acesso gratuito a medicamentos entre as PNADs de 1998 e de 2003 e ambas adotavam o mesmo quesito – aferindo o acesso gratuito sem considerar o recebimento de amostras grátis de medicamentos. O panorama mais detalhado do percentual de demanda e de acesso gratuito aos medicamentos receitados no último atendimento de saúde nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013 é apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Percentual de necessidade de medicamentos receitados no último atendimento médico e de acesso gratuito a algum medicamento de 1998 a 2013

	PNAD 1998	PNAD 2003	PNAD 2008	PNS 2013
Pacientes com medicamento receitado	64,9%	66,9%	58,6%	64,7%
Acesso gratuito	27,2%	34,7%	46% (integral 31,8%)	35,2% ²⁶ (integral 30,6%)

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

²⁵ A PNAD 2008 passou a incluir o recebimento de amostras grátis de medicamentos, diferentemente das PNADs 1998 e 2003 (ver Apêndice I).

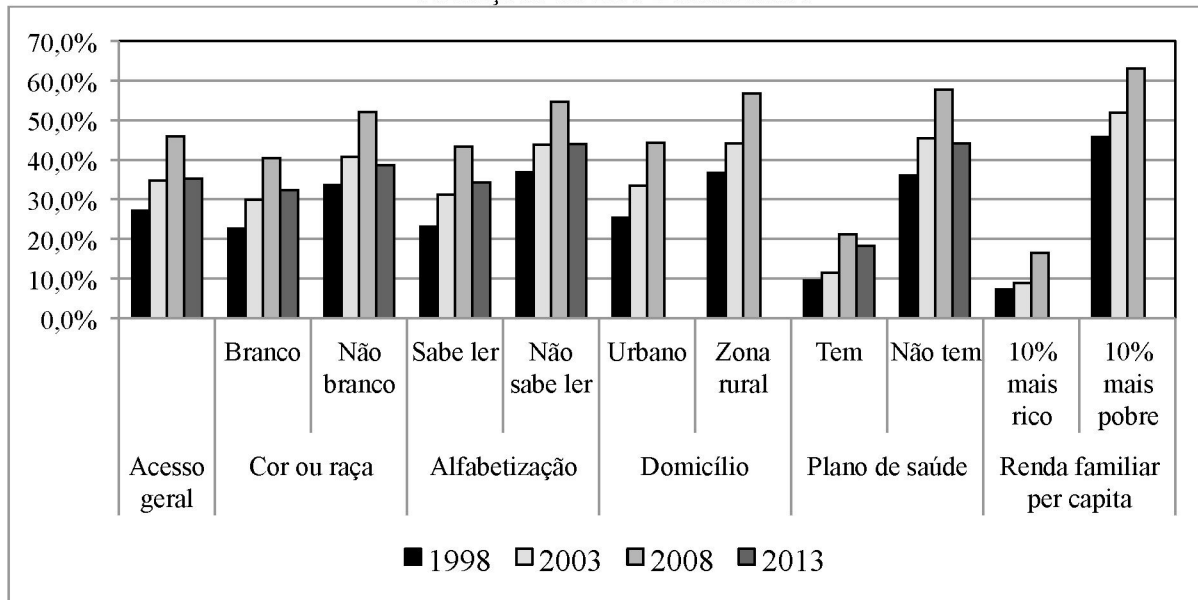
²⁶ Considerando que, na PNS 2013, não foi feita a pergunta acerca do acesso gratuito a todos/alguns medicamentos, como ocorreu na PNAD 2008, essa variável foi derivada da conjugação dos dados relativos à obtenção dos medicamentos e à necessidade de pagamento para tal obtenção, sendo a “obtenção não paga” – ponderada para todas as pessoas que tiveram a necessidade de medicamento receitado – considerada como “acesso gratuito” (ver Apêndice I).

Com base nos dados constantes da Tabela 6, verifica-se que, de 1998 a 2013, o percentual de pacientes que receberam a receita de medicamentos no último atendimento de saúde se manteve acima de 60%, com o menor patamar observado em 2008. Esses percentuais indicam que o medicamento consiste em um insumo importante para a resolutividade dos atendimentos ou dos tratamentos médicos (EMERICK, 2011).

No período, constata-se uma expansão do acesso gratuito aos medicamentos receitados até 2008, sendo que o percentual apurado pela PNS 2013 foi significativamente inferior ao da PNAD 2008, mas se manteve acima do percentual de acesso gratuito apurado na PNAD 2003.

Quando são consideradas as características socioeconômicas e demográficas das pessoas que tiveram necessidade de medicamentos receitados e que acessaram algum gratuitamente, constata-se que a cobertura da oferta gratuita foi maior entre os grupos populacionais considerados mais vulneráveis, como pessoas não brancas, que não sabem ler, que residem na zona rural, que não possuem planos de saúde privados e que se encontram no décimo mais baixo de renda familiar *per capita*, conforme consta do Gráfico 5 e da Tabela 7.

Gráfico 5 – Acesso gratuito a medicamentos receitados em 1998, 2003, 2008 e 2013*, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

* A PNS 2013 não coletou dados sobre a situação do domicílio (urbano/rural), nem sobre a renda das famílias.

A Tabela 7 evidencia que, além do maior acesso gratuito a medicamentos receitados entre os grupos vulneráveis, de 1998 a 2008, observou-se uma tendência de expansão geral da oferta gratuita de medicamentos com avanços expressivos na cobertura de toda a população.

Frisa-se que, em 2008, foram consideradas as amostras grátis de medicamentos recebidas – o que não ocorreu em 1998 e 2003 – e que, em 2013, a PNS se distinguiu sensivelmente das PNADs, conforme apresentado no Apêndice I, e isso limita a comparabilidade dos dados, sobretudo para inferências sobre a trajetória temporal.

Tabela 7 – Acesso gratuito a medicamentos receitados em 1998, 2003, 2008 e 2013, por condições de não necessidade

Acesso gratuito a medicamentos		1998	2003	2008	2013*
Média população		27,2%	34,7%	46%	35,2%
Cor ou raça	Branco	22,6%	29,9%	40,4%	32,3%
	Não branco	33,6%	40,8%	52%	38,6%
Alfabetização	Sabe ler	23,2%	31,2%	43,3%	34,3%
	Não sabe ler	36,8%	43,8%	54,6%	44%
Domicílio	Zona urbana	25,4%	33,4%	44,3%	---
	Zona rural	36,7%	44,1%	56,8%	---
Plano de saúde	Tem	9,6%	11,5%	21,1%	18,2%
	Não tem	36%	45,4%	57,7%	44,1%
Renda familiar <i>per capita</i>	10% mais pobre	45,7%	51,9%	63,1%	---
	10% mais rico	7,3%	8,9%	16,5%	---
Região	Norte	32,4%	37,4%	47,2%	32,8%
	Nordeste	30,7%	38,7%	49,6%	32%
	Sudeste	24,1%	32,3%	43,9%	37,6%
	Sul	28,5%	34,7%	47,9%	33,9%
	Centro-Oeste	28,4%	34,8%	42,7%	26,7%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

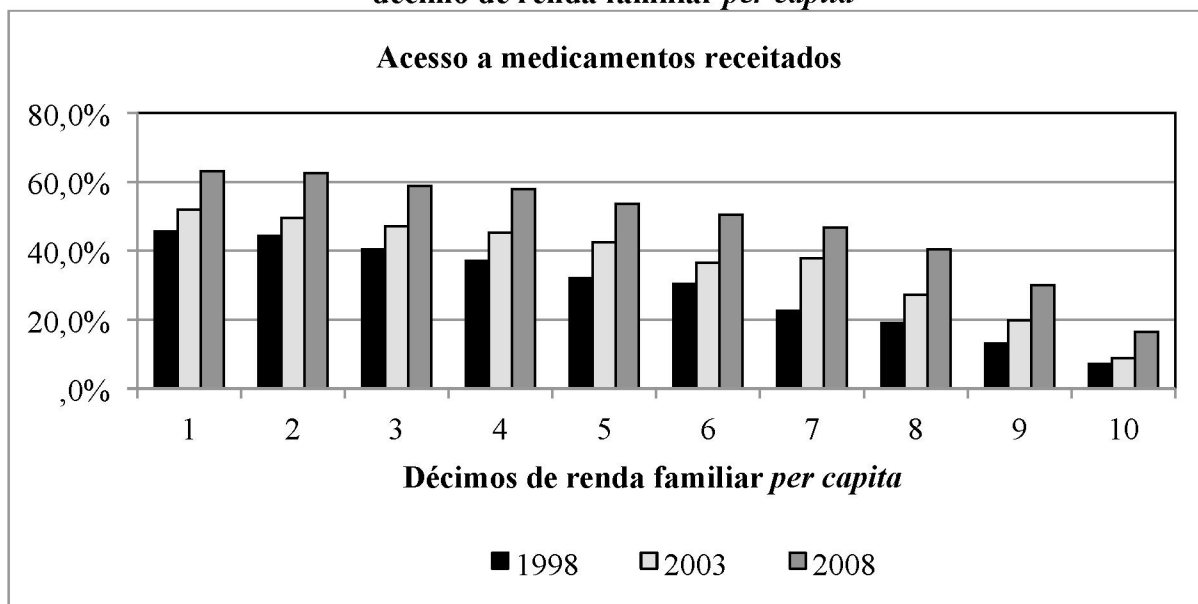
* A PNS 2013 não coletou dados sobre a situação do domicílio (urbano/rural), nem sobre a renda das famílias.

Ressalta-se que esses percentuais de acesso gratuito a medicamentos receitados elencados na Tabela 7 não refletem eventuais barreiras mais amplas à utilização e ao acesso ao sistema de saúde, conforme já pontuado na seção sobre a metodologia. Dessa forma, os dados acima indicam, por exemplo, entre as pessoas não brancas que tiveram necessidade de medicamento receitado, qual o percentual delas obteve algum desses medicamentos gratuitamente, sem considerar eventuais diferenças entre brancos e não brancos na procura e no acesso ao sistema de saúde. Ou seja, os percentuais de acesso gratuito a medicamentos receitados não consideram que a população mais rica, que sabe ler, tem plano de saúde e reside na zona urbana ou nas regiões mais desenvolvidas do país podem ter procurado e

acessado proporcionalmente mais os serviços de saúde.

O Gráfico 6 apresenta, de modo mais detalhado, a distribuição do acesso gratuito a medicamentos nas diferentes faixas de renda da população brasileira de 1998 a 2008, por décimos de renda *per capita* familiar – sendo o 1º décimo o mais pobre e o 10º o mais rico.

Gráfico 6 – Evolução do acesso gratuito a medicamentos receitados de 1998 a 2008, por décimo de renda familiar *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

No que toca ao acesso gratuito a medicamentos nos décimos de renda familiar *per capita*, constata-se que, em todos os anos, o acesso foi superior entre as famílias mais pobres. Essa relação inversa entre a renda familiar *per capita* e a cobertura da oferta gratuita de medicamentos parece confirmar o potencial da Política Nacional de Medicamentos de promover a equidade horizontal no acesso ao cuidado medicamentoso no Brasil.

Quando são analisados separadamente cada grupo populacional com diferentes estados de saúde – pela autoavaliação da saúde e pela presença/ausência de doença crônica ou de limitação funcional –, a relação inversa entre a renda familiar *per capita* e o acesso gratuito aos medicamentos receitados se mantém em proporção semelhante à observada para a população em geral em todos os anos, Gráficos 7S a 12S (Apêndice II). Ainda sob esse enfoque, constata-se que o acesso gratuito a medicamentos foi maior entre as pessoas com a pior condição de saúde. A única exceção observada foi relativa ao percentual maior de acesso gratuito a medicamentos entre pessoas sem limitação funcional no ano de 2013, que superou o

percentual de acesso entre pessoas com limitação funcional, Tabela 2S (Apêndice II).

Em 2008, todos os grupos de estado geral de saúde registraram um acesso gratuito a medicamentos acima de 60% para o décimo mais pobre e abaixo de 20% para o décimo mais rico, com exceção do grupo de autoavaliação do estado de saúde insatisfatória, que apresentou o maior percentual de cobertura de acesso gratuito a medicamentos em todos os décimos de renda, alcançando 72,5% no décimo mais pobre e 27,1% no décimo mais rico, Gráfico 7S (Apêndice II).

Ademais, destaca-se que a expansão da cobertura da oferta gratuita de medicamentos observada em 2008, apesar de ter alcançado todos os décimos de renda familiar *per capita*, promoveu uma ampliação mais expressiva do acesso entre os décimos mais ricos da população. Em 1998, o acesso gratuito a medicamentos entre pessoas no décimo mais pobre era 6,26 vezes maior do que o acesso no décimo mais rico, razão que se reduziu para 5,83, em 2003, e para 3,82, em 2008. A diminuição da distância entre o acesso gratuito a medicamentos entre os mais ricos e os mais pobres registrada em 2008 não parece ter comprometido a equidade horizontal da Política Nacional de Medicamentos, que continuou promovendo um acesso maior entre a parcela da população mais desfavorecida.

Vale esclarecer que esta análise não considera o valor dos medicamentos, mas apenas o percentual daqueles acessados gratuitamente, sendo possível que o esforço orçamentário para promover o acesso gratuito a poucos medicamentos de alto custo se aproxime do esforço orçamentário para promover o acesso a muitos medicamentos básicos. Os dados disponíveis nas PNADs e na PNS não permitem aprofundar tal exame, mas é importante ter em mente que a distribuição do percentual de acesso gratuito a medicamentos nas faixas de renda da população pode se diferenciar da distribuição do investimento público, em decorrência de distinções no tipo de medicamento demandado ao SUS pelas famílias situadas nos décimos extremos de renda.

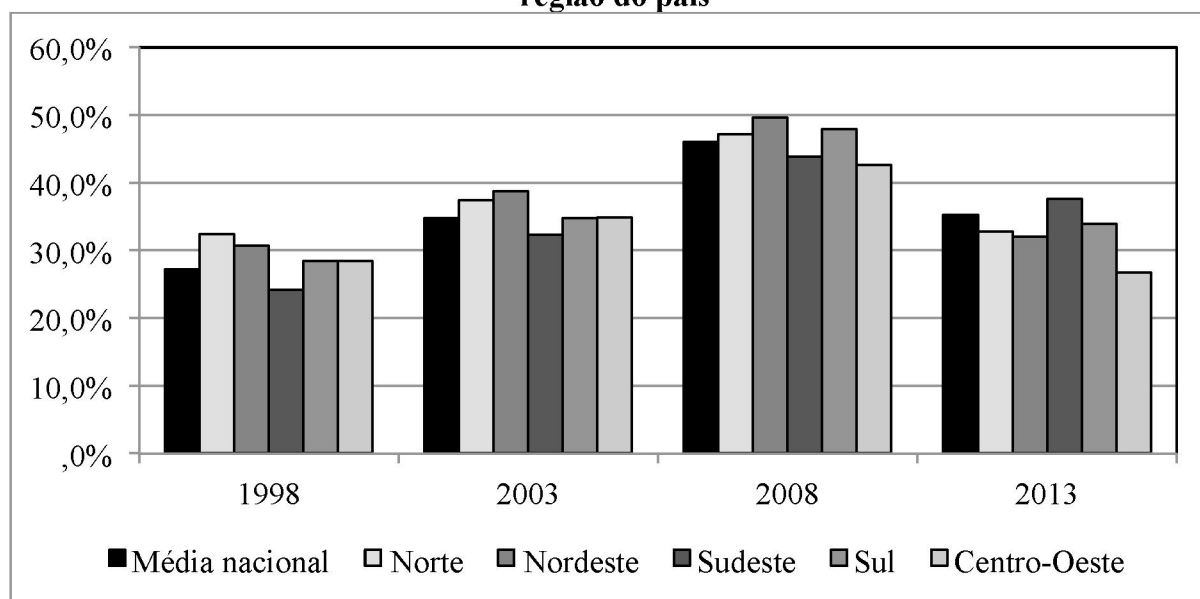
De toda forma, esse cenário de cobertura da oferta gratuita de medicamentos pró-vulneráveis, pró-pobres e com uma média maior de acesso gratuito a medicamentos receitados entre as pessoas com piores estados de saúde – que avaliaram o próprio estado de saúde como insatisfatório ou que informaram ter limitação funcional ou alguma doença crônica (Tabelas 1S a 3S e Gráficos 11S a 12S do Apêndice II) –, pode ser considerado indicativo da equidade horizontal da Política Nacional de Medicamentos.

Em relação à distinção do acesso gratuito a medicamentos nas regiões do país, a Tabela 7 e o Gráfico 7 evidenciam que, de 1998 a 2008, o percentual de acesso nas regiões

Norte e Nordeste se manteve acima da média nacional e das demais regiões do país – com exceção da região Sul em 2008, ano em que esta região apresentou uma ampliação do acesso e registrou um percentual próximo ao da região Norte. Até 2008, a região Sudeste apresentou o menor percentual de acesso gratuito a medicamentos. Essa maior cobertura do acesso gratuito a medicamentos prescritos nas regiões menos desenvolvidas do país também poderia ser considerada indicativo do potencial da Política Nacional de Medicamentos de gerar equidade horizontal na promoção do acesso ao cuidado medicamentoso.

Em 2013, o cenário regional foi totalmente alterado e a região Sudeste foi a única em que o acesso gratuito a medicamentos se manteve acima da média nacional, sendo que a redução no acesso a medicamentos foi mais expressiva nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, Gráfico 7.

Gráfico 7 – Evolução do acesso gratuito a medicamentos prescritos de 1998 a 2013, por região do país



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

Em que pese os dados de 2013 não permitirem inferências comparativas relativas à trajetória temporal com os demais anos, importa notar que a redução da cobertura da oferta gratuita de medicamentos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mensurada neste último ano examinado, parece indicar uma redução do grau de equidade horizontal da oferta gratuita de medicamentos, já que essas regiões reúnem os piores indicadores socioeconômicos entre as regiões do país. De toda forma, o impacto dessa reconfiguração regional demanda uma análise mais detalhada do acesso gratuito a medicamentos dentro de cada região, o que

vai além do escopo analítico do presente trabalho.

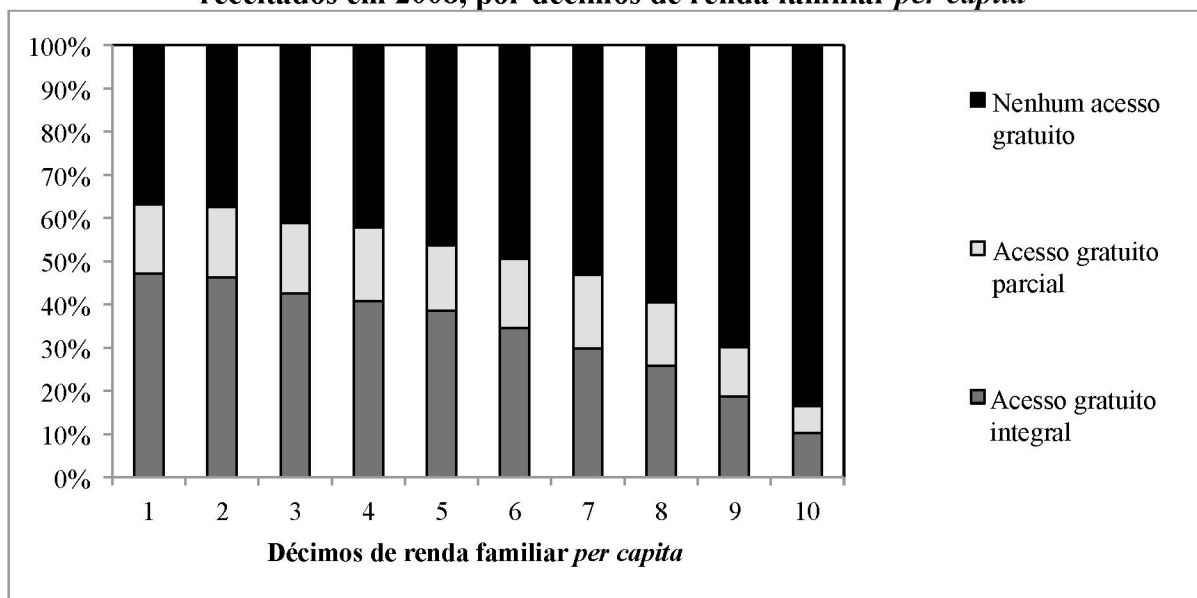
Com efeito, no plano nacional, observou-se que o acesso gratuito a medicamentos receitados se expandiu no período de 1998 a 2008, mantendo, em todos os anos, uma cobertura maior dos grupos populacionais mais vulneráveis, o que sinaliza para a equidade horizontal da oferta gratuita de medicamentos na Política Nacional de Medicamentos.

É importante notar que, até este ponto, não se distinguiram o acesso gratuito integral e o parcial, o que não é possível para os anos de 1998 e 2003.

A identificação do acesso gratuito integral ou do parcial é relevante, pois, entre as pessoas mais pobres, mesmo a necessidade de comprar apenas parte dos medicamentos pode gerar gastos excessivos com esse cuidado ou ensejar uma barreira ou descontinuidade do tratamento, impactando a resolutividade do atendimento médico e as condições de saúde da pessoa.

Sob um prisma mais geral – independentemente do estado de saúde das pessoas – o acesso gratuito integral e o parcial a medicamentos receitados foram maiores entre as pessoas de mais baixa renda em 2008, especialmente no que tange ao acesso integral, Gráfico 8.

Gráfico 8 – Cobertura do acesso gratuito integral e do parcial a medicamentos receitados em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Quando são consideradas as distinções no acesso decorrentes das categorias de autoavaliação da saúde, verifica-se que o acesso gratuito a medicamentos foi maior entre as pessoas que avaliaram o próprio estado de saúde como insatisfatório, mas a diferença se

concentrou no acesso parcial, Gráficos 13S e 14S (Apêndice II).

Entre as categorias de saúde relativas à limitação funcional, o percentual geral de acesso gratuito a medicamentos foi semelhante entre pessoas com e sem limitação funcional, mas o acesso integral foi superior entre as pessoas sem limitações e o acesso parcial foi superior entre as pessoas com limitações, Gráficos 15S e 16S (Apêndice II).

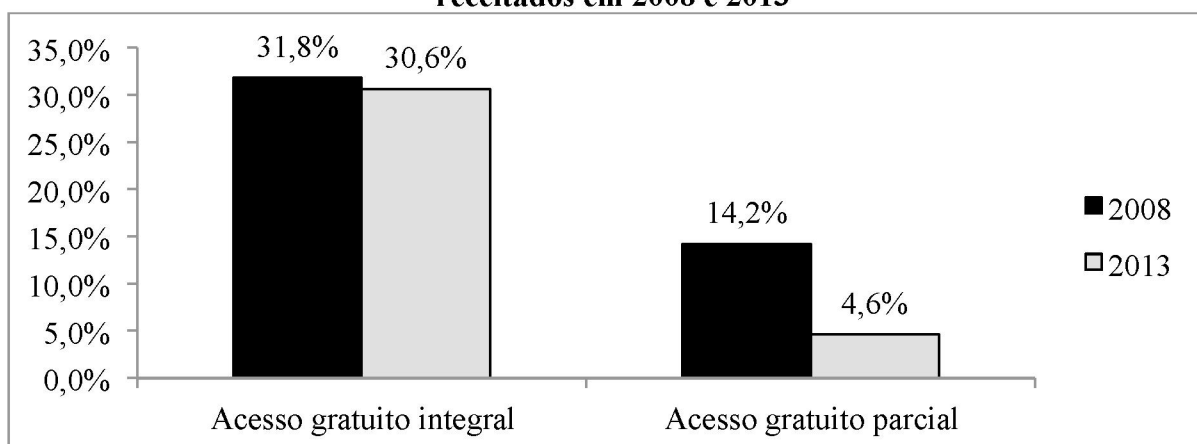
No que toca às categorias de saúde ligadas à presença de doença crônica, verifica-se que a cobertura integral e a parcial de medicamentos gratuitos foram maiores entre as pessoas com doença crônica, com exceção das pessoas no primeiro décimo de renda familiar *per capita*, em que o percentual de acesso integral foi superior para as pessoas sem doença crônica, Gráficos 17S e 18S (Apêndice II).

Assim, para a população em geral e para todas as categorias de estado geral da saúde, constatou-se que a oferta gratuita de medicamentos foi predominantemente integral em 2008, com cobertura maior entre a população situada nos décimos mais pobres de renda familiar *per capita*. Nesse sentido, os dados indicam que tanto o acesso gratuito integral a medicamentos como o parcial não dependeram da renda das pessoas, o que parece sinalizar para a equidade horizontal da oferta gratuita de medicamentos, com maior progressividade do acesso integral em 2008.

Ressalta-se, contudo, que, mesmo com a cobertura da oferta gratuita de medicamentos alcançando proporcionalmente mais as pessoas mais pobres, o acesso gratuito integral não atendeu sequer à metade da demanda por medicamentos receitados, o que pode indicar o risco de acesso insuficiente ou de nenhum acesso ao cuidado medicamentoso para uma parcela substancial de pessoas, especialmente entre as mais vulneráveis socioeconomicamente, alimentando o ciclo de desigualdades na área da saúde.

Comparando os percentuais de acessos gratuito integral e parcial a medicamentos em 2008 e 2013, verifica-se que a diferença de cobertura nesses anos decorreu, preponderantemente, de redução no acesso parcial a medicamentos, conforme consta do Gráfico 9.

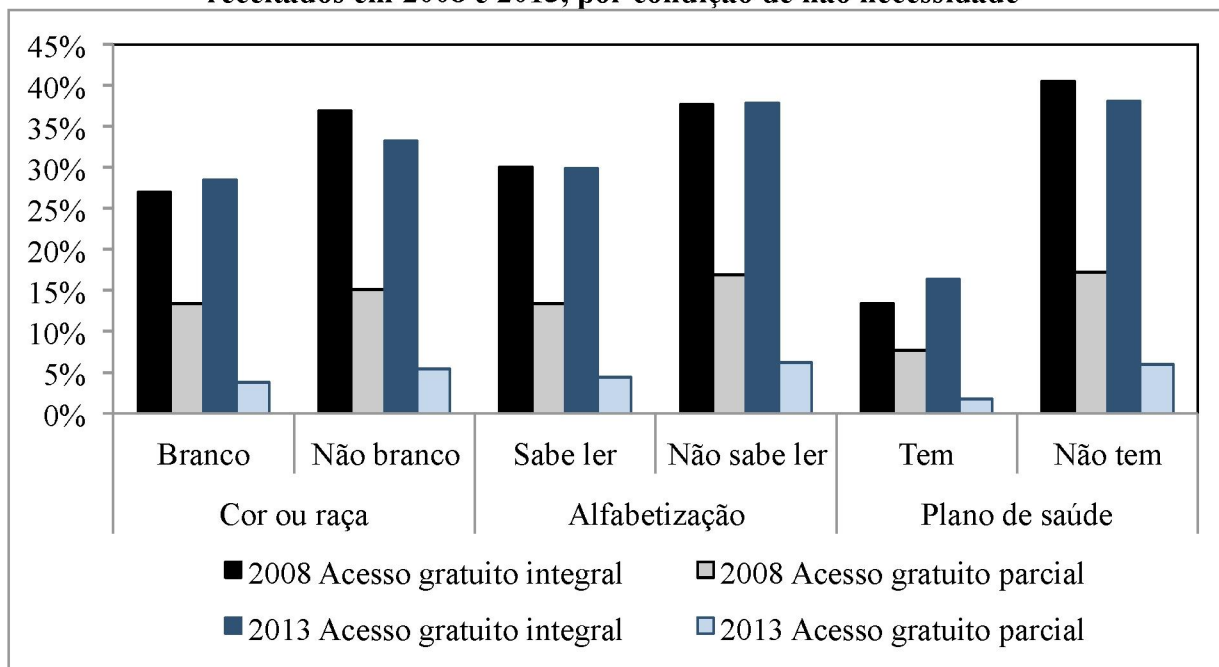
Gráfico 9 – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados em 2008 e 2013



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Como não há dados sobre a renda das famílias na PNS 2013, compara-se a distribuição da cobertura integral e da parcial da oferta gratuita de medicamentos em 2008 e 2013 com base em outras características de não necessidade, Gráfico 10.

Gráfico 10 – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados em 2008 e 2013, por condição de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

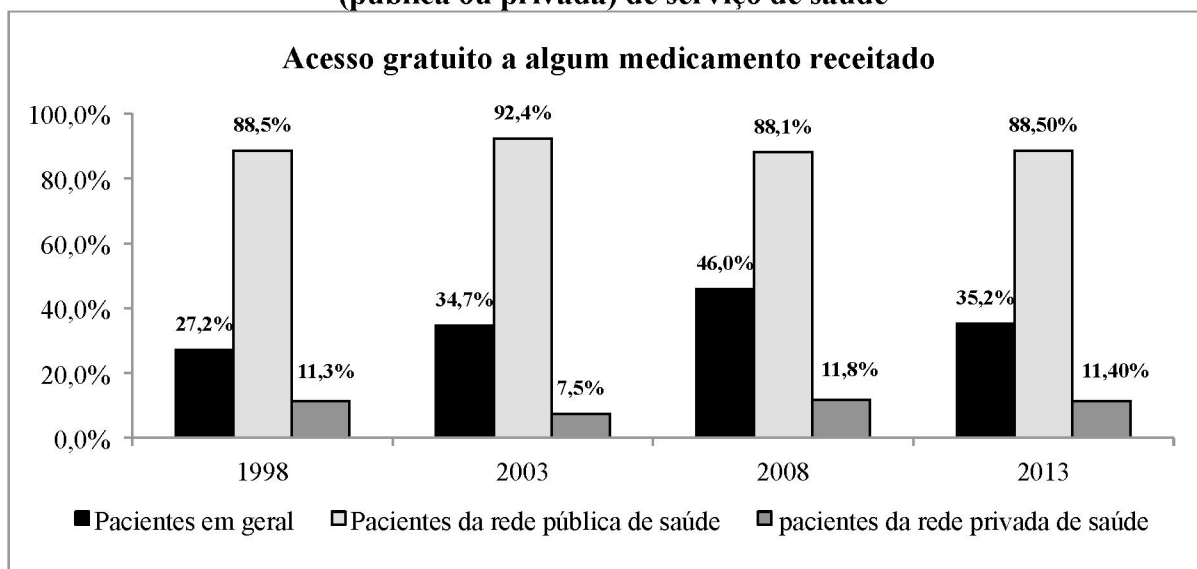
Não obstante a redução do acesso parcial a medicamentos registrado em 2013, em comparação com 2008, os dados apresentados no Gráfico 10 evidenciam que o acesso gratuito

a medicamentos em 2013, tanto o integral quanto o parcial, manteve um perfil de distribuição pró-vulneráveis, com percentuais de cobertura maiores entre os grupos populacionais mais desfavorecidos. Assim, também foi observado o potencial de equidade horizontal da Política Nacional de Medicamentos na promoção do acesso gratuito a medicamentos em 2013.

