

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE  
EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA

**DA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL À PRESSÃO SOCIAL:** acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis (SC)

Itajaí (SC)

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA

**DA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL À PRESSÃO SOCIAL:** acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis (SC)

Dissertação apresentada para Qualificação junto ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da Universidade do Vale do Itajaí.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvana Nair Leite

Itajaí (SC)

2007

SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA

**DA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL À PRESSÃO SOCIAL: acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis (SC)**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho e aprovada pelo Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale de Itajaí, Centro de Educação Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, 30 de agosto de 2007.

Silvana Nair Leite  
UNIVALI – CE de Itajaí  
Orientadora

Elisete Navas Sanches Próspero  
UNIVALI – CE de Itajaí  
Membro

Eliana Elisabeth Diehl  
UFSC  
Membro

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Márcio e à minha filha Lanna, por me deixarem à vontade, pelo carinho e incentivo em todos os momentos, até quando eu não atendia aos seus reclamos.

À minha mãe Júlia, que mesmo sem entender porque não paro de estudar, acha que devo ser incentivada.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvana Nair Leite, pela credibilidade, por entender minhas angústias, pelo apoio, pela garra, determinação e iniciativa.

Aos gestores das Secretarias de Saúde, Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social e Associação Florianopolitana de Voluntários, que permitiram a realização deste trabalho.

Aos setores administrativos, Fernanda da SCAIFDS, Daniele da AFLOV, Michele e Seu Francisco, da SMS.

À Coordenação da Assistência Farmacêutica da SMS, Beth, Cláudia, Dorothea e André, pela disponibilidade em atender minhas inúmeras solicitações.

Não dá para deixar de agradecer às pessoas que tanto me ajudaram, Sandra, Mariline, Maria Cristina, Andreza, Nilcéia, Sérgio, Suêde, Lucélia, Deyse, Carin Loeffler e Karin Geller.

À Nair e ao Adelino, vocês são vocês e ponto! Que dicas maravilhosas, Seu Adelino!

Aos sujeitos de minha pesquisa, que abriram suas casas e seus corações, que confiança!

À Patrícia da Silva (nossa competente bolsista), acadêmica de Farmácia da UNIVALI.

A todos os professores, colegas de curso, de trabalho e de vida.

Ao CNPq e PIPG-UNIVALI, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Políticas exclusivas para os pobres são  
políticas pobres.

Lord Beveridge (1942)

## RESUMO

Os pedidos de medicamentos em falta ou não padronizados fazem crescer o número de pedidos individuais, acarretando gastos em compras diretas no nível de gestão municipal, assim como garantindo a dispensação ao solicitante, mediante receituário do Sistema Único de Saúde ou conveniado ou privado. Os objetivos desta pesquisa foram elaborar uma análise descritiva do acesso, da dispensação e dos custos com medicamentos solicitados por usuários individuais, de janeiro de 2003 a dezembro de 2006, no município de Florianópolis e verificar se os medicamentos solicitados se incluem em alguma lista de medicamentos. Além disso, objetivou-se descrever a trajetória dos usuários até o acesso por esta via. A metodologia consistiu de coleta de dados de autorizações de compras diretas nas Secretarias de Saúde e da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social do município de Florianópolis e Associação Florianopolitana de Voluntários e entrevistas com usuários solicitantes de medicamentos no ano de 2006. Os resultados demonstraram que a trajetória dos usuários é sinônimo de uma peregrinação, muitas vezes, sofrida e frustrada em busca do acesso aos serviços de saúde, levando a situação emergencial de acesso à justiça. Verificou-se que profissionais e serviços contribuem para a incorporação da judicialização, assim como os usuários contam com o apoio da justiça, de familiares e amigos e, ainda, em alguns casos, com favorecimentos estabelecidos pelo clientelismo. Além da identificação da trajetória, o estudo levantou a necessidade de justificativa do usuário para o acesso ao medicamento devido aos problemas financeiros e às situações de vida marcadas pelos problemas de saúde. Quanto aos gastos com pedidos individuais, via justiça ou não, identificados neste estudo, 42% dos medicamentos adquiridos por compra direta para atender demanda individual faziam parte de listas distribuídas pelo SUS, demonstrando fragilidade na estrutura e organização dos serviços. O número de usuários atendidos por esta via subiu de 5 para 89, entre 2003 e 2004, para 220, em 2005, e 298, em 2006. Foram encontradas 2.426 autorizações para fornecimento de 5.645 medicamentos e 5.283 produtos correlatos, entre 2003 e 2006. O valor total empregado pela Prefeitura Municipal foi de R\$ 374.659,21.

Palavras-chave: Medicamento. Acesso. Sistema Único de Saúde. Usuário.

## ABSTRACT

Requests for unavailable or non-standardized medications are causing an increase in the number individual requests, leading to expenses on direct purchases at the level of municipal management, as well as ensuring availability for applicants, through the prescription form filled by a professional of the Sistema Único de Saúde (Brazilian national health system) or private health insurer. This research seeks to elaborate a descriptive analysis of the access, delivery, and costs of medication requested by individual users, from January 2003 to December 2006, in the city of Florianópolis (State of Santa Catarina, Southern Brazil), and determine whether the medication requested is included in any list of medications. It also describes the route taken by users, in order to gain access to the medications through this channel. The methodology consisted of gathering data on direct purchase authorizations at the Secretaries of Health and of the Child, Adolescent, the Elderly, the Family and Social Development of Florianópolis, and the Associação Florianopolitana de Voluntários (Florianópolis Volunteers` Association) (AFLOV), and interviews with applicants during 2006. The results show that professionals and services contribute to the incorporation of judicialization, and that the users have the support of the legal system, family members and friends, and in some cases, favors established by clientelism. Besides identifying the route taken, this study also investigates the users` justification for seeking access to the medication, due to financial problems and situations of life marked by health problems. Regarding the expenses on individual requests identified in this study, whether through the legal channels or not, 42% of the medications directly purchased to meet the individual demand are included in the lists distributed by the SUS, demonstrating the fragility of the structure and organization of the services. The number of users assisted through this mechanism has grown from 5 in 2003 to 89 in 2004, 220 in 2005, and 298 in 2006. There was a total of 2426 authorizations for the supply of 5645 medications and 5283 related products, between 2003 and 2006. The total value spent by the Municipal Council was R\$ 374,659.21.

Key words: Medication. Access. Sistema Único de Saúde. User



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Classificação ATC dos medicamentos solicitados.....	47
<b>Figura 2:</b> Trajetória dos usuários que receberam medicamentos na SMS.....	50
<b>Figura 3:</b> Trajetória do usuário que recebeu medicamento na SCAIFDS e AFLOV.....	52
<b>Quadro 1:</b> Montagem das subcategorias da trajetória na SMS.....	54
<b>Quadro 2:</b> Montagem das subcategorias da trajetória na SCAIFDS e AFLOV.....	55
<b>Quadro 3:</b> Montagem das subcategorias da justificativa na SMS.....	74
<b>Quadro 4:</b> Montagem das subcategorias da justificativa na SCAIFDS e AFLOV.....	74

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Dados da Secretaria da Saúde.de Florianópolis, SC.....	39
<b>Tabela 2:</b> Dados da SCAIFDS de Florianópolis, SC.....	39
<b>Tabela 3:</b> Dados da AFLOV de Florianópolis, SC.....	39
<b>Tabela 4:</b> Número de solicitações, usuários, medicamentos, produtos correlatos e valores empregados pelas instituições, agrupado por ano de solicitação e instituição fornecedora (Florianópolis, SC).....	40
<b>Tabela 5a:</b> Informações constantes nas solicitações de medicamentos, por ano e Instituições fornecedoras.....	42
<b>Tabela 5b:</b> Informações constantes nas solicitações de medicamentos sobre a origem.....	43
<b>Tabela 6:</b> Secretaria Municipal da Saúde: classificação pelo tipo de encaminhamento de cada solicitação .....	44
<b>Tabela 7:</b> Classificação pelo tipo de encaminhamento de cada solicitação nas Instituições SCAIFDS e AFLOV.....	44
<b>Tabela 8:</b> Medicamentos classificados por tipo de financiamento para aquisição e por ano de solicitação.....	45
<b>Tabela 9:</b> Medicamentos requeridos por Mandados Judiciais, classificados por tipo de financiamento para aquisição e por ano de solicitação .....	46
<b>Tabela 10:</b> Motivo de não realização de entrevista com os usuários da SMS .....	49
<b>Tabela 11:</b> Motivo de não realização de entrevista com os usuários da SCAIFDS e AFLOV .....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFLOV – Associação Florianopolitana de Voluntários  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Ampasa – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde  
APAC – Autorizações de Procedimentos de Alto Custo  
AR – Asma e Rinite  
ATC – Código Anatômico, Terapêutico e Químico  
CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas  
CF – Constituição Federal  
CIB – Comissões Intergestoras Bipartite  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
DCB – Denominação Comum Brasileira  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
HD – Hipertensão e Diabetes  
IAFAB – Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica  
IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor  
LOS – Lei Orgânica de Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básicas  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PMAF – Política Municipal de Assistência Farmacêutica  
PNM – Política Nacional de Medicamentos  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
RDH – Relatório sobre o Desenvolvimento Humano  
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
SCAIFDS – Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 CNPQ APOIO À DISSERTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>3 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
4.1 OBJETIVOS GERAIS .....	16
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
5.1 SAÚDE SOB A ÓTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
5.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS .....	18
5.2.1 Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.....	20
5.2.2 Fornecimento de medicamentos por pedidos individuais e ações judiciais .....	24
5.3 EQUIDADE, INTEGRALIDADE E UNIVERSALIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS .....	26
5.4 CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO E TRAJETÓRIA PELA BUSCA DO MEDICAMENTO.....	29
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
6.1 LOCAL DO ESTUDO .....	32
6.2 COLETA DE DADOS .....	33
6.2.1 Arquivos de autorizações de compras .....	33
6.2.2 Tratamento dos dados das autorizações de compra .....	34
6.3 ENTREVISTAS.....	35
6.3.1 Tratamento das entrevistas .....	37
6.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	38
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
7.1 PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE COMPRA DIRETA DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....	39
7.2 TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS QUE RECEBERAM MEDICAMENTOS NA SMS.....	49
7.3 TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS QUE RECEBERAM MEDICAMENTOS NA SCAIFDS E AFLOV ...	51
7.4 SUBCATEGORIAS IDENTIFICADAS NAS TRAJETÓRIAS DOS USUÁRIOS QUE RECEBERAM MEDICAMENTOS NAS SMS, SCAIFDS E AFLOV.....	53

7.4.1 Construção do processo de análise da trajetória na SMS .....	54
7.4.2 Construção do processo de análise da trajetória na SCAIFDS e AFLOV .....	55
7.4.3 Análise das subcategorias das trajetórias nas SMS, SCAIFDS e AFLOV .....	55
7.5 JUSTIFICATIVAS DOS USUÁRIOS PARA OS PEDIDOS DE MEDICAMENTOS POR COMPRA DIRETA OU JUDICIAL NAS SMS, SCAIFDS E AFLOV .....	73
7.5.1 Construção da análise das justificativas dos usuários da SMS .....	74
7.5.2 Construção do processo de análise da justificativa na SCAIFDS e AFLOV .....	74
7.5.3 Análise das subcategorias da justificativa nas SMS, SCAIFDS e AFLOV .....	74
<b>8 CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS .....</b>	<b>88</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>

## **1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

### 1.1 Do projeto

#### 1.1.1 Título

Da reorientação do modelo assistencial à pressão social: acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis (SC)

1.1.2 Área de Conhecimento: Ciências da Saúde (4.00.00.00-1)

1.1.3 Subárea de conhecimento: Saúde Coletiva (4.06.00.00-9)

1.1.4 Grupo de Pesquisa em Vigilância e Atenção à Saúde

1.1.5 Linha de Pesquisa: Representações Socioculturais de Saúde Doença

### 1.2 Dos pesquisadores

#### 1.2.1 Nome da Mestranda

Enfermeira Sônia Maria Polidório Pereira

Fone (48) 38797758 E-mail: [soniampp@gmail.com](mailto:soniampp@gmail.com)

#### 1.2.2 Curso e Semestre

Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho

Turma 3: início em agosto de 2005.

#### 1.2.3 Nome da Orientadora

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Silvana Nair Leite, conforme “Termo de Aceite de Orientação” (Apêndice A).

## 2 CNPq APOIO À DISSERTAÇÃO

### Dados do Projeto e do Proponente

Título do Projeto	Da reorientação do modelo assistencial à pressão social: acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis
Coordenador do Projeto	SILVANA NAIR LEITE
Instituição Executora	Universidade do Vale do Itajaí
Instituição Colaboradora	Prefeitura de Florianópolis
Edital	MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-DAF-Nº54/2005 APOIO ÀS ATIVIDADES DE PESQUISA DIRECIONADAS AO ESTUDO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Linhas (s)	<input checked="" type="checkbox"/> I. ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
	<input type="checkbox"/> II. QUALIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PROCESSOS E PRODUTOS
Faixa	<input type="checkbox"/> Faixa I – de R\$ 200.001,00 até R\$ 300.000,00
	<input type="checkbox"/> Faixa II – de R\$ 100.001,00 até R\$ 200.000,00
	<input type="checkbox"/> Faixa III – de R\$ 50.001,00 até R\$ 100.000,00
	<input type="checkbox"/> Faixa IV – Até R\$ 50.000,00
	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa V – Até R\$ 20.000,00 . Essa faixa é privativa para pesquisadores que obtiveram título de doutor há, no máximo, 05 (cinco) anos completos até a data de encerramento das submissões de propostas para este edital.

### NOME DO ORIENTANDO E PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Enfermeira Sônia Maria Polidório Pereira  
 Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho  
 Área de Concentração em Saúde da Família  
 Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí

### 3 INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, constatamos avanços na reorientação do modelo assistencial, através de um processo de descentralização da atenção à saúde no âmbito da construção e consolidação das quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) alicerçadas nos princípios do SUS: universalidade de acesso aos serviços, integralidade da assistência, controle social, equidade e descentralização político-administrativa. Diversos setores na estrutura do SUS, no entanto, estão em processo de construção e aprimoramento, exigindo investimentos em pesquisa e desenvolvimento de estratégias que possam aperfeiçoar seu gerenciamento e execução, entre eles a assistência farmacêutica.

Um dos pilares da atenção básica é a assistência farmacêutica, cujo objetivo é racionalizar e disponibilizar medicamentos para o atendimento às necessidades da população, consolidando o processo de descentralização e responsabilidades dos gestores das três esferas do governo preconizados pelo SUS.

O nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, é o responsável pela execução das ações, inclusive a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos por ele próprio, quanto os fornecidos pelos outros dois níveis de gestão. A experiência da mestrandia – enfermeira, atuante na área de gestão de serviços, principalmente de atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV e Aids no SUS, em Florianópolis (SC), demonstra o freqüente recebimento de usuários com receituários, solicitando algum medicamento informado como “em falta”. Esta falta é constatada, apesar do adequado controle de compra para o fornecimento do insumo. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da mesma cidade dispensa medicamentos de uma média mensal atual de 50 receituários oriundos do SUS, adquiridos por compra direta, incluindo diversas formas de acesso – entre elas, os mandados judiciais.

Messeder, Osório de Castro e Luiza (2005) descrevem o acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro por meio de mandados judiciais. É importante notar que, entre os medicamentos solicitados naquele Estado, 69,2% correspondiam a produtos compreendidos em algum tipo de financiamento específico pelo SUS, 14 % do total listados na atenção básica, ou seja, seu fornecimento deveria estar garantido pelo plano de Assistência Farmacêutica em seu nível de atenção correspondente, indicando omissão dos gestores. Um problema relevante identificado foi a ausência de esclarecimento da população e da



Defensoria Pública sobre a que instâncias devem ser dirigidas as ações, acumulando para o estado. Dos 16 medicamentos mais solicitados, apenas 4 eram de responsabilidade do estado acrescido ainda de medicamentos de uso contínuo, estes últimos de responsabilidade municipal. Estudos no Estado de São Paulo (Vieira e Zucchi, 2007) e Rio de Janeiro (Messeder et al, 2005) chegaram a conclusões semelhantes.

Para os autores, os usuários e as instituições que influenciam neste processo parecem totalmente desorientados no que tange aos pleitos de acesso aos medicamentos e carentes de entendimento sobre questões relativas ao uso racional de medicamentos.

No mesmo estudo, 30,8% das solicitações eram de medicamentos sem financiamento específico, muitos dos quais representativos de “inovações tecnológicas”, sendo prescritos sem o cumprimento das diretrizes e protocolos terapêuticos já estabelecidos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, p. 34), em um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais,

faz-se necessário entender os mecanismos e processos envolvidos até a disponibilização de medicamentos na rede pública, apontando as possibilidades de encurtar esse caminho, o que pode ter repercussão na diminuição do número de ações judiciais, assim como na prevenção das prescrições eventualmente desnecessárias ou inadequadas.

O fortalecimento do Controle Social e a conscientização dos cidadãos de seus direitos garantidos na Constituição Federal com relação à saúde obrigam a busca constante de estratégias que possam garantir a melhoria dos serviços prestados, atendendo ao crescente aumento das exigências de seus usuários.

A crescente demanda por fornecimento de medicamentos por compra direta no município de Florianópolis e suas conseqüências para a gestão da assistência farmacêutica, para a sanidade do sistema de saúde e para a garantia do acesso da população ao uso racional de medicamentos motiva a proposta desta dissertação. Seu objetivo é elaborar uma análise descritiva do fornecimento de medicamentos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis adquiridos por compra direta, dos anos 2003-2006, e elucidar as trajetórias dos usuários na busca deste serviço.

Espera-se um aperfeiçoamento das aquisições por compra direta no município estudado, o qual poderá ser transposto para outros serviços com situação semelhante. Dessa forma, facilita-se o gerenciamento das atividades de Assistência Farmacêutica, permitindo a racionalização dos investimentos em medicamentos e insumos.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivos gerais**

Elaborar uma análise descritiva do fornecimento de medicamentos solicitados por usuários individuais pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, adquiridos por compra direta<sup>1</sup> entre janeiro de 2003 e dezembro de 2006, e elucidar as trajetórias dos usuários na busca por este serviço.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar as classes terapêuticas, fármacos, características dos solicitantes e prescritores dos produtos fornecidos;
- Verificar se os medicamentos solicitados estão sob alguma forma de financiamento prevista por programas vigentes;
- Contabilizar o gasto anual no atendimento das solicitações;
- Elucidar as trajetórias dos usuários para caracterizar a forma de acesso aos medicamentos por esta via;
- Identificar os atores sociais e instituições envolvidas na trajetória dos usuários até o acesso aos medicamentos por compra direta na cidade de Florianópolis.

---

<sup>1</sup> Compra direta é todo medicamento comprado sem processo licitatório para atender aos pedidos individuais originados por demanda espontânea ou através de mandados judiciais.

## 5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta revisão, o eixo central será o SUS, especificamente o acesso aos medicamentos, alicerçado nos seus princípios: universalidade de acesso aos serviços, integralidade e equidade da assistência.

### 5.1 Saúde sob a ótica do Sistema Único de Saúde

O conceito mais abrangente de saúde é fornecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no preâmbulo de sua constituição, datada de 26 de julho de 1946, ao considerar como saúde "o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social".

Foi em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que se assumiu posição solene em favor do direito à saúde, conforme consta do seu artigo 25:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

A Constituição Federal (CF) de 1988, após estabelecer como um dos princípios do Estado Democrático de Direito "a dignidade da pessoa humana" (Artigo 1º, inc. III), enuncia o elenco de direitos e garantias fundamentais a partir da "inviolabilidade do direito à vida" (Artigo 5º, caput). Na seqüência, a Constituição proclama o rol dos direitos sociais, neles incluindo a "saúde" (Artigo 6º), cujos lineamentos constam de outras disposições em título próprio.

Ainda na mesma linha de proteção, dispõe nossa Carta Magna, nos artigos 194 e seguintes, sob a rubrica "Da ordem social", que "a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Não se trata de mero plano de intenções, mas afirmativa solene de proteção às pessoas, reconhecendo que possuem direito público à saúde, e o Estado tem a obrigação de garantir sua efetividade. Nesse tom, proclama o artigo 196 da Constituição que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". O

artigo se completa com a afirmação de que esse direito é "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

A Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, "Lei Orgânica da Saúde", dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, previsto no artigo 198 da Constituição Federal, dando-lhe a necessária implementação para funcionamento garantidor da proteção à saúde. Seu artigo 2º reafirma o preceito constitucional de que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". Explicita o § 1º desse artigo que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso único e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990b).

Guerra Júnior e Acúrcio (2003, p. 116), em estudo sobre a avaliação da qualidade em saúde sob a perspectiva de acesso, ressaltam que:

Espera-se que o sistema de saúde seja resolutivo o suficiente para satisfazer às necessidades e expectativas dos usuários, no que concerne às suas preocupações individuais, como também para enfrentar adequadamente os principais problemas de saúde identificados pelos gestores do sistema a partir do perfil epidemiológico da população. Nesse sentido, avaliar a qualidade das ações e dos serviços de saúde é fundamental, pois seus resultados podem contribuir para incrementar a efetividade e a eficiência do sistema, entre outros aspectos. Um melhor conhecimento sobre o desempenho dos serviços e produtos disponibilizados se constitui em elemento de maior relevância na caracterização progressiva do que deve ser considerado como referencial de qualidade.

## **5.2 O Sistema Único de Saúde e o acesso aos medicamentos**

Desde a sua criação, o SUS possui prioridades a serem alcançadas: o reforço da atenção básica, o controle das endemias, a capacitação dos profissionais de saúde, o fortalecimento do controle social e a melhoria do acesso aos medicamentos. Segue como principal diretriz a ampliação do acesso aos Serviços e Ações de Saúde, inclusive Assistência Farmacêutica, com garantia da qualidade do atendimento (NOB, 91, 93, 96 e NOAS, 2001, 2002).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 10 de outubro de 1998, com a edição da Portaria n. 3.916, é elaborada em um contexto em que

a existência de significativa parcela da população sem acesso a qualquer tipo de atenção, inclusive a farmacêutica, a coexistência de doenças típicas de países desenvolvidos com aquelas próprias de países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional e o aumento da demanda por medicamentos eram alguns fatores que evidenciaram a necessidade de uma política de medicamentos, de caráter nacional (ACÚRCIO, 2003, p. 35).

A PNM, presente no Diário Oficial, de 30 de outubro de 1998, é um rumo para a concretização de metas no sentido de consolidação do SUS. O SUS é um projeto bem elaborado, notadamente em razão da equidade que promove ações de saúde para toda a população. Com a mudança demográfica da população, o envelhecimento populacional, surge a necessidade de construção do SUS conferindo prioridades aos aspectos preventivos, de promoção e de recuperação da saúde diante do aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas e aumento da morbimortalidade decorrente da violência, especialmente os homicídios e os acidentes de trânsito (FISCHER-PÜHLER, 2002).

Silva e Bermudez (2004, p. 210) reforçam que, com a aprovação da PNM, propõem-se garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, promover o uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para isso, estabelece diretrizes e prioridades, observados os princípios constitucionais.

Bermudez (1992 apud REIS, 2001, p. 405) destaca que a distribuição de medicamentos essenciais “não cobre todas as necessidades da população”, porém seu elenco e garantia de acesso contribuem para a otimização da gestão e resolubilidade dos serviços. Assegurar a equidade e o acesso aos medicamentos garantidos pelo SUS torna-se um desafio da municipalização dos serviços, pois se trata de um insumo fundamental, utilizado na prevenção, no diagnóstico e tratamento de várias enfermidades.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), em seu Plano Nacional de Saúde, quanto a medicamentos, traçou o seguinte objetivo: Promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da atenção à saúde, observando as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos custos e dos preços. Definiu como Diretrizes:

- Implantação de farmácias populares;
- Implementação da suficiência nacional em imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e insumos estratégicos;
- Ampliação das ações de regulação de mercado.

Para o acesso ao medicamento, o usuário, além de contar com a Assistência Farmacêutica Básica, apoiada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), dispõe também do Programa de Medicamentos Excepcionais, o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental, Medicamentos para a Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, Medicamentos para a Saúde da Mulher e Medicamentos para a Aids (BRASIL, 2003a).

### **5.2.1 Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica**

Em 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 176/99, foi estabelecido o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica ocasionando a descentralização de recursos (BRASIL, 1999). O valor aprovado foi de R\$ 2,00 (dois reais) por habitante/ano, com repasse de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano pelo gestor federal e contrapartida dos governos estaduais e municipais, que contribuíam cada um, com, no mínimo R\$ 0,50 (cinquenta centavos) per capita/ano. Os recursos federais são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor estabelecido, na proporção do número de habitantes dos municípios. Para ter acesso ao incentivo, os estados deveriam elaborar o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, atualizado anualmente.

O Incentivo à Assistência Farmacêutica básica é destinado à aquisição de medicamentos essenciais relacionados na RENAME, que foi criada com o objetivo de sanar os problemas de saúde da população, mediante necessidade de terapia medicamentosa eficaz, segura e de baixo custo. Cada estado e município deve se basear na RENAME para elaborar sua lista de acordo como o perfil epidemiológico local (BRASIL, 2001).

Em relação à Logística e Assistência Farmacêutica, a Portaria Nº 2084/GM, de 28 de outubro de 2005, estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. As três esferas do governo (federal, estadual e municipal) são responsáveis pelo financiamento, e essa garantia é discutida e pactuada nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB) é composto por recursos do Ministério da Saúde, dos Estados, dos Municípios e do Distrito

Federal, nos seguintes valores: R\$ 1,65 (um real e sessenta e cinco centavos) por habitante/ano, oriundo do orçamento do Ministério da Saúde; R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano, no mínimo, como contrapartida Estadual e também o mesmo valor como contrapartida Municipal, oriundas de recurso próprio (BRASIL, 2005b).

