

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula

ACESSO AOS MEDICAMENTOS: direito ou privilégio?

Juiz de Fora

2008

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula

ACESSO AOS MEDICAMENTOS: direito ou privilégio?

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação
em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social,
Universidade Federal de Juiz de Fora,
área de concentração Políticas Sociais e Gestão Pública,
como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Auta Iselina Stephan de Souza.

Juiz de Fora
2008

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula

ACESSO AOS MEDICAMENTOS: direito ou privilégio?

Dissertação de conclusão de curso submetida à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof^ª.Dr^ª. Auta Iselina Stephan de Souza (Orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Luíza

Escola Nacional de Saúde Pública

Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Alves Pádula Vieira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.Dr. José Augusto Barros

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora

28/03/2008

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde, que com respeito e ética constroem uma saúde pública de qualidade para os cidadãos brasileiros.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Pedro e Nadyr e ao Leandro por tudo que fizeram para que este sonho fosse realizado.

À minha irmã de coração Júlia Francisca da Silva, pelo carinho.

À prima-irmã Leila Baumgratz Delgado Yacoub, pela amizade, carinho e apoio.

Às tias Naura e Norma Baumgratz Delgado e à prima Raquel Baumgratz Delgado, pelo carinho e incentivo.

À minha orientadora e amiga Auta Iselina Stephan de Souza, pela tranquilidade, dedicação e ética com que conduziu nosso trabalho. Agradeço também, por estar presente no início da minha caminhada, a partir da especialização em Saúde Coletiva, introduzindo-me nas discussões dessa área.

À Rita de Cássia Pádula Vieira, minha co-orientadora e amiga, pelo carinho, disponibilidade e opinião. Agradeço também, por me ensinar que é possível exercer a nossa profissão com dignidade e ética.

À Professora Doutora Vera Lúcia Luíza, pela ajuda e disponibilidade.

Ao Professor Doutor José Cabral de Barros, pelas leituras e sugestões.

À Denise Barbosa de Castro, enfermeira, pela ajuda e receptividade.

À Regina Fagundes, assistente social, pelo carinho e colaboração.

À minha cunhada, Vera Lúcia Kepler de Oliveira, pelo carinho, dedicação e correção gramatical da língua inglesa.

Aos professores do mestrado em Serviço Social pelo carinho, ajuda e receptividade.

Às colegas de trabalho Isaura, Dodora e Moniquinha pelo carinho e ajuda.

À Celma Regina Pinto, Celmi, que com carinho e dedicação, cuida de minha família.

A todos que acreditaram em mim.

Enquanto qualquer do povo, pelo só fato de ser cidadão, não puder receber adequada assistência em saúde quando dela necessite o sistema de saúde não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará devedor da Sociedade.

CARVALHO E SANTOS

RESUMO

O presente trabalho enfatiza a questão do acesso aos medicamentos visto como direito social assegurado na constituição do Sistema Único de Saúde. Para tanto, abordar-se-á o processo de medicalização vivenciado pela sociedade brasileira contemporânea, bem como, a política nacional de medicamentos e seus entraves. Também irá se buscar a apreensão da categoria acesso aos medicamentos, a partir das dimensões do acesso aos serviços de saúde. Todas estas categorias consideradas indissociáveis na busca pelo acesso universal e equânime aos medicamentos. Nessa perspectiva, a partir da pesquisa qualitativa, foram realizados grupos focais com os usuários das unidades básicas de saúde (UBS) de Juiz de Fora – Minas Gerais, para buscar compreender o entendimento da problemática inerente ao acesso aos medicamentos como direito social, isto é, se esses usuários sentem-se como portadores de direitos ou como privilegiados ao obterem tal acesso. Esse estudo indicou que a maioria dos usuários das UBS não se considera como portadores de direitos, mostrando que o acesso aos medicamentos como direito social garantido constitucionalmente está longe de ser efetivado no cotidiano do serviço público de saúde brasileiro na contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: medicalização; política nacional de medicamentos; acesso aos serviços de saúde; acesso aos medicamentos e direitos sociais.

ABSTRACT

The present work emphasizes the question of access to medicine as a social right assured by the constitution of Health Public System. For that, it has been approached the process of medicalization experienced by the Brazilian society nowadays, as well as, the national medicines politics and its obstacles. It is also aimed to search for the apprehension of the access category to medicines, from the access dimension to the health services. All these categories considered inseparable in the search for universal and equanimous access to medicines. In this perspective, from the qualitative research, it has been realized foccuss groups with the users of the health basic unities (HBU) from the Juiz de Fora – Minas Gerais, to look forward to comprehend the understanding of the problematic inherent to access to medicines as a social right, that is, if these users feel themselves as porters of rights or as privileged ones to obtain this access. This study has indicated that the majority of the HBU users do not consider themselves as porters of the rights, showing that access to medicines as a social right assured constitutionally is far from being daily effected in the Brazilian public health service in the contemporaneity.

KEYS-WORDS: medicalization; national medicines politics; access to health services; access to medicines and social rights.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela das unidades básicas de saúde (UBS) de Juiz de Fora (JF) ----- 56.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE	7
3	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	15
4	ACESSO AOS MEDICAMENTOS	26
4.1	Acesso aos serviços de saúde	26
4.2	Acesso aos medicamentos	38
4.3	Acesso aos medicamentos como direito social	44
5	OBJETIVOS	51
5.1	Objetivo geral	51
5.2	Objetivo específico	51
6	PERCURSO METODOLÓGICO	51
6.1	As unidades básicas de saúde	51
6.2	Coleta de dados	54
6.3	Ambientes em que a pesquisa foi desenvolvida	55
7	ANÁLISES DOS DADOS/ DISCUSSÃO	61
7.1	Significação das doenças	61
7.2	Poder médico	66
7.3	Concepção do medicamento	68
7.4	Visão do acesso aos medicamentos	71
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, um dos direitos humanos fundamentais, foi efetivamente reconhecido com o surgimento do Estado de Bem Estar Social¹ nos países centrais, manifestando o caráter coletivo que as relações sociais foram assumindo na sociedade contemporânea. Nesse modelo de estado, a cidadania encontra-se relacionada à justiça social, devendo o Estado garantir condições de igualdade a fim de corrigir as distorções sócio-econômicas e políticas.

No Brasil, essa noção de direito chegou tardiamente, tendo início com a Constituição Federal de 1988, período em que ocorreu a crise do Estado Keynesiano nos países centrais. Segundo Bahia (2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi pensado na “contracorrente da crise do Welfare State”. Esse período de instabilidade econômica proporcionou o esgotamento de um ciclo da economia capitalista, gerando uma baixa na arrecadação de recursos pelo Estado e a redução dos investimentos nas políticas sociais. Tal situação, entre outros fatores, dificultou a implementação do SUS no país, uma vez que o Estado, sendo o principal financiador deste sistema, não conseguia mais atender às necessidades crescentes da demanda.

Apesar da problemática inerente ao momento do surgimento do SUS, este representou um avanço no campo da saúde brasileira. Por meio dele, os usuários dos serviços públicos de saúde passaram a ser reconhecidos como sujeitos portadores de direitos. Anteriormente a esse, o acesso à saúde era caracterizado pela benesse e pelas relações contratuais, isto é, estabelecida por meio da contribuição à previdência social, situação que caracteriza o que Santos (1994) denomina de “cidadania regulada”. Nessa perspectiva, os direitos sociais relacionavam-se apenas à forma institucional, não se vinculando aos ideais de justiça social. Estes foram apresentados à sociedade como benefícios, associados a contratos, restritos a profissões. Logo, o empenho das demandas não se caracterizava por uma luta por direitos, mas por privilégios. Essa situação propiciava a cidadania incompleta, condição em que os indivíduos estão submetidos em uma sociedade, onde estes não conseguem se expressar como sujeitos sociais, ou “cidadania de baixa intensidade”, Bahia (2006).

Na contemporaneidade, a política neoliberal², ao preconizar a cidadania como algo legitimado e vinculado ao direito mínimo, aponta para a satisfação mínima das necessidades

¹ Estado de Bem Estar Social (Welfare State, Estado Keynesiano): caracterizava-se por tentar conciliar democracia e capitalismo. O Estado atuava como protetor e interventor em todas as áreas da sociedade.

² Política neoliberal: foi implementada nas décadas finais XX em vigor, na América Latina. Tinha como objetivos principais: a privatização do setor público, a redução do papel do Estado, a liberação comercial e o desmonte de políticas públicas estratégicas. Nessa perspectiva, privilegiava a eficiência econômica e o aumento

básicas da população. Ela também aborda a igualdade e a diferença fundamentadas no mínimo, proposto através de arranjos sociais com a finalidade de proporcionar um equilíbrio da situação, não ameaçando a coesão social. Nessa perspectiva, a diferença se afirma como um meio de se obter privilégios e de gerar mais desigualdades.

Essa política também faz referência à inclusão, associando-a ao acesso ao consumo, estimulando a competitividade e o individualismo nas relações sociais em detrimento do caráter coletivo. No campo da saúde, tal processo pode ser evidenciado pela medicalização e pelo acesso desigual aos serviços de saúde e aos medicamentos, entraves à consolidação do SUS. Tal situação aponta para a destituição do direito à saúde atinente aos usuários, como cidadãos brasileiros. Compreende-se que a concepção de cidadania que está sendo construída na sociedade contemporânea é despolitizada, ela reafirma práticas passadas de privilégios, de assistencialismo, de troca de favores e de ações focalizadas, contrariando a noção de cidadania proposta por Marshall (1977) com enfoque na igualdade.

Como aponta Telles (1999), a discussão dos direitos sociais deve ser fundamentada nas contradições vivenciadas pelo Brasil e pelo mundo contemporâneo. Ela se torna de extrema importância numa sociedade como a brasileira, marcada por desigualdades e influenciada pela política neoliberal, que propõe uma redução do papel do Estado em relação às políticas sociais, colocando a população em uma situação de não pertencimento à questão pública.

Nesse contexto se discutirá, neste trabalho, o acesso aos medicamentos no Brasil, como um dos componentes para se fazer valer o direito à saúde assegurado na constituição do sistema de saúde brasileiro. Entende-se que a garantia do acesso universal e equânime aos medicamentos seja a expressão concreta do exercício da cidadania, construída em um espaço aberto, como a área de saúde, fruto de lutas coletivas.

No primeiro capítulo, será abordada a medicalização da saúde brasileira e a inter-relação desta com a questão dos medicamentos e do acesso a eles, ou seja, como o uso excessivo das tecnologias e dos medicamentos pode influenciar na desigualdade de acesso. No segundo capítulo, dar-se-á ênfase à política nacional de medicamentos, mostrando como esta pode atuar no sentido de minimizar o processo de medicalização que a sociedade brasileira contemporânea vivencia, favorecendo o acesso igualitário aos medicamentos dos usuários do SUS. No terceiro capítulo, discutir-se-á o acesso aos medicamentos. Irá se buscar, num primeiro momento, o entendimento do acesso aos serviços de saúde, o que é de suma importância para a discussão do acesso aos medicamentos, por permitir avaliar como as

da produtividade em benefício dos países desenvolvidos, ampliando a dependência para com os países centrais e proporcionando taxas de desemprego e a precarização dos serviços essenciais.

dimensões do acesso aos serviços de saúde podem influenciar no acesso a tais produtos, sobretudo enfatizando o acesso a estes na saúde brasileira como uma questão de direito social.

Este estudo é justificado pelo fato de que, no Brasil contemporâneo, o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos tem sido objeto de estudos que apontam os limites da operacionalidade da política do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no tocante aos recursos restritos pelo financiamento. Essa política é influenciada por fatores econômicos referenciados no neoliberalismo, fundado nas leis de mercado, propondo políticas públicas com características reducionistas e focalizadas. Portanto, a competência do Estado, estabelecida constitucionalmente, de garantir o acesso universal aos bens e serviços públicos transforma-se em atendimento mínimo frente às necessidades básicas trazidas pela população.

A expressão maior dessa questão no setor de saúde pode ser evidenciada, por um lado, pelo não acesso a um atendimento médico-assistencial, incluindo os medicamentos e, por outro, pelo processo de *medicalização* que a sociedade brasileira vem vivenciando. Illich (1975) foi um dos primeiros teóricos a utilizar esse conceito para descrever a invasão da medicina e do aparato tecnológico na vida das pessoas, ao longo do tempo. Nessa perspectiva, as etapas da vida individual de uma população passam a ser alvo de cuidados e estratégias intervencionistas específicas, independente da existência concreta de sinais ou sintomas patológicos.

Esse processo fundamenta-se no modelo biomédico, que propõe uma visão mecânica do corpo humano, reduzindo-o a um amontoado de partes e sugerindo a interpretação da doença com base na correlação de causa-efeito, sem levar em consideração os demais fatores inerentes ao processo de adoecimento. A *medicalização*, ao estimular o uso de novas tecnologias, transforma a saúde em mercadoria passível de ser consumida pela população. Portanto, contribui para atender à necessidade da população consumidora de bens e serviços de saúde, visando aos interesses do mercado, sem levar em conta os excessos alimentados pela indução da compra e do uso exagerados dos bens e dos serviços. Nesse contexto, os usuários dos serviços de saúde são vistos como potenciais consumidores de bens e serviços de saúde e não como cidadãos portadores de direitos. Tal fato contribui para que a efetivação do direito à saúde, enquanto direito social alicerçado na igualdade, torne-se ameaçada. Isto é, o direito à saúde, passa a ser interpretado tomando como base critérios de exclusão, propiciando a reposição de privilégios e comprometendo a consolidação do SUS.

De acordo com a experiência vivenciada no cotidiano profissional na Farmácia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município mineiro com aproximadamente 17 mil habitantes, foi possível à pesquisadora comprovar as dificuldades inerentes à obtenção de

medicamentos. Tal situação conduziu a uma reflexão sobre essa questão no Brasil, definindo-a como objeto de estudo, ao se considerar que esses problemas podem estar reproduzidos em outros espaços com algumas características diferenciadas do município vivenciado.

A opção pelo programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus deve-se ao perfil da morbi-mortalidade ocupado por estas doenças no mundo e no Brasil, acrescido do elevado custo médico-social que ambas apresentam. São doenças que levam a altas taxas de óbito, de internações e de aposentadorias precoces. Elas também podem gerar outras complicações conjugadas, como o acidente vascular cerebral (AVC), as doenças renais crônicas (DRC) e as doenças cardiovasculares (DCV), que representam 31% do total de óbitos provenientes de causas conhecidas no país (BRASIL, 2005). Nessa perspectiva, o problema do acesso aos medicamentos reveste-se de extrema relevância, para a efetivação do SUS, pois a situação mundial, no tocante ao acesso aos medicamentos essenciais, mostra que 1,7 bilhões de pessoas não têm acesso regular a esses insumos, sendo que 80% destas residem nos países pobres. (BRASIL, 2006 b).

Quando se leva em consideração a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, esta problemática agrava-se. De acordo com a estimativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 a), dos 16,8 milhões de brasileiros que sofrem de hipertensão arterial, somente 7,7 milhões estão cadastrados no SUS. Em relação ao diabetes, de aproximadamente 5 milhões portadores desta doença, 2,6 milhões são pacientes do SUS. Logo, o acesso aos medicamentos usados para tratar tais enfermidades fica comprometido, uma vez que, em muitos casos, apesar de estar garantido constitucionalmente, nem todos os pacientes têm esse acesso viabilizado.

Além disso, essas doenças fazem parte do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM), criado em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS). Esse plano tem como finalidade principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários das UBS do SUS, feitos por meio de um sistema de cadastro informatizado, disponibilizado pelo DATASUS, denominado Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos – Hiperdia, sistema integrado ao Cartão Nacional de Saúde (CNS). O Hiperdia propicia as informações necessárias em relação à aquisição, à dispensação e à distribuição dos medicamentos usados para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, de modo regular e sistemático aos usuários das UBS cadastrados.

Dentro desse plano, foi lançado em 2002, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e o diabetes mellitus, que discorria sobre a organização, a assistência, a prevenção, a promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede

básica de saúde do SUS e sobre a implementação de programas de educação permanente em hipertensão arterial e em diabetes mellitus, e para os demais fatores de risco para a DCV.

Um dos objetivos desse programa consiste no repasse dos medicamentos aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus. Logo, este estudo considera importante analisar as dificuldades encontradas pelos usuários das UBS em relação ao acesso a tais insumos.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da hipertensão arterial e da diabetes mellitus distribuídos pelo SUS, são: Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Cloridrato de Propranolol 40 mg (anti-hipertensivos); Insulina NPH-100, Glibenclamida 5 mg e Metformina 850 mg (diabetes). O processo de aquisição e de envio desses insumos para as UBS é baseado na estimativa dessas doenças, bem como no esquema terapêutico proposto. Tal política foi adotada com vistas à complementação da estratégia já existente de Incentivo à Assistência Farmacêutica e seu financiamento baseia-se no repasse fundo a fundo dos recursos financeiros somados ao Piso de Atenção Básica (PAB), pós pactuação tripartite, para a aquisição de medicamentos para a atenção básica feita pelo gestor municipal. Além disso, pode ocorrer o envio de medicamentos por meio da Farmácia Popular, consistindo de uma cesta de tais produtos destinados às áreas atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) (CACHOEIRA, 2003.).

No município de Juiz de Fora, a implantação do hiperdia ocorreu em março de 2003, sendo vinculada ao Serviço de Controle da Hipertensão Arterial, do Diabetes Mellitus e da Obesidade (SCHDO), da Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e de Desenvolvimento Ambiental (SSSDA). Nesta cidade, existem aproximadamente 33.000 pacientes cadastrados pelo hiperdia no ano de 2006, devendo-se acrescentar a este total 25% dos portadores, que são da iniciativa privada (JUIZ DE FORA, 2006). Para receber os medicamentos do programa hiperdia, os pacientes devem estar cadastrados junto ao Sistema de Informação da Hipertensão e Diabetes (SISHIPERDIA). Em relação aos critérios de provisão e de dispensação dos medicamentos, a coordenadoria do SCHDO recebe das UBS uma planilha com a quantidade necessária de medicamentos para o atendimento dos usuários, faz uma análise dessa listagem e realiza a confecção do pedido para o almoxarifado. Em julho de 2007, o SCHDO recebeu a seguinte quantidade de medicamentos do hiperdia: Captopril 25 mg, 250.000 comprimidos; Hidroclorotiazida 25 mg, 35.000 comprimidos; Cloridrato de Propranolol 40 mg, 64.000 comprimidos; Metformina 850 mg, 60.000 comprimidos; Glibenclamida 5 mg, 28.000 comprimidos; e Insulina NPH, 42.000 frascos. Esses medicamentos são recebidos pelo almoxarifado para posterior distribuição (JUIZ DE FORA, 2007 a). Entretanto, a provisão dos medicamentos torna-se dificultada por vários fatores

dentre eles, cita-se a demora no prazo de entrega destes insumos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, proporcionando dificuldades na obtenção dos medicamentos essenciais em Juiz de Fora.

Portanto, a relevância deste estudo está na análise da percepção dos usuários sobre o acesso aos medicamentos. Pergunta-se: de que modo ocorre o acesso aos medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melittus?; como os usuários do SUS, hipertensos e diabéticos, percebem e compreendem o acesso aos medicamentos?; o que levou esses usuários a se cadastrarem no hiperdia?; as suas necessidades em relação a esses insumos estão sendo satisfeitas?; o que representa para os usuários a possibilidade de recebê-los?; qual a postura dos usuários quando há falta desses produtos? ; a quem eles recorrem quando são excluídos desse acesso?. Nesse sentido, acredita-se que o entendimento da categoria “acesso aos medicamentos” propiciará compreender o usuário como um cidadão portador de direitos e não como um simples cliente dos serviços de saúde.

2 MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE

Há três décadas, Illich (1975) no clássico “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina” criticou a medicina moderna e os fatores políticos, econômicos, sociais e culturais que a influenciavam. Para tanto, o autor fez uso do termo *medicalização* para descrever a dominação da medicina e de suas referências tecnológicas, dominação que abrangeu um grande número de pessoas e de condições e que vai se tornando mais elaborada ao longo do tempo. Por conseguinte, as esferas da vida individual ou as suas fases (recém nascidos, crianças, mulheres gestantes ou que chegaram à menopausa e idosos) passam a ser alvo de cuidados e de interferências estratégicas e específicas, independente da existência concreta dos fatores causadores da doença.

Na expressão de Illich (1975, p.10):

[...] a medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira dos pacientes características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado.

Boltanski (1979) em “As classes sociais e o corpo” também contribuiu para o entendimento do processo de medicalização, ao abordar a relação estabelecida entre o médico, o paciente e a distância social, enfatizando a submissão dos pacientes das classes populares ao conhecimento médico.

Conforme Boltanski (1979, p. 37):

[...] como o médico atualmente é ao mesmo tempo o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que – ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos – limita sua reprodução, a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico, como único representante da ciência legítima que eles amiúde podem frequentar.

A medicalização fundamenta-se no modelo biomédico, que propõe uma visão mecânica do corpo humano, apresentando-o como um amontoado de partes. Esse modelo sugere que a

interpretação da doença seja baseada na correlação de causa-efeito, sem levar em consideração os fatores políticos, sociais, econômicos e ambientais inerentes a esse processo.

Afirma Marques (2005, p.43):

[...] considera-se a saúde como conseqüência direta e imediata das condições gerais de vida e trabalho e um resultado do padrão de organização da infraestrutura básica de serviços a ela destinada, ou seja, serviços médicos voltados aos indivíduos e serviços de saúde pública voltados às coletividades e ao meio ambiente.

Todavia, a saúde vista somente como sendo a ausência de doenças é fruto de uma concepção reducionista que coloca a doença como algo inevitável, fatal. Logo, a solução para evitá-la e obter a saúde, é a utilização excessiva de tecnologias e de medicamentos. Nessa perspectiva, o processo saúde/doença é trabalhado levando-se em conta somente seus aspectos técnicos, científicos e biológicos em detrimento do caráter social.

[...] é provável que a expressão mais acabada das distorções e conseqüências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como *medicalização* (BARROS, 2004, p. 50).

Nesse sentido, entende-se que a medicalização contribui para reforçar a legitimidade do conhecimento médico e, conseqüentemente, do controle social que a medicina moderna exerce sobre os corpos. Alguns autores denominam esse processo de medicalização social.

Segundo Tesser (2006, p. 62), “[...] o processo de medicalização social pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”.

Portanto, a medicalização da saúde consiste em práticas que proporcionam o aumento da utilização dos medicamentos e dos equipamentos em detrimento das ações preventivas em saúde. Esta, ao estimular o uso de novas tecnologias, transforma a saúde em um bem a ser consumido pela população. Nessa perspectiva, a saúde como mercadoria é entendida a partir do pensamento marxista.

[...] todas as sociedades humanas têm de produzir suas próprias condições materiais de existência. A mercadoria é a forma que os produtos tomam quando essa produção é organizada por meio da troca. Nesse sistema, uma vez criados, os produtos são de propriedade de agentes particulares que têm o poder de dispor deles transferindo-os a outros agentes. Os agentes que são donos de produtos diferentes confrontam-se num processo de barganha pelo qual trocam seus produtos. Nesse processo, uma quantidade definida de um produto troca de lugar com uma quantidade definida de outro. A mercadoria tem, portanto, duas características: pode satisfazer a alguma necessidade

humana, isto é, tem aquilo que Adam Smith chamou de VALOR DE USO; e pode obter outras mercadorias em troca, poder de permutabilidade que Marx chamou de VALOR. Como as mercadorias são trocadas umas pelas outras em proporções quantitativas definidas, pode-se considerar que cada mercadoria tem um certo valor. Toda a massa de mercadorias produzida num período pode ser vista como uma massa homogênea de valor, embora, vista de outro ângulo, seja uma coleção heterogênea de valores de uso diferentes e incomparáveis. Como valores, as mercadorias são qualitativamente iguais e só diferem quantitativamente no montante de valor que encerram. Como valores de uso, as mercadorias são qualitativamente diferentes, já que cada produto é específico e não pode ser comparado a outro. (BOTTOMORE, 2001, p. 265, 266)

Na contemporaneidade, a saúde configura-se como mercadoria porque os medicamentos, uma outra mercadoria, podem tornar-se instrumentos úteis na busca pela saúde. “A Saúde aparece, hegemonicamente, na prática, como uma mercadoria. Ou melhor, ela toma a forma, no modo de produção capitalista e em nosso país, de mercadorias propiciadoras de saúde [...]”. (LEFÉVRE, 1991, p.20). Todavia, os medicamentos, substâncias terapêuticas, podem propiciar o restabelecimento da saúde quando utilizados de modo adequado. Nesse sentido, eles funcionam como um bem social a serviço de uma coletividade. Esse entendimento em relação aos medicamentos torna-se ameaçado pelo processo de medicalização vigente na sociedade.

Desse modo, a medicalização contribuiu para atender a necessidade da população consumidora de bens e serviços de saúde, visando aos interesses do mercado, sem levar em conta os excessos alimentados pela indução da compra e do uso exagerados destes bens e serviços.

Para Barros (2002, p.7):

[...] essa intromissão desmesurada da tecnologia médica passa a considerar como doença problemas os mais diversos (situações fisiológicas, problemas cuja determinação são, em última análise, fundamentalmente, de natureza econômico-social), como tal demandando, para sua solução, procedimentos médicos.

A medicalização da saúde também pode ser compreendida como o aumento exagerado dos procedimentos em saúde, utilizando para este fim a *tecnologia dura* em detrimento da *tecnologia leve-dura e da leve*. Como afirma Merhy (2004, p.32), “[...] entendo tecnologia dura como os equipamentos e máquinas, leve-dura como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e, leve os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde”. A utilização em excesso da tecnologia dura, conseqüentemente, aumenta o consumo de medicamentos e de equipamentos de saúde.

Segundo Joncheere (1997, p.51) “[...] é importante assinalar uma crescente ‘medicalização’, ou seja, cada dia existe mais aspectos da vida diária que são classificados como problemas médicos e assim podem ser tratados com medicamentos”.

Muitas vezes, esse processo é influenciado pela mídia e pelo mercado que induz diretamente ou indiretamente a população a se automedicar a fim de que se possa alcançar bons níveis de saúde. Essa procura pela saúde é proporcionada pela propaganda maciça sobre o uso de medicamentos, favorecida pela adequação à política neoliberal de redução dos gastos públicos, privatização e abertura incondicional às leis de mercado.

Afirma Barros (2004 p 53):

[...] não será demasiado enfatizar o papel da propaganda, em suas diversas formas de expressão, contribuindo para reforçar a *medicalização* e ajudando sobremaneira a despolitizar a compreensão do processo saúde/doença e da sua determinação social.

Nesse sentido, a política neoliberal através da ampliação do mercado induz a população ao uso desnecessário de medicamentos e concomitantemente reduz o investimento público, deixando de adquirir muitos insumos considerados essenciais à melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. Logo, eles passam a ser vistos como um objeto de consumo, como uma mercadoria que precisa ser consumida, sem que o usuário tenha acesso às informações necessárias quanto aos riscos e às conseqüências do uso indiscriminado dos medicamentos.

Na expressão de Tesser (2006, p. 66):

[...] sem matriz cultural ou conhecimento que propiciem outra saída, os pacientes aprendem a conceber sua própria dor ou adoecimento como fato clínico objetivo, que pode ser submetido a tratamento “estandardizado”. Cresce, assim, um processo cíclico em que o indivíduo aprende a se ver como consumidor de anestésias, sintomáticos, quimioterápicos e cirurgias. Por outro lado, e coerentemente, a “saúde” passa a ser encarada como obrigação, em termos de comportamentos prescritos por profissionais da área, *screenings* periódicos especializados, gestão profissionalizada e, mesmo, quimioterápica dos riscos; uma obsessão do cidadão moderno transformado em consumidor de especialistas, *personal trainers*, academias e, mais recentemente, “estatinas”³.

Dentro desse contexto, inserem-se a complexa questão dos medicamentos. Conforme Dupim e Righi (1997, p. 138):

³ Classe de fármacos industrializados, usados para reduzir os níveis de lipídios sanguíneos.