Examinando os fatores explicativos para a cobertura da oferta gratuita de medicamentos pró-vulneráveis, verificou-se que o acesso foi maior entre os grupos populacionais que utilizaram predominantemente os serviços públicos de saúde. Isso reforça a importância do SUS na provisão do cuidado medicamentoso no Brasil, notadamente para a parcela mais vulnerável socioeconomicamente da população (GARCIA et al. 2013; IPEA, 2011).

Neste ponto, esclarece-se que os critérios utilizados nas PNADs 1998, 2003 e 2008 para identificar o acesso gratuito a medicamentos receitados não permitem uma aferição mais direta sobre a representatividade dos programas integrantes da Política Nacional de Medicamentos e de outras formas de acesso – nos moldes da PNS 2013. Todavia, é possível distinguir, para as amostras pesquisadas em todos os anos, o percentual de acesso gratuito a medicamentos com base no tipo de rede – pública ou privada – que realizou o atendimento de saúde, conforme demonstrado no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Acesso gratuito a medicamentos receitados de 1998 a 2013, por tipo de rede (pública ou privada) de serviço de saúde



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

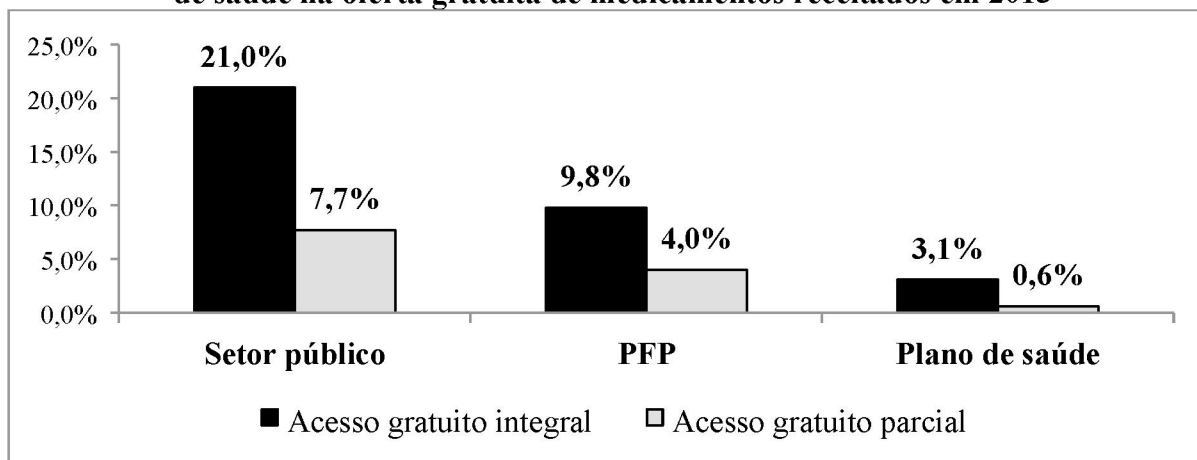
Assim, observa-se que, nas amostras das pesquisas de todos os anos analisados, o acesso gratuito a medicamentos receitados foi substancialmente maior entre os pacientes atendidos na rede pública de saúde, o que se alinha aos achados da literatura sobre a maior eficácia do sistema público de saúde na proteção das famílias contra gastos catastróficos em saúde (BÓS, WATERS, 2008). Vale notar, mais uma vez, que a alteração dos quesitos utilizados nas pesquisas limita a comparação, pois, em 1998 e 2008, foi perguntado se a pessoa recebeu o medicamento gratuito “no atendimento de saúde”, expressão que não constou dos quesitos em 2003 e 2013, além da já mencionada exclusão do recebimento de amostras grátis de medicamentos nas pesquisas de 1998 e 2003 (ver Apêndice I).

Aqui, cabe mencionar que o percentual de pessoas com planos de saúde se manteve em torno de 25% entre 1998 e 2008 (Tabela 4) e que, apesar de o percentual de planos de saúde com direito a medicamentos fora da internação ter subido de 6,7% em 1998 para 9,6% em 2008, o patamar de acesso gratuito a medicamentos no setor privado não se ampliou no período, tendo decrescido de 1998 para 2003 e retornado ao patamar de 1998 em 2008 e 2013, por volta de 11%.

Além disso, ressalta-se que, entre 1998 e 2008, as pessoas atendidas no setor privado de saúde podiam obter os medicamentos receitados na rede pública. Conforme detalhado no Capítulo anterior, apenas a partir de 2011 a disponibilização gratuita de medicamentos no âmbito do SUS passou a ser limitada – ao menos em tese – a pacientes atendidos no SUS, exceto para medicamentos de alto custo. Assim, até 2008, o setor público pode ter tido uma participação ainda mais relevante na oferta de medicamentos do que foi indicado no Gráfico 11, proporcionando o acesso gratuito também para pacientes atendidos na rede privada de saúde – ressalvando-se que nos anos de 1998 e 2008, foi perguntado se a pessoa recebeu o medicamento gratuitamente “no atendimento de saúde”.

Complementarmente, os dados da PNS 2013 indicam como a cobertura da oferta de medicamentos no âmbito da rede pública de saúde, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde impactaram o acesso gratuito integral e parcial a medicamentos, Gráfico 12.

Gráfico 12 – Cobertura do setor público, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde na oferta gratuita de medicamentos receitados em 2013



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

Esses dados da PNS 2013 dimensionam como a oferta de medicamentos nos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos repercutiram mais no acesso gratuito a medicamentos do que a cobertura dos planos privados de saúde. Além disso, o Gráfico 12 reflete a implementação da citada campanha “saúde não tem preço”, a partir da qual foram incluídos, desde 2011, medicamentos ofertados gratuitamente para diabetes, hipertensão e asma no programa PFP. Destaca-se que a cobertura gratuita integral de medicamentos do PFP (9,8%) correspondeu quase à metade da mesma cobertura na rede pública de saúde (21%).

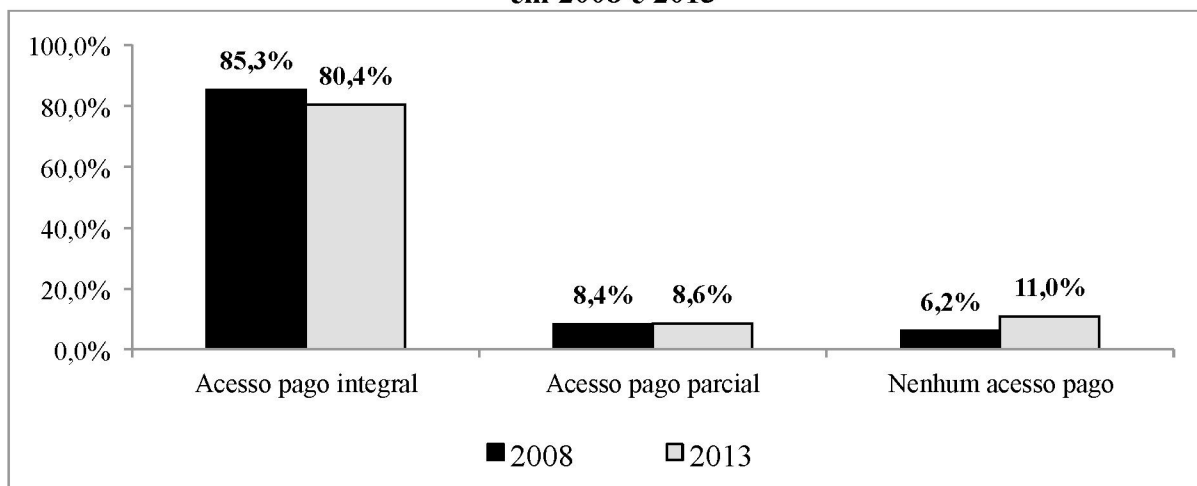
De toda forma, ainda que os dados examinados nesta seção permitam concluir que a Política Nacional de Medicamentos tem potencial para promover a equidade horizontal na oferta gratuita de medicamentos, enfatiza-se que o acesso gratuito a medicamentos receitados não alcançou sequer a metade das pessoas que deles tiveram necessidade nos anos analisados – patamar mais restrito quando se consideram somente as pessoas que conseguiram acessar integralmente os medicamentos receitados. Nesse sentido, constata-se que permanece significativo o potencial impacto financeiro do acesso a medicamentos para os orçamentos das famílias brasileiras, corroborando as evidências observadas na literatura sobre o risco de iniquidades verticais mencionadas na seção anterior.

4.3.1.2 Acesso pago a medicamentos receitados

Como os programas que integram a Política Nacional de Medicamentos brasileira buscam garantir o acesso da população a medicamentos essenciais conjugando a oferta

gratuita – sobretudo no âmbito dos componentes da assistência farmacêutica do SUS – com a oferta subsidiada – no âmbito do Programa Farmácia Popular –, passa-se a examinar o potencial de equidade horizontal no acesso pago aos medicamentos receitados. O Gráfico 13 sintetiza os dados relativos ao acesso pago integral e ao parcial em 2008 e 2013.

Gráfico 13 – Percentuais de acesso pago integral e de parcial a medicamentos receitados em 2008 e 2013

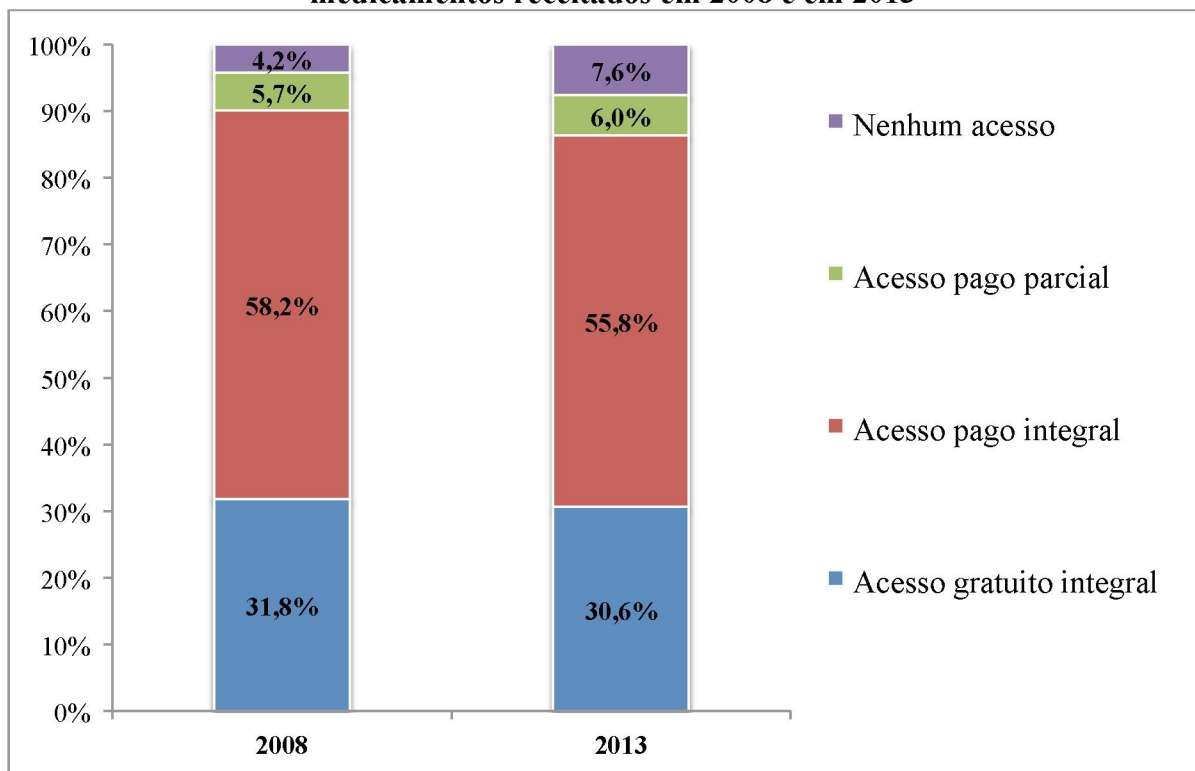


Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Ao contrário do observado para o acesso gratuito, a principal distinção no acesso a medicamentos via mercado, nos exercícios analisados, foi relativa ao percentual de acesso pago integral, menor em 2013 do que em 2008, o que acarretou um patamar de nenhum acesso pago mais alto em 2013.

Vale esclarecer que os percentuais acima de acesso pago, mensurados na PNAD 2008 e na PNS 2013, dizem respeito aos medicamentos receitados no último atendimento médico que não foram integralmente obtidos de forma gratuita. Ou seja, o acesso pago integral pode incluir quem comprou todos os medicamentos e também quem acessou alguns gratuitamente e comprou apenas os restantes para atender plenamente a sua demanda por medicamentos. Assim, os percentuais apresentados no Gráfico 13 refletem diferentes parcelas da demanda por medicamentos receitados não atendida integralmente via oferta gratuita, que foi de 68,2%, em 2008, e de 69,4%, em 2013. O Gráfico 14 ilustra essa diferença e apresenta como se distribuiu o acesso gratuito e pago nos anos examinados.

Gráfico 14 – Panorama geral do acesso gratuito, do acesso pago e do não acesso a medicamentos receitados em 2008 e em 2013

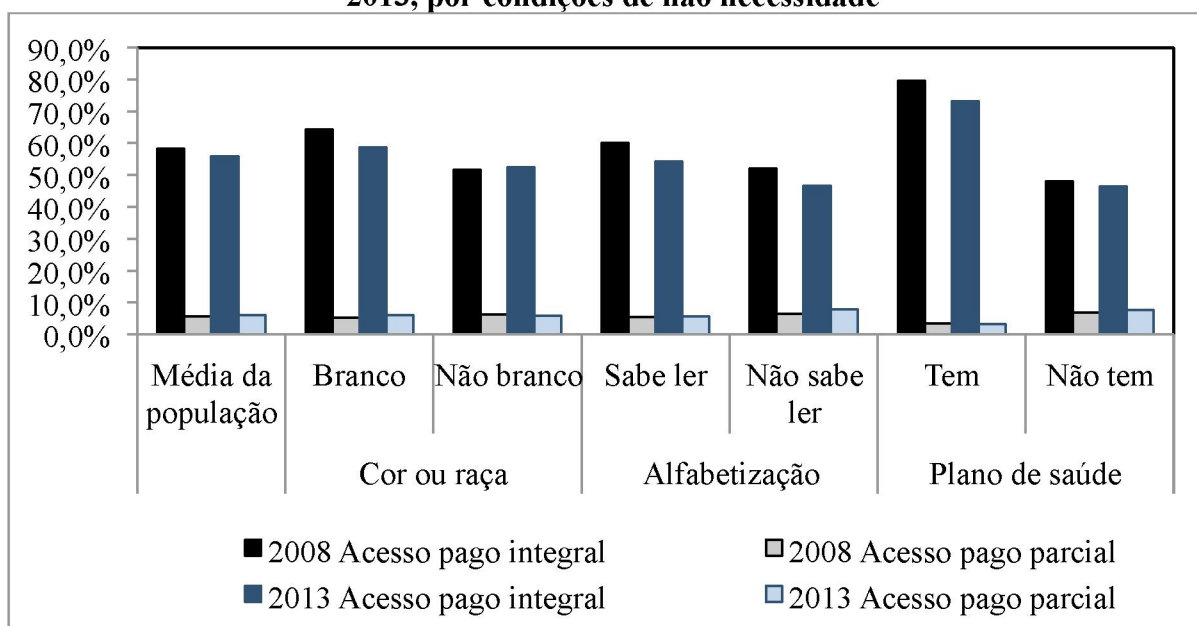


Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Examinando o contexto mais amplo de acesso a medicamentos receitados em 2008 e em 2013 apresentado no Gráfico 14, verifica-se que a redução dos percentuais de acesso integral – gratuito e pago – em 2013 acarretou um percentual geral de não acesso 1,8 vezes maior do que o apurado em 2008.

Sobre a distinção do acesso pago aos medicamentos receitados em grupos populacionais com diferentes características socioeconômicas, constata-se que os percentuais de acesso pago, em ambos os anos, foram maiores entre as pessoas brancas, que sabem ler e que têm planos de saúde privados, Gráfico 15. Assim, o perfil do acesso pago a medicamentos receitados foi inverso ao perfil do acesso gratuito, o que aponta para a iniquidade horizontal do acesso a medicamentos via mercado.

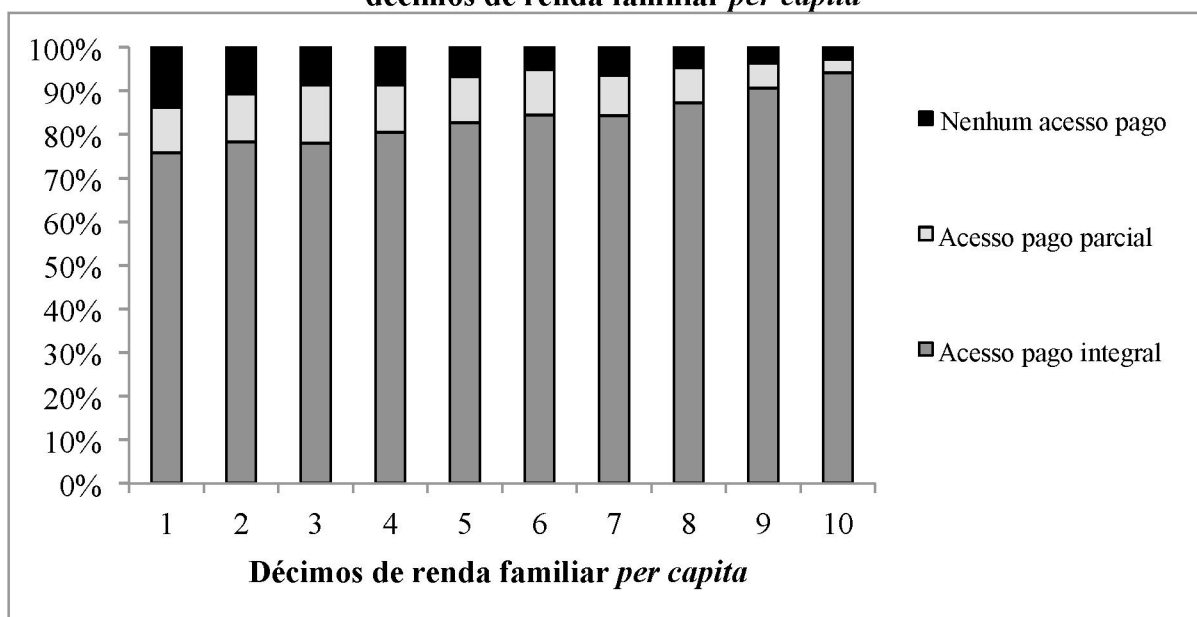
Gráfico 15 – Acesso pago integral e parcial a medicamentos receitados em 2008 e em 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Mais especificamente em relação aos diferentes níveis de acesso pago a medicamentos em função da renda familiar *per capita*, extrai-se do Gráfico 16 que houve iniquidade práticos no acesso via mercado aos medicamentos receitados em 2008.

Gráfico 16 – Acesso pago integral e parcial a medicamentos receitados em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



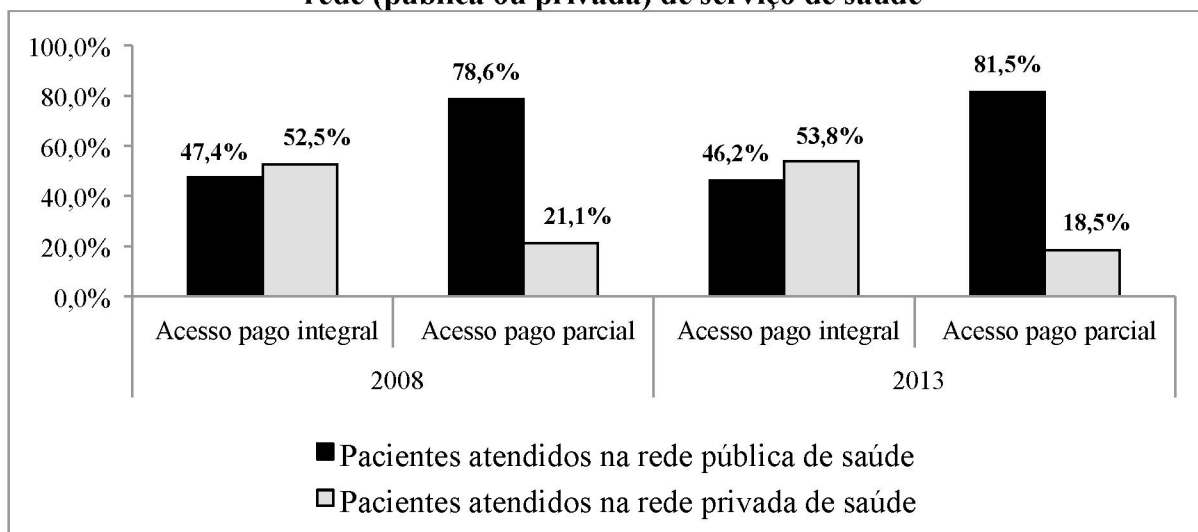
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

A inversão dos percentuais de acesso pago integral, em comparação com a cobertura da oferta gratuita de medicamentos, faz com que o percentual de não acesso absoluto a medicamentos seja substancialmente menor entre as camadas mais ricas da população em 2008, mesmo que o acesso pago parcial seja maior nos décimos de renda mais baixos.

Ressalta-se que tanto o acesso parcial quanto o não acesso absoluto podem ensejar um nível inadequado ou descontinuado do cuidado medicamentoso, com potencial de comprometer a resolutividade dos atendimentos médicos e de prejudicar o estado de saúde dos pacientes.

Ainda que não haja dados sobre a renda das famílias relativos a 2013, comparando-se o acesso pago a medicamentos receitados entre pacientes atendidos na rede pública de saúde e na rede privada, verifica-se que o acesso pago integral foi maior entre os pacientes atendidos no setor privado, e que o acesso parcial foi maior entre pacientes atendidos no setor público em 2008 e em 2013, Gráfico 17.

Gráfico 17 – Percentual de acesso pago integral e de parcial em 2008 e 2013, por tipo de rede (pública ou privada) de serviço de saúde

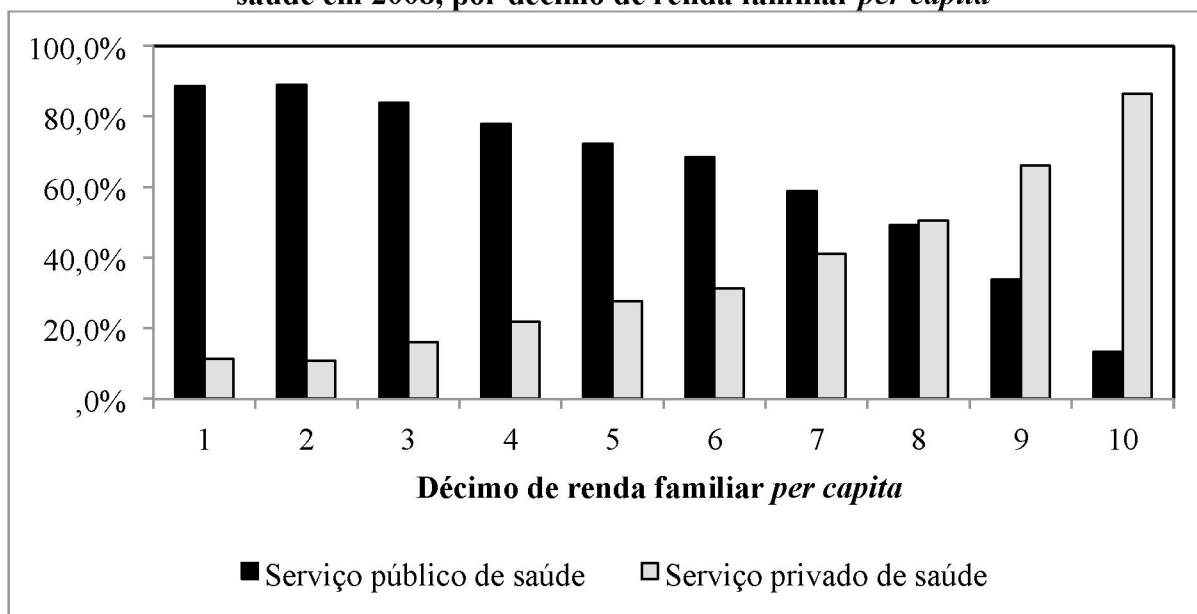


Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Os dados de 2008 mostram que as famílias de mais alta renda utilizam, preponderantemente, os serviços privados de saúde, enquanto as famílias de menor renda utilizam o serviço público de saúde na maior parte dos casos, Gráfico 18. Esse panorama de acesso às redes pública e privada de saúde se mostra compatível com o esperado, tendo em vista que a cobertura dos planos de saúde privados se concentra na parcela mais rica da população (IPEA, 2011; PAIM et al. 2011). Também para 2013, seria esperada essa mesma

distribuição.

Gráfico 18 – Distribuição dos atendimentos médicos nas redes pública e privada de saúde em 2008, por décimo de renda familiar *per capita*



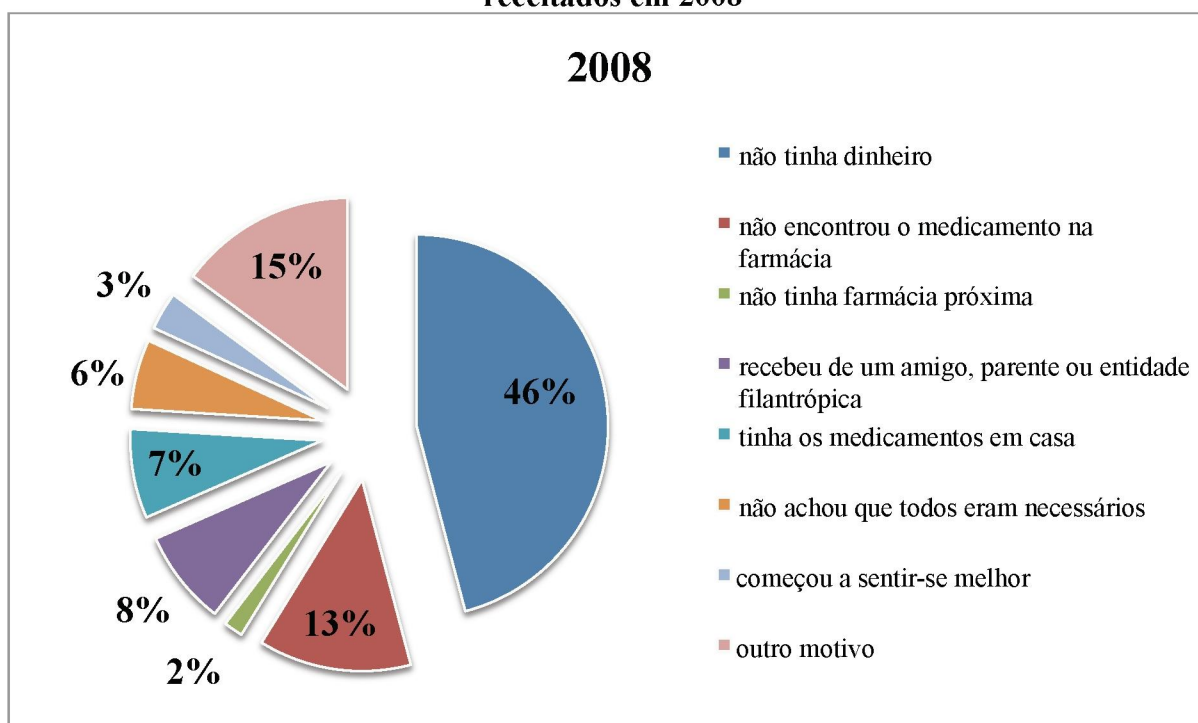
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Assim, os dados indicam que, em 2013, não parece ter sido alterado significativamente o perfil de iniquidade pró-ricos no acesso pago a medicamentos prescritos verificado em 2008. Em ambos os anos, o acesso pago integral a medicamentos se manteve mais representativo entre os pacientes que utilizaram a rede privada de saúde e o acesso pago parcial se manteve maior entre os pacientes que utilizaram a rede pública de saúde.

Além do exame do percentual de não acesso e de acesso parcial a medicamentos, importa identificar quais foram os motivos informados pelas pessoas para não terem obtido todos os medicamentos prescritos, bem como mensurar como os tipos de barreira se distribuíram nos diferentes grupos socioeconômicos nos anos analisados.