O Pacto de Gestão para o SUS, expresso na Portaria MS/GM 399, de fevereiro de 2006, incluiu a Assistência Farmacêutica em seus Blocos de Financiamento e define sua organização, dividido em quatro componentes que são:

**a) Componente da Assistência Farmacêutica Básica:** Parte Fixa (Portaria 2084) e Parte Variável são o atual componente estratégico: Hipertensão e Diabetes (HD), Asma e Rinite (AR), Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite de acordo com a Portaria Nº 204/GM, de janeiro de 2007.

Na parte variável, o recurso pode estar centralizado no Ministério da Saúde ou descentralizado nos estados e municípios obedecendo a pactuações nas Comissões Intergestores Tripartite.

Os medicamentos para HD eram adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos diretamente aos municípios brasileiros que aderiram ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e aos Diabetes mellitus (Portaria GM/MS nº 371, de março 2002) (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde disponibiliza aos municípios um sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, denominado Sistema HiperDia. O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

De acordo com a Portaria GM 2084/2005, a partir de abril de 2006, teve início a descentralização dos recursos para os grupos de HD (R\$ 1,15) e AR (R\$ 0,95). O Medicamento Insulina NPH (HD), ainda permanece sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, os demais grupos permanecem com sua execução centralizada.

O Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.077, de agosto de 1999 (BRASIL, 1999a). A coordenação e a implementação do Programa cabem aos gestores estaduais, com aprovação

pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) dos critérios de seleção e distribuição. Essa portaria estabelece como responsabilidade do gestor federal 70% do valor total previsto e 30% restantes do gestor estadual.

Os medicamentos são fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, sendo o fornecimento aos municípios feito de acordo com o cronograma pré-estabelecido após a aprovação do Programa de Saúde Mental, pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, no que tange à rede básica de assistência, ou após cadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial.

**b) Componente da Assistência Farmacêutica Estratégica:** São medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde, e distribuídos diretamente aos municípios ou estados, conforme definido na Portaria GM nº 176/99, que atendem ao controle e tratamento dos portadores de tuberculose, hanseníase, meningite, cólera, teníase/cisticercose, coqueluche/difteria, os antiretrovirais, alguns para doenças sexualmente transmissíveis, saúde da mulher, a insulina NPH 100, os hemoderivados e aqueles para doenças endêmicas (leishmaniose, esquistosomose, malária, doença de Chagas, filariose e peste), todas as vacinas pertencentes ao Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Programa de Saúde da Mulher.

No caso do tratamento da Aids, cabe aos estados e/ou municípios, a responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos destinados ao tratamento das infecções oportunistas, conforme pactuação ocorrida nas CIB. Desse grupo de medicamentos, somente a aquisição e a distribuição da talidomida é de responsabilidade do Governo Federal. Segundo o Ministério da Saúde, os medicamentos utilizados no tratamento da Aids consomem cerca de 80% dos recursos da área. Em 2000, os recursos da área alcançaram 806 milhões de reais (BRASIL, 2000 apud ACÚRCIO, 2003).

**c) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional:** Disponibiliza medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, tornam-se excessivamente caros para serem suportados pela população. Utilizados no nível ambulatorial, a maioria deles é de uso crônico e parte deles integra tratamentos que duram por toda a vida, ou seja, por longos períodos.

O Programa foi criado em 1993, através da Portaria SAS/MS nº 142. Até 1996, poucos medicamentos eram efetivamente dispensados para a população. Porém, a partir de 1998, registra-se um significativo crescimento nos quantitativos de medicamentos dispensados, nos valores gastos e no número de pacientes atendidos. De 1997 a 2001, muitos medicamentos foram incluídos e outras doenças passaram a ser atendidas. Ao final de 2001, o Programa



disponibilizava 41 medicamentos (83 apresentações diferentes), atendendo a mais de 109 mil pacientes a um custo anual de R\$ 449,5 milhões (quatrocentos e quarenta e nove milhões e quinhentos mil reais). Em 2002, o Programa foi significativamente ampliado, contemplando 92 medicamentos, em 208 apresentações diversas.

O modelo de gerenciamento adotado envolve o controle nominal dos pacientes e o adequado gerenciamento da prescrição e fornecimento dos medicamentos. Foram elaborados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para grande parte dos medicamentos com a finalidade de racionalizar a prescrição e a dispensação (BRASIL, 2002).

Os medicamentos excepcionais/alto custo apresentam financiamento pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o recurso financeiro é originário do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e repassado mensalmente aos estados, com base na média do custo apresentado por cada um deles, por meio das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC). Através da Portaria nº 409, de 05 de agosto de 1999, foi instituída a APAC para fornecimento de todos os medicamentos de caráter excepcional.

Os Estados e o Distrito Federal são responsáveis pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação desses medicamentos aos pacientes cadastrados. Para fins de ressarcimento, o Ministério da Saúde publica portarias com os valores dos procedimentos vigentes. Teoricamente, o governo Federal é o responsável único pelo financiamento desse Programa. No entanto, nos últimos anos, a esfera estadual tem compartilhado esse financiamento (NEGRI, 2002).

Em 2002, houve ampliação do Programa através das Portarias/MS nº 1318, de 23 de julho de 2002, e nº 921, de 25 de novembro de 2002, que estabeleceram a relação de medicamentos considerados de dispensação de caráter excepcional (BRASIL, 2002).

Os usuários desses medicamentos correspondem aos transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, de esclerose múltipla, de hepatite viral crônica B e C, de epilepsia, de esquizofrenia, de dislipidemias, de asma grave e de doenças genéticas como fibrose cística e doença de Gaucher (BRASIL, 2004).

O acesso ao Programa de Medicamentos Excepcionais se dá por meio da abertura de processo de solicitação de medicamento, devendo o paciente ou, na sua impossibilidade, o seu cuidador, dirigir-se ao Centro de Custo para este Programa, ao qual o município onde reside está vinculado. Cada município deve ter ciência da lista e dispor aos usuários os medicamentos que compõem a lista de seu estado.

**d) Componente de organização da Assistência Farmacêutica:** Será a completa execução nos estados e municípios dos recursos federais descentralizados, sendo transferidos

na modalidade fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde). Com essa nova modalidade de alocação dos recursos, os recursos atuais da Assistência Farmacêutica Básica deixarão de integrar os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, considerando a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS, inclusive a farmacêutica, editou a Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Esta portaria 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 definindo que o bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes: a) Componente Básico da Assistência Farmacêutica; b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e c) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

### **5.2.2 Fornecimento de medicamentos por pedidos individuais e ações judiciais**

Como foi relatado, existe a formalização de vários programas oficiais para acesso aos medicamentos, porém, quando surge a necessidade de acessar medicamentos não padronizados pelos programas vigentes, o usuário busca outras vias de acesso, como os pedidos individuais e mandados judiciais.

O acesso e a efetividade das ações, no plano individual ou coletivo, são atributos fundamentais e interdependentes (o acesso ao cuidado inefetivo, assim como a existência de serviços aos quais não se tenha acesso, não agregam valor à saúde), que sintetizam os principais resultados em saúde (LUIZA; BERMUDEZ, 2004). Para os autores, baseados em vários estudiosos, o acesso à saúde não pode ser definido apenas com base na existência de serviços ou produtos, mas deve considerar a sua real utilização.

A grande variedade de produtos farmacêuticos disponíveis e a compulsão dos usuários por ingerir medicamentos constituem pressões para a necessidade de prescrição medicamentosa. Muitas vezes, os profissionais prescritores têm acesso limitado à informação objetiva sobre os fármacos que prescrevem e dispensam. Tal negligência se deve muito mais a falta de hábito de busca do que indisponibilidade de informação (WANNMACHER, 2004).

O amparo jurídico para as ações dos pacientes está na Constituição Federal. A Carta Magna estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, devendo ser prioritárias. A CF garante, ainda, a assistência à saúde de forma integral, igualitária e universal a todos os brasileiros. A LOS, composta pelas leis federais 8.080/90 e 8.142/90 – que definem as funções e responsabilidades do SUS – vai ainda mais longe. Além da assistência integral, inclusive farmacêutica, ela determina a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde. O Ministério da Saúde regulamentou a distribuição de medicamentos por meio de portarias e de protocolos clínicos, nos quais estão listados desde os remédios essenciais até os de alto custo que devem ser fornecidos pelo SUS à população (CONASEMS, 2005).

O próprio Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) não nega que os usuários estejam certos ao buscar seus direitos na Justiça. Mas os gestores municipais reclamam que, justamente por sua abrangência, a Lei não prevê uma série de outras situações. Por exemplo: o fornecimento de remédios que ainda não têm registro no Ministério da Saúde ou que não fazem parte da lista de medicamentos do SUS, as ações para tratamentos e cirurgias no exterior; as demandas judiciais de pacientes que não são usuários da rede pública e abusos de todos os tipos contra o sistema. Afirmam que a enxurrada de ações judiciais, provocada pelas brechas na legislação, acaba por resultar no descumprimento de liminares. Seja qual for o caso, o paciente é sempre o maior prejudicado.

Picon (apud CONASEMS, 2005), consultor do Ministério da Saúde, revela que, das 450 ações judiciais que tramitam contra o Estado do Rio Grande do Sul, 70% pedem medicamentos que não fazem parte da lista do SUS. Muitos deles, remédios recém-lançados por grandes laboratórios, ainda em fase de testes.

Picon (apud CONASEMS, 2005) contesta:

É um marketing secular, agressivo e quase perfeito [...] o Ministério Público não pode mudar a receita, e a Justiça sempre decide pelo direito garantido na Constituição. Dessa forma, o Estado tem de arcar com um gasto muito maior para fornecer aquele medicamento e faltam recursos para os pacientes da atenção básica.

Mandados dessa natureza, com financiamento específico, podem indicar falta de acesso aos medicamentos nos municípios dos reclamantes. Ministérios Públicos estaduais e o Poder Judiciário iniciaram um movimento para evitar que as garantias legais de acesso a medicamentos se virem contra os próprios usuários do SUS. Em fevereiro de 2005, foi criada a Associação Nacional dos Ministérios Públicos de Defesa da Saúde (Ampasa). Um de seus objetivos é justamente promover uma articulação com o Judiciário para evitar equívocos e

frear eventuais abusos nas ações judiciais. Merece destaque, a regulamentação do acesso aos medicamentos pelo Congresso Nacional, por meio de uma lei que obrigue a obediência aos protocolos clínicos e às diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde e defina, de maneira mais clara, a responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e federais e a quebra de patentes na produção dos medicamentos (CONASEMS, 2005).

### **5.3 Equidade, integralidade e universalidade de acesso aos serviços**

O tema equidade passa a receber maior atenção na década de 80. Um dos marcos dessa discussão no campo da saúde é a estratégia formulada pela OMS – "Saúde Para Todos no Ano 2000", que visava à promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade, destinadas a atingir a todos, independente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que possam ser definidas socioeconômico e culturalmente (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). A partir daí, o conceito de equidade foi retomado e faz parte das discussões da saúde objetivando a ampliação da igualdade na prestação dos serviços em saúde.

A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade consiste no ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos, e o próximo passo é o reconhecimento da cidadania (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997).

Para os autores acima, equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. Somente por meio desse princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que se conseguirá fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles, o do direito à vida, representado, neste debate, pela possibilidade de acesso a ações e serviços de saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição de recursos para a saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população.

Dentro desse quadro, ganha força a perspectiva de que mais do que a insuficiência de recursos, o que caracteriza a ação governamental no Brasil é a má distribuição dos recursos

existentes, que acaba não atingindo os grupos sociais mais vulneráveis. Para Rocha (2001 apud SENNA, 2002), ao se considerar o montante do gasto social brasileiro, comparativamente a outros países, observa-se que o mesmo não é insuficiente, mas ineficiente. Ao mesmo tempo, segundo Ramos (2000 apud SENNA, 2002), verifica-se que são os segmentos menos pobres dentre os pobres, sobretudo aqueles com maior poder de vocalização, os que proporcionalmente mais se apropriam dos serviços e benefícios sociais prestados. Nessa direção, a focalização das políticas sociais nos grupos mais vulneráveis é defendida como forma de promover o acesso desses setores aos programas e serviços sociais.

Já em relação à equidade no uso de serviços de saúde, é preciso considerar que a utilização dos serviços, além de influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional, também está condicionada por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários. Assim, "para além da determinação biológica e social das necessidades, são considerados como fatores explicativos de uso de serviços aqueles relacionados com a efetiva implementação da política de saúde" (ALMEIDA et al. 1999 apud SENNA, 2002).

A implementação de políticas equânimes, ou seja, que reconhecem as diferenças (justas ou injustas) atinentes às necessidades, implica, portanto, definição de campos específicos de sua aplicação. Pode-se perceber, pelo menos, três importantes campos na saúde: distribuição de recursos; oportunidades de acesso e utilização dos serviços (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

No que tange aos recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica, a equidade é uma questão importante a ser discutida, uma vez que a distribuição desses recursos entre os diferentes programas do Ministério da Saúde deixa claro que há necessidades e investimentos díspares: em 2001, apenas 11,6% dos investimentos do Ministério da Saúde em medicamentos foram destinados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SILVA; BERMUDEZ, 2004).

Embora haja um relativo consenso quanto ao diagnóstico da ineficiência e ineficácia dos gastos públicos, os temas da equidade e da focalização têm suscitado forte polêmica. De um lado, situam-se posições que associam a focalização à perspectiva de restrição de direitos a partir da instauração de um cardápio mínimo de ações a serem desenvolvidas pelo Estado, apenas para a população mais pobre. De outro lado, encontram-se algumas análises que salientam a possibilidade de a focalização se constituir numa alternativa atraente para fazer face ao quadro de extrema pobreza e desigualdade social no Brasil, à medida que estabelece prioridades de acesso dos segmentos mais vulneráveis aos programas sociais (SENNA, 2002).

O conceito de integralidade surge junto ao Movimento pela Reforma Sanitária e é respaldado como princípio, quando da criação do SUS, em 1990, fazendo parte de seus Princípios e Diretrizes, no artigo 7º:

no Artigo 198 da Constituição Federal onde, no II princípio, a Integralidade da Assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990b).

Para os profissionais de saúde, incluindo os gestores, a Integralidade deve ser compreendida de modo a abranger o cuidado em saúde focando nas reais necessidades dos usuários, prestando os serviços de saúde de forma articulada e integrada em todos os territórios organizacionais do sistema de saúde no âmbito de atenção à saúde. Para Xavier e Guimarães (2005, p. 134),

nossa escolha é simplesmente trilhar o caminho, desbravando sentidos, tendo claro que a Integralidade não se apresenta como meta a ser atingida ao final dele, mas sim como o próprio caminho, que jamais acaba e indefinidamente desdobra-se em muitos outros.

Considerando que os medicamentos constituem a intervenção terapêutica mais freqüentemente empregada, podendo ser também a mais custo-efetiva quando corretamente utilizada, Luiza e Bermudez (2004) referem que o acesso aos medicamentos desponta como condição essencial para que a atenção à saúde seja resolutiva. É importante considerar, como destacam os autores, que este acesso, no entanto, não é apenas a produtos, mas sim às condições para o uso racional dos medicamentos. Isso implica um conjunto de ações e serviços, compreendendo desde a seleção de medicamentos seguros, eficazes e de um custo que a sociedade possa arcar, diagnósticos aprimorados e vias de acesso eficientes.

No início do século passado, as ações de saúde pública estavam voltadas especialmente para ações coletivas, e as preventivas ainda desamparavam grande parte da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social (BAPTISTA, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial, o provimento dos cuidados e serviços de saúde torna-se atribuição de Estado e, em muitos países, a saúde passa a ser entendida como um direito universal, ou seja, como atributo da cidadania (MÉDICI, 2002).

De fato, muitas produções teóricas em torno das políticas de saúde no Brasil têm destacado os impasses na implementação do SUS. Identificam que as recentes alterações no processo de reformulação do sistema de saúde brasileiro, sobretudo a partir de 1995, são

pautadas pela perspectiva de racionalização dos gastos públicos, decorrentes da implementação das medidas de ajuste estrutural prescritas pelo Banco Mundial. Ao mesmo tempo, o alargamento de inúmeras propostas de focalização, preconizando um sistema público de saúde para os pobres e excluídos, é encarado como uma tendência racionalizadora, de contenção de gastos sociais, que põe em cheque a universalidade do direito à saúde, ao instaurar a noção de *cesta básica* para o setor (SENNA, 2002).

#### **5.4 Cultura da medicalização e trajetória pela busca do medicamento**

A origem das trajetórias aos serviços de saúde é fortemente marcada por situações de forte exclusão social, uma vez que o ponto de partida é a própria condição de vida, moradia e dependência de cuidados. A mobilização do doente em direção a recursos variados com o objetivo de cura pode sofrer modificações, e muitas vezes, dependem da incorporação de responsabilidades que nem sempre estão evidentes, pois existe falta de conhecimentos dos recursos disponíveis. Os usuários vão em busca de alguma coisa que acreditam não poder encontrar em outro lugar, se não nas instituições responsáveis pela manutenção do SUS, especialmente em casos graves ou crônicos como a garantia de cura, gratuidade, modernidade e universalismo (SAILLANT, 2004).

Quando uma pessoa procura um determinado serviço de saúde, ela lança mão de uma série de mecanismos que orientam tal procura e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: os sintomas, a doença, o momento adequado, o profissional que deve procurar, o que dizer e o que esperar de cada profissional ou serviço. Devemos entender que fatores culturais desempenham um papel importante na prática de saúde e que o modelo biomédico é apenas um entre tantos outros modelos empregados pela sociedade atual. É interessante perceber que, apesar de a perspectiva antropológica vir auxiliando no entendimento dos diversos fatores envolvidos, o modelo biomédico é ainda brutalmente hegemônico, o que tem levado a uma visão reducionista da doença, vista como um processo exclusivamente biológico (OLIVEIRA, 2002).

O sucesso dos profissionais da atenção primária à saúde no seu papel de promoção e prevenção depende, em larga medida, da habilidade que esses mesmos profissionais têm de fornecer serviços assistenciais com credibilidade na linha de frente – ações curativas. Quando

faltam medicamentos, as pessoas param de freqüentar os serviços de saúde, já que os medicamentos são considerados a essência da atenção à saúde. Os medicamentos são considerados tão essenciais para a atenção à saúde que um programa de saúde sem medicamentos é praticamente impossível de ser concebido devido a sua grande popularidade. A questão a respeito do que faz do medicamento algo tão desejável não pode simplesmente ser respondida com o fato de que alguns deles são bioquimicamente eficazes. O argumento de que as pessoas querem medicamentos apenas porque eles têm uma capacidade “natural” inata e óbvia de curar parece insatisfatório. A motivação para adquirir medicamentos não vem do fato de que eles *são* poderosos, mas do fato de que as pessoas *acreditam* que eles sejam (GEEST & WHYTE, 1989).

O SUS, apesar de todos os avanços, ainda enfrenta desafios, incluindo a apropriação por todos os profissionais e usuários do conceito ampliado de saúde, alicerçado ainda como o fator da ausência de doença em dicotomia com o conhecimento das condições da população na busca da promoção da saúde. Outro fator importante a ser considerado diz respeito a condução e características culturais condicionantes da medicalização da população, fragilizando os conhecimentos populares, fator iniciado nos anos 40, que vem empoderando a indústria farmacêutica que reforça os conhecimentos científicos, o modelo biomédico e a prática do lucro (MENDES, 2006).

Parece ser evidente que os aspectos relacionados à saúde/doença envolvem ações dos indivíduos, expressos na forma como percebem a doença, incorporam um diagnóstico e buscam o tratamento indicado (OLIVEIRA, 2002).

Segundo declarações do 1º Fórum Mundial de Saúde (2005), cabe aqui ressaltar:

Item 5: A mercantilização da saúde e sua submissão aos interesses comerciais e financeiros mundiais e nacionais violam sistematica e maciçamente o direito à saúde, no momento em que excluem a maioria da população mundial das condições geradoras de saúde e do acesso aos serviços públicos fundamentais.

Item 13: A luta pela conquista da integralidade enquanto princípio constitutivo de um novo modo de atenção à saúde deve atentar para a incorporação dos cuidados integrais em áreas que têm sido desconsideradas, apesar dos indicadores epidemiológicos apontarem sua relevância social, tais como a atenção à saúde bucal integral, a atenção qualificada e não institucionalizante da saúde mental, os cuidados intensivos e o acesso aos medicamentos essenciais e também aos de alto custo. Trata-se de eliminar a idéia da integralidade apenas em nível de menor complexidade e garantir a resposta integral às necessidades das populações – desde seguridade alimentar até os transplantes, porém enfatizando a qualidade de vida das pessoas. A integralidade também inclui o acesso, através dos sistemas públicos, às práticas tradicionais dos povos de cada país, respeitando sua etnicidade dentro de um marco de interculturalidade e diversidade cultural.

Item 22: Quanto ao debate internacional sobre a propriedade intelectual e o acesso da população ao conhecimento, afirmamos que o conhecimento produzido é patrimônio da humanidade. A produção de conhecimentos científicos e sua aplicação na produção de medicamentos, nas terapias genéticas etc. devem estar a



serviço da resolução das necessidades dos povos, constituindo-se o conhecimento em propriedade social do estado com poder de decisão.

Os medicamentos são considerados insumos na prestação dos serviços de saúde. O termo “insumo” refere-se aos elementos essenciais à execução de um determinado processo de produção, seja de bens ou serviços, que são, no processo, consumidos.

No caso das ações de Saúde, fazem parte dos insumos críticos, acrescidos dos imunobiológicos, sangue, hemoderivados e equipamentos. Porém, o que está por trás dessa produção são os aspectos diretamente relacionados com o campo da Ciência e da Tecnologia. Isto é, o domínio do conhecimento científico e da técnica necessários à execução ótima das ações e serviços, no caso de Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

A hierarquia do SUS, que se manifesta primeiramente nas desigualdades de acesso, universalista e igualitária, reserva à maioria da população brasileira apenas uma parte dos recursos biomédicos, talvez universal e igual, mas insuficiente e irrisória do ponto de vista das normas de outros países mais desenvolvidos. No mais, o neoliberalismo tornou possível a criação das tecnologias biomédicas de luxo. Evidentemente, apenas os mais ricos podem passar por suas portas (SAILLANT, 2004).

Na busca por formas de acessar estas portas, os sujeitos no Brasil constroem trajetórias de acesso aos serviços e aos medicamentos que lhe são indicados. No caso do acesso aos medicamentos por ações judiciais ou solicitações individuais ainda não há descrições na literatura sobre as trajetórias dos usuários e suas percepções e é este um dos objetivos do presente estudo.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Local do estudo**

Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, atualmente possui 396.778 habitantes, conforme projeção IBGE, com população predominantemente urbana e taxa média de crescimento anual de 3%. Possui localidades e bairros em conurbação, ocupando uma área de 436,05 km<sup>2</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social do município de Florianópolis compõem o local onde serão resgatados os dados, utilizando respectivamente seus departamentos administrativos e financeiros.

Em 1991, as duas Secretarias representavam uma única Secretaria – a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social; época em que inicia o processo de implantação do SUS com a municipalização dos serviços básicos de saúde, seguindo as orientações e princípios norteadores da Reforma Sanitária, que procuram definir as portas de entrada e o acesso organizado e hierarquizado aos vários níveis de atenção.

Em 21/03/2001, através da Lei nº 5831, cria-se a Secretaria Municipal da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, desmembrada da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, que passa a ter a denominação de Secretaria Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005 demonstra que o município é habilitado no modelo Pleno da Atenção Básica Ampliada, caracterizando sua competência no nível básico da Atenção à Saúde, ficando as demais ações de nível secundário e terciário sob gestão da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. As ações da atenção primária estão baseadas na estratégia de saúde da família em toda a rede municipal, incorporando e ampliando os procedimentos de vigilância à saúde para todas as ações de cunho individual e coletivo. A vigilância à saúde pode ser, assim considerada, a principal diretriz no modelo de atenção e, nessa direção, vêm sendo adotadas táticas gerenciais de planejamento ascendente, de informação e de territorialização na área da saúde.

Em julho de 2007 seu modelo de gestão foi modificado, devido a implementação do Pacto pela Saúde pelo Ministério da Saúde em 2006, os municípios estão em fase de negociação com as esferas do SUS, tendo como prazo final até dezembro de 2007 para

assinarem o Termo de Compromisso dos Pactos de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS. O município de Florianópolis aderiu ao Pacto pela Saúde na CIB em 20/07/2007 e aguarda a publicação da Portaria Federal, ainda para o mês de setembro de 2007. Desta forma, passará de Gestor Básico no SUS para Gestor da Média e Alta Complexidade até o final de 2007 e a Gestão Hospitalar até o final de 2009.

Em 2005, a Secretaria de Desenvolvimento Social, como proposta estratégica para trabalhar as vulnerabilidades sociais, amplia sua função e passa a ser chamada de Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social (SCAIFDS).

A Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) configura-se como uma organização não-governamental sem fins lucrativos, criada no primeiro semestre de 1979, porém, foi regulamentada e fundada no dia 31 de agosto de 1980. Tem como objetivo atender famílias carentes de Florianópolis. Atualmente, é presidida pela primeira-dama e pretende, como uma de suas grandes metas, a expansão dos programas sociais.

Em ambas as Secretarias e na AFLOV, encontram-se arquivadas as autorizações de compras diretas de medicamentos para atender solicitações de usuários individuais.