[...] a questão dos medicamentos no mundo moderno pode ser analisada historicamente a partir do final do século passado, quando se inicia o processo de síntese de fármacos e a opção pela alopatia em detrimento da homeopatia.

Esse cenário propiciou o surgimento das grandes indústrias farmacêuticas e, conseqüentemente, o aparecimento de uma medicina centralizada no modelo biomédico e na saúde como sendo somente a ausência de doenças. Esses autores utilizam o termo ‘explosão farmacológica’, a fim de demonstrar a grande oferta de produtos farmacêuticos, na metade do século passado. Para eles, “num contexto político mais amplo passou-se a considerar a grande oferta de produtos farmacêuticos como compensação de uma estratégia sanitária deficiente”. Isso significa que, nesse cenário, os medicamentos são inseridos no mercado, reforçando o processo de medicalização, em detrimento de uma política de saúde fundamentada na universalidade e equidade de ações.

Machado-dos-Santos (2001, p.2) afirma que:

[...] os medicamentos são bens adquiríveis no mercado e, como tal, sujeitos à dinâmica competitiva e aos interesses que norteiam o mesmo. Por outro lado, também são insumos básicos e essenciais aos cuidados de saúde e, dessa forma de interesse social, determinando um importante papel e responsabilidade a ser desempenhado pelo poder público, visto que a ética coletiva deve suplantar a ‘ética’ ou interesses individuais nesse setor.

Os medicamentos, insumos básicos de saúde, apresentam características bastante peculiares que, muitas vezes, identifica-os como bens de consumo.

Na expressão de Dupim e Righi (1997, p. 139):

[...] num mercado com um fluxo ilimitado de produtos farmacêuticos, pode ocorrer uma inadequada utilização de medicamentos e, em conseqüência, um desperdício de recursos, riscos desnecessários e a criação de uma falsa base para a prática médica.

Na sociedade brasileira contemporânea, os medicamentos podem apresentar-se como agente quimioterápico, como mercadoria e como símbolo, todas estas funções consideradas indissociáveis, principalmente quando se leva em consideração o processo de medicalização vivenciado por esta sociedade.

[...] entender o objeto medicamento, localizando-o em regiões mais críticas do tecido social das formações sociais capitalistas como a brasileira, o que implica em entendê-lo como uma mercadoria, que traduz um processo de reificação da saúde; como um agente quimioterápico, que funciona aliviando, curando e controlando processos mórbidos ao nível do organismo

e como símbolo, que permite que a Saúde (ou mais precisamente, a Saúde “biologizada”) esteja representada no medicamento. LEFÈVRE (1991, P. 19).

Logo, os medicamentos passam a ocupar uma posição contraditória, ao mesmo tempo em que, proporcionam benefícios para a saúde, também podem trazer malefícios. Para Abajo (2001), o medicamento tanto pode ser a solução dos problemas em saúde pública, como também constituir um problema.

Se eles forem utilizados corretamente, podem vir a impedir os gastos com futuras internações hospitalares, trazendo uma relação custo-benefício satisfatória. Desse modo, eles atendem aos interesses da saúde pública.

Porém, o seu uso indiscriminado e a facilidade de obtenção pelos usuários, propiciada pela automedicação e pela ‘empurroterapia’ exercida nos balcões das farmácias e das drogarias privadas, fazem com que os medicamentos sejam também considerados como uma mercadoria especial e altamente lucrativa, atendendo à lógica do mercado. Essa utilização abusiva ou pouco controlada de tais insumos pode provocar danos muitas vezes irreparáveis à saúde de uma população, por meio de reações adversas, conduzindo a um aumento da iatrogenia medicamentosa, entendida como a manifestação de efeitos indesejáveis surgidos após a administração de uma dose de medicamento. Tal situação acarreta vários problemas para a saúde pública.

Conforme Luíza (2003, p. 28):

[...] os medicamentos constituem a intervenção terapêutica mais freqüentemente empregada e o tratamento correto e oportuno de uma série de doenças pode prevenir internações mais caras mais adiante. Por outro lado, o uso inadequado pode acarretar efeitos adversos e desperdício de recursos. Tem, assim, o apelo da ‘bala mágica’, que salva vidas e alivia incômodo. Dentre os insumos da saúde, guardam a peculiaridade de poder ser usados pela decisão autônoma do consumidor, para quem, as razões da eficácia são muitas vezes um mistério ou compreendidas de forma distorcida.

Nesse cenário, o uso dos medicamentos colabora para o aumento do processo de medicalização, pois ocorre um reforço da concepção de que o consumo possa proporcionar e resguardar a saúde. Logo, a função de mercadoria do medicamento confunde-se com a simbólica. Segundo Lefèvre (1991, p. 53), “[...] O medicamento é um simbolizante que aparece como permitindo, ao ser consumido, a realização ou materialização de um simbolizado: a Saúde”. Tal situação propicia o surgimento de uma verdadeira ‘cultura da pílula’, nos dizeres de Barros (2004).

Ao ser considerado como solução para os problemas decorrentes do processo saúde-doença, o medicamento perde seu caráter social e reforça o processo de medicalização que a sociedade brasileira vem vivenciando. Logo, o medicamento é visto como uma mercadoria, pois através da compra, pode-se ter acesso a uma solução encantadora para todos os problemas relacionados à saúde dos usuários.

Todavia, a apreensão dos medicamentos deve ser centrada no conceito ampliado de saúde, vista como algo concreto, produto de uma determinada formação social e política. A concepção de saúde deve se fundamentar em todos os fatores associados à saúde e à doença, pois o entendimento da saúde reduzida à ausência de doenças, e da doença como um fato orgânico, suscita o medicamento como uma mercadoria, que precisa ser consumida para se alcançar a saúde. Levêfre, em 1991, no clássico “O medicamento como mercadoria simbólica”, reitera a prática hegemônica em nossa sociedade, de transformar a saúde em um bem de consumo.

Portanto, os medicamentos devem ser compreendidos como um bem social, atendendo aos anseios de uma coletividade e não se prestando à produção e a reprodução da ideologia capitalista. Para Zubioli (1997, p.66), “[...] como instrumento imprescindível e de crescente relevância na atenção da saúde, o medicamento tem características próprias e distintas que é preciso destacar e por isso não lhe são aplicáveis às regras de jogo imperantes no livre mercado”.

Nessa perspectiva, torna-se de suma importância o entendimento da representação social do medicamento. O autor também afirma que:

[...] nunca se questionou que o medicamento ‘não é uma mercadoria’ e muitas vezes, não obstante, foi definido como um bem social; hoje se deve reconhecer que se fez muito pouco para compreender que de fato o medicamento é um bem social, e que se investe muito para que o medicamento se torne uma mercadoria.

Ao ser considerado como uma mercadoria, o medicamento deixa de exercer o papel central na política de saúde brasileira, baseada nos princípios e nas diretrizes do SUS, reforçando a dominação da saúde pública pelos interesses do mercado. Na expressão de Marin et al (2003, p. 130):

[...] considerado como bem de consumo e não como insumo básico de saúde, o medicamento passa a ser um objeto desvirtuado no Sistema de Saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação de profissionais, o processo de educação continuada, a orientação à

população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos.

Como um bem social inserido na atenção em saúde, o medicamento requer uma regulação das leis da oferta e da procura do mercado farmacêutico, resultando em uma política pública, centralizada no papel do Estado como agente formulador e regulador. Na afirmativa de Zubioli (1997, p.66):

[...] o medicamento é um bem social que requer uma indelegável intervenção do Estado para garantir o cumprimento das normas legais e as ações de atenta vigilância que resguardem a segurança e eficácia em sua utilização, mas não basta dizer que o medicamento é um bem social, é preciso atuar com firmeza para que isso se traduza em realidade.

Dentro desse contexto, torna-se necessária uma política de medicamentos fundamentada na universalidade de ações e no acesso igualitário a estes insumos sob o enfoque dos direitos sociais. Conforme Machado-dos-Santos (2001, p.13):

[...] apesar da hegemonia da dimensão “mercadoria”, o medicamento deve receber um tratamento diferenciado por se tratar de um bem de natureza social, essencial e estreitamente relacionado com o direito do cidadão à saúde. Por conseguinte, não deve estar sujeito apenas às leis de mercado, pois estas não são capazes de ajustar a disponibilidade dos medicamentos a todas as necessidades existentes [...].

Essa política deverá contemplar as peculiaridades inerentes aos medicamentos e à indústria farmacêutica que, nos dizeres do autor, tem uma estreita interdependência com os mercados de saúde. Logo, supõe-se que o medicamento visto como bem social a serviço de uma coletividade poderá propiciar a diminuição do processo de medicalização que a sociedade brasileira contemporânea vivencia, tendo extrema importância na política pública de saúde com enfoque no acesso universal e igualitário aos medicamentos.

3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

O medicamento, produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 2001, p.36), nas últimas décadas tem se destacado como instrumento terapêutico utilizado para aliviar o sofrimento causado por uma doença ou mesmo, curá-la. Todavia, a sua utilização indiscriminada pode provocar danos, muitas vezes, irreparáveis à saúde de uma população, conduzindo a um aumento da iatrogenia medicamentosa. Nesse contexto, muitos foram os motivos que levaram o Ministério da Saúde à elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998.

Em relação aos fatores estruturais ou antecedentes, à criação dessa política cabe citar a institucionalização do SUS, que se fundamenta nos seguintes princípios: descentralização, controle social e universalidade e nas diretrizes básicas que englobam a universalização, a integralidade, a descentralização, a participação popular, a regionalização e a equidade (CARVALHO; SANTOS, 1995).

Estes princípios e estas diretrizes pretendem contribuir para a ampliação do acesso dos usuários do SUS aos medicamentos essenciais⁴, reforçando a necessidade de uma nova formulação da referida política e a explicitação do papel do Estado, diante do cenário desfavorável que o setor de saúde brasileiro vem vivenciando.

Bermudez (1997, p.72) afirma:

[...] se, por um lado, entendemos que a política de medicamentos deve considerar três dimensões distintas mas permanentemente interagindo, que são o Estado, a própria indústria e a sociedade, por outro, também fica claro que a política de medicamentos envolve aspectos relacionados com a política de saúde e a política industrial. Estas políticas se encontram baseadas em diretrizes nem sempre compatíveis, mas em muitas oportunidades conflitantes entre si.

Na contemporaneidade, a saúde dos brasileiros é ainda precária e o SUS, devido à complexidade dos problemas sanitários e à distribuição pouco igualitária de recursos, tem dificuldades em assegurar o direito à saúde, principalmente, no que se refere ao recebimento dos medicamentos necessários pelos usuários e às informações pertinentes ao seu uso correto.

⁴ O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.13), seguindo a definição da OMS, conceitua medicamentos essenciais como aqueles produtos básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem nas formas farmacêuticas apropriadas.

Na década de 70, todas as ações em relação aos medicamentos foram centralizadas em nível federal, através da criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971. À CEME cabia a responsabilidade quanto à aquisição e à distribuição dos medicamentos e, também, à elaboração da Relação de Medicamentos Básicos (RMB). Em 1980, esta relação sofreu adequações para atender as exigências atuais do serviço público de saúde, abrangendo mais especialidades farmacêuticas, sendo, então, denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Conforme Joncheere (1997, p.54):

[...] em razão do poder de compra do povo ser limitado, o setor privado limitou-se a promover medicamentos para as classes médias e alta urbanas e o estado assumiu a responsabilidade de adquirir, distribuir e dispensar os medicamentos pela Central de Medicamentos (Ceme), para o restante da população. Ao longo dos anos, a Ceme não cumpriu seu papel apresentando grandes problemas de ineficiência, liquidez, corrupção, incapacidade gerencial etc.

Em 1997, devido a inúmeros problemas de ordem técnico-administrativas, ocorreu a extinção da CEME e a criação do Programa Farmácia Básica (PFB) pelo Ministério da Saúde. Esse programa se propunha a fornecer os medicamentos para a atenção básica, possibilitando o desenvolvimento dos laboratórios farmacêuticos oficiais. Dentre eles citam-se: o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos) da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE), a Fundação para o Remédio Popular (FURP) de São Paulo e a Fundação Ezequiel Dias (FUNED) de Minas Gerais, entre outros.

Com a extinção da CEME, surgiram ações fragmentadas e desarticuladas em relação à assistência farmacêutica em nível federal, cabendo aos diversos órgãos do Ministério da Saúde a execução dessas ações. Essa desativação também propiciou uma ruptura na responsabilidade da oferta de alguns produtos básicos, pois não houve um planejamento adequado para o processo de descentralização do financiamento e para a gestão da assistência farmacêutica. No mesmo ano, também ocorreu a criação do PFB pelo Ministério da Saúde, programa que consistia na distribuição trimestral, para os municípios que possuíssem até 21mil habitantes, de um conjunto fixo de 32 produtos farmacêuticos. Entretanto, o desenvolvimento desse programa não considerou algumas bases do processo saúde-doença, tais como: as distintas classificações das doenças e as diferenças estruturais de um país de dimensões continentais, a baixa cobertura terapêutica horizontal do conjunto de fármacos, os programas em realização pelos governos estaduais e a importância da população dos municípios com mais de 21 mil habitantes, entre outros. (SANTOS, 2002).

Os fatores conjunturais que levaram à elaboração de uma política de medicamentos no Brasil são: o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, a modificação do perfil epidemiológico (morbidade e mortalidade) e a elevação da demanda por parte dos usuários do serviço público de saúde.

Conforme Gestão ... (2001, p. 143, 144):

[...] a despeito do volume dos serviços prestados pelo sistema de saúde brasileiro, constatava-se que havia parcelas significativas da população desprovidas de qualquer tipo de atenção. Além disso, observava-se que havia uma alteração significativa no perfil epidemiológico de nossa população, coexistindo doenças típicas de países em desenvolvimento com agravos característicos de países desenvolvidos.

Outro fator de destaque dizia respeito às doenças que atualmente acometem as pessoas com mais de 60 anos, consideradas idosas. O envelhecimento populacional gerou demandas por medicamentos, em especial de uso contínuo, para o tratamento das patologias afins desse grupo. Somado a isso, constatava-se um aumento considerável da demanda de insumos, também pelo fato de, por causa de ações pontuais de governo, ter havido um aumento da população como um todo, em face da crescente redução dos indicadores de morbimortalidade.

Dentre outros fatores conjunturais que propiciaram a formulação de uma nova política de medicamentos no Brasil, a questão da nova conformação da saúde pública do país torna-se de extrema importância. Essa é fundamentada nos ideais da política neoliberal, que propõe uma limitação das ações do Estado. A ele cabe assegurar as condições mínimas para garantir a coesão social, deixando o mercado livre para atuar no que lhe for rentável, contrapondo-se aos princípios e diretrizes do SUS.

Na expressão de Carlos (1997, p. 107):

[...] os medicamentos e os insumos farmacêuticos representam, em todos os países, um aspecto crucial das políticas de saúde e são responsáveis em grande parte pela capacidade resolutiva dos serviços prestados. A situação econômica de muitos países dificulta a disponibilidade destes produtos, gerando uma crise profunda nos sistemas de abastecimento de medicamentos, pelos ajustes macroeconômicos que tendem a reduzir o *deficit* e o orçamento destinado à saúde pública.

Nessa perspectiva, a política neoliberal, ao propor a redução dos gastos públicos, ao estimular a privatização e a abertura incondicional às leis de mercado, incentivou a vinda para o país de grandes indústrias, dentre elas, as farmacêuticas. Estas realizaram investimentos em

propagandas, favorecendo a ampliação do consumo de medicamentos e trazendo conseqüências graves ao processo de adoecimento da população, em prejuízo a uma política de saúde universalista e igualitária.

Portanto, essa política exerce influência no novo rearranjo da saúde pública do país, trabalhando de forma discordante a uma política de Estado que visa à universalidade e à afirmação do direito à saúde. Ela é uma política dúbia, que recebe os reflexos da chamada política de americanização perversa, que se caracteriza pela aplicação de sistemas diferenciados de seguridade social, a partir das distinções entre as classes, como acontece em outros países. Alguns autores como Giovanella e Fleury (1996) dão preferência à denominação de 'universalização excludente', significando tanto a impossibilidade de atendimento universal à demanda, como também o incentivo à migração dos setores médios e altos para os planos privados de saúde, que, por sua vez, são financiados pelo Estado através da renúncia fiscal (isenção de pagamento à Receita Federal).

Tal situação também é decorrência da política de ajuste neoliberal, que propõe a reestruturação dos serviços públicos de saúde, com ênfase na abertura destes ao mercado e na redução do papel do Estado. Acredita-se que este contexto propicia as condições necessárias para o estabelecimento da dicotomia entre o público e o privado, que se revela através de várias práticas, entre elas, o investimento, de modo ainda insatisfatório, no setor público e a limitação e diminuição dos recursos destinados aos serviços públicos. Isso gera uma condição de desqualificação deste setor em relação ao privado, levando muitos de seus usuários a utilizarem o privado. Afirmam Giovanella e Fleury (1996), que os interesses privados ainda persistem preponderantes aos interesses públicos na sociedade brasileira, reproduzindo desigualdades, re-segmentando clientelas e originando novos mix público/privado.

Nesse cenário, também se percebe muito a presença do mercado, além da sobreposição dos papéis desempenhados pelo Estado e pelo mercado, ou seja, não existe uma delimitação clara do espaço do setor público e do privado no sistema de saúde brasileiro. A expressão maior disso pode ser compreendida pela introdução no setor público de procedimentos de mercado, como a utilização de contratos de prestação de serviços e a vinculação entre o pagamento e o desempenho das funções realizadas. Conforme Joncheere (1997, p.53):

[...] uma política no campo dos medicamentos é fundamental para se coordenar as diferentes ações e interferências do Estado e do setor privado, com o propósito de conseguir que o povo tenha acesso aos medicamentos a um preço justo e razoável.

A adoção de política de medicamentos no país requer como fundamento principal o acesso gratuito, universal e igualitário aos medicamentos por toda a população, com ênfase nos critérios de cidadania e de justiça social, sendo esse acesso orientado segundo as reais necessidades dos medicamentos pela população atendida no serviço público de saúde. Todavia, supõe-se que, na contemporaneidade, a política de saúde brasileira não consegue conciliar a restrição do financiamento e o aumento da demanda desse serviço, impedindo a realização da satisfação das necessidades da população. Segundo Bonfim (1997, p. 29), “[...] o primeiro momento de uma política nacional de medicamentos é a análise da necessidade de medicamentos, e não da demanda do mercado”.

Logo, a política econômica contribui para o agravamento do processo de medicalização que a sociedade brasileira tem vivenciado nas últimas décadas de modo desordenado. Esse processo, ao estimular a compra desordenada de serviços de saúde e de medicamentos, influencia diretamente no acesso a esses insumos e constitui um outro fator conjuntural que reforçou a nova formulação da política para este setor. Afirma Barros (2002, p.9):

[...] um problema adicional significativo diz respeito aos custos envolvidos nas novas tecnologias médicas para cujo enfrentamento os indivíduos ou serviço público de saúde se sentem cada vez mais impotentes. (...) a lógica de mercado e os interesses envolvidos quando tudo foi transformado em mercadoria desempenha um papel extremamente importante nessa ampliação de gastos, na medida em que tudo é feito sob a égide da ânsia pela ampliação sem limites dos lucros, muitas vezes com pouco ou nenhum controle por parte do Estado ou de outros instrumentos que atuem em defesa dos interesses dos usuários dos serviços de saúde.

Um outro problema de ordem conjuntural que levou a uma nova formulação da política de medicamentos no Brasil foi o sucateamento do serviço público de saúde brasileiro promovido pela política neoliberal. Esse sucateamento, decorrente do investimento insuficiente nesse setor, levou a uma desqualificação dos serviços públicos de saúde e a uma qualificação dos serviços privados. Tal situação é gerada por meio de vários artifícios, como a não disponibilidade de pessoal e de recursos e a não apreciação destes quando já existem nos serviços. Isso assegura uma condição de ineficiência do setor público, estimulando o aumento da demanda no setor privado, sob a alegação da eficiência deste. Como exemplos, cita-se a questão dos medicamentos nos serviço público de saúde. Muitas vezes, nos serviços de atenção básica à saúde, ocorre uma insuficiente distribuição e/ou a ausência dos medicamentos. Conforme Bermudez (1997, p.73), “[...] a provisão de medicamentos no setor público é um elemento fundamental de apoio às ações de saúde”. No entanto, não se tem a presença do farmacêutico no local: profissional que detém os conhecimentos técnicos e

científicos em relação aos medicamentos – o que compromete a qualidade do serviço prestado ao usuário do setor público.

Afirma Joncheere (1997, p.53): “[...] uma política capaz de garantir a disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde, obviamente, aumenta a credibilidade dos serviços e permite um melhor atendimento curativo e preventivo”.

No tocante aos outros fatores conjunturais que levaram à nova formulação da política de medicamentos, cita-se a assistência farmacêutica:

[...] fatores conjunturais como a desarticulação da Assistência Farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde e a necessidade de reorganizá-la, bem como a falta de uma relação de medicamentos essenciais padronizada, atualizada, que refletisse a real necessidade da população, somados a uma irregularidade no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial, contribuíram decididamente para a urgência na elaboração de uma nova Política Nacional de Medicamentos (PNM) para o Brasil. (GESTÃO ... , 2001, p. 144).

Questões culturais, que muitas vezes se confundem com os fatores conjunturais, também incentivaram o surgimento de uma política de medicamentos para o país. São inúmeros os fatores conjunturais que alimentam a cultura na sociedade brasileira da automedicação⁵ e do uso irracional de medicamentos⁶, levando a uma elevação da demanda por esses produtos. Dentre eles, destacam-se os fatores relacionados ao comércio de produtos farmacêuticos, como relevantes para a criação da referida política.

Conforme Gestão ... (2001, p. 144):

[...] havia um número expressivo de farmácias comerciais (superior a 50.000) e um consumo significativo de medicamentos que faziam do mercado brasileiro um dos cinco maiores do mundo. Daí a necessidade de se garantir a qualidade dos medicamentos comercializados.

Nesse sentido, para garantir a amplitude do acesso igualitário a medicamentos eficazes, seguros e orientados para o atendimento das necessidades básicas da população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou aos países a criação de uma Política Nacional de Medicamentos fundamentada na concepção de medicamentos essenciais.

⁵ Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 35), automedicação é o “uso de medicamentos sem a prescrição, a orientação e/ou o acompanhamento do médico ou dentista”.

⁶ Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 38), o uso racional de medicamentos é o “processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade”.

Portanto, em 1998, houve a aprovação da Portaria GM nº 3.916/98, que estabelece uma política nacional de medicamentos. Esta passou a integrar a Política Nacional de Saúde (PNS), sendo um dos elementos centrais para a efetivação da política de assistência à saúde no Brasil. Essa política fundamenta-se nos princípios e nas diretrizes básicas do SUS, contribuindo para a ampliação do acesso dos usuários dos serviços públicos de saúde aos medicamentos e para a promoção da atenção em saúde. A adoção da PNM propiciou um modelo de gestão descentralizador, com a participação das três esferas de governo, objetivando assegurar o acesso dos usuários do SUS a medicamentos com segurança, eficácia e qualidade comprovadas.

As diretrizes adotadas por essa política são: adoção da relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A adoção da relação de medicamentos essenciais deve ser usada como fundamento para a organização das listas estaduais e municipais de medicamentos, possibilitando a descentralização, além da orientação e do direcionamento da produção farmacêutica e do desenvolvimento técnico-científico do Brasil. Todavia, apesar de constituir um dos pilares de sustentação da PNM, essa relação não é suficiente para a garantia do êxito da política, demandando também outras ações.

A regulamentação sanitária de medicamentos constitui um processo de descentralização da vigilância sanitária, dando ênfase à promoção do uso de medicamentos genéricos⁷ através da aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos em 1999.

A promoção do uso racional de medicamentos envolve as etapas de produção, comercialização, prescrição e a utilização de medicamentos genéricos, através de ações intersetoriais. Ela também propicia o acesso às informações que dizem respeito às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, enfatizando a educação dos usuários no tocante aos riscos da automedicação, da interrupção ou da troca da medicação prescrita. Além disso, essa promoção possibilita a adequação dos currículos dos cursos de formação dos

⁷ Medicamento genérico é o que não possui marca. Contém o mesmo P.A., na mesma forma farmacêutica, via de administração e dosagem que o medicamento de marca ou referência. É pesquisado e desenvolvido por outro laboratório farmacêutico, que a patente (concessão) ou outros direitos de exclusividade já tenham vencidos. Tem que ter testes de bioequivalência (relaciona as quantidades e velocidades de absorção do medicamento referência e do teste) e biodisponibilidade (relaciona a velocidade e a extensão de absorção de um fármaco no seu sítio de ação). Tem que ser uma cópia fiel do medicamento de marca.

profissionais de saúde à nova regulamentação da propaganda dos produtos farmacêuticos para os médicos, para o comércio de produtos farmacêuticos e para a população leiga.

O desenvolvimento científico-tecnológico consiste no desenvolvimento da produção de fármacos, de modo especial, dos presentes na RENAME.

A promoção da produção de medicamentos dá ênfase à importância dos laboratórios oficiais brasileiros em relação à produção estratégica dos medicamentos essenciais. Ela também atua no sentido de monitorar os preços dos medicamentos no mercado brasileiro e de eliminar a dependência do processo produtivo desses medicamentos, através da modernização dos sistemas de produção, promovendo o aumento da eficiência.

A garantia da segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos é feita por meio do cumprimento da regulamentação sanitária estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos propiciam a articulação intersetorial e, conseqüentemente, a operacionalização da PNM.

Em relação à reorientação da assistência farmacêutica, esta não pode ser restrita ao ato de adquirir e de distribuir os medicamentos, pois a assistência farmacêutica consiste em um conjunto de atividades relacionadas aos medicamentos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação), dando sustento às ações de saúde requeridas pela população, promovendo o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2001).

Neste sentido, a proposta implícita na assistência farmacêutica é a de oferecer uma atenção de qualidade que garanta ao usuário o acesso às tecnologias (leve, leve-dura e dura), recebendo simultaneamente as informações corretas referentes aos diferentes procedimentos, diagnósticos e prognósticos do seu estado de saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1999, p.34) define a assistência farmacêutica como:

[...] grupo de atividades relacionadas com os fármacos, para apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de produtos em todas e em cada uma de suas etapas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre fármacos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de fármacos.

Portanto, quando não se restringe somente à aquisição e à distribuição dos medicamentos, a assistência farmacêutica promove o acesso da população aos medicamentos essenciais, destacando-se dentre seus componentes a atenção farmacêutica. Esta consiste no

acompanhamento dos pacientes com vistas a sua orientação quanto ao uso racional dos medicamentos e quanto à automedicação. A atenção farmacêutica é a única etapa da assistência farmacêutica que é uma atividade específica do profissional farmacêutico, ela não consiste apenas na entrega dos medicamentos.

Ao realizar a identificação, a correção, a prevenção ou a redução dos possíveis agravos ocorridos devido à má utilização dos medicamentos, o farmacêutico pode estabelecer um vínculo maior com os usuários do sistema. Isso possibilita o resgate do papel do farmacêutico como profissional do medicamento a serviço da coletividade e não favor do mercado. Para Lopez (1997, p.155), “[...] O farmacêutico não é mais considerado como um ‘entregador’ de medicamentos, mas sim um ‘dispensador’ de atenção à saúde, na qual o gasto de medicamentos é apenas um dos componentes”.⁸

Porém, em muitos casos, o medicamento atende aos anseios da lógica de mercado, transformando-se em objeto de consumo, e o farmacêutico, sendo o elo de ligação da cadeia produção-consumo, vive a contradição entre atender ao mercado, regular o consumo e oferecer adequadamente o insumo suficiente para resgatar a saúde da população. Isso, em muitos casos, ocorre devido à formação a que o farmacêutico foi submetido durante a graduação, ou seja, uma formação com ênfase nas leis de mercado, em detrimento da ética coletiva.