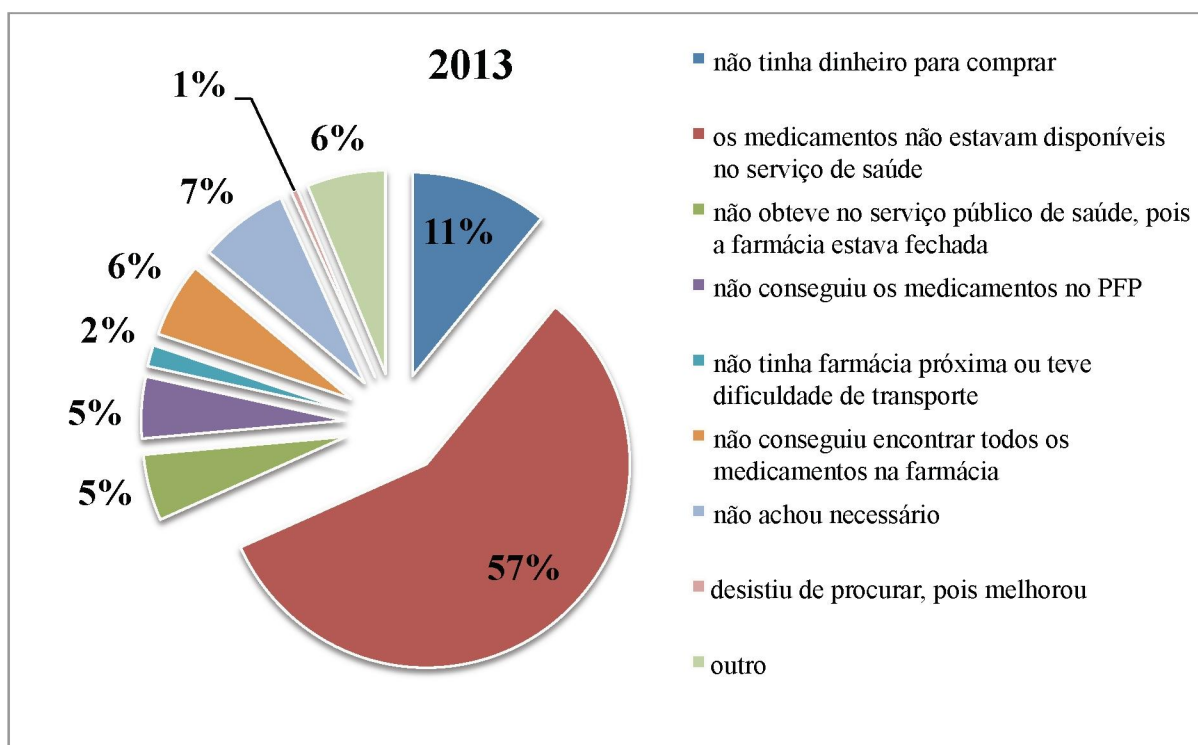
Os Gráficos 19 e 20 apresentam os percentuais gerais dos principais motivos informados em 2008 e em 2013, respectivamente, para a não obtenção integral dos medicamentos prescritos. Esses Gráficos evidenciam como se diferenciaram os quesitos que mensuraram eventuais barreiras ao acesso a medicamentos na PNAD 2008 e na PNS 2013, cujo detalhamento consta do Apêndice I.

Gráfico 19 – Principais motivos informados para não comprar todos os medicamentos receitados em 2008



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 20 – Principais motivos informados para não obter todos os medicamentos receitados em 2013



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

A partir desses elencos de motivos para não acessar os medicamentos, foram criadas, no presente trabalho, categorias de barreira financeira (não tinha dinheiro), barreira geográfica (não havia farmácia próxima), de indisponibilidade de medicamentos (nas farmácias privadas e nos serviços de saúde) e de outras barreiras (motivos residuais não especificados).

Frisa-se que algumas pessoas informaram que escolheram não utilizar os medicamentos e, neste caso, o não acesso não foi classificado entre as barreiras. Também não foram consideradas entre as barreiras os percentuais de não acesso pago em razão do recebimento dos medicamentos de entidades filantrópicas ou de outros motivos relacionados à ausência de necessidade de comprar os medicamentos, o que foi significativo na PNAD 2008.

As principais barreiras reportadas nas referidas pesquisas pelas pessoas que não acessaram todos os medicamentos receitados de que necessitaram foram sintetizadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Motivos informados para a não obtenção de todos medicamentos receitados

Principais motivos para não acessar medicamentos		PNAD 2008	PNS 2013	
Barreiras ao acesso	Financeira	45,9%	10,9%	
	Geográfica	1,6%	1,7%	
	Indisponibilidade do medicamento (oferta insuficiente ou inoportuna)	Na farmácia (rede privada)	12,9%	6%
		No Programa Farmácia Popular	----	4,9%
		Na farmácia do serviço de saúde	----	57,4%
		Farmácia do serviço público de saúde fechada	----	5,3%
	Outras	14,9%	6,3%	
Ausência de necessidade		24,6%	7,6%	
Total		100%	100%	

Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Em 2008, 24,6% das pessoas que não acessaram via mercado todos os medicamentos receitados alegaram que não precisaram comprar os medicamentos. Nessa categoria denominada de “ausência de necessidade” na Tabela 8, foram agregados os dados daqueles que informaram que não consideraram todos os medicamentos necessários (5,9%), que já tinham os medicamentos em casa (7,5%), que melhoraram antes de comprar (3,2%) ou que os receberam de familiares ou de entidades filantrópicas (8%). Em 2013, essa categoria de “ausência de necessidade” foi de apenas 7,6%, agregando o percentual de pessoas que

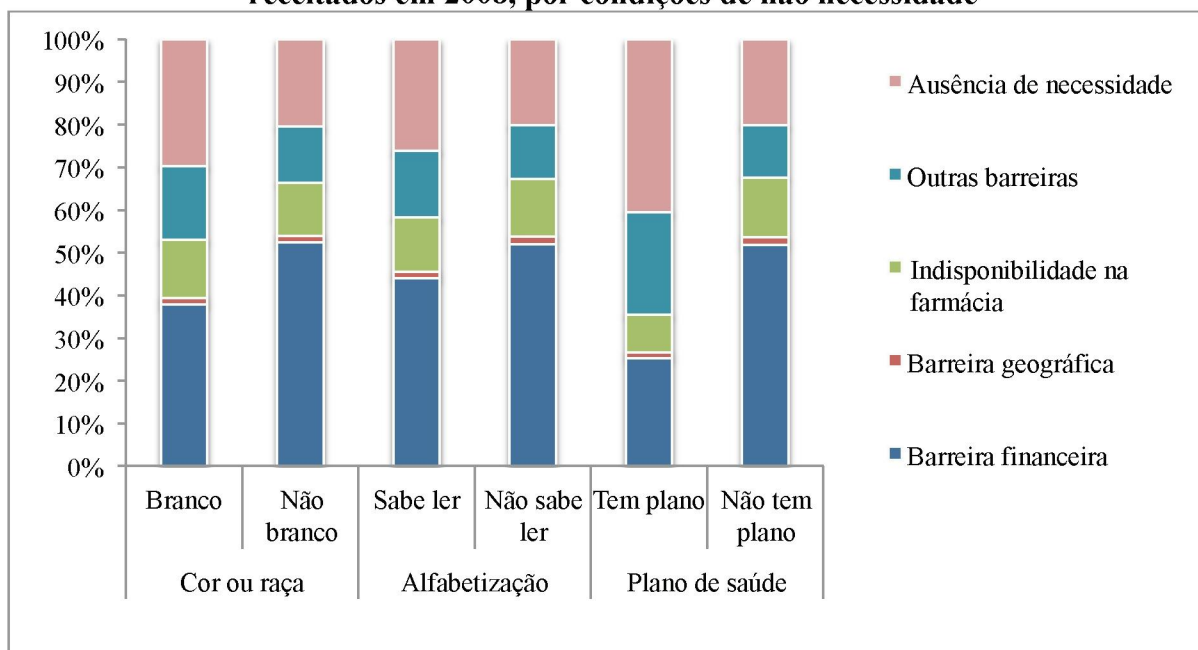
indicaram não ter obtido os medicamentos por não os considerarem necessários (7%) e aquelas que desistiram de procurar o medicamento porque melhoraram (0,6%).

A respeito dos motivos alegados pelas pessoas para não terem comprado os medicamentos que não obtiveram gratuitamente, cabe ponderar que, em 2008, o percentual de pessoas que informaram ter recebido os medicamentos de familiares ou entidades filantrópicas teria sido incluído em “obtenção não paga de medicamentos”, se aplicados os critérios utilizados na PNS 2013 – o que foi considerado como “acesso gratuito” em 2013 para fins de comparação (ver Apêndice I). Assim, em relação aos critérios utilizados em 2013, os dados do acesso gratuito a medicamentos aferidos em 2008 estariam subestimados em 0,27%, o que pode significar uma maior distância entre o acesso gratuito a medicamentos em 2008 e em 2013.

De qualquer forma, a apuração da equidade ou iniquidade horizontal no acesso pago a medicamentos em cada ano demanda um exame mais detalhado da distribuição das barreiras informadas em distintos grupos socioeconômicos e demográficos.

O Gráfico 21 apresenta os percentuais de barreiras e de ausência de necessidade informadas para não obter os medicamentos dentro de grupos populacionais com diferentes condições de não necessidade.

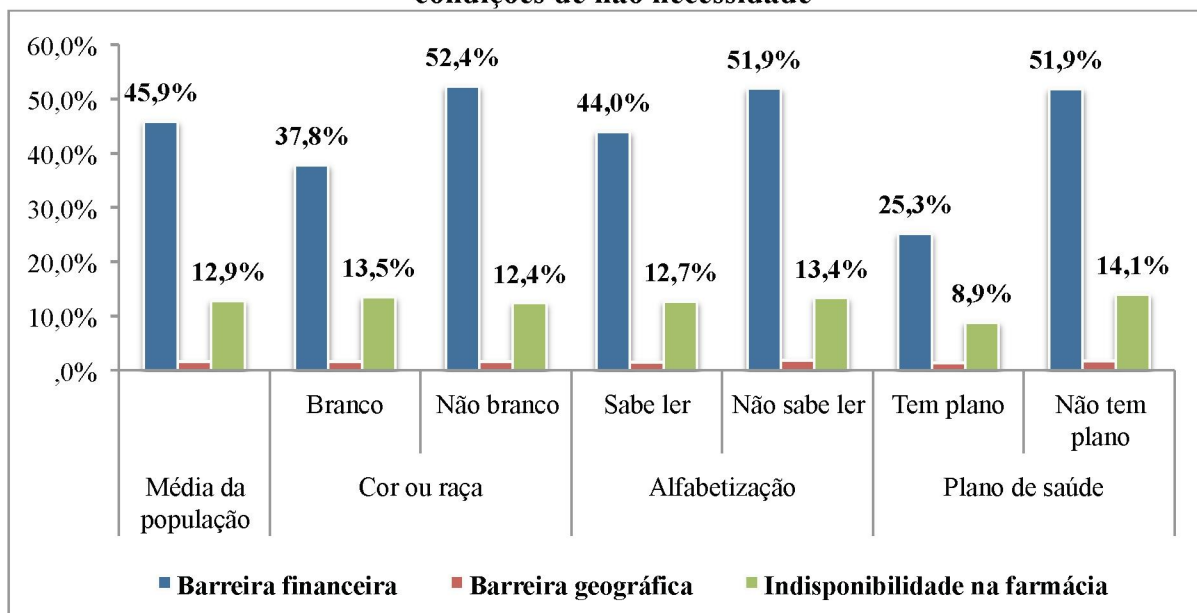
Gráfico 21 – Principais motivos informados para não comprar todos os medicamentos receitados em 2008, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Em 2008, a barreira financeira foi substancialmente maior entre os grupos populacionais considerados vulneráveis, sobretudo quando comparadas as pessoas que têm com as que não têm plano de saúde. Essa relação se inverte no que tange aos percentuais de ausência de necessidade de medicamentos, que foi maior entre os grupos populacionais mais favorecidos. As demais barreiras ao acesso informadas em 2008 – geográfica e a indisponibilidade do medicamento na farmácia privada – não apresentaram diferenças significativas em razão das condições socioeconômicas ou demográficas, o que está mais claramente explicitado no Gráfico 22.

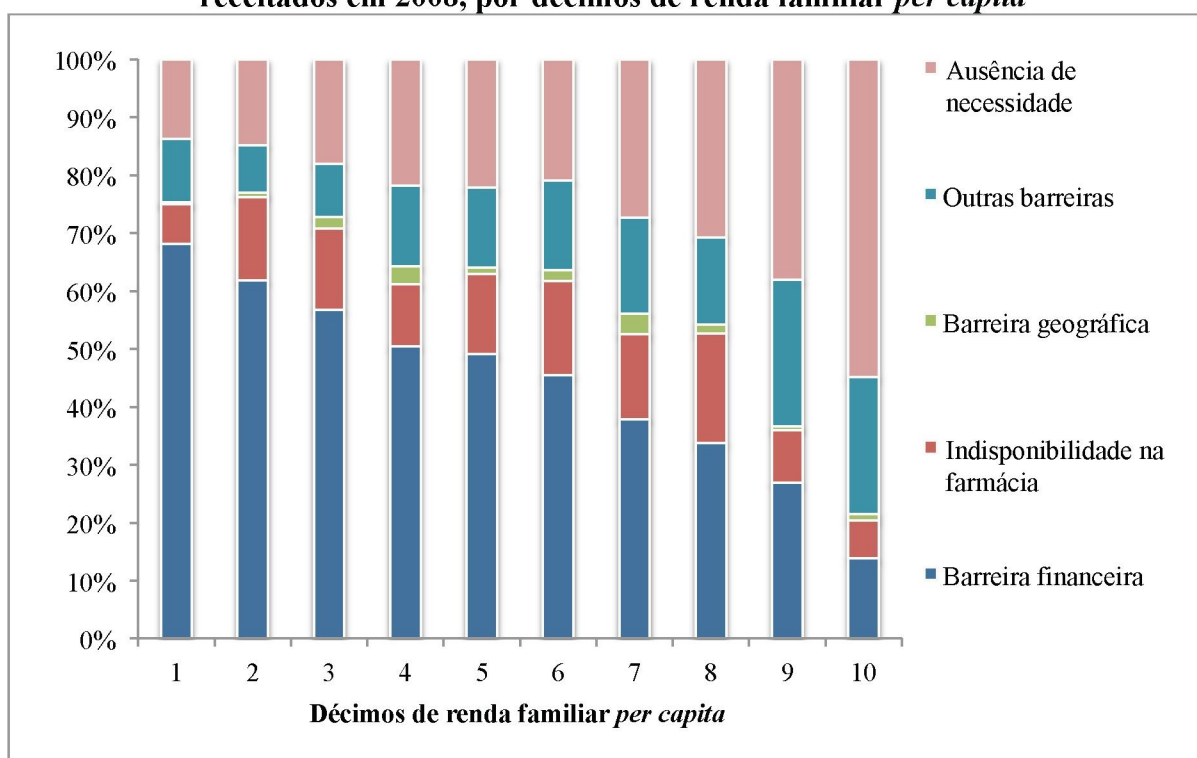
Gráfico 22 – Barreiras ao acesso pago aos medicamentos receitados em 2008, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Em relação ao acesso pago a medicamentos nos diferentes níveis de renda, dado disponível apenas para 2008, o Gráfico 23 evidencia como a barreira financeira foi maior entre os mais pobres e a ausência de necessidade maior entre os mais ricos. Isso corrobora o já destacado panorama de iniquidade horizontal no acesso pago aos medicamentos receitados nesse ano.

Gráfico 23 – Principais motivos informados para não comprar todos os medicamentos receitados em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



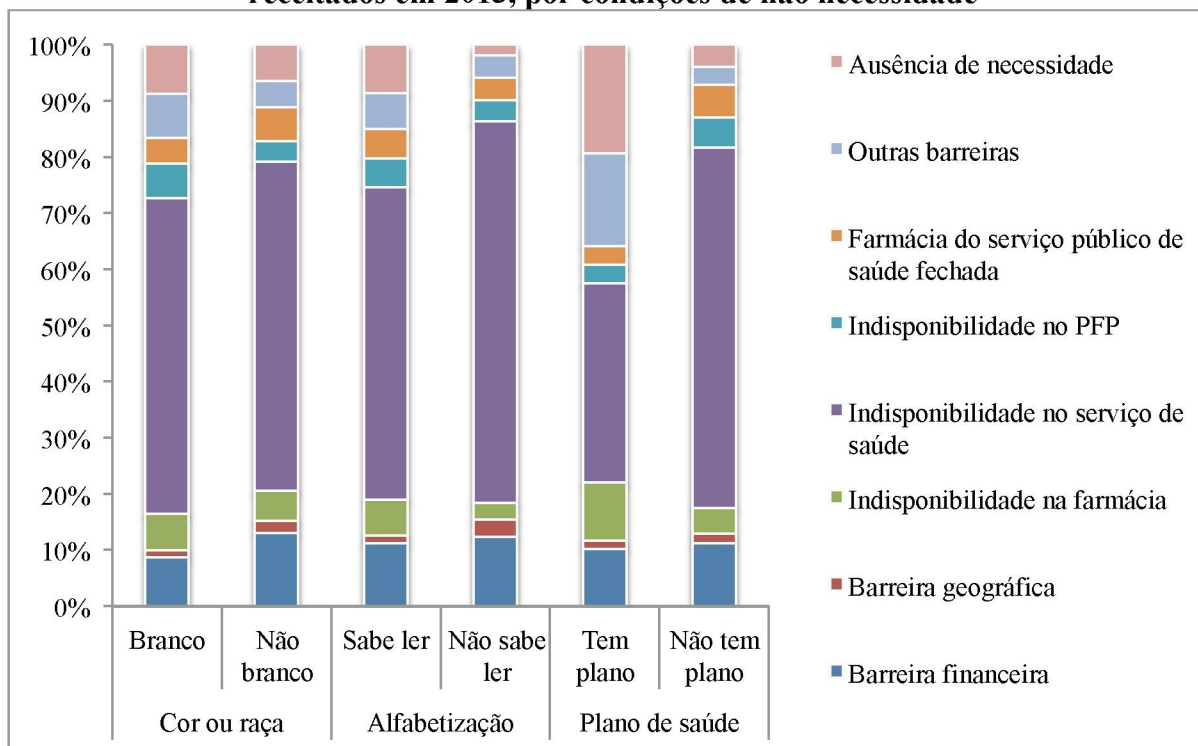
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Além da substancial diferença no elenco de respostas para indicar o principal motivo para o não acesso integral aos medicamentos receitados entre a PNAD 2008 e a PNS 2013, o ponto que mais limita a comparação dos dados relativos às barreiras ao acesso decorre do fato de a PNS ter mesclado barreiras ao acesso gratuito com barreiras ao acesso pago na mesma pergunta.

Considerando tal diferença, na amostra pesquisada em 2013, a barreira ligada à indisponibilidade do medicamento no serviço de saúde foi mais representativa entre os grupos populacionais mais vulneráveis, Gráfico 24. Ressalta-se que esse motivo foi reportado por 57,4% das pessoas em geral, sendo que 89,1% dessas pessoas foram atendidas no setor público de saúde. Isso parece indicar que essa barreira afetou mais as pessoas que buscaram acessar os medicamentos gratuitamente.

O Gráfico 24 apresenta como as distintas barreiras se distinguiram em 2013 em diferentes grupos populacionais.

Gráfico 24 – Principais motivos informados para não obter todos os medicamentos receitados em 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

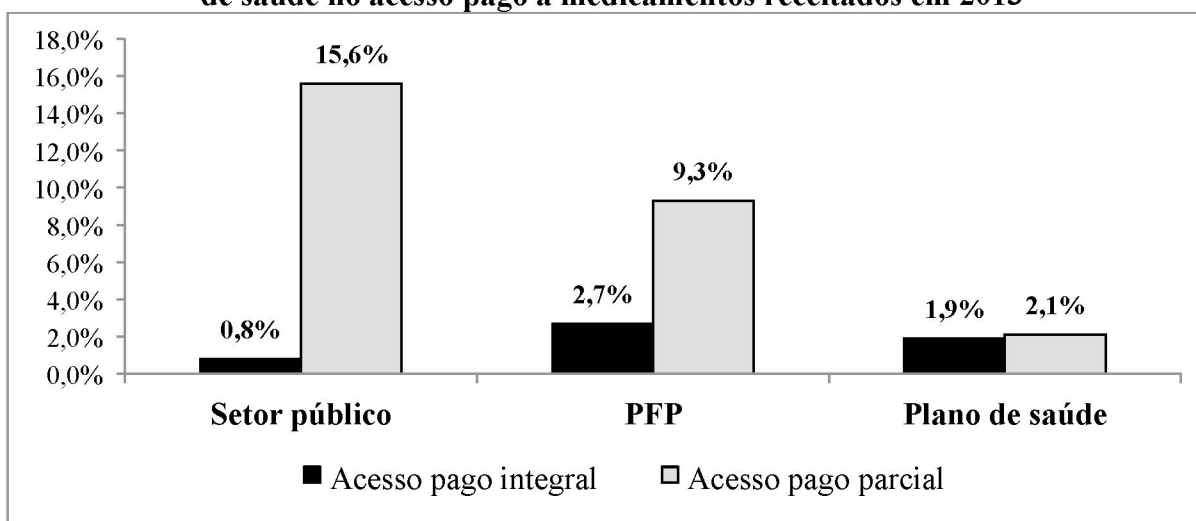
Verifica-se que a barreira financeira não apresentou, em 2013, distinção significativa como a observada em 2008, com exceção do grupo referente à cor ou raça, no qual essa barreira foi maior entre as pessoas não brancas.

Esclarece-se que a comparação direta entre os percentuais de barreira financeira dos dois anos não se revela adequada, porquanto outros itens inseridos na PNS 2013 podem indicar a tentativa das pessoas de acessarem gratuitamente os medicamentos nas farmácias do serviço público e, dessa forma, podem englobar respondentes que, diante da impossibilidade de acesso ao medicamento no SUS – motivo considerado principal –, deixaram de acessar os medicamentos por ausência de recursos financeiros – motivo considerado secundário.

Registra-se que, em 2013, os percentuais informados de ausência de necessidade de medicamentos foram maiores entre as pessoas nos grupos populacionais mais favorecidos, assim como foi observado em 2008.

Diante da limitação dos dados da PNS 2013 para verificar as barreiras específicas ao acesso pago aos medicamentos receitados, destaca-se como a cobertura da oferta de medicamentos no âmbito da rede pública de saúde, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde impactaram o acesso pago a medicamentos, Gráfico 25.

Gráfico 25 – Cobertura do setor público, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos receitados em 2013



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

Aqui cabe notar que a pergunta feita na PNS 2013 foi se o “medicamento foi coberto pelo serviço público de saúde” e não pelo SUS especificamente. Como “serviço público de saúde” pode englobar, por exemplo, cuidados de saúde prestados por instituições que atendem exclusivamente servidores públicos ou por entidades privadas que complementam os atendimentos do SUS, isso justificaria as respostas das pessoas que informaram ter pago por medicamentos acessados no serviço público de saúde.

Nota-se que o impacto dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde foi reduzido na esfera do acesso pago integral a medicamentos. O PFP apresentou a maior cobertura para o acesso pago integral e o setor público, a maior cobertura no acesso parcial. A ausência de dados de anos anteriores limita maiores inferências sobre a evolução da cobertura desses programas, mas é interessante notar que o PFP repercutiu proporcionalmente mais no acesso gratuito integral (9,8%) do que no acesso pago integral (2,7%) ou parcial (9,3%).

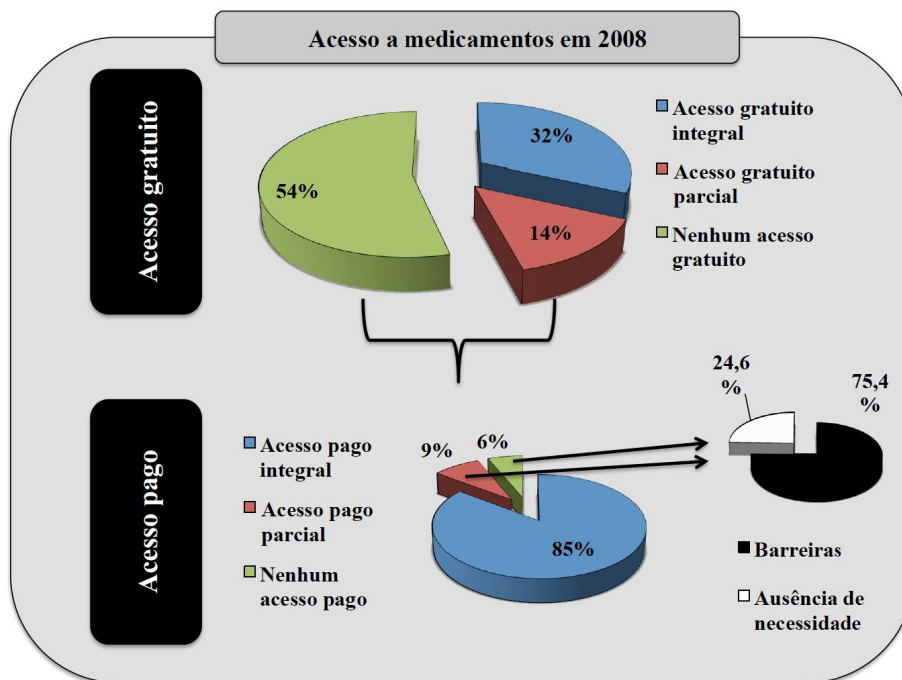
Apesar de todas as limitações mencionadas para comparar os dados de 2008 e de 2013, conclui-se que, para as amostras desses anos, o perfil de acesso pago aos medicamentos receitados não foi horizontalmente equitativo.

Importa esclarecer que essa iniquidade horizontal não diferencia, em 2008, o acesso pago subsidiado no âmbito do PFP do acesso pago nas farmácias privadas em geral, razão pela qual não se pode concluir, diretamente, sobre o potencial de equidade/iniquidade da

Política Nacional de Medicamentos no âmbito do acesso pago a medicamentos nesse ano. Já em 2013, os dados parecem indicar que a cobertura da oferta subsidiada de medicamentos no bojo da Política Nacional de Medicamentos não apresenta cobertura suficiente para compensar a iniquidade gerada pelo mercado farmacológico.

Por fim, destaca-se que, em 2013, além de ter sido registrado um percentual maior de não acesso aos medicamentos receitados, foi menor o percentual de pessoas que não acessou os medicamentos porque não os considerou necessários. As Figuras 3 e 4 apresentam o fluxo e os percentuais de acesso gratuito, de acesso pago e de barreiras no acesso aos medicamentos receitados em 2008 e em 2013.

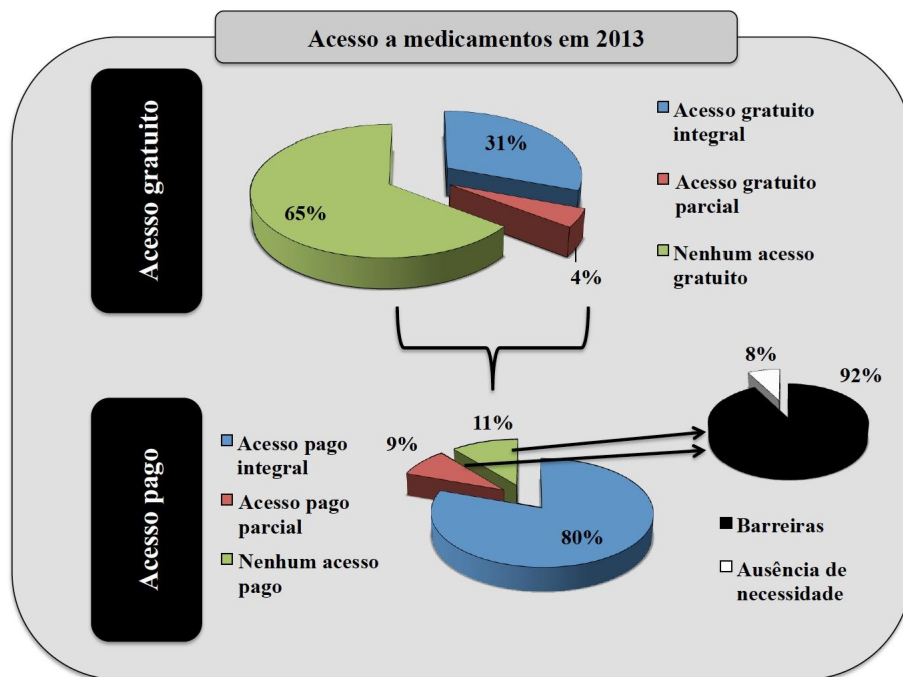
Figura 3 – Acesso gratuito, acesso pago e barreiras ao acesso a medicamentos receitados em 2008



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos microdados da PNAD 2008.

Comparando os dados apresentados nas Figuras 3 e 4, identifica-se que cerca de um quarto das pessoas que não acessaram todos os medicamentos receitados em 2008 indicaram a ausência de necessidade, enquanto em 2013 esse percentual foi de menos de 10%.

Figura 4 – Acesso gratuito, acesso pago e barreiras ao acesso a medicamentos receitados em 2013



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos microdados da PNS 2013.

Verifica-se, portanto, que, em 2013, foi maior o percentual de pessoas que recebeu a receita de medicamentos, considerou que necessitava desse insumo, mas que não conseguiu transpor as barreiras para acessar o cuidado medicamentoso necessário. A redução observada em 2013 na oferta gratuita de medicamentos, mesmo que tenha se concentrado na oferta parcial, pode ter repercutido no quadro geral de acesso aos medicamentos receitados, possivelmente por aumentar o peso deixado a cargo dos orçamentos familiares para complementar o acesso e obter todos os medicamentos receitados.