## **6.2 Coleta de dados**

### **6.2.1 Arquivos de autorizações de compras**

A coleta de dados para esta fase se desenvolveu por meio da pesquisa documental nos arquivos existentes nos setores responsáveis pela compra e distribuição dos medicamentos fornecidos através de compra direta no município de Florianópolis (Apêndice B). O período compreendido das autorizações foi de 01/01/2003 até 31/12/2006.

Todas as autorizações de compras de medicamentos para atender solicitações de pacientes individuais, independente de ser originária ou não de um mandado judicial, foram identificadas nos arquivos das Secretarias Municipais de Saúde, da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social e da AFLOV.

Para a coleta de dados nas instituições estudadas, foi formalizado um Termo de Aceite de Disponibilização de Dados devidamente assinado pelo Secretário de Saúde, pela Secretária

da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social e pela Presidente da Associação Florianopolitana de Voluntários, respectivamente apresentados nos Anexos A, B, C e D. Nas autorizações, foram coletadas as seguintes informações:

- nome e quantidade dos medicamentos pleiteados;
- serviço de origem do usuário;
- especialidade do prescritor;
- data do receituário e da compra;
- valor gasto com os pedidos;
- nome, diagnóstico, renda, bairro ou localidade de residência do usuário.

Além da disponibilização dos dados, foi firmado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Apêndice C).

### **6.2.2 Tratamento dos dados das autorizações de compra**

Analisamos as autorizações de compra direta de medicamentos da Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social de Florianópolis e os casos encaminhados à Associação Florianopolitana de Voluntários, do período de 2005-2006 e da Secretaria de Saúde, no período de 2003 a 2006.

Para essa análise, foram categorizados o número de medicamentos e o de solicitações por usuário, o nome do medicamento, o diagnóstico do solicitante, o valor do medicamento, a renda média do solicitante, o encaminhamento de determinados serviços (saúde, de setores administrativos, procura espontânea, mandados judiciais, acordos com o Ministério Público), o atendimento de demandas internas (gestores, instituições do governo municipal), as demandas administrativas externas (solicitações diversas: políticos, usuários individuais, associações), as classes de medicamentos mais solicitadas (pelo Código Anatômico, Terapêutico e Químico – ATC), os prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB), os que faziam parte da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), os medicamentos padronizados pelo programa de medicamentos excepcionais, entre outros programas estratégicos.

### 6.3 Entrevistas

Para elucidar as trajetórias percorridas pelos usuários até o acesso aos medicamentos de compra direta em duas secretarias municipais e AFLOV, assim como identificar os atores sociais e instituições que influenciam nesse caminho, todos os solicitantes de compra de medicamentos dos meses de julho, setembro e novembro de 2006 foram contatados e em seguida entrevistados apenas os que aceitaram. Os arquivos selecionados tiveram seu conteúdo analisado, sendo a principal fonte de dados utilizada para a elaboração das entrevistas (Apêndice D). A escolha dos meses aconteceu de forma aleatória levando em conta a aproximação da data da entrevista com o mês de recebimento do medicamento para facilitar a memória do usuário. As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto, outubro e dezembro de 2006, portanto escolhido o mês anterior para realização das entrevistas.

Tentamos buscar uma autenticidade através da experiência de vida, de vários atores sociais, buscando um crescimento pessoal para aprender a descrever as rotinas institucionais que permeiam todas as diferentes interpretações socioculturais, buscando o novo para nós que é o envolvimento com as pessoas e a comunidade onde vivem. Interessava-nos saber o que elas têm a dizer sobre a sua trajetória e o significado para elas, entender em profundidade, investigando crenças e atitudes, buscando uma experiência íntima como sujeito. Para Triviños (1995), o pesquisador qualitativo considera a participação do sujeito como um dos elementos do seu fazer científico e, por meio das técnicas e métodos de coleta e análise de dados, exige atenção especial ao informante, ao mesmo observador e às anotações de campo.

No início da conversa com o usuário, era solicitada autorização para gravar as entrevistas, já para aqueles que não a autorizaram foi realizada a transcrição por meio de anotações realizada pela pesquisadora e também era informado sobre a necessidade de proceder algumas anotações pontuais para transcrição posterior, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Todas as entrevistas eram transcritas no mesmo dia para facilitar a memória.

O levantamento do material qualitativo foi realizado por entrevista semi-estruturada. Triviños (1995) define-a como uma técnica de coleta de informações que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses.

Os contatos eram feitos pela pesquisadora diretamente por telefone, a qual agendava a entrevista na residência dos entrevistados. Esta era realizada com questionário semi-estruturado para contemplar a abordagem qualitativa das informações.

Uma das questões preocupantes foi a dificuldade do contato telefônico. Com algumas pessoas, até era possível contatar, mas os prováveis entrevistados não aceitavam tão facilmente a entrevista, pediam para ligar depois, ou diziam que iam ligar e não retornavam a ligação. Já outros, os telefones não estavam autorizados para receber chamadas. Para melhor acesso aos sujeitos, também houve repetição de algumas ligações nos fins de semana e feriados, outras no período noturno. Depois, a ansiedade da pesquisadora foi diminuindo naturalmente e alguns contatos já se mostravam mais fáceis, fluíam com rapidez, agendava-se a entrevista e esta se concretizava com sucesso. Algumas pessoas retornavam a ligação para trocar a data, ou talvez para checar o telefone, por isso, era informado o telefone convencional e o celular da pesquisadora para ganhar-lhes a confiança.

No momento do contato telefônico, era informado o nome da pesquisadora, sua profissão, seu local de trabalho e o motivo da ligação. Enfatizava-se que se tratava de uma pesquisa de mestrado sobre o entendimento de como se dá o acesso do usuário aos medicamentos e, principalmente, àqueles que não são encontrados nas Unidades Locais de Saúde e necessita-se solicitá-los aos órgãos públicos ou via judicial por pedidos individuais.

Muitas vezes, a pesquisadora teve a impressão de ser considerada pelo sujeito da pesquisa uma peça importante para que pudessem continuar o tratamento. Houve a necessidade de enfatizar que não era esse o objetivo da entrevista, explicando se tratar de uma pesquisa. Podemos confirmar essa impressão nas falas a seguir:

*Eu queria agradecer pelo apoio. Eu acho legal vocês ficarem sabendo o que está acontecendo. (Social 2)*

*Essa entrevista vai me ajudar a pegar o medicamento? Porque eu não to recebendo nada, já recebi, mas foi o remédio errado. (Social 3)*

As entrevistas aconteceram em bairros diversos da cidade, e alguns endereços eram difíceis de encontrar. Em um deles, localizado no bairro Monte Cristo, uma localidade reconhecidamente perigosa da cidade, houve necessidade de apoio da Polícia Militar para locomoção mais segura dentro do bairro.

O roteiro de entrevista contemplou as seguintes questões:

- a) A prefeitura lhe forneceu o medicamento?

- b) Qual o Problema de Saúde diagnosticado?
- c) Há quanto tempo?
- d) Já usou o medicamento antes?
- e) Já havia solicitado medicamento para a prefeitura?
- f) Conte-me como o Sr (a) sentiu a necessidade de pedir medicamento para a prefeitura?

Nesta última questão era enfatizado o conhecimento por onde começou a busca pelo medicamento prescrito e todas as etapas que percorreu e quais pessoas ou instituições informaram sobre como conseguir o medicamento ou lhe ajudaram de alguma forma na trajetória.

Apesar do roteiro pronto, a pesquisadora procurava, durante as entrevistas, estabelecer uma linha de raciocínio lógico – frisava e revisava com o usuário que, além da Unidade Local de Saúde, seria útil também verificar se o medicamento fazia parte de algum programa de distribuição de programas estratégicos, os quais, em Florianópolis, também poderiam estar sob a responsabilidade do Estado.

### **6.3.1 Tratamento das entrevistas**

Para conhecer a trajetória utilizada pelo usuário, foi utilizado como referencial metodológico a pesquisa qualitativa. A pesquisa com abordagem qualitativa apreende a realidade e compreende os fenômenos e processos sociais manifestados no cotidiano do trabalho e têm reflexo, direto e indireto, na vida das pessoas que buscam e recebem atendimento em saúde. Favorece a observação de vários elementos, de forma simultânea, buscando entender e descrever o contexto em que o fenômeno ocorre (MINAYO, 1993).

As entrevistas foram submetidas a um processo de análise de conteúdo dos dados coletados, os temas eram interpretados pelo pesquisador pela repetição das frases e a percepção de cada situação vivenciada. Foi construída uma grande planilha em forma de quadro para a junção dos temas emergidos por semelhança. Após a leitura e exploração do material, todas as falas dos entrevistados foram separadas em subcategorias. No final as subcategorias foram novamente separadas e estabelecido duas grandes categorias de análise: Trajetória do usuário que recebeu medicamento pela SMS/SCAIFDS/AFLOV e Justificativa do pedido de medicamento por compra direta SMS/SCAIFDS/AFLOV ou via judicial (SMS).

#### **6.4 Procedimentos Éticos**

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Vale de Itajaí, em 11 de maio de 2006, através do Parecer nº 9314 (Anexo E).



## 7 RESULTADOS

### 7.1 Perfil das solicitações de compra direta de medicamentos no município de Florianópolis

O levantamento dos dados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) resultou em 1947 autorizações de compra direta no período de 2003 a 2006. Os arquivos estavam acondicionados em uma sala de depósito na própria secretaria.

**Tabela 1:** Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC.

ANO	Nº USUÁRIOS	Nº AUTORIZAÇÕES
2003	5	22
2004	89	298
2005	155	932
2006	126	695

*Fonte: autorizações de compras da SMS, 2003 a 2006, Florianópolis, SC.*

Os dados da Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social estavam muito bem organizados em pastas de arquivo, separados por meses e anos. Nesta secretaria foram encontradas 279 autorizações de compra direta de medicamentos a partir do mês de julho de 2005.

**Tabela 2:** Dados da SCAIFDS de Florianópolis, SC.

ANO	Nº USUÁRIOS	Nº AUTORIZAÇÕES
2005 (a partir de julho)	65	123
2006	89	156

*Fonte: autorizações de compras da SCAIFDS, 2005 a 2006, Florianópolis, SC.*

Como a partir de dezembro de 2005, a SCAIFDS, a exemplo da Secretaria Municipal de Saúde, solicitou ajuda à AFLOV, esta instituição foi incluída durante o levantamento de dados desta dissertação.

**Tabela 3:** Dados da AFLOV de Florianópolis, SC.

ANO	Nº USUÁRIOS	Nº AUTORIZAÇÕES
2006	83	200

*Fonte: autorizações de compras da AFLOV, 2006, Florianópolis, SC.*

**Tabela 4:** Número de solicitações, usuários, medicamentos, produtos correlatos e valores empregados pelas instituições, agrupado por ano de solicitação e instituição fornecedora (Florianópolis, SC).

Ano	Nº Solicitações			Nº Usuários			Nº Medicamentos			Nº produtos correlatos*			Valores		
	SMS	SCAIFDS	AFLOV	SMS	SCAIFDS	AFLOV	SMS	SCAIFDS	AFLOV	SMS	SCAIFDS	AFLOV	SMS	SCAIFDS	AFLOV
<b>2003</b>	22	-	-	5	-	-	100	-	-	232	-	-	R\$ 3.398,96	-	-
<b>2004</b>	298	-	-	89	-	-	933	-	-	759	-	-	R\$ 30.695,08	-	-
<b>2005</b>	932	123	-	155	65	-	2.114	159	-	2.381	22	-	R\$ 157.828,87	R\$ 13.796,45	-
<b>2006</b>	695	156	200	126	89	83	1.727	211	401	1.831	49	9	R\$ 137.429,05	R\$ 14.834,27	R\$ 16.676,53
<b>Total</b>	1.947	279	200	375	154	83	4.874	370	401	5.203	71	9	R\$ 329.351,96	R\$ 28.630,72	R\$ 16.676,53

Fonte: autorizações de compras dos órgãos pesquisados, 2003 a 2006, Florianópolis, SC.

\* Produtos correlatos correspondem a fitas de glicemia, seringas, agulhas, alimentos especiais.

Foram encontradas 2.426 autorizações para fornecimento de 5.645 medicamentos e 5.283 produtos correlatos, entre 2003 e 2006. Na SCAIFDS, só foi possível identificar autorizações a partir de 2005 e, na AFLOV, apenas de 2006. A Secretaria Municipal de Saúde recebeu o maior número de autorizações em todos os anos. O valor total empregado pela Prefeitura Municipal foi de R\$ 374.659,21 (trezentos e setenta e quatro mil, seiscentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos). Do ano de 2003 para o ano de 2004, houve um aumento de 9 vezes o valor empregado nessa forma de fornecimento de medicamentos na SMS, mantendo a tendência de crescimento nos anos seguintes. No ano de 2005, a SCAIFDS passou a fornecer parte dos medicamentos e, em 2006, essa atividade foi dividida também com a AFLOV, a pedido da administração municipal.

O número de usuários e solicitações na SMS diminuiu no último ano devido ao atendimento de parte da demanda por outras instituições. Segundo informações fornecidas pela SMS, a partir de 2006, esta secretaria passou a atender somente solicitações de demanda judicial e solicitou à SCAIFDS que atendesse as demais solicitações. A AFLOV, organização não governamental que presta serviços para a Prefeitura Municipal, por sua vez, passou a absorver parte da demanda da SCAIFDS em 2006. Os valores empregados pela administração municipal com essa forma de fornecimento em termos absolutos pode não ser significativo em relação ao montante do investimento na área, porém corresponde, para o ano de 2006, a R\$ 566,90 (quinhentos e sessenta e seis reais e noventa centavos) por usuário solicitante, enquanto o total empregado na compra de medicamentos padronizados para a atenção básica no município correspondeu a R\$ 17,32 (dezesete reais e trinta e dois centavos) por habitante.

O gasto da SMS com medicamentos via processo de licitação recebeu um incremento significativo de recursos no período, ficando acima do reajuste inflacionário do período. Em 2003 este valor era de R\$ 3.245.000,00 subindo para R\$ 6.874.000,00 em 2006.

Em um caso observado, uma única usuária recebeu medicamentos, entre 2004 e 2006, no valor aproximado de R\$ 35.000,00. O número de usuários atendidos por esta via subiu de 5 para 89, entre 2003 e 2004, para 220, em 2005, e 298, em 2006. O valor empregado apenas com atendimento de demandas do poder judiciário em 2006 foi de R\$ 95.211,75 (noventa e cinco mil, duzentos e onze reais e setenta e cinco centavos).

A demanda para fornecimento de medicamentos por decisão judicial iniciou em 2004 e teve um crescimento de 45 para 368 mandados em 2005, chegando a 501 em 2006. O fenômeno da intervenção do Poder Judiciário na garantia do direito social de acesso aos medicamentos, também verificado em outros estados, tem sido alvo de preocupação entre gestores e pesquisadores nas áreas de saúde coletiva e direito.

**Tabela 5a:** Informações constantes nas solicitações de medicamentos, por ano e Instituições fornecedoras

Instituição	Renda Familiar	Diagnóstico	Endereço	Telefone
<b>SMS</b>	42 (2,16%)	309 (15,87%)	626 (32,15%)	414 (21,26%)
<b>SCAIFDS</b>	109 (39,07%)	132 (47,31%)	29 (10,39)	25 (8,96%)
<b>AFLOV</b>	180 (90,00%)	167 (83,50%)	199 (99,50%)	187 (93,50%)

*Fonte: autorizações de compras dos órgãos pesquisados, 2003 a 2006, Florianópolis, SC.*

As autorizações da SMS apresentaram o menor número de informações a respeito do usuário solicitante e do serviço de origem (Tabela 5a).

Por este motivo, alguns dos objetivos iniciais deste estudo não puderam ser concluídos pela limitação de dados disponíveis nas autorizações de compra direta de medicamentos, principalmente naquelas arquivadas na SMS, o que comprometeu a análise dos valores empregados no fornecimento de medicamentos, a localização geográfica dos usuários, a caracterização geral de diagnósticos e especialidade dos prescritores e o tempo de espera para o fornecimento dos medicamentos solicitados. A impossibilidade de determinar as condições sociais de cada usuário solicitante inviabiliza também a discussão da equidade no acesso aos medicamentos, fato também observado no estudo de Vieira e Zucchi (2007). A falta de informações nas autorizações revela que o processo para o fornecimento de medicamentos não recebe a atenção devida quanto a seus aspectos burocráticos e legais, inclusive a respeito dos critérios para o recebimento de um benefício da assistência social (no caso das solicitações à SCAIFDS e AFLOV), como a renda. A avaliação da racionalidade da aplicação desses medicamentos também é impossibilitada pelo conteúdo insuficiente de informações sobre diagnósticos e tratamentos anteriores.

**Tabela 5b:** Informações constantes nas solicitações de medicamentos sobre a origem.

Instituição	Origem			
	Pública	Privada	Instituições Hospitalares	Não Informada
SMS	44 (2,26%)	20 (1,03%)	42 (2,16%)	1.841 (94,55%)
SMDS	135 (48,40%)	23 (8,24%)	48 (17,20%)	73 (26,16%)
AFLOV	94 (47,00%)	56 (28,00%)	24 (12,00%)	26 (13,00%)
<b>Total</b>	273 (11,25%)	99 (4,08%)	114 (4,70%)	1.940 (79,97%)

Fonte: autorizações de compras dos órgãos pesquisados, 2003 a 2006, Florianópolis, SC.

O serviço de origem das prescrições era pouco relatado nas autorizações da SMS (Tabela 5b). Na SCAIFDS e AFLOV, pode ser observado que a maioria das prescrições eram oriundas de serviços ambulatoriais do SUS, o que é condizente com o público que costuma ser atendido por essas instituições.

Para a SCAIFDS e a AFLOV, os serviços que mais originaram prescrições atendidas nestas instituições foram os públicos não hospitalares (unidades básicas e policlínicas). Pode-se constatar que a AFLOV atendeu um maior número de pedidos originados de serviço particular e possui o maior índice de preenchimento de renda, o que pode estar indicando a opção do usuário de baixa renda pelo serviço privado pela dificuldade de acesso aos serviços do SUS, daí a dificuldade levantada de custear o tratamento indicado pelo profissional da rede privada. Essa avaliação ficou prejudicada na SMS, pois, em 94,55% dos atendimentos, não foi informada a origem do usuário.

As Tabelas 6 e 7 demonstram os tipos de encaminhamento das solicitações para o fornecimento de medicamentos por compra direta. Na SMS, 47% das autorizações foram resultantes de decisões judiciais, fenômeno observado apenas a partir de 2004 e com grande crescimento nos anos seguintes, chegando a representar 72,23% das demandas nesta via de acesso em 2006. As 153 autorizações que constam como demanda administrativa interna, por terem sido autorizadas diretamente pelo Secretário de Saúde, são resultantes de acordo com o Ministério Público, não sendo computadas como mandados judiciais; em 22,8% das autorizações, não constava a origem do encaminhamento. Como Demanda Administrativa Interna, foram classificados os encaminhamentos de departamentos e autorizações do Gabinete (Prefeitura ou Secretaria de Saúde), correspondendo a 17,21%; como Demanda

Administrativa Externa foram classificados os encaminhamentos por políticos da cidade, demanda espontânea e de outras Secretarias, forma de encaminhamento que não foi registrada no último ano. O Ministério Público foi citado em pequena parcela das autorizações como determinante do fornecimento. Na SCAIFDS e AFLOV, 33,4% do total não continham essa informação e a Demanda Administrativa Interna foi a principal forma de encaminhamento, com 45,72% do total das autorizações.

**Tabela 6:** Secretaria Municipal da Saúde: classificação pelo tipo de encaminhamento de cada solicitação

<b>Ano</b>	<b>Decisão Judicial</b>	<b>Demanda Administrativa Externa</b>	<b>Demanda Administrativa Interna</b>	<b>Ministério Público</b>	<b>Não possui informação</b>
<b>2003</b>	0 (0,00%)	1 (4,55%)	8 (36,36%)	0 (0,00%)	13 (59,09%)
<b>2004</b>	45 (15,10%)	64 (21,48%)	29 (9,73%)	13 (4,36%)	147 (49,33%)
<b>2005</b>	368 (39,48%)	133 (14,27%)	145 (15,56%)	42 (4,51%)	244 (26,18%)
<b>2006</b>	502 (72,23%)	0 (0,00%)	153 (22,01%)	0 (0,00%)	40 (5,76%)
<b>Total</b>	915 (47,00%)	198 (10,17%)	335 (17,21%)	55 (2,82%)	444 (22,80%)

*Fonte: autorizações de compras da SMS, 2003 a 2006, Florianópolis, SC.*

**Tabela 7:** Classificação pelo tipo de encaminhamento de cada solicitação nas Instituições SCAIFDS e AFLOV

<b>Instituição</b>	<b>Demanda Administrativa Externa</b>	<b>Demanda Administrativa Interna</b>	<b>Não Possui Informação</b>
<b>SCAIFDS</b>	48 (17,20%)	78 (27,96%)	153 (54,84%)
<b>AFLOV</b>	52 (26,00%)	141 (70,50%)	7 (3,50%)
<b>Total</b>	<b>100</b> <b>(20,88%)</b>	<b>219</b> <b>(45,72%)</b>	<b>160</b> <b>(33,40%)</b>

*Fonte: autorizações de compras da SCAIFDS 2005 a 2006 e AFLOV 2006, Florianópolis, SC.*

Além dessa forma de encaminhamento para o acesso, as demandas internas e externas e o fornecimento de medicamentos pela SCAIFDS e uma organização da área social, como a AFLOV, merecem atenção. As demandas internas e externas sugerem o estabelecimento de formas de acesso a medicamentos por favorecimento pessoal: conhecidos que trabalham na gestão, interferência de políticos, entre outras possibilidades. Da mesma forma que vem ocorrendo com os mandados judiciais, em que os impetrantes não correspondem à parcela da

população com maior grau de exclusão social (segundo estudo de Viera e Zucchi, 2007), estes encaminhamentos não favorecem necessariamente a população com maiores necessidades financeiras, e sim aqueles que têm melhores oportunidades de reivindicar ou negociar seus direitos. Utilizando o estudo de Travassos *et al.* (2000) para esta discussão, é importante ressaltar que os autores relatam que as pessoas mais necessitadas têm menor chance de consumir serviços de saúde, inclusive medicamentos, no Brasil.

**Tabela 8:** Medicamentos classificados por tipo de financiamento para aquisição e por ano de solicitação

Ano	SMS + SCAIFDS + AFLOV				Total de Medicamentos Solicitados
	REMUME	Medicamentos Excepcionais	Medicamentos Saúde Mental	Prescrito Pela DCB	
<b>2003</b>	46 (46,00%)	12 (12,00%)	18 (18,00%)	4 (4,00%)	100
<b>2004</b>	261 (27,97%)	105 (11,25%)	186 (19,94%)	172 (18,44%)	933
<b>2005</b>	327 (14,39%)	227 (9,99%)	289 (12,71%)	587 (25,82%)	2.273
<b>2006</b>	560 (23,94%)	168 (7,18%)	185 (7,91%)	556 (23,77%)	2.339
<b>Total</b>	1.194 (21,15%)	512 (9,07%)	678 (12,01%)	1.319 (23,37%)	5.645

Fonte: autorizações de compras da SMS 2003 a 2006, SCAIFDS 2005 a 2006 e AFLOV 2006, Florianópolis, SC.

Já o fornecimento de medicamentos via SCAIFDS e AFLOV tem como prioridade o atendimento de demandas de famílias caracterizadas como de baixa renda e com necessidades sociais. No entanto, tais instituições não estão legal e tecnicamente habilitadas para a atividade de dispensação de medicamentos. Qualquer possibilidade de orientação para o uso correto dos medicamentos ou de avaliação da racionalidade do uso é inviabilizada neste âmbito.

Medicamentos constantes da REMUME da cidade representaram 21,15% do total solicitado; constantes do Programa de Medicamentos Excepcionais eram 9,07% e medicamentos fornecidos pelo Programa de Saúde Mental correspondiam a 12,01% (Tabela 8).

Dentre as autorizações que compõem a tabela acima, ou seja, todos os atendimentos a solicitações de medicamentos através da compra direta, aquelas oriundas de mandados

judiciais estão tabuladas na Tabela 9. O perfil dos medicamentos acessados por esta via mantém a mesma tendência apresentada na Tabela 8.