As outras etapas da assistência farmacêutica podem ser realizadas por outros profissionais da área de saúde, o que compromete a qualidade do serviço prestado aos usuários, podendo ocasionar agravos a sua saúde. Isso ocorre devido principalmente ao processo pouco criterioso de compras, possibilitando a aquisição e oferecimento de medicamentos com prazo de vencimento ultrapassados. Também se deve ao armazenamento inadequado de medicamentos e à distribuição destes segundo critérios questionáveis, entre outros.

Na expressão de Vieira (2004, p.20, 21):

[...] o farmacêutico vem buscando sua integração com a chamada equipe de saúde e um maior contato direto com o paciente. De acordo com cada realidade em que se insere, esse profissional deve procurar flexibilizar sua atuação para adaptar a assistência farmacêutica às possibilidades oferecidas, sempre procurando uma farmacoterapia racional e custo-efetiva para o paciente e o sistema de saúde. Deve ficar claro que a proposta não é o exercício do diagnóstico ou da prescrição de medicamentos, responsabilidades do médico, mas, sim, a garantia de que os medicamentos

⁸ Livre tradução da autora. “El farmacêutico no es mas considerado um “despachador” de medicamentos, sino un “dispensador de atención sanitaria” em la cual el expendio de medicamentos es solo um componente”.

prescritos venham a ser aviados corretamente, usados racionalmente e, portanto, úteis na solução ou alívio dos problemas de saúde do usuário, garantindo, entre outros benefícios, a adesão à terapêutica.

Neste contexto, apesar da institucionalização do SUS e da criação da Política Nacional de Medicamentos sob o enfoque da universalidade e equidade de ações, a questão dos medicamentos no Brasil ainda permanece contraditória.

Conforme Marques (2005, p. 76):

[...] a Carta Magna de 1988 tornou um dever de Estado garantir o acesso aos medicamentos, via políticas e programas de saúde, para o que é indispensável assegurar uma assistência farmacêutica com disponibilidade e gratuidade. Nessa matéria, porém, a realidade tem sido frustrante e o exemplo quase exclusivo de uma boa política de assistência farmacêutica é o controle do HIV/AIDS.

Logo, o país tornou-se referência na atenção à saúde para algumas nações no tocante à assistência farmacêutica. Entretanto, ainda permanecem inúmeras denúncias referentes ao excesso e à falta de medicamentos nos serviços públicos de saúde, acrescida, muitas vezes, do seu uso irracional.

[...] o país desenvolve modelos bastante particulares quando considerado o cenário mundial, como é o caso da garantia de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, como postulado legal (Lei Federal 8080/1990) da distribuição universal e gratuita de medicamentos no setor público, com especial sucesso quanto à distribuição de antiretrovirais para o Programa da Aids, atualmente tido como modelo para os países em desenvolvimento [...]. Outrossim, são freqüentes na mídia as denúncias tanto de excesso de medicamentos, levando à imobilização de capital e à perda por vencimento, quanto de escassez, culminando sempre com a desassistência aos usuários e a interrupção de tratamentos, comprometendo a resolutividade das ações de saúde. Somam-se a estes problemas aqueles ligados ao uso não racional de medicamentos, que além de contribuir sinergicamente para o desperdício, pode causar sérios problemas tanto no nível individual como no coletivo, como é o caso da emergência de cepas de microrganismos resistentes aos antibióticos disponíveis. (LUÍZA, 2003, p.3).

Desse modo, percebe-se que ainda existem muitos desafios a serem enfrentados pela política de medicamentos brasileira, dentre os quais, cita-se a garantia, a toda a população, de acesso universal e equinânime aos medicamentos essenciais e à assistência farmacêutica.

[...] o acesso aos produtos ocorre de maneira iníqua, comprometendo a resolução nos sistemas de atenção à saúde e constituindo-se em dos principais desafios a serem superados pelas políticas públicas, em especial

por uma política de fármacos que tenha como princípio providências que visem à melhoria da equidade para esse passo. SANTOS (2002, P. 357).

Em relação ao acesso aos medicamentos, este deve ser ampliado no sentido de contemplar não somente a garantia do acesso igualitário e universal da população brasileira aos medicamentos essenciais, mas também o acesso aos demais medicamentos como uma questão de direito social legitimado na constituição do SUS. Para tanto, o Estado deve ter papel central nesse processo, atuando juntamente com os demais atores sociais, entre eles os usuários, os prescritores e os dispensadores de medicamentos, bem como aqueles que se relacionam ao comércio, à distribuição e à venda dos insumos. Além disso, o acesso aos medicamentos também envolve outras questões.

Como afirma Santos (2002, p. 357- 358):

[...] verifica-se, no campo farmacêutico, que tão importante quanto a equidade no acesso aos remédios, é a qualidade desses produtos e a qualidade de sua utilização. No primeiro aspecto, para que se obtenham os resultados terapêuticos almejados, é de vital importância a garantia de que os produtos farmacêuticos disponíveis à população sejam eficazes e seguros, produzidos e conservados de acordo com os padrões adequados de qualidade.

Quanto ao segundo aspecto, compreende-se como utilização de fármacos as atividades de prescrição, dispensação e consumo. Traz-se embutido nessa concepção, a visão de que, mais do que apenas promover a equidade no acesso a produtos eficazes, seguros e de qualidade, é de relevância que o remédio esteja em contexto e sob sistematização ampliada, qual seja, a de uma assistência farmacêutica. [...]

O autor conclui, apontando outros limites a serem colocados à Política Nacional de Medicamentos que são:

[...] numa visão verticalizada ressaltam-se o desafio da superação da iniquidade no acesso, e o desafio da garantia da qualidade em suas dimensões – a qualidade dos produtos e a qualidade da utilização deles. Numa visão horizontalizada acentua-se o desafio da inserção da política de fármacos como um dos componentes relevantes e prioritários da política de saúde.

Torna-se, portanto, de suma importância a discussão do acesso aos medicamentos como uma questão de direito social. Entretanto, para que essa compreensão seja abrangente, deve-se discutir primeiramente o acesso aos serviços de saúde, por estar diretamente relacionado à política pública de saúde e, dentro dela, à política de medicamentos.

4 ACESSO AOS MEDICAMENTOS

4.1 Acesso aos serviços de saúde

A preocupação com o acesso tem sido o centro das discussões na área de saúde coletiva, propiciando o surgimento de inúmeros trabalhos sobre a temática. Entretanto, alguns estudos não apresentam o conceito de acesso de forma clara. Isso leva a um entendimento parcial dessa categoria, comprometendo, muitas vezes, a análise das políticas públicas de saúde e a gestão destas, uma vez que, esse conceito é central para tal análise.

A apreensão da categoria acesso nos serviços de saúde torna-se de fundamental importância no entendimento da saúde enquanto totalidade. Esta é a expressão dos múltiplos fatores (políticos, sociais, econômicos e ambientais) condicionantes da saúde, os quais influenciam diretamente no acesso, necessitando serem abordados.

Segundo Fleury e Giovanella (1996, p.189):

[...] é na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.

Ao se fazer um resgate histórico do estudo do acesso, percebe-se que este é compreendido em perspectivas analíticas distintas, por diversos autores.

Em muitas abordagens, o acesso é estudado sob o enfoque dos diferentes fatores que podem influenciar a entrada e o uso dos serviços de saúde pelos usuários. Um desses fatores é o espacial/geográfico, que diz respeito à distância física estabelecida entre a população, os serviços de saúde e os seus recursos, na busca pela utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, deve se considerar o conjunto de barreiras dessa ordem que podem impedir a entrada dos usuários.

Como afirmam Shannon et al. (1969), se a preocupação primordial de uma pesquisa é com o acesso aos serviços de saúde, então, há que se fazer uma análise espacial como parte integrante da pesquisa. Essa posição também é sustentada por outros estudiosos, ao proporem que o estudo da acessibilidade deve levar em consideração uma análise geográfica dos recursos médicos disponíveis para os usuários dos serviços de saúde.

O fato é que:

[...] o problema da acessibilidade é particularmente agudo na oferta da atenção primária, onde a qualidade do cuidado comunitário é claramente dependente da acessibilidade física de médicos para os pacientes, onde a natureza e a magnitude da carga horária dos mesmos é inversamente dependente da dispersão geográfica relativa dos pacientes. (KNOX, 1979, p. 160)⁹

Uma outra contribuição também enfatiza os caracteres distintos dos recursos e da população ao conceituar a acessibilidade, fundamentando-se nas características financeiras e físicas na tentativa de compreender o acesso aos serviços de saúde.

Como lembra Salkever (1976), a acessibilidade é multidimensional, isto quer dizer que a entrada no sistema de saúde pode ser dificultada por inúmeros fatores, tais como: as barreiras financeiras, a não disponibilidade dos recursos médicos e do tempo, o longo tempo de espera para receber o atendimento e os obstáculos de atitudes, como a ignorância dos usuários quanto à eficácia do serviço. Todavia, existem apreensões diferenciadas quanto ao acesso financeiro, alguns autores enfatizam as características individuais e outros, as coletivas. Salkever (1976) já apontava essa situação ao utilizar o termo acessibilidade financeira, para se referir à capacidade individual de dar conta dos custos monetários da atenção médica. O autor fundamenta-se em Davis (1974) apud Salkever (1976), a fim de definir a acessibilidade física, como sendo o transporte, o tempo e os custos demandados para obter o serviço de saúde.

Outros autores estudam de que modo a variável tempo pode interferir na obtenção do acesso. Chen (1978), baseado nos parâmetros estabelecidos pelo Conselho de Planejamento de Saúde dos Estados Unidos da América (EUA), apresenta um índice de acesso em atenção primária sob o enfoque dos indicadores quantitativos de tempo. Eles são: tempo percorrido até a origem do serviço de saúde, tempo de espera pelo atendimento e tempo de espera no consultório. Todos esses indicadores influenciam no acesso da população aos serviços de saúde.

Percebe-se que todos os autores citados trabalham a acessibilidade como um sinônimo de acesso aos serviços, vinculado-a à disponibilidade da oferta desses serviços e à localização espacial. Entretanto, o acesso deve ser entendido como um fenômeno que está relacionado à acessibilidade (financeira, física e espacial) e esta como uma característica dos recursos disponíveis para atenção à saúde.

⁹ Livre tradução da autora. “The problem of accessibility is particularly acute in the provision of the primary care, where the quality of community care is clearly dependent on the physical accessibility of doctors to patients, where the nature and magnitude of the doctor’s workload is, conversely, dependent on the relative geographical dispersion of the patients. (Knox, 1979, p.160)

Um outro tratamento dado à categoria acesso trabalha o conceito sob a perspectiva da entrada e do uso dos serviços de saúde, enfatizando as características, tanto do sistema quanto do usuário, que podem propiciar um aumento ou uma diminuição dessa entrada.

Conforme Donabedian (1972, p.111):

[...] a prova do acesso é o uso do serviço, não a simples presença deste. Assim sendo, o acesso, pode ser medido pelo nível do uso em relação à 'necessidade'. Deve-se reconhecer, no entanto, que os usuários e os profissionais avaliam a 'necessidade' diferentemente. Além disso, caberia distinguir dois componentes no uso do serviço: 'iniciação' e 'continuação'. Isto em virtude de diferentes fatores que influenciam cada um desses aspectos, embora possa haver uma influência recíproca. É de todo necessário enfatizar que as barreiras para o acesso não são somente financeiras, mas também, psicológicas, informacionais, sociais, organizacionais, espaciais, temporais, entre outras.¹⁰

Outra abordagem importante da categoria acesso a compreende como não dissociada do contexto político, ou seja, o acesso depende do cenário onde as políticas são aplicadas.

A política de saúde pode ser caracterizada tomando como ponto de partida o entendimento do acesso. Tal compreensão poderá ser feita através de uma estrutura básica das variáveis envolvidas no estudo do acesso, tendo como objetivo propiciar a melhoria do acesso aos serviços de saúde. As variáveis envolvidas apresentam-se inter-relacionadas e são as seguintes: Em relação à política de saúde: **financiamento, educação, força de trabalho e organização**; no tocante às características da distribuição dos serviços de saúde: **recursos (volume e distribuição), organização (entrada e estrutura)**; no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde: **tipo, local, proposta e intervalo de tempo**; em relação às características da população de risco: **predisposição (mutabilidade e imutabilidade), capacidade (mutabilidade e imutabilidade), necessidade (percebida e avaliada)** e no que se relaciona à satisfação do usuário: **comodidade, custos, coordenação, atendimento, informação e qualidade**. (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Uma outra contribuição à temática do acesso aos serviços de saúde é defendida por estes autores. Eles especificam os indicadores do processo ou as variáveis possíveis que podem

¹⁰ Livre tradução da autora. The proof of access is use of service, not simply the presence of a facility. Access can, accordingly, be measured by the level of use in relation to 'need'. One should recognize, however, that clients and professionals evaluate 'need' differently. Further, one must distinguish two components in use of service: 'initiation' and 'continuation'. This is because different factors influence each, though any factor may influence both. It is hardly necessary to emphasize that barriers to access are not only financial but also psychological, informational, social, organizational, spatial, temporal and so on. Donabedian (1972, p.111)

determinar o uso dos serviços de saúde, ou seja, sugerem os caminhos para que se possa realizar a equidade nos serviços de saúde.

Segundo Andersen e Aday (1978, p. 534), “apesar do consenso emergente que a equidade no acesso para o cuidado médico é um objetivo societário apropriado não há um consenso de como mensurar o cumprimento deste objetivo”.¹¹

Nesse sentido, eles afirmam que o acesso deve ser compreendido levando em consideração a disponibilidade da oferta dos serviços de saúde e do pessoal, assim como os custos nela envolvidos, além do uso de fato e relativo desses serviços.

[...] enquanto todas as abordagens são importantes para compreender o acesso ao cuidado médico, ratificamos a opinião de que o acesso em si mesmo é mais bem mensurado através das observações do comportamento das pessoas, isto é, do uso de fato por parte delas dos serviços de saúde, e que a equidade deste acesso é mais apropriadamente julgada ao examinar a utilização concreta relacionada a alguns indicadores que possam medir a morbidade vivenciada. (ANDERSEN; ADAY, 1978, p. 534).¹²

Essa concepção sobre o acesso explicita os obstáculos na tentativa de entendê-lo sob uma perspectiva política igualitária, não o relacionando apenas a uma idéia operacional. Todavia, ainda se nota nos autores citados uma tendência de se definir o acesso baseando-se apenas nas características da facilidade para obtenção dos recursos, sem levar em conta a amplitude do conceito de acessibilidade que agrega outros elementos (físicos, econômicos entre outros) imprescindíveis à sua compreensão.

Uma outra proposta compreende o grau de acesso estabelecido entre os clientes (usuários) e os serviços de saúde, descrevendo as dimensões específicas desse processo, que são: a disponibilidade, a acessibilidade, a acomodação, a capacidade financeira e a aceitabilidade.

Na expressão de Penchansky e Thomas (1981, p.128):

[...] o acesso é visto como um conceito geral que resume um conjunto de áreas mais específicas entre o acesso, os usuários e o serviço de saúde. As áreas específicas e as dimensões de acesso são as seguintes: - **Disponibilidade:** é a relação entre o volume e o tipo dos serviços existentes (e dos recursos) e os tipos e volume das necessidades dos usuários (...). -

¹¹ Livre tradução da autora. “Despite the emerging consensus that equity in access to medical care is an appropriate societal goal there is no consensus as to how to measure attainment of the goal”.

¹² Livre tradução da autora. “While all of these approaches are important for understanding the potential for obtaining access to medical care, we subscribe to the view that access itself is best measured through observations of people’s behavior, that is, their actual use of health services, and that the equity of that access is most appropriately judged by examining their actual utilization relative to some measure of the illness they experience.

Acessibilidade: é a relação entre a localização dos serviços oferecidos e a localização dos usuários, levando em conta os recursos com transporte de clientes e o tempo de viagem, a distância e o custo, hospedagem e a relação entre a forma como os serviços são organizados para receber os clientes (...) e a capacidade dos mesmos (incluindo os serviços encontrados, as horas de operação, as facilidades de locomoção, os serviços de telefone) e a habilidade dos usuários para se ajustar a esses fatores e a percepção dos usuários dessa adequação - **Capacidade Financeira:** é a relação dos preços dos serviços e dos profissionais dos seguros ou dos depósitos exigidos em relação à renda dos usuários, isto é, capacidade para pagar bem como a existência do seguro saúde; - **Aceitabilidade:** é a relação entre as atitudes esperadas pelos usuários para com as características pessoais e das práticas concretas detectadas nos profissionais bem como para com as atitudes do profissional frente às características que venham a ser aceitáveis de parte dos usuários.¹³

Ao considerar que o domínio de acessibilidade limita-se ao ato de buscar e receber a atenção, outros estudiosos propõem uma diferenciação dos conceitos de acesso e de acessibilidade.

Segundo Frenk (1985, p. 441- 442), “O conceito de ‘acessibilidade’ é simplesmente um recurso mental para aprender a essência de uma realidade que em si mesma é uma totalidade completa e indivisível”.¹⁴

A categoria acesso é apreendida como a busca e a obtenção de atenção nos serviços de saúde por parte dos usuários deste. O autor afirma ainda, “O acesso denota a capacidade de um cliente ou grupo de clientes para buscar e obter atenção. Assim, acesso se refere a uma característica da população de usuários potenciais ou reais dos serviços”.¹⁵ A partir dessa concepção de acesso, Frenk (1985) classifica os obstáculos que interferem na busca e na obtenção da atenção, em três categorias: **obstáculos ecológicos**, relacionados à localização

¹³ Livre tradução da autora. “Access is viewed as the general concept which summarizes a set of more specific areas of fit between the patient and the health care system. The specific areas, the dimensions of access, are as follows: **Availability:** the relationship of the volume and type of existing services (and resources) to the clients’ volume and types of needs; (...) **Accessibility:** the relationship between the location of supply and the location of clients, taking account of client transportation resources and travel time, distance and cost; accommodation, the relationship between the manner in which the supply resources are organized to accept clients (...) and the clients’ ability to accommodate to these factors and the clients’ perception of their appropriateness; **Affordability:** the relationship of prices of services and providers’ insurance or deposit requirements to the clients’ income, ability to pay, and existing health insurance; (...) **Acceptability:** the relationship of clients’ attitudes about personal and practice characteristics of providers, to the actual characteristics of existing providers as well as to provider attitudes about acceptable personal characteristics of clients.

¹⁴ Livre tradução da autora. “El concepto de ‘accesibilidad’ es simplemente un recurso mental para aprehender la esencia de una realidad que em si misma es una totalidad compleja e indivisible”.

¹⁵ Livre tradução da autora. “o ‘acceso’ denota la capacidad de um cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención. Así, ‘acceso’ se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”.

das fontes de atenção à saúde, com repercussões de distância e tempo de transporte; **obstáculos financeiros**, relacionados aos preços cobrados pelo provedor; e **obstáculos organizativos**, relacionados aos modos de organização dos recursos da atenção em saúde. Estes se subdividem em obstáculos referentes à entrada no serviço de saúde (por exemplo, a demora para receber o atendimento) e obstáculos que ocorrem dentro deste serviço (dificuldade em obter os serviços de laboratórios).

Esse autor também discute que a importância relativa de cada obstáculo terá variação de acordo com o modo de organização do sistema de saúde, citando, a título de exemplos, os obstáculos financeiros e ecológicos. Ele afirma que em sistema de saúde de livre mercado, os obstáculos financeiros são de extrema importância, ao passo que, em sistema de saúde universal, estes obstáculos ocupam um segundo plano. Em relação aos obstáculos ecológicos, o autor conclui que, em um sistema de saúde regionalizado, estes obstáculos não possuem tanta importância. No tocante ao Brasil, percebe-se que todos os obstáculos são de extrema importância para a discussão do acesso aos serviços de saúde, porém os financeiros se sobressaem. Estes são elementos centrais, que podem tanto promover ou impossibilitar a obtenção do acesso, pois, apesar do acesso a tais serviços estar assegurado constitucionalmente a toda população brasileira, como um direito pertencente a ela, a prática, às vezes, revela situações que conduzem à garantia do acesso por meio do pagamento do ‘seguro-saúde’, propiciada pelo setor privado.

Em resumo, a apreensão da ‘acessibilidade’ engloba a noção de ‘grau de ajuste’, que relaciona as características dos recursos de saúde e as características correspondentes da população usuária envolvidas no processo de busca e obtenção dos serviços de saúde. Na tentativa de trazer a discussão sobre o acesso para a contemporaneidade, percebe-se uma preocupação em conceituar tal categoria, sob o enfoque das políticas públicas de saúde, fundamentadas nos princípios da equidade e da universalidade de ações nos serviços de saúde.

Para alcançar este objetivo, alguns autores propõem o estudo do acesso através de um modelo que enfatiza os determinantes primários em saúde (as características da população, os serviços de saúde e o ambiente externo), os componentes da prática em saúde (a exemplo das práticas pessoais e o uso dos serviços) e os resultados obtidos no nível de saúde alcançado, (por exemplo, as condições de saúde percebida e avaliada, a satisfação do usuário) podendo vir a influenciar na busca pelo acesso.

Segundo Andersen (1995, p.4), “[...] o acesso é uma medida relativamente complexa da política de saúde e penso, que pode ser razoavelmente definida em termos multidimensionais usando os conceitos do modelo comportamental”.¹⁶

A definição do acesso é, portanto, compreendida por meio da capacidade deste de ser possível e de ser real. Dentro desse contexto, também é apreendido de que modo ocorre a equidade e a não equidade ao acesso.

Conforme Andersen (1995, p.4):

[...] o acesso potencial é simplesmente definido como a presença dos recursos disponíveis. Mais recursos disponíveis fornecem os meios para o uso e aumentam a probabilidade que o mesmo efetivamente ocorra. O acesso concreto é, de fato, o uso dos serviços. O acesso equitativo e o não equitativo são definidos de acordo com as características predominantes do acesso. Os julgamentos de valor sobre que componentes do modelo deveriam explicar a utilização em um serviço de saúde equitativo são cruciais para a definição. Isto é, a equidade aos olhos de quem usa os serviços de saúde. [...]. O acesso não equitativo ocorre quando a estrutura social (por exemplo, a etnia), as crenças a respeito do que vem a ser saúde e os recursos disponíveis (por exemplo, a renda) determinam quem recebe o serviço de saúde.¹⁷

Porém, alguns autores defendem a questão do acesso vinculado às políticas de mercado, isto é, sob o enfoque do mercado dos serviços de saúde. Para Cold (1998), os conceitos tradicionais relativos ao acesso permanecem relevantes para assegurá-lo. Entretanto, não são os mais adequados para direcionar toda a política pública, ante as mudanças atuais de mercado. As tendências do mercado dos serviços de saúde atualmente estão centradas no acesso para além da preocupação com a cobertura, com a entrada e com o uso dos sistemas. Além do interesse em saber quais serviços estão disponíveis e se estes possuem cobertura financeira, existe também uma grande preocupação em conhecer algumas situações em relação ao acesso aos serviços de saúde, tais como: de que modo os benefícios são cobertos, como os serviços são definidos, como o acesso a eles é determinado, e em que medida os resultados refletem o uso efetivo e correto dos serviços de saúde e o aperfeiçoamento recente da saúde.

¹⁶ Livre tradução da autora. “The access is a relatively complex health policy measure and, I think, can be reasonably defined in multidimensional terms using concepts from the behavioral model”.

¹⁷ Livre tradução da autora. “Potencial access is simply defined as the presence of enabling resources. More enabling resources provide the means for use, and increase the likelihood that use will take place. Realized access is the actual use of services. Equitable and inequitable access are defined according to which predictors of realized access are dominant. Value judgments about which components of the model should explain utilization in an equitable health care system are crucial to the definition. Equity is in the eyes of the beholder. (...) Inequitable access occurs when social structure (e. g., ethnicity), health beliefs, and enabling resources (e. g., income) determine who gets medical care”.

Outros autores também abordam a categoria acesso inserido nas políticas públicas. Hortale et al. (2000, p. 232) afirma que “[...] o acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas”. Para tanto a autora operacionaliza a categoria acesso levando em consideração três subsistemas. No subsistema de decisão, o valor acesso relaciona-se ao controle social (participação real da população na administração dos serviços, associada à gestão técnica e interna). No subsistema de operação de serviços, o acesso avalia a equidade (universalidade, globalidade e acessibilidade regional, social e organizacional); avalia a igualdade nos serviços baseada em prioridades de áreas, em problemas e em grupos e população; e avalia a qualidade e a eficácia, de decisão. No subsistema de informação, o acesso é avaliado pela ação retroativa de todo o processo, levando-se em consideração a prestação de contas, a democratização dos resultados do ensino, da pesquisa e dos serviços, assim como a realização de atividades educacionais entre outros aspectos.

Uma outra contribuição para o entendimento do acesso vinculado às políticas públicas, reforça a importância da equidade do acesso aos serviços de saúde.

Na expressão de Campbell et al. (2000, p.1617-1618):

[...] nós definimos a equidade como um sub-componente de relevância do acesso para a estrutura e o processo, definindo-a como a extensão até onde todos os indivíduos em uma população tenham acesso ao cuidado médico que necessitem . [...]. Em essência, os serviços deveriam ser disponíveis em uma base equitativa de acordo com a necessidade. Assim como o cuidado com os usuários individuais, a condição de saúde e a avaliação dos usuários dos serviços de saúde são indicadores-chave do acesso para as populações, e que vem somar-se à equidade. Entretanto, o acesso equitativo não é automaticamente traduzido como eficácia equitativa.¹⁸

Dessa forma, a compreensão da categoria acesso de modo ampliado e fundamentado na perspectiva igualitária e universal, torna-se imprescindível quando se busca a construção e a efetivação de uma política pública de saúde que vise à equidade nos serviços de saúde.

Para Cohn et al. (1991), o acesso aos serviços de saúde é, em muitos casos, compreendido a partir das características técnicas desses serviços, trabalha-se com a acessibilidade e com a disponibilidade a fim de explicar o acesso propriamente dito. Em tal

¹⁸ Livre tradução da autora. “(...) we define equity as sub-component of access relevant to structure and process; it is defined as the extent to which all individuals in a population access the care they need.... In essence, services should be available on an equitable basis according to need. As with care for individual patients, health status and user evaluation are key outcomes of access for populations, in addition to equity. However, equitable access does not automatically translate into equitable effectiveness”.

perspectiva analítica, o acesso é visto sob o enfoque das condições estruturais que podem tornar viável a utilização dos serviços e não como uma questão de cidadania.

Na tentativa de se apreender o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, como uma categoria central no campo da saúde coletiva brasileira, torna-se de fundamental importância entender o acesso como uma questão de direito social atinente à população por estar inserida na sociedade.

Portanto, é necessário vincular o acesso ao processo vivido pelos usuários dos sistemas públicos de saúde com a finalidade de entrar e de usar os seus serviços, almejando a busca e o alcance da atenção em saúde como uma forma de justiça social.

Segundo Costa e Augusto (1995, p. 98), “[...] A universalização do acesso aos serviços de saúde aponta para a construção de uma sociedade de cidadania generalizada”.

No tocante à universalização do acesso aos serviços de saúde, esta não se pode resumir a uma simples universalidade da assistência médica, propiciando a cidadania incompleta. Entende-se por cidadania incompleta a condição em que os indivíduos estão submetidos em uma sociedade, onde não conseguem se expressar como sujeitos sociais. Tal situação compromete a consolidação e a efetivação das políticas públicas de saúde com vistas à equidade e à universalização do acesso, uma vez que permanecem as práticas que propiciam a reposição de privilégios e a não universalização dos direitos sociais.

Conforme Costa e Augusto (1995, p. 99), “[...] a universalização da assistência médica direta ou indiretamente financiada pelo Estado, principal característica da medicalização em processo na sociedade brasileira, contribui para que o direito à saúde seja entendido como direito à assistência médica”.

Outros autores também discutem como a medicalização presente na sociedade brasileira pode influenciar na busca pelo acesso universal e equânime, transformando-o em uma procura pelo acesso ao consumo.