4.3.1.3 Considerações finais

Retomando a análise mais ampla da equidade horizontal no acesso aos medicamentos receitados, diante de todos os dados apresentados, verifica-se que, desde a implementação da Política Nacional de Medicamentos em 1998, houve uma substancial expansão da cobertura da oferta gratuita de medicamentos, que foi de 27,2%, em 1998, para 46%, em 2008. Mesmo

que em 2013 a cobertura do acesso gratuito a medicamentos receitados tenha se reduzido para 35,2%, observou-se que a redução afetou, principalmente, o acesso parcial aos medicamentos, pois o nível de oferta gratuita integral dos medicamentos receitados foi de 31,8%, em 2008, e de 30,6%, em 2013.

Essa trajetória se revela consonante com a evolução dos gastos do governo federal com medicamentos, que aumentou 222%, entre 2002 e 2007, e dobrou sua participação no total gasto pelo Ministério da Saúde, passando de 5,4% para 10,7% nesse período (VIEIRA, 2009).

Ainda que nem todo o acesso gratuito a medicamentos decorra da oferta no âmbito do SUS, estima-se que o sistema público de saúde tenha um papel predominante na assistência farmacêutica gratuita (GARCIA et al. 2013). Os dados das PNADs e da PNS sinalizam nesse sentido ao explicitar que um percentual maior dos pacientes atendidos na rede pública de saúde obteve, gratuitamente, pelo menos um dos medicamentos receitados.

Em todos os anos analisados, os dados indicam que a oferta gratuita de medicamentos promoveu equidade horizontal no acesso aos medicamentos receitados. Além disso, a cobertura da oferta gratuita de medicamentos alcançou, proporcionalmente, mais as parcelas mais vulneráveis socioeconomicamente da população, especialmente aquelas com estados de saúde desfavoráveis. Destaca-se que essa focalização da oferta gratuita de medicamentos não reduz a importância da assistência farmacêutica do SUS para a população como um todo, porquanto mesmo a parcela mais rica da população utiliza a assistência farmacêutica do SUS para acessar medicamentos, especialmente os de alto custo (GARCIA et al. 2013).

A respeito dessa diferenciação no tipo de medicamento obtido no SUS pelas famílias situadas nas diversas faixas de renda, Piola et al. (2009) apontaram para o risco de a alocação dos recursos públicos não ser equitativa, por exemplo se concentrando nos medicamentos de alto custo, em decorrência de desigualdades na capacidade de afetar a esfera política da gestão do SUS. Nesse sentido, vale destacar que Vieira (2009) identificou que os gastos absolutos do governo federal com medicamentos de alto custo apresentaram um crescimento expressivo, de 252%, entre 2003 e 2007, enquanto os gastos com medicamentos com atenção básica cresceram 75%, entre 2002 e 2007. O relatório do IPEA (2011) apontou que, apesar da relativa estabilidade dos gastos federais com medicamentos em geral no período de 2005 a 2008, os gastos com medicamentos em decorrência de decisões judiciais apresentaram um crescimento constante e se concentraram no âmbito do componente especializado da assistência farmacêutica, ou seja, no programa de fornecimento de medicamentos de alto

custo.

Todavia, constatou-se que, mesmo entre os grupos socioeconômicos com maior nível de acesso gratuito integral, uma parcela substancial da demanda por medicamentos receitados ficou a cargo dos orçamentos familiares. E a análise do acesso a medicamentos via mercado indicou um cenário oposto ao do acesso gratuito, com menores percentuais de cobertura entre as parcelas da população mais vulneráveis socioeconomicamente.

Assim, constatou-se que a iniquidade horizontal no acesso pago aos medicamentos receitados – somada à cobertura limitada da oferta gratuita integral de medicamentos – resultou, em 2008 e em 2013, em um nível de não acesso e de acesso parcial aos medicamentos receitados maior entre os grupos populacionais mais pobres ou mais vulneráveis socioeconomicamente.

A cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos, apesar de gerarem equidade horizontal no acesso gratuito a medicamentos, podem não ter sido suficientes para equalizar a iniquidade no âmbito do acesso pago e garantir o acesso da população mais vulnerável ou mais pobre aos medicamentos receitados. Nessa seara, os dados da PNS 2013 parecem apontar para uma cobertura incipiente do PFP, sobretudo na promoção do acesso pago integral, para compensar a iniquidade horizontal gerada no mercado privado de medicamentos como um todo.

Dessa forma, nas amostras pesquisadas em 2008 e em 2013, o quadro geral de acesso gratuito e pago aos medicamentos receitados não se mostrou horizontalmente equitativo, com maiores percentuais de pessoas vulneráveis que não conseguiram acessar integralmente os medicamentos receitados por circunstâncias alheias às suas vontades.

4.3.2 Equidade horizontal no acesso a medicamentos de uso contínuo

4.3.2.1 Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo

Em relação ao acesso aos medicamentos de uso continuado, ressalta-se que a análise se limita aos anos de 2008 e 2013, com pouco espaço para comparações, em razão da substancial distinção da abordagem feita na PNAD 2008 e na PNS 2013 (ver Apêndice I).

Com efeito, a PNAD 2008 perguntou se a pessoa fazia uso de medicamentos de uso contínuo e se, na última ocasião em que necessitou desses medicamentos, os acessou gratuitamente, integral ou parcialmente, e se comprou aqueles que não obteve gratuitamente.

Já a PNS 2013 perguntou para as pessoas que informaram ter sido diagnosticadas com diabetes e hipertensão arterial se, nas duas semanas anteriores à pesquisa, tinham usado o respectivo medicamento ou insulina e se algum desses insumos tinha sido coberto por plano de saúde, obtido no PFP ou no serviço público de saúde e se a pessoa tinha pago algum valor por tais medicamentos. Assim, essa abordagem da PNS 2013 não permite identificar o percentual de pessoas que necessitaram, mas não acessaram os medicamentos respectivos.

A Tabela 9 apresenta os dados relativos ao acesso gratuito aos medicamentos de uso contínuo, com a separação dos percentuais relativos às pessoas que informaram ter diabetes e hipertensão arterial, em 2008, para aproximar minimamente do acesso mensurado em 2013.

Tabela 9 – Acesso a medicamentos de uso contínuo em 2008 e em 2013

	PNAD 2008			PNS 2013*	
	Geral**	Hipertensão	Diabetes	Hipertensão	Diabetes
Acesso gratuito	51,1% (integral 32,4%)	60,2% (integral 37,6%)	67,1% (integral 37,1%)	54,8%	67,1%

Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados da PNAD 2008 e da PNS 2013. * Percentuais referentes às pessoas que informaram ter utilizado os respectivos medicamentos e não terem pago nenhum valor pelo acesso. ** Doenças crônicas: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose.

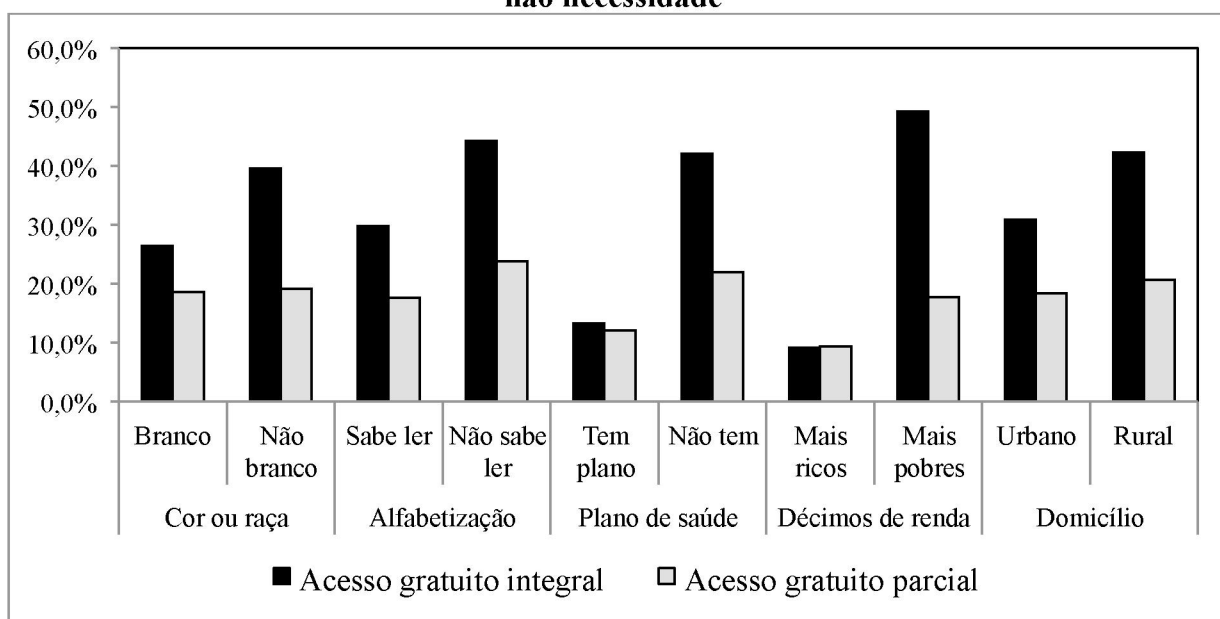
Quando são examinados os percentuais de acesso gratuito aos medicamentos de uso contínuo em comparação com os de acesso a medicamentos receitados em cada ano, verifica-se que, em ambos os anos, houve uma cobertura maior do fornecimento gratuito para os medicamentos destinados ao controle de doenças crônicas. Em 2008, extrai-se que os

patamares de acesso gratuito integral dessas categorias de medicamentos se aproximam, sendo pouco superior a oferta gratuita integral de medicamentos de uso continuado, 32,4%, contra 31,8% para medicamentos receitados no último atendimento médico.

Ademais, em relação especificamente ao acesso gratuito de medicamentos de uso contínuo, observa-se, em 2008 e em 2013, uma cobertura mais ampla da oferta gratuita dos medicamentos de uso contínuo destinados às pessoas com diabetes.

Para além desse quadro geral, o exame da equidade horizontal da Política Nacional de Medicamentos no acesso a medicamentos de uso contínuo demanda a investigação de como tal cobertura se distribuiu em grupos da sociedade com distintas condições socioeconômicas e demográficas. Para o ano de 2008, o Gráfico 26 apresenta essa distribuição por condições de não necessidade.

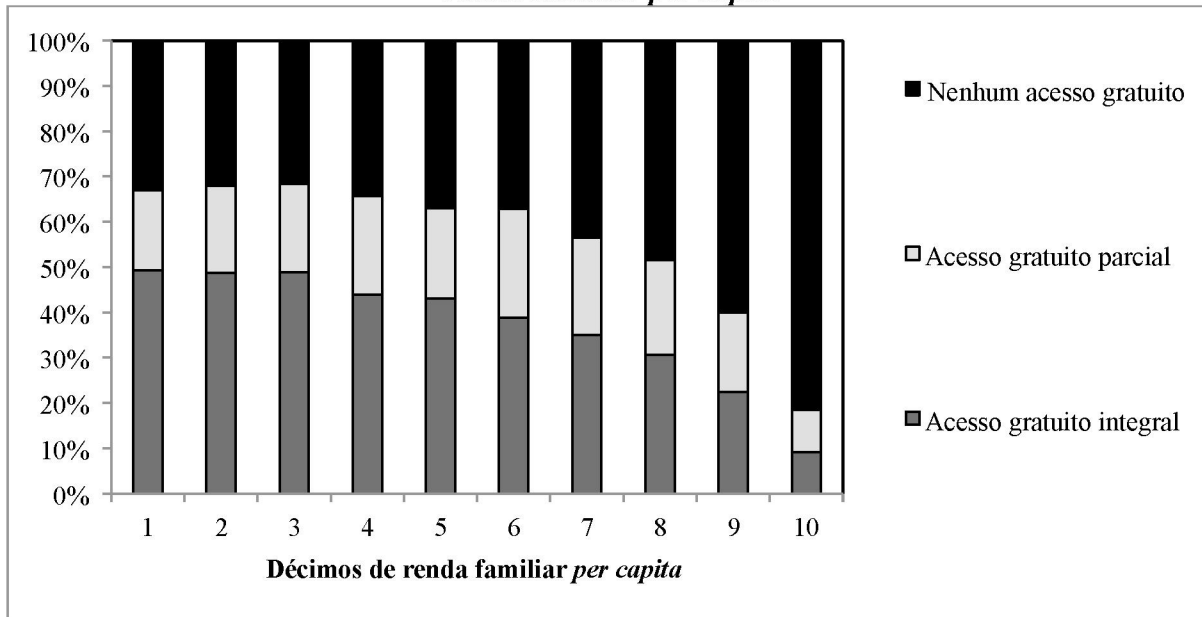
Gráfico 26 – Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2008, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Verifica-se do Gráfico acima que, em 2008, o acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo, tanto integral quanto parcial, foi maior entre pessoas integrantes de grupos populacionais considerados vulneráveis, o que indica um potencial de equidade horizontal da Política Nacional de Medicamentos na promoção do acesso gratuito a esse tipo de cuidado medicamentoso. Especificamente em relação à renda, esse cenário equitativo se confirma, com a oferta gratuita integral e a parcial tendo alcançado proporcionalmente mais a população mais pobre, o que se afere do Gráfico 27.

Gráfico 27 – Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

A análise do acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo apenas entre pessoas que informaram ter diabetes ou hipertensão arterial, em 2008, apresenta esse mesmo potencial de equidade horizontal da Política Nacional de Medicamentos, conforme se extrai dos Gráficos 19S a 21S (Apêndice II).

Registra-se que o percentual de cobertura da oferta gratuita de medicamentos de uso contínuo foi significativamente maior tanto para diabetes quanto para hipertensão arterial em 2008.

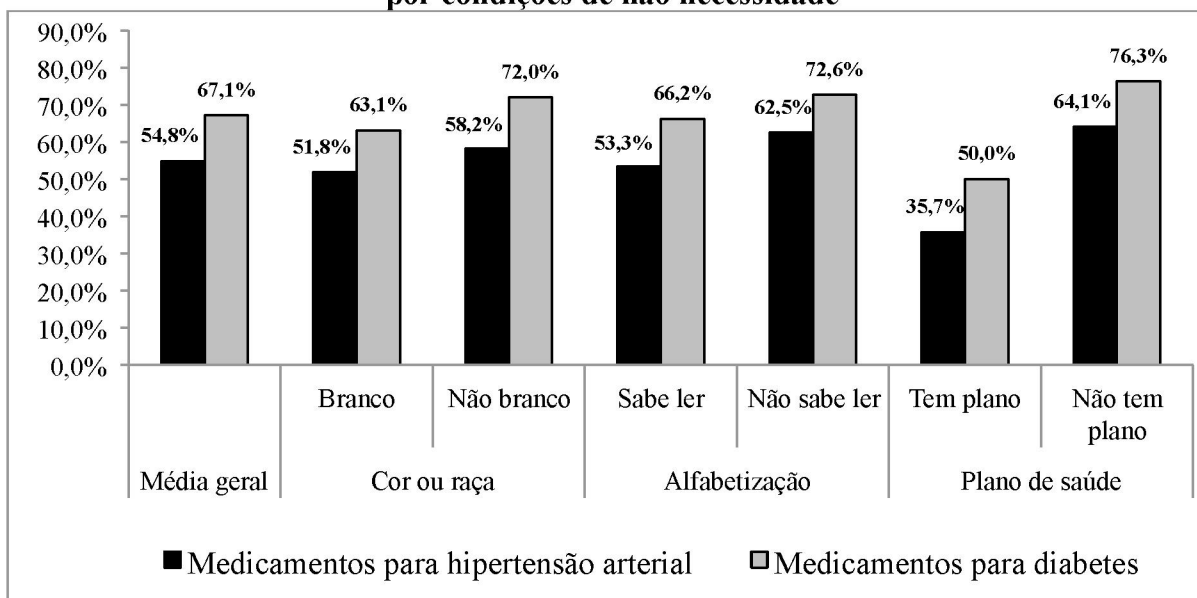
Destaca-se que quando considerada a distribuição do acesso gratuito aos medicamentos de uso contínuo nos décimos de renda familiar *per capita*, o perfil equitativo que foi constatado para todas as doenças crônicas se repetiu para diabetes e hipertensão arterial, mas com os acessos gratuitos integral e parcial ainda mais representativos entre os mais pobres, conforme evidenciam os Gráficos 19S e 21S (Apêndice II).

Pontua-se que a PNAD 2008 não coletou dados sobre onde as pessoas obtiveram os medicamentos de uso contínuo, o que não permite a identificação da cobertura gratuita especificamente no âmbito do SUS, de entidades filantrópicas ou dos planos de saúde, por exemplo. Vale notar que, em 2008, o PFP ainda não havia incorporado a distribuição gratuita de medicamentos para diabetes, hipertensão arterial e asma, o que ocorreu apenas em 2011.

Sobre a distribuição do acesso gratuito aos medicamentos de uso contínuo em 2013, extrai-se do Gráfico 28 que o acesso gratuito a algum dos medicamentos também foi maior

entre pessoas em grupos populacionais vulneráveis, tanto em relação a medicamentos para diabetes quanto para hipertensão arterial. Assim, a cobertura gratuita desses medicamentos de uso contínuo também apresentou um perfil de distribuição horizontalmente equitativo na amostra pesquisada em 2013.

Gráfico 28 – Percentuais de acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

Os dados da PNS 2013 permitem diferenciar a participação dos programas integrantes da Política Nacional de Medicamentos e da cobertura dos planos de saúde no acesso de medicamentos de uso contínuo, conforme Tabela 10 e Gráfico 29.

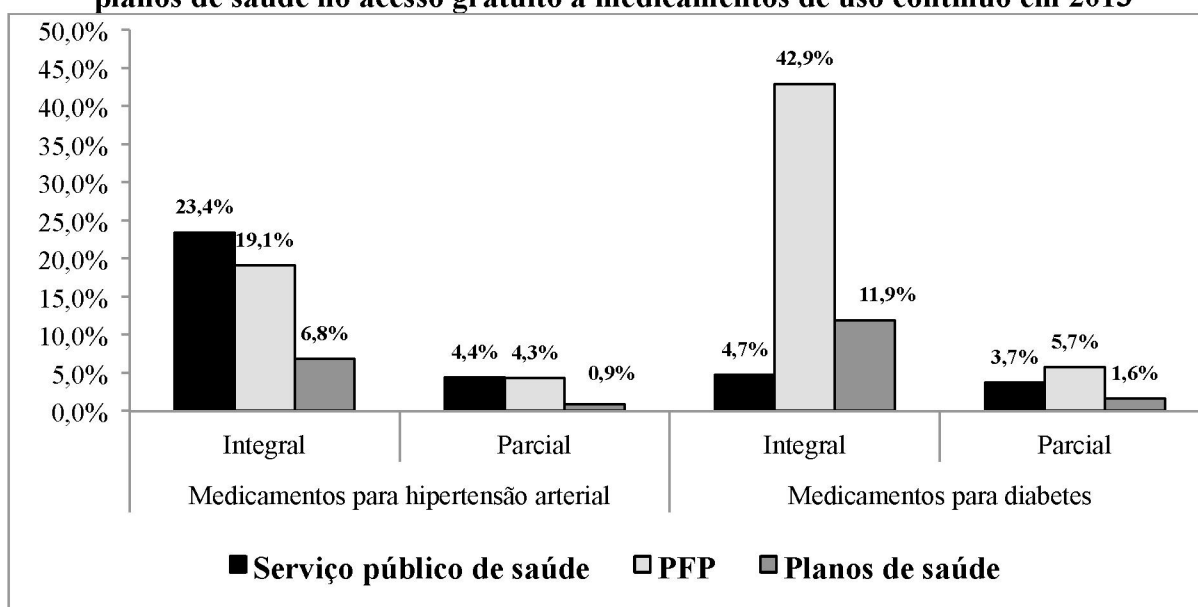
Tabela 10 – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2013

		Hipertensão		Diabetes	
		Integral	Parcial	Integral	Parcial
Cobertura	Acesso gratuito				
	Serviço público de saúde*	23,4%	4,4%	4,7%	3,7%
	PFPP*	19,1 %	4,3%	42,9%	5,7%
	Planos de saúde	6,8%	0,9%	11,9%	1,6%
Total**		49,3%	9,6%	59,5%	11%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos microdados da PNS 2013. * O percentual de respondentes sobre o acesso a medicamentos via serviço público de saúde e PFPP (incluindo acesso integral ou parcial e nenhum acesso) foi inferior ao percentual de pessoas que informaram ter utilizado os medicamentos. Assim, os percentuais destacados nesta Tabela foram calculados a partir da quantidade dos respondentes que informaram essas formas de acesso em relação ao total dos respondentes que informaram ter tido necessidade/utilizado os respectivos medicamentos. ** A soma desses totais não equivale ao percentual de pessoas que informaram ter utilizado os medicamentos sem qualquer desembolso (Tabela 9), porque houve pessoas que obtiveram alguns dos medicamentos gratuitamente e compraram outros para complementar o acesso.

O percentual de acesso geral gratuito aos medicamentos para diabetes foi maior do que o de medicamentos para hipertensão, em 2013, com destaque para o acesso integral. É interessante notar que a cobertura do PFP foi mais expressiva do que a cobertura do serviço público de saúde na oferta gratuita integral e parcial de medicamentos para diabetes, o que está mais claramente representado no Gráfico 29. No que toca aos medicamentos para hipertensão arterial, a oferta integral gratuita via PFP foi significativa em 2013, mas a cobertura do serviço público de saúde foi um pouco superior para esse tipo de medicamento.

Gráfico 29 – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo em 2013



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

De toda forma, em 2013, a oferta gratuita de medicamentos para diabetes e para hipertensão dependeu fortemente da distribuição por meio do PFP, o que pode indicar a consolidação da campanha “saúde não tem preço”.

A respeito do acesso gratuito aos medicamentos de uso contínuo, em 2008 e 2013, verificou-se um percentual menor, mas ainda significativo, de demanda por esse tipo de cuidado medicamentoso deixada para o custeio direto dos orçamentos familiares.

4.3.2.2 Acesso pago a medicamento de uso contínuo

No que tange ao acesso pago a medicamentos de uso contínuo, a distinção entre as informações disponíveis para 2008 e para 2013 é ainda mais contundente, conforme especificado no Apêndice I.

A Tabela 11 apresenta os dados relativos ao acesso pago aos medicamentos de uso contínuo em 2008, por todas as pessoas que informaram fazer uso desses medicamentos e por aquelas que informaram ter diabetes e hipertensão arterial.

Tabela 11 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2008

		Doenças crônicas em geral*	Hipertensão	Diabetes
Acesso pago	Integral	82,8%	71,8%	78,5%
	Parcial	15,4%	26,7%	19,8%
Não acesso		1,8%	1,5%	1,7%
Total		100%	100%	100%

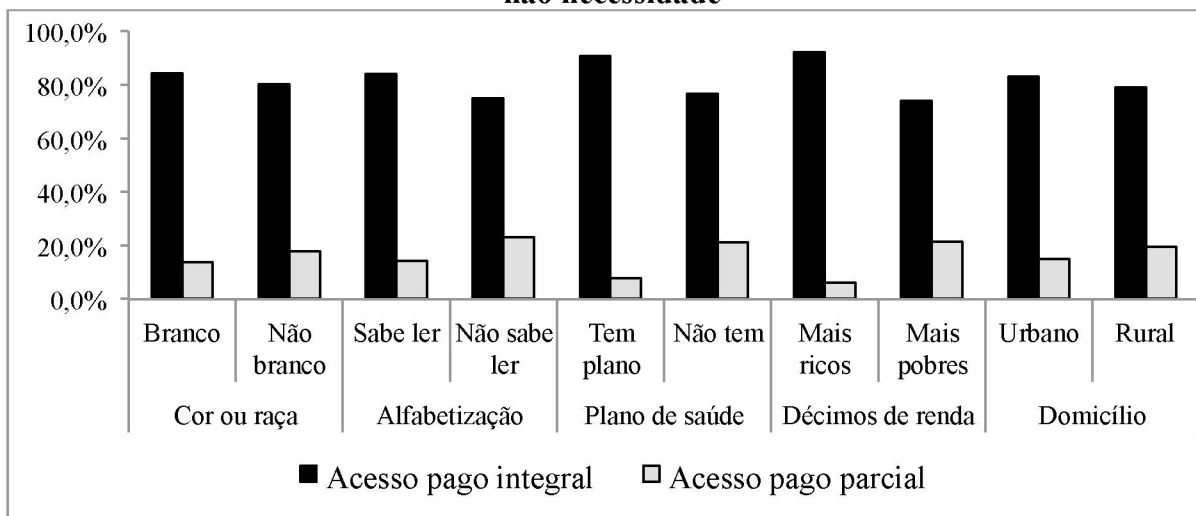
Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

* Doenças crônicas: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose.

Em comparação com a cobertura paga dos medicamentos receitados nesse mesmo ano, verifica-se que, de um lado, foi substancialmente menor o percentual de pessoas que não acessaram via mercado os medicamentos de uso contínuo, que foi de 1,8% em face de 6,2% dos medicamentos receitados. Por outro lado, foi maior o percentual de pessoas que necessitaram dos medicamentos de uso contínuo e não os acessaram integralmente em 2008, mais de 15% contra cerca de 8% dos medicamentos receitados. Ademais, observa-se que o acesso parcial aos medicamentos de uso contínuo foi notadamente maior entre as pessoas que informaram ter hipertensão arterial.

O Gráfico 30 apresenta como o acesso pago aos medicamentos de uso contínuo se diferenciou, em 2008, entre grupos populacionais, por condições socioeconômicas, para todas as pessoas que necessitaram desses medicamentos.

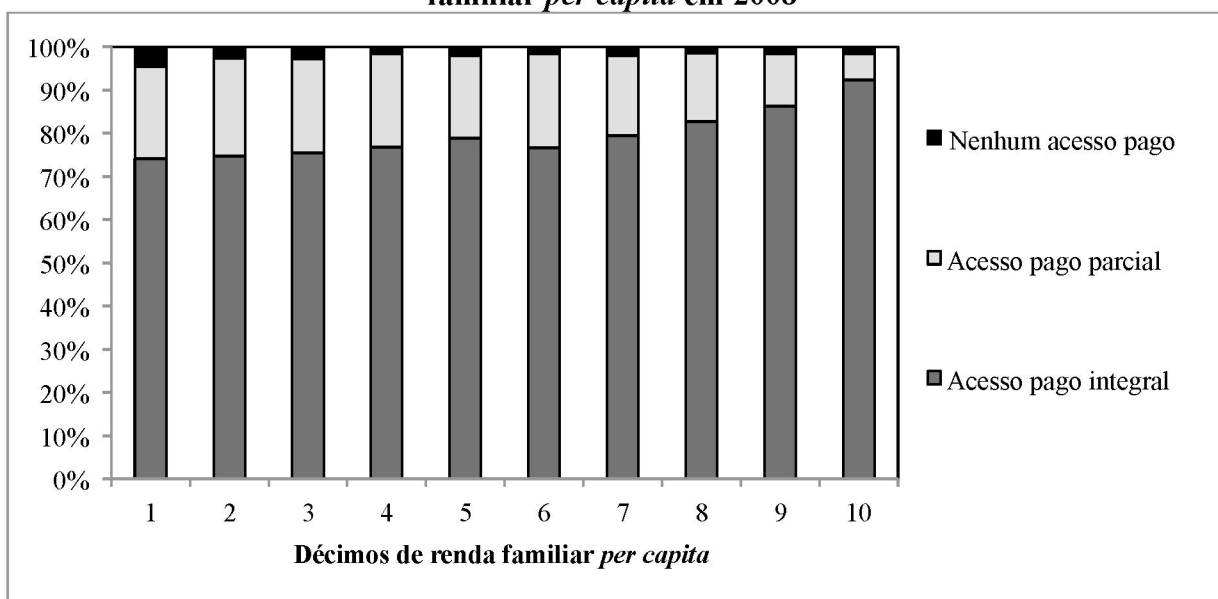
Gráfico 30 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2008, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Destaca-se que o acesso integral pago aos medicamentos de uso contínuo preteriu as pessoas mais vulneráveis e mais pobres, conforme evidencia o Gráfico 31. Esse mesmo cenário pró-ricos foi observado no acesso pago a medicamentos de uso contínuo para diabetes e hipertensão arterial, Gráficos 22S a 24S (Apêndice II). Já o acesso parcial pago foi maior entre os grupos populacionais mais desfavorecidos.

Gráfico 31 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo, por décimos de renda familiar *per capita* em 2008



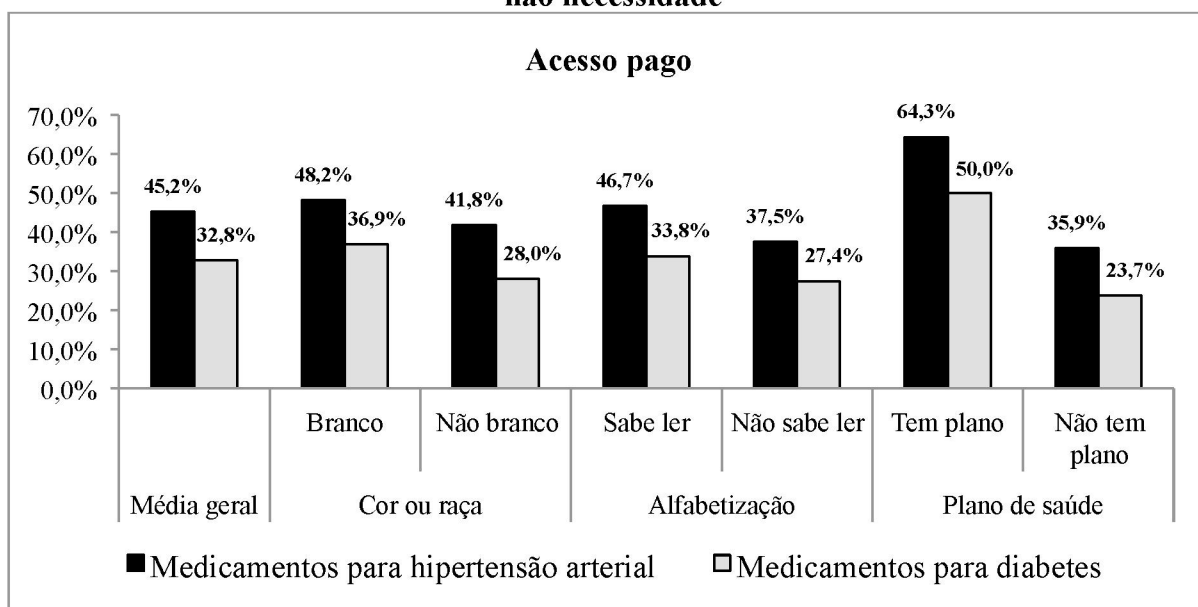
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Como o acesso integral – que indica o atendimento pleno da necessidade por cuidado medicamentoso – teve uma representatividade maior entre a população mais favorecida socioeconomicamente, conclui-se pela iniquidade horizontal do acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2008.