**Tabela 9:** Medicamentos requeridos por Mandados Judiciais, classificados por tipo de financiamento para aquisição e por ano de solicitação

Ano	REMUME	Mandados Judiciais			Total de Medicamentos Solicitados
		Medicamentos Excepcionais	Medicamentos Saúde Mental	Prescrito Pela DCB	
2004	17 (12,50%)	31 (22,79%)	0 (0,00%)	33 (24,26%)	136
2005	98 (11,60%)	102 (12,07%)	135 (15,98%)	116 (13,73%)	845
2006	299 (23,16%)	78 (6,04%)	116 (8,99%)	323 (25,02%)	1291
<b>Total</b>	414 (18,22%)	211 (9,29%)	251 (11,05%)	472 (20,77%)	2272

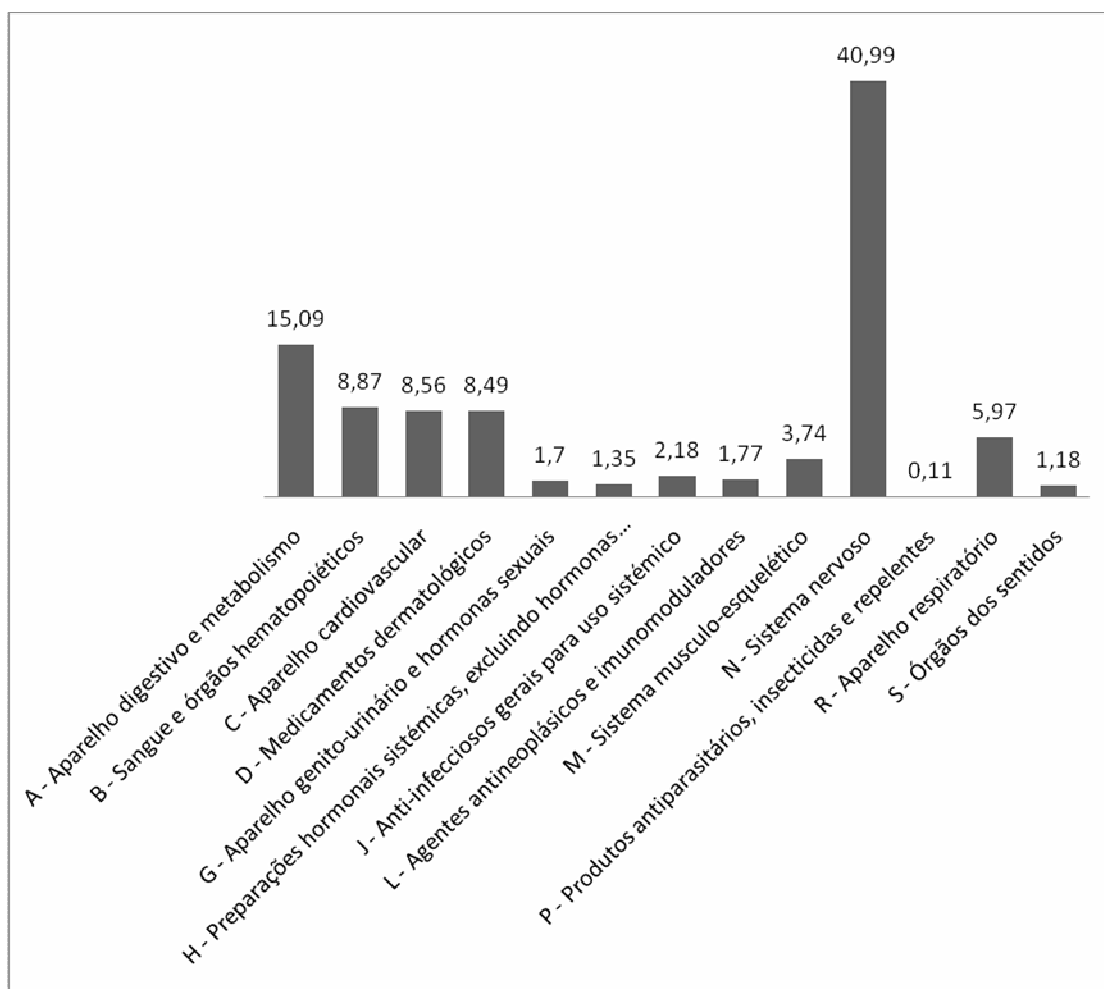
*Fonte: autorizações de compras da SMS de 2003 a 2006, Florianópolis, SC.*

Os medicamentos fornecidos por compra direta eram, na sua maioria, prescritos por seus nomes comerciais: 79,23%, ou 4.701 medicamentos. A prescrição dos medicamentos pela denominação genérica, apesar de ter aumentado de 2003 para 2006, ainda é muito baixa. No âmbito do SUS, no entanto, a prescrição pela DCB torna-se obrigatória. Entre os medicamentos fornecidos por mandados judiciais, da mesma forma, os nomes comerciais prevalecem, determinando a compra de medicamentos pelo setor público sem respeito ao menor custo e privilegiando explicitamente as indústrias farmacêuticas detentoras das marcas solicitadas. Um reflexo disto é que, para um mesmo medicamento, foram encontrados valores de R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) a R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) registrados nas autorizações de compra direta.

O fornecimento de medicamentos constantes da REMUME e do Programa de Saúde Mental do município, por meio de compra direta, indica duas possibilidades: (i) houve problemas na organização do serviço de assistência farmacêutica, especialmente no que concerne à programação e aquisição dos medicamentos, ocasionando a falta desses produtos na rede de serviços; (ii) ou houve problemas de comunicação entre os setores do Poder Público, determinando que produtos disponíveis na rede, adquiridos por licitação, fossem substituídos pelos mesmos medicamentos comprados sem licitação. Parte dessa questão pode ser explicada pela prescrição pelo nome comercial, quando a demanda é judicial, pois, para este estudo, a classificação se deu apenas pela DCB. Medicamentos constantes do Programa de Medicamentos Excepcionais (Alto Custo) também foram fornecidos pela Prefeitura



Municipal. Nesse caso, havia falta dos medicamentos no serviço responsável ou mandados judiciais obrigaram o município a fornecer medicamentos que não são de sua competência, fato também descrito por Vieira e Zucchi (2007) no município de São Paulo. Avaliando apenas os medicamentos demandados por via judicial, ocorre a mesma proporção de medicamentos constantes destas listas: 32,2% são distribuídos pelo SUS. Essa frequência é menor que a relatada pelos estudos de Messeder et al (2005) e de Vieira e Zucchi (2007).



**Figura 1. Classificação ATC dos medicamentos solicitados**

A classificação pelo código ATC demonstrou que a classe mais solicitada de medicamentos é a dos que atuam no Sistema Nervoso (40,99%), em todas as instituições fornecedoras, seguida dos que agem no trato alimentar ou metabolismo e sistema hematopoiético.

Entre os medicamentos demandados por decisão judicial, os que atuam no Sistema Nervoso também representam 40%, sendo a Carbamazepina o medicamento mais solicitado

desta classe; os medicamentos para uso Dermatológico correspondem a 17% da demanda, com Pimecrolimo como medicamento mais requerido entre todas as classes terapêuticas, em número de produtos e em valor monetário empregado; os medicamentos que atuam no Trato Alimentar ou Metabolismo figuram em 14,39% das demandas judiciais, especialmente pelo número de insulinas fornecidas.

Assim como verificado no Estado do Rio de Janeiro (MESSEDER et al, 2005), a classe de medicamentos mais solicitada por demanda judicial em Florianópolis é a dos medicamentos que atuam no Sistema Nervoso. Resultados de estudos de utilização de medicamentos no Brasil mostram uma prevalência de consumo de 9,9% para os psicofármacos (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). A crescente demanda populacional por esses medicamentos e suas prescrições é motivo de preocupação. Ao analisar os diagnósticos mais relatados nas autorizações, o Diabetes aparece em primeiro lugar na SCAIFDS, assim como na cidade de São Paulo (Vieira e Zucchi, 2007), porém a grande quantidade de autorizações sem essa informação inviabiliza a comparação com os medicamentos mais solicitados. Na SCAIFDS e AFLOV, hipertensão e câncer são as patologias mais citadas, mas, da mesma forma, os medicamentos mais solicitados são os que atuam no sistema nervoso.

Os resultados sugerem que o fornecimento de medicamentos por compra direta desconsidera a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica como norteadoras do acesso da população não só a medicamentos, mas ao uso racional de medicamentos e da utilização eficiente dos recursos públicos.

## 7.2 Trajetória dos usuários que receberam medicamentos na SMS

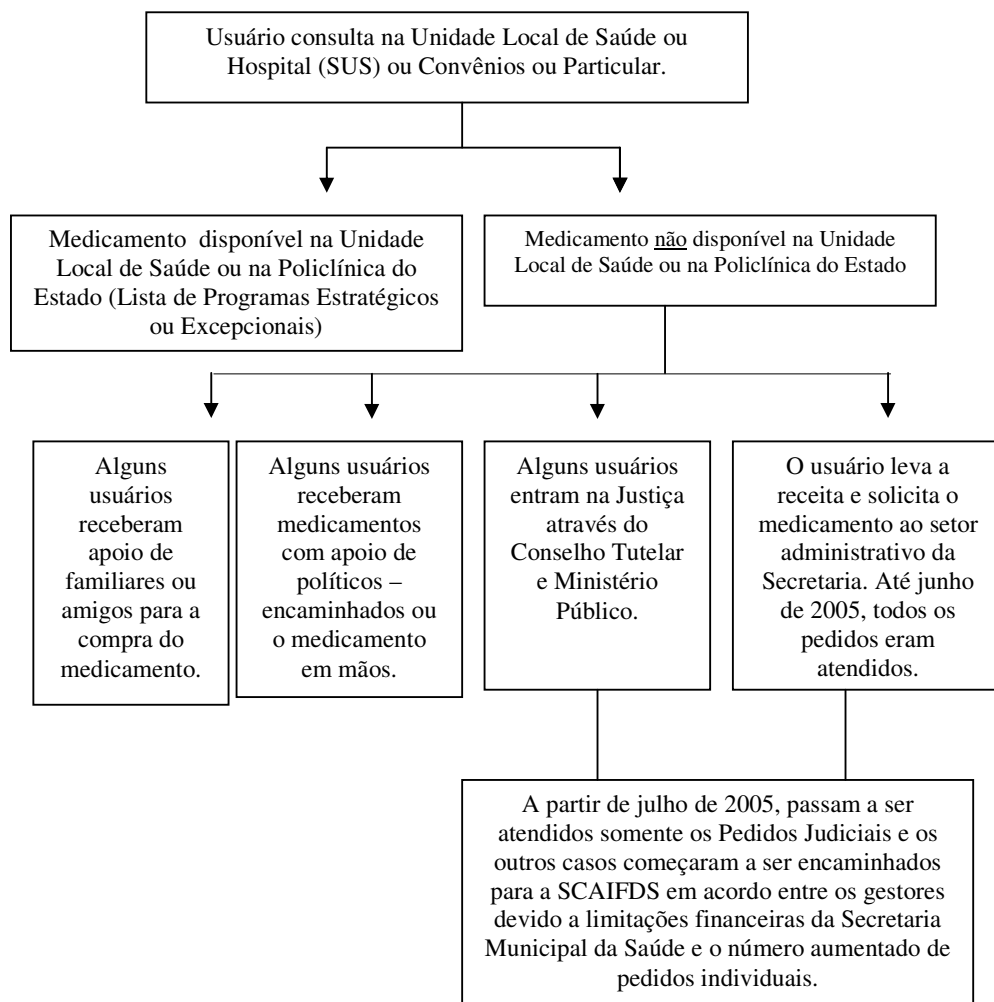
Na SMS foram levantados 32 usuários, todos atendidos por demanda externa: mandado judicial ou determinação do Conselho Tutelar. Destes, foram realizadas 20 entrevistas. Das entrevistas não realizadas, os motivos foram os seguintes:

**Tabela 10:** Motivo de não realização de entrevista com os usuários da Secretaria de Saúde

Número de usuários	Motivo
5	Sem telefone para contato
3	Quatro telefonemas sem sucesso de contato
3	Recusou-se a prestar entrevista
1	Faleceu

Analisando as diferentes informações, o início da trajetória começa quando o usuário vai à Unidade Local de Saúde e não encontra o medicamento, recebe ajuda de sua rede de apoio ou compra o medicamento. Quando o usuário não dispõe de ajuda ou condições para adquirir o medicamento, solicita diretamente à SMS e recebe o medicamento através do setor administrativo. A rotina de distribuição pelo setor administrativo terminou em outubro de 2006, quando essa responsabilidade passou a ser da Coordenação da Assistência Farmacêutica.

Todos os pedidos individuais, oriundos ou não de via judicial, até junho de 2005 eram atendidos. A partir dessa data, passam a ser acolhidos somente os Pedidos Judiciais e os outros casos começaram a ser encaminhados para a SCAIFDS, em acordo entre os gestores, devido às limitações financeiras da Secretaria da Saúde e o número aumentado de pedidos individuais.



**Figura 2:** Trajetória dos usuários que receberam medicamentos na SMS (Florianópolis, SC)

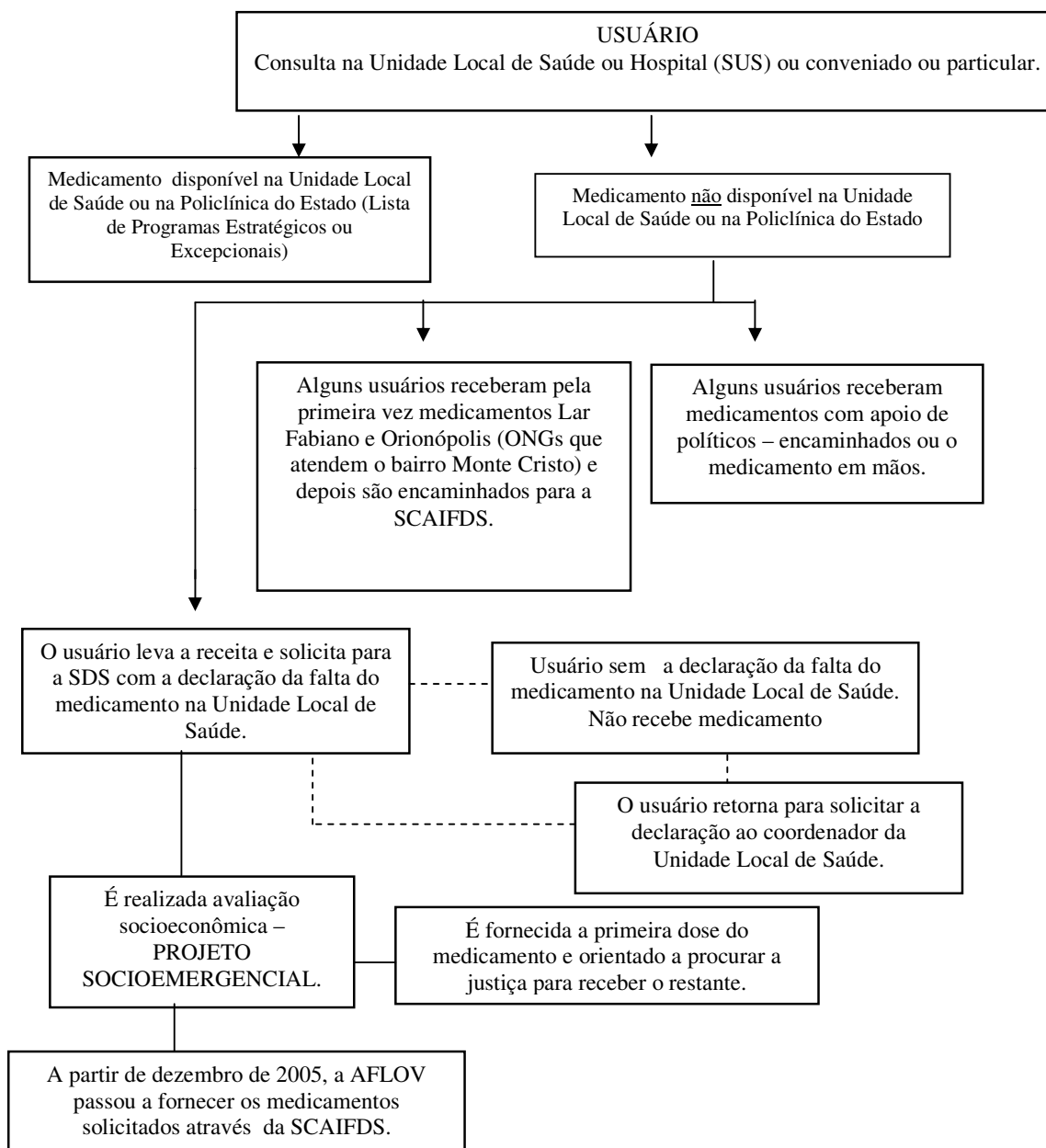
Em Florianópolis, como a distribuição de medicamentos, ainda está em grande parte sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, devido ao seu modelo de gestão, torna-se complexo o entendimento sobre onde encontrar os medicamentos e quais as responsabilidades de cada esfera do governo no seu fornecimento, o que pode ser um dos fatores que provoca aumento das solicitações por via judicial e pedidos individuais para garantia do acesso aos medicamentos.

### 7.3 Trajetória dos usuários que receberam medicamentos na SCAIFDS e AFLOV

Na SCAIFDS e na AFLOV, foram levantados 25 usuários, destes foram realizadas 13 entrevistas. A opção de agrupá-los se deu pelo fato, já citado anteriormente, de que, a partir de dezembro de 2005, a SCAIFDS solicitou ajuda para a AFLOV. O resultado dessa transferência ocasionou uma redução de solicitações atendidas no segundo semestre de 2006, e a SCAIFDS atendeu 7 usuários nos meses selecionados e a AFLOV 18 usuários. Das entrevistas não realizadas, os motivos foram os seguintes:

**Tabela 11:** Motivo de não realização de entrevista com os usuários da SCAIFDS e AFLOV

Número de Usuário	Motivo
3	Quatro telefonemas sem sucesso de contato
2	Não eram moradores de Florianópolis, mas de São José
2	Telefone não recebeu chamada
2	Sem telefone para contato
1	Ninguém conhece
1	Escritório jurídico não tinha dados do usuário
1	Recusou-se a prestar entrevista



**Figura 3:** Trajetória do usuário que recebeu medicamento na SCAIFDS e AFLOV (Florianópolis, SC)

Nessa análise de informações, observou-se, a exemplo da descrição anterior, que o início da trajetória pode ser originado da Unidade Local de Saúde ou ter passado pelo processo descrito pela SMS. O usuário vem encaminhado ou procura diretamente a SCAIFDS que o orienta a trazer por escrito uma declaração do coordenador da Unidade Local de Saúde que o medicamento não é padronizado ou está em falta. Retornando à SCAIFDS, é realizado o preenchimento da ficha do PROJETO SOCIOEMERGENCIAL – Procedimento Básico para

Concessão de Benefícios. Após o atendimento, todos os usuários de medicamentos de uso contínuo são orientados a entrar na Justiça para solicitar a continuidade do fornecimento dos medicamentos.

Antes de chegar à SCAIFDS, as pessoas que residem no Bairro Monte Cristo, no Continente, solicitam ajuda a outras Instituições, como Orionópolis e Lar Fabiano, Organizações não-governamentais. Nos casos estudados, as pessoas que buscaram a Orionópolis foram encaminhadas à SCAIFDS. Uma delas recebeu o medicamento no Lar Fabiano que atende os usuários quando este está em falta e depois encaminha também para a SCAIFDS.

Em entrevista com a Assistente Social do Lar Fabiano, foi informado que o gasto mensal da Instituição é cerca de R\$ 800,00 (oitocentos reais) mês. Sua sede é em São Paulo e a Instituição existe em vários lugares do País.

#### **7.4 Subcategorias identificadas nas trajetórias dos usuários que receberam medicamentos nas SMS, SCAIFDS e AFLOV**

Nesta fase do trabalho, apresentaremos um quadro resumo demonstrando como foram construídas as categorias de análise, identificando as subcategorias levantadas na construção do processo de análise em cada instituição estudada. Como já descrito anteriormente, a trajetória dos usuários sofre diferenças determinando a forma de peregrinação, porém as subcategorias e categorias não apresentaram diferenças significativas de uma instituição para a outra; algumas subcategorias, para os diferentes usuários, possuem entendimentos diferenciados que serão discutidos durante a apresentação da análise por subcategorias distintas.

### 7.4.1 Construção do processo de análise da trajetória na SMS

O processo de análise das entrevistas foi construído por meio da leitura e exploração do material. As subcategorias resultaram em duas grandes categorias semelhantes nas SMS, SCAIFDS e AFLOV. As grandes categorias ficaram assim definidas: Trajetória do usuário que recebeu medicamento pela SMS/SCAIFDS/AFLOV e Justificativa do pedido de medicamento por compra direta SMS/SCAIFDS/AFLOV ou via judicial (SMS).

SUBCATEGORIAS	RELATOS
Peregrinação para o acesso ao medicamento	<i>Ah. Foi uma novela. A gente tinha a ordem que o advogado deu, estava tudo ali, ele disse: “Agora tu vai lá na secretaria com esses documentos aqui, que eles vão te fornecer os remédios”. Quando chegou lá, aí uma moça da farmácia atendeu, aí ela olhou e pediu pra gente ir falar com uma baixinha de óculos, aí ela olhou todos na prateleira e disse que era pra gente ir naquela ali perto do Angeloni, aí nós fomos lá. Cheguei lá, ela disse, não aqui não pode, tu tem que falar com o fulano que era uma quadra mais acima do Angeloni, bem na subidinha ali, né bem? (SMS 13)<sup>2</sup></i>
Os profissionais como orientadores para a via judicial	<i>Eu fui lá no juiz, todo mundo me orientou, minha patroa, a médica, o pessoal do posto, na Vara da Infância, aí eles determinaram. Já faz um ano e pouco.(SMS 10)</i>
Necessidade de ajuda Apoio da família	<i>O Elidel é o que a gente consegue, mas tem outros medicamentos que eu preciso comprar, daí a família toda me ajuda. (SMS 11)</i>
Contar com favorecimentos para ser atendido, conhecidos, políticos	<i>Ah, a gente conseguiu com político, corremos atrás, outras pessoas também. Tem político que é parente dela, aí eles chegavam aqui, falava da situação, eles já conhecem o problema dele, então eles ajudavam com dinheiro para comprar o medicamento. Porque, quando a gente compra, sai mais caro, porque lá secretaria eles consultam vários preços e pagam mais barato. (SMS 9)</i>
Incorporação da judicialização como via de acesso ao medicamento	<i>Agora eu também tenho que tomar um hormonal, custa 58,00 reais, vou ter que entrar com essa papelada tudo de novo, porque a gente é aposentada e o dinheiro não dá pra nada. (SMS 2)</i>
Acesso aos serviços de saúde	<i>Tivemos que consultar com particular porque, na Policlínica, o retorno era pra 45 dias, daí tivemos que fazer pelo convênio. (SMS 3)</i>
A efetivação do acesso	<i>Nem precisa, nem mais nada. Só dá uma ligadinha e eles avisam pra pegar o medicamento.(SMS 2)</i>

**Quadro 1:** Montagem das subcategorias da trajetória na SMS (Florianópolis, SC)

<sup>2</sup> Os números representam a seqüência das entrevistas em cada instituição.



### 7.4.2 Construção do processo de análise da trajetória na SCAIFDS e AFLOV

SUBCATEGORIAS	RELATOS
Peregrinação para o acesso ao medicamento	<i>Porque, se eu ganhasse mais, não precisava tá chorando assim. Já andei muito pra conseguir as coisas pra ela. Agora eu vou andar pra conseguir pro meu marido. (SCAIFDS 3)</i>
Os profissionais e serviços como orientadores para a via judicial	<i>Forneceu o medicamento ali, só que foi pedido pela assistente social, do posto de saúde. (SCAIFDS 5)</i>
Necessidade de ajuda Apoio da família	<i>Somos aposentados, ganhamos pouco, faltou e a minha vizinha disse que solicitando lá na Secretaria eles ajudavam. Mas minha filha, a gente já tava cansado pede para um, pede pra outro, aqui tem, aqui não tem, até que os filhos se reuniram e agora eles nos ajudam. (AFLOV 3)</i>
Contar com favorecimentos para ser atendido através de conhecidos e políticos	<i>Não tenho dificuldade de pegar esse medicamento porque existe a X que é mulher de Vereador. (SCAIFDS 1)</i>
Incorporação da judicialização como garantia do direito de acesso ao medicamento	<i>Eu queria que tivesse um advogado direto lá, pra não fazer a gente caminhar tanto. Porque a gente vai no Ministério Público, na verdade, não é lá. É encaminhado pro Fórum, do Fórum tem que pedir o advogado. Aí é mais longe ainda a caminhada, quem depende mesmo, que o estado é mais grave, não consegue. (SCAIFDS 4)</i>
Acesso aos serviços de saúde	<i>Ele pegou pontada com pneumonia aí eu dei, voltei no hospital. A médica prescreveu Benzetacil, aí eu falei com a enfermeira no posto, aí ela aplicava. Voluntariamente a enfermeira me atendia de manhã e à noite, porque o posto fecha as quatro e meia. Até hoje tô devendo pra ela, ela me ajudou de tal maneira. (SCAIFDS 2)</i>
A efetivação do acesso	<i>Eu fui lá, na Secretaria de Desenvolvimento Social, eu pedi essa medicação, esse remédio lá, e não sei por quê? Eu já havia recebido medicamento lá, na Mauro Ramos, mas agora foi na AFLOV. (SCAIFDS 2)</i>

**Quadro 2:** Montagem das subcategorias da trajetória na SCAIFDS e AFLOV (Florianópolis, SC)

### 7.4.3 Análise das subcategorias das trajetórias nas SMS, SCAIFDS e AFLOV

A seguir, são descritos os significados das subcategorias de análise, enfatizando-se as falas dos usuários quanto a sua percepção de todo o processo envolvido na busca de um medicamento.

#### a) Peregrinação para o acesso ao medicamento

Nas falas dos usuários que chegam à SCAIFDS, pode-se observar que nem sempre o fluxograma acontece de maneira tranquila, chamando atenção a maneira como são recebidos os usuários que chegam com a receita médica na mão. A recepcionista pergunta se a pessoa já

foi à Unidade Local de Saúde e avisa que tem de apresentar a declaração de que o medicamento não é padronizado ou está em falta. Não existe, na SCAIFDS, nenhuma lista disponível para pesquisa, o que faz com que o usuário peregrine mais um pouco. Muitos deles não possuem recursos para o transporte do seu bairro até o centro. Caberia um estudo mais preciso para verificar se essas pessoas retornam ou acabam por abandonar o tratamento. Esse fato foi verificado durante as entrevistas, visto que as pessoas, quando não recebem o medicamento, simplesmente interrompem o tratamento.