Afirma Barros (2004, p.53):

[...] paralelamente às influências do mecanicismo e à extrapolação de seu raciocínio do mundo físico, do universo, para o mundo dos seres vivos, a *medicalização* sofre o impacto, a partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros. Está aberto o campo para a gestação do ‘complexo-médico-industrial’ e para a mais ampla possível mercantilização da medicina, com todos os malefícios daí decorrentes, especialmente no acesso não equânime e universal aos serviços médico-assistenciais, inclusive aos essenciais e o que é mais grave, ainda, nas sociedades, como a nossa, marcada por cruel concentração da renda e, a partir daí, de todos os bens e serviços.

[...] na medida em que o acesso ao consumo foi convertido no objetivo principal para o desfrute de níveis satisfatórios de bem-estar, bons níveis de saúde passaram a ser vistos como possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas.

Esse processo de medicalização que a sociedade brasileira tem vivenciado, acrescido de uma “nova conformação” da saúde pública do país, fundamentado nos ideais do neoliberalismo, com ênfase na dicotomia do público e do privado, interfere diretamente no acesso aos serviços públicos de saúde.

Na expressão de Assis et al. (2003, p. 822):

[...] o sustentáculo sobre o qual se desenvolveu a ideologia neoliberal no campo da saúde foi gestado na própria conformação organizativa do sistema de saúde brasileiro que sempre impôs à sociedade uma cidadania restrita e regulada, criando condições para se reproduzir na prática uma estrutura de serviços que prioriza a privatização em dissonância com a legislação sanitária.

Estes autores também concordam que:

[...] no cenário nacional convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social. (ASSIS et al., 2003, p. 816).

Para Giovanella e Fleury (1996), o acesso seletivo está relacionado com a desigualdade de acesso e com a distribuição de benefícios baseadas no poder de compra dos usuários.

O acesso excludente é fundamentado na lógica do mercado, vinculando o direito à assistência universal ao racionamento dos gastos com a saúde, propiciando a piora da qualidade da atenção concedida nos serviços públicos de saúde e excluindo, portanto, parte da sociedade que tem um maior poder financeiro e de organização. Também o acesso é considerado focalizado quando limita o atendimento do usuário a determinados serviços ou programas, gerando uma universalização da atenção desarticulada e segmentada. (ASSIS et al., 2003).

Nessa perspectiva, a entrada e o uso dos serviços de saúde são vistos pelos usuários não como uma questão de um direito seu enquanto cidadão, mas como um acesso ao mercado de saúde, regido pelas leis da oferta e da procura, do qual os usuários só poderão fazer parte mediante o pagamento por tais serviços e pela comprovação de carência.

Afirma Barros (2004, p.171):

[...] os fatos concretos nos levam, pois, a concluir que as reformas econômicas de feição neoliberal implementadas em vários países da América Latina, incluindo, obviamente, as ocorridas no setor saúde, tiveram repercussões negativas no acesso aos serviços de saúde e, em consequência, na assistência farmacêutica.

Nesse sentido, considerando as diretrizes do SUS brasileiro, entendemos que a universalidade do acesso significa que toda a população deve ter acesso aos serviços de saúde, sendo a equidade do mesmo entendida como o tratamento igual recebido pela população nos serviços de saúde.

Conforme Stephan-Souza (2001), a análise da questão do acesso implica dimensioná-la junto à inclusão e exclusão aos direitos à saúde, universalização e focalização, financiamento, controle social, articulação entre os níveis do sistema público de saúde, todos considerados indissociáveis, principalmente no tocante ao uso dos medicamentos e de tecnologias essenciais.

Nessa perspectiva de análise, a compreensão do acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente, aos medicamentos também requer o entendimento das dimensões da universalidade e excludência e de como estas convivem, muitas vezes, de maneira conflituosa no cotidiano dos usuários do SUS. “A universalidade é definida como princípio básico do SUS que assegura o direito de toda a população brasileira a ter acesso à saúde. A excludência significa a recusa, a privação e a impossibilidade de receber atendimento” (STEPHAN-SOUZA, 2001, p.10).

Todavia, o acesso igualitário aos serviços de saúde não é sinônimo da equidade de acesso à saúde.

[...] as desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer. TRAVASSOS (1997, P.326).

Essa situação tende a se agravar no âmbito do setor saúde brasileiro, principalmente devido à escassez dos recursos destinados à saúde e à escassez dos medicamentos utilizados para o tratamento das doenças.

Nesse contexto, as pessoas que possuem recursos, conseguem satisfazer suas necessidades, buscando o desfrute de boas condições de saúde por meio do consumo exagerado de procedimentos e de medicamentos.

Na expressão de Barros (2004, p.54):

[...] se é verdadeira a assertiva de que no Brasil há um intensivo processo de *medicalização*, também é verdade que um grande contingente da população continua à margem do consumo de medicamentos, muitos deles supostamente essenciais, o que se dá, paralelamente, a um uso de produtos desnecessários ou supérfluos para o que contribuem valores que passam a erigir-se como fundamentais para a vida saudável.

Isso reforça a idéia de que o acesso aos medicamentos também tem sido orientado seguindo-se as leis do mercado, favorecendo o forte capital e restringindo sua aquisição potencial por parte da população, sem, ao contrário, contribuir para assegurar a saúde.

De acordo com a Constituição Federal, artigo 2º, (CARVALHO e SANTOS, 1995, p. 55), “[...] a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O direito à saúde não se resume somente ao acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos essenciais, incluem-se nele também os fatores determinantes e condicionantes da saúde: alimentação, habitação, educação, lazer, trabalho, renda, transporte, meio ambiente e cultura, entre outros. Esse entendimento ampliado da saúde, enquanto direito social, possibilita aos usuários do SUS o exercício da cidadania.

Conforme Giovanella e Fleury (1996, p. 188):

[...] a legalidade de uma proposta não garante, em si, a sua implementação. Não se muda a sociedade, por decreto ou lei. A correlação de forças, acordos e negociações necessários à promulgação de uma lei não são suficientes ou idênticos àqueles que possibilitem a sua execução. A sociedade brasileira, altamente segmentada, criou formas de manter e traduzir esta segmentação no interior de um sistema legal e administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção.

Nessa perspectiva, os medicamentos são compreendidos como um componente estratégico da política de saúde, a qual deve incluir a política de medicamentos. Como afirmam Miralles e Kimberlin (1998, p.345):

[...] os assuntos centrais da utilização de medicamentos nos países em desenvolvimento giram em torno de dois fatores relacionados ao acesso aos medicamentos: a “falta” dos medicamentos essenciais (acesso restrito) e o amplo espectro de medicamentos prescritos e não prescritos (acesso supervisionado). (...) O acesso aos medicamentos tem sido uma questão de interesse público no que diz respeito ao Brasil e aumentará provavelmente como prioridade econômica e política.¹⁹

¹⁹ Livre tradução da autora. “The central issues of medication use in developing countries revolve around two related concerns about access to medicines: the scarcity of “essential medicines” (restricted access, and the popular use of a broad spectrum of prescription and non-prescription medications outside the purview of medical

4.2 Acesso aos medicamentos

Apesar do acesso aos medicamentos estar assegurado como direito social, a maioria da população do país permanece privada desse acesso no cotidiano dos serviços de saúde.

[...] a saúde da população não depende somente dos serviços de saúde, e menos do uso dos medicamentos. É sabido que muitos fatores incidem no estado de saúde, como boa moradia, água potável, nutrição e educação, especialmente dirigida às mulheres. No entanto, na prática, a prestação de serviços de saúde absorve uma grande parte dos investimentos da sociedade em saúde. Os medicamentos, hoje, ocupam um lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento das doenças. A porcentagem que os sistemas de saúde dedicam à utilização dos medicamentos varia de 8% em alguns países desenvolvidos, até 40% para alguns países em desenvolvimento. JONCHEERE (1997, P.49).

Essa afirmativa confirma o grande interesse na discussão sobre o uso indiscriminado dos medicamentos e das tecnologias. Por outro lado, sabe-se que uma grande parcela da população brasileira não tem acesso aos medicamentos, apesar de serem imprescindíveis para o tratamento das doenças. Diante de tal situação, quem não tem condições para comprar os medicamentos fica sujeito à sua distribuição pouco equitativa, o que pode gerar uma condição de exclusão dos bens e serviços de saúde. Nesse cenário, o acesso, assegurado como direito, transforma-se em troca de favores, em escolhas trágicas, ou seja, em escolhas subjetivas e sem critérios explicáveis, atendendo somente uma parcela dos usuários.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2005, p.31):

[...] a situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora o acesso à saúde seja um direito fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, estima-se que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a esses medicamentos.

Conforme Bennett et al (1997, p. 26), “O reconhecimento da saúde como um direito fundamental implica na responsabilidade do Estado em assegurar o acesso aos serviços de saúde, incluindo aos medicamentos essenciais”.²⁰ No tocante à compreensão da categoria acesso aos medicamentos esta deve ser fundamentada na complexidade do campo da saúde e nas particularidades que envolvem os medicamentos.

supervision (unsupervised access). (...)Access to medications has been a matter of public concern in Brazil and will likely increase as political and economic priority.

²⁰ Livre tradução da autora. “Recognition of health as a fundamental human right brings with it the responsibility of the state to ensure access to health care, including essential drugs.

Afirma Luíza (2003, p. 21):

[...] o acesso aos medicamentos é uma questão que se insere no acesso aos cuidados de saúde. Estes constituem uma prestação de serviços, que se consuma no momento em que é realizado, delimitando assim, de forma bastante clara, o momento da utilização ao qual corresponde o acesso que se pretenda estudar.

Dentro desse contexto, a OMS (2000) estabeleceu os objetivos a serem atingidos para aumentar e garantir o acesso aos medicamentos: seleção racional, preços acessíveis, financiamento sustentável e sistemas de saúde e de abastecimentos confiáveis. A seleção racional consiste no desenvolvimento de uma lista nacional contendo os medicamentos essenciais e os procedimentos de tratamento. No tocante aos preços dos medicamentos essenciais, estes devem ser de fácil acesso para os governos, para os provedores dos serviços de saúde e para os usuários. Em relação ao financiamento sustentável, este pode ser obtido através de mecanismos de financiamento equitativos, como recursos financeiros públicos e políticas públicas de saúde. Os sistemas de saúde e de abastecimentos confiáveis devem incluir um acordo dos serviços de fornecimentos dos setores públicos e privados.

Percebe-se, portanto, que apreensão do acesso aos medicamentos deve levar em consideração o cenário sócio-econômico e político em que se encontram os serviços de saúde. Esse cenário envolve, em muitos casos, a participação de atores sociais com posições conflitantes, uma vez que os medicamentos tanto podem ser usados para atender à lógica de mercado, como também podem ser utilizados a favor de uma coletividade.

Conforme a OMS (2000), para o usuário, ter acesso aos medicamentos essenciais significa que estes podem ser obtidos dentro de uma distância de deslocamento razoável (acesso geográfico) e com facilidade nos serviços de saúde (acesso físico) e com preços mais baixos (acesso econômico).

Portanto, o entendimento da categoria acesso aos medicamentos deve ser realizado a partir das dimensões abordadas para o acesso aos serviços de saúde, trabalhando-se os obstáculos que podem dificultar o acesso aos medicamentos, bem como as condições que podem torná-lo mais fácil.

Na expressão de Luíza (2003, p.24):

[...] o estudo do acesso deve ser dirigido de forma a substanciar ou monitorar as intervenções realizadas, de forma que deverá estar mais preocupado em identificar as barreiras de acesso e as características da população usuária, onde interessará saber tanto as imutáveis, às quais o sistema prestador deve procurar se adaptar para atender, quanto as mutáveis e passíveis de alteração

pela ação das intervenções. Amplificado pelo aspecto de mercadoria do medicamento, muitos dos determinantes que modulam as barreiras ao seu acesso estão fora do sistema de saúde e do alcance direto das políticas exclusivas desta área.

Ao se trabalhar a categoria acesso aos medicamentos vinculado ao contexto econômico, deve-se considerar a capacidade de compra dos usuários e o custo do atendimento nos serviços de saúde, englobando uma das dimensões do acesso, a capacidade financeira.

[...] o poder de compra é certamente a mais nevrálgica questão do acesso aos medicamentos, ponto central de boa parte do debate atual sobre o tema. As políticas nesta área podem ter o objetivo de reduzir o preço dos medicamentos ou atuar nos mecanismos de financiamento. Os países têm adotado diferentes formas de financiamento e provisão dos cuidados em saúde, incluindo os medicamentos. LUÍZA (2003, P.24).

No Brasil, o financiamento da saúde, a partir da constituição do SUS (BRASIL, 1988), foi garantido pelo Estado, por meio do orçamento da seguridade social. Depois de transcorridos aproximadamente cinco anos da institucionalização desse sistema, a coerência do financiamento da saúde foi suprimida, isto quer dizer que não competia mais à previdência social o custeio da saúde. Tal situação agravou ainda mais a disponibilidade de recursos para a saúde, principalmente em relação à aquisição de medicamentos que, muitas vezes, passou a ser realizada por meio da esfera privada.

Nos países em desenvolvimento, grande parte (de 50 a 90%) dos gastos com produtos farmacêuticos ainda é financiada pelo setor privado. (VELÁSQUEZ et al., 1999). Para Luíza (2003, p. 25), “[...] Isto significa que exatamente as populações mais pobres são as que mais arcam diretamente com as despesas dos medicamentos que consomem”.

O Brasil se insere nesse cenário, principalmente quando se leva em consideração a distribuição de renda e a capacidade de adquirir determinados bens e serviços de saúde, incluindo os medicamentos.

Como afirmam Marin et al. (2003, p. 118):

[...] convivendo com um dos piores níveis de distribuição de renda do mundo, a iniquidade quanto às condições de vida se reflete também no acesso aos medicamentos, seguindo o mesmo comportamento apresentado pelo acesso a outros insumos básicos no país. O mercado brasileiro está seguramente entre os dez maiores do mundo na atualidade. Apesar disso, somente 1/5 da população é consumidora regular de medicamentos.

Nessa perspectiva, percebe-se que a população brasileira permanece estratificada, no que se refere ao modo de obtenção do medicamento de que necessita, mesmo sendo este garantido constitucionalmente como um direito universal à saúde.

Na expressão de Fischer-Pühler (2002), baseando-se na capacidade de aquisição financeira, a população brasileira pode ser dividida em três faixas econômicas (renda baixa, média e alta). Para a população de baixa renda, que possui baixo poder aquisitivo, o acesso aos medicamentos ocorre através da distribuição gratuita dos medicamentos componentes dos programas do Ministério da Saúde (Farmácia Básica, Farmácia Popular, Farmácia Mulher, Farmácia Hipertensão Arterial, Farmácia Diabetes Mellitus, Medicamentos Estratégicos, Excepcionais e de Saúde Mental) pelos serviços públicos de saúde. Para a população de renda média e alta, este acesso ocorre baseado na possibilidade de comprar os medicamentos em drogarias e/ou em farmácias privadas. Além disso, estas faixas também podem obtê-los na rede pública, por meio dos programas disponibilizados.

Conforme Machado-dos-Santos (2001), 15% da população brasileira que possui uma renda superior a dez salários mínimos, consome 48% do mercado total de medicamentos, ao passo que 51% da população, que tem uma renda abaixo de quatro salários mínimos, é responsável somente por 16% do consumo deste mercado.

[...] evidenciam-se, então, dois aspectos preocupantes no tocante à assistência farmacêutica: de um lado, observa-se uma pequena parcela da população consumindo em excesso, enquanto, num outro extremo, existe uma maioria sem acesso adequado aos medicamentos necessários. Isso, por sua vez, associado à escassez de recursos, impõe o grande desafio de promover a melhoria da equidade no acesso [...]. (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001, p.6).

Uma outra dimensão do acesso aos serviços de saúde de grande interesse, quando se busca a compreensão do acesso aos medicamentos, é a disponibilidade. Esta faz referência ao fornecimento de profissionais e de serviços de saúde, Penchansky e Thomas (1981). Porém, o entendimento dessa dimensão pode ser ampliado no sentido de contemplar também o provimento dos medicamentos, por serem insumos básicos de saúde. Luíza (2003) afirma que a garantia do acesso aos medicamentos requer, além da análise do poder de compra dos medicamentos e do financiamento, que o medicamento seja disponibilizado para os usuários no instante em que eles precisem usá-lo, com a preservação de sua qualidade e da quantidade.

Logo, entende-se que a disponibilidade está intrinsecamente relacionada a dois outros fatores: disposição (oferta) e procura (demanda). Nos serviços públicos de atenção básica em

saúde, essa disposição caracteriza-se pela necessidade dos medicamentos por parte dos usuários, que representam a demanda. Nesses serviços, em muitos casos, a oferta de medicamentos é insatisfatória em relação à demanda, o que compromete a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, do tratamento prescrito. Segundo Bermudez (1997, p. 73), “[...] A provisão de medicamentos no setor público é um elemento fundamental de apoio às ações de saúde”.

Na expressão de Machado-dos-Santos (2001), a disponibilidade dos medicamentos e dos serviços farmacêuticos são fatores-chave, para que se tenha uma boa credibilidade na atenção à saúde. Os medicamentos propiciam uma maior adesão e participação da comunidade aos programas desenvolvidos para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde.

Conforme Luíza (2003, p.25):

[...] a disponibilidade é assim outra importante dimensão do acesso e dependerá da demanda e da oferta e seus respectivos determinantes, para que concorrem, do ponto de vista da demanda, todas as variáveis do modelo de Aday y Andersen (1974) relativas à necessidade (morbidade real e percebida), predisposição (sócio demográficas, crenças e atitudes em relação à saúde e ao uso de medicamentos) e capacidade (habilidade de lidar com as barreiras de acesso) de uso de medicamentos que caracterizam a população usuária. A disponibilidade dos medicamentos nos serviços de dispensação dependerá, inicialmente, do ponto de vista da oferta, da disponibilidade dos produtos num mercado específico, para o que concorrem uma série de aspectos como a qualidade do sistema de registro, a existência de produção nacional, o sistema de importação e o sistema de captação de doações.

Na apreensão da categoria acesso aos medicamentos, a dimensão acessibilidade geográfica também deve ser considerada de suma importância. A partir desta dimensão poder-se-á fazer uma análise das características espaciais que podem dificultar ou promover o acesso aos medicamentos, como a localização dos serviços de saúde dentro de uma determinada localidade, e os recursos médicos disponíveis para os usuários dos serviços de saúde, inclusive os medicamentos.

[...] a acessibilidade geográfica dos serviços que realizam a provisão de medicamentos aos usuários é outro fator importante. Tendo em vista que podem coexistir diferentes mecanismos de financiamento e provisão, é importante que cada um deles seja acessível à sua clientela alvo. (LUÍZA, 2003, p.26).

Também no tocante à acessibilidade geográfica aos medicamentos, Bennett et al. (1997, p.26) afirmam que:

[...] a acessibilidade geográfica de medicamentos essenciais pode ser promovida através do setor público e ou do setor privado. Independentemente da estratégia ou da combinação de estratégias escolhidas, o governo deveria assegurar a disponibilidade de medicamentos no serviço público de saúde. Sem tais medicamentos, a credibilidade do setor público sofre danos, outros insumos como os recursos pessoais são desperdiçados e os modelos inadequados de consumo de medicamentos podem ser incentivados.²¹

Quando se analisa o acesso aos medicamentos nos serviços de saúde, uma outra dimensão proposta por Penchansky e Thomas (1981) para o estudo do acesso nestes serviços pode ser importante, a aceitabilidade. Esta consiste em relacionar as atitudes esperadas pelos usuários com as características pessoais, com as práticas concretas percebidas nos profissionais de saúde e com as posturas destes perante às características que venham a ser reconhecidas de parte dos usuários.

Nesse sentido, a aceitabilidade está vinculada à satisfação das necessidades dos usuários dos serviços de saúde, ao tempo aguardado para receber os medicamentos e à orientação quanto ao seu uso correto. Segundo Luíza, (2003, p.26), “[...] cabe considerar a adequação de produtos e serviços oferecidos às características, necessidades e expectativas do usuário, assim como a adequação aos padrões técnicos de funcionamento”. Essa autora prefere a substituição do termo aceitabilidade por adequação, pois entende a aceitabilidade como o resultado e não como uma dimensão do acesso.

Portanto, após a apreensão das dimensões que englobam o acesso aos medicamentos nos serviços de saúde, opta-se pela definição do acesso aos medicamentos como sendo:

[...] a relação entre a necessidade de medicamentos e sua oferta, na qual a necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente/consumidor, com a garantia de qualidade e de informação suficientes para o seu uso adequado. (LUÍZA, 2002, p.4).

Nessa perspectiva, pode-se compreender que o acesso aos medicamentos se traduz no real atendimento do usuário. Conforme Luíza (2003, p. 21), “[...] os principais resultados desejados do acesso aos medicamentos são a utilização racional e a satisfação do usuário”. No tocante ao uso racional dos medicamentos, deve-se levar em consideração os vários fatores, dentre eles a efetividade dos medicamentos.

Como afirmam Pécoul et al. (1999, p.361):

²¹ Livre tradução da autora. “Geographical accessibility of essential drugs may be promoted through the public and/ or private sector. Regardless of the strategy or mix of the strategies chosen, government should ensure the availability of essential drugs in public health care facilities. Without such drugs the credibility of the public sector is damaged, other inputs such as staff time are wasted and inappropriate drug consumption patterns may be encouraged”.

[...] a efetividade dos medicamentos depende de uma longa cadeia de fatores: pesquisa e desenvolvimento (P&D) de um apropriado agente farmacêutico, produção, controle de qualidade, distribuição, controle de produção, informações confiáveis para os profissionais de saúde e para o público em geral, diagnóstico, prescrição, acessibilidade financeira, dispensação de medicamentos, adesão ao tratamento e farmacovigilância. Em cada nível, aqueles envolvidos podem ter conflitos de interesse, e as populações pobres são as primeiras a sofrer os efeitos da quebra dos frágeis elos desta longa cadeia. Atualmente, em populações inteiras falta o acesso para medicamentos essenciais de qualidade, e a situação parece estar deteriorando-se mais com a marginalização de uma grande parte da população mundial.²²

Em relação à satisfação das necessidades dos usuários do sistema público de saúde em relação aos medicamentos, entende-se que esta só se realizará completamente, quando o acesso se encontrar plenamente materializado como direito social no interior de uma sociedade menos desigual.

4.3 Acesso aos medicamentos como direito social

A discussão sobre o acesso aos medicamentos sob o enfoque dos direitos sociais, centra-se no pressuposto de que as diretrizes do SUS estão legitimadas como política de Estado, mas não se encontram completamente materializadas no interior da sociedade brasileira devido às formas de aplicação de financiamento em saúde.

Segundo Velásquez e Boulet (1999, p. 25), “[...] os medicamentos têm um papel social significativo, em que eles são parte integrante da realização do direito fundamental humano – o direito à saúde”²³. Percebe-se que o acesso aos medicamentos somente poderá ser obtido através das tentativas de equacionar a equidade social e a justiça social. Conforme Bennett et al (1997, p.3):

[...] a equidade do acesso significa que os medicamentos essenciais são passíveis de serem adquiridos (ou pagos) e estariam para a população inteira. No mercado livre o acesso poderá ser fundamentado na capacidade das

²² Livre tradução da autora. “The effectiveness of drugs depends on a long chain of factors: research and development (R&D) of an appropriate pharmaceutical agent, production, quality control, distribution, inventory control, reliable information for health care professionals and the general public, diagnosis, prescription, financial accessibility, drug dispensing, observance, and pharmacovigilance. At each level, those involved may have conflicting interests, and poor populations are the first to suffer the effects of frail links in this long chain. Today, entire populations lack access to essential quality drugs, and situation appears to be deteriorating, further marginalizing much of the world’s population.

²³ Livre tradução da autora. “Drugs play a significant social role in that they are an integral part of the realization of fundamental human right – the right to health”.

pessoas e na boa vontade em pagar os medicamentos, não nas suas necessidades por eles [...].²⁴

Segundo Pécoul et al. (1999, p.361), “[...] a falta do acesso aos medicamentos essenciais ou vacinas por causa de razões econômicas, levanta novas questões em relação aos direitos humanos em um mundo que permanece dividido entre países ricos, países em desenvolvimento, e o resto do mundo [...]”²⁵.

Estes autores afirmam que “o acesso aos medicamentos essenciais é um direito básico humano freqüentemente negado às pessoas em países pobres [...]” (PÉCOUL et al., 1999, p.367)²⁶.

Portanto, compreende-se que, para assegurar efetivamente o acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e à assistência farmacêutica é preciso que esse acesso seja apreendido sob o enfoque dos direitos sociais e não sob a perspectiva da política neoliberal vigente na sociedade brasileira.

Na expressão de Silva (2000, p.118):

[...] o princípio fundamental que deve nortear o setor de saúde, aí incluída a assistência farmacêutica, é o direito de todas as pessoas. A equidade na saúde é um direito de todos os cidadãos e está na Constituição. Os ajustes econômicos têm sido priorizados sobre as necessidades da população, entre elas a equidade e o acesso a medicamentos. Portanto, aumentar esse acesso é essencial para se obter melhores resultados no setor de saúde.

Entretanto, para que ocorra uma assistência farmacêutica efetiva de acordo com os princípios e com as diretrizes do SUS, é necessário que os usuários deste sistema, tenham o acesso aos medicamentos materializados e não somente legitimados.

Afirma Bonfim (1997, p.23):

[...] é claro que, no Brasil, os extensos contingentes depauperados e os usuários do sistema público de saúde devem receber gratuitamente os medicamentos, condição *sine qua non* de assistência farmacêutica integral prevista no Sistema Único de Saúde.

²⁴Livre tradução da autora. “Equity of access means that essential drugs are affordable and available to the entire population. In a free market access will be based on people’s ability and willingness to pay for drugs, not on their need for drugs (...)”.

²⁵ Livre tradução da autora. “The lack of access to essential drugs or vaccines because of economic reasons raises new human rights issues in a world that remains divided among wealthy countries, developing countries, and the rest of the world (...)”.

²⁶ Livre tradução da autora. “Access to essential drugs is a basic human right often denied to people in poor countries (...)”.

Dentro desse cenário desfavorável em que ocorre o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, torna-se de suma importância a compreensão dos conceitos de saúde e de direito, ambos são complexos e orientam os critérios para a obtenção de tal acesso.

O conceito ampliado de saúde não se resume apenas à ausência de doenças, deve-se levar em consideração as características físicas, psíquicas e sociais inerentes ao processo. Tal conceito possibilita a introdução da saúde no cenário do direito, pois esta passa a ser interpretada como um direito social, devendo ser assegurada pelo Estado democrático.

Todavia, o entendimento do conceito de direito possui vários enfoques, de acordo com o cenário em que se insere. Conforme Dallari (1988, p.4):

[...] a palavra direito refere-se a um ramo do conhecimento humano – a ciência do direito -, ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo: o direito, um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes, se emprega a palavra direito em sentido axiológico como sinônimo de justiça e, muitas outras em sentido subjetivo, é o meu direito [...].

Uma outra apreensão do direito propõe que este não pode ser desvinculado das transformações ocorridas na sociedade.

[...] colocados na ótica da sociedade, os direitos não dizem respeito apenas às garantias formais inscritas nas leis e instituições. Não se trata, longe disso, de negar a importância legal da armadura institucional garantidora da cidadania e da democracia. A questão é outra. O que se está aqui propondo é pensar os direitos em um outro registro. Pois, pelo ângulo da dinâmica societária, os direitos dizem respeito, antes de mais nada, ao modo como as relações estruturais se relacionam. TELLES (1999, P. 137, 138)

Ao trabalhar o direito sob o enfoque dos direitos humanos, Bobbio (2004) afirma que estes são coisas desejáveis, fins que merecem ser perseguidos e que, apesar disto, ainda não foram todos eles reconhecidos. Além disso, segundo esse autor, esses direitos se modificam de acordo com as mudanças das condições históricas, isto é, de acordo com as necessidades, com os interesses, com as classes que detêm o poder e com os recursos disponíveis para a realização dos mesmos e das transformações técnicas.

No tocante aos direitos sociais, uma outra perspectiva de análise entende-os a partir das transformações societárias, vivenciadas em um espaço coletivo, por meio da expressão de lutas, ou seja, compreendem que os direitos sociais devem ser trabalhados a partir das relações concretas estabelecidas no interior da sociedade.