Vale notar que, não obstante a cobertura da Política Nacional de Medicamentos não ter conseguido compensar a iniquidade horizontal gerada no mercado privado de medicamentos, o nível de não acesso absoluto a medicamentos de uso contínuo entre os mais pobres foi menor do que o observado para os medicamentos receitados em 2008. Sem dados mais detalhados para identificar a extensão da oferta subsidiada de medicamentos no âmbito do PFP, pondera-se que esse patamar maior de acesso pago pode refletir um esforço maior das famílias para custear os medicamentos de uso contínuo, diante das potenciais consequências negativas decorrentes da interrupção desse cuidado medicamentoso.

Por fim, em relação ao acesso pago a medicamentos de uso contínuo, em 2013, o percentual de pessoas que acessou medicamentos para hipertensão arterial e diabetes via mercado foi maior entre os grupos populacionais mais favorecidos socioeconomicamente, conforme se extrai do Gráfico 32.

Gráfico 32 – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2013, por condições de não necessidade

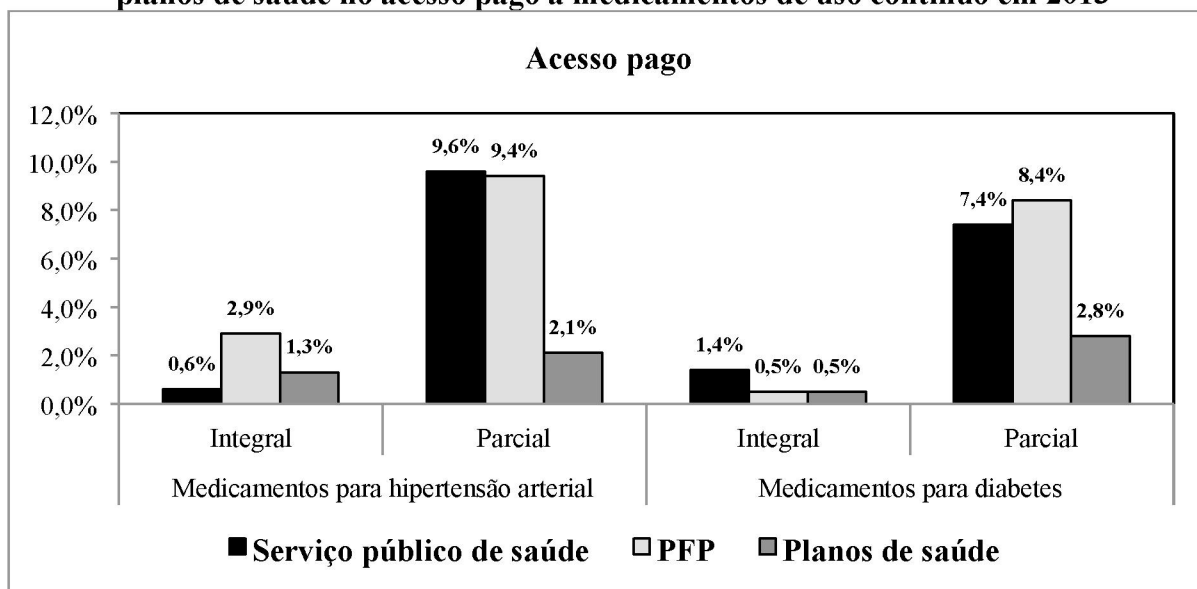


Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

Essa distribuição do acesso pago a medicamentos de uso contínuo em detrimento das pessoas mais vulneráveis socioeconomicamente aponta para a iniquidade horizontal desse tipo

de acesso também em 2013. O Gráfico 33 e Tabela 4S (Apêndice II) apresentam a participação do serviço público de saúde, do Programa Farmácia Popular e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos para hipertensão e para diabetes.

Gráfico 33 – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2013



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNS 2013.

No que toca à participação do serviço público de saúde, do PFP ou dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos de uso contínuo para hipertensão arterial ou diabetes, observa-se que a maior repercussão se deu no âmbito do acesso pago parcial.

4.3.2.3 Considerações finais

Os dados disponíveis para a análise do acesso a medicamentos de uso contínuo não permitem inferências sobre a evolução da cobertura entre 2008 e 2013, mas nesses dois anos o percentual de acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo foi superior ao percentual de acesso gratuito a medicamentos receitados.

Em 2008, essa maior cobertura do acesso gratuito parece ter contribuído para reduzir o percentual geral de não acesso aos medicamentos de uso contínuo – conjugados o acesso gratuito e o pago – em comparação com os medicamentos receitados.

Em 2013, os dados apresentaram uma participação significativa da cobertura do serviço público de saúde e do PFP no acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo,

sobressaindo o papel do PFP na oferta gratuita de medicamentos para diabetes. No entanto, o impacto desses programas foi limitado no acesso pago a medicamentos para diabetes e hipertensão arterial, especialmente no que toca ao acesso pago integral.

Assim como observado em relação aos medicamentos receitados, o acesso aos medicamentos de uso contínuo apresentou equidade horizontal para o acesso gratuito e iniquidade horizontal para o acesso pago, tanto em 2008 quanto em 2013, conforme as amostras analisadas.

5 CONCLUSÕES

O presente trabalho identificou, com base nas amostras das pesquisas analisadas, que a cobertura da oferta gratuita de medicamentos – tanto os receitados quanto os de uso contínuo – foi maior entre os grupos populacionais considerados vulneráveis, como não brancos, não alfabetizados, residentes na zona rural, sem planos de saúde e com menor renda familiar *per capita*, sobressaindo-se um percentual ainda maior de cobertura entre pessoas com piores condições gerais de saúde. A partir desse achado, infere-se que a Política Nacional de Medicamentos tem um significativo potencial de promover equidade horizontal no acesso a medicamentos.

Com efeito, as desigualdades observadas na cobertura do fornecimento gratuito de medicamentos em favor de grupos populacionais considerados mais vulneráveis socioeconomicamente e com piores estados gerais de saúde podem sinalizar para a capacidade dos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos de atuar como contrapesos às disparidades socioeconômicas existentes na sociedade brasileira, na tentativa de romper com ou de atenuar o ciclo de desigualdades na saúde.

A focalização do acesso gratuito a medicamentos parece ser explicada pelo fato de que são justamente os estratos populacionais mais desfavorecidos que utilizaram preponderantemente os serviços públicos de saúde, o que confirmaria a progressividade dos cuidados de saúde prestados pelo SUS.

Ressalta-se que, desde a implementação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, houve uma substancial expansão da cobertura da oferta gratuita de medicamentos até 2008. No entanto, mesmo entre os grupos populacionais com o maior nível de acesso gratuito integral, constatou-se que uma parcela substancial da demanda por medicamentos receitados e de uso contínuo ficou a cargo dos orçamentos familiares em todos os anos examinados. Esse achado é relevante na medida em que a análise do acesso a medicamentos via mercado, em 2008 e 2013, indicou um cenário oposto ao do acesso gratuito, com níveis de nenhum acesso e de acesso parcial aos medicamentos mais altos entre as parcelas da população mais vulneráveis socioeconomicamente. Isso se alinha aos achados da literatura já mencionados que apuraram iniquidade vertical ainda significativa no financiamento privado do cuidado medicamentoso no Brasil.

Nesse sentido, argumenta-se que a cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos na oferta subsidiada de medicamentos pode não ser suficiente para equalizar a

iniquidade no âmbito do acesso pago e, com isso, garantir o acesso integral a todos os cidadãos. Os dados da PNS 2013 parecem apontar para uma cobertura ainda incipiente do Programa Farmácia Popular, sobretudo na promoção do acesso pago integral, para compensar a iniquidade horizontal gerada no mercado privado de medicamentos como um todo.

Dessa forma, em 2008 e 2013, o quadro geral de acesso – combinados o gratuito e o pago – aos medicamentos receitados e de uso contínuo não se mostrou horizontalmente equitativo, com maiores percentuais de pessoas vulneráveis socioeconomicamente que não conseguiram acessar integralmente os medicamentos por circunstâncias alheias a suas vontades.

Assim, conjugando as duas dimensões de equidade analisadas, constatou-se um panorama preocupante no que tange ao acesso a medicamentos no Brasil, pois a insuficiência da oferta gratuita de medicamentos no SUS gera tanto o risco de ocorrência de gastos catastróficos ou de ruína financeira decorrente do custo do acesso aos medicamentos – iniquidade vertical – quanto o risco de resultados catastróficos na saúde dos pacientes que não conseguem acessar, em níveis adequados, os cuidados medicamentosos de que necessitam – iniquidade horizontal.

É interessante notar que, conforme demonstrado na análise histórica, as estratégias dos programas que integram a atual Política Nacional de Medicamentos têm suas bases em políticas criadas nas primeiras décadas da República brasileira, notadamente desde a criação do Serviço de Medicamentos Oficiais, em 1918. No campo das políticas públicas de fomento ao acesso a medicamentos, a alteração mais contundente verificada após a promulgação da Constituição de 1988 foi o reconhecimento do direito à saúde como um direito universal inerente ao cidadão, a descentralização da gestão da assistência farmacêutica e a ampliação da oferta gratuita de medicamentos como parte constituinte dos cuidados de saúde integrais e igualitários prestados no âmbito do SUS.

Apesar de a atual estrutura normativa da assistência farmacêutica indicar que o acesso ao cuidado medicamentoso deve ser garantido a todos os cidadãos, os dados de 2013 indicam a indisponibilidade de medicamentos no serviço público de saúde como o principal motivo informado para a não obtenção de todos os medicamentos. Isso pode decorrer de diversas causas, como dificuldades na articulação da atuação das três esferas de gestão do SUS, problemas na eficiência da cadeia de distribuição dos medicamentos ou o subfinanciamento da assistência farmacêutica.

De toda forma, vale notar que problemas na continuidade e na sustentabilidade da

oferta gratuita de medicamentos no SUS podem ensejar o esvaziamento das garantias constitucionais na área da saúde e fazer com que a assistência farmacêutica retome um caráter segmentado e precário, limitando o seu potencial de promover a equidade horizontal no acesso a medicamentos. A manutenção desse cenário pode comprometer os esforços feitos pelo Estado brasileiro no sentido de compensar a dívida histórica gerada com a permanência – por muito tempo na agenda pública do Brasil – do direito à saúde apenas em sua dimensão instrumental, como política necessária para o desenvolvimento econômico do país.

Assim, é importante não tolerar a perpetuação de iniquidades no campo da saúde e não permitir que o valor intrínseco da saúde como um bem essencial – que capacita as pessoas para se realizarem livre e plenamente como seres humanos – seja deixado de lado em função. Nesse sentido, ressalta-se a urgência de se avançar na implementação de mecanismos voltados ao aperfeiçoamento da gestão, da fiscalização e da otimização dos recursos alocados na assistência farmacêutica, reconhecendo-se que diversas iniciativas com esse escopo estão sendo desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, é essencial ampliar a participação dos investimentos públicos em saúde no Brasil, porquanto o patamar atual – inferior à metade do total gasto em saúde no país – não se mostra compatível com os objetivos de garantir o direito de saúde e o acesso a medicamentos a toda a população.

Nesse sentido, sobressai a relevância de novas pesquisas que examinem os principais avanços e desafios da assistência farmacêutica no Brasil, seja a partir de conceitos mais complexos e qualificados de acesso ao cuidado medicamentoso – incluindo a racionalidade e a qualidade, por exemplo – seja a partir de análises mais pormenorizadas da distribuição do acesso a medicamentos em cada estado ou região do país. Evidências mais detalhadas sobre o efetivo alcance dos programas que integram a Política Nacional de Medicamentos brasileira podem contribuir para embasar o aprimoramento do seu potencial de promover a equidade no acesso a medicamentos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL-SMITH, Brian. Minimum Adequate Levels of Personal Health Care: History and Justification. **The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society**, Vol. 56, N. 1, Winter, 1978, 7:21.

ALMEIDA, Gisele; SARTI, Flavia Mori; FERREIRA, Fernando Fagundes; DIAZ, Maria Dolores Montoya; CAMPINO, Carlos Coelho. **Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008**. Rev Panam Salud Publica. 2013, 33(2):90–7.

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza; MENEZES, Renata de Miranda; SOUZA, Michelle Nepomuceno; REIS, Carla de Barros; MARTINS, Diego Resende; GOMES, Lucas. **Equidade na Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008 – CEDEPLAR/UFMG – TD 445**, 2011.

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya. **Uma Nota sobre o Princípio da Integralidade do SUS**. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon (orgs). **Brasil: a Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 94-103.

BARROS, Aluísio J.; BASTOS, João Luiz; DÂMASO, Andréa H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 Sup. 2: S254-S262, 2011.

BERMUDEZ, Jorge A. Z; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. **Assistência Farmacêutica**. In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 761-793.

BOING, Alexandra Crispim. **Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-3 e 2008-9**. 2013. 242 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2013.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de; POSENATO, Leila Garcia; PERES, Karen Glazer. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2014, 48(4):632-641.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; POSENATO, Leila Garcia; PERES, Karen Glazer. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2014, 48(5):797-807.

BÓS, Antônio M.; WATERS, Hugh R. The financial protection impact of the public health system and private insurance in Brazil. **CEPAL Review** 95, aug. 2008, 125:139.

BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro: 22 abr. 1824.

_____. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 24 fev. 1891.

_____. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 16 jul. 1934.

_____. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 10 nov. 1937.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: 18 set. 1946.

_____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 24 jan. 1967.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 05 out. 1988.

_____. Decreto n. 4.321, de 13 de janeiro de 1869. Approva os estatutos da Sociedade Italiana de soccorro mutuo. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 14 Vol. 1 pt. II, 1869.

_____. Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, 24 jan. 1923.

_____. Decreto n. 2.449, de 1º de fevereiro de 1897. Unifica os serviços de hygiene da União. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 76 Vol. 1 pt. II, 1897.

_____. Decreto n. 9.214, de 15 de dezembro de 1911. Dá novo regulamento ao Serviço de Protecção aos Indios e Localização de Trabalhadores Nacionaes. **Diário Oficial da União**,

Rio de Janeiro, 31 dez. 1911.

_____. Decreto 13.000, de 1º de maio de 1918. Crêa o serviço da quinina official, prophylatico da malaria, inicial ao dos medicamentos do Estado, necessarios ao saneamento do Brasil. **Coleção de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 533 Vol. II, 1918.

_____. Decreto n. 13.159, de 28 de agosto de 1918. Modifica e amplia os decreto ns. 13.000 e 13.055, de 1 de maio de 6 de junho de 1918, sobre medicamentos officiaes no Brasil. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 05 nov. 1918.

_____. Decreto n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos accidentes no trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 25 jan. 1919.

_____. Decreto n. 13.538, de 09 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de prophylaxia rural. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 13 abr. 1919.

_____. Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Approva o regulamento para o Departamento Nacional de Saude Publica, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. **Coleção de Leis do Brasil**, p. 244 Vol. 3, 1920.

_____. Decreto n. 17.547, de 11 de novembro de 1926. Approva o regulamento para o Serviço de Assistencia Hospitalar no Brasil. **Coleção de Leis do Brasil**, p. 754 Vol. III, 1926.

_____. Decreto n. 19.482, de 12 de dezembro de 1930. Limita a entrada, no território nacional, de passageiros estrangeiros de terceira classe, dispõe sobre a localização e amparo de trabalhadores nacionais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1º fev. 1931.

_____. Decreto n. 20.043, de 27 de maio de 1931. Approva o regulamento do Departamento Nacional de Medicina Experimental. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 20 jun. 1931.

_____. Decreto n. 21.081, de 24 de fevereiro de 1932. Altera artigos do decreto n. 20.465, de 1 de outubro de 1931. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 29 fev. 1932.

_____. Decreto n. 3.624, de 17 de setembro de 1941. Dá nova redação ao art. 4º do decreto-lei n.º 3.118, de 14 de março de 1941. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 19 abr. 1941.

_____. Decreto n. 37.271, de 28 de abril de 1955. Approva o Regulamento da Comunidade do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 04 mai. 1955.

_____. Decreto n. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jan. 1961.

_____. Decreto n. 51.685, de 30 de janeiro de 1963. Cria Grupo de Trabalho sobre a Indústria Químico-Farmacêutico Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jan. 1963.

_____. Decreto n. 52.471, de 13 de setembro de 1963. Estabelece normas para o desenvolvimento da Indústria químico-farmacêutica nacional, e institui o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica - Geifar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 set. 1963.

_____. Decreto n. 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 fev. 1964.

_____. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jun. 1971.

_____. Decreto n. 71.205, de 04 de outubro de 1972. Consolida as disposições dos Decretos nºs. 68.806, de 25 de junho de 1971, e 69.451, de 1 de novembro de 1971, referentes à Central de Medicamentos e dá outras providência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 out. 1972.

_____. Decreto n. 72.552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jul. 1973.

_____. Decreto n. 75.985, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jul. 1975.

_____. Decreto n. 76.719, de 03 de dezembro de 1975. Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Previdência e Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 dez. 1975.

_____. Decreto n. 86.329, de 02 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 set. 1981.

_____. Decreto n. 96.763, de 23 de setembro de 1988. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 set. 1988.

_____. Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 mai. 2004.

_____. Decreto-Lei n. 312, de 28 de fevereiro de 1967. Autoriza a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 1967.

_____. Lei n. 2.187, de 16 de fevereiro de 1954. Cria o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 17 fev. 1954.

_____. Lei n. 2.312, de 03 de setembro de 1954. 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**, Rio de Janeiro, 09 set. 1954.

_____. Lei n. 2.743, de 06 de março de 1956. Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 07 mar. 1956.

_____. Lei n. 4.214, de 02 de março de 1963. Cria Grupo de Trabalho sobre a Indústria Químico-Farmacêutico Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 1963.

_____. Lei n. 7.604, de 26 de maio de 1987. Dispõe sobre a atualização de benefícios da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 mai. 1987.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 228 p.

BRAVEMAN, Paula. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. **Annu. Rev. Public Health**, 2006, 27:167–94.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMBOTA, Jaqueline Nogueira. **Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes**. 2012. 110 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CAMERON, A; EWEN, M; ROSS-DEGNAN, D; BALL, D; LAING, R. **Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis**. Lancet, vol. 373, 2009, 240-49.

CAMPINO, Antônio Carlos Coelho. **Gastos Catastróficos, Iniquidade e Proposta de Reformulação do Sistema de Saúde**. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon (orgs.). Brasil: a Nova Agenda Social. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 104-108.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASTRO, Jorge Abrahão de; RIBEIRO, José Aparecido Carlos. **As políticas Sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios**. Políticas Sociais – acompanhamento e análise (Vinte Anos da Constituição Federal - introdução), n. 17, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2009.

COHEN, Jilian Clare. **Public Policies in the Pharmaceutical Sector: A Case Study of Brazil**. The World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office. Human Development Department LCSHD, Paper Series n. 54, Jan. 2000.

DIAZ, María Dolores Montoya; SARTI, Flavia Mori; CAMPINO, Antonio Carlos Coelho; IUNES, Roberto. **Catastrophic Health Expenditure in Brazil: Regional Differences, Budget Constraints and Private Health Insurance**. In: KNAUL FM, WONG R, ARREOLA-ORNELAS H. Household Spending and Impoverishment of Financing Health in Latin America Series, Vol. 1., Chap. 5. Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, Cambridge: Harvard University Press, 2012.

DINIZ, Bernardo P. Campolina; SERVO, Luciana Mendes Santos; PIOLA, Sérgio Francisco; EIRADO, Marcos. **Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico**. In: SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. (org.). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Ipea, 2007.

DWYER, Pete. **Understanding Social Citizenship: Themes and perspectives for policy and**

practice. 2 ed. Bristol: Policy Press, 2010.

ESCOREL, Sarah. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária.** In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 385-434.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista.** In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 333-384.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As Três Economias Políticas do Wealfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, Sept. 1991. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

FADEN L; VIALLE-VALENTIN C; ROSS-DEGNAN D; WAGNER A. Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions: Working Paper 2: **The Role of Health Insurance in the Cost-Effective Use of Medicines.** WHO/HAI 2011.

FAGANANI, Eduardo. **Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92.** Economia e Sociedade, Campinas (8): p. 183-238, jun. 1997.

FAHEL, Murilo; NEVES, Jorge Alexandre Barbosa. **Desigualdades em saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais.** Teoria e Sociedade, n. 17.2 jul.-dez 2009.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Uma Genealogia das Teorias e Tipologias do Estado de Bem-Estar Social.** In: DELGADO, Maurício Godinho; PORTO, Lorena Vasconcelos (Org.). O Estado de Bem-Estar Social no Século XXI. Cap. 2. São Pulo: LTr, 2007.

GARCIA, Leila Posenato; SANT'ANNA, Ana Cláudia; MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia de; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; AUREA, Adriana Pacheco. **Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1605-1616, ago. 2013.

HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2015: Work for Human Development. Atualizado em 15 abr. 2015.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013:** acesso e utilização dos serviços de saúde,

acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **A Década Inclusiva** (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda. Comunicados IPEA n. 155, set. 2012.

_____. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil:** perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Texto para discussão n. 1.839, 2013.

_____. **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal:** Estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência. Texto para discussão n. 1.658, Ago. 2011.

JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. **Judicialização da saúde:** como decide o Poder Judiciário Federal?: análise das demandas de saúde na seção judiciária de Minas Gerais. 2013. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2013.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O Estado do Bem-estar Social na Idade da Razão:** a Reinvenção do Estado Social no Mundo Contemporâneo. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2012.

_____. UNAM – **Conferência Magistral** em IV Seminario Anual do Departamento de Economía Aplicada/UNAM.El Estado del bienestar y el Brasil. 2012. (Seminário).

KNAUL, Felicia Marie; WONG, Rebeca; ARREOLA-ORNELAS, Héctor; MÉNDEZ, Oscar; Bitran, Ricardo; CAMPINO, Antonio Carlos; FLÓREZ NIETO, Carmen Elisa; FONTES, Roberto lunes; GIEDION, Ursula; Maceira, Daniel; RATHE, Magdalena; VALDIVIA, Martin; VARGAS, Juan Rafael; DÍAZ, Juan José; ECON, María Dolores Montoya; VALDES, Werner; CARMONA, Ricardo Valladares; ZUNIGA, Maria Paola; LAFONTAINE, Liv; MUÑOZ, Rodrigo; PARDO, Renata; REYNOSO, Ana María; SANTANA, María Isabel; VIDARTE, Rosa. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. **Salud Pública**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, México, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2015.

KNAUL, Felicia Marie; et al. Household Catastrophic Health Expenditures. A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries. **Salud Pública**, Vol. 53, Sup. 2, México, 2011.

KNAUL, Felicia Marie; ARREOLA-ORNELAS, Héctor; PLEIC, Maja; WONG, Rebeca. **Household Health Spending, Equity and Poverty: a Literature and Methodology Review**. In: KNAUL FM, WONG R, ARREOLA-ORNELAS H. Household Spending and Impoverishment of Financing Health in Latin America Series, Vol. 1., Chap. 2. Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, Cambridge: Harvard University Press, 2012.

MACINKO, James; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. **Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008**. International Journal for Equity in Health, 2012, 11:33.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; MACHADO, José Angelo. **Judialization of Health Policy in the Definition of Access to Public Goods: Individual Rights versus Collective Rights**. Brazilian Political Science Review – bpsr, 2010, 4 (1), 33:68.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União** 10 nov. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União** 20 mai. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União** 29 jan. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM n. 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). **Diário Oficial da União** 13 jun. 2012.

O'DONNELL, Owen; van DOORSLAER, Eddy; WAGSTAFF, Adam; LINDELOW, Magnus. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. WBI Learning Resources Series. World Bank, Washington, 2008.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Basic Documents**. 48. ed, Dez. 2014. Disponível em: < <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

OPAS/OMS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Atlas de Desenvolvimento Sustentável e Saúde. Brasil: 1991 a 2010**. Brasília, DF: OPAS, 2015. 257p.:il.

OPAS/OMS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: 2005.

OPAS/OMS, Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. **Documento base para el estudio del impacto de la exclusion de la atención de salud sobre el acceso a medicamentos em Honduras, Guatemala y Nicaragua**. Washington, Jul. 2007. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ProtocoloHON_GUT_NIC_julio%202007.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

OPAS/OMS, Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. **Saúde nas Américas: panorama e perfis dos países**. Publicação Científica e Técnica n. 636, edição de 2012. Disponível em: <<http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumo.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, Jun. 1986 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 2011, 11:31.

PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; BARROS, Elisabeth Diniz; SERVO, Luciana Mendes; STIVALI, Matheus; VIEIRA, Roberta da Silva; PIOLA, Sérgio Francisco. **Políticas Sociais – acompanhamento e análise**. Cap. 3, n. 23, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2015.

PANIZ, Vera Maria V; FASSA, Anaclaudia G; MAIA, Maria de Fátima S; DOMINGUES, Marlos R; BERTOLDI, Andréa D. **Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys**. BMC Health Services Research, 2010, 10:146.

PEREIRA, Lucimara Ribeiro. **Judicialização da Saúde e Mudanças Organizacionais: O Impacto das Decisões Judiciais na Estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG**. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Elisabeth Diniz; NOGUEIRA, Roberto Passos; SERVO, Luciana Mendes; SÁ, Edvaldo Batista de; PAIVA, Andrea Barreto. **Vinte anos da constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira?** Políticas Sociais – acompanhamento e análise (Vinte Anos da Constituição Federal – vol. I), n. 17, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2009.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**: as origens da nossa época. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POLITI, Ricardo. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, v. 18, n. 1, 2014, pp. 117-137.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Orientações para elaboração de trabalhos científicos**: projeto de pesquisa, teses, dissertações, monografias e trabalhos acadêmicos, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a American Psychological Association (APA) e o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (VANCOUVER). Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/documentos/orientacoes-abnt-apa-vancouver.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SAKSENA, Priyanka; XU, Ke; DURAIRAJ, Varatharajan. **The drivers of catastrophic expenditure**: outpatient services, hospitalization or medicines? World Health Report (2010)

Background Paper, n. 21.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am. J. Public Health**; 12 (6): 375-383, 2002.

SOARES, Luciano. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos:** modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 249 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (2):333-342, 2014.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; LAGUARDIA, Josué Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.11 suppl. 1, São Paulo, mai. 2008.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e **Desigualdades no acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 215-243.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8): 1597-1609, ago. 2006.

_____. An Analysis Of Equity In Brazilian Health System Financing. **Health Affairs**, 26, n.4 (2007): 1017-1028. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/26/4/1017.full.html>>. Acesso em 15 jan. 2015.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-681, Aug. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2015.

_____. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010; 27(2): 149–56.

WHO, World Health Organization: World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000. >. Acesso em 15 jan. 2015.

WHO, World Health Organization; HAI, Health Action International. **The role of health insurance in the cost-effective use of medicines**. Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions, Geneva, 2011. >. Acesso em 15 jan. 2015.

WORLD BANK, **Poverty and Inequality Database**. Atual. em 12 jan. 2015.

XU, Ke; EVANS, David B; KAWABATA, Kei; ZERAMDINI, Riadh; KLAVUS, Jan; MURRAY, Christopher J. L. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**, Vol. 362, Jul. 12, 2003.

APÊNDICE I – ASPECTOS METODOLÓGICOS COMPLEMENTARES

Conforme já mencionado na seção 4.1 sobre a metodologia, o IBGE realizou suplementos sobre o estado de saúde da população nas PNADs de 1981, 1986, 1998, 2003 e 2008, sendo que, a partir de 1998, tal suplemento assumiu uma periodicidade quinquenal. Os dados coletados nessas pesquisas respaldaram a ampliação do debate técnico e acadêmico a respeito de diversas dimensões do quadro geral de saúde da população e da utilização dos serviços de saúde (SZWARCWALD et al. 2014; TRAVASSOS, 2008). Apesar de haver diversas edições da PNAD para subsidiar a análise do acesso a bens e a serviços de saúde, a alteração dos questionários aplicados em cada edição – a despeito de sua necessidade para o aprimoramento dos dados coletados – deve ser considerada como uma importante limitação metodológica, sobretudo na inferência de tendências e trajetórias (ALMEIDA et al. 2013; TRAVASSOS, 2008).

Em 2013, foi realizada pelo IBGE a Pesquisa Nacional de Saúde, cujos volumes trataram da percepção do estado de saúde, dos estilos de vida, das doenças crônicas, do acesso e utilização dos serviços de saúde, dos acidentes e violências, bem como dos ciclos de vida, todos apresentando dados do Brasil, das macrorregiões e de cada Unidade da Federação (IBGE, 2015). Essa nova pesquisa buscou avançar na coleta de dados relativos à área da saúde e, como parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE, valeu-se da amostra mestra da PNAD, mas com um redesenho e redimensionamento para ajustar a abordagem dos indicadores da área da saúde de modo a coletar dados mais precisos e com maior espalhamento geográfico (IBGE, 2015; SZWARCWALD et al. 2014).