*Na verdade, a gente interrompe, porque foi pego uma caixa, a gente não tem condições de comprar outro. Interrompe. (SCAIFDS 4)*

*Não existe no posto de saúde. A primeira vez eu fui lá no desenvolvimento social, daí eles disseram que eu tinha que ir no posto carimbar a receita, assinar tudo direitinho, levar lá de volta, comprovante de renda, tudo isso. (SCAIFDS 4)*

A busca por medicamentos não padronizados é característica da peregrinação necessária para o acesso. Não há, nestes casos, um programa de saúde ou órgão adequadamente preparado para receber e encaminhar as solicitações, gerando maior dificuldade no processo para o usuário:

*Era a pessoa responsável do estado, porque o responsável era o estado, não era o município. E agora o que, que a gente faz? Aí eles disseram pra gente voltar novamente, no outro dia a gente foi de novo, aí ficamos indo e vindo. A gente voltou no advogado e explicamos que a situação estava confusa. Aí ele disse, mas não eles têm que cumprir essa ordem que tá aí. Aí mandaram a gente lá pra Hercílio Luz, na secretaria do município. Aí lá, eles davam o nome, aí tinha que esperar mais de quinze dias pra eles encomendar e até fazer o pedido, sei que ia demorar quase um mês, ela falou. Pois é, mesmo não conseguindo nada ainda, eles falaram que iam ligar pra nós, foi isso. Que não tinha prazo, eles iam ligar avisando. Aí avisei pro advogado, e disse que eles estavam com a ordem e ainda não tinham entregue o medicamento. Aí ele disse, mas como não, aí ele mesmo pegou e ligou lá não sei pra quem, aí ele nos deu o retorno. M, vai hoje lá a uma hora que o secretário da saúde vai tá lá esperando vocês. A gente chegou lá, eles já estavam mesmo esperando a gente, eles mandaram comprar, e saímos de lá naquele dia com o remédio. (SMS 13)*

Esta peregrinação, com certeza, não é apenas vivenciada pelos usuários que precisam de medicamentos não padronizados, deve-se também destacar a peregrinação pelos medicamentos em falta nas Unidades Locais de Saúde: por um lado, os prescritores desconhecem os medicamentos padronizados e os que estão realmente em falta; por outro, os dispensadores que são ineficientes na resolução da problemática do usuário, muitas vezes, justificada pela falta de estrutura e organização dos serviços.

*Sabia, mas estava em falta, aí eles compraram. (SCAIFDS 2)*

Em algumas situações vivenciadas pela pesquisadora, em Unidades Locais de Saúde, os serviços dispensadores de medicamentos atuavam como distribuidores de medicamentos, preocupando-se excessivamente com os registros dos medicamentos distribuídos e não com aqueles que já estavam ficando com estoque reduzido, ocasionando frustração de vários usuários na busca pelo medicamento. A falta de informação do horário de dispensação e a deficiência na gestão geravam situações conflituosas, além do que, apesar de haver tentativas de reorganização da assistência farmacêutica, não era raro ouvir os próprios farmacêuticos informando aos usuários do serviço a carência de medicamentos que constavam nas listas de medicamentos do SUS, apenas por terem acabado naquela unidade dispensadora. O usuário peregrinava seguindo a própria sorte. Quando os profissionais dispensadores eram questionados, alegavam falta de tempo para a manutenção do estoque adequado e a escassez de recursos humanos para tal demanda de trabalho.

Desde a origem do SUS, já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, já se destacavam as questões de recursos humanos e, em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho (MOTTA; BUSS; NUNES, 2004).

O usuário sabe que precisará usar de vários recursos para conseguir o medicamento, e este caminho lhe parece difícil. Porém, enquanto não seja atendido em suas necessidades, independente da forma que isso ocorra, ele continuará desbravando os caminhos em busca daquilo que necessita, tendo a consciência da peregrinação.

*Tu acha que a gente ia passar esse trabalho todo se a gente não precisasse mesmo, porque ficar implorando também cansa. (SMS 9)*

*Nunca tinha pedido, sempre que precisava tinha no posto, agora não consigo entender. (SCAIFDS 1)*

Diante da necessidade, o usuário não deixa de estar ali e de continuar “desejando” o que ele acredita (ou que o prescritor lhe garantiu ser necessário) naquele momento. Caso isso não seja viabilizado na produção dos atos pelo trabalhador de saúde, ele sai dali e vai atrás de outro processo de consumo que lhe possa trazer a idéia de satisfação e de produto/resultado realizado (MERHY, 2004).

*Lá no meu trabalho tem bastante advogado e eles me disseram pra eu ir na defensoria. Só que tudo isso dá muito trabalho, fazer tudo o que eles querem, não tem*

*condições, é muito trabalho, muita burocracia. Foi, mas foi tudo cancelado junto com a fita, ela precisa comer bolacha light, margarina Becel, tudo isso é muito caro, eu não tenho condições. Disseram que eu tinha que mandar a declaração do médico de 2 em 2 meses para continuar recebendo os alimentos, eu só recebo retorno de 5 em 5 meses, como vamos fazer não dá. Olha, minha filha, eles complicam. A gente que é pobre mesmo cansa de tanto correr atrás, não dá. (SMS 19)*

Foi possível observar nas falas dos entrevistados que são diferenciadas as formas de acesso e entendimento sobre como percorrer o caminho para o acesso ao medicamento. Todo o processo permeado das escolhas do caminho foi aparentemente não planejado pelos indivíduos ou por seus cuidadores. Para as pessoas que acessaram a SMS foi percebido um envolvimento com o tratamento, delimitando caminhos e ações para conseguir o medicamento. Em alguns entrevistados que acessavam através da AFLOV e SCAIFDS foi percebido um comportamento passivo, pois não tinham como realizar a busca pelo medicamento, seja por dificuldade de acesso ou mesmo por não compreenderem que caminhos deveriam seguir. As pessoas sentiam a necessidade do medicamento, mas no caso das pessoas com um grau menor de recursos sobre as informações, isso era uma situação vivenciada com certo conformismo, como demonstra o relato a seguir.

*Eu sei que tenho que tomar esse remédio, não tô me sentindo bem, tenho que voltar ao tratamento. (SCAIFDS 5)*

Para Leite e Vasconcellos (2006) o caminho, a trajetória em busca da cura que envolve o itinerário terapêutico é marcado por ações de distintas origens e finalidades. Com todo esse processo de escolha do caminho, todo o conhecimento sobre a diversidade e complexidade do social produzido pelos estudos antropológicos nas últimas décadas, é improvável pensar que exista um modelo padrão dentro do qual poderemos enquadrar os processos de escolha.

O caminho a ser escolhido é seguido pelas orientações profissionais, na forma como os serviços estão organizados, e a capacidade que as pessoas têm de enfrentamento dos problemas.

#### **b) Os profissionais e serviços como orientadores para a via judicial**

Nesta subcategoria, percebeu-se que é fato, na prática dos profissionais, o encaminhamento para via judicial. Basta, para isso, a informação vinda do usuário, resultado

da sua peregrinação, ou não, de que o medicamento está em falta ou não faz parte da lista de distribuição pelo SUS.

*Entrei com processo no Ministério Público, daí eu arrumei um advogado que entrou com o processo. Ele disse (o médico) que era o caminho.(SMS 7)*

Pode-se observar que os profissionais, quando prescrevem medicamento não padronizado, sabem orientar o usuário como proceder para conseguir via judicial. Seria importante saber se o profissional que faz esse tipo de orientação possui conhecimentos sobre os medicamentos distribuídos pelo SUS ou faz isso com a intenção de ajudar o usuário.

*Me trato com cardiologista pelo convênio, o remédio não tinha no posto, daí ele me encaminhou para o Fórum. (SMS 7)*

Vale ressaltar que o processo iniciado pela prescrição do profissional médico é o gatilho utilizado para o alcance do medicamento e, no meio dessa busca, o usuário vivencia várias situações, entre elas, a orientação dos diversos profissionais e serviços.

Em muitos casos, pode ser constatado que o profissional dispõe de amostra grátis de medicamentos não distribuídos pelo SUS ao usuário, enquanto corre os trâmites na justiça para receber aquele determinado medicamento que o profissional acessou através da indústria farmacêutica.

*Mas antes disso ele sempre conseguia amostra grátis, foi o remédio que deu certo. Ele falou: agora não dá mais, a senhora deve dar um jeito. (SMS 7)*

*O médico forneceu amostra grátis enquanto rolava o processo. Eu não tinha condições de comprar, só o Abilif custava 600 reais, impossível, né?(SMS 18)*

No Plano Municipal de Assistência Farmacêutica do município de Florianópolis, estão descritas algumas intenções de resolução da problemática sobre a não obediência das prescrições que não atendem os protocolos e o fornecimento de medicamentos sob ordem judicial. O mesmo plano indica a necessidade de estabelecer diálogo com o Poder Judiciário no sentido de esclarecer as competências por esfera de governo e a imprescindível racionalização das ações (FLORIANÓPOLIS, 2006).

O início deste diálogo ficou formalizado pelo Ofício nº 13695.2/2006/30ª PJ, no qual a Promotora de Justiça Sônia Maria Demeda Groisman Piardi realizou a Recomendação 012/2006/30ª ao Excelentíssimo Senhor Secretário Municipal de Saúde, Dr. João José

Cândido da Silva, de que adotasse providências administrativas imediatas, no âmbito do SUS, no sentido de orientar os profissionais médicos a esgotarem as alternativas de fármacos previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e demais atos que lhe forem complementares, antes de prescreverem tratamento medicamentoso diverso aos pacientes. Quando da não obediência aos Protocolos, o profissional deverá elaborar fundamentação técnica consistente e, por fim, manifestações sobre possíveis vínculos, formais ou informais, do prescritor com o laboratório fabricante, justificando, assim, a excepcional orientação clínica. Esta Recomendação foi repassada aos profissionais prescritores da Secretaria Municipal de Saúde através da deliberação das Comunicações Internas (CI) da Assessoria Jurídica (CI nº 129), no dia 12/12/2006, e então Departamento de Saúde Pública (CI nº 1904) no dia 21/12/2006.

Outra situação observada sobre a origem dos pedidos decorre do fato de que grande parte provém da iniciativa privada através de atendimento particular ou convênio<sup>3</sup>. O fornecimento de medicamentos não discrimina a iniciativa privada, portanto também os serviços privados geram prescrições que são atendidas pelos serviços de farmácia do SUS, bem como são utilizadas as mesmas trajetórias para o acesso gratuito ao medicamento quando se necessita de via judicial ou pedido individual nas instituições estudadas.

*A princípio, quem me falou e disse que eu poderia pegar foi o meu médico (particular), que ele já tinha ouvido falar que algumas pessoas já haviam conseguido, né? Só que ele não sabia falar quais seriam os meios pra eu conseguir. Aí eu voltei a falar com o meu médico, se eu não me engano foi ele que me mandou ir lá na Casa do Barão (Ministério Público). (SMS 5)*

*Bem, primeiro eu me informei com os médicos, ele pediu pra que eu entrasse com pedido, né? Primeiro, a médica lá receitou o remédio. Mas como a gente tinha que entrar com processo, o mandado judicial. (SMS 13)*

Pode-se perceber que, além dos prescritores, os serviços também atuam como orientadores para a via judicial. Essa atitude, portanto, não pertence somente aos profissionais prescritores, como foi caracterizado no fluxograma da trajetória dos usuários, mas os demais funcionários dos serviços também contribuem para informação ao usuário sobre a forma de obter o medicamento por meio da justiça. Há um primeiro passo, a solicitação do medicamento em falta ou inexistente aos setores administrativos das secretarias, porém, em

---

<sup>3</sup> Nas autorizações de compra da SMS e SCAIFDS há pouca informação sobre origem do receituário, porém na AFLOV 28% das solicitações atendidas são de receituários de assistência privada e convênios. Nas entrevistas há o relato de assistência privada.

ambas as secretarias estudadas, SMS e SCAIFDS, orienta-se o usuário a entrar na justiça. Na primeira, no último ano, enaltecendo o atendimento somente das demandas judiciais e a última oferecendo o primeiro pedido e encaminhando em seguida.

*Como ele tinha feito a angioplastia, ele precisava muito dos remédios, porque, além de diabético, ele é cardíaco. Ele tem também neuropatia, tem problemas de circulação, aí a cardiologista falou que a gente tinha que dar um jeito e conseguir o remédio. A gente explicou que ele já estava sem o remédio e não estava conseguindo comprar. Além disso, ele tinha outros remédios que também tinha que comprar. Ai ela orientou pra gente entrar com recurso pro estado ou pro município fornecer. Como a gente já tinha ganho um processo por causa da fita de glicemia, a gente utilizou o mesmo advogado pra entrar com esses medicamentos. (SMS 13)*

*Porque eu fui encaminhada pra assistente social, antes tinha só no departamento (distribuição do estado). (AFLOV 1)*

Tomando como pressuposto que toda ação sanitária é educativa (BRICEÑO-LÉON, R 1996), pode-se inferir que o fato de a SMS afirmar que só atende pedidos de medicamentos não padronizados ou em falta mediante ação judicial é uma forma de ensinar aos usuários que a via judicial é uma forma “padronizada” de acessar medicamentos no SUS, o que está tornado esta via “naturalizada”, como será abordado mais adiante.

Quando, em um dado serviço de saúde, há o encontro de um usuário com um trabalhador de saúde – qualquer um deles ou mesmo um usuário coletivo – forma-se um jogo de necessidades, no qual o usuário coloca, pelo menos, a sua perspectiva de que, naquele processo de “consumir” atos de saúde (ou, pelo menos, o que ele entende por isso), haverá um ganho seu em termos de controlar problemas que identifica como necessidades de saúde e para os quais aquele momento parece construir um caminho de solução (MERHY, 2004).

A atitude dos prescritores de atender às expectativas dos usuários ao prescrever um medicamento e indicar a via judicial para seu acesso reflete, para Leite e Mafra (2007) comprometimento dos profissionais para com a garantia do acesso à atenção integral e com o desenvolvimento da conscientização popular sobre o direito universal à saúde – comprometimento desejável e necessário. As autoras também salientam, no entanto, que é preciso questionar a prática de encaminhamento direto do médico prescritor para o sistema jurídico. Apesar de este estudo não ter coletado dados especificamente sobre esta questão, a preocupação de Marques e Dallari (2005) sobre as possíveis estratégias da indústria farmacêutica para garantir mercado consumidor, mesmo entre usuários que não têm condições

financeiras para tanto, vem à tona. Esta questão merece uma reflexão e investigações mais detalhadas.

Nos resultados deste estudo, observamos que 28% dos pedidos da AFLOV e 8,24% dos pedidos da SCAIFDS têm origem no sistema privado de saúde. Essas instituições fazem uma avaliação socioeconômica para recebimento de benefícios e, com certeza, essas pessoas não teriam condições de acessar o sistema privado, porém o fazem não medindo sacrifícios e acabam expostas à peregrinação na busca do medicamento indicado, pela qual as condições financeiras não permitem a compra mensalmente, pois se tornam onerosos ao usuário.

Na perspectiva de solução do problema do usuário - a oferta oportuna do medicamento- os profissionais e os serviços realizam encaminhamentos para o Poder Judiciário, que, por sua vez, força o serviço público a fornecer medicamentos. As falas dos usuários mostram uma incorporação ou disseminação desta prática de encaminhamento como forma de responder aos solicitantes dos medicamentos que estão em falta ou não fazem parte das listas dos programas vigentes. Situação aparentemente cômoda aos profissionais que, de alguma maneira, entendem estar ajudando o usuário que não consegue ter sua necessidade atendida nos serviços do SUS ou na rede de assistência social.

### **c) Necessidade de ajuda, apoio da família**

Nas trajetórias descritas pelos usuários ficou evidente que, para viabilizar a continuidade do tratamento, muitos usuários recebem ajuda de seus familiares para a compra do medicamento.

*Eu só fui lá uma vez que precisei, agora as minhas filhas estão trabalhando, elas compram pra mim, o restante eu pego tudo no posto de saúde. (SCAIFDS 7)*

Estudo realizado por Reis (2001) sobre a estimativa dos gastos das famílias em saúde em um segmento de menor poder aquisitivo mostrou que, em 1987, as famílias gastavam com remédios 67,6% da renda e, em 1996, os gastos caíram para 52%. Valores bastante expressivos que merecem atenção na consolidação das políticas públicas de saúde.

*Eu sempre tive ajuda de outras pessoas, até na consulta recebia ajuda. (SMS 15)*

*Sim de irmãs, elas sempre dizem: “Se não consegui, me liga”.(SCAIFDS 2)*



Para Leite e Vasconcellos (2006), a interpretação macrossocial das ações individuais em caso de doença, passando por influências culturais e das redes de relações sociais, começa pelo suporte social básico, a família.

*Demora muito, por enquanto eu estou comprando com a ajuda da minha mãe, estou terminando o convênio com a UNIMED – Eu já pedi pro medicamento ser trocado por similar ou genérico. (SMS 9)*

Alves e Souza (1999), fazendo uma análise sobre o itinerário terapêutico, destacaram os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. O aspecto interativo demonstra a influência dos estudos sobre as redes sociais. Os autores citam o trabalho de Janzen (1978) que consiste em mobilizar um grupo de parentes e amigos para definir a situação e buscar uma resolução quando a doença atinge o indivíduo. O grupo realiza troca de informações, provê apoio moral, auxilia na tomada de decisões e estabelece providências.

*Não, só peguei na AFLOV uma vez, eles atenderam bem, não estou me queixando, mas é chato tu depender de medicamento e não encontrar em lugar nenhum, agora os filhos ajudam e pronto. (AFLOV 3)*

Mesmo a pessoa que tem condições financeiras para comprar o medicamento, quando necessita entrar na justiça e precisa pagar um advogado, também recebe apoio dos familiares e amigos.

*Mas pra arrumar advogado tive que pegar dinheiro emprestado. Também sempre tivemos vários amigos que sempre nos ajudaram, nos apoiavam sempre. (SMS 8)*

A última fala nos reporta para uma reflexão importante. Para Barata (2006), o paciente que consegue pagar um advogado possui mais recursos financeiros e prejudica aquele que não dispõe de condições, tornado o acesso a benefícios pela via judicial (e o próprio acesso ao poder judiciário) uma fonte de iniquidades. Porém, como foi verificado na análise das entrevistas, nem sempre uma pessoa que realiza o pagamento de advogado possui facilmente esse recurso, necessitando também de ajuda. Cabe aqui ressaltar que um medicamento de alto custo se torna realmente insuportável pagar, mesmo para a pessoa que possui melhores condições financeiras. Como exemplo, verifique-se o custo de um tratamento quimioterápico atualmente indicado pelo SUS (11.500,00 o custo da sessão para o Ritussinabe; em geral o tratamento necessita de, no mínimo, 8 sessões).

Concordamos com Barata (2006) que destaca o crescimento do número de ações contra Municípios, Estados e União solicitando a entrega de medicamentos, muitas vezes não padronizados, de eficácia duvidosa ou sem registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O autor reforça que, apesar do SUS possuir uma vasta relação de medicamentos padronizados, é possível o atendimento dos pedidos, em situações especiais, analisando caso a caso, quando se comprova a real necessidade.

Em um estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e por médicos e farmacêuticos de São Paulo em 2003, 50% dos usuários que precisam de algum medicamento no país não podem comprá-lo. O Brasil é o nono país do mundo em consumo de remédios. Nas farmácias, 15% da população, a parcela mais rica, compra 48% dos medicamentos, enquanto 51% dos brasileiros, os mais pobres, consomem apenas 16%. (BRASIL, 2004).

Os dados acima aumentam muito a responsabilidade do SUS quanto à garantia do acesso aos medicamentos essenciais, porque a falta de medicamentos nos casos de doenças crônicas ou graves, obriga o governo a gastar mais, ocasionando agravamento do quadro clínico, necessitando de pronto atendimento nos hospitais públicos em condições clínicas mais complicadas, elevando os gastos com internações hospitalares e aumentando os riscos de morbi-mortalidade.

#### **d) Contar com favorecimentos para ser atendido através de conhecidos e políticos**

Com o intuito de abreviar sua peregrinação ou acreditando que este é o caminho adequado para conseguir benefícios no poder público, os usuários relataram a utilização de contatos com conhecidos que trabalham nos serviços de saúde ou assistência social ou ainda de políticos para a solicitação dos medicamentos almejados. Quando um usuário recebe esse tipo de ajuda, acaba por prejudicar outros usuários, pois poderá ser atendido em sua necessidade antes de outra que esteja realizando todo o trâmite burocrático normal.

*Bem, o meu marido é funcionário público, ele conhece um advogado que conhece o promotor, e este promotor conhecia um juiz da vara da justiça. Foi bem rápido, o juiz já expediu uma ordem, por causa da glicose dela que vivia toda alterada. Não tive dificuldades. Recebi ajuda e orientação do HU que tem uma associação de crianças diabéticas. (SMS 17)*

*O D, que era o delegado da Infância, ajudou. O negócio lá é complicado, porque a gente vai atrás do medicamento e eles dizem não tem. Isso hoje é uma burocracia demais, não é só na saúde, quando se trata de atender as pessoas. Quando você vai lá comprar é*

*fácil, mas quando você vai lá pra ganhar alguma coisa, em qualquer área, é complicado demais. (SMS 9)*

Fatores como atraso, miséria, fome, clientelismo, personalismo, patrimonialismo, historicamente possibilitaram a subordinação política dos cidadãos a determinados candidatos em troca de favores do Estado que deveriam estar disponíveis para todos (BAQUERO, 2003).

*De todo medicamento dela, 2 medicamentos é pedido por homeopatia, eu gasto cento e pouco reais por mês, quando não consigo sabe o que eu faço, peço pra vereador, na época de natal é bom. (SCAIFDS 6)*

*Eu vou na Assembléia da pastora X, que é deputada, da Igreja, também lá eu consegui material. (SCAIFDS 6)*

O tipo de cultura que surge com estas práticas permite um mecanismo de cooptação e controle dos cidadãos. O paradoxal da situação consiste no fato de que essas manobras funcionam em virtude das deficiências e incapacidade do Estado em responder às necessidades e demandas da população (BAQUERO, 2003).

É possível identificar relações que facilitam o caminho a percorrer na percepção do usuário. Para ele, quando existe alguma maneira para facilitar o acesso, apropria-se dessa ferramenta para a garantia de um direito social. Porém esta prática revela que o cidadão não possui consciência de seu direito – acredita que é necessário conhecer ou contar com alguém influente para conseguir um favor. Para Da Matta (1997; 2000) esta é uma forma de mobilização de recursos já estabelecida na cultura brasileira, sendo empregada no dia-a-dia, em diversas classes sociais e que não é entendida socialmente como algo incorreto ou imoral. É uma forma de conseguir o que se acredita ser possível e justo conseguir.

A recusa de participação de quatro usuários nas entrevistas, depois de lhes ser explanados os objetivos da pesquisa e o cuidado de alguns em primeiro perguntar ao advogado se deveria dar entrevista também denotam a deficitária consciência destes usuários de seu direito social de ter acesso aos medicamentos de que precisa.

A individualização da prestação coletiva, seja por caminhos facilitados ou ações judiciais, também precisa ser refletida em termos de equidade na atenção à saúde. Enquanto entendida como forma de favorecimentos individuais, há detrimento de interesses coletivos, dos que não possuem os “contatos” necessários, que não desejam se submeter ao “favorzinho”, que não se utilizam do “jeitinho brasileiro” (para citar Da Matta, 1997; 2000)

ou ainda, como indica Marques (2006), em prejuízo daqueles indivíduos que não possuem acesso à informação e ao poder judiciário.

**e) Incorporação da judicialização como garantia do direito de acesso ao medicamento**

*Fui orientada para abrir um processo no Ministério Público, para o Estado pagar o tratamento dela. (SCAIFDS 4)*

O acesso à justiça, para alguns usuários, é visto como um processo de emancipação de direito adquirido, sensação de alívio. O modelo que motiva o pedido decorre da percepção de que, se as outras pessoas dispõem desse direito, então elas também devem ter. No entanto, a motivação relatada para cobrar os medicamentos na justiça para alguns usuários sugere, novamente, a frágil consciência do direito coletivo. As necessidades parecem isoladas, assim como a maneira e a necessidade de justificar que precisa entrar na justiça como única alternativa.

*Bem, eu faço faxina, eu vejo todo mundo com condições recebendo leite (NAN, eu sei que é caro), se eles têm direito, eu também tenho. Eu vi o pessoal ir de carro lá no posto buscar leite, eu conheço e sei que eles têm mais do que eu. (SCAIFDS 9)*

Ficou evidenciado que a compreensão do processo judicial no acesso ao medicamento está presente nas pessoas que possuem melhor poder aquisitivo, maior entendimento sobre como prosseguir com os trâmites para solicitação dos medicamentos. A característica de compreensão do processo judicial foi demonstrada pelos usuários que solicitam o medicamento através da SMS.