Segundo Nogueira e Pires (2004, p.755):

[...] os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica, o que favorece o obscurecimento das críticas sobre sua não-garantia, reduzindo seu potencial político de transformação sócio etária. É preciso afastar-se da visão de um ideal de direito social que não se realiza no plano concreto. É preciso considerar a universalidade e a igualdade em sua expressão plena, evidenciando as formas de relações sociais estabelecidas e transitando entre o plano dos valores e da materialidade efetiva [...].

Dentro dos direitos sociais, torna-se necessário diferenciar o direito sanitário do direito à saúde, delimitando seus espaços de atuação. O direito sanitário refere-se mais às normas a serem aplicadas judicialmente para proteger a saúde da população.

Na expressão de Dallari (1988, p. 9):

[...] o ensino do direito sanitário, compreendida a evolução conceitual da saúde, implicará seu exame enquanto direito individual, enfatizando, por exemplo, as regras do contrato entre o médico e o paciente, não se esquecendo, contudo, de examiná-la enquanto direito coletivo. Dever-se-á, portanto, estudar as normas que disciplinam a proteção da saúde da comunidade, assim como as medidas de caráter particular que possibilitam tal proteção (a vacinação, o isolamento, o tratamento compulsórios) [...].

Em relação ao direito à saúde, a autora considera suas múltiplas expressões:

[...] o termo é empregado com seu sentido de direito subjetivo na reivindicação do 'direito à saúde'. [...]. Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. [...]. Examinado, por outro lado, em seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade. [...]. Enquanto direito coletivo, a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado. (DALLARI, 1988, p.4).

Outros autores diferenciam os planos de atuação do direito à saúde. Como afirmam Nogueira e Pires (2004, p.756):

[...] no plano jurídico, outra distinção é a contraposição entre o direito individual e o coletivo. No plano individual, a garantia do direito à saúde envolve a liberdade em várias situações, como, por exemplo, o tipo de tratamento, a relação com o meio ambiente e as condições de trabalho. A liberdade individual, assim, implicaria escolhas entre distintas alternativas. No plano social, o direito à saúde pode ser avaliado em duas vertentes: na primeira, as exigências aos indivíduos face às necessidades coletivas, que é o que os obriga a submeterem-se às normas jurídicas, como à vacinação, ao tratamento, ao isolamento em casos de algumas doenças infecto-contagiosas, à destruição de produtos impróprios para o consumo, ao controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho; e, a segunda diz respeito a garantia da oferta de cuidados da saúde a todos que deles necessitam, o que corresponde

ao ideal de igualdade, e que, por sua vez, se submete ao pleno desenvolvimento do Estado democrático de direito.

Portanto, a interpretação do direito à saúde deve ser pautada na relação estabelecida entre a universalidade e a igualdade, sob os critérios de justiça defendidos por Marshall (1977), admitindo os usuários dos serviços de saúde como cidadãos portadores de direitos. Nesse sentido, o direito à saúde deve ser pensado como uma questão de justiça social e não como um direito institucionalizado.

Entretanto, na sociedade brasileira, o reconhecimento universal do direito à saúde ocorreu de modo tardio, somente em 1988, por meio da Carta Magna. Anteriormente a esta, os direitos sociais, entre eles o direito à saúde, apresentavam-se como benefícios e não como um direito propriamente dito. Possuíam características restritivas, eram vinculados ao pagamento de contribuições pelos profissionais à previdência social, propiciando uma condição de “cidadania regulada”, segundo Santos (1994).

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1998), no capítulo II, na seção II - Da Saúde, no artigo 196:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Na contemporaneidade, está ocorrendo uma inversão na interpretação do direito à saúde, universal e equânime, devido às políticas neoliberais, com tendências a ajustes estruturais, que estão influenciando a concepção do acesso à saúde.

[...] ainda em relação ao Brasil, a proteção social à saúde foi, tradicionalmente, conformada com base num modelo *bismarkiano* corporativo, do tipo seguro social. Com a consagração do direito à saúde, na Constituição de 1988, procurou-se a aplicação de um modelo *beveridgeano* universalista, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas na década de 1990, o que se observou foi a consolidação de um terceiro modelo, com dois subsistemas de acesso à atenção à saúde: o SUS e o da Assistência Médica Suplementar, caracterizando uma dicotomia entre o público e o particular.

Percebe-se, claramente, a contraposição entre duas concepções de saúde. De um lado, apresenta-se a concepção de saúde como um direito. E como tal origina a defesa de sistemas de seguridade social orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e solidariedade, com vistas em prover os devidos cuidados de saúde. Inclui-se aí a assistência farmacêutica, a todas as pessoas, em razão de suas necessidades, independentemente das condições sociais, econômicas, de emprego ou de localidade geográfica.

De outro lado, apresenta-se uma concepção de saúde objetiva e expropriada de sua condição humana natural, por meio de lento processo habitual, para

ser apenas recuperada ou recuperável num mercado de bens de consumo (o fármaco é um deles), e, como tal, jamais sujeita de realizar-se plenamente ante os característicos da sociedade de consumo moderna. MACHADO-DOS-SANTOS (2002, P.355).

Nesse contexto, a igualdade passa a ser vinculada à busca do mínimo de acesso. Desaparece a noção igualdade enquanto justiça social, também ocorre uma isenção da participação do Estado na garantia efetiva dos direitos, o que o torna um Estado de direito mínimo.

Na expressão de Nogueira e Pires (2004, p.758):

[...] vem ocorrendo uma mudança na hegemonia do paradigma da equidade em saúde, que vinha sendo defendida pela OMS e suas agências regionais, em direção a um paradigma de equidade em saúde com focalização. Esta mudança indica que a apreensão do direito à saúde, desde um ideal de igualdade equidade em saúde, está mudando para um entendimento de que o direito social à saúde incorpora outros critérios distributivos, nomeadamente o da situação de pobreza e vulnerabilidade social. A forma de financiamento e a operacionalização das políticas sanitárias aponta para a articulação público-privado, eximindo-se o Estado de seu papel de garantidor de direitos.

Nesta perspectiva, entende-se que, apesar do direito à saúde ser reconhecido na década de 80, ele ainda não se encontra completamente materializado no interior da sociedade brasileira.

Afirma Dallari (1988, p.5):

[...] fica evidente a dificuldade que existe para a garantia do direito quando se considera a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito à saúde que depende daquele frágil equilíbrio entre a liberdade e a igualdade, permeado pela necessidade de reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento. Encontrar o meio de garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo ineludível aos atuais constituintes brasileiros. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito.

Percebe-se que existe uma lacuna entre o direito à saúde regulamentado na Constituição e sua aplicação prática na realidade em que se encontra o setor de saúde brasileiro.

afirmou-se constitucionalmente o direito de todos ao acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde, fórmula que revela a recepção da justiça social. Necessita-se, entretanto, de meios materiais para que todos possam efetivar seu direito à saúde. DALLARI (1995, P.93).

Para que o direito à saúde seja viabilizado na prática cotidiana dos usuários do SUS, é preciso que ocorram mudanças estruturais na sociedade brasileira, que devem ser fundamentadas na relação público-privado, sob o enfoque da universalidade e da igualdade.

Conforme Barros (2004, p.113):

[...] o efetivo usufruto de níveis de saúde, essencial para que um dos direitos fundamentais do ser humano viabilize-se, inclusive como parte da cidadania plena, dependerá, em grande medida, de mudanças profundas no modelo econômico-político dominante.

Portanto, entende-se que o direito à saúde como uma questão de cidadania plena poderá ser materializado no interior desta sociedade, somente através de uma política social orientada pelos critérios da universalidade e da equidade, que almeje a coesão social, através de ações do Estado no setor específico da saúde.

Segundo Bobbio (2004, p.43), “[...] o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político”.

Nessa perspectiva compreende-se que para assegurar a população brasileira o acesso à saúde e conseqüentemente, aos medicamentos e à assistência farmacêutica como uma questão de direitos e de justiça social é indispensável a presença do Estado, como agente formulador e financiador da política pública de saúde articulado com a sociedade civil, deixando este de ser mínimo e paternalista. Como afirma Luíza (2002, p.4):

[...] o Estado deve assegurar quatro questões essenciais para garantir este acesso: implantar uma política nacional de medicamentos, assegurar padrões profissionais para a sua utilização, garantir a disponibilização dos medicamentos essenciais e implantar políticas voltadas para o uso racional.

Portanto, a reflexão sobre o acesso aos medicamentos é uma categoria central e indispensável à política de saúde brasileira, principalmente à política nacional de medicamentos. Esse entendimento propicia a ampliação do conceito de saúde, através da compreensão da área de saúde como um espaço, onde a cidadania possa ser alcançada de forma plena, focalizando o cidadão, como sujeito social, portador de direitos e elemento central das políticas sociais.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral:

- Compreender de que modo ocorre o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de Juiz de Fora, sob o enfoque dos direitos sociais.

5.2 Objetivos Específicos:

- Analisar o acesso aos medicamentos fundamentado no conceito de universalidade, o que significa a extensão do acesso a toda a população.

- Verificar como ocorre o acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS diante do cenário adverso da medicalização em que se encontra a sociedade brasileira.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Com a finalidade de compreender de que modo ocorre o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos para o tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus no município de Juiz de Fora, sob o olhar do usuário e sob o enfoque dos direitos sociais, se utilizará como fundamento metodológico, a pesquisa qualitativa. Os dados a serem interpretados foram recolhidos nas unidades básicas de saúde (UBS) deste município, por entender que este local é o cenário adequado para a realização do estudo pretendido, pois permite o contato direto com os usuários.

6.1 As unidades básicas de saúde

Ao decidir pesquisar como os usuários do SUS compreendem o acesso aos medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, optou-se por realizar uma investigação qualitativa. Essa escolha ocorreu devido à preocupação de se estabelecer um contato direto com os usuários e funcionários das UBS no dia-a-dia, a fim de encontrar as respostas para as questões colocadas, privilegiando a interação entre os sujeitos a serem pesquisados e o pesquisador. Desse modo, estabeleceu-se um processo dialógico e reflexivo com base na intersubjetividade.

Como afirmam Bogdan e Biklen (1994), a 'Investigação Qualitativa' é um tipo de abordagem cuja metodologia de investigação tem ênfase na descrição, na indução e nos estudos das percepções pessoais. Por não trabalhar com variáveis, com hipóteses previamente

definidas a serem testadas e com dados possíveis de serem quantificados, a pesquisa qualitativa busca a construção de interpretações dos fenômenos sociais, partindo do olhar dos sujeitos envolvidos na investigação.

Na pesquisa qualitativa, os ‘dados’ adquirem um significado central a partir da interpretação, ou seja, não interessa nesse tipo de abordagem a quantidade dos ‘dados’ obtidos, mas sim a qualidade destes. Portanto, esta investigação busca compreender o fenômeno em foco através da interpretação de dados obtidos num primeiro momento na observação de campo e no segundo em gravações em áudio dos grupos focais. Os dados foram analisados a partir da representação social.

Segundo Minayo (1998, p. 173), “[...] as Representações Sociais enquanto censo comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, são um material importante para a pesquisa [...]”.

Conforme Bogdan e Biklen (1994, p. 16):

[...] ainda que os indivíduos que fazem investigação qualitativa possam vir a selecionar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação não é feita com o objetivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses. Privilegiam, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação.

A partir desse referencial metodológico e, por acreditar que a pesquisa qualitativa daria os subsídios necessários para a compreensão das indagações, num campo em que há o predomínio de pesquisas quantitativas, a pesquisadora inseriu-se internamente nas unidades básicas de saúde de Juiz de Fora. Neste ambiente natural dos usuários do SUS em busca de atenção primária, ela estabeleceu um contato direto com estes e com os profissionais de saúde.

Esse primeiro momento da pesquisa foi de suma importância, uma vez que, no percurso feito para as UBS de carro ou de ônibus, pode-se observar as condições de moradia, a forma como se vestiam os moradores, a infra-estrutura dos bairros, as condições de acesso às unidades básicas de saúde, entre outros fatos indispensáveis para a construção do olhar qualitativo. Essa interação cotidiana revelou uma amplitude de dados, que foram coletados ao acaso, propiciando a entrada da pesquisadora para o universo diário dos usuários das UBS. Portanto, a partir desse período deu-se início à técnica de observação de campo.

A observação de campo é um tipo de instrumento usado por investigadores qualitativos com a finalidade de recolher os dados, através do encontro com os sujeitos a serem

pesquisados no campo, ambiente natural, onde os sujeitos realizam suas atividades cotidianas (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Durante os meses de maio a outubro de 2007, em diferentes períodos de horas e de turnos de funcionamento (manhã ou tarde), a pesquisadora esteve presente diariamente nas UBS, enfrentando filas, aguardando sentada ou em pé na sala de espera, ou esperando no balcão, como se fosse um usuário do SUS demandando atendimento. Primeiramente, se observou os aspectos físicos, os objetos e todos os acontecimentos que envolviam aquele espaço. Também se observou a postura dos profissionais de saúde em relação aos usuários, assim como as atitudes, as falas, os gestos, os olhares e as expressões faciais e corporais dos usuários que estavam à espera de atendimento.

Na expressão de Turato (2005, p. 32):

[...] o investigador qualitativo, quando vai para o campo estudar “as coisas”, não é a elas em si que ele vai se ater. Em se tratando de pesquisa qualitativa, as “coisas” são as pessoas ou as comunidades em sua fala e em seu comportamento. E mais é sempre no setting natural que ocorre o estudo, e nunca em um ambiente reprodutor de situações, como laboratórios, gabinetes, etc. Mas, se não é a coisa que lhe interessa, o alvo do interesse do estudioso é, por outro lado, o significado que essas coisas ganham, ou melhor, as significações que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos que lhes dizem respeito ou vivenciam.

Num segundo momento da investigação, houve o acompanhamento dos grupos de hipertensos e de diabéticos das UBS, nos dias agendados para o atendimento ambulatorial. Sendo assim, pode-se notar as expectativas e frustrações dos inúmeros usuários das unidades básicas de saúde de Juiz de Fora, em relação ao acesso à saúde.

Para tanto, utilizou-se como instrumento o ‘caderno de campo’, desde o início das observações, no qual se realizou as anotações, que mais tarde foram transformadas em ‘notas expandidas’ ou ‘notas de campo’, para serem utilizadas posteriormente, a fim de subsidiar as análises dos dados.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p.150), “notas de campo são o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”.

Após este período do estudo qualitativo, optou-se pela utilização da técnica de grupos focais, de modo a complementar os dados obtidos anteriormente com a observação de campo.

Para Kitzinger (2006), os grupos focais consistem no desenvolvimento de um tipo especial de entrevista, a entrevista em grupo, na qual se valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa para que se possa produzir dados.

Essa técnica utiliza a interação do grupo para captar diferentes tipos de dados. Ou seja, os participantes do grupo são incentivados a falar uns com os outros, a fazerem perguntas, a trocarem histórias e a tecerem comentários sobre as experiências e os pontos de vista uns dos outros. Ela não utiliza roteiros pré-definidos e sim trabalha com elementos temáticos que, aos poucos, vão sendo ampliados com base na experiência dos grupos focalizados.

Nessa perspectiva, se utilizou os grupos focais com a finalidade de estimular os usuários das UBS a trocarem opiniões sobre os seguintes elementos temáticos: **convivência com a doença, percepção dos medicamentos e compreensão acerca do acesso ao medicamento como direito ou como bem-estar**. Portanto, o grupo focal busca focalizar as atitudes, as prioridades, os valores, a linguagem e a estrutura de compreensão dos participantes.

Essa técnica foi aplicada pela pesquisadora a um grupo de aproximadamente 10 (dez) usuários que fazem parte do programa Hiperdia em cada uma das 6 (seis) UBS, totalizando 60 usuários. Os usuários desse programa, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, foram convidados a participar dos grupos focais, antes da realização do atendimento médico, assinando o termo de consentimento. A escolha das UBS obedeceu ao seguinte critério: presença do Programa Saúde da Família (PSF) com ou sem residência em saúde da família nas áreas de enfermagem, medicina e serviço social nas unidades. A opção pelas UBS que possuíam o PSF e a residência em saúde da família deveu-se à presença de uma equipe multiprofissional, que recebe orientação dos preceptores de cada uma das respectivas áreas. A partir de informações obtidas por colegas, profissionais de saúde atuantes na atenção primária de Juiz de Fora, foram escolhidas 3 (três) UBS que possuem o PSF com o programa de residentes em saúde da família e 3 (três) UBS que possuem somente o PSF. Os grupos focais tiveram a duração de aproximadamente 40 (quarenta) minutos e o gravador foi utilizado como instrumento de coleta de dados.

Após a realização dos grupos, se realizou as transcrições das falas dos participantes e, logo a seguir, iniciou-se a construção das categorias apontadas, para posterior análise e apresentação das discussões sobre os resultados. Todos os depoimentos referem-se aos pacientes do programa hiperdia, membros dos grupos focais realizados nas UBS, e aos pacientes, fruto da observação de campo.

6.2 Coleta de dados

A partir do referencial teórico da pesquisa qualitativa e do conhecimento obtido através das aulas de metodologia de pesquisa científica no Curso de Mestrado em Serviço Social da UFJF, a pesquisadora procurou coletar, organizar e arquivar os dados observados alcançados por meio da inserção no cotidiano das unidades básicas de saúde.

Para tanto, necessitou-se aproximadamente, de seis meses de trabalho, período compreendido entre maio e outubro de 2007. Durante a primeira etapa da pesquisa, que se constitui na observação das UBS e dos grupos de hipertensos e de diabéticos (hiperdia). Isto é, da observação de campo e da expansão das notas de campo, ela procurou interpretar o contexto em que se realizou a investigação, sempre fundamentada na literatura selecionada.

Depois de ocorrida a liberação do Comitê de Ética da UFJF (protocolo: 982028/07, parecer: 039/07) para a realização dos grupos focais, iniciou-se a segunda etapa da pesquisa. Por meio da análise do material obtido dessa técnica, começou-se a construção das categorias, sempre procurando fazer um intercâmbio das informações obtidas através da observação de campo, dos grupos focais e das análises. Logo, dentro deste contexto, a pesquisadora pode encontrar as respostas para suas as inquietações.

6.3 Ambientes em que a pesquisa foi desenvolvida

Escolheu-se centralizar a pesquisa na atenção primária, por acreditar que esta possui as condições necessárias para viabilizar a concretização do acesso à saúde e aos medicamentos pelos usuários do SUS. Para tanto, a pesquisadora trabalhou com 6 (seis) UBS de Juiz de Fora, devido à possibilidade de obtenção de uma variedade de olhares sobre o tema escolhido. Ela procurou se inserir nos espaços internos nos quais se desenvolveu a pesquisa que foram os seguintes: 3 (três) unidades básicas de saúde que possuem o PSF com o programa de residentes em saúde da família e 3 (três) UBS que possuem somente o PSF, situadas em diferentes bairros da zona urbana do município de Juiz de Fora.

A partir dessa escolha, se identificou as UBS por cores²⁷: Unidades Básicas de Saúde Amarela, Vermelha, Verde, Branca, Laranja I e Laranja II, de modo que fosse preservado o sigilo das informações obtidas, impedindo o seu reconhecimento.

Desse modo, as UBS escolhidas foram as seguintes: UBS VERDE, UBS AMARELA, UBS LARANJA I, UBS LARANJA II, UBS BRANCA e UBS VERMELHA.

²⁷A escolha por cores deve à garantia do anonimato das UBS.

TABELA 1- UBS/JF

	UBS VERDE		UBS AMARELA		UBS LARANJA 1		UBS LARANJA 2		UBS VERMELHA		UBS BRANCA	
	Zona sul	Zona leste	Zona leste	Zona nordeste	Zona sul	Zona leste	Zona sul	Zona leste	Zona noroeste	Zona noroeste	Zona noroeste	Zona noroeste
Localização	Zona sul	Zona leste	Zona leste	Zona nordeste	Zona sul	Zona leste	Zona sul	Zona leste	Zona noroeste	Zona noroeste	Zona noroeste	Zona noroeste
Data inauguração	2001	1982/1999	1982/1999	2005	2000	1982/1996	2000	1982/1996	2001	2001	2001	2001
Nº equipes PSF	3	3	3	2	4	2	4	2	2	2	2	2
Nº Bairros atendidos	3	3	3	2	4	2	4	2	1	2	2	2
Total atendimentos/mês (assistente social, médico e enfermagem)	1494	1449	1449	1470	1620	1951	1620	1951	1754	1754	1754	1754
Total atendimentos hiperdia (mês)	1213 hipertensos , 281 diabéticos	766 hipertensos , 161 diabéticos	766 hipertensos , 161 diabéticos	528 hipertensos , 81 diabéticos	2039 hipertensos , 426 diabéticos	767 hipertensos , 159 diabéticos	2039 hipertensos , 426 diabéticos	767 hipertensos , 159 diabéticos	1050 hipertensos , 279 diabéticos	1050 hipertensos , 279 diabéticos	1050 hipertensos , 279 diabéticos	1050 hipertensos , 279 diabéticos
Possui residência em saúde da família	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Programas do Governo Federal disponibilizados	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), Saúde mental e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.	Hiperdia, Sispré-natal, Siscolo (preventivo), Grupo de direitos reprodutivos, Sisvan/Sad (atenção ao desnutrido), e Puericultura.
Nº de funcionários	1 assistente social (assistente social), 3 enfermeiros (enf.), 3 médicos (1 gestor), 3 técnicos de enfermagem (téc. de enf.) 1 auxiliar de serviços gerais (aux. serv. geral), 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	3 assist. social. (1 tutora/gestora, 1 residente (R1) e 1 residente (R2), 3 enf. (1 tutor, 1 R1 e 1R2), 3 médicos (1 R1 e 1R2), 2 auxiliares de enfermagem, 1 aux. serv. geral, 9 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação), 1 porteiro	4 assist. social (1 tutora/gestora e 3 R1), 5 enf. (1 tutor, 2R1 e 2R2), 3 médicos (1 tutor, 2 R1), 2 auxiliares de enfermagem, 2 aux. serv. geral, 12 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	4 assist. social (1 tutora/gestora e 3 R1), 5 enf. (1 tutor, 2R1 e 2R2), 3 médicos (1 tutor, 2 R1), 2 auxiliares de enfermagem, 2 aux. serv. geral, 12 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 4 enf., 4 médicos, 1 técnico de enfermagem (gestor), 3 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 1 aux. serv. geral, 22 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	5 assist. social (1 tutora/gestora, 2R1 e 2R2), 5 enf. (1 tutor, 2 R1 e 2R2), 4 médicos (1 tutor, 2R1 e 1 médico de apoio), 2 auxiliares de enfermagem, 1 aux. de serv. geral, 12 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 3 enf., 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem (1 gestor), 1 aux. serv. geral, 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 3 enf., 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem (1 gestor), 1 aux. serv. geral, 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 3 enf., 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem (1 gestor), 1 aux. serv. geral, 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 3 enf., 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem (1 gestor), 1 aux. serv. geral, 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 3 enf., 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem (1 gestor), 1 aux. serv. geral, 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)	1 assist. social, 3 enf., 3 médicos, 3 auxiliares de enfermagem (1 gestor), 1 aux. serv. geral, 17 agentes comunitários de saúde, 1 funcionário para marcação de consultas (central de marcação)
Turnos de atendimento	Manhã: demanda; tarde:demanda, urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde: urgências e hiperdia	Manhã:demanda, hiperdia; tarde:demanda,urgências hiperdia	Manhã: demanda; tarde: urgências e hiperdia	Manhã:demanda, hiperdia; tarde:demanda,urgências hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia	Manhã: demanda; tarde:urgências e hiperdia

Fonte: Elaborada pela autora.

Observações:

- UBS VERDE: A UBS oferece estágio para os alunos da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Ela possui uma grande área física externa e tem estrutura horizontal. Situa-se no centro do bairro, em uma rua com pouco morro, próxima ao ponto do ônibus, possui rampa de acesso e escadas. Todos esses fatores tornam fácil o acesso físico à UBS. Em relação às dependências internas: as salas de atendimento e os consultórios médicos têm um bom tamanho, são claros e ventilados, adequados para as funções exercidas. A sala de espera é ampla e possui muitas cadeiras. Neste espaço, também se encontram a secretaria e a “farmácia”, além de um balcão grande para atendimento.

Apesar desta UBS não possuir residência em saúde da família, o que permite a integralidade das práticas profissionais a serem desenvolvidas, nela os profissionais conseguem planejar as atividades a serem desenvolvidas de modo satisfatório. Percebeu-se um entrosamento da equipe, principalmente em relação aos grupos desenvolvidos (direitos reprodutivos, serviço de assistência à criança desnutrida (SAD), grupo de gestantes, de hipertensos e diabéticos). Na UBS também são realizadas atividades físicas com os pacientes do hiperdia, orientadas por uma professora de educação física diplomada pela UFJF e cedida pela SME.

Também se pode notar a atenção e o carinho da médica responsável pelo acompanhamento dos pacientes do hiperdia. Entretanto, percebeu-se o despreparo de uma auxiliar de enfermagem, ao atender principalmente os pacientes mais idosos no balcão. Ela entrega os remédios, em um ato mecânico. Isto é, lê a receita rapidamente, pega aqueles medicamentos que são fornecidos pela UBS e não explica nada ao usuário em relação ao medicamento. Nesta UBS, todos os usuários reclamaram do tempo esperado pelo atendimento.

- UBS AMARELA: A UBS possui uma área física externa de tamanho médio, sua construção desta é horizontal. Ela não se localiza no centro do bairro, situa-se um morro, em uma rua estreita, perto de terrenos baldios e com mato. É de difícil acesso físico, ficando longe do ponto do ônibus. No tocante à área interna: a sala de espera é improvisada em uma varanda coberta, localizada na lateral do prédio, possui bancos de alvenaria e um pequeno balcão para atendimento. A “farmácia” localiza-se dentro da UBS, sem ventilação e sem iluminação, é pequena, assim como os consultórios médicos e as demais salas destinadas ao atendimento. Pode-se perceber, nesta UBS, a precariedade das instalações físicas.

A UBS possui residência em saúde da família, permitindo a integralidade das práticas profissionais a serem desenvolvidas. No tocante ao modo como os profissionais planejam as atividades dentro da UBS, percebeu-se um bom entrosamento da equipe. Nessa UBS, notou-se a realização do acolhimento aos usuários e também a atenção e o carinho dos profissionais ao atenderem os pacientes.

Pode se perceber o despreparo dos atendentes da secretaria ao entregarem os remédios, um ato mecânico. Isto é, eles lêem a receita rapidamente, pegam aqueles medicamentos que são fornecidos pela UBS e não explicam nada ao usuário em relação ao medicamento. Nessa UBS, todos os usuários reclamaram do tempo esperado pelo atendimento.

- UBS LARANJA I: A área física externa da UBS é menor, sendo a estrutura desta vertical. A UBS não se localiza no centro do bairro, situa-se no alto de um morro. Apesar de possuir ponto de ônibus próximo, o acesso físico torna-se difícil para os usuários que vem a pé. Ela possui rampas de acesso e escadas.

Em relação às dependências internas: no primeiro andar ficam algumas salas destinadas ao atendimento, que possuem um bom tamanho, são claras e ventiladas, adequadas para as funções exercidas. A sala de espera também se localiza neste andar, sendo pequena e com poucas cadeiras para acomodar os usuários, que muitas vezes ficam em pé à espera do atendimento. Nessa sala, também se localiza a secretaria da UBS e a “farmácia”. No segundo andar, situam-se os consultórios médicos destinados ao atendimento, sendo arejados e iluminados, adequados para as funções exercidas. Também se encontra neste andar uma outra sala de espera pequena, com alguns bancos.

Essa UBS possui residência em saúde da família, permitindo a integralidade das práticas profissionais a serem desenvolvidas. No tocante ao modo como os profissionais planejam as atividades dentro da UBS, se percebeu um bom entrosamento da equipe. Nessa UBS, também se realizam atividades físicas com os pacientes, elas são orientadas por uma professora de educação física, cedida pela secretaria municipal de educação (SME) do município.