Assim, o planejamento da PNS teve o intuito de aprimorar a coleta de dados, mas sem perder a base comparativa com os dados dos Suplementos de Saúde das PNADs (IBGE, 2015; SZWARCWALD et al. 2014). Registra-se, por exemplo, que, com o citado redimensionamento da amostra, o número de domicílios pesquisados foi de 62.986 na PNS 2013, enquanto essa amostra foi de 112.434, 133.255 e 150.591 domicílios nas PNADs de 1998, 2003 e 2008, respectivamente.

Ressalta-se que, não obstante a PNS ter buscado manter diversos quesitos em moldes semelhantes aos das PNADs para proporcionar uma base comparativa com as pesquisas dos anos anteriores (SZWARCWALD et al. 2014), o acesso a medicamentos teve uma abordagem substancialmente distinta em alguns pontos.

Em relação ao acesso a medicamentos, ressalta-se que, nas PNADs 1998 e 2003, não

houve distinção entre o recebimento gratuito de todos os medicamentos e de parte deles – como desagregado na PNAD 2008 – e foram excluídos os recebimentos de amostras grátis. A PNAD 1998 foi a única a incluir dados sobre despesas das famílias com bens e serviços de saúde, entre os quais constavam quesitos sobre a realização de gastos com medicamentos de uso regular nos últimos três meses e sobre o valor desses gastos. A PNAD 2003 não teve quesitos específicos sobre medicamentos de uso regular ou contínuo. Na PNAD 2008, houve alteração dos quesitos sobre medicamentos, com a inclusão de uma pergunta sobre a utilização de medicamentos de uso continuado, além de ter sido perguntado se o acesso gratuito ao medicamento (receitado ou de uso contínuo) foi integral ou parcial e se a pessoa comprou (integral ou parcialmente) os medicamentos que não recebeu gratuitamente.

Na PNS 2013, também foram incluídos quesitos específicos sobre a necessidade de medicamentos, mantida a pergunta sobre a receita de medicamentos no último atendimento de saúde e sobre o principal motivo para não ter comprado os medicamentos não obtidos gratuitamente, mas com significativa alteração das perguntas sobre o acesso gratuito e pago.

O Quadro 1C apresenta as diferenças nas variáveis coletadas nas PNADs 1998, 2003 e 2008 e na PNS 2013, que foram objeto da análise neste trabalho.

Quadro 1C – Variáveis para a mensuração da equidade horizontal no acesso a medicamentos

Descrição	PNAD 1998	PNAD 2003	PNAD 2008	PNS 2013	Atributos
Necessidade de medicamentos					
Medicamento de uso contínuo	Sem equivalente		Utiliza medicamentos de uso contínuo?	Para pessoas com hipertensão e diabetes, foi perguntado se a pessoa “tomou medicamento (ou insulina) nas últimas 2 semanas”.	Sim
					Não
Medicamentos receitados no último atendimento de saúde	Neste atendimento de saúde foi receitado algum medicamento ?	Foi receitado algum medicamento?	Neste atendimento de saúde [nas últimas 2 semanas] foi receitado algum medicamento?	No último atendimento [nas últimas 2 semanas], foi receitado algum medicamento?	Sim
					Não
Acesso efetivo a medicamento					
Obtenção gratuita de medicamento de uso contínuo	Sem equivalente		Na última vez que precisou obter o(s) medicamento(s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente?	Para pessoas com hipertensão e diabetes, foi perguntado se o medicamento (ou insulina) utilizado foi coberto por plano de saúde, obtido no PFP ou no SUS.	Sim, todos
					Sim, parte dos medicamentos
					Nenhum dos medicamentos
Acesso pago a medicamento de uso contínuo	Teve gasto, nos últimos 30 dias, com medicamentos de uso regular?	Sem equivalente	Do(s) medicamento(s) de uso contínuo que não recebeu gratuitamente, comprou?	Para pessoas com hipertensão e diabetes, foi perguntado se houve pagamento pelo medicamento (ou insulina) utilizado.	Sim, todos
					Sim, parte dos medicamentos
					Nenhum dos medicamentos
Obtenção gratuita de medicamento receitado	Neste atendimento de saúde, recebeu algum medicamento gratuitamente (exceto amostra grátis)?	Recebeu algum medicamento gratuito (exceto amostra grátis)?	Neste atendimento de saúde, recebeu gratuitamente os medicamentos receitados?	Conseguiu obter os medicamentos receitados?	Sim, todos
					Sim, parte dos medicamentos
					Nenhum dos medicamentos
Acesso pago medicamento receitado	Sem equivalente		Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, comprou?		Sim, todos
					Sim, parte dos medicamentos
					Nenhum dos medicamentos

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

Verifica-se no Quadro 1C, que a abordagem quanto à utilização e ao acesso a medicamentos de uso contínuo foi substancialmente alterada na PNS 2013, na medida em que

foram feitas perguntas separadas para pessoas com diagnóstico de cada tipo de doença crônica incluída na pesquisa, o que limita o escopo comparativo desse tema com o mensurado pela PNAD 2008.

Outra inovação relevante inserida na PNAD 2008 foi o quesito referente ao principal motivo para as pessoas não terem adquirido todos os medicamentos receitados no último atendimento médico e que não foram recebidos gratuitamente no atendimento. Na PNS de 2013, o quesito foi remodelado para diferenciar a obtenção de medicamentos no SUS, no Programa Farmácia Popular e nas farmácias em geral, conforme especificado no Quadro 2C.

Quadro 2C – Comparação entre os principais motivos informados para não acessar medicamentos

Descrição das variáveis		Atributos	
PNAD 2008	PNS 2013	PNAD 2008	PNS 2013
Qual o principal motivo para não ter comprado todos os medicamentos receitados?	Qual o principal motivo de não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?	Barreiras no acesso informadas	
		Dimensão Financeira	
		Não tinha dinheiro	Não tinha dinheiro
		Dimensão geográfica	
		Não tinha farmácia próxima	Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte
		Dimensão disponibilidade (oferta)	
		Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia	Não encontrou o medicamento na farmácia
		Sem equivalente	Não conseguiu medicamento no PFP
		Sem equivalente	Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde
		Sem equivalente	Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada
		Ausência de necessidade	
		Recebeu de um amigo, parente ou entidade filantrópica	Sem equivalente
		Tinha os medicamentos em casa	Sem equivalente
		Não achou que todos eram necessários	Não achou necessário
Começou a sentir-se melhor	Desistiu de procurar, pois melhorou		
Informação complementar (residual)			
Outro motivo	Outro		

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados da PNAD 2008 e da PNS 2013.

Observa-se no Quadro 2C, que os dados da PNAD 2008 e da PNS 2013 possibilitam a identificação dos principais tipos de barreira informados para o acesso a medicamentos receitados no último atendimento de saúde, com alguns parâmetros semelhantes que permitem a avaliação de alterações na configuração dessas barreiras no período. Todavia, a PNS mesclou, na mesma pergunta, barreiras ligadas aos acessos gratuito e pago a medicamentos, o que fragiliza ainda mais a comparação com os dados de 2008.

As variáveis de não necessidade – fatores capacitantes/socioeconômicos e características predisponentes/demográficas – bem como as variáveis *proxies* de necessidades

gerais de saúde estão descritas no Quadro 3C.

Quadro 3C – Variáveis utilizadas para o exame da equidade horizontal no acesso a medicamentos

Descrição	PNADs 1998 e 2003	PNAD 2008	PNS 2013	Atributos
Variáveis de estado/necessidade geral de saúde				
Autoavaliação do estado de saúde	De um modo geral, considera seu próprio estado de saúde como ²⁷			Muito bom
				Bom
				Regular
				Ruim
				Muito ruim
Limitação das atividades habituais por motivo de saúde	Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?			Sim
				Não
Presença de doença crônica	Tem ... ²⁸ ?	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem ²⁹ alguma doença crônica?	Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?	Sim
				Não
Variáveis de não necessidade				
Cor ou raça		Cor ou raça		Branca
				Preta
				Amarela
				Parda
				Indígena
				Sem declaração
Região		Código da UF/Região		Norte
				Nordeste
				Sudeste
				Sul
				Centro-Oeste
Situação do domicílio	Código censitário da situação do domicílio		Sem equivalente	Urbana
				Rural
Décimos de renda familiar per capita	Extraír variável de: Rendimento mensal familiar per capita ³⁰		Sem equivalente	
Alfabetização		Sabe ler?		Sim
				Não
Plano de saúde	Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?			Sim
				Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações constantes dos dicionários de dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

²⁷ Na PNAD 2003 o quesito foi: “Estado de saúde segundo o próprio ponto de vista da pessoa, ou do responsável, no caso de criança pequena”.

²⁸ Doenças elencadas nas PNADs 1998 e 2003: problema crônico na coluna ou nas costas por enfermidades, desvios, curvaturas anormais ou deformidades na coluna vertebral; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; insuficiência renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose.

²⁹ Doenças elencadas na PNAD 2008: doença de coluna ou costas; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; insuficiência renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose.

³⁰ As PNADs 1998 e 2003 não fornecem diretamente o rendimento familiar mensal per capita, sendo essa variável extraída do rendimento total mensal da família dividido pelo número de integrantes da família. Para os dados das PNADs 1998, 2003 e 2008, como a renda não declarada foi registrada com valores numéricos (999999999), esses valores foram recodificados para indicar elementos ausentes na amostra, de modo a não interferir no cálculo dos percentis de renda familiar per capita.

O Quadro 3C evidencia os parâmetros que não foram incluídos na PNS 2013, em razão de seu escopo mais específico sobre o estado de saúde da população, bem como mostra como as questões relativas à presença/ausência de doenças crônicas passaram a fazer referência à avaliação de um profissional da saúde a partir da PNAD 2008 e ao diagnóstico médico na PNS 2013, o que deve ser levado em conta quando da análise dos dados neste ponto.

Em síntese, esses foram os principais aspectos metodológicos ligados às variáveis selecionadas para operacionalizar o presente estudo que mereceram maiores esclarecimentos para permitir uma visão mais clara e completa dos potenciais e limites analíticos deste trabalho.

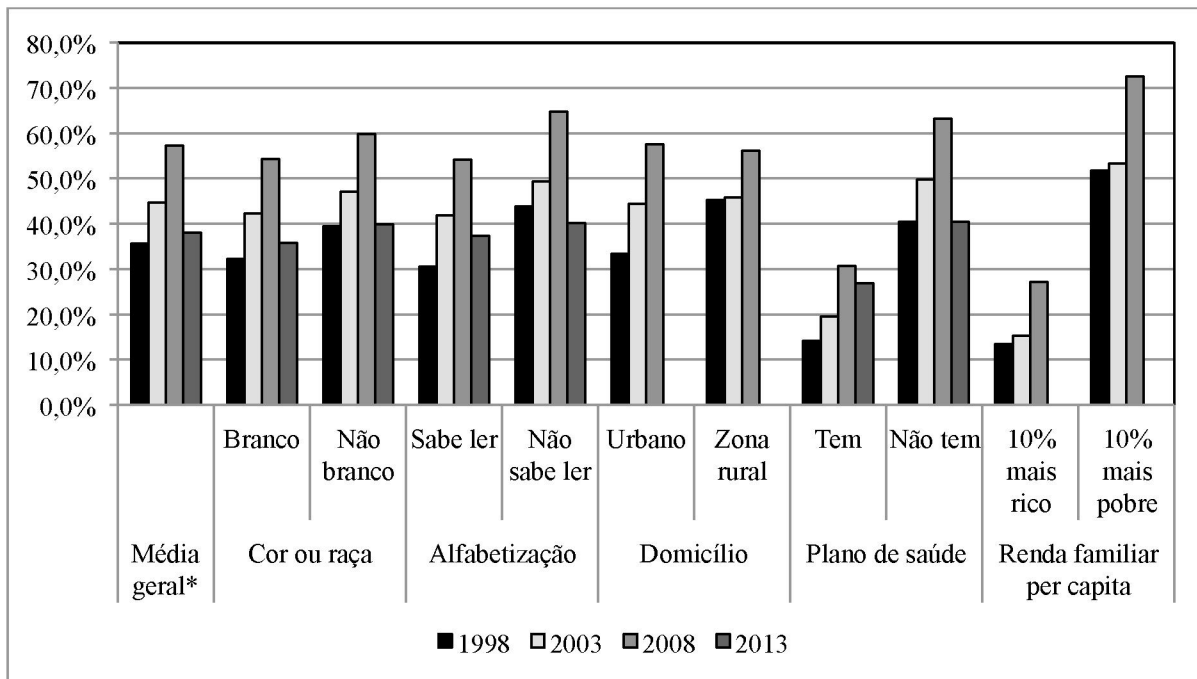
APÊNDICE II – GRÁFICOS E TABELAS SUPLEMENTARES

Tabela 1S – Acesso gratuito a medicamentos receitados, por condições de não necessidade e por categoria de autoavaliação de saúde

Acesso gratuito a medicamentos		Saúde insatisfatória				Saúde satisfatória			
		1998	2003	2008	2013	1998	2003	2008	2013
Média em cada categoria de saúde		35,6%	44,7%	57,3%	38%	26%	33,4%	44,4%	34,8%
Cor ou raça	Branco	32,2%	42,3%	54,3%	35,8%	21,3%	28,5%	38,6%	31,8%
	Não branco	39,4%	47,1%	59,8%	39,9%	32,6%	39,8%	50,8%	38,4%
Alfabetização	Sabe ler	30,6%	41,9%	54,1%	37,3%	22,2%	30%	41,9%	33,9%
	Não sabe ler	43,9%	49,3%	64,8%	40,2%	35,4%	42,8%	52,7%	45,2%
Domicílio	Urbano	33,4%	44,4%	57,6%	---	24,3%	32%	42,5%	---
	Rural	45,3%	45,8%	56,2%	---	35,2%	43,8%	56,9%	---
Plano de saúde	Tem	14,2%	19,5%	30,7%	26,9%	9,2%	11%	20,3%	17,6%
	Não tem	40,5%	49,7%	63,2%	40,4%	35,2%	44,7%	56,8%	44,77%
Renda familiar per capita	10% mais rico	13,4%	15,3%	27,1%	---	6,9%	8,6%	15,7%	---
	10% mais pobre	51,7%	53,3%	72,5%	---	44,8%	51,8%	61,7%	---
Região	Norte	34%	37,9%	51,6%	26,5%	32,1%	37,4%	46,4%	33,8%
	Nordeste	37,1%	43,9%	56,9%	32,6%	29,6%	37,8%	48,4%	31,8%
	Sudeste	33,3%	46%	56,8%	44%	22,9%	30,6%	42,2%	36,8%
	Sul	39,4%	45,8%	62,5%	34,6%	26,7%	33,4%	45,7%	33,7%
	Centro-Oeste	34,7%	41,5%	55,2%	29,6%	27,6%	34%	41,2%	26,4%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

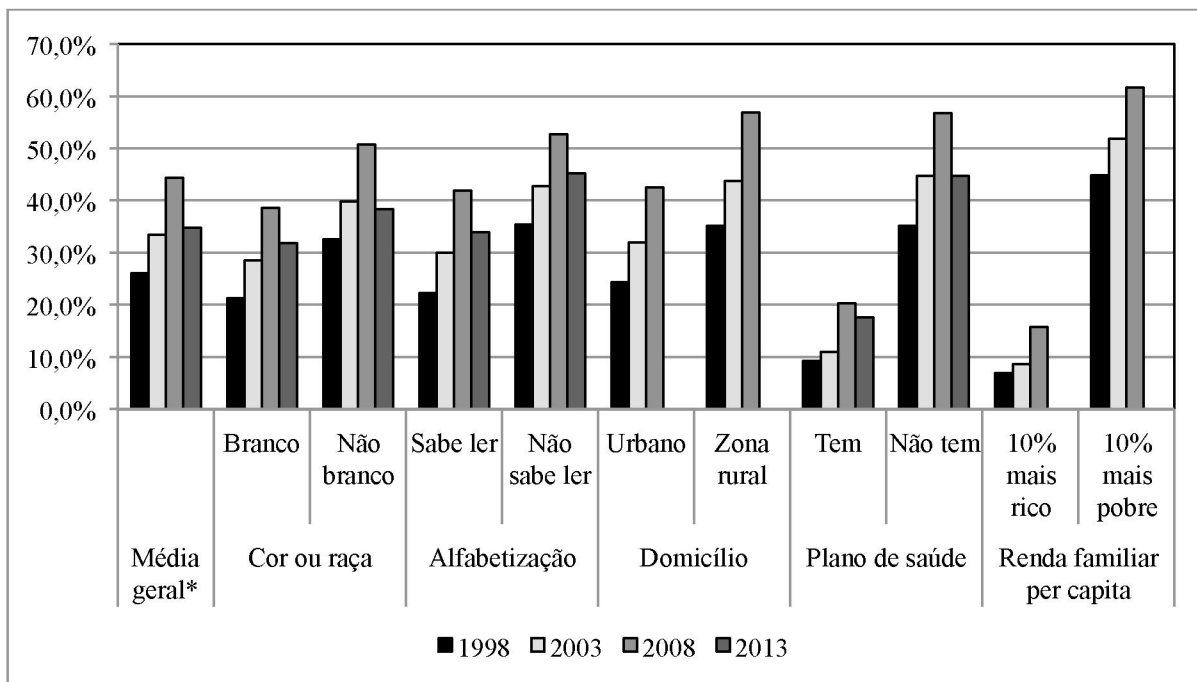
Gráfico 1S – Acesso gratuito a medicamentos prescritos a pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória em 1998 a 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

* Média geral de acesso gratuito a medicamentos prescritos entre as pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória.

Gráfico 2S – Acesso gratuito a medicamentos prescritos a pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória em 1998 a 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

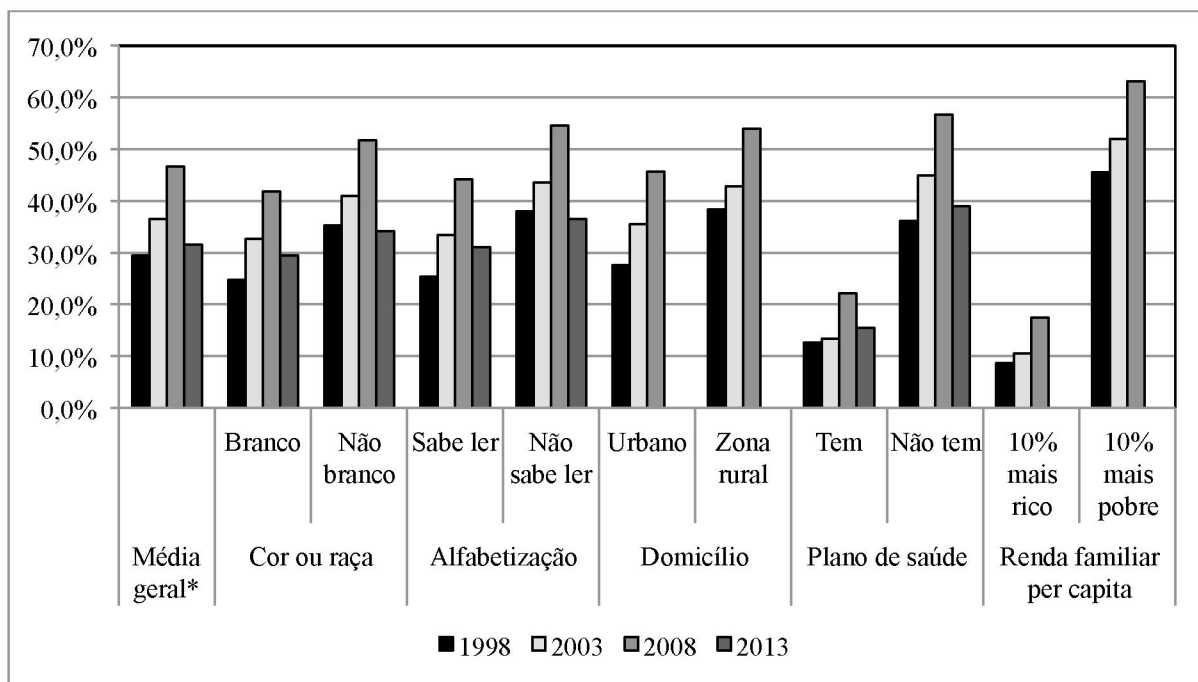
* Média geral de acesso gratuito a medicamentos prescritos entre as pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória.

Tabela 2S – Acesso gratuito a medicamentos receitados, por condições de não necessidade e por estado de saúde relativo à limitação funcional

Acesso gratuito a medicamentos		Com limitação funcional				Sem limitação funcional			
		1998	2003	2008	2013	1998	2003	2008	2013
Média em cada categoria de saúde		29,4%	36,5%	46,7%	31,6%	26%	33,7%	45,4%	37,1%
Cor ou raça	Branco	24,7%	32,7%	41,8%	29,4%	21,4%	28,4%	39,4%	33,6%
	Não branco	35,3%	40,9%	51,7%	34,1%	32,5%	40,7%	52,3%	40,9%
Alfabetização	Sabe ler	25,4%	33,4%	44,2%	31%	21,9%	30%	42,7%	36%
	Não sabe ler	38%	43,6%	54,5%	36,5%	36%	44%	54,7%	49%
Domicílio	Urbano	27,6%	35,5%	45,6%	---	24,2%	32,1%	43,2%	---
	Rural	38,3%	42,8%	54%	---	35,7%	44,9%	58,9%	---
Plano de saúde	Tem	12,6%	13,4%	22,2%	15,5%	8,2%	10,7%	20,3%	19,4%
	Não tem	36,1%	44,9%	56,6%	39%	36%	45,8%	58,7%	46,9%
Renda familiar per capita	10% mais rico	8,7%	10,5%	17,4%	---	6,7%	8,3%	15,9%	---
	10% mais pobre	45,5%	52%	63,1%	---	45,8%	51,9%	63,1%	---
Região	Norte	33,2%	39,1%	45,7%	29,1%	31,7%	36,1%	48,8%	34,8%
	Nordeste	30,9%	38,5%	48,4%	26,9%	30,6%	38,8%	50,6%	34,9%
	Sudeste	27,7%	35,1%	45,3%	35,3%	22,2%	30,9%	42,9%	38,6%
	Sul	29,4%	37,2%	49,6%	30%	27,8%	33,1%	46,5%	36,4%
	Centro-Oeste	30,4%	34%	45,5%	21,7%	27%	35,4%	40,2%	30%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

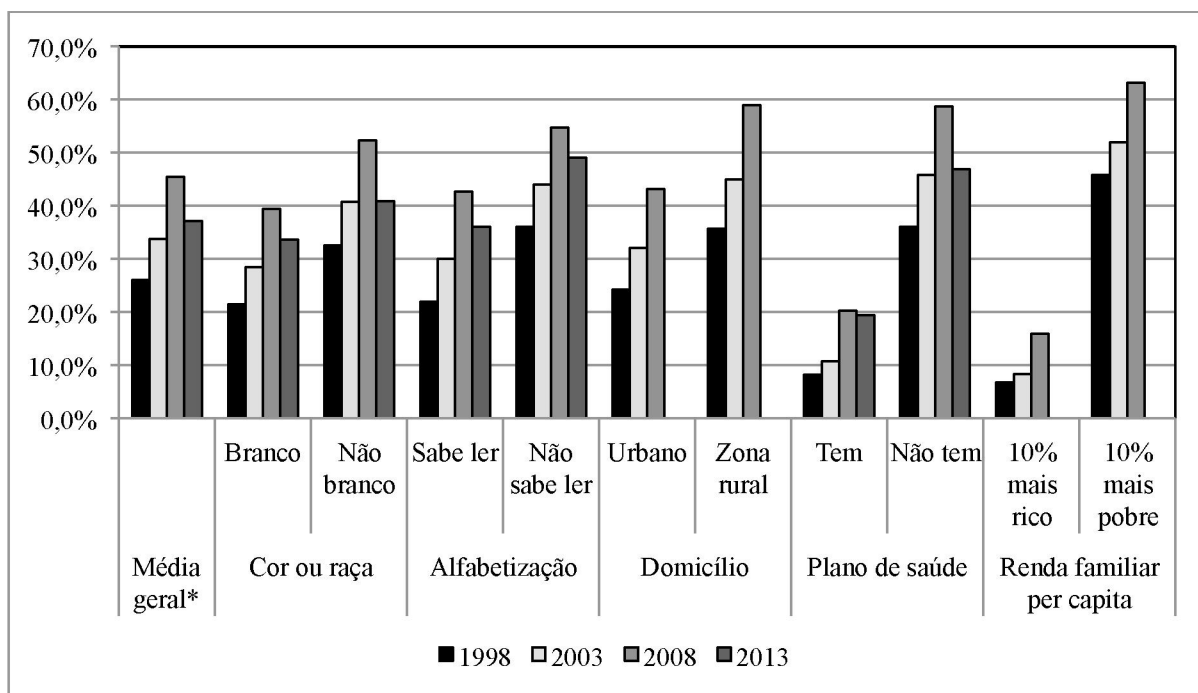
Gráfico 3S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com limitação funcional em 1998 a 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

* Média geral de acesso gratuito a medicamentos receitados entre as pessoas com limitação funcional.

Gráfico 4S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem limitação funcional em 1998 a 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

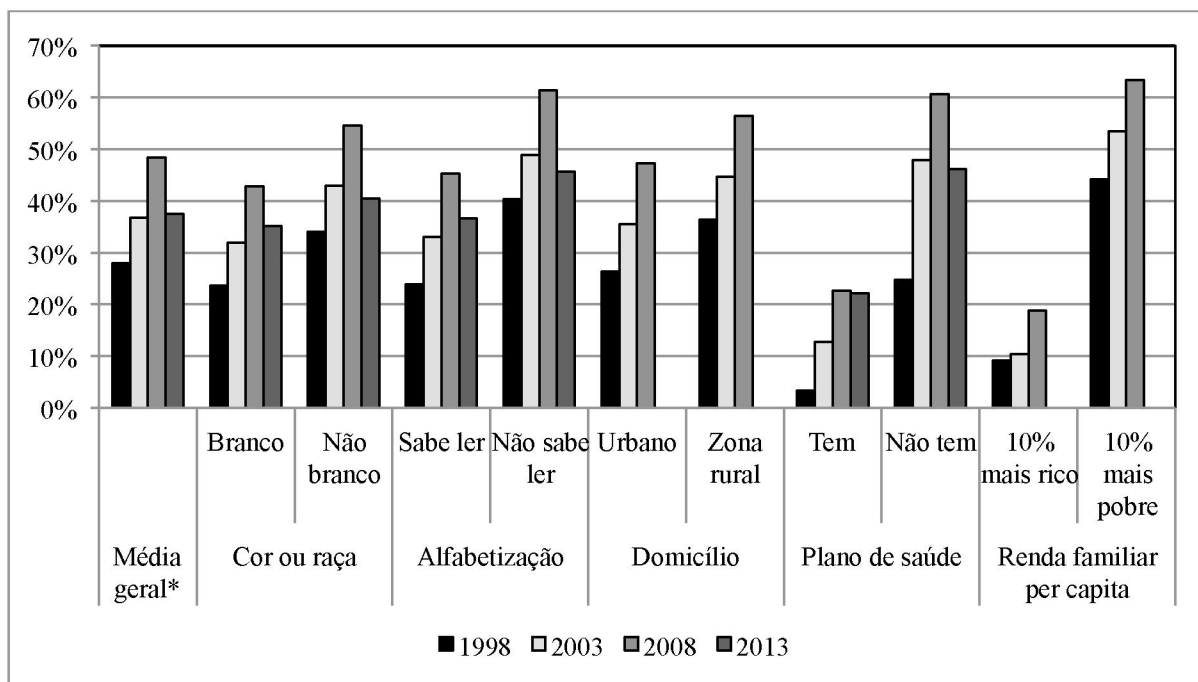
* Média geral de acesso gratuito a medicamentos receitados entre as pessoas sem limitação funcional.