*Sim eu recebo, eu tive que entrar na justiça pra conseguir. Primeiro eu falei com o médico, ele mandou eu ir lá no INSS, lá eles me indicaram a secretaria de saúde do município, como não tinha, eu tive que entrar com o pedido. (SMS 15)*

Da mesma forma que vem ocorrendo com os mandados judiciais, em que os impetrantes não correspondem à parcela da população com maior grau de exclusão social, estes encaminhamentos dos serviços públicos de saúde e assistência social não favorecem

necessariamente a população com maiores necessidades financeiras, e sim aqueles que têm melhores oportunidades de reivindicar ou negociar seus direitos (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

*Só sei que a defensoria solicita pro estado e pra união. O estado negou e fomos pra prefeitura e aí acatou. O advogado lá foi contra, daí a defensoria mandou pro juiz que deu a tutela antecipada. A sentença definitiva só saiu agora, em maio de 2006. (SMS 3)*

*Daí com o mandado do juiz entrei na Promotoria da Infância e da Juventude, o juiz deu um parecer, demorou mais de um mês. Só tinha que levar o pedido, uma semana antes, eles tinham que fazer a pesquisa de onde era mais barato, daí forneciam uma semana depois. Eu nunca tinha feito isso antes, não foi preciso. (SMS 6)*

*Eu já fui conselheira tutelar, aí fui no Conselho, levei toda a papelada, pedi pra Dra M me dar tudo de indicação que ela tivesse, pra começar o processo. Eu já tinha esse esclarecimento entende. Aí fui no conselho depois de uns 4 anos. Porque a gente já não tava dando conta, a farmácia é que dava um tempo maior pra gente pagar. Ele dava um prazo, a gente foi levando assim. Meu Deus! Tenho muito assim a agradecer a eles. Aí eu fui, lá Conselho, levei toda papelada comprovando que ele era diabético tipo 1. Pedi transferência do meu trabalho em São José pra cá, não consegui, mas tudo bem, eu consegui adequar o J, eu consigo fazer as coisas, entendeu? (SMS 4)*

Há, também, uma banalização da ação judicial como forma de acesso aos medicamentos. Na medida em que o próprio serviço de saúde difunde a idéia de que só vai atender aos pedidos via judicialização, “ensina” o usuário de que esta é a forma de acesso “padronizada”.

*Eh. Agora eu também tenho que tomar um hormonal, custa 58,00 reais, vou ter que entrar com essa papelada tudo de novo (SMS 2)*

Diferentemente da característica de entendimento na SMS, na SCAIFDS e AFLOV, ocorre a não compreensão do processo judicial no acesso ao medicamento, pois os usuários possuem poucos ou deficientes recursos para dar continuidade ao tratamento através da justiça, especialmente entre os usuários que receberam medicamentos da SCAIFDS e AFLOV. Em suas falas, foi possível constatar uma postura ingênua e a incorporação da via judicial como “natural”, como uma via já padronizada de acesso aos medicamentos, como exposto na fala:

*Eu queria que tivesse um advogado direto lá, pra não fazer a gente caminhar tanto. Porque a gente vai no Ministério Público, na verdade não é lá. É encaminhado pro Fórum,*

*do Fórum tem que pedir o advogado. Ai é mais longe ainda a caminhada, quem depende mesmo, que o estado é mais grave, não consegue. (SCAIFDS 4)*

De acordo com Santos (apud MARQUES, 2006), o tema acesso à justiça é aquele que diretamente equaciona as relações entre o processo civil e a justiça social, entre igualdade jurídico-formal e desigualdade socioeconômica. Conforme sua pesquisa, uma minoria da população brasileira possui condições de contratar advogado particular e, quanto mais baixo é o seu estrato socioeconômico, diminuem as chances de poder conhecer um advogado. É o exemplo da fala, a seguir, na qual se evidencia a dependência dos serviços públicos oficiais.

*Eu recebi na AFLOV porque tô esperando, tenho que ir pro juiz, assinar umas folhas, preencher, levar pro médico, até chegar do juiz vai demorar, tá tudo na mão da assistente social. (SCAIFDS 6)*

Para o usuário, o acesso à justiça é difícil e burocrático. A procura pela justiça costuma acontecer das seguintes formas: primeiro, o usuário procura a Defensoria Pública da União, faz o processo judicial e encaminha, de forma gratuita, para os cidadãos com renda inferior a R\$1.200,00 (Um mil e duzentos reais). Para os que percebem uma renda maior, a pessoa deve contratar um advogado particular e encaminhar o processo judicial nos trâmites normais da lei. Quando o juiz entende como procedente, ele defere o pedido e encaminha para a Procuradoria do Estado para determinar que a Secretaria da Saúde forneça o medicamento.

#### **f) Acesso aos serviços de saúde**

Nesta subcategoria, descreve-se uma das principais queixas dos entrevistados que foi a dificuldade encontrada para continuidade de tratamento com especialistas vinculados ao SUS e seus reflexos sobre o processo terapêutico como um todo.

*Primeiro a gente tem a burocracia de chegar até os médicos, o posto tenta encaminhar, mas não é tão fácil assim, demora mais de 1 ano inteiro esperando. (SMS 9)*

Isso se explica porque, na prática, o usuário procura uma Unidade Local de Saúde, é atendido pelo médico da Atenção Primária – responsabilidade do município de gestão básica que depende dos especialistas vinculados ao estado.

Outros usuários utilizam a consulta particular ou convênio pela dificuldade de agendamento ou retorno pelo SUS. Muitas pessoas fazem sacrifícios para conseguir agendar

uma consulta em serviço particular. A consulta é feita, o recurso utilizado, porém as receitas vão parar nos balcões das Unidades do SUS e a informação de que o medicamento não é padronizado. Em alguns casos o usuário inicia uma nova peregrinação, sem recursos para pagar outra consulta, tenta trocá-la nas Unidades Locais de Saúde, com os profissionais do SUS, o que nem sempre é possível, devido a uma série de variáveis envolvidas na prescrição de determinados tratamentos.

*Tivemos que consultar com particular porque na Policlínica do Estado, o retorno era pra 45 dias, daí tivemos que fazer pelo convênio. (SMS 3)*

Mesmo relatando a dificuldade de acesso aos serviços especializados e ao medicamento, alguns usuários buscam, na capital do estado, a esperança para o seu tratamento. Idosos vêm morar com os filhos na capital e usuários se utilizam de endereço de parentes na capital como atalho para acesso aos serviços.

*O meu sogro construiu aqui pra todo mundo, mas eu não consegui terminar aqui, aí eu fico lá na minha mãe em Santo Amaro. (SMS 5) (Usuária que tem mandado judicial contra a Prefeitura de Florianópolis)*

Ficou caracterizado, nas falas, que procurar Florianópolis para tratamento e acesso ao medicamento é entendido como a solução, talvez pelo fato de que os especialistas disponíveis nos hospitais de referência estadual estão localizados em Florianópolis.

*Na verdade, os médicos dele sempre foram aqui de Florianópolis, aqui no centro. Aí o que aconteceu [...]Depois de 3 anos, eu resolvi vender tudo o que a gente tinha lá e viemos aqui pro centro de Florianópolis. Nós morávamos São José, só que lá não havia auxílio algum, nós gastávamos muito com o Diabetes dele, perto de mil e poucos reais, a gente passou por uma fase complicada, até financeiramente. Não só por isso, mas foram várias questões. (SMS 4)*

É evidente a necessidade de organizar a assistência à saúde de modo a seguir o fluxograma da baixa, média e alta complexidade nas redes de atenção para que possam atender com qualidade a população próxima à sua residência. Diante disso, o usuário procura algum lugar onde encontra a porta aberta. No caso, os serviços da capital.

A demanda aos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário. Ela pode se efetivar por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como

os serviços organizam a sua oferta. Paradoxalmente, as necessidades de cada usuário podem ser outras. Elas podem ser a busca de respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, ao acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida (CECÍLIO, 2001).

É com frequência que acompanhamos pela mídia e também no nosso cotidiano de trabalho que os hospitais de referência em todo o país estão lotados. Em várias capitais, profissionais entram em greve, ou existe insuficiência de recursos humanos. Faltam verbas e manutenção, e há carência de gestão. Pelos corredores, sobram doentes em macas e em filas intermináveis. São exatamente os hospitais mais respeitados pela população que mais sofrem com o excesso de pacientes.

No caso de Florianópolis, são os serviços do Estado muito conhecidos como o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), o Hospital Infantil Joana de Gusmão, o Hospital Universitário, o Hospital Governador Celso Ramos e o Hospital Nereu Ramos, com suas especificidades, que criam a expectativa para os usuários de outras cidades. Isso, no entanto, gera uma demanda via judicial para o município também, como ocorre com o medicamento de forma geral, incluindo os de alto custo e os não padronizados.

O próprio Ministério da Saúde reconhece que o orçamento do Brasil para essa área está muito abaixo de outros países da América Latina. Estamos atrás do Chile, Argentina e Colômbia. O Sistema Público de Saúde aplica vacinas e faz transplantes de coração com R\$ 1,00 (um real) por dia. O governo gasta hoje 3,4% do PIB com saúde.

Todas as características da oferta dos serviços especializados fazem com que muitas pessoas troquem sua cidade natal para a capital.

*Na época eu comprava. Meu marido se desdobrava, porque eu não podia trabalhar. Eu estava em São José, aí eu tinha que comprar. (SMS 4)*

*Eu sou de fora do Oeste, eu morava em Caçador... Já tive internada em Curitiba, num sanatório, o médico de lá me encaminhou com urgência para tratar em Caçador e Joaçaba, ficava pra lá e pra cá. Aí como tava muito complicado e eu já tinha sido encaminhada pra tratar no HCR, tive que me mudar pra cá. Já moro aqui há 7 anos, meu marido é serralheiro e eu não posso trabalhar, não posso ficar sozinha, sair sozinha, alguém tem que estar sempre me olhando. Já tentei me aposentar, não consigo, já tenho até depressão profunda, não consigo, porque já faz muito tempo que eu não trabalho. (SMS 15)*



### **g) A efetivação do acesso**

A efetivação do acesso ficou evidenciada pelos usuários da SMS, que no último ano, só atendia aos pedidos judiciais. Portanto, todos os entrevistados haviam solicitado via mandado judicial e já se encontravam em situação de conforto em relação ao direito social adquirido.

*Eu disse: “Eu sei que essa é a última instância que eu teria pra solicitar” e aí no mês seguinte já nos chamaram lá da Secretaria de Saúde porque o pedido já havia sido encaminhado. O chato é que a gente tem que tá ligando, mas tudo bem. (SMS 4)*

*Não demorou muito tempo não, não tenho bem certeza, mas acho que foi um mês e comecei a pegar o medicamento lá na secretaria. A gente leva a receita, depois eles avisam, ou a gente liga. Eu tomo outros medicamentos também, mas estes eu pego sempre no posto do Rio Vermelho.(SMS 6)*

*Eu fui no juizado de menores quando ela tinha 1 ano, demorou todo o processo mais ou menos uns dois meses, mas depois ficou mais tranquilo.(SMS 11)*

*Todo mês agora a gente recebe, só que tem que ligar antes, eu não sei, eles deveriam ter um controle melhor, porque tem que ligar trinta dias antes. Por exemplo, esse mês eu já liguei e até agora não chegou o remédio. Agora já estou sem remédio. (SMS 13)*

*Agora eu já sei que o promotor da infância já encaminhou, que tudo segue direitinho. (SMS 17)*

*Agora eu pego o remédio lá na secretaria de saúde, mas fica muito contra mão, tenho que pegar 4 ônibus. Fica difícil, antes eu levava a receita e já pegava. Agora eles mudaram, tenho que levar a receita e pegar em 15 dias. Tenho que fazer duas viagens. Tirando isso, consigo fazer o tratamento direito. (SMS 18)*

Mesmo superadas as barreiras e o medicamento entregue oficialmente, ainda verificase atrasos na entrega do medicamento após decisão judicial. Isso gera aflição e insegurança, pois o usuário sabe que não pode ficar sem o medicamento e também não tem condições de adquiri-lo.

*Quatro dias já, e eles ainda não me ligaram, já falei com eles, e ainda não chegou ainda. Isso é que é o chato, ou eu tenho que estar ligando, ou eu tenho que estar lembrando eles, porque eles nunca lembram. Nem adianta eles complicarem, o médico já me falou que eu vou ter que tomar sempre este remédio. (SMS 13)*

*Ah, não é tão simples assim. Mesmo eu mandando o ofício, o juiz me manda também um outro ofício perguntando como está o repasse. Porque, na verdade, quem acionou o município foi o Ministério Público, nós só solicitamos ajuda do município, desde 2003. Mas mesmo assim, olha só o que eu já fiz, dia 12 de fevereiro encaminhei um ofício, já respondi*

*para o juizado que não recebemos nenhuma manifestação da secretaria (hoje 5 de março) daí o juiz aciona a secretaria e faz aquele processo todo. Claro que demanda algum desgaste, é chato manter contato, mas eu não me importo de fazer isso, é a minha função. Mas poderia ser mais fácil [...] (SMS 14)*

Outro fator gerador de insegurança e aflição ocorre quando o usuário, durante seu estado de conforto após a luta na justiça, se depara com a substituição de seu medicamento. Paira em suas lembranças o recomeço da peregrinação, tão sofrida e difícil. Para os serviços, pode ocasionar compra indevida de medicamentos que não serão mais utilizados pelo solicitante em questão.

*No começo foi complicado, o medicamento tava errado, agora eu tive até que parar, o médico me dá outro que eu pego no posto. Não posso cancelar o pedido lá. Eu posso ter que tomar de novo, o médico só tá experimentado outro. Ainda não dei baixa, existe a possibilidade de precisar de novo, porque estou com os glóbulos brancos aumentados eu estou usando o outro como disfarce. (SMS 15)*

Constatou-se ainda o assistencialismo devido ao vínculo com instituições de apoio social.

A existência de vínculo com instituições de apoio social, como as associações cívicas e voluntárias, é importante no resgate do cidadão para a esfera pública e na promoção da discussão política e das políticas de governo. A sociedade organizada em movimentos possibilita discussões sobre o papel das associações voluntárias e/ou informais como responsáveis por gerar reflexões e práticas de inclusão cidadã (BAQUERO, 2003).

*Porque algumas conhecidas me disseram que lá eles ajudam quando a gente precisa, e se a gente diz que não tem no posto, eles dão. (AFLOV 1)*

*Porque a gente já sabe, né? Lá eles dão quando não tem no posto, eles me avisaram ali no postinho, é só dizer que não tem no posto, eles dão. (AFLOV 2)*

*Foi assim oh, eu conheço, né?, a SDS há muitos anos, tem ali o antigo prédio da COMCAP. (SCAIFDS 2)*

*E é assim oh, eu porque quando eu não tenho condições dentro de casa eu procuro lá, apesar da minha cunhada me dar muito apoio. Ela diz, se tu não conseguir através da prefeitura, liga pra mim, que eu vou dar um jeito. (SCAIFDS 2)*

Verifica-se, porém, que as pessoas tramitam sozinhas e não conjuntamente com associações, investindo no atendimento de suas necessidades individuais. Não há evidência, nos relatos, de envolvimento dos usuários em associações ou atividades corporativistas. A

forma de acesso encontrada pelos usuários, em alguns casos de ação judicial e especialmente naqueles usuários da SCAIFDS e AFLOV, denotam a relação de dependência em relação ao poder público e a atores envolvidos com os setores públicos. Assim como discutido nas subcategorias anteriores, evidencia-se uma débil consciência dos direitos sociais.

*Eu fui no posto, e aí eu fui na SDS, porque a Secretaria da Saúde eu deixo assim pro último caso, pro um exame que eu não consigo, o que a médica manda fazer fora. E eu vou lá porque eles sempre me ajudam, eu tenho um cadastro lá. Volta e meia, eles estão me dando carga no meu passe para fazer acompanhamento. Eu tenho um cartãozinho, posso te mostrar. (SCAIFDS 2)*

Baquero e Pra (1995 apud BAQUERO, 2003) afirmam que a forma de assistencialismo parece estar naturalizada. Outros conceitos, como atraso, miséria, clientelismo, personalismo, patrimonialismo, ainda que não considerados valores culturais, são assimilados pela cultura e naturalizados, possibilitando cultura passiva, silenciosa e pouco participativa.

*Me mandaram pra lá, porque lá eles ajudam no remédio, ajudam na cesta básica. Mas, se eu tivesse que morrer de fome, já tinha morrido, porque até agora não recebi nenhuma cesta. Lá na SDS eu já recebi cesta, lá eles me ajudaram. Já que precisava de ajuda por causa dela. (SCAIFDS 3)*

### **7.5 Justificativas dos usuários para os pedidos de medicamentos por compra direta ou judicial nas SMS, SCAIFDS e AFLOV**

A intenção inicial nesse trabalho era conhecer e descrever toda a trajetória do usuário que recebeu medicamento pelos serviços aqui levantados, mas as pessoas entrevistadas relatavam espontaneamente diversas situações envolvidas com o acesso aos medicamentos. Entre os vários relatos, o que ficou evidenciado foi a necessidade de justificar “o porquê” precisavam solicitar os medicamentos por via judicial ou outra forma. Tais explicações e relatos dos usuários formaram a grande categoria denominada “Justificativa do pedido de medicamento” no processo de análise das entrevistas.

### 7.5.1 Construção da análise das justificativas dos usuários da SMS

SUBCATEGORIAS	RELATOS
Falta do medicamento nos locais de distribuição	<i>Ah, a gente comprava até fiado. Porque não tinha mesmo, eles não forneciam esses remédios. (SMS 11)</i>
Valor simbólico do medicamento e das intervenções médicas	<i>Olha, no começo, eu entrei com um processo, o médico disse que o remédio era muito caro, era um remédio especializado, tinha o genérico, mas não servia pra ele. (SMS 1)</i>
Contexto de vida Envolvimento da vida com a doença	<i>Quando eu peguei a medicação, eu não tava trabalhando, eu parei de dar aula por causa desse problema, hoje eu dependo só do meu marido. (SMS 5)</i>

**Quadro 3:** Montagem das subcategorias da justificativa na SMS

### 7.5.2 Construção do processo de análise da justificativa na SCAIFDS e AFLOV

SUBCATEGORIAS	RELATOS
Falta do medicamento nos locais de distribuição	<i>Eu peguei duas vezes o medicamento controlado, eu pego na farmácia do Rio Tavares, já da última vez não tinha fluoxetina, ou eu tenho que comprar ou falta. (AFLOV1)</i>
Valor simbólico do medicamento e das intervenções médicas	<i>Sim, porque foi receitado. Tudo que é receitado eu dou. (SCAIFDS 2)</i> <i>Esse remédio aqui é fogo na roupa. (SCAIFDS 3)</i>
Contexto de vida Envolvimento da vida com a doença	<i>Antes eu não precisava nem comprar, todo mês eles davam o remédio. Mas agora, eu vivo no médico com eles o dia todo. Eu pedi o medicamento pro meu marido, eu também tenho essa irmã doente. Vou no INPS, já marquei médico pra ela, amanhã já tenho médico pra ela, mas também marco pra minha nora que é dependente. Tu vê eu não paro. (SCAIFDS 3)</i>

**Quadro 4:** Montagem das subcategorias da justificativa na SCAIFDS e AFLOV

### 7.5.3 Análise das subcategorias da justificativa nas SMS, SCAIFDS e AFLOV

#### a) Falta de medicamentos nos locais de distribuição

A Portaria n.º 176, de 8 de março de 1999, estabelece dentre outras responsabilidades, que cada município tem o dever de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à Atenção Básica à Saúde para sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna. Os incentivos gerados, nas três

esferas do governo, devem ser orientados no sentido de garantir a melhoria do acesso da população à aquisição de medicamentos, conforme pactuado no documento de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2001).

No entanto, para o IDEC, o que se observa é que nem mesmo medicamentos básicos ou essenciais estão ao alcance de grande parte da população, particularmente nos países em desenvolvimento. Esse fato representa um agravante na realidade destes países, os quais realizam uma medicina mais curativa que preventiva, baseada em uma demanda intensificada de medicamentos. Mais paradoxalmente ainda, enquanto nas nações ricas o Estado ou os sistemas de seguridade social assumem a conta dos medicamentos, é justamente nos países mais pobres que o cidadão tem sido obrigado a pagar o custo do remédio do seu próprio bolso, agravando a iniquidade na saúde (BRASIL, 2002).

*Eu peguei duas vezes o medicamento controlado, eu pego na farmácia do Rio Tavares, já da última vez não tinha fluoxetina, ou eu tenho que comprar ou falta.(AFLOV 1)*

Na fala a seguir, revela-se a ocorrência de falta de um medicamento essencial como a Amoxicilina:

*Eu recebi amoxicilina (na SCAIFDS) porque estava em falta no posto. (SCAIFDS 2)*

Uma pesquisa realizada pelo IDEC, em 2002, em 13 cidades brasileiras em hospitais e unidades locais de saúde, revelou um quadro preocupante de desabastecimento de medicamentos essenciais nas unidades pesquisadas, tendo em vista que parcela considerável dos mesmos não estava disponível à população. Para se ter uma idéia, nenhum dos medicamentos pesquisados fora encontrado em 100% dos postos visitados, e somente 16 (26,23%) estavam disponíveis em mais de 80% dessas localidades. Nas cidades de Brasília, Macapá e Porto Velho, por exemplo, mais de 20% dos medicamentos investigados não puderam ser encontrados em quaisquer das unidades de saúde pesquisadas, sendo que, em Brasília, esse percentual atingiu a marca dos 37,7%. Em outras palavras, 23 dos 61 produtos investigados estavam ausentes em todas as unidades locais de saúde investigadas nesta cidade. (BRASIL, 2002).

Em Fortaleza, estudos realizados pela Célula de Assistência Farmacêutica da Prefeitura Municipal de Fortaleza mostraram que o abastecimento é irregular. Não existem dados para 2002, mas, a partir dos dados de janeiro de 2003, nos quais se observa uma queda

brusca no nível de cobertura (50,3%), pode-se presumir que existiram sérios problemas de abastecimento no período de realização da pesquisa (ARRAIS et al., 2007).

Na análise dos aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente em Fortaleza, a maioria dos entrevistados visitou o médico no setor público (60,5%). Em 56,4% das visitas, o paciente saiu do consultório com uma prescrição de medicamentos. Os pacientes do setor público receberam mais prescrição de medicamentos do que os do setor privado, o que, de certa forma, justificaria a grande aquisição no setor privado. Verificou-se, portanto, que a maioria dos entrevistados adquiriu seus medicamentos no setor privado (86,6%), ou seja, tiveram de comprá-los, apesar do indicativo de que parte significativa das pessoas procuraram assistência médica no serviço público (ARRAIS et al., 2007).

*Daí a prefeitura começou a dar a remédio, com muita dificuldade, um mês tinha, no outro não tinha, o remédio era caro. (SMS 1)*

*Ah, a gente comprava até fiado. Porque não tinha mesmo, eles não forneciam esses remédios. (SMS 11)*

*A gente foi primeiro no posto, não tem, aí fomos pra secretaria e também dizem não tem. Aí foi, por isso, que a gente entrou com processo, porque foi negado. (SMS 9)*

*No início, eu pegava no posto, mas, depois, foi ficando difícil, não vinha mais, aí eu fui procurar ,*

*É do convênio com a Empresa, da Unimed, ele tá na perícia. Ele prescreveu e não tem nenhum no posto, nem o genérico dele. Foi aí que ele me orientou. (SMS 13)*

*Na primeira vez, eu consegui e depois ficou mais difícil – agora, pra piorar, acabou também na secretaria da saúde. (AFLOV 1)*

*Bem, ele tem problemas sérios de saúde, mais é o coração, tem 3 pontes de safena, marco passo, tem medicamento que ele pegava no posto ou então na Policlínica, mas tem hora que não tem em nenhum dos dois. (AFLOV 3)*

*Essa pomada nunca encontrei no centro de saúde e, por isso, preciso comprar o medicamento. (SCAIFDS 1)*

*Porque não tinha no posto. (AFLOV 2)*

Nos relatos acima, percebe-se que há duas situações distintas: casos em que o medicamento solicitado não é padronizado por qualquer programa público; e ocorrências em

que o medicamento solicitado é padronizado, muitas vezes integrante da própria REMUME do município, mas não está disponível nas unidades de saúde.

Nos casos em que o medicamento não é padronizado, há a possibilidade de que o problema de saúde apresentado pelo usuário não encontra um medicamento indicado nos programas padronizados, o que é chamado de doenças órfãs de medicamentos. Nessas situações, a solicitação para fornecimento individualizado justifica-se como direito de acesso à saúde que não tem respaldo em política pública específica.

Já nos casos em que o problema de saúde é contemplado com tratamento por medicamentos padronizados em algum programa, deve prevalecer o seguimento dos protocolos terapêuticos publicados pelo Ministério da Saúde, especialmente no que se refere aos medicamentos excepcionais ou de alto custo. Os protocolos devem funcionar como estratégia de racionalização do uso de medicamentos, orientando as escolhas terapêuticas dos prescritores com base no uso racional de medicamentos.

Nas situações em que o medicamento é solicitado individualmente, por via judicial ou solicitação direta a alguma instituição, seja ele padronizado ou integrante de programas de saúde, especialmente se for incluído na REMUME, é o gerenciamento da Assistência Farmacêutica municipal que deve ser questionado. A Política Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF) contempla as seguintes diretrizes para a resolução do problema da falta de medicamentos nas unidades locais de saúde: Adequação da seleção de medicamentos, com a seleção de uma REMUME – Relação Municipal de Medicamentos; Reorientação da Assistência Farmacêutica, aperfeiçoando todas as etapas internas do ciclo; Promoção do Uso Racional de Medicamentos junto ao usuário, de modo individual e coletivo; Desenvolvimento de estudos relacionados com informação sobre o uso seguro de medicamentos pelo usuário/farmacovigilância; Garantia de abastecimento eficaz, ágil e de qualidade dos medicamentos da REMUME (FLORIANÓPOLIS, 2006).

O nosso estudo demonstrou que se torna urgente a adequação das diretrizes da PMAF, pois constatamos um total de 21,15% de medicamentos com autorização de compra direta que faziam parte da REMUME (responsabilidade do município), 9,07% de medicamentos excepcionais (responsabilidade do estado) e 12,01% de medicamentos da Saúde Mental (que o Estado fornece ao município) também sendo comprados de forma direta para atender solicitações individuais.