Pode-se notar o vínculo estabelecido entre os profissionais, principalmente entre os técnicos de enfermagem e os usuários. Em relação aos pacientes do hiperdia, eles elogiaram o atendimento médico. Entretanto, os usuários reclamaram do tempo de espera pelo atendimento e da troca de médicos. Percebeu-se o despreparo dos atendentes da secretaria ao entregarem os remédios, em um ato mecânico. Isto é, eles lêem a receita rapidamente, pegam aqueles medicamentos que são fornecidos pela UBS e não explicam nada ao usuário em relação ao medicamento.

- UBS LARANJA II: Essa UBS possui uma grande área física externa. Entretanto, esse espaço é mal cuidado, sem varrição e sem capina. Ela possui uma estrutura horizontal, localizando-se no centro do bairro, numa rua plana e próxima ao ponto de ônibus, sendo de fácil acesso físico. Em relação à área interna, esta também é ampla e nela se situam: uma sala de espera grande (porém as cadeiras são poucas e mal distribuídas); a secretaria com um balcão grande para atendimento e a “farmácia”. As salas para o atendimento e os consultórios médicos são de tamanho mediano, iluminados, adequados para as funções exercidas. Torna-se importante salientar que a UBS não possui computadores, o que dificulta o registro das informações.

Essa UBS não possui residência em saúde da família, o que dificulta a integralidade das práticas profissionais a serem desenvolvidas, porém os profissionais conseguem planejar bem as atividades a serem desenvolvidas. Percebeu-se um entrosamento da equipe, principalmente em relação aos grupos desenvolvidos (direitos, reprodutivos, serviço de assistência à criança desnutrida (SAD), grupo de gestantes, de hipertensos e diabéticos).

Entretanto, notou-se que o gestor da UBS exerce um “poder” de decisão sobre os demais profissionais. Também se pode perceber a atenção e o carinho da médica responsável pelo atendimento dos pacientes do hiperdia, mas notou-se que alguns médicos entram na sala de espera sem cumprimentar os usuários, demonstrando certo ar de autoridade, de superioridade. Percebeu-se, também, o preparo e a paciência de uma auxiliar de enfermagem, ao atender aos pacientes. Todavia, em relação à entrega dos remédios, esta se constitui em um ato mecânico. Isto é, a atendente lê a receita rapidamente, pega aqueles medicamentos que são fornecidos pela UBS e não explica nada ao usuário em relação ao medicamento. Também nessa UBS, todos os usuários reclamaram do tempo esperado pelo atendimento. A UBS oferece tratamento odontológico, porém o dentista não faz parte da equipe do PSF. Essa UBS funciona à noite como UBS tradicional.

- UBS BRANCA: A UBS tem uma grande área externa física e a construção é horizontal. Ela possui fácil acesso físico, uma vez que se situa na parte baixa do bairro, em uma rua plana, próxima do ponto do ônibus. Quanto ao espaço interno, tem-se uma sala de espera espaçosa, com poucas cadeiras e a secretaria com um grande balcão para atendimento. Também, neste local, se localiza a “farmácia”. Os consultórios médicos e as salas destinadas ao atendimento dos pacientes são espaçosos, ventilados, bem iluminados, adequados para as funções exercidas.

Essa UBS não possui residência em saúde da família, o que dificulta a integralidade das práticas profissionais a serem ali desenvolvidas. Percebeu-se que, apesar dos profissionais conseguirem planejar bem as atividades a serem desenvolvidas, muitas vezes, este planejamento é focalizado na presença do médico e do enfermeiro, pois a UBS ficou muito tempo e ainda continua sem a presença do assistente social. Entretanto, essa equipe consegue obter o apoio da comunidade, para a realização das atividades. Os grupos do hiperdia são realizados no centro comunitário, um excelente espaço, que possui auditório com data show, biblioteca e uma área para exposições. Além disso, a UBS mantém um convênio com uma professora de educação física, cedida pela SME, que realiza as atividades físicas no clube do bairro, o qual cobra, de quem pode pagar uma quantia irrisória para realizar a manutenção das dependências. Os pacientes elogiaram o atendimento médico, mas também reclamaram do tempo esperado pelo atendimento. Também, notou-se o despreparo das atendentes ao entregarem os remédios. Isto é, elas lêem a receita rapidamente, pegam aqueles medicamentos que são fornecidos pela UBS e não explicam nada ao usuário em relação ao medicamento. A UBS oferece tratamento odontológico, porém o dentista não faz parte da equipe do PSF.

- UBS VERMELHA: Esta não se localiza no centro do bairro, situa-se no alto do morro, próxima ao ponto de ônibus. Portanto, o acesso físico torna-se difícil para aqueles usuários que vêm a pé. A estrutura da UBS é horizontal, sua área física externa é ampla e possui muito mato. Na área interna, tem-se uma pequena sala de espera, com muitas cadeiras, além da secretaria com um balcão pequeno para atendimento. As salas para atendimento e os consultórios médicos possuem um tamanho médio, assim como a “farmácia”.

Esta UBS possui residência em saúde da família, permitindo a integralidade das práticas profissionais a serem desenvolvidas. No tocante, ao modo como os profissionais planejam as atividades dentro da UBS, percebeu-se um ótimo entrosamento da equipe, e desta com a comunidade. Os grupos do hiperdia são realizados no centro comunitário. Também se pode notar a realização do acolhimento dos usuários e a atenção e o carinho dos profissionais ao atenderem os pacientes. Os pacientes elogiaram a atuação da gestora da UBS, mas reclamaram do tempo esperado pelo atendimento e da troca de médicos. Em relação à entrega de remédios, esta também se constitui em um ato mecânico. Isto é, a atendente do balcão lê a receita rapidamente, pega aqueles medicamentos que são fornecidos pela UBS e não explica nada ao usuário em relação ao medicamento.

7 ANÁLISES DOS DADOS/ DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu localizar nos depoimentos colhidos as seguintes categorias: significação da doença, poder médico, concepção do medicamento e visão do acesso aos medicamentos.

7.1 Significação da doença

O conceito de saúde e de doença sofreu mudanças desde a antiguidade até a contemporaneidade, sendo submetido a vários tipos de interpretações. Scliar (2007) afirma que a definição de saúde e de doença reproduz a conjuntura política, social, econômica e cultural de uma sociedade.

Na antiguidade, a doença era abordada tendo como referencial a magia e a religiosidade. A medicina grega, fundamentada no pensamento de Hipócrates, acreditava que a saúde poderia ser obtida através do equilíbrio dos fluidos corporais: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, sendo a doença considerada como uma desordem desse equilíbrio. Para Galeno, a doença era vista a partir de uma causa endógena, inerente ao próprio organismo humano. A medicina oriental, por outro lado, estudava a saúde e a doença por meio do funcionamento das forças vitais existentes no corpo. Na saúde essas forças funcionavam de modo harmônico e, na doença, estavam em desarmonia. Na Europa medieval, volta a ser defendida pelo cristianismo a concepção de doença baseada no pecado e de saúde obtida por meio da fé.

Uma outra contribuição para a interpretação do fenômeno saúde-doença foi oferecida por Paracelsus, que afirmava ser a enfermidade provocada por agentes exógenos ao organismo. Os conceitos de saúde e de doença passaram a ser apreendidos de várias formas, dentre elas merece destaque a visão de Pasteur, que descobriu que a doença poderia ser causada por microorganismos.

Na década de 40, a OMS introduziu o conceito de saúde como sendo o bem-estar físico, mental e social, não a vinculando somente à ausência de enfermidades. É esse conceito que norteia a abordagem da saúde e da doença neste estudo, destacando-se que não existe um conceito fechado de saúde e doença e que ambas possuem significados diferentes, porém indissociáveis.

Lefèvre (2007) sustenta que a saúde não pode ser definida de forma substantiva, mas sim de modo indireto, baseado em discursos e práticas coletivas. A saúde não pode ser somente resumida a uma visão mecânica do corpo e à presença ou ausência do agente

biológico no organismo dos indivíduos, o que seria um contra-senso. Czeresnia (2004) defende que tanto a saúde como a doença são formas através das quais a vida se expressa.

Nessa perspectiva, o corpo pode adquirir significados diferentes de acordo com o contexto social em que está inserido. Ferreira (1994) sugere que o corpo reflete a sociedade.

Logo, a concepção do processo saúde-doença, na sociedade brasileira contemporânea, deve levar em consideração os fatores políticos, sociais, econômicos, ambientais e psicológicos, inerentes a esses fenômenos. Dentro dessa abordagem, estão presentes dois enfoques diferenciados em relação à saúde e à doença, que conduzem à apreensão desses conceitos para direções opostas e conflitantes.

Quando se leva em consideração a definição de saúde como sendo a ausência de doenças, percebe-se uma tendência reducionista, em que a doença é vista como algo inevitável, fatal. Portanto, o discurso hegemônico presente nesse contexto, propõe que o único modo de evitá-la e de obter a saúde é através da utilização excessiva de tecnologias e de medicamentos, isto é, por meio da mercantilização ou, como Lefèvre (2007) indica, pela via da “solução tecnológica”.

Todavia, a saúde se constitui em uma totalidade, não podendo ser restrita a um entendimento simplificado e fragmentado. Ela deve ser apreendida a partir das transformações societárias, buscando-se, dessa maneira, o enfretamento das causas das doenças.

Lefèvre (2007), ao trabalhar com as questões relacionadas ao processo saúde-doença, destaca que o discurso hegemônico produz uma compreensão da doença centralizada no doente, consumidor de tecnologias, de medicamentos e de serviços de saúde. Em contrapartida, no modelo contra-hegemônico, o entendimento da doença tem o foco desviado do doente para a doença, vista como um símbolo.

Entretanto, percebe-se que a sociedade brasileira na contemporaneidade, ao incentivar a medicalização, por meio de estímulo crescente à utilização das tecnologias brutas nos serviços de saúde em detrimento do uso das tecnologias leve-bruta e leve, isto é, dos modos relacionais, estimula a reprodução da visão do processo saúde-doença centralizada nos aspectos biológicos do mesmo.

O processo de medicalização fundamenta-se no modelo biomédico e apresenta características reducionistas para a interpretação dos fenômenos inerentes à saúde e à doença. Inúmeros estudos realizados em diferentes momentos históricos, por Illich (1975), Boltanski (1979) e Barros (2004) entre outros, apontam na mesma direção, ao sugerirem que tal situação conduz a um entendimento mecânico do processo saúde-doença, onde os corpos dos indivíduos são vistos como um amontoado de partes.

Esse cenário torna-se favorável para uma concepção equivocada do modo de interpretar a relação da saúde-doença, gerando o desconhecimento das doenças pelos pacientes, principalmente pelos das classes mais populares. Isso pode ser evidenciado através dos relatos colhidos ao longo da pesquisa.

Muitos dos usuários das UBS não sabem nem sequer o nome da doença (hipertensão arterial) que possuem.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã²⁸.

*“Eu tenho pressão alta”, disse HH.*²⁹

Os depoimentos abaixo expressam essa situação em relação à hipertensão arterial e ao diabetes.

UBS VERMELHA, 06/07/07, sexta-feira, pela manhã.

“Os médicos falam que não tem nada a ver. É difícil você ter um problema e não saber o que é, não ter explicação”, disse uma usuária hipertensa do hiperdia, que gostaria de saber o porquê do surgimento da hipertensão arterial nela, após a menopausa, ao esperar pelo atendimento médico.

UBS AMARELA, 23/08/07, quinta-feira à tarde.

“Tem gente que fala que isso aí é sistema nervoso, não tem explicação, entendeu”?, disse HH.

“Eles nunca chegaram a explicar o porquê, eu olhando assim pra mim, estou aceitando que pode ser de família, sendo que, minha mãe era hipertensa, minha tia era hipertensa, meu pai eu nunca soube por que ele morreu novo e eu era bem menina. Mas, minha mãe era hipertensa e diabética, quando ela fez dez anos que era diabética ela teve cinco AVC, segundo os médicos, ela não teve seqüela igual quando ela teve o quarto, por que não era diabética, então, diz que pressão e colesterol, tudo anda junto, devido o quê? Não explica”, disse MH.

UBS LARANJA II, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Não entendo por que se leva susto a pressão sobe e, se fica nervosa a pressão sobe. Sei que tem limites na alimentação, isso eu sei, mas de onde vem, como vem isso eu não sei não”, disse MH.

“Deve ser porque a gente trabalhou muito não é?”, disse MH.

²⁸ As “Notas de Campo” serão identificadas da seguinte forma: no início constará o nome da UBS, seguido da data, ambos sublinhados. Minhas observações estarão em letras normais, as falas dos usuários estarão em itálico.

²⁹ Legenda: HH: homem hipertenso; HD: homem diabético; HHD: homem hipertenso e diabético; MH: mulher hipertensa; MD: mulher diabética e MHD: mulher hipertensa e diabética.

A visão da saúde e da doença como sendo um processo construído socialmente produz diferentes interpretações, significações e leituras dependendo do cenário em que se encontra. Afirma Ferreira (1994) que as sensações corporais conhecidas pelos pacientes e as interpretações médicas dessas sensações são baseadas em códigos específicos pertencentes a esses dois grupos.

Portanto, os profissionais da área de saúde, entre eles os médicos, devem atentar para tal situação ao realizarem a consulta dos pacientes. Esses profissionais devem mostrar-se abertos para a compreensão das diferentes leituras existentes, pois, ao se fundamentarem somente no saber científico, muitos o tomam como verdade única e inabalável.

Camargo Jr. (2003) atenta para o fato de que estar doente não significa perder as faculdades da razão. Para o autor esse princípio não é levado em consideração pelos médicos, em suas práticas cotidianas. Dentro desse contexto, as indagações não se calam na mente dos usuários dos serviços de saúde, contribuindo para a criação de significações próprias a respeito do processo saúde-doença a que estão submetidos. Boltanski (1979) ressalta, em seu estudo, que a recusa dos médicos em fornecer ao paciente o mínimo de informações sobre o corpo e a doença faz com que este construa um discurso próprio, ‘com os recursos de bordo’ pertencentes a ele.

Os depoimentos abaixo coincidem com o disposto na literatura, elucidando o significado que o diabetes e a hipertensão assumem no imaginário dos pacientes.

UBS VERDE, 17/05/07, quinta-feira, à tarde.

“Diabetes é açúcar no sangue”, disse MD.

Essa concepção do diabetes indica uma relação, no imaginário dos pacientes, entre a diminuição das taxas de glicose sangüínea e a redução da ingestão de doces (açúcares). Todavia, essa doença está associada a inúmeros fatores como obesidade, alimentação rica em carboidratos e hereditariedade. O diabetes mellitus consiste em uma disfunção do pâncreas que não produz insulina, hormônio hipoglicemiante, ou a produz em quantidades insuficientes. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia (2007), o diabetes mellitus se subdivide em Tipo I (Diabetes Mellitus Insulino Dependente), de etiologia genética, onde os primeiros sintomas geralmente aparecem na puberdade, e Tipo II (Diabetes Mellitus Insulino Não Dependente), que é o tipo mais comum, observado em 90% dos pacientes. Esse tipo de diabetes acomete os indivíduos após 40 anos de idade, atualmente atingem faixas etárias mais jovens.

UBS AMARELA, 28/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“Tenho gordura no sangue”, disse MH.

Essa fala sugere a associação da hipertensão arterial à predisposição aos fatores alimentares, dentre eles o colesterol (gordura). Conforme a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2007), a hipertensão arterial consiste na elevação da pressão arterial, sendo uma doença multifatorial, isto é, existem vários fatores que podem desencadeá-la, entre eles cita-se: sexo, etnia, álcool, obesidade, sedentarismo, alimentação (excesso de sal) e os fatores socioeconômicos: existe uma maior prevalência da doença nas classes baixas.

A hipertensão é uma doença silenciosa, isto é, em muitos casos, ela não apresenta os sintomas claramente definidos, que podem ser confundidos com os de outras enfermidades. O relato a seguir demonstra tal situação:

UBS AMARELA, 21/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“Não sentia nada e aí começou uma batadeira no coração” (fez um gesto com mão indicando que a blusa levantava), disse MH.

Todavia, a hipertensão arterial é uma doença controlável, representando uma ameaça real ao paciente, se não for feito o devido controle. Levèfre (1991) indica que a hipertensão é uma ameaça grave, porém essa não é direta.

Essa situação de perigo iminente, demonstrado pela visão de medo, de prolongamento e de durabilidade da doença, mesmo que os seus sintomas ainda não tenham se manifestado concretamente no dia-a-dia dos pacientes, foi revelada nos depoimentos a seguir.

UBS VERDE, 21/06/07, quinta-feira, à tarde.

“Esta doença mata”, disse MH.

UBS VERMELHA, 29/06/07, sexta-feira, pela manhã.

“A pressão é doença para toda vida”, disse MH.

UBS VERMELHA, 06/07/07, sexta-feira, pela manhã.

“Se bobear a pressão derruba a gente”, disse HH.

Nesse contexto, as doenças também podem ser vistas como algo sujo, como impuro. Esse tipo de concepção reafirma o lado negativo da doença, prática hegemônica na sociedade

brasileira, propiciando a visão da saúde como mercadoria. Levêfre (1991) enfatiza que a saúde somente adquire sentido, em uma sociedade de mercado, quando se associa à dor, ao desprazer, à fraqueza, à doença ou à ameaça de morte.

O relato abaixo sugere essa compreensão em relação à hipertensão arterial e ao diabetes melittus:

UBS LARANJA II, 18/05/07, sexta-feira, pela manhã.

“Eu tenho estas imundices”, disse MHD.

7.2 Poder médico

A interpretação do processo saúde-doença fundamentada no modelo biológico contribui para que a supremacia da autoridade médica seja consolidada. Os autores Camargo Jr. (2003) e Czeresnia (2004), conforme se discutiu anteriormente, em diferentes estudos realizados, apontam nessa direção.

O poder exercido pelos médicos sobre os pacientes pode ser também evidenciado quando se leva em consideração o desconhecimento das enfermidades pelos pacientes.

Nesse cenário, a relação médico-paciente torna-se conflituosa, pois, de um lado, tem-se a figura centralizadora do médico, detentor do saber, já que teve acesso a uma formação técnico-científica adequada e, conseqüentemente, retém a autoridade sobre os corpos dos pacientes. Levêfre (1991) coloca que, na sociedade brasileira, o paciente, ao ficar doente, perde a posse de seu corpo, entregando-a ao médico.

Na direção oposta, estão os pacientes, trazendo consigo todas as inquietações referentes ao processo saúde-doença. Boltanski (1979) trabalha essa questão da superioridade médica em seu estudo. Tal situação foi evidenciada durante a pesquisa, como demonstra o seguinte depoimento:

UBS LARANJA I, 21/05/07, segunda-feira à tarde.

“Primeiro é Deus, segundo são os médicos. Deus deposita suas mãos nos médicos”, disse MH.

Essa concepção da superioridade médica, expressa, em grande parte dos casos, por meio de palavras, de movimentos empregados pelos médicos, e mesmo de por meio de suas roupas, sinaliza uma distância e um poder que exerce influencia no não conhecimento das doenças pelos pacientes. Eles, muitas vezes, sentem-se inibidos, envergonhados e/ou amedrontados perante a presença médica, retornando para os lares cheios de dúvidas em relação às

enfermidades que possuem. Camargo Jr. (2003) sugere que o ritual da consulta médica tem importância simbólica. Esses relatos confirmam tal concepção:

UBS VERDE, 26/07/07, quinta-feira, à tarde.

“Às vezes, a gente tem assim um certo receio, eu pelo menos, que a gente não tem muito estudo e a gente fica meio apreensiva”, disse MH.

“Às vezes, a gente fica inibida, tem que parar com isso. A gente fica preocupada...”, disse MH.

UBS LARANJA II, 30/08/07, quinta-feira, à tarde.

“Seria muito bom se você fosse ao médico e ele explicasse o que leva”, disse MH.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

*“Nós estamos em Juiz de Fora, por que as outras cidades de fora não são assim, nós estamos em Juiz de Fora. No Rio de Janeiro você vai morrer mesmo, agora, aqui tem palestra com você, você é uma universitária, farmacêutica, você tem curso universitário, então você é igual uma médica. Então, a gente não consegue falar com o médico, alguns **dão essa prioridade** e atende a gente, essa liberdade, mas os médicos não dão os médicos antigos principalmente, você não pode nem demorar”... “O médico consulta a gente muito rápido, não sei se o sistema não deixa, mas o médico deveria conversar mais com a gente”, disse HHD.*

“Se a gente for cego de um olho eles nem vê que a gente é cego de um olho”, disse HH.

Nesse sentido, os médicos, ao prescreverem de modo correto uma receita, reafirmam a autoridade sobre os corpos dos pacientes, uma vez que se tornam responsáveis por proporcionar a cura. Sob esse aspecto, Levêfre (1991) sugere que o poder exercido pelo médico sobre o paciente torna-se efetivo através do medicamento, que oferece a garantia de cura ou a possibilidade desta. Logo, o medicamento configura-se para o médico, como um poderoso objeto à sua disposição para exercer o poder sobre os pacientes.

Essa concepção reforça o processo de medicalização que a sociedade brasileira contemporânea vivencia, uma vez que, em muitos casos, a classe médica prefere dar primazia ao ato de prescrever os medicamentos em detrimento da escuta, do acolhimento, isto é, dos modos relacionais. Os depoimentos a seguir ilustram essa situação:

UBS BRANCA, 17/05/07, quinta-feira pela manhã.

“Tô levando uma farmácia para a casa”, disse uma usuária ao deixar a UBS, com várias cartelas de medicamentos nas mãos.

UBS VERMELHA, 22/06/07, sexta-feira pela manhã.

“Peguei uma remedaria danada, ainda bem que trouxe uma sacola, parece uma cesta básica”, disse uma usuária ao deixar a UBS.

7.3 Concepção do medicamento

As discussões em torno da medicalização da sociedade brasileira, assim como das categorias sob análise no decorrer da realização dos grupos focais - significação de saúde-doença e do poder médico - estão intrinsecamente relacionadas ao caráter simbólico que o medicamento adquire nesse cenário.

No Brasil, o medicamento é, muitas vezes, usado como símbolo da saúde propriamente dita. Ao se levar em consideração a semântica da palavra “símbolo”, como alguma coisa que pode ser representar uma outra, tem-se a apreensão da função exercida pelos medicamentos no imaginário dos usuários. O medicamento é visto por estes como algo concreto que tem o poder de restabelecer e de oferecer a saúde. Levêfre (1983, 1987 e 1991) enfatiza em seus estudos essa dimensão simbólica dos medicamentos.

Tal situação conduz à utilização excessiva dos medicamentos, tendo como fundamento o discurso biológico e a visão mecanicista do processo saúde-doença. Dentro desse contexto, percebe-se que o papel desempenhado pelos medicamentos na saúde da população brasileira reveste-se de suma importância. O medicamento, instrumento terapêutico, apresenta características peculiares que o tornam um produto diferenciado. Logo, a discussão da questão do medicamento deve abranger três dimensões inerentes a ele, a quimioterápica, a de mercado e a simbólica.

O entendimento do medicamento como agente quimioterápico, como produto tecnológico, testado empiricamente, encerra o princípio ativo, nas mais diversas formas farmacêuticas (comprimidos, xaropes e outras), nas quantidades necessárias para se obter o feito desejado, isto é, resguardar ou proporcionar a saúde.

Quando o medicamento atende aos interesses das indústrias farmacêuticas, que movimentam uma quantia de bilhões de dólares em investimentos e vendas no país, torna-se um bem material, sujeito ao consumo. Nessa perspectiva, o medicamento torna-se cercado de simbologia. Em contrapartida, o medicamento pode expressar os interesses coletivos, sendo considerado um bem social.

Muitos depoimentos ilustram essa concepção do medicamento, que associa o seu uso à obtenção da saúde. O medicamento é, em muitos casos, considerado como a solução para

todos os problemas relacionados à saúde dos indivíduos. Merecem destaque as seguintes anotações:

UBS AMARELA, 14/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“O remédio para mim é igual a carne do dia”, disse HH.

UBS LARANJA II, 23/08/07, quinta-feira à tarde.

“Se eu parar de tomar eu morro”, disse MH.

Portanto, o medicamento, ao ser utilizado diariamente pelo paciente pode representar uma necessidade, como também evidenciou Levêfre (1991), ao também trabalhar com pacientes crônicos. O relato a seguir demonstra isso:

UBS VERMELHA, 29/06/07, sexta-feira, pela manhã.

“O remédio é uma necessidade”, disse HH.

Todavia, o uso regular do medicamento pode remeter a uma situação de obrigação para os pacientes, como expressam os depoimentos abaixo:

UBS VERDE, 17/05/07, quinta-feira, à tarde.

“Estou cansado de tomar muito remédio para a pressão”, disse HH.

UBS VERDE, 21/05/07, segunda-feira, à tarde.

“A gente passa o dia inteiro tomando remédio, se bobear a noite a gente também toma”, disse MH.

UBS AMARELA, 14/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“Será que eu vou ter quer tomar o remédio pelo resto da vida”?, perguntou uma paciente hipertensa do hiperdia enquanto aguardava atendimento médico.

UBS LARANJA II, 30/08/07, quinta-feira à tarde.

“Eu tenho que tomar o remédio senão fica pior”, disse MH.

UBS LARANJA II, 23/08/07, quinta-feira à tarde.

“É um remédio que praticamente você tem que tomar para o resto da vida esse de pressão, por exemplo, tem que tomar porque se não a tomar a pressão sobe”, disse HH.

Além de ser considerado por muitos como o próprio símbolo de saúde, os medicamentos apresentam-se revestidos de significações no imaginário dos usuários dos serviços de saúde.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“O remédio de diabete é pra queimar açúcar e o de pressão eu não entendo”, disse HHD.

UBS VERMELHA, 22/06/07, sexta-feira pela manhã.

“Me sentia seca, parece que o remédio tira o líquido do sangue”, disse MH.

Em relação à concepção que associa o uso do medicamento à cura das doenças e ao controle das mesmas, entende-se que, ao administrar um medicamento, os pacientes o fazem com o intuito de restabelecer a saúde perdida ou ‘saúde imediata’, segundo Levêfre (1991). Esse autor também utiliza os conceitos de eficiência e eficácia simbólicas para explicar o processo de cura e o controle das enfermidades.

Nesse sentido, o autor afirma que a obtenção de um alto grau de eficiência simbólica acontece quando ocorre a cura, quando existe a saúde definitiva. Em contrapartida, com o controle, existe um baixo grau de eficiência simbólica, isto é, a saúde tem que ser reconquistada permanentemente. Os relatos abaixo demonstram que os pacientes hipertensos têm consciência de que não existe cura para esta doença, mas somente um controle.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Eu penso que ele representa não a cura, mas representa um controle que ele não pode ser paralisado com o tratamento”, disse HH.

“O remédio controla, mas eu já cheguei à conclusão, porque eu tenho pressão alta há mais de vinte anos, eu acho que não cura não, não tem cura não. Eu já tomei alguns remédios e não curei, não tem cura”, disse MH.

UBS LARANJA II, 23/08/07, quinta-feira à tarde.

“Sem o remédio eu não tenho como controlar isso aí”, disse HH.

Em alguns casos, de acordo com o contexto em que está inserido, o medicamento pode ter sentido ambíguo, não simbolizando a obtenção da saúde propriamente dita, mas sendo visto como algo ruim para o organismo. Sabe-se que todo medicamento pode ser benéfico ou maléfico para saúde, dependendo da dose a ser usada e da forma de administração.

UBS AMARELA, 14/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“Aí eu levanto para tomar o veneno (remédio)”, disse MH.

Do mesmo modo que as classes populares possuem uma concepção pessoal do processo saúde-doença, demonstrando, em muitas situações, desconhecimento, elas também têm uma visão do medicamento e, muitas vezes, não conhecem o medicamento que usam, empregando uma linguagem própria para descrevê-los e identificá-los. Nesse sentido, Boltansky (1979) aponta para o fato de que os remédios são apresentados às classes baixas por meio de uma linguagem inacessível, isto é, uma linguagem cuja chave elas não têm.