Tabela 3S – Acesso gratuito a medicamentos receitados, por condições de não necessidade e por presença ou ausência de alguma doença crônica

Acesso gratuito a medicamentos		Doença crônica				Sem doença crônica			
		1998	2003	2008	2013	1998	2003	2008	2013
Média em cada categoria de saúde		28%	36,7%	48,4%	37,5%	26,2%	32,2%	42,8%	33,9%
Cor ou raça	Branco	23,6%	31,9%	42,8%	35,1%	21,2%	27,3%	37,1%	30,6%
	Não branco	34%	42,9%	54,5%	40,5%	33%	38,3%	48,8%	37,6%
Alfabetização	Sabe ler	23,9%	33%	45,3%	36,6%	22%	28,7%	40,3%	33%
	Não sabe ler	40,3%	48,9%	61,3%	45,6%	33,5%	39,5%	48,7%	42,7%
Domicílio	Urbano	26,4%	35,5%	47,2%	---	24,1%	30,6%	40,3%	---
	Rural	36,4%	44,7%	56,4%	---	37,1%	43,4%	57,2%	---
Plano de saúde	Tem	3,3%	12,7%	22,6%	22,1%	8,6%	10%	18,9%	15,9%
	Não tem	24,7%	47,9%	60,6%	46,1%	35,9%	42,4%	54%	43,1%
Renda familiar per capita	10% mais rico	9,1%	10,4%	18,8%	---	5%	6,8%	12,7%	---
	10% mais pobre	44,2%	53,4%	63,3%	---	46,9%	51%	63%	---
Região	Norte	30,6%	38,6%	50,5%	31,3%	34,5%	36,4%	43,9%	33,3%
	Nordeste	30,4%	40,3%	51,4%	31,4%	31,1%	37,2%	47,7%	32,1%
	Sudeste	25,8%	35%	47,2%	40,8%	21,7%	28,6%	38,9%	35,6%
	Sul	29%	36,2%	49,1%	34,2%	27,7%	32,5%	45,9%	33,7%
	Centro-Oeste	30,1%	37,1%	45,1%	29,5%	26,3%	31,9%	39,6%	25,4%

Fonte: Elaborada pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

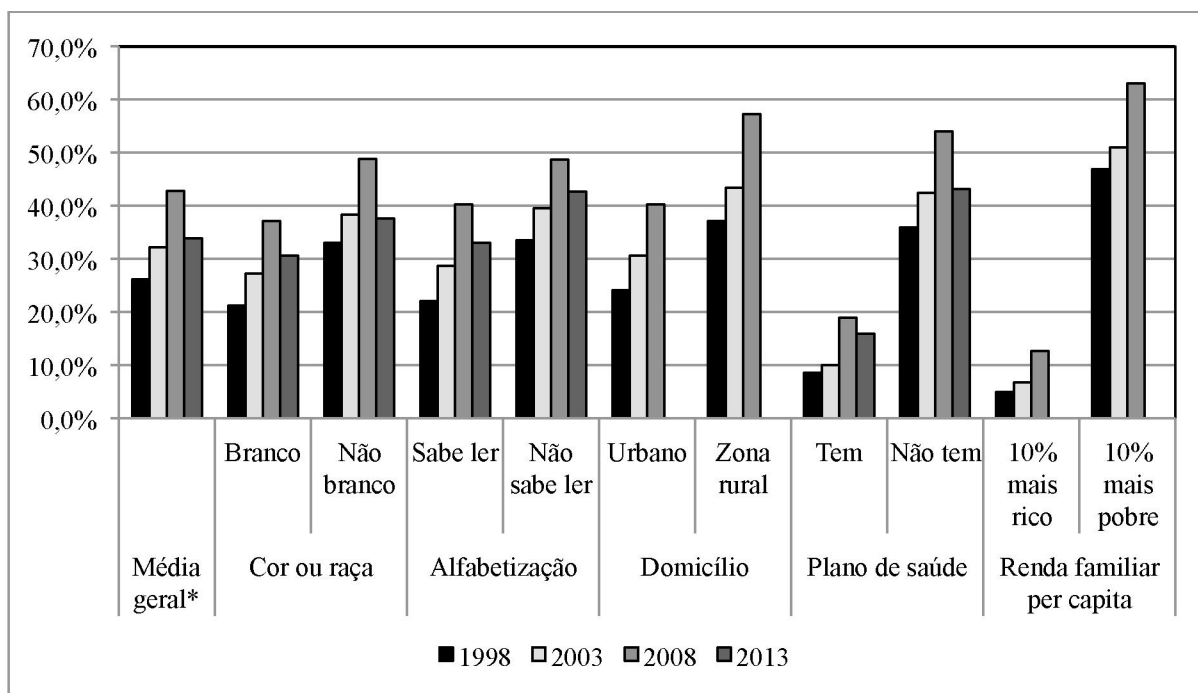
Gráfico 5S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com doença crônica em 1998 a 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

* Média geral de acesso gratuito a medicamentos receitados entre as pessoas com doença crônica.

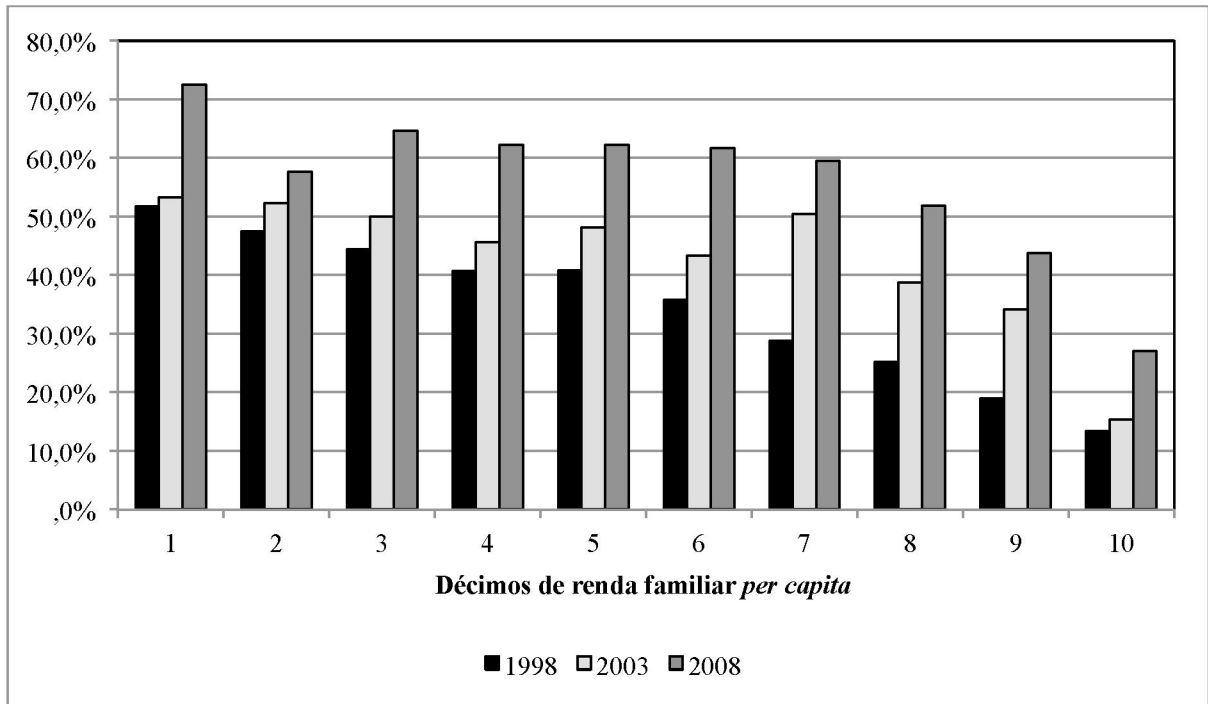
Gráfico 6S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem doença crônica em 1998 a 2013, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008 e da PNS 2013.

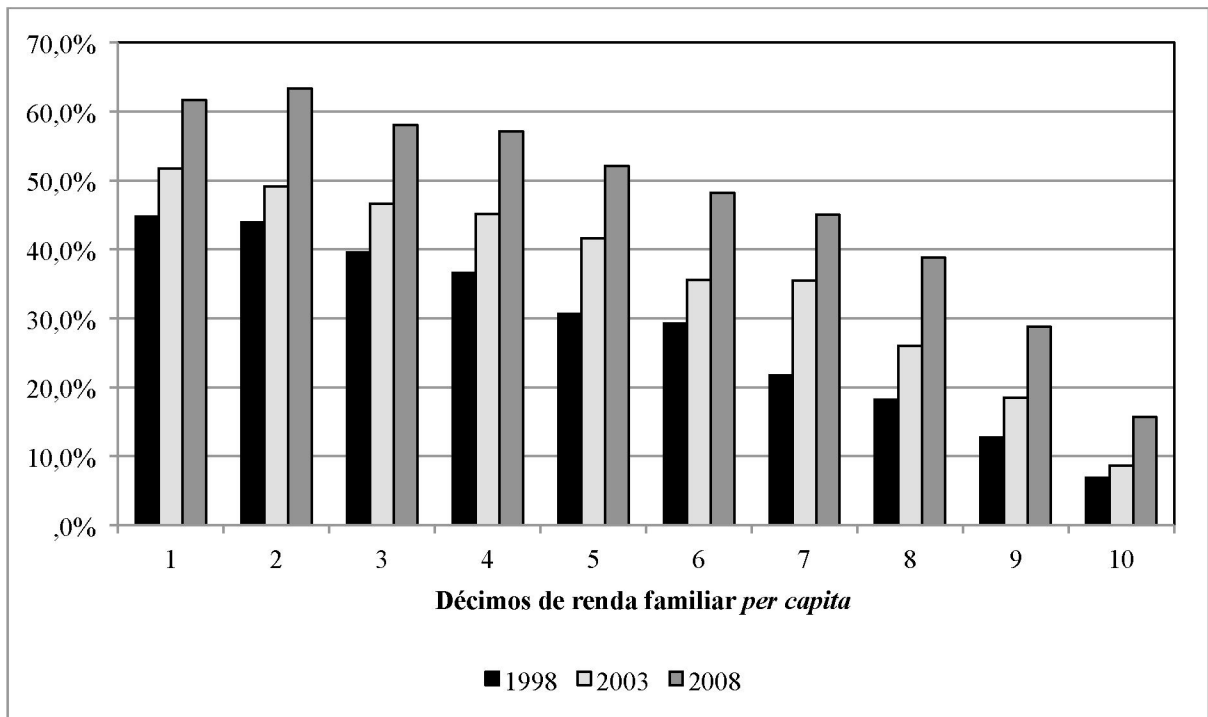
* Média geral de acesso gratuito a medicamentos receitados entre as pessoas sem doença crônica.

Gráfico 7S – Acesso gratuito a medicamentos prescritos a pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



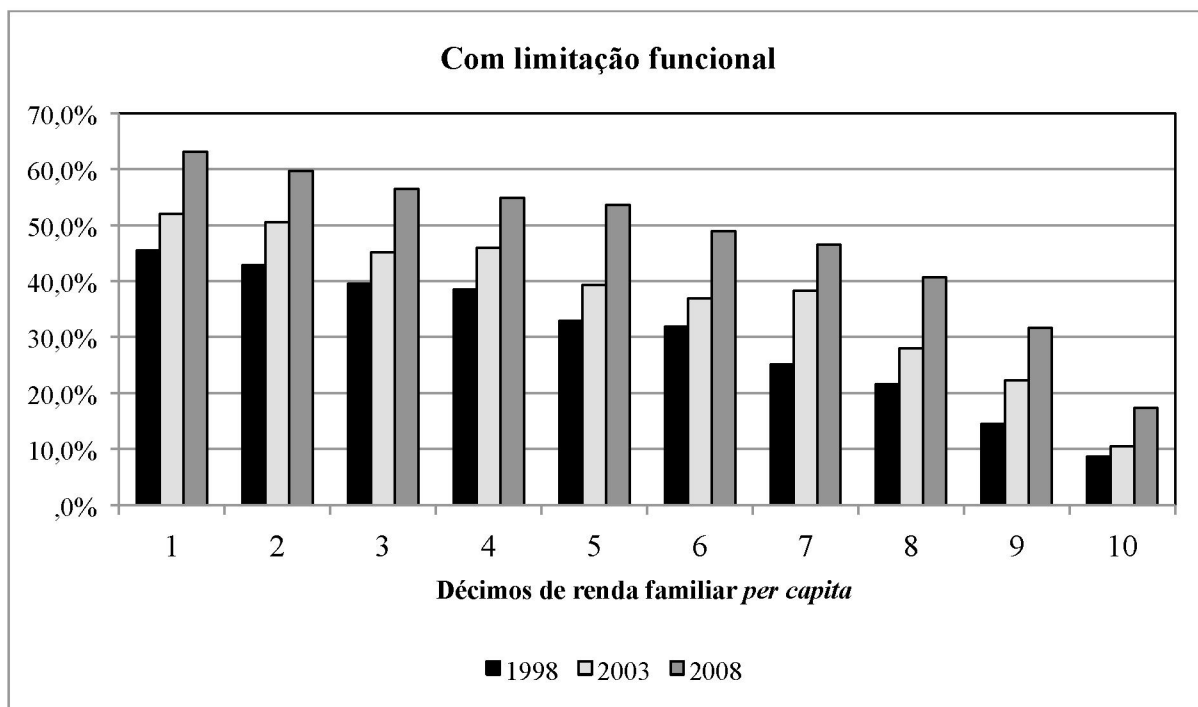
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

Gráfico 8S – Acesso gratuito a medicamentos prescritos a pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



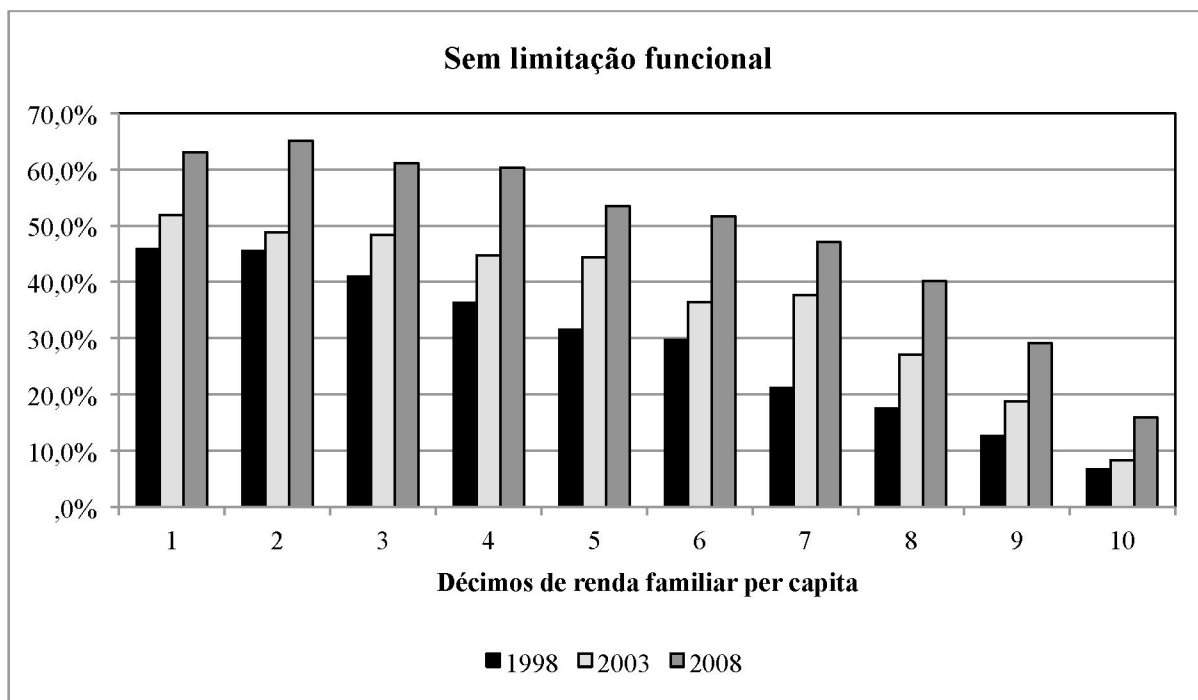
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

Gráfico 9S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com limitação funcional de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

Gráfico 10S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem limitação funcional de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.

Gráfico 11S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas com alguma doença crônica de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar *per capita*

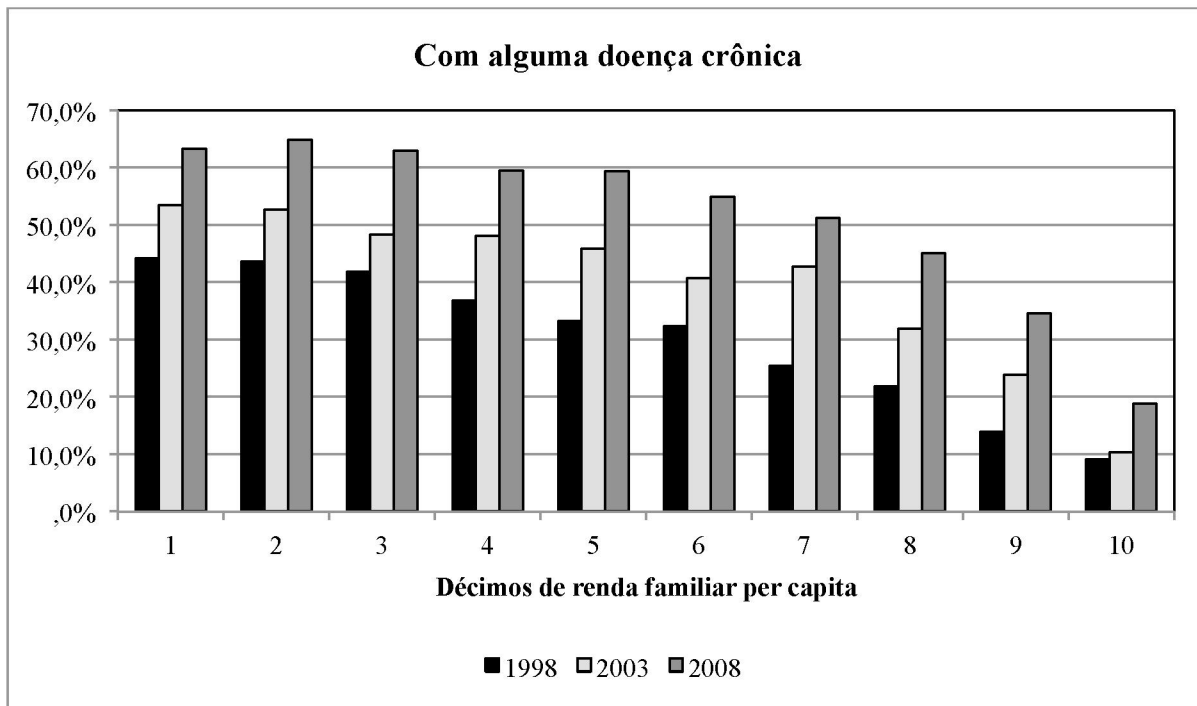


Gráfico 12S – Acesso gratuito a medicamentos receitados a pessoas sem doença crônica de 1998 a 2008, por décimos de renda familiar *per capita*

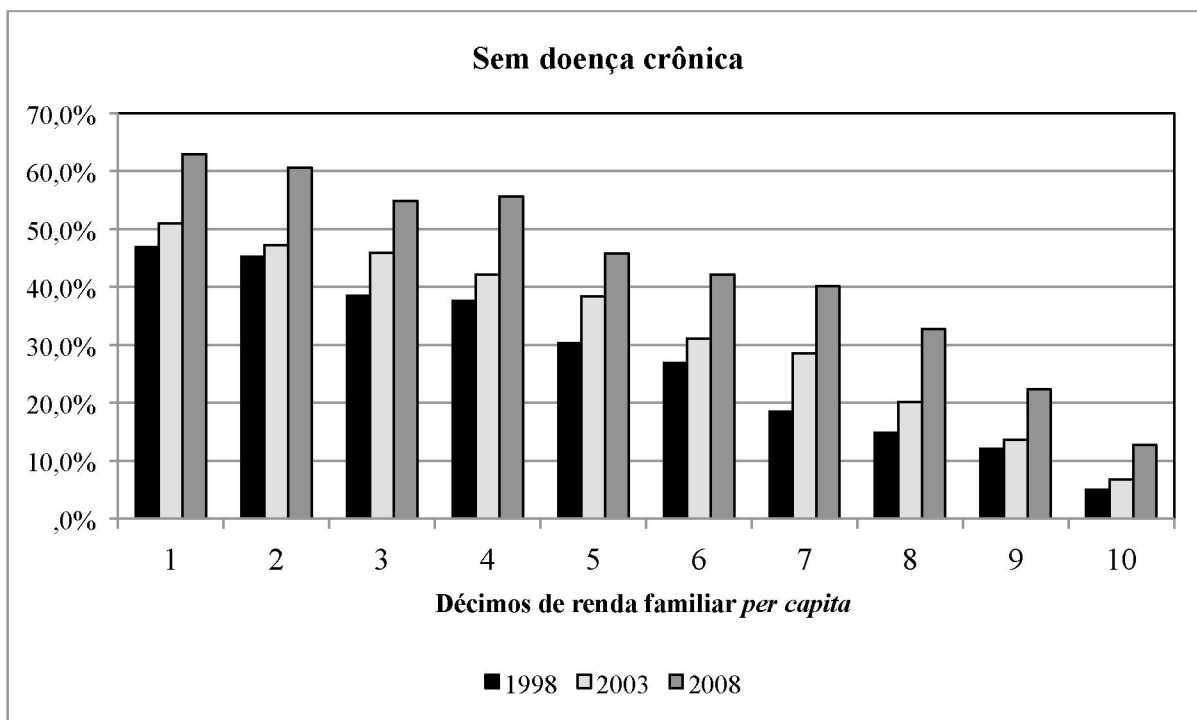
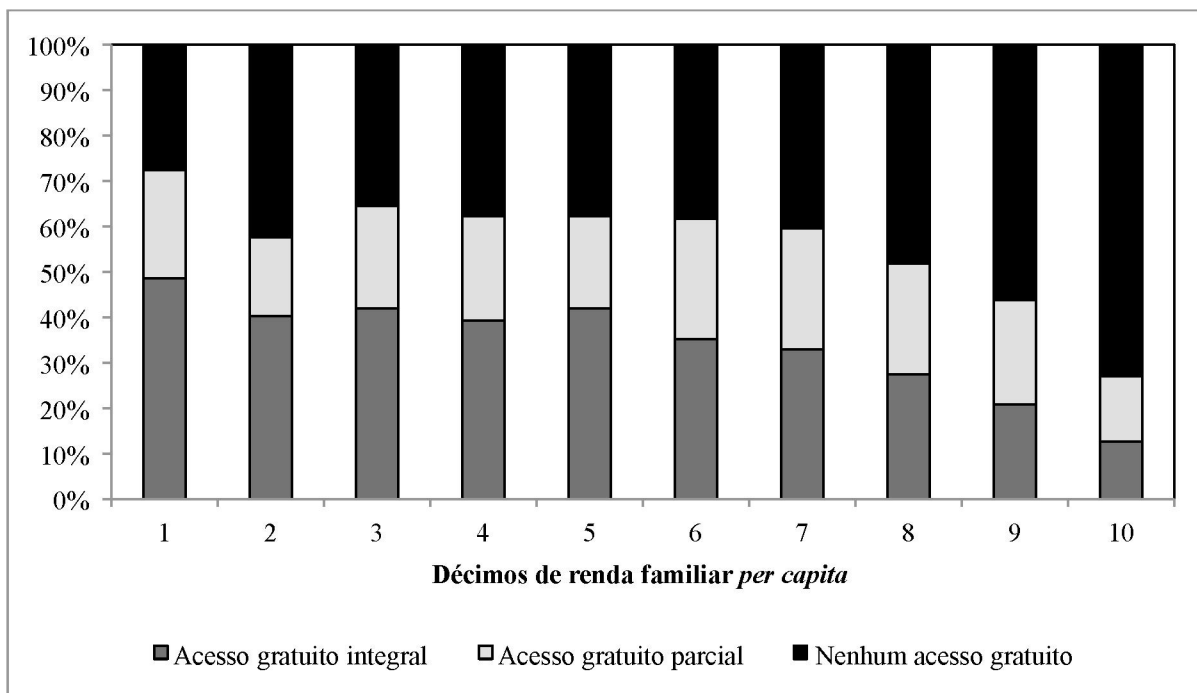
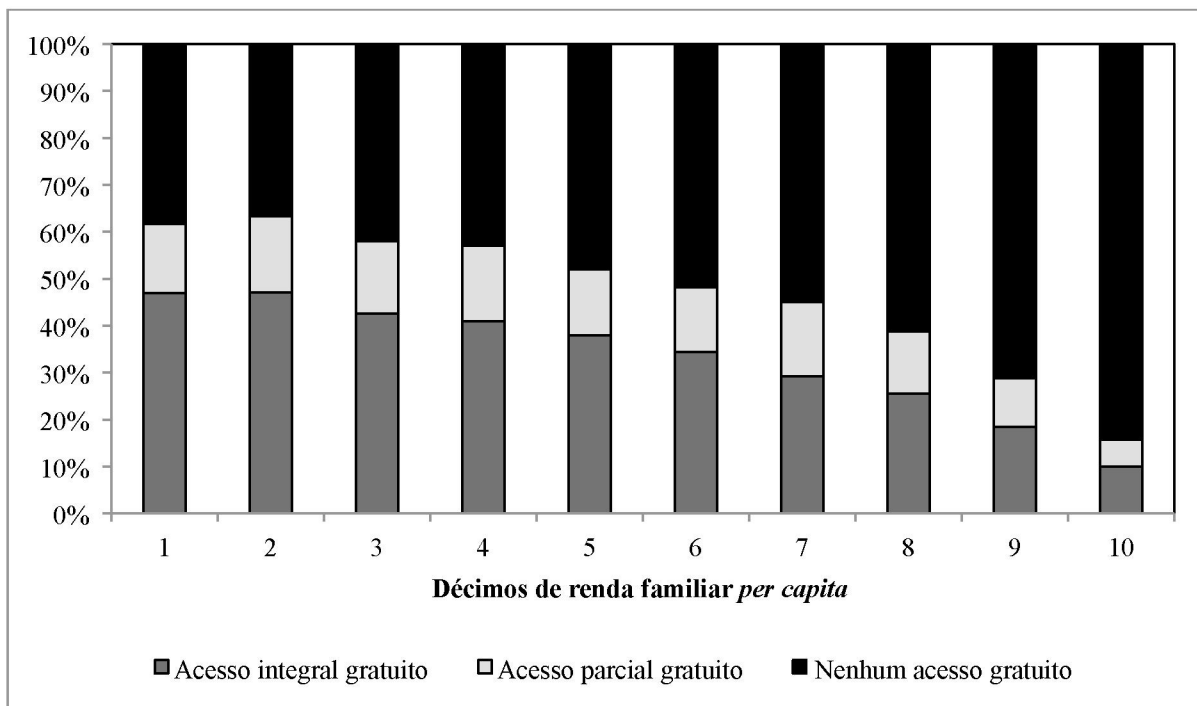


Gráfico 13S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde insatisfatória em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



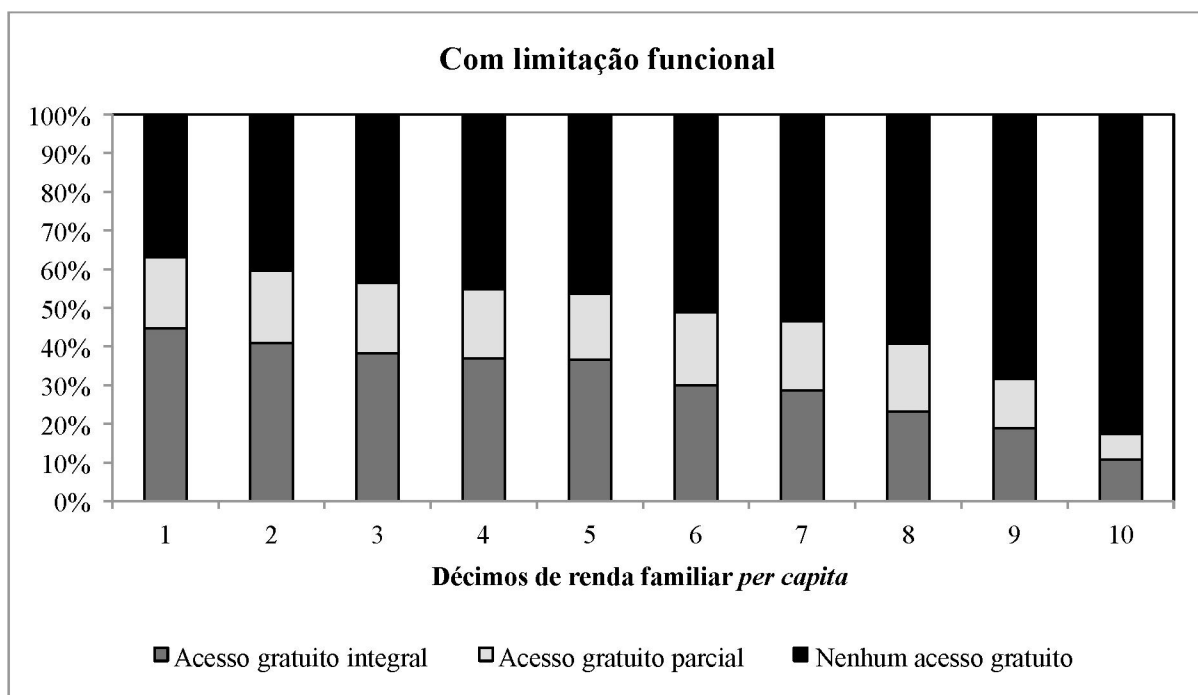
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 14S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com autoavaliação da saúde satisfatória em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



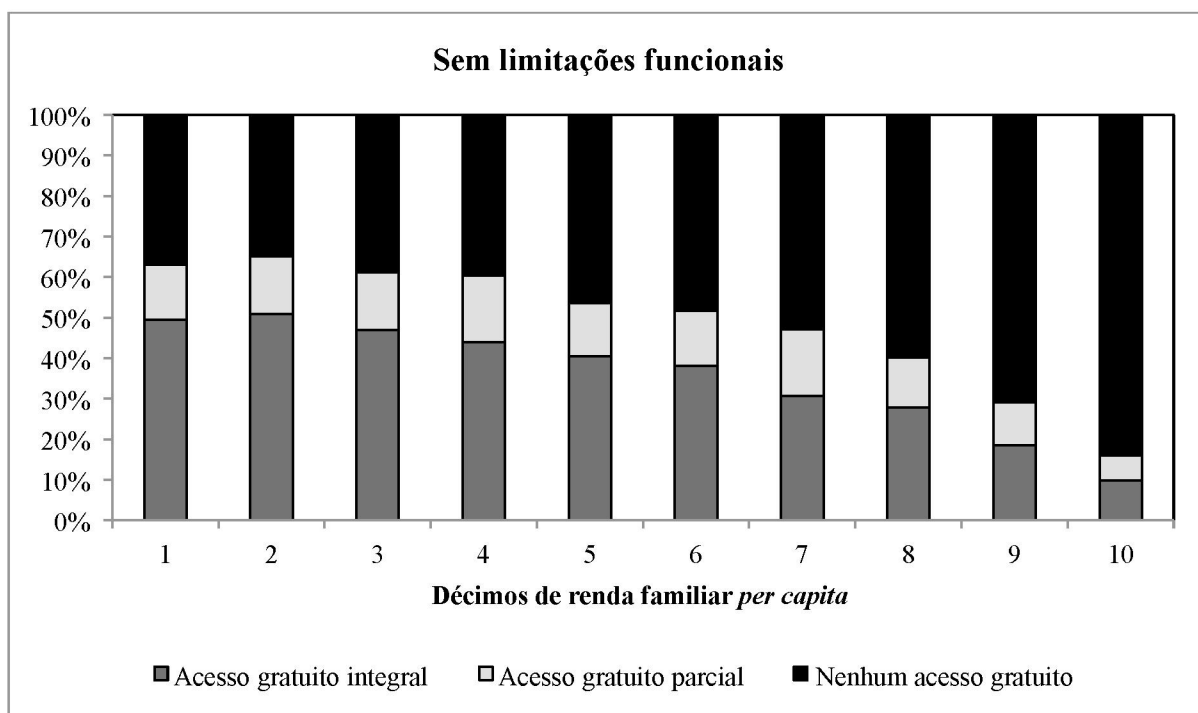
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 15S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com limitação funcional em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