É fato que os medicamentos fornecidos por demanda judicial são, na sua maioria, de custos mais elevados. Porém, se houver mais atenção na dispensação dos fornecidos pelos SUS, certamente não impactaria nos gastos, e o usuário não seria tão prejudicado a ponto de

buscar alternativas mais trabalhosas para o acesso ao medicamento essencial ou estratégico ao seu tratamento. Como já citamos anteriormente, os gastos das famílias brasileiras ainda são insuficientes para atender as demandas pessoais quando o serviço público não consegue garantir esse direito social que é a oferta do medicamento.

*Aí, a princípio, eu fui no posto, aí eles não fornecem. Aí ela me disse que eu poderia ir lá no INSS, na Policlínica do Centro. Lá eles não sabiam me dizer onde eu ia pegar, porque não tava na lista dele. (SMS 5)*

Evidencia-se a falta de conhecimento dos medicamentos disponíveis, tanto dos profissionais como dos usuários do SUS. A respeito da organização da assistência farmacêutica no município de Florianópolis, os dados nos levam a acreditar que esse tipo de desinformação é caótica para todo o sistema, seja por falta de organização e de sensibilização para o problema pelos gestores dos setores, seja pelo desconhecimento da população sobre onde encontrar o medicamento. Além da dificuldade de acesso, contribuem, para isso, o desabastecimento ou a desorganização das unidades dispensadoras.

Em análise realizada de ações judiciais atendidas pelo Estado de Santa Catarina no ano de 2005, cujo teor relacionava-se à solicitação de medicamentos utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica para usuários residentes no município de Florianópolis, concluiu-se que, do total de 13 (treze) medicamentos solicitados, dois (2) são fornecidos pelo SUS, sete (7) deles têm substitutos fornecidos pelo SUS e apenas quatro (4) não poderiam ser substituídos, pois não há um medicamento alternativo fornecido pelo SUS (AZIZ; RAMOS; VERDI, 2006).

Pereira (2006), analisou os processos judiciais que solicitavam medicamentos encaminhados à Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 a 2004 e identificou 1163 produtos solicitados através dos processos judiciais que foram inicialmente categorizados de acordo com a presença ou não em programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e/ou pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Os resultados das solicitações analisadas foram: a) Medicamentos Excepcionais/Alto Custo, 49 produtos diferentes em um total de 307 solicitações (26,4%); b) Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica, 12 produtos diferentes em um total de 28 solicitações (2,4%); c) Saúde Mental, cinco produtos diferentes em um total de 17 solicitações (1,5%); d) Medicamentos Estratégicos, seis produtos diferentes em um total de 16 solicitações (1,4%); e e) Mucoviscidose/Fibrose Cística, dois produtos diferentes em um total de 12



solicitações (1,03%). Os medicamentos não padronizados corresponderam a 62,2% dos produtos solicitados naquele ano.

Na Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, os itens da REMUME têm sua dispensação regular nas unidades locais de saúde e, por isso, as ações são encaminhadas às coordenadorias para que gerenciem o fornecimento desses medicamentos. Portanto, os cálculos realizados são feitos apenas com os medicamentos selecionados que não fazem parte da REMUME (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Como constatado, quando falamos somente de ações judiciais, percebem-se distorções graves, pois chegam aos serviços de Assessoria Jurídica um elenco de medicamentos que fazem parte de programas, incluindo a REMUME.

Cabe ressaltar que vários gestores estão se queixando dos gastos com ações judiciais. Esses gestores, pelos resultados demonstrados no presente estudo, não possuem completa visualização da quantidade de recursos que estão sendo utilizados de forma inadequada, tanto no nível estadual, como no municipal. O estado, comprando medicamento que o município distribui, o município, adquirindo medicamento que o estado distribui, o que mostra uma fragmentação das ações quanto à gestão da assistência farmacêutica.

Analisando a situação do usuário, é importante ressaltar que o fornecimento tempestivo dos medicamentos é o que importa na realidade prática das pessoas, pois a falta do medicamento resulta na interrupção do tratamento, em muitas situações, como relatado:

*Ela não toma, agora ela tá sem, ela só toma o da pressão. Se tivesse no posto era mais fácil, né? (SCAIFDS 4)*

*Mas em relação aos remédios, a gente foi no posto, daí a gente voltou na médica, perguntando se não tinha outro que ela desse pra que a gente pudesse retirar no posto. Ela disse não tem, o que você tem que tomar é esse. Aí, compramos o medicamento que estava custando 480,00, compramos por dois meses. Só que o problema é que ele não dura um mês, ele dura uns 20 dias, aí ele ficava sem remédio. (SMS 13)*

*E, na época, ele já estava sem remédio, já fazia mais de quinze dias que ele estava sem remédio. Como tava nessa de judicial, a gente não tinha mais dinheiro e a gente acabou ficando sem. (SMS 13)*

As conseqüências da interrupção dos tratamentos são o comprometimento da efetividade do tratamento, o risco de agravamento do problema de saúde e conseqüente necessidade de medidas mais despendiosas para o poder público e mais danosas aos indivíduos.

Outra questão que chama a atenção é a falta de credibilidade dos medicamentos distribuídos, prevalecendo uma crença generalizada de que se é público, “gratuito”, não é de boa qualidade. Como essas situações acontecem mais de uma vez, os solicitantes mudam a alternativa do caminho por considerarem mais confiável e resolutive.

*Esses postos aí não tem nada. Só tem esses remédios ruim aí. Não adianta, a minha nora tá tomando um pra pressão dela que não tá resolvendo nada. Do postinho. Agora essa semana ela vai consultar, pra médica receitar outro remédio pra ela poder dar jeito. (SCAIFDS 3)*

*Não, lá não. No posto não, no posto nunca tem. (SCAIFDS 3)*

*Já sei que vou ter que ver remédio pra ele. Lá no posto não vou mais, porque não tem. (SCAIFDS 3)*

As pessoas aprendem com a experiência repetitiva que, nas unidades básicas de saúde, faltam muitos medicamentos (muitas vezes, porque o medicamento prescrito não é padronizado), então ficam inclinadas a excluir de suas trajetórias tais unidades. Se há uma via de acesso em que a solicitação é sempre atendida, esta passa a ser entendida como a via preferencial. A médio e longo prazos, portanto, a demanda gerada por solicitações individuais tende a crescer ainda mais, comprometendo toda a lógica do trabalho preconizado na Assistência Farmacêutica.

#### **b) Valor simbólico do medicamento e das intervenções médicas**

A vivência e crenças culturais relativas à medicalização, somadas às práticas de saúde tradicionais, contribuem para que o usuário acredite nas prescrições medicamentosas. Como veremos na fala analisada abaixo, a forte crença nos medicamentos:

*Esse remédio aqui é fogo na roupa. (SCAIFDS 3)*

*Nós sabemos que ela está doente, muito idosa, mas o medicamento dá mais qualidade de vida pra ela, entende? (SMS 3)*

Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica, necessariamente, melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação e a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros. No entanto, é evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado,

conforme e quando necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como a mortalidade para muitas doenças (ARRAIS et al., 2007).

O modelo de atenção, preconizado pela maioria dos municípios na atenção primária, estrutura-se na estratégia de saúde da família e possui caráter prescritivo, bastante exacerbado, o que enaltece a crença nos exames e outros auxílios terapêuticos. Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde. Porém, reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas não é tarefa simples. Um processo de trabalho, prescritivo em nível central, não contribui para que o movimento inverso ao curativo se constitua (FRANCO; MERHY, 1999).

Mas é o processo curativo o que os usuários vão buscar quando solicitam os medicamentos. Sua busca, que compreende peregrinação, submissão, esforço, denota a forte crença no poder dos medicamentos e das ações médicas como forma de resolver os problemas de saúde que os afligem. Expressões metafóricas como *medicamento fogo na roupa* refletem um poder simbólico do medicamento – de força, de mágico. O medicamento capaz de devolver *qualidade de vida* para o paciente também expressa seu simbolismo, capaz de promover o acesso à própria saúde, que pode ser adquirida instantaneamente pelo indivíduo, materializada por um comprimido (LEITE E VASCONCELLOS, 2006).

Perini e Acurcio apresentam o medicamento como um “objeto plural, que luta por ser moderno e científico, mas em cujo interior racionalidades diversas se apresentam”. Para resumir a diversidade de símbolos representados pelo medicamento, os autores apresentam-no como “mágico”, como “solução” e como “moda”. O medicamento é mágico por trazer ao indivíduo uma resposta fácil e libertadora, seja por permitir uma compreensão acessível de sua condição de saúde ou mesmo libertadora à necessidade de auto-conhecimento e de atuação nas transformações das condições da sua própria existência. É solução que satisfaz necessidades socialmente diferenciadas – para os extratos de maior poder aquisitivo é instrumento de proteção à saúde e, para os de menor renda, de manutenção e preposição da sua força de trabalho; e, finalmente, é moda, que responde a necessidades e mitos explorados pela publicidade junto ao consumidor e ao prescritor (PERINI e ACURCIO, 2001).

O caráter “moderno”, juntamente com o fato de ter alto custo, confere aos medicamentos, e nos casos aqui relatados especialmente naqueles que são objeto de ação judicial, o status de necessário, insubstituível e capaz de resolver os problemas, como referido:

*Tive muito efeito colateral, daí eu era obrigado a tomar o Venalot. (SMS 2)*

*Ele é hiperativo. Hiperatividade com compulsividade. Ele não tem controle sem o remédio. (SMS 9)*

*Ele tomava a NPH e a regular, essas têm no posto. Mas depois ele teve que passar a tomar a Lantus porque dava muita hipoglicemia. Aí no posto não tinha, aí teve que ser com ordem judicial. (SMS 10)*

Para Geest & Whyte (1989), é inegável a justificativa prática para que os medicamentos tenham se tornado objeto de desejo e de dependência, pois trazem a possibilidade real de cura ou alívio. A motivação para adquirir medicamentos segundo os autores, no entanto, não vem do fato de que eles *são* poderosos, mas do fato de que as pessoas *acreditam* que eles sejam. Como apontam Perini e Acurcio (2001) é também necessário avaliar certo “modismo” em torno da crença nos medicamentos, pela influência da mídia e ainda dos próprios serviços de saúde, por seu modelo de atenção medicalizante que induz o consumo não só de medicamentos, mas também de exames e de consultas.

*Porque eu não podia ficar esperando marcar consulta de 6 em 6 meses e ele não fazer a Hemoglobina Glicosilada de 3 em 3 meses pra gente não saber como ele tá. Aí eu continuei com ela no consultório particular. Até hoje. Faço de 3 em 3 meses. (SMS 4)*

*O que aconteceu, até os 6 anos, que não é permitido que use a Lantus, ele fazia muita hipoglicemia ainda, então a gente usava muito teste. Cheguei a usar 300 fitas por mês. (SMS 4)*

O sistema de crença no modelo biomédico também pode ser observado no relato abaixo:

*Nós vamos fazer tipo uma junta médica, não tem? Pra ver, dizer se realmente vai dar continuidade com essa alimentação, essa medicação, e vai ser preciso fazer um exame pra ver qual a medicação que ele vai usar e também nós vamos ajudar ele no psicológico, nós vamos trabalhar. (SCAIFDS 2)*

Outro fato que chama a atenção neste contexto é a utilização de terminologias e expressões tipicamente biomédicas por alguns usuários, especialmente entre os usuários que recebem medicamentos por mandados judiciais junto à SMS.

*Ele é hiperativo. Hiperatividade com compulsividade. Ele não tem controle sem o remédio. (SMS 9)*

O medicamento neste complexo contexto simboliza a própria saúde: individual, somatizada, ao alcance do poder de consumo. Saúde e medicamento não representam âmbitos independentes. Quanto mais valores se agregam à saúde (todos os fatores que a vida engloba), maior a necessidade gerada de bens e condições de saúde. Para Lefèvre (1991, p. 21), esta mercantilização da saúde vem ocorrendo em um processo histórico que a transforma “numa necessidade jamais satisfeita” e, portanto, que demanda cada vez mais o consumo de bens de saúde, especialmente o consumo de medicamentos, um dos símbolos mais evidentes de saúde.

Independentemente da patologia a ser tratada, entre outros problemas, o que chama a atenção é que os próprios usuários reconhecem que são as condições econômicas, a vida difícil e a condição de miséria, a falta de perspectiva de mudança justificam a necessidade de vários medicamentos.

### **c) Contexto de vida, envolvimento da vida com a doença**

A necessidade que os informantes expressaram de relatar suas justificativas para terem solicitado os medicamentos (mais expressivamente entre os beneficiados pela SMS com mandados judiciais, mas também naqueles beneficiados pela SCAIFDS e AFLOV) foi explicitada em falas com relatadas abaixo, em que aparece o fator financeiro e as condições de vida (materiais e de saúde) como condicionantes para a solicitação dos medicamentos ao poder público:

*Até já vendemos o carro, porque, mesmo com a ajuda da prefeitura, ainda fica muito caro manter tudo que ela precisa. Eu compro ainda o oleato junior pra dar banho, sabonete especial, creme pra assadura Cetrilan. Essa dermatite é muito triste, é uma deficiência da pele hereditária. Por isso tudo, hoje ela usa 15 Elidel por mês, ela cresceu, o corpo ficou maior, fica tudo muito caro. (SMS 11)*

*Olha, não é fácil, tem que cuidar até da roupa que ela vai usar. (SMS 11)*

*Sou aposentado, tô me separando, cuido de uma filha de 11 anos, fiquei sem computador. O médico me recomendou um serviço voluntário ou atividade física, mas ando muito desanimado. (SMS 18).*

*Quando eu peguei a medicação, eu não tava trabalhando, eu parei de dar aula por causa desse problema, hoje eu dependo só do meu marido. (SMS 5)*

Entre os usuários de baixa renda (em geral beneficiados com os medicamentos através da SCAIFDS), as dificuldades geradas pela doença e pelo tratamento são ainda mais impactantes.

*Eu também tenho essa irmã doente. Vou no INPS, já marquei médico pra ela, amanhã já tenho médico pra ela, mas também marco pra minha nora que é dependente. Tu vê, eu não paro. (SCAIFDS 3)*

*Às vezes fico deprimida, o meu marido também, a situação está difícil, eu já fui melhor de vida, meu marido tem curso superior, mas não consegue emprego. Está tudo acumulando...(Choros). (SCAIFDS 9)*

*Bem, desde setembro, quando eu perdi meu filho, deram um tiro nele, no meio da rua, mataram ele. Eu não agüentei, porque eu já sofro desde a minha infância. Tive problemas muitos sérios de pobreza mesmo, agora que eu tinha o meu filho que me ajudava um pouco, eu perdi as esperanças, o único jeito é tomar remédio. Mas tá difícil, não sei como vou conseguir, tomara que tenha no posto, se não [...] (AFLOVI)*

Os usuários e seus familiares, possuem uma série de elementos em comum, apresentando comportamentos diferentes dependendo das suas condições e os recursos que estão suficientemente disponíveis para atender as suas reais necessidades, seja saúde, locomoção, moradia, acesso aos serviços ou condições sociais.

Ficou evidenciado nos relatos dos informantes que os problemas de saúde, deles ou de seus familiares, e seus subsequentes tratamentos tomam espaço expressivo de suas vidas, exigem grande empenho pessoal, profissional e financeiro. As trajetórias de suas vidas são modificadas em função da doença e do tratamento. Em alguns casos, a mudança de endereço é uma das alterações empreendidas em virtude do tratamento:

*Aí o que foi que aconteceu, lá a gente não teve ajuda nenhuma, eu disse pro (marido) assim oh, a gente tem que estar perto da escola do J, a gente tem que ter um atendimento melhor pro J, eu vou vender tudo aqui, e nós vamos pro centro. Entendeu, a gente tinha uma casa enorme, aí a gente conseguiu comprar aqui um apartamento, foi o que deu pra comprar. Porque a gente não ia ficar de aluguel pela situação. Então, nós vendemos o que tínhamos lá, meu marido continuou trabalhando, eu fiquei um tempão sem trabalhar, porque eu não conseguia voltar, ficava assim, presa à situação. E aí tu imagina e aí é tudo uma complicação. Quanto mais cuidado tem, mas tu não consegue sair. Eu sempre digo, se o diabético não tiver um cuidador, ele morre. Porque a pessoa tem que passar cuidando o tempo inteiro. (SMS 4)*

*Eu vim morar aqui porque fica perto da escola e do meu trabalho, ele fica comigo, porque, pra cuidar dele, é complicado. E também, com essa insulina, ele não faz mais hipoglicemia, eu cuido da alimentação dele, daí fica tudo certo. Só que eu não posso desgrudar dele de jeito nenhum, fico preocupada. (SMS 10)*

Há necessidade de interação dos diversos serviços públicos (a segurança, a educação) com a comunidade, pois as famílias muitas vezes se encontram em situações limitantes e

constrangedoras, muitas delas têm dificuldade de agir diante as situações fora de controle com que se encontram com seus entes queridos.

*A PM já trouxe ele como drogado, tivemos cada cena, acabava com a família. Eu dizia para os policiais, eles não acreditavam, por fim eles começaram a reconhecer, porque ele era um bom rapaz. (SMS 8)*

*Começou pela escola, porque a escola não conseguia ter ele na sala, eles diziam pra gente arrumar um jeito, tem que ver o que que é. A gente já sabia que era a hiperatividade. Só que a primeira vez que a gente descobriu a médica disse assim oh, o que ele tem é só hiperatividade, só que ela não disse que ele precisava fazer tratamento, só disse que tinha hiperatividade. E a gente bem leigo do assunto, pensou assim, hiperatividade é uma coisa que dá e passa. Porque ele é uma criança normal. Só que a coisa começou a se agravar, na creche, era um problema sério, porque ele era também agressivo, ele batia nas outras crianças, aí tinha aqueles problemões, ele ia de topique, a gente pagava pra levar e trazer. Ele pegava o tênis dele, jogava pela janela, e aí chegava em casa com um tênis só no pé, às vezes, nenhum. Aí foi assim, começaram a pressionar a gente, a escola, e a própria comunidade, porque não conseguiam ficar com ele, é verdade, não queriam que ele ficasse, todos queriam que nós tirasse ele da escola, expulsar, os outros pais queriam bater nele. Aí, da última vez que teve o problema de ter uma agressão na escola e a gente pegou e fomos pra delegacia, fomos procurar os nossos direitos, aí deu aquele rolo todo, até que alguém orientou é esse o caminho e tu vai conseguir o medicamento pra ele. (SMS 9)*

*Foi a delegacia, porque eles mandaram a gente pra Justiça da Infância, depois da delegacia porque ele foi agredido pelos funcionários da escola. Também os outros se aproveitavam dele, uns faziam arte e ele é que levava a culpa. (SMS 9)*

Não parece existir uma construção coletiva de cuidados sociais pela busca do melhor acolhimento e atendimento às necessidades das pessoas – que não são apenas tão objetivadas como um medicamento, em muitos casos envolve um conjunto de condições que são necessárias para dar conta de viver.

*Pra cuidar dele, não tem só o medicamento, ele tem que fazer atividade física, porque a ritalina interfere no crescimento da criança. A gente tem que pagar a aula de natação, ele faz lá na universidade, aí sai bem mais em conta. A gente paga alguém pra levar porque é longe. Sabe de uma coisa isso tudo dá muito desgaste físico, mental e financeiro. (SMS 9)*

A presença de outras pessoas doentes na família era rotineiro, no caso abaixo, todas as pessoas doentes eram cuidadas por outra também com problemas sérios de saúde, porém, apesar de possuir limitações físicas, era a única que tinha condições intelectuais para cuidar de seus entes: seu marido e sua irmã. A única fonte de renda é proveniente da pensão que sua irmã recebe, um salário mínimo, por aposentadoria por invalidez.

*Eu tô cuidando deles, mas tenho problemas do joelho. Mas os meus medicamentos têm no SUS. O problema é o meu marido que deu Derrame. Toma esse, esse mais a pressão, mais o estômago. Só tem no posto do estômago e esse aqui que é remédio controlado, eu pego lá no centro. (SCAIFDS 3)*

Os relatos acima demonstram que a maioria das pessoas que acessa o pedido individual é extremamente carente, fato que se agrava nos usuários da SCAIFDS e AFLOV.

De acordo com as informações recentes reproduzidas no Relatório sobre o Desenvolvimento Humano (RDH, 2003), no Brasil,

apesar de a pobreza ter começado a cair no começo dos anos 90, isso ocorreu de modo desigual - Segundo o RDH 2003, embora o Nordeste tenha conseguido uma redução dramática nos indicadores, a região Sul é a única que deve conseguir cortar a pobreza pela metade até 2015. O Norte do país é a única região que viu a pobreza crescer, de 36% em 1990 para 44% em 2001. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>4</sup> da região Norte não tem evoluído o suficiente, ao contrário do que ocorreu com o IDH no Nordeste e no Sudeste, por exemplo. A região Sul ainda possui melhores índices de desenvolvimento humano.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o número de pobres aumenta e já atinge 307 milhões de pessoas no mundo, o que mais preocupa é a tendência de que esse número aumente até 2015, quando os países menos desenvolvidos poderão passar a ter 420 milhões de habitantes vivendo abaixo da linha da pobreza<sup>5</sup>.

Na lista total da ONU, pela classificação segundo IDH, o Brasil ocupa a 65ª posição no ranking mundial. O estado de Santa Catarina ocupa o quarto lugar no país, tendo um IDH de 0,842. Acompanhando a mesma posição do estado, Florianópolis possui um IDH de 0,875, sendo o maior do estado. O menor IDH do país pertence ao município de Manari (Pernambuco) 0,467.

*Eu estava desempregado. Nós tínhamos uma casa financiada, e lá descobrimos essa defensoria e falamos pra eles que não tínhamos condições, daí eles fizeram uma pesquisa socioeconômica. (SMS 3)*

---

<sup>4</sup> O IDH é um índice sintético composto por quatro indicadores que medem o desempenho médio dos países em três dimensões do desenvolvimento humano: “vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e um padrão de vida decente”.

<sup>5</sup> Desde 1990, um número sem paralelo de países viu seu padrão de vida decair: o cidadão médio de 46 países é mais pobre hoje do que há uma década (20 desses países ficam na África sub-sahariana); em 25 países, mais pessoas estão com fome atualmente do que no começo dos 90; o IDH recuou em 20 países, desses, 13 ficam na África sub-sahariana. A expectativa de vida caiu para 40 anos ou menos em oito países da região (Angola, República Centro-Africana, Lesoto, Moçambique, Serra Leoa, Suazilândia e Zimbábue). O principal motivo foi a pandemia de HIV-Aids. Em Botswana e na Suazilândia, pelo menos, uma em cada três pessoas de 15 a 49 anos está infectada (PNUD, 2004).



*Não foi tão difícil (acessar o medicamento), eles viram que eu não tinha condições, meu salário é baixo, sou separada, pago aluguel, cuidado dele sozinha. (SMS 10)*

*Não tinha como, o meu vencimento não dava. Aí nós fomos obrigado a entrar na justiça. Depois que chegou na juíza foi fácil. Mas depois foi marcado uma audiência. Aí eles entraram com mandado lá na secretaria da saúde. (SMS 12)*

*Bem, eu continuo pegando a insulina lá no posto, já faz uns 5 anos que eu pego lá, então [...] o médico prescreveu o Cebralat e o Plasix, porque eu tenho que tomar esses medicamentos. Porque eu não tenho condições de estar comprando, né? (SMS 13)*

*Depois, eu tive novamente lá porque meu marido estava desempregado. (SCAIFDS 2)*

*Fica difícil, meu marido está desempregado e os meus filhos ganham pouco. (SMS 9)*

*Trabalhar fora não posso mais. Quando a gente tá trabalhando é mais fácil. Sabes quanto é que custa só uma caixinha desta, deixa eu ver essas duas, não. Aí, meu Deus, saiu da minha memória, vinte e sete reais. Olha só onde que eu vou buscar esse dinheiro, é muito caro. (SCAIFDS 3)*

*Eu não tenho dinheiro pra comprar tudo que a minha filha precisa. A gente paga luz, paga roupa, alguma prestação de eletrodoméstico. (SCAIFDS 6)*

*Há dois anos recebo este medicamento, antes eu conseguia comprar. (SCAIFDS 1)*

*Eu já te falei que estou desempregada, não tenho como garantir as minhas faxinas. Mas pras praias eles não dão passagem e pagam a mesma coisa, assim não dá. (SCAIFDS 6)*

*Porque antes eu fazia faxina, agora não posso mais trabalhar, tenho que cuidar dela, porque ela vive de calmante. E não adianta deixar ela em casa, porque ela sai, vai pra esquina. Outro dia fui pegar ela quase lá perto da BR. Então não adianta. Pego ficha de um lado pra ela. Vou na Mauro Ramos pedir ajuda pra ele. Até aqui na Orionópolis disseram que iam me ajudar com uma cesta. Mas até hoje nada. Eu sempre trabalhei fora, sempre gostei de comprar minhas coisinhas. (SCAIFDS 3)*

É importante salientar quão repetitivas foram as justificativas expressas pelos informantes para o fato de terem solicitado o medicamento, seja por ação judicial ou no serviço de assistência social. Este tipo de questionamento não fazia parte do roteiro da entrevista, no entanto todos os informantes salientavam que tinham motivações “reais” para solicitar do poder público este benefício.

## 8 CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS

A Lei Orgânica do SUS exige um trabalho conjunto dos governos federal, estaduais e municipais para dar conta de todas as ações de saúde, que envolvem desde a atenção primária até aos procedimentos de média e alta complexidade. A execução dos serviços é de responsabilidade prioritariamente municipal, uma vez que o princípio da descentralização transformou os municípios nos agentes de gestão local desta política pública de saúde abrangente e complexa. Os 5.500 municípios do país promovem a atenção à saúde em conjunto com os 27 Estados e a União, contudo ainda se vê no processo de consolidação das responsabilidades municipais muitas dificuldades tais como as limitações orçamentárias e financeiras para a execução de toda a complexidade do SUS.