Tal situação foi observada durante a pesquisa. Como possuem dificuldade em pronunciar os nomes dos medicamentos, os usuários do SUS utilizam cores e tamanhos diversos para identificá-los. Os relatos que seguem ilustram esse comportamento:

UBS LARANJA I, 21/05/07, segunda-feira à tarde.

“O vermelhinho me fez mal, parei de tomar por conta própria. O médico tinha me passado ele para não precisar de tomar Lo... (Losartan), mas eu passei mal e preferi voltar a comprar e não passar mal”, disse MH.

UBS LARANJA II, 18/05/07, sexta-feira pela manhã.

“Tomo dois vermelhinhos por dia”, disse MH.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Eu tomo Nicotiazina (não sei falar direito não)”, disse uma paciente hipertensa do hiperdia, participante do grupo focal, ao fazer referência ao medicamento anti-hipertensivo hidroclorotiazida.

“Uns comprimidinhos pequenos. Tem um nome comprido também”, disse HH.

“Aí eu entro com Aldamed e já entro com Meticormina”, disse uma paciente hipertensa e diabética do hiperdia, participante do grupo focal, ao fazer referência aos medicamentos Aldomet (metildopa) anti-hipertensivo e Metiformina, hipoglicemiante.

7.4 Visão do acesso aos medicamentos

A partir desse cenário medicalizado e simbólico em que se encontra a saúde brasileira, comprometendo o acesso aos serviços de saúde, será abordado, o acesso aos medicamentos.

Penchansky e Thomas (1981) abordam o acesso aos serviços de saúde como uma definição geral, englobando áreas específicas: acesso, usuários e serviços de saúde. Nesse sentido, definem a disponibilidade como sendo a adequação da quantidade de profissionais existentes e dos programas disponíveis. A acessibilidade refere-se à localização dos serviços oferecidos em relação à localização dos usuários. No tocante à capacidade financeira, os

autores indicam que esta se relaciona à capacidade de pagamento pelos serviços, e a aceitabilidade faz referência à aceitação pelos usuários dos serviços que lhes são fornecidos.

Por estar inserido no acesso à saúde, a discussão do acesso aos medicamentos também deve contemplar os fatores políticos, sociais e econômicos implicados na busca de medicamentos realizada pelos usuários dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, Luíza (2003) ressalta que o acesso aos medicamentos abrange uma rede de atores, públicos e privados.

Nesse sentido, o acesso aos medicamentos ocupa uma posição de destaque no campo da saúde brasileira, principalmente quando se atenta para as características peculiares dos mesmos. Se o medicamento for visto como um bem de consumo, o acesso a este poderá ficar restrito a uma pequena parcela da população que possui situação financeira para arcar com o tratamento prescrito. Entretanto, se o medicamento for considerado um bem social, o acesso a ele poderá ser garantido mediante uma política pública de saúde, financiada pelo Estado, com características universalista e igualitária.

Quando se leva em consideração os medicamentos essenciais distribuídos pelo governo federal, por meio dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, percebe-se que os usuários do programa hiperdia nas UBS de Juiz de Fora estão satisfeitos em relação à possibilidade de obter tais medicamentos nesses locais. Essa postura é justificada pela baixa condição sócio-econômica de que eles desfrutam. Pode-se observar nos depoimentos colhidos durante a realização dos grupos focais, essa situação.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Olha, isso ajuda a gente, porque eu sou uma pessoa de classe assim, nem média e nem social entendeu? Então, eu sou do lar, então isso ajuda a gente e muito porque nem sempre tem dinheiro pra comprar ou muitas das vezes você tem que pedir um empréstimo... Mesma coisa, você está bem e, de repente, se sente mal e aí você vai ao médico ele passa a receita e aí você vem no posto e não tem aí você tem que comprar, se você quer melhorar tem que comprar... Não tem outro jeito de não comprar medicação e, como é de uso contínuo, se não tiver... Você tem que comprar, você pensa assim que se não tomar vai sentir mal, quero dizer, tendo ou não você tem que comprar, o hipertenso, o diabético..”, disse MH.

“Melhor né. Não precisa tirar o dinheirinho pra pagar. Do dinheirinho do leite que está caro pra caramba. Eu sempre ganho aqui o... eu sempre ganho. Agora, o outro não tem, só quando tem amostra grátis”, disse MH.

“Para mim é ótimo por que tudo que vem além da... Como se diz... De graça pra gente é melhor, porque o que a gente ganha não é suficiente pra tudo e comprar remédio que está num preço absurdo... Esse, por exemplo, que eu tomo não é muito caro, mas

se eu posso ganhar por que eu vou comprar? Meu salário é pouca coisa mesmo, então eu acho muito bom”, disse HH.

UBS LARANJA 1, 23/07/07, segunda-feira à tarde.

“O remédio do posto ajuda porque, às vezes, o salário da pessoa está pouco, está pouco não, é difícil ter um salário bom, a maioria, a grande maioria da população do mundo está com o salário baixo. Então, é muita coisa pra pagar e juntando um com o outro não dá dez”, disse HH.

UBS VERDE, 19/07/07, quinta-feira, à tarde.

“E sobre o remédio do SUS foi uma benção esse remédio, eu gastava com ela (esposa) por mês quinhentos reais de remédio e hoje estou gastando só cem, por que é um remédio que não tem aí, é mais pesado eu compro, mas me ajudou muito”, disse HH.

- Acesso financeiro

Penchansky e Thomas (1981) relacionam a capacidade financeira ao seguro saúde, ou seja, os usuários que podem contribuir, pagando pelos serviços e pelos profissionais dos serviços de saúde, terão acesso à saúde.

Como o que ocorre na discussão do acesso aos serviços de saúde, o acesso aos medicamentos também requer a análise, dentre outros fatores, do poder financeiro, isto é, da habilidade de pagamento dos usuários dos serviços de saúde por esses insumos.

Frenk (1985) indica que os obstáculos financeiros relacionam-se aos preços exigidos por aqueles que provêm os serviços de saúde, enfatizando que, de acordo com o tipo de sistema de saúde adotado pelos países, tais obstáculos podem a vir se tornar de extrema importância. Para esse autor, em sistema de saúde de livre mercado, os obstáculos financeiros são relevantes, ao passo que, em um sistema de saúde universal, essas barreiras ocupam um lugar secundário.

Ao se levar em consideração o sistema de saúde brasileiro, essa situação torna-se incoerente. Desde a adoção do SUS, em 1988, o sistema de saúde é do tipo universal, assegurando a saúde a todos os cidadãos por meio do Estado. Porém, nesta constituição não existe uma delimitação clara do papel desempenhado pelo mercado, logo, ele também exerce uma influência no sistema. Nessa perspectiva, as barreiras financeiras podem tornar-se, em muitos casos, um fator limitante do acesso aos medicamentos principalmente para os usuários do SUS.

Existem várias situações que exemplificam como o poder aquisitivo da população usuária pode se tornar um obstáculo financeiro para o acesso aos medicamentos, principalmente no programa hiperdia. Dentre elas, cita-se, como exemplo, a insuficiência, em

alguns casos, do fornecimento dos medicamentos distribuídos pelo hiperdia. Além disso, tem-se também o não acesso dos usuários a um grande número de medicamentos que são prescritos para as complicações associadas à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, tais como doenças cardiovasculares e dislipemias. Essa situação foi observada nos seguintes depoimentos:

UBS LARANJA I, 21/05/07, segunda-feira à tarde.

“Se a médica passar o remédio caro (sinvastatina, para colesterol), vou chorar, não tenho dinheiro para comprar. A última vez custou R\$ 50,00”, disse MH.

UBS LARANJA II, 23/08/07, quinta-feira à tarde.

“No meu caso eu tomo Omeprazol, porque vem quatorze comprimidos e está vinte e nove reais, tem que tomar todo dia se não tomar o estômago fica ruim e aí não tem jeito. Você escolhe, com dinheiro no bolso e com dor ou então você fica duro sem dor”, disse HH.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Infelizmente, o remédio mais caro também você não consegue”, disse HH.

“Por que o remédio que é mais caro eles sempre falam: - Ah, esse aqui não temos. Aí a gente vai à outra farmácia e também não tem”, disse MH.

UBS BRANCA, 27/08/07, segunda-feira à tarde.

“Porque eles mandam só os mais baratos e os caros mesmos eles não mandam”, disse MH.

Os pacientes do hiperdia, na maioria das vezes, assalariados ou aposentados, utilizam diversos artifícios para sanar a dificuldade em obter os medicamentos, uma vez que necessitam deles diariamente, pois a hipertensão arterial e o diabetes são doenças crônicas. Para tanto, eles recorrem aos vizinhos, aos amigos, aos parentes e ao fiado na farmácia, a fim de adquirirem meios para comprá-los. Também uma outra prática comum, entre os usuários é o recebimento de amostras grátis ou de doações. Como demonstram os relatos dos seguintes grupos focais:

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Eu tenho crédito na farmácia e quando faltar compro lá. Porque nem todos têm”, disse HH.

“A minha filha que está pagando pra mim. O meu marido trabalha por conta própria e tem dia que tem dinheiro e tem dia que não tem”, disse MH.

“Eu sempre comprei depois que eu fiquei encostado aí eu passei a pegar remédio aqui porque eu faço controle aqui e quando eu vinha aqui tinha vez que não tinha e aí eu sempre comprei o Captropil e o..., ganhava alguns... Minha filha arrumava pra mim. Amostra grátis”, disse HH.

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Quando falta o remédio compra, peço até dinheiro emprestado, mas não pode ficar sem o remédio, sinto quase obrigado a comprar”, disse HH.

UBS BRANCA, 27/08/07, segunda-feira à tarde.

“A gente apela pra um filho”, disse MH.

Em alguns casos, quando ocorre a falta de medicamentos, os pacientes ficam sem utilizá-los, por não terem condições financeiras de comprá-los, ou encontram outras soluções. Os depoimentos a seguir demonstram esta situação:

UBS AMARELA, 23/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Às vezes, quando não tem eu espero e aí vai chegar tal dia e nesse dia eu volto e pego. Fico sem remédio, fico. Agora, quase não está faltando, graças a Deus. Mas, antes faltava, demorava, disse HH.

UBS LARANJA I, 23/07/07, segunda-feira à tarde.

“E aí eu fiquei sem porque no dia que eu consultei acabou. Não recorri a ninguém, fiquei tomando só o Mediformin. Eu não comprei não”, disse MD.

“Eu tomo só o de pressão porque o pagamento não saiu ainda [...]”, disse HH.

UBS LARANJA II, 23/07/07, quinta-feira à tarde.

“Teve um determinado período aí passado que estava difícil, no meu caso, por exemplo, tomando dois comprimidos por dia até passei a tomar um só e falei com o médico. Falei com o médico que a minha situação não estava dando para comprar e se eu continuasse tomando os dois ia faltar, então é preferível eu tomar menos, mas direto. O médico falou que não, mediu a pressão e tudo e até então eu continuo tomando um só. Quando pode a gente compra, divide. Eu, por exemplo, tomava dois comprimidos por dia, um de manhã e um à tarde, e o que estava tomando estava bem, ele não era muito caro, mas também pra gente aposentado, ganhando uma mixaria aí você já viu não é?! Onde eu passei tomar um só e aliviou”, disse HH.

Ao se atentar para o fato de que a indústria farmacêutica mundial mobiliza um mercado de bilhões de dólares e, ao se estabelecer uma relação entre o consumo de medicamentos e a distribuição da população no mundo, verifica-se que ocorre uma inequidade no acesso aos

medicamentos. Oliveira et al (2007) mostra que 18% da população dos países desenvolvidos consomem 80% da produção de medicamentos.

No Brasil, uma das alternativas encontradas pelo governo federal para solucionar essa problemática do acesso aos medicamentos foi a adoção da Política Nacional de Medicamentos. Esta recomenda, entre outras diretrizes, o uso racional de medicamentos e a utilização de medicamentos genéricos. Fischer-Pühler (2002) ressalta que os medicamentos genéricos representam uma tranquilidade para a população que precisa adquirir regularmente remédios.

O medicamento genérico não tem marca, nele está incluído o mesmo princípio ativo, a mesma forma farmacêutica e via de administração, ele também requer a mesma dosagem que o medicamento de marca ou referência. Logo, esse tipo de medicamento, com qualidade assegurada por testes laboratoriais, torna-se uma opção viável para promover o acesso da população brasileira aos medicamentos.

Entretanto, na maioria das vezes, no cotidiano dos serviços públicos de saúde, ainda permanecem práticas que inviabilizam o uso do medicamento genérico pelos pacientes. Entre elas, cita-se a ausência do farmacêutico nas UBS. Esse profissional, ao deter os conhecimentos técnicos e científicos sobre o medicamento, proporciona o uso racional de medicamentos, criando vínculos com os usuários do SUS.

Uma outra prática a ser abordada seria o papel exercido pelo marketing das indústrias farmacêuticas sobre a classe médica. Determinados laboratórios farmacêuticos induzem os médicos a prescreverem os produtos por eles fabricados. Para tanto, eles utilizam-se de vários artifícios: promovem a distribuição de amostras grátis, patrocinam congressos, estabelecem prêmios em dinheiro ou em viagens, entre outros, como aponta Vieira (2004), ao trabalhar com essa questão em seu estudo.

Dentro desse contexto, a orientação do médico quanto ao uso do medicamento genérico revela-se de extrema importância. Por exercer certo fascínio e poder no imaginário dos pacientes, esse profissional pode instigar a desconfiança e o preconceito em relação a tal medicamento, reforçando, em muitos casos, o desconhecimento do usuário. Isso pode comprometer o acesso aos medicamentos pela população de baixa renda, como demonstram os relatos abaixo:

UBS VERDE, 26/07/07, quinta-feira, à tarde.

“Uma vez comprei o genérico e não gostei, parece que a pessoa acostuma com o remédio e se você mudar o nome você acha que aquele remédio não é o mesmo. A

Novalgina pra mim faz um efeito, eu tomo Novalgina de manhã, o dia inteiro não tenho nada. Estou tomando dipirona e acho que não está valendo de nada”, disse HH.

UBS BRANCA, 27/08/07, segunda-feira à tarde.

“Se é igual mesmo a gente não sabe, mas eu não compro não”, disse MH.

UBS VERDE, 10/05/07, quinta-feira, à tarde.

“Meu o antigo médico que não é da UBS, não gosta de remédio genérico e não acredita nos genéricos. Eu queria perguntar a doutora da UBS que atende o que ela acha do genérico e se poderia passar genéricos para mim, pois o remédio tá muito caro. Não recebo os medicamentos na UBS”, disse MH.

UBS VERMELHA, 08/06/07, sexta-feira, pela manhã.

“[...] não gosto do genérico. É leve”, disse HH.

“Se for preciso comprar não compra os genéricos, eles não valem nada, não fazem efeito para mim”, disse MH.

O depoimento a seguir ilustra também a situação vivenciada pelos pacientes em relação ao medicamento genérico.

UBS LARANJA I, 04/06/07, segunda-feira à tarde.

Uma paciente hipertensa do hiperdia, ao aguardar o atendimento médico, relatou que a médica da mãe dela disse que o remédio genérico é falso, esfarela, o outro remédio é bom, é verdadeiro. Então a paciente disse para mãe dela que os remédios eram iguais, mas ela não acreditou, preferiu acreditar na médica.

Portanto, alguns usuários do SUS, quando optam pela utilização do medicamento genérico, o fazem levando em consideração o critério econômico e não a qualidade desse medicamento. Pode-se perceber isto durante a realização dos grupos focais.

UBS LARANJA I, 23 /07/07, segunda-feira à tarde.

“Compro o genérico que é mais barato”, disse HH.

UBS VERDE, 26/07/07, quinta-feira, à tarde.

“Tem vezes que compro genérico. Porque o genérico é mais barato”, disse.

MH.

Por conseguinte, no tocante ao acesso aos medicamentos, a barreira financeira pode vir a comprometer a qualidade dos serviços públicos de saúde prestados, pois a obtenção de tais

insumos se constitui num dos pontos centrais do cuidado em saúde, principalmente quando se leva em consideração que a concretização desse acesso está associada ao uso efetivo dos medicamentos e, conseqüentemente, à satisfação dos usuários, representando, muitas vezes, o último vínculo destes com os serviços.

- Acesso aos medicamentos como direito social

Cohn et al. (1991) indica que o acesso aos serviços de saúde é, em muitos casos, compreendido a partir das características técnicas desses serviços, entre elas, a acessibilidade e a disponibilidade, de modo a explicar o acesso propriamente dito. Para essa autora, nesse tipo de análise, abordam-se as condições estruturais do acesso, sem que este seja visto como uma questão de cidadania.

Todavia, a abordagem do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos deve abranger, além das dimensões propostas por Penchansky e Thomas (1981) (disponibilidade, acessibilidade, capacidade financeira e aceitabilidade), o enfoque dos direitos sociais.

Ao se levar em consideração o cenário medicalizado em que se encontra a saúde brasileira, assim como as condições de acesso à saúde e, conseqüentemente, aos medicamentos a que a população está submetida, percebe-se uma lacuna entre o SUS legal e aquele que existe de fato no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Em relação ao acesso aos medicamentos, essa distância torna-se aumentada pelos obstáculos financeiros, que propiciam um acesso desigual, principalmente para as pessoas de baixa renda. Logo, o acesso aos medicamentos configura-se como um privilégio de alguns, os quais possuem condições materiais de obtê-lo. Aos muitos usuários dos serviços de saúde que são excluídos desse acesso, cabe, como meio de assegurá-lo, a procura pelos programas do Ministério da Saúde, que disponibilizam certos medicamentos ou a busca por meio da justiça, haja vista os mandados impetrados judicialmente para permitir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais. Tal situação é trabalhada por Messeder et al (2005) em seu estudo.

O município de Juiz de Fora também se insere nesse contexto. No período compreendido entre janeiro a dezembro de 2006, de aproximadamente 862 mandados de segurança interpostos para o acesso à saúde, 306 são para obtenção de remédios (35%), sendo que 47 (15%) referem-se aos medicamentos essenciais, muitos deles constantes do programa hiperdia (JUIZ DE FORA, 2007b). Diante desse fato, acredita-se que o município não consiga satisfazer a demanda por medicamentos.

Essa situação suscita várias questões, dentre elas, a problemática referente ao modo de financiamento e de distribuição de medicamentos pelo Estado, evidenciando, mais uma vez, que as barreiras financeiras influenciam de modo decisivo na busca por tais insumos. Além disso, esses usuários, ao usar a justiça para assegurar o acesso, demonstram ter consciência dos seus direitos. Logo, percebe-se que o acesso universal e equânime à saúde e aos medicamentos, garantido pela Constituição Federal de 1998, torna-se, em muitos casos, viabilizado somente sob via judicial.

Nessa perspectiva, Stephan-Souza (2001) enfatiza que análise do acesso aos serviços de saúde deve levar em consideração as categorias inclusão/exclusão, universalização/focalização, financiamento/controle social, articulação público/privado, cidadania/direitos sociais, todas indissociáveis, permitindo a ampliação desse entendimento para o acesso aos medicamentos. Essa autora entende a universalidade como sendo o princípio fundamental do SUS, o qual garante o direito dos brasileiros de ter acesso à saúde, enquanto a exclusão quer dizer a recusa, a privação e a impossibilidade de receber atendimento.

A universalização do acesso aos medicamentos refere-se à garantia de toda a população brasileira em obter os diversos tipos de medicamentos necessários com qualidade. Todavia, essa situação não ocorre no cotidiano dos serviços públicos de saúde, pois, na maioria das vezes, os usuários desses serviços somente têm acesso aos medicamentos considerados essenciais, conforme demonstram os relatos. A focalização no cenário do acesso aos medicamentos pode ser entendida como ações realizadas de modo fragmentado destinadas a uma determinada clientela, citam-se, como exemplos, os programas (saúde mental, saúde da mulher, hiperdia, farmácia popular) adotados pelo Ministério da Saúde para distribuir os medicamentos essenciais. Estes são destinados a um público alvo, o qual tem acesso garantido a tais insumos somente mediante uma inscrição prévia. Em relação ao programa farmácia popular, que disponibiliza para a população brasileira remédios com preços acessíveis, acredita-se que, se o governo federal investisse mais recursos em pesquisas, em pessoal qualificado e no aparelhamento dos laboratórios oficiais, não haveria necessidade da existência deste programa.

A inclusão para o acesso aos medicamentos pode ser compreendida como a inserção de todos os brasileiros na obtenção de tais insumos, e a exclusão significa a expulsão dos cidadãos do ato de obter medicamentos. Na sociedade brasileira, essa situação torna-se visível nas classes populares que, muitas vezes, não possuem condições financeiras para se

responsabilizar pelo tratamento médico prescrito, ficando sujeitos às práticas benevolentes ou ao uso dos mandados judiciais, a fim de obter os medicamentos.

O financiamento e o controle social devem ser pensados a partir das diretrizes preconizadas pelo Estado de Bem Estar Social de origem Beveridgiana, ou seja, tomando como fundamento a atuação do Estado aberto para a universalidade do atendimento. Ele é o agente responsável pela criação de políticas públicas capazes de regular e proteger a sociedade, de maneira a garantir a coesão social. Em relação ao acesso aos medicamentos, isso significa a garantia efetiva dos medicamentos pelo Estado, sem nenhum ônus adicional para os pacientes.

A discussão do público e do privado está intrinsecamente relacionada ao modo de financiamento da saúde. Até a década 80, no Brasil, a assistência à saúde era vinculada ao movimento econômico e ao crescimento das empresas, tendo como base o contrato, quem não possuísse esta relação contratual ficava sujeito às práticas benevolentes. A partir de 1988 com a criação do SUS, a saúde passou a ser financiada com o orçamento público, custeado com recursos fiscais provenientes da sociedade, ocorrendo a universalização do atendimento. Entretanto, o Estado, devido a inúmeros fatores de ordem conjuntural e estrutural, dentre eles a limitação dos investimentos nos serviços públicos e a abertura destes serviços ao mercado, propostas pela política neoliberal, não conseguiu administrar sozinho essa situação. Sem recursos para financiar todas as ações em saúde, o Estado acabou por recorrer ao mercado a fim de minimizar tal problemática.

Nesse sentido, supõe-se que o setor privado foi se introduzindo no público. Todavia, o Estado não delimitou o nível de atuação do mercado nesse sistema, tornando-se permissivo com essa situação.

Na questão do acesso aos medicamentos, a relação público/privado pode ser exemplificada por meio do investimento ainda não satisfatório do governo federal em pesquisas de novos fármacos, em tecnologia e em pessoal qualificado nos laboratórios oficiais. Tal fato propicia o desabastecimento de produtos farmacêuticos para serem distribuídos pelo governo federal, uma vez que esses laboratórios não conseguem dar conta da produção. Em muitos casos, a alternativa encontrada pelo Estado para sanar essa problemática do acesso aos medicamentos é a aquisição de alguns medicamentos provenientes de indústrias farmacêuticas privadas. Nesse cenário, os medicamentos genéricos, conforme já se avaliou, representam um avanço do Estado no sentido de assegurar o acesso universal e equânime a todos os usuários do SUS, visando à garantia de qualidade, ao uso racional e ao controle do mercado.

Em relação à cidadania e aos direitos sociais, torna-se de suma importância vincular o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos como forma de obtenção da justiça social. Nesse sentido, entende-se que isso somente poderá ser alcançado através de políticas públicas universais e equânimes, pois tanto a exclusão como a focalização tornam favorável a reposição de privilégios e a não universalização dos direitos sociais.

A partir dessa compreensão, discutir-se-á a concepção que os usuários dos serviços públicos de saúde possuem sobre o acesso aos medicamentos como direito social.

A definição formal dos direitos sociais, entre eles do direito à saúde, ampara-se na sua base legal, representando um conjunto de normas responsáveis pela regulação dos comportamentos sociais, requerendo a ação do Estado como meio de afirmá-lo através das políticas públicas. Dallari (1991), ao trabalhar com questões relacionadas ao direito social, destaca que, antes de tratar da responsabilidade do Estado em matéria de saúde, é preciso compreender o conceito de direito.

No Brasil, a admissão do direito à saúde ocorreu tardiamente, exigindo para tornar-se efetivo, a compreensão do direito assim como a instituição e a delimitação dos deveres. Tal situação foi enfatizada por Dallari (1995).

Outros estudos realizados sobre direitos sociais indicam que a apreensão desses deve perpassar pelo cenário público, como sustenta Telles (1999). Nesse sentido, os direitos sociais também podem ser entendidos como resultados das lutas, dos conflitos expressos em um espaço coletivo, isto é, a partir da dinâmica societária.

Dentro desse contexto, considera-se o campo da saúde como o local para a expressão concreta desses direitos, pois é através da obtenção do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos que os usuários têm efetivamente o direito à saúde reconhecido. Como lembra Stephan-Souza (2001), o estudo do acesso tende a tornar mais sólida a posição dos usuários dos serviços de saúde, enquanto sujeitos de direito, elemento central na afirmação da cidadania.

No tocante ao acesso aos medicamentos, percebe-se em alguns usuários o não conhecimento do direito à saúde, muitos não têm clara consciência dos princípios vigentes no país ou das idéias de justiça social preconizadas na constituição do SUS, na década de 80, como revelam os depoimentos a seguir:

UBS AMARELA, 30/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Eu tenho pouco conhecimento, mas eu acho que isso aí o Governo é tudo um convênio que ele faz que a gente paga imposto, porque todo brasileiro paga imposto,

então, acho que isso vem através de troca por troca, a gente paga o imposto e ele dá a contribuição com remédio. Mas, tem que lutar um pouquinho por ele, mas a gente acaba pagando, está pago, é uma contribuição. Tudo que a gente vai pagar tem imposto, tudo que a gente vai pagar não, tudo que a gente usa tem imposto embutido. Inclusive, o pessoal da bebida, do cigarro que é bastante, que paga imposto muito alto”, disse HH.

Tal situação torna-se agravada, quando se observa que uma pequena parcela dos usuários não consegue visualizar o acesso aos medicamentos como direito à saúde. Eles, muitas vezes, não conseguem distinguir a concepção de direito da visão de bem-estar. Esses usuários percebem-se como beneficiários, sendo gratos ao governo por proporcionar a distribuição desses produtos. Isso pode ser evidenciado pelo agradecimento dos usuários às atendedoras da “farmácia”, ao receberem os medicamentos, e pelos seguintes relatos:

UBS VERDE, 26/07/07, quinta-feira, à tarde.

“Eu acho que é um direito da gente, mas ele apóia, tem que agradecer a ele também porque ele apóia, tem que agradecer o Presidente”, disse HH.

“É um direito da pessoa que é pensionista ter em casa e ainda ajuda a pessoa que não é pensionista, que tem direito do remédio e ele está ajudando um pouco porque nós não tínhamos isso, essa regalia”, disse HH.

UBS AMARELA, 21/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“Graças a Deus que tem pra dar, muita gente usa”, disse MH.

UBS BRANCA, 27/08/07, segunda-feira à tarde.

“Eu acho que ele está sendo caridoso, ele tem que olhar para os pobres que a vida é difícil, o dinheiro é pouco”, disse uma paciente hipertensa do hiperdia participante do grupo focal, que possui 88 anos.

UBS LARANJA II, 30/08/07, quinta-feira à tarde.

“Em estar dando pra gente. Ainda hoje, eu escutei no rádio uma dona falando que tem ajudado muito com essa distribuição”, disse uma paciente hipertensa do hiperdia participante do grupo focal, que possui 75 anos.

Essa concepção pode ser justificada pelo histórico da política de saúde do país, fundamentada, primeiramente, na bem-estar e depois na contratualidade, ou seja, quem contribuía com a previdência social conseguia ter o ingresso assegurado nos serviços públicos de saúde, acrescida da noção tardia de direito social a que a população brasileira teve acesso.

Nos países europeus centrais, os direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, vincularam-se ao surgimento do Estado de Bem Estar Social na década de 30, que entrou em crise nos anos 70. Todavia, no Brasil esse direito foi somente reconhecido a partir da

Constituição Federal em 1988. Tal situação influenciou a percepção dos usuários em relação ao acesso à saúde como direito social. Além disso, muitos usuários, principalmente com idade mais avançada, vivenciaram esse contexto. Logo, muitas vezes, ao demandarem por atendimento, estes usuários sentem-se como indo ao encontro da satisfação das necessidades básicas e não como se fossem à procura do reconhecimento do direito à saúde, que lhes pertence.