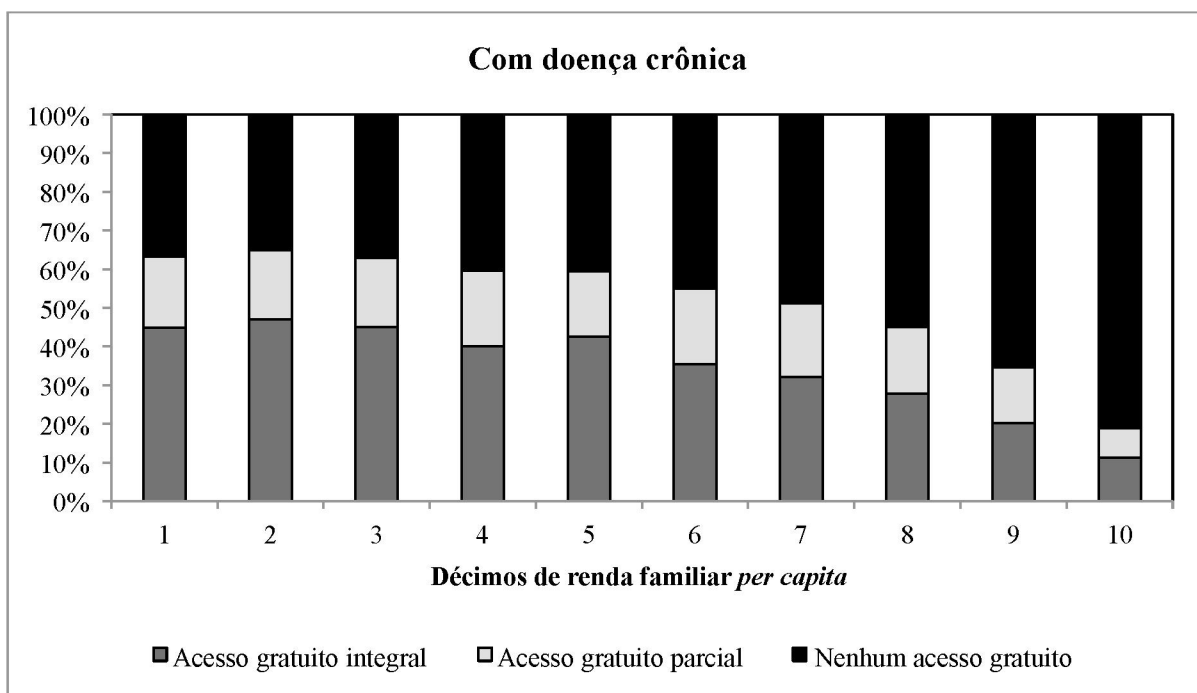
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 16S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas sem limitação funcional em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



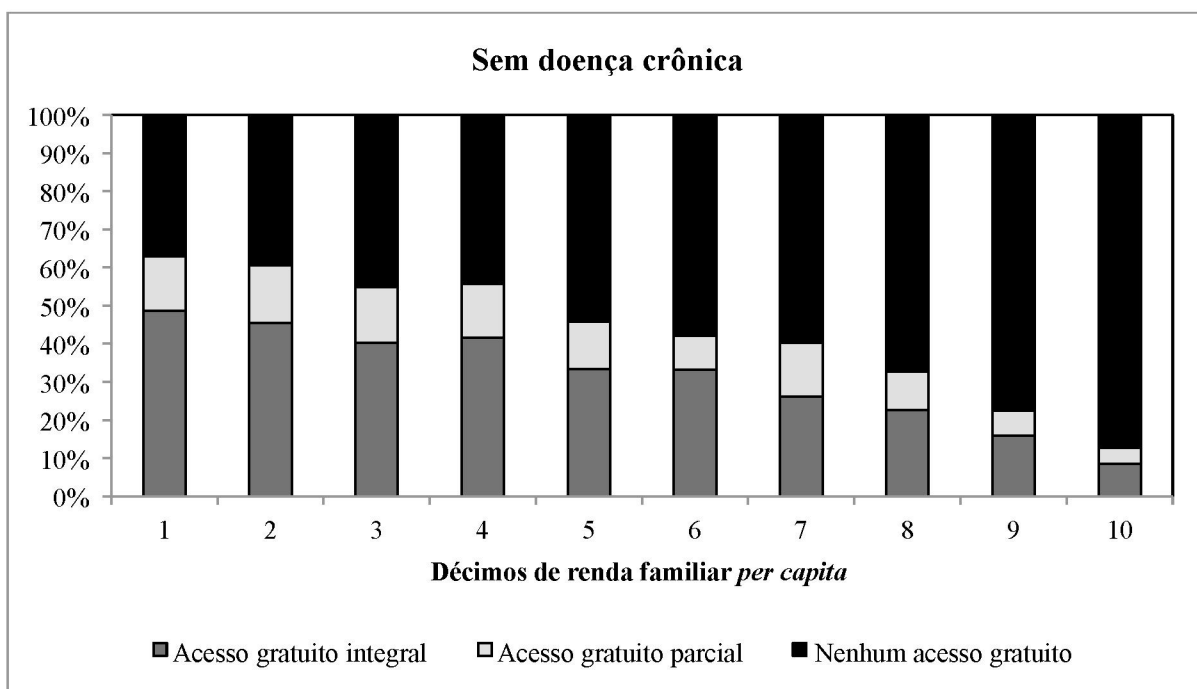
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 17S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas com doença crônica em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



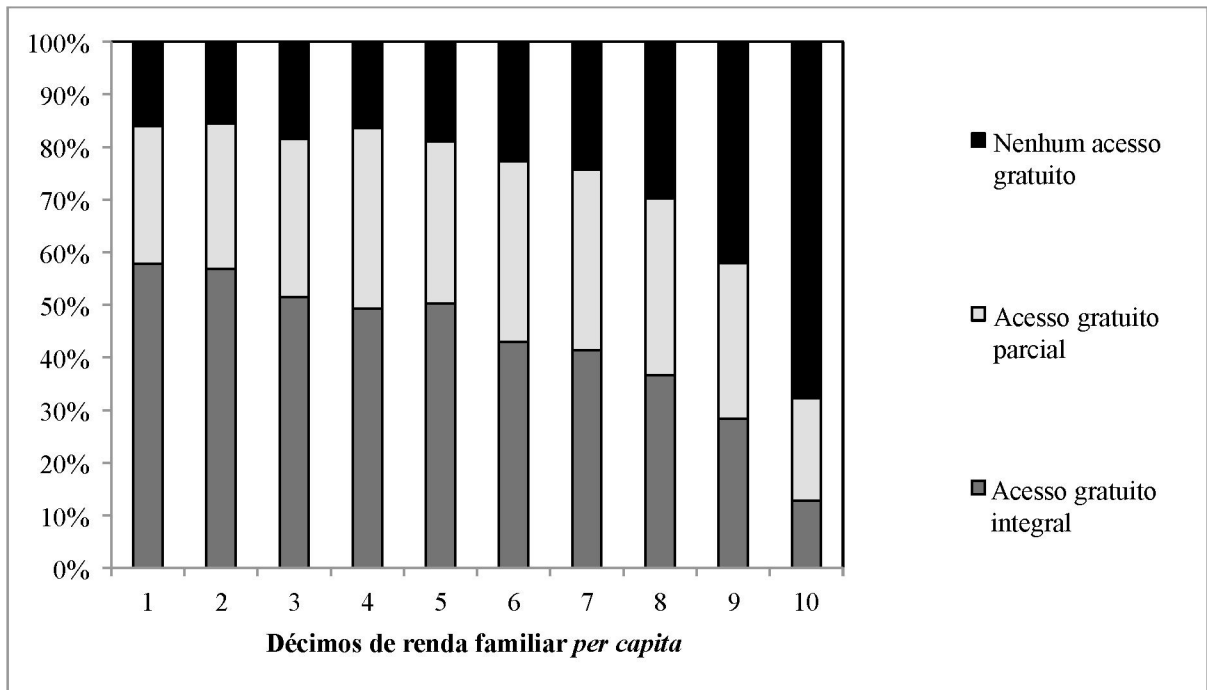
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 18S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos receitados a pessoas sem doença crônica em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



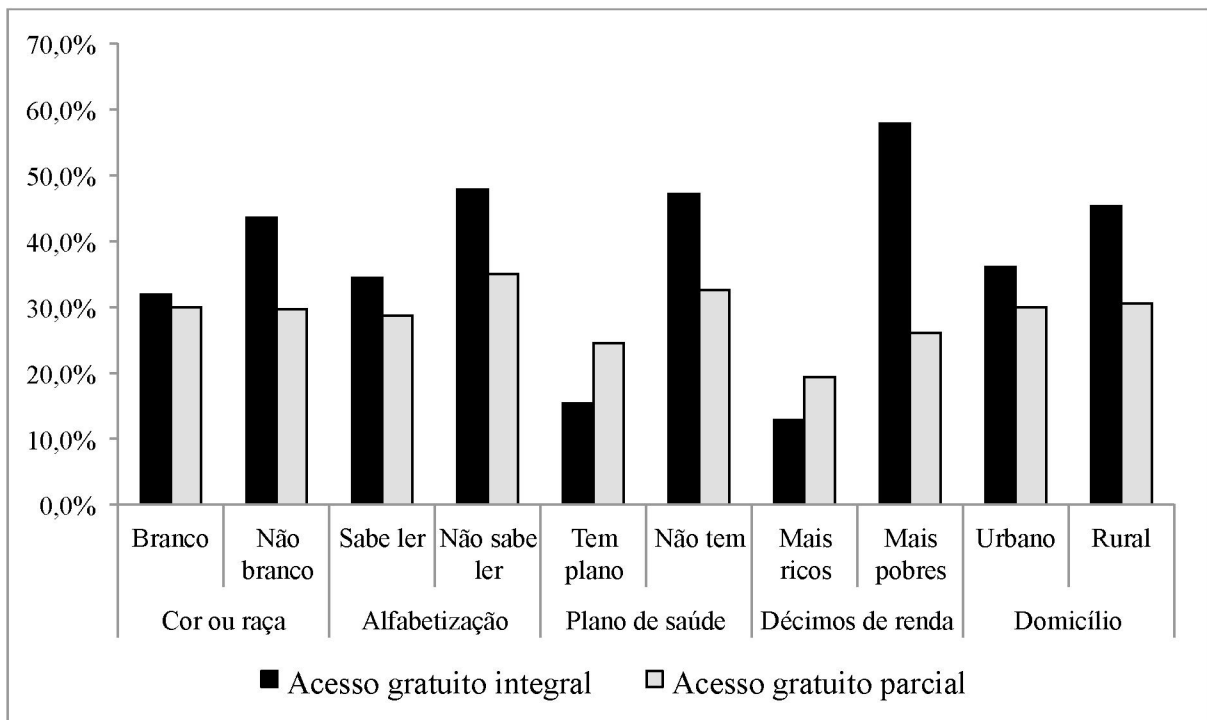
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 19S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



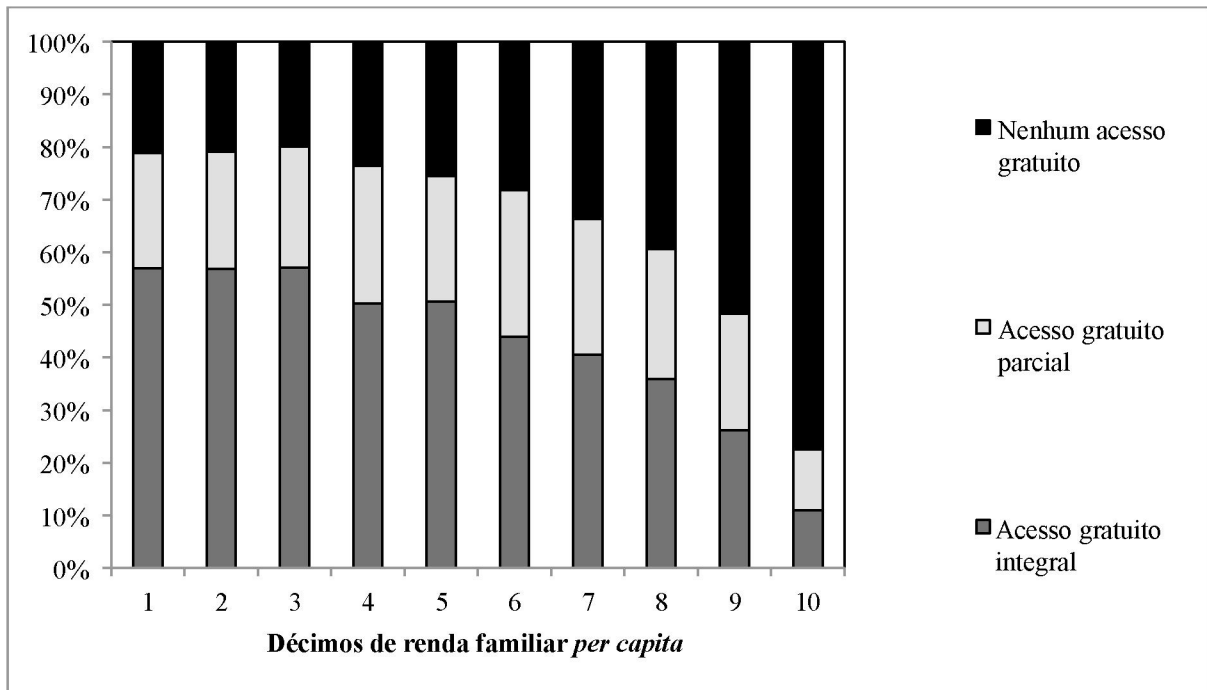
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 20S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por condições de não necessidade



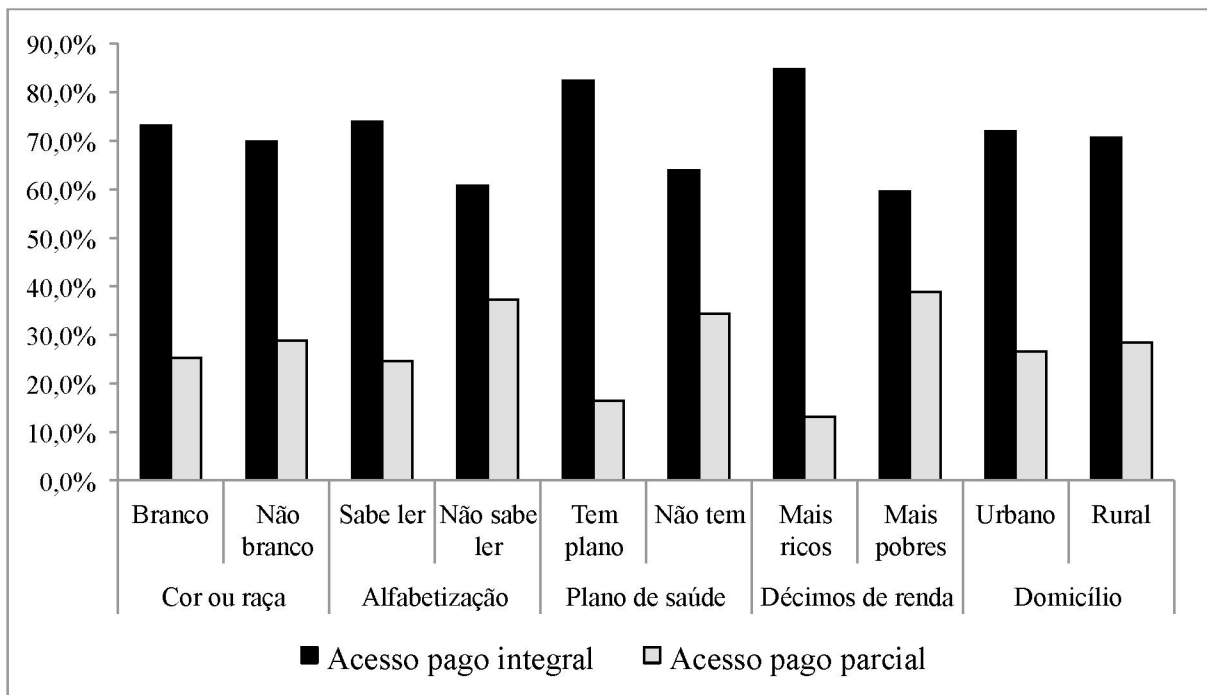
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 21S – Percentuais de acesso gratuito integral e de parcial a medicamentos de uso contínuo por pessoas com hipertensão arterial em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



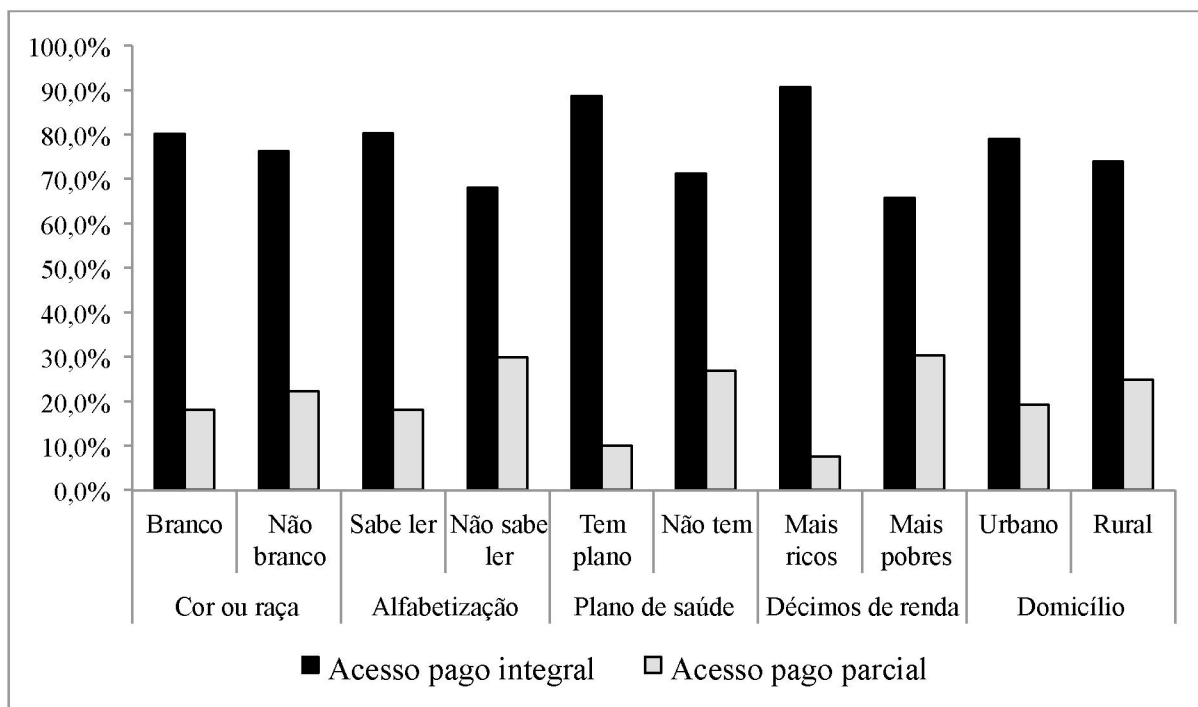
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 22S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por condições de não necessidade



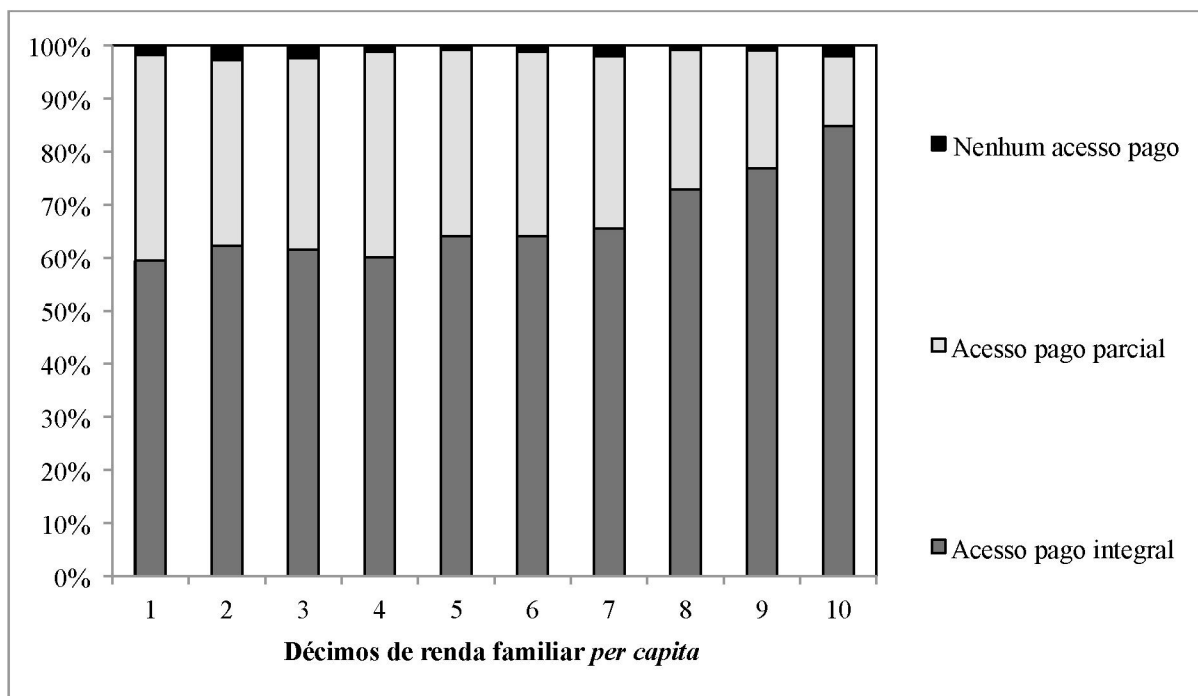
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 23S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo por pessoas com hipertensão arterial em 2008, por condições de não necessidade



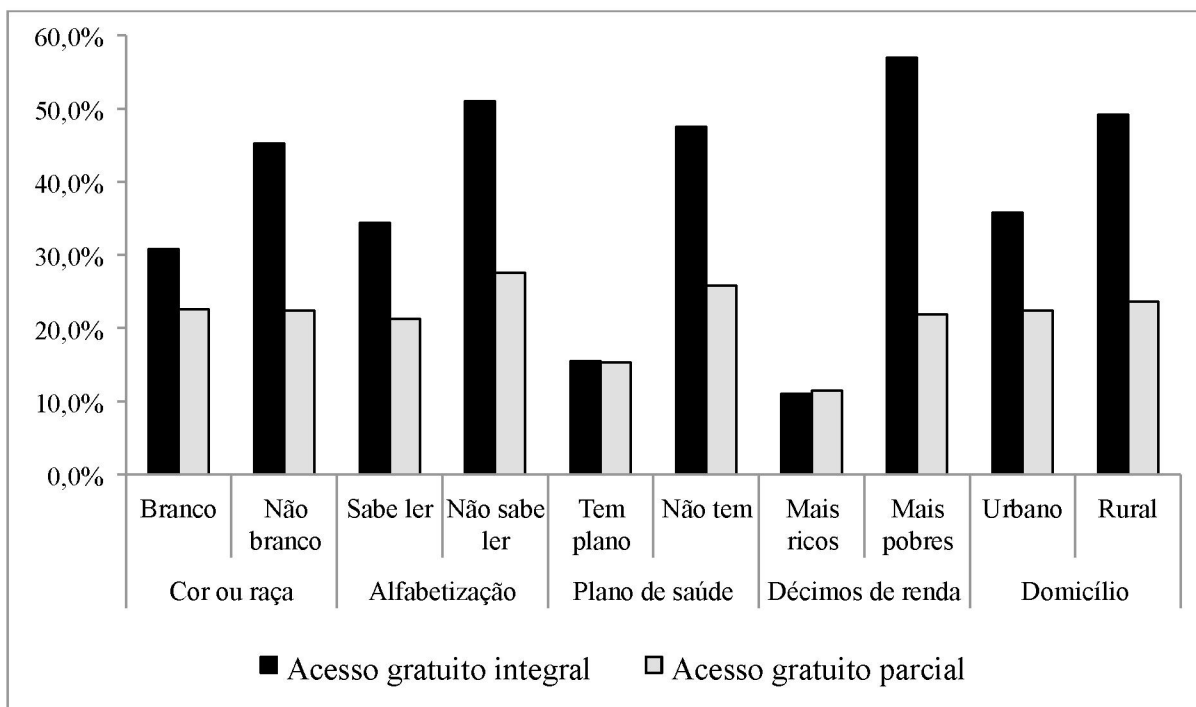
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 24S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo por pessoas com diabetes em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



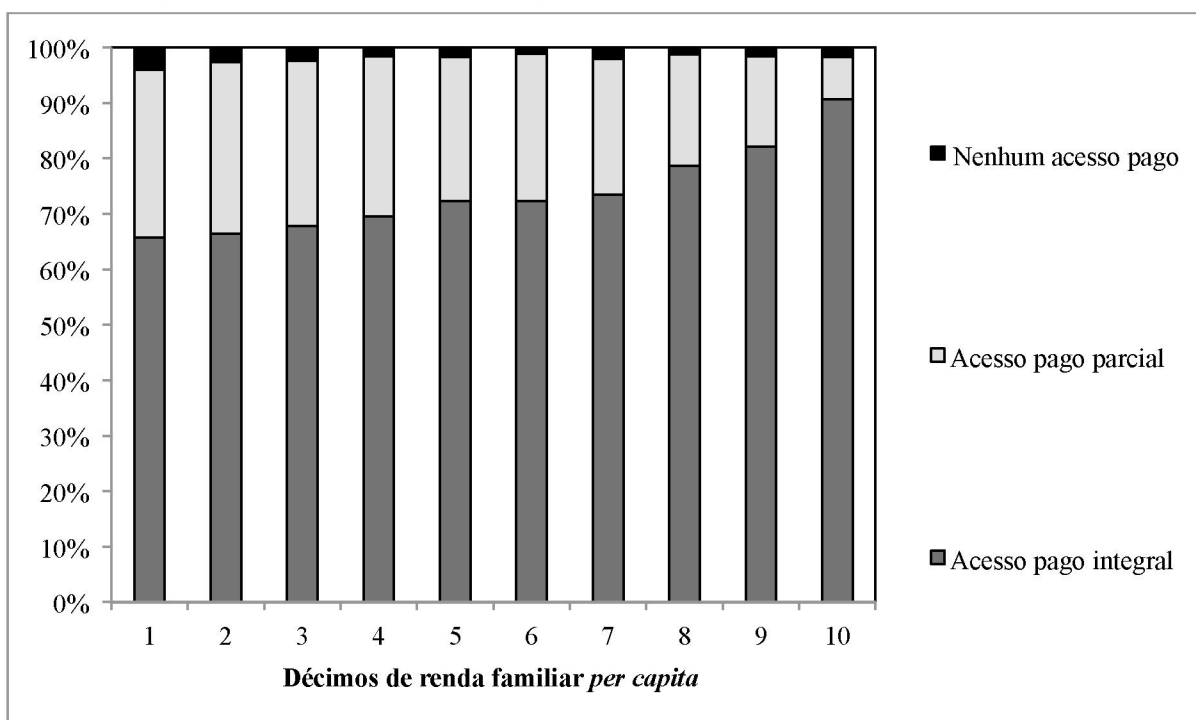
Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 25S – Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo por pessoas com hipertensão arterial em 2008, por condições de não necessidade



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Gráfico 26S – Acesso pago a medicamentos de uso contínuo entre pessoas com hipertensão arterial em 2008, por décimos de renda familiar *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora a partir de microdados da PNAD 2008.

Tabela 4S – Cobertura dos programas da Política Nacional de Medicamentos e dos planos de saúde no acesso pago a medicamentos de uso contínuo em 2013

		Hipertensão		Diabetes	
		Integral	Parcial	Integral	Parcial
Cobertura	Acesso pago				
	Serviço público de saúde*	0,6%	9,6%	1,4%	7,4%
	PFPP*	2,9%	9,4%	0,5%	8,4%
	Planos de saúde	1,3%	2,1%	0,5%	2,8%
Total		4,8%	21,1%	2,4%	18,6%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos microdados da PNS 2013.

* O percentual de respondentes sobre o acesso a medicamentos via serviço público de saúde e PFPP (incluindo acessos integral e parcial e nenhum acesso) foi inferior ao percentual de pessoas que informaram ter utilizado os medicamentos. Assim, os percentuais destacados na Tabela acima foram calculados a partir da quantidade dos respondentes que informaram essas formas de acesso em relação ao total dos respondentes que informaram ter tido necessidade/utilizado os respectivos medicamentos.