O município de Florianópolis, através da sua Secretaria Municipal de Saúde, tem ampliado o investimento financeiro na assistência farmacêutica a cada ano. Porém, os dados descritos no presente estudo indicam que a plenitude da gestão da assistência farmacêutica conforme a Lei Orgânica do SUS, que determina a competência às Secretarias Municipais de Saúde, não se concretizou ainda. A partir de 2005, a Secretaria Municipal da Saúde delegou suas atribuições gerenciais dos recursos da assistência farmacêutica à SCAIFDS e AFLOV. Ainda assim, tal providência não solucionou a demanda de solicitações individuais por medicamentos essenciais e outros financiados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado, que foram atendidas com ônus para o município. Em suma, esta transferência de responsabilidade não representou benefício no gerenciamento dos recursos públicos disponíveis para a saúde dos municípios. Outros fatores também contribuem para a problemática, como a pressão da indústria farmacêutica sobre os profissionais prescritores através da distribuição massiva de amostras grátis, numa tentativa de gerar a necessidade de continuidade do uso de determinados medicamentos.

Na prática, o usuário encontra-se desorientado porque, dentro do mesmo município, possui três lugares diferentes para acessar o medicamento mas nenhuma garantia de onde, quando e de que forma poderá acessá-lo, sendo conduzido quase que inevitavelmente para a via judicial, quando o usuário tem acesso a esta via; e a gestão, tendo em vista a operacionalização de três órgãos fazendo o mesmo trabalho e a fragilidade no planejamento dentro do orçamento. Se essa função estivesse estruturada adequadamente nos serviços de saúde do município e do estado, certamente a peregrinação do usuário não seria tão sofrida e frustrante como nas falas que levantamos, bem como os recursos empregados nesse processo

poderiam subsidiar outras ações de igual importância aos usuários do SUS. A partir de um sistema de informações ágil sobre os estoques de medicamentos, o usuário seria beneficiado com um fornecimento mais humanizado.

Através do estudo das trajetórias dos usuários, foi possível comprovar uma peregrinação, muitas vezes sofrida e frustrada em busca do acesso aos serviços de saúde, incluindo os usuários que acessam a rede privada, levando à situação emergencial de acesso à justiça, embora, para eles, difícil e burocrática. Neste percurso, os usuários vivenciam adversidades da vida cotidiana agravadas por sua condição de saúde, exigindo grande comprometimento com a problemática da doença – que gera dificuldades para trabalhar, para cuidar da família e para enfrentar a própria peregrinação em busca do tratamento indicado. O apoio da rede social, nestas situações, é imprescindível e aparece nos relatos dos informantes deste estudo como esteio para continuar a caminhada.

Buscar entre conhecidos “influentes” nas instituições públicas ou pessoas de carreira política uma forma de abreviar ou garantir o acesso ao benefício social também é um atalho identificado pelos usuários no longo, penoso e complicado trajeto que vislumbram até conseguir o medicamento. Já descrito por Da Matta (1997; 2000), esta é uma forma de acesso culturalmente aceita no Brasil e compreendida como normal, não questionável.

Outro fator que sugere a necessidade imediata de reorientação do modelo de atenção é a orientação prestada pelos profissionais de saúde – de serviços públicos e privados - para a busca jurídica do direito social de acesso ao medicamento. A negligência do setor público nesta etapa do cuidado leva à sobrecarga da justiça com processos, nos casos dos medicamentos padronizados ou de programas estratégicos. Incita na população, ainda, a naturalização da judicialização como forma de acesso aos direitos sociais, mesmo quando eles são garantidos por políticas públicas específicas, como é o caso da assistência farmacêutica. Consolida, também, a prática da prescrição de medicamentos aleatoriamente aos princípios do uso racional de medicamentos e tecnologias na saúde, ao incorporar uma via de acesso que nem se quer questiona a necessidade ou a melhor opção terapêutica para o usuário.

À guisa de finalização do estudo e de contribuição para a reflexão sobre a necessária reorientação do modelo de atenção à saúde e das pressões que insurgem da sociedade para o acesso efetivo aos medicamentos, sugere-se três questões gerais que emergem significativamente da análise aqui apresentada:

- Valoração simbólica do medicamento e da tecnologia: as trajetórias dos usuários aqui apresentadas, em geral marcadas por grande envolvimento, sofrimento e aspiração pelo acesso aos medicamentos denota grande valoração destes para os usuários. A simbolização da saúde

através do medicamento – fenômeno já demonstrado e discutido na literatura – pode ser identificada nas trajetórias dos usuários ouvidos neste estudo. O valor dos medicamentos, no entanto, não se revela de forma tão generalizada como nos estudos de Lefèvre (1991): apesar de haver a forte relação medicamento/forma de adquirir saúde, já não é qualquer medicamento que tem este valor. A clara desvalorização dos medicamentos que são regularmente oferecidos pelo serviço municipal de saúde, no mesmo contexto em que medicamentos não padronizados são solicitados por via judicial, explicita a relação entre o valor do medicamento-saúde enquanto sinônimo de tecnologia, modernidade, inovação – não o comum, o básico, o acessível ao público geral. As dificuldades para acessar estes medicamentos não padronizados, a necessidade de percorrer penosas trajetórias e de obter um mandado judicial, podem colaborar para agregar valor simbólico a eles. Seguindo a mesma concepção de caráter metonímico proposta por Van der Geest; Whyte (1989), estes medicamentos “modernos”, “tecnologicamente avançados”, são representações do profissional que o prescreveu, que torna-se socialmente também moderno, avançado, e conseqüentemente melhor do que o serviço público oferece. Tem-se, desta forma, a engrenagem do mercado de medicamentos funcionando plenamente, incentivada pela pressão social oriunda das práticas profissionais.

- A frágil concepção de direito à saúde: Não ter condições financeiras para arcar com o tratamento prescrito (e afirmar que se tivesse condições arcaria), que tem problemas para manter as condições de vida da família e que a doença traz problemas realmente importantes para suas vidas foram as justificativas amplamente expressas pelos informantes para o fator de terem solicitado determinados medicamentos ao poder judiciário, ou à assistência social, ou a alguma estância do poder público. No entanto, estes informantes não foram questionados sobre sua necessidade de solicitar benefícios. Outros demonstraram muito receio em responder sobre o assunto ou mesmo se negaram a fazê-lo, alegando se sentirem lesados pela publicização de sua solicitação. Aliada ao fato de se buscar atalhos para garantir o benefício do acesso aos medicamentos através de “cartolas”, a necessidade de justificar a cobrança de um direito social denota o não esclarecimento pleno sobre direito à saúde para os usuários entrevistados. O acesso ao medicamento por vias indiretas (como as identificadas no estudo) é entendido como um recurso pontual, para aquela situação específica ou para medicamentos apenas, não a representação de um direito integral à saúde. Tampouco o direito à saúde é compreendido como universal, pois acredita-se que é um benefício justificado pela pobreza.

Neste cenário, pode-se inferir que a pressão social exercida pelos usuários não denota a aquisição da concepção de direito à saúde pela população, mas uma pressão oriunda do modelo social mercantilista, que reflete no modelo de atenção à saúde. Pode-se sugerir, então, que a instrumentalização da população para a compreensão do SUS em seus princípios e práticas (considerando os pressupostos da Reforma Sanitária) e da estrutura do mercado da saúde pode refletir em uma forma de organização da sociedade para a tenção em direção a um modelo de atenção à saúde mais próximo daquele idealizado pela Reforma Sanitária.

- A manutenção do sistema assistencialista na atenção à saúde: Considerando as características das solicitações de medicamentos na Secretaria de Saúde e na de Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social (atendidas por compra direta) aqui apresentadas; o fato de parte da demanda de solicitações ser encaminhada para uma entidade filantrópica mantida com recursos da própria prefeitura; a peregrinação pela qual os usuários passam na busca de respostas nos serviços públicos, nos pedidos a políticos e conhecidos; a alta valorização simbólica dos medicamentos solicitados; e a não consciência do direito social a bens e serviços de saúde, pode-se concluir que a forma de acesso aos medicamentos não padronizados ou em falta através de solicitações individuais (por via judicial, assistência social ou solicitação pessoal à instituição pública) reforça o modelo de atenção à saúde assistencialista – com todas as conseqüências historicamente conhecidas de mecanismo político de clientelismo, fragilização da cidadania e do controle social.

A organização deficiente dos serviços de Assistência Farmacêutica, a atenção à saúde baseada em relações entre profissionais e usuários sem responsabilização, sem empatia, que banaliza o sofrimento e a necessidade do outro, o despreparo dos profissionais para trabalhar com estas questões, o pouco empoderamento dos usuários e as pressões construídas cotidianamente pelo modelo social e econômico mercantilista configuram este cenário de grandes dificuldades para a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde.

## 9 REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de A. **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. São Paulo: Coopmed – Editora Médica, 2003.

ALVES, P.C. B., SOUZA, I.A.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. in: Rabelo, M.C.M, Alves, P.C.B, Souza, I.A.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, p. 125-137.

ARRAIS, Paulo S. D. et al. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, vol. 23, nº 4. Rio de Janeiro. Abr. 2007.

AZIZ, M. M.; RAMOS, P. M. P.; VERDI, Marta. **Implicações éticas das ações judiciais relativas a medicamentos da atenção básica utilizados no tratamento da hipertensão arterial**. Florianópolis: UFSC, 2006. Artigo (Especialização). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

BAPTISTA, Tatiana W. de F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

BAQUERO, Marcelo. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, 21, p. 83-108, nov. 2003.

BARATA, L. R. B. **Remédios na dose certa**. São Paulo, 07 fev. 2006 Disponível em: <[www.portalmedico.org.br/index](http://www.portalmedico.org.br/index)>. Acesso em: 15 abr. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** – Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 91)**. Brasília: MS, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 93)**. Brasília: MS, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96)**. Brasília: MS, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.916**, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998b. s. 1, n. 215-E, p.18.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1077, 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para a Aquisição de Medicamentos Essenciais para área da Saúde Mental, 1999a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 176**. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, 11 mar 1999b.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 29**, setembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01)**. Brasília: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. 2.ed. rev. e atual. Brasília: MS, 2001. p.05.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Universidade de Brasília, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Núcleo de Estudos em Saúde Pública. **Relatório técnico referente à pesquisa de acesso aos medicamentos essenciais pelo Sistema Único de Saúde**. out. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde** (NOAS-SUS 02). Brasília: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.318/GM**, de 23 de julho de 2002. Relação de Medicamentos Excepcionais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 921/GM**, de 25 de novembro de 2002. Inclusão na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - Grupo 36 – Medicamentos, no Subgrupo 39 – Anti-asmáticos entre outros de uso excepcional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 nov. 2002.

\_\_\_\_\_. **Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social**. Brasília: Ministério da Saúde, 23 de dezembro de 2003a.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Faltam remédios essenciais no SUS**. Consumidor SA, 2003b. 69:14-9.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Resolução nº 338, 06 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O remédio via justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2084/GM**, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica na Atenção Básica e dá outras providências, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério Público, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 698/GM**, de 30 de março de 2006, define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204/GM**, de 29 de janeiro de 2007, que 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. Ministério da Saúde, 2007



\_\_\_\_\_. Ministério de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS. Orientações Básicas**. Brasília, DF: 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

BRICEÑO-LÉON, R. **Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria**. Cad. Saúde Pública, v.12, n.1, p.7-30, jan/mar., 1996.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.113-26

CONASEMS. **Especial Judicialização**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 03 dez. 2005

DALLARI, Dalmo de A. Regulação de Medicamentos. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo: v. 7, n.1/2/3 p. 195-217, 2006.

DAMATTA R. **Carnavais, Malandros e Heróis** – para uma sociologia do dilema brasileiro. 6ªed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAMATTA R. **O que faz o brasil, Brasil?** 11 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 126p.

FISCHER-PUHLER, Platão. O acesso ao fármaco. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Avila (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 5831**, de 21 de março de 2001. Cria a Secretaria Municipal de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social e modifica cargos na estrutura da Comissão Municipal d Defesa Civil – COMDEC e Fundação Municipal do Meio Ambiente - FLORAM. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/sc/florianópolis>>. Acesso em: 19 out. 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Assistência Farmacêutica – 2006-2008**. Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Comunicações Internas da Assessoria Jurídica** (CI nº 129), no dia 12/12/2006, e do Departamento de Saúde Pública (CI nº 1904), no dia 21/12/2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1999.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. Saúde, bioética e equidade. **Revista Bioética**, vol. 5, nº 1, 1997.

GUERRA JÚNIOR, Augusto A.; ACÚRCIO, Francisco de A. Acesso aos Medicamentos no Brasil. In: ACÚRCIO, F. de A. **Medicamentos e assistência farmacêutica**. São Paulo: Coopmed – Editora Médica, 2003.

GEEST, S. V. D.; WHYTE, S. R. **The charm of medicines: metaphors and metonyms**. Medical Anthropology Quateley, New Series, v. 3, n. 4 (dec., 1989), 345-367.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

LEFEVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. p. 159.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C.; Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Rio de Janeiro: **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. v.13 n.1 de jan./mar. 2006.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. **Acesso a medicamentos: Derecho Fundamental. Papel del Estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 45-67.

MARQUES, Silvia B. A garantia do Direito Social à Assistência Farmacêutica: o papel do Sistema Jurídico e do Sistema Político. **Revista de Direito Sanitário**, v. 7, n.1/2/3, São Paulo, p. 195-217. 2006.

MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. p. 23-68. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. (Orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde**. 3. ed. Brasília: Ipea, 2002.

MENDES, Eugênio V. **O dilema do SUS**. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: mar. 2006.

MERHY, Emerson E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão

da Educação na Saúde. **SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MESSEDER, N. M.; OSORIO DE CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramentas para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005; 21(2): 525-534.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1993.

MOTTA, José I. J.; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia C. M. Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.174-181. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

NEGRI, B. Ministério da Saúde. **Política federal de assistência farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília, DF: Editora MS, 2002.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) **Informe de la salud em el mundo: El desempeño de los servicios de salud**. 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. v.3 São Paulo:Edusp, 1997.

PEREIRA, J. R. **Análise dos processos judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. Florianópolis, 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmácia.

PERINI, E, ACURCIO, F.A. Farmacoepidemiologia. In; Gomes, M.J.V.M., Reis, A.M.M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 85-108.

PNUD. Human Development Reports. **Brasil fica em 72º lugar no ranking do IDH**. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/2004/>>. Acesso em: 4 jul. 2007.

PRIMEIRO FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE. **Posição Final**. Porto Alegre, 2005.

REIS, C. O. O. Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Radiografia da Saúde**, Campinas, SP: Unicamp IE, 2001.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, L. S. Modificações no padrão de consumo de psicofármacos em localidade do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2006, 40(1):107-14.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SAILLANT, F. Saber e itinerários de cuidados na Amazônia brasileira: o doméstico na encruzilhada do espaço terapêutico. In: LEIBING, A. CAMARGO JR. K. R. de. **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

SANTA CATARINA. Ministério Público do Estado de Santa Catarina. 30ª Promotoria de Justiça da Comarca da Capital – Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania. **Ofício nº 13695.2/2006/30ª PJ**. Recomendação 012/2006.

SENNA, Mônica de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18 supl. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 22 mar. 2006.

SILVA, Regina C; dos S.; BERMUDEZ, Jorge A. Z. Medicamentos excepcionais ou de alto custo no Brasil. In: BERMUDEZ, Jorge A. Z.; OLIVEIRA M. A.; ESHER, A. **Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental. Papel del Estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000, 5(1):133-49.

TRIVIÑOS, A. C. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995. Coleta de dados na Pesquisa Qualitativa, p. 137-152.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, FAUSTO, Márcia C. R.; LIMA, Luciana D. de. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec**, [online]. ene./mar. 2003, vol.17, n.1, p.58-68. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 23 mar. 2006.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2007, 41(2):214-22.

WANNMACHER, L. Uso Racional de Medicamentos: medida facilitadora do acesso. In BERMUDEZ, Jorge A. Z.; OLIVEIRA M. A.; ESHER, A. **Acesso a medicamentos: derecho fundamental**. Papel del estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 191-101.

WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology. **Anatomical Therapeutic Chemical Classification** (ATC code). Disponível em: <<http://www.whooc.no/atcddd>>. Acesso em: 15 mar 2007.

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Cátia. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A: TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO****UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE  
EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO****TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO**

Eu, SILVANA NAIR LEITE, professora do Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, área de concentração em Saúde da Família, declaro que a mestranda Sônia Maria Polidório Pereira, é minha orientanda, tendo como tema de Dissertação: “Da reorientação do modelo assistencial à pressão social: acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis”.

Itajaí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SILVANA NAIR LEITE  
Orientadora

SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA  
Mestranda

**APÊNDICE B: PESQUISA DOCUMENTAL**

1. SECRETARIA ( ) SAÚDE ( ) DESENVOLVIMENTO SOCIAL

**2. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

RENDA MENSAL:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DATA DA ENTREGA:

**3. MEDICAMENTOS SOLICITADOS**

MEDICAMENTO	QTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL

**4. DIAGNÓSTICO:****5. SERVIÇO DE ORIGEM DO RECEITUÁRIO:**

PRESCRITOR:

ESPECIALIDADE:



**APÊNDICE C: TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS****UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE  
EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Os abaixo assinados, pelo presente “**Termo de Compromisso de Utilização de Dados**”, em conformidade com a Instrução Normativa nº 004/CEP/UNIVALI/2002, autores do projeto de pesquisa intitulado: “Da reorientação do modelo assistencial à pressão social - acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis”, comprometem-se em utilizar os dados coletados somente para fins deste projeto, destinados à elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, financiado pelo CNPq, e possível divulgação científica. Informamos também que as Instituições foram previamente consultadas, concordando e propiciando as condições necessárias para a obtenção dos dados. Outrossim, comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa às Instituições, apresentando-os aos seus representantes legais.

Itajaí, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SILVANA NAIR LEITE  
Orientadora

SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA  
Mestranda

**APÊNDICE D: FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS**

**1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

2- A prefeitura lhe forneceu medicamentos?  
Quais?

\_\_\_\_\_

**Serviço solicitante:** \_\_\_\_\_  
**Especialidade:** \_\_\_\_\_

3- Qual o problema de saúde diagnosticado?

\_\_\_\_\_

3.1- Há quanto tempo?

\_\_\_\_\_

3.2- Já usou o medicamento antes?

\_\_\_\_\_

3.3- Já havia solicitado medicamento para a prefeitura?

\_\_\_\_\_

4- Conte-me como o Sr(a) sentiu a necessidade de pedir medicamento para a prefeitura?  
(Atores, instituições, caminhos).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. As informações prestadas servirão apenas para a pesquisa e seu nome nunca será revelado.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Título do Projeto:** “Da reorientação do modelo assistencial à pressão social - acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis”.

**Pesquisador Responsável:** SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA – Fone: (48) 3234-7759

**Orientadora:** SILVANA NAIR LEITE – Fone: (47) 3341-7932

Com esta pesquisa pretendemos conhecer com são os trâmites necessários para a obtenção de medicamentos não padronizados na Secretaria de Saúde e na de Desenvolvimento Social da cidade de Florianópolis.

Esclarecemos que não haverá nenhum tipo de risco, prejuízo, desconforto ou possibilidade de que o Sr(a) venha a sofrer algum dano. No caso do Sr(a) concordar em participar como voluntário estará contribuindo para aperfeiçoar o fornecimento de medicamentos aos usuários do SUS. A pesquisa inclui o compromisso de retorno de resultados através de relatório que será encaminhado às direções de departamento e Secretários de Saúde e Desenvolvimento Social. Os dados relativos à sua situação particular serão sigilosos e seu anonimato será preservado, bem como sua liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo. Os dados serão usados somente para fins acadêmicos, como relatórios, artigos e dissertação de mestrado da pesquisadora.

Sua participação acontecerá através de uma entrevista realizada pela pesquisadora, com duração estimada de 01 (uma) hora, que será gravada e depois transcrita para ser utilizada no estudo. Em algumas situações, a pesquisadora solicitará uma nova entrevista, em outro horário marco com o Senhor (a) para esclarecer algumas informações.

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Ass. \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Nome do Sujeito: \_\_\_\_\_

Ass.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**ANEXO A: TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**GABINETE DO SECRETÁRIO**  
Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 6100  
88036-700 – Florianópolis – SC  
(48) 3239-1505 Fax: 3239-1506

**TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS**

Esta secretaria permite o acesso da mestrandia **Sônia Maria Polidório Pereira** aos dados necessários para o desenvolvimento do projeto "Da reorientação do modelo assistencial à pressão social – acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis".

Atenciosamente,

  
Walter da Luz  
Secretário Municipal de Saúde

**ANEXO B: TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS**

Declaro que está permitido à mestrande SÔNIA MARIA POLIDÓRIO PEREIRA o acesso aos dados necessários para o desenvolvimento do projeto "Da reorientação do modelo assistencial à pressão social – acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis".

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'João José Candido da Silva'.

João José Candido da Silva  
Secretário Municipal de Saúde

Florianópolis, em 19 de julho de 2006

**ANEXO C: TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS DA  
SECRETARIA DA CRIANÇA, ADOLESCENTE, IDOSO, FAMÍLIA E  
DESENVOLVIMENTO SOCIAL**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**  
GABINETE DA SECRETÁRIA

**TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIDADE DE DADOS**

•Florianópolis (SC), 20 de Abril de 2006.

Vimos por meio deste informar a quem possa interessar, que esta Secretaria, através da Gerência da Família e do projeto Sócio-Emergencial, permite o acesso da mestrandia Sônia Maria Polidório Pereira aos dados necessários para o desenvolvimento do projeto: "Da orientação do modelo assistencial à pressão social - acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis".

Atenciosamente,

**ROSEMERI BARTUCHESKI BERGER**  
Secretária Municipal da Criança, Adolescente,  
Idoso, Família, e Desenvolvimento Social

ANEXO D: TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS DA  
ASSOCIAÇÃO FLORIANOPOLITANA DE VOLUNTÁRIOS



Entidade Filantrópica - Fundada em 31 de julho de 1980  
Registro nº 48.277 em 04/11/80 - CNPJ: 75.372.631/0001-30  
Trav. Prof. Madeira Neves, 71 - Centro - Florianópolis - SC  
88015-370 - Fone: (48) 3225-1053 - E-mail: afflov@afflov.org.br

**TERMO DE ACEITE DE DISPONIBILIDADE DE DADOS**

Florianópolis/SC, 31 de agosto de 2006.

Vimos por meio deste informar a quem possa interessar que, a **ASSOCIAÇÃO FLORIANOPOLITANA DE VOLUNTÁRIOS- AFLOV**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, Associação Civil sem fins lucrativos, com sede na Travessa Professor Madeira Neves, nº 71, Centro, Florianópolis/SC, CEP.: 88.015-370, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 75.372.631/0001-30, permite o acesso da mestrandia Sônia Maria Polidório Pereira aos dados necessários para o desenvolvimento do projeto: "Da orientação do modelo assistencial à pressão social - acesso a medicamentos via Sistema Único de Saúde por compra direta no município de Florianópolis".

Atenciosamente,



  
**ROSEMERI BARTUCHESKI BERGER**  
Presidente da AFLOV



## ANEXO E: PARECER 9314

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 9314	
Projeto de Pesquisa: DA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL À PRESSÃO SOCIAL: ACESSO A MEDICAMENTOS VIA BUS POR COMPROVADA RETA M MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.05 - Saúde Coletiva - Ética			Grupo Grupo III	Nível	
Área(s) Temática(s) Especialis:			Fase Não se Aplica		
Unitermos: ACESSO A MEDICAMENTOS; ASSISTENCIA FARMACEUTICA; USUARIOS DE MEDICAMENTOS					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos na Centro 40	Total Brasil 40	Nº de Sujeitos Total 40	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV/AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável SONIA MARIA POLIDORO PEREIRA		CPF 592.553.079-91	Identidade 1964757		
Área de Especialização GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Máx. Titulação ESPECIALIZAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA URCELINO MANOEL COELHO, 127		Bairro CORREGO GRANDE	Cidade FLORIANÓPOLIS - SC		
Código Postal 88037-050	Telefone + 48 3234 7759	Fax	Email soniam@brtario.com.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os regulamentos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 10.05.06					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Prefeitura Municipal de Florianópolis/Escola Desobrada João Francisco Garcia		CNPJ 62.892.282/0008-09	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão SECRETARIA DE SAÚDE E SECRETARIA DESENVOLVIMENTO SOCIAL		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Laurindo J. da Silveira nº 0		Bairro Canto da Lagoa	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 89073220	Telefone 48 32268287	Fax 48 32268287	Email evalejo@prefeiturafloriano.org.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Rosamaria da Silva Data: 10.05.06					
Patrocinadora					
Nome Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico		CNPJ 33.954.831/0001-36			
Endereço SEPN, Quadra 507, Bloco B, Edifício 7		Bairro Esplanada	Cidade Brasília - DF		
Código Postal 70749001	Telefone 61-348-9487	Fax 61-348-9401	Email		
Responsável SILVANA NAIR LEITE		Cargo / Função COORDENADOR			

[http://portal.saude.gov.br/sisnep/foiha\\_rosto.ctm?vcod=9.1148](http://portal.saude.gov.br/sisnep/foiha_rosto.ctm?vcod=9.1148)

11/3/2006

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)