Uma minoria dos usuários do SUS reconhece a busca por medicamentos como direito à saúde pertencente a eles por serem cidadãos brasileiros. Eles justificam essa concepção através dos baixos salários recebidos, das altas taxas de impostos a que são submetidos, das obrigações de campanha e dos aumentos abusivos dos salários do executivo e do legislativo. Entretanto, eles não conseguem entender o sentido de possuir direitos, não argumentando sobre o direito à saúde, expresso na constituição do SUS. Os relatos a seguir demonstram que os usuários, apesar de terem a sensibilidade do direito, não sabem politicamente o que representa esse direito, eles apenas reproduzem alguns jargões.

UBS LARANJA 1, 30/07/07, segunda-feira, à tarde.

“Começou com os políticos, porque todo político candidato a qualquer coisa – eu vou dar saúde, segurança e educação. Porque todo brasileiro tem direito a essas três coisas, porque um pacote de arroz que a gente compra, qualquer coisa que a gente compra está embutido tanto por cento de imposto pra isso. Então, o político não está sendo bonzinho em dar segurança, educação e saúde não, nós temos o direito e temos que cobrar isso mais”, disse HH.

UBS VERDE, 26/07/07, quinta-feira, à tarde.

“Acho que é um direito que a gente tem em alguma coisa, os menos favorecidos, os que ganham menos eu acho que é uma coisa muito boa quando consegue”, disse HH.

UBS AMARELA, 30/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Eu acho que é direito. Por mim, eu acho que é um direito, que eles deveriam fazer mesmo. Não é caridade nenhuma deles nem nada não. Porque eles sabem que o que a gente ganha é pouco, então, é uma ajuda que ele está dando a gente por fora... Eu acho que é até uma obrigação deles ajudar, porque eles pregam muito dinheiro pra isso e, então, eu acho que o certo mesmo são eles ajudarem o lado da gente também. Isso aí a gente contribuiu pra gente poder pegar agora, e é por isso que eu acho que tem mais é que ajudar mesmo. Chega na hora de dar um aumentinho pra gente é aquela “brigaiada” lá dentro e pra eles. Fora o rombo que eles fazem com o dinheiro da gente”, disse HH.

“Eu acho que a gente já... Olha, não é caridoso não, é um direito da gente sim porque a gente contribui tanto. Você viu a paulada que eles deram? Eles iam aumentar o salário deles, aí foi muita polêmica veio o padre e interferiu, quando o Papa veio, eles esperaram as pessoas esquecerem e nem piscou. Agora vai falar o quê? Para o bolso deles

não tem rombo na previdência não tem nada, agora, para o pobre trabalhador já vai dá rombo ali, não sei o que aqui e acha que está muito bom, e os impostos que paga? Aluguel?”, disse HH.

UBS LARANJA II, 23/08/07, quinta-feira, à tarde.

“Acho que é direito. Porque se a gente cumpre a parte da gente ele tem obrigação com a gente. Porque se a gente paga imposto e procura fazer tudo direitinho, então, a partir do momento que a gente está cumprindo a parte da gente ele tem a obrigação de cumprir a dele também. Fazer o papel dele, ele está lá para isso, para ajudar a população. Porque chega na hora da eleição de pedir voto vem tudo com cara de bonzinho, aperta a mão de todo mundo, pega criança no colo, beija e depois chega em casa e deve lavar a boca até com gasolina. Aí a gente vai e acredita e dá o voto da gente pra ele, então, se ele prometeu tem que cumprir a parte dele”, disse HH.

Em alguns casos, os usuários das UBS se apóiam na Constituição de 1998, a fim de fundamentar a concepção de direitos que possuem, como demonstram os relatos a seguir:

UBS AMARELA, 30/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Está lá na constituição”, disse MH.

“Ele não está fazendo favor nenhum, ele está fazendo uma obrigação do Executivo, Legislativo e Judiciário a visão deles tem que ter isso, educação, saúde, moradia e isso é obrigação dele fazer isso não é favor não. Não é bonzinho não, ele não ganhou a segunda vez porque é bonzinho não, nada disso. Isso aí é um dever de todos, não só dele, mas de toda pessoa que elegeu, porque ele foi eleito pra isso”, disse HH.

UBS VERMELHA, 27/07/07, sexta-feira, pela manhã.

“Porque é um direito adquirido, primeiro que todo cidadão tem direito a saúde, educação, como qualquer coisa”, disse MH.

Logo, ao demandarem por acesso aos medicamentos, esses usuários sentem-se como cidadãos possuidores de direitos, lutando para que estes sejam reconhecidos de modo efetivo.

Todavia, alguns usuários das UBS, apesar de conhecerem o direito que assiste a eles, no tocante ao acesso à saúde e aos medicamentos, são contrários à entrada na justiça para tê-lo reconhecido. O relato abaixo demonstra isso.

UBS VERMELHA, 29/06/07, sexta-feira, pela manhã.

Uma paciente hipertensa do hiperdia tem uma filha deficiente, que toma os remédios fornecidos do programa de saúde mental (carbamazepina, rivotril). Apesar de achar que é direito dela receber tais medicamentos, ela não os pega. Ela prefere deixar os remédios para quem não tem como comprar, pois recebe duas pensões da menina que dá para comprar os remédios. A paciente acha que apesar de ser direito de receber os remédios, é um absurdo muitas vezes ter que entrar na justiça para fazer valer o direito.

Nesse contexto desfavorável em que se encontra a saúde brasileira, muitas vezes, a utilização de mandados judiciais pelos usuários do SUS, a fim de conseguirem assegurar o direito à saúde, incluindo aos medicamentos, garantido pela Lei 8080, mostra a contradição expressa entre o SUS legal e o SUS real.

Nesse sentido, ainda persistem situações que propiciam a exclusão dos usuários do SUS aos serviços de saúde e aos medicamentos, comprometendo a efetivação do direito à saúde. Os depoimentos a seguir indicam isto:

UBS BRANCA 28/05/07, segunda-feira à tarde.

“Se tiver médico, eles estão dormindo, nunca vi demorar tanto para atender”, disse uma paciente enquanto aguardava atendimento médico.

UBS LARANJA I 21/05/07, segunda-feira à tarde.

“Adorei a médica, ela não deixa nada pra trás, pena que na próxima consulta, volta a ser o médico”, disse uma paciente enquanto aguardava atendimento médico.

UBS LARANJA I 21/05/07, segunda-feira à tarde.

“O pobre tem que esperar a vez dele” (consultar, medir a pressão), disse MH.

UBS AMARELA, 21/05/07, segunda-feira pela manhã.

“A gente que precisa, tem que esperar”, disse MH.

UBS BRANCA 17/05/07, quinta-feira pela manhã.

“O rico está sempre cercado de tudo, de médicos, o pobre não, ele sofre desde que nasce”. A solução (o remédio) depois de uma certa idade é estricnina (veneno)”, disse um paciente que ficou cego dos dois olhos devido a um erro médico, enquanto aguardava para ser atendido.

Em relação ao acesso aos medicamentos, essa situação tende ao agravamento. Os depoimentos abaixo demonstram isso.

UBS LARANJA II 30/08/07, segunda-feira à tarde.

“Tem de vir mais remédios. Porque geralmente muitos pacientes ficam sem. Vamos supor, se a distribuição for na quarta, geralmente é na quarta, aí se você vem cedo você consegue, agora se você deixa pra vir mais tarde já não consegue. Se você vier outro dia pode ter o remédio, mas como é pra outra área eles não dão porque é de outra área. Eu trabalho e meu pai trabalha também, se a minha mãe não puder vir porque ela tem a minha sobrinha que ela toma conta, a gente fica sem. Se você vem depois ela já não dá aquela quantidade que está na receita, te dá menos”, disse MH.

UBS VERMELHA, 21/06/07, sexta-feira pela manhã.

“Tinha o remédio e ela não queria entregar. Estava com a receita. Falei com ela que “pra mim não tem, mas pra levar pra casa você tem que eu vi””, disse um paciente hipertenso do hiperdia participante do grupo focal, ao exemplificar uma situação vivenciada por ele ao tentar receber os medicamentos na UBS.

“Quando eu saio lá da IMEPEN, que desço com a receita de lá e vou lá (no PAM- MARECHAL), não tem. Não tem por quê? Se tem pra fulano tem que ter pra mim, quem estava na minha frente ela deu o remédio e por que pra mim não? Aí eu fui lá ao coordenador. Doutor? Por que não posso pegar esse remédio na farmácia? Quem falou para o senhor que não tem? (perguntou o coordenador). A atendente lá embaixo, já até esqueci o nome dela. Aí ele escreve um bilhete e tudo bem, meu patrão cria vergonha nessa cara. Eles não gostam muito de dar remédio pra gente com a receita do IMEPEN não”.³⁰

“Eles falam que só quem consulta lá que pode pegar o remédio”, disse uma paciente hipertensa do hiperdia participante do grupo focal, ao se referir à tentativa de pegar os remédios no PAM-Marechal.

Diante de tais situações, muitos dos usuários sentem-se revoltados ao serem excluídos do acesso aos serviços de saúde. Os relatos seguintes demonstram a insatisfação e a desesperança dos usuários em relação a essa situação vivenciada no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

UBS AMARELA, 21/05/07, segunda-feira, pela manhã.

“O governo é sem vergonha, tem hora que tem remédio para todos, tem hora que falta para todos”, disse HH.

UBS AMARELA, 30/07/07, segunda-feira, pela manhã.

“Falta, falta muito, está muito longe de ser um Brasil... Não tem mais jeito não... Não tem prática, só falam, lá só está escrito...”, disse HH.

UBS VERMELHA, 27/07/07, sexta-feira, pela manhã.

“Eu como um aposentado, trabalhei setenta anos quase, eu estou sendo humilhado. Quando eles aparecem na televisão eu saio da sala ou desligo a televisão, por que é um safado, um traidor porque o que ele prometeu para os pobres? Salário razoável, um salário bom, agora, esse salário de fome, Deus que me perdoe. Enquanto você ganha trezentos e oitenta, eles estão roubando milhões lá e diz que não tem como aumentar o salário dos aposentados. Ele falou: - “Eu como Presidente quem manda no Brasil sou eu””, disse HH.

³⁰ Disse o mesmo paciente acima citado, ao exemplificar uma outra situação vivenciada por ele ao tentar receber os medicamentos no PAM-Marechal, com a receita da fundação IMIPEN (Instituto Mineiro de Pesquisas Nefrológicas), vinculada à UFJF e ao SUS.

Os depoimentos analisados permitem afirmar que se torna necessário repensar o papel do Estado, enquanto agente responsável pela implementação de uma política pública de saúde fundamentada nos critérios de universalidade e equidade. Só assim, o cenário da saúde será concretamente um espaço de cidadania.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se ater à interrogação “Acesso aos medicamentos: direito ou privilégio?”, título do estudo proposto, pretendeu-se focar, neste trabalho, a discussão em torno do modo pelo qual ocorre o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melittus no município de Juiz de Fora, sob o enfoque dos direitos sociais. Ao se retomar as inquietações do início desta pesquisa, em relação às dificuldades inerentes à obtenção de medicamentos para essas doenças, pode-se perceber, na prática, o abismo existente entre o SUS legal e o real, isto é, o quanto se torna difícil assegurar o direito à saúde, garantido pela constituição, aos usuários deste sistema.

Durante o percurso realizado entre as UBS e a sua residência, a pesquisadora conviveu com várias situações, as quais ela imaginava que somente poderiam ser vivenciadas nos grandes centros do país, como a questão das drogas. Nos arredores de duas UBS, localizadas na zona leste de Juiz de Fora, ela presenciou o uso e o tráfico de drogas, enquanto aguardava, juntamente com os demais moradores, o ônibus para o centro da cidade. Diante dessa situação, a pesquisadora ficou indignada e revoltada ao perceber como pessoas idôneas são obrigadas a conviver diariamente com tal problemática, como se fosse algo natural e normal, sem a devida noção de cidadania.

Nesse cenário, onde o exercício da cidadania torna-se ameaçado pelas leis do tráfico, outras questões foram surgindo como expressões da destituição dos direitos, principalmente no tocante ao direito à saúde. No cotidiano das UBS, algumas práticas apontam para essa situação, dentre elas a superioridade da classe médica em relação aos demais profissionais. Os médicos são considerados como detentores do saber, como a autoridade máxima nos assuntos técnico-científicos. Isso impede a consolidação da equipe multiprofissional, impossibilitando a integralidade das ações em saúde e comprometendo a qualidade do serviço público prestado.

Um outro problema notado refere-se ao poder exercido por alguns gestores dentro das UBS, os quais, apesar de não possuírem, qualificação para o exercício das funções, ao imporem ordens para os demais funcionários, se sentem como proprietários desses locais. Essa situação aponta para práticas passadas de patrimonialismo, ou seja, a apropriação do patrimônio público, e de clientelismo, neste caso, demonstrado pela ocupação dos cargos públicos de chefia por indicação política. Uma outra questão, também de suma importância, são as práticas benevolentes dentro das UBS. Pode-se perceber, em uma delas, a propaganda de um vereador oferecendo transporte da residência até a UBS aos usuários com dificuldade

de locomoção. Tais situações proporcionam um retrocesso das ações desenvolvidas na área de saúde na contemporaneidade, comprometendo o acesso aos serviços públicos de saúde e à efetivação do SUS.

Em relação ao acesso à saúde, aos serviços de saúde e aos medicamentos, a existência de longas filas para a marcação de consultas e para o recebimento dos remédios, a demora em obter o atendimento e a ausência de vínculos dos profissionais com os usuários, comprometem a qualidade dos serviços desempenhados. Tal fato demonstra que, apesar dos esforços para a efetivação nos serviços públicos de saúde, de práticas com enfoque na universalidade, na integralidade e na inclusão, ainda persistem ações que inviabilizam esses objetivos e impedem a construção de uma cidadania pautada na concepção de direito a possuir direitos.

Nessa perspectiva, acredita-se que a cidadania é uma idéia em constante disputa. Ela não apresenta uma definição própria, tendo diferentes conotações de acordo com o contexto societário em que se encontra. Para a política neoliberal, a cidadania relaciona-se ao mínimo, ou seja, trata-se de assegurar o mínimo possível, criando privilégios para minimizar as diferenças. Todavia, para o Estado Democrático, a cidadania é a expressão das lutas das demandas pelo reconhecimento e afirmação dos direitos. Nesse sentido, supõe-se que a área da saúde, espaço público, proporcione as condições necessárias para que a cidadania ultrapasse os limites institucionais e se efetive como responsabilidade pública.

Contudo, percebe-se no dia-a-dia das UBS que o direito à saúde, garantido à população brasileira constitucionalmente, não ocorre como se fosse um direito atinente a esta, ou seja, como exercício de cidadania.

A maioria dos usuários destes locais sente-se alheia a esse direito, demonstrando gratificação, conformismo e passividade diante do que lhes é oferecido. Isso conduz a uma situação de destituição de direito, de não pertencimento à sociedade. Essa situação pode ser observada através das expressões e das falas dos usuários, ao saírem dos consultórios após o atendimento médico e ao conseguirem ter acesso à medicação prescrita, evidenciada pelo sorriso nos lábios e pelo agradecimento à atendente da farmácia. Quando os usuários não conseguem obter alguns dos medicamentos contidos na receita, eles deixam a UBS com um olhar perdido e sem rumo. Porém, em nenhum momento, os usuários questionam o motivo pelo qual não receberam o remédio, mostrando o desconhecimento do direito pertencente a eles.

Compreende-se que uma minoria dos usuários dos serviços públicos de saúde se consideram sujeitos portadores de direitos. Uma grande parte percebe-se como beneficiária,

isto é, apreende o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos como benesse, como um privilégio. Tal situação aponta para a construção de uma cidadania do mínimo, de ações focalizadas, onde a inclusão social ocorre pela defesa do acesso ao consumo. No campo da saúde, esse acesso é evidenciado pelo poder de compra de alguns usuários, no que diz respeito à saúde e aos medicamentos, beneficiando o processo de medicalização e acesso desigual aos serviços de saúde e aos medicamentos na sociedade brasileira contemporânea.

No Brasil, o acesso aos medicamentos configura-se como uma vantagem concedida a alguns usuários, proporcionando a exclusão de outros, ou seja, como um privilégio de alguns por estarem inseridos num determinado programa de saúde. Logo, entende-se que, apesar do avanço ocorrido no setor da saúde propiciado pela criação do SUS, a concepção de acesso aos medicamentos na sociedade brasileira, como direito social, ainda está longe de ser efetivada no cotidiano dos serviços públicos de saúde, principalmente quando se leva em consideração a limitação econômica e política do governo federal para a garantia desse direito.

Portanto, o Estado brasileiro precisa equacionar os problemas advindos principalmente da política econômica, a qual tem colocado limites à operacionalidade da política de medicamentos e de seguridade social - previdência, assistência e saúde - encontrando-se distante de oferecer as respostas à questão social no que concerne à desigualdade, ao desemprego e à destituição de direitos. Esses elementos comprometem diretamente o acesso universal e equânime aos medicamentos, favorecendo a medicalização.

Nesse sentido, uma reflexão mais aprofundada sobre o tema requer a continuidade e ampliação dos estudos sobre as dificuldades em conciliar o financiamento e a garantia da universalidade e da igualdade de acesso aos medicamentos, dentro do preconizado pelo SUS e pela Política Nacional de Medicamentos, acrescida da discussão sobre a retomada do papel do farmacêutico, como profissional do medicamento, a serviço da coletividade. Tais ponderações tornam-se indispensáveis para que o campo da saúde se efetive como espaço de afirmação e de reconhecimento dos direitos sociais, como espaço de cidadania.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAJO, F. J. El medicamento como solución y como problema para la salud pública. Uma breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología. **Revista Espanhola de Salud Pública**, v.75, n.4, p. 281-284, 2001.

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A. Framework for study of access to medical care. **Health Serv Research**, n.9, p. 208 – 220, 1974.

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ALVES, T. N. P. **Dispensação de medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ANDERSEN, R.; ADAY, L. A. Access to medical care in the U.S. Realized and potencial. **Medical Care**, v. 16, n.7, p. 533–546, jul., 1978.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p. 1–10, mar. 1995.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.815 – 823, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **Trabalhos acadêmicos**. NBR – 14724. Rio de Janeiro, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **Trabalhos acadêmicos**. NBR – 14724. Ementa 1. Rio de Janeiro, 2006.

BAHIA, L. Contradições do SUS. In: **Seminário de Saúde Brasileira**, 2006, Juiz de Fora. Palestra...Juiz de Fora, 2006. (Palestra proferida na Universidade Federal de Juiz de Fora, promoção do Mestrado em Saúde Brasileira...).

BARROS, J. A. C. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?**. Brasília: UNESCO, 2004.

BARROS, J. A. C.; JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revista médicas: ajudando a promover a boa prescrição?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p.891 – 898, 2002.

BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: UNICAMP, 2005.

BENNETT, S; QUICK, J. D.; VELÁSQUEZ, G. Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use. **Health Economics and Drugs**. Geneva: World Health Organization, 1997. (DAP series, n.5).

BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Orgs). **Medicamentos e a reforma do setor de saúde**. São Paulo: HUCITEC, SOBRAVIME, 1999.

BERMUDEZ, J. A. Z. Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do sistema único de saúde. In: BONFIM, J. R. A; MERCUCI, V. L. (Orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2004.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Portugal: PORTO, 1994.

BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Orgs). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: JORGE ZAHAR, 2001.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição, 1988**. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, 2005. 80 p.

BRASIL. Datasus. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 17 jan. 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acesso aos medicamentos essenciais**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 03 jan. 2006 b.

_____. _____. **Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS**. Brasília, 1994.

_____. _____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2001.

_____. _____. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1999.

_____. _____. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 2001.

_____. _____. **Programa HiperDia**. Disponível em: < <http://www.datasus/hiperdia.gov.br> > . Acesso em: 03 jan. 2007.

CACHOEIRA, V. M. **Implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**: subsídios para a elaboração de manual do gestor municipal. 2003. 76 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde)– Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

CAMARGO JR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A.; Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, n. 51, p. 1611–1625, 2000.

CANESQUI, A. M. (Org). **Ciências Sociais e Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1997.

CARLOS, I. C. C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J. R. A; MERCUCI, V. L. (Orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CARVALHO, I. G.; SANTOS, L. **Sistema único de saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: HUCITEC, 1995.

CHEN, M. K. A quantitative index of access to primary medical care for health planning. **Sócio-Econ. Plan. Sci.**, v. 12, p. 295–301, 1978.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: CORTEZ, 1991.

COHN, A. et al. O público e o particular no Hospital de Clínicas de São Paulo. In: NEGRI, B.; VIANA, A.N. A. (Orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: SOBRAVIME; CELAG, 2002.

COLD, G. Beyond coverage and supply: measuring access to helathcare. **Health Services Research**, v.33, n.3, p. 625–651, 1998.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A. L. A.; SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de saúde pública**, v.16, n.1, p. 171-182, jan.-mar., 2000.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. 358 f. Tese (Doutorado)-FIOCRUZ/ ENSP, Rio de Janeiro, 2000.

COSENDEY, M. A. E. et al. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de saúde pública**, v.19, n.2, p. 395-406, mar.-abr., 2000.

COSTA, G. C. et al. Indicadores de uso racional de medicamentos e acesso a medicamentos: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 86, n. 3, p. 297-103, 2005.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: “origens das políticas de saúde no Brasil”. Rio de Janeiro: ATLAS, 1986.

COSTA, O. V.; AUGUSTO, M. H. O. Uma escolha trágica saúde ou assistência médica?. **São Paulo em Perspectiva**, v. 9, n.3, p. 95- 101, 1995.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

DALLARI, G. Sueli. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DALLARI, S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.401-405, 1991.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 1-10, 1988.

DALLARI, S. G. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 1-11, 1988.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Quality review bulletin (QRB)**, v.12, n.3, p. 99-108, mar. 1986.

DONABEDIAN, A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. **Milbank Mem Fund Quart**, v. 50, p. 103-154, 1972.

DUPIM, J. A. A.; RIGHI, R. E. Medicamentos essenciais nos sistemas locais de saúde. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCI, V. L. (Orgs). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ESCOREL, S. Exclusão social e saúde. **Saúde em debate**, n. 43, p. 38 - 43, 1994.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FISCHER-PÜHLER, P. O acesso ao fármaco. In: NEGRI, B.; VIANA, A.N. A. (Orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: SOBRAVIME; CELAG, 2002.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: BOOKMAN, 2004.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica México**, v.27, n.5, p. 438-452, sep.– oct., 1985.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: Privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.1, p. 1- 10, jan. – fev., 2002.

GESTÃO e gerenciamento da política nacional de medicamentos. In: **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

GIOVALELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 383–394, 2004.

HORTALE, V. A. et al. Operacionalizando as categorias de acesso e descentralização na análise dos sistemas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: NOVA FRONTEIRA, 1975.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Ambiental. Serviço de Controle da Hipertensão, do Diabetes e da Obesidade (SCHDO). Juiz de Fora, 2006.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Ambiental. Serviço de Controle da Hipertensão, do Diabetes e da Obesidade (SCHDO). Juiz de Fora, 2007 a.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Ambiental. Assessoria Jurídica. Juiz de Fora, 2007 b.

JONCHEERE, K. A necessidade e os elementos de uma política nacional de medicamentos. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Orgs). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

KNOX, P. L. The accessibility of primary care to urban patients: a geographical analysis. **J. Royal College of General Practitioners**, n. 29, p. 160–168, 1979.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v.17, n.6, p.500-503, dez. 1983. Disponível em: < <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> >. Acesso em: 09 ago. 2007.

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de um campo de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.64-67, fev. 1987. Disponível em: < <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> >. Acesso em: 09 ago. 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 15-28, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> >. Acesso em: 06 out. 2007.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: CORTEZ, 1991.

LOPEZ, R. Responsabilidad del farmaceutico. In: BONFIM, J. R. A; MERCUCI, V. L. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LUIZA, V. L. **Acesso a medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro**. 2003. 247 f. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

LUIZA, V. L. Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde. **RIOPHARMA**, v. 11, n.52, p. 4, nov.-dez., 2002.

LUIZA, V. L., CASTRO, C. G. S. O.; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p.769–776 out.-dez., 1999.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil**: os desafios impostos pela dinâmica da competição “extrapreço”. 2001. 201 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. A política de fármacos eleva a política de saúde. In: NEGRI, B.; VIANA, A.N. A. (Orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: SOBRAVIME; CELAG, 2002.

MARIN, N. (Org). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/ OMS, 2003.

MARQUES, M. B. **Saúde pública, ética e mercado no entreato de dois séculos**. São Paulo: BRASILIENSE, 2005.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1977.

MESSEDER, A. M.; CASTRO C. G. S. O.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, mar. - abr. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> >. Acesso em: 09 ago. 2007.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1998.

MIRALLES, M. A.; KIMBERLIN, C. L. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. **Social science and medicine**, v.46, n.3, p.345–355, 1998.

NEGRI, B.; VIANA, A.N. A. (Orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: SOBRAVIME; CELAG, 2002.

NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p. 753–760, maio–jun., 2004.

OLIVEIRA, M. A. et. al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.5, p. 1429–1439, set. - out., 2002.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, Z. J.A.; OSÓRIO-DE-CASTRO, S. G. C. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia sobre medicamentos de la OMS: 2000 - 2003**. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília, 2005.

PÉCOU, B. et al. Access to essential drugs: a lost battle?. **Journal of the American Medical Association**, v.281, n.4, p. 361–367, 1999.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. O. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.815–822, jul.–set., 2000.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n.2, p. 127–140, feb., 1981.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

PORTO, S. M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros em los sistemas de salud. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.4, p. 939 -957, jul. - ago., 2002.

RICHARDSON, J. R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: ATLAS, 1999.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1994.

SALKEVER, D. S. Accessibility and the demand for preventive care. **Soc. Sci. & Med.**, v. 10, p. 469 – 475, 1976.

SHANNON, G. W.; BASHSHUR, R. L.; METZNER, C. A. The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. **Medical Care Rev**, v. 26, p. 143–161, 1969.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> >. Acesso em: 06 out. 2007.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. 2000. 215 f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.

STEPHAN-SOUZA, A. I. O acesso na dimensão da universalidade e excludência: um estudo das demandas dos usuários do Hospital Universitário HU/UFJF. **LIBERTAS**, v.1, n. 2, p. 9–28, jul.-dez., 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Disponível em: < <http://www.sbha.org.br> >. Acesso em: 06 out. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA. Disponível em: < <http://www.s bend.org.br> >. Acesso em: 06 out. 2007.

TELLES, V.S. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: Ed. 34, 2001.

TELLES, V. S. **Direitos sociais**: afinal do que se trata. Belo Horizonte, UFMG. 1999.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderna na saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v.10, n.19, p. 61-76, jan.– jun., 2006.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.2, p. 325-330, abr. - jun.,1997.

TURATO, E. R. Conceitos de Pesquisa Qualitativa em Saúde Mental. In: **Pesquisa qualitativa em saúde**: múltiplos olhares. Campinas: UNICAMP, 2005.

VELÁSQUEZ, G; MADRID, I; QUICK, J. D. Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos. Genebra: World Health Organization, 1999. **Economía de la Salud y Medicamentos**. (DAP series, n.6).

VELÁSQUEZ, G; BOULET, P. Globalization and access to drugs: perspectives on the WTO/TRIPS agreement. Genebra: World Health Organization, 1999. **Health Economics and Drugs**. (DAP series, n.7).

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: REVAN; UCAM; IUPERJ. 1998.

VIEIRA, R. C. P. A. **Propagandas de medicamentos distribuídas aos médicos:** aspectos legais, farmacológicos e de mercadização. 2004. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ZUBIOLI, A. Lei do medicamento. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Orgs.). **A construção da política de medicamentos.** São Paulo: HUCITEC, 1997.