



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E  
APLICADAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA  
SAÚDE

HERCILEIDE RIBEIRO DA SILVA VERGUEIRO

FARMÁCIA DO ESTADO E O ACESSO DOS PACIENTES DA SAÚDE MENTAL EM  
UM HOSPITAL ESCOLA NA CIDADE DO RECIFE

Recife  
2022

HERCILEIDE RIBEIRO DA SILVA VERGUEIRO

FARMÁCIA DO ESTADO E O ACESSO DOS PACIENTES DA SAÚDE MENTAL EM  
UM HOSPITAL ESCOLA NA CIDADE DO RECIFE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.  
Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de MeloFilho.

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho

Recife  
2022

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

V498f Vergueiro, Hercileide Ribeiro da Silva  
Farmácia do estado e o acesso dos pacientes da saúde mental em um hospital escola na cidade do Recife / Hercileide Ribeiro da Silva Vergueiro. - 2022.  
62 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho.  
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Medicamentos utilização. 2. Serviço de saúde mental. 3. Farmácia hospitalar. I. Melo Filho, Paulo Guilherme Moreira de (Orientador). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2022 – 073)

HERCILEIDE RIBEIRO DA SILVA VERGUEIRO

FARMÁCIA DO ESTADO E O ACESSO DOS PACIENTES DA SAÚDE MENTAL EM  
UM HOSPITAL ESCOLA NA CIDADE DO RECIFE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de MeloFilho

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

A Comissão Examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considerou a candidata, Hercileide Ribeiro da Silva Vergueiro, APROVADA.

Recife, 26 de Agosto de 2022.

---

Presidente da Banca Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Roberta de Moraes Rocha  
Interna UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Renata Maria Cardoso Rodrigues de Souza  
Interna UFPE

---

Prof Dr. Rodrigo Gomes de Arruda  
Externo UPE

Ao meu Deus único, digno de receber toda honra e toda glória, que me inspira, abençoa, em todas as minhas conquistas, realizando milagres e dádivas sem fim na minha caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu Deus por seu tão grande amor por mim que me capacita a cada dia.

Ao meu pai, Diácono Hercílio Pereira (in memorian), que quando em vida esteve em todos meus momentos e conquistas, me deu o meu primeiro anel em Doutora no ABC e seguidamente outros tantos.

À você paizinho meu carinho eterno e sei o quanto você se orgulhava de mim.

A minha amada mãe Laurecy Ribeiro (in memorian) pelo privilégio de ter-me gerado

A minha mãe Conceição Pereira, por ter me ensinado as primeiras sílabas e pelo seu amor inexplicável por mim.

A minha família, meu esposo Alexandre Vergueiro pela paciência de tantas vezes ir dormir sem a minha presença porque precisava produzir essa pesquisa, minha gratidão meu amor.

Aos meus filhos pelos quais dou a minha vida, Adeilson Júnior, Rhayanna Kamilla, Martha Luiza, e perdoem a falta de tempo para estar mais juntos de vocês, mas, tudo é para vocês.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Melo, pelos ensinamentos e paciência em cada fase desta pesquisa, os ensinamentos passados por ele, levo para minha vida

Ao Prof. Dr. Rodrigo Arruda, pela presteza, dedicação, ensinamento e sempre pronto para esclarecer qualquer dúvida que aparecia.

A minha terapeuta Bruna Melo, que me acolheu em muitos momentos de incertezas nesse desafio me incentivando a prosseguir e fazendo-me enxergar que desistir não era uma opção.

Ao meu Pequeno Grupo Multiplicador Comunhão (PGM) e minha família da Igreja Batista da Lagoa, por me sustentarem com orações e palavras de incentivos.

Aos meus colegas de trabalho do Ambulatório de Neuro/Saúde Mental do Hospital das Clínicas, que sempre me incentivaram e me apoiaram nessa conquista.

A todos, meus respeito e admiração.

Não fui eu que mandei você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.  
(JOSUÉ, 1:9) Bíblia Sagrada

## RESUMO

Os medicamentos são um importante recurso terapêutico destinado ao tratamento e à prevenção de diversos agravos da saúde, e são empregados visando ao bem-estar físico e mental do indivíduo; portanto, constituem um importante fator de impacto determinante entre as diversas patologias encontradas nos serviços de saúde. Diante dos preços elevados dos medicamentos, surge a pergunta: a dificuldade de acesso aos fármacos podem motivar a interrupção do tratamento no ambulatório de Saúde Mental em um Hospital Universitário na cidade de Recife? Neste estudo, a correlação e seus efeitos foram observados sobre os fatores que levam à interrupção do tratamento examinando a significância estatística quando comparadas às variáveis de controle desta pesquisa. O objetivo do uso do método é investigar a probabilidade de interrupção do tratamento pela falta do medicamento na Farmácia do Estado (FE). Trata-se de uma pesquisa com dados primários, mas com análise quantitativo-analítica.

**Palavras-chave:** acesso a medicamentos; assistência à saúde mental; uso de medicamentos

## ABSTRACT

Medicines are an important therapeutic resource for the treatment and prevention of various health problems, and are used with a view to the individual's physical and mental well-being; therefore, they constitute an important determinant impact factor among the various pathologies found in health services. medicines are an important therapeutic resource for the treatment and prevention of various health problems, and are used with a view to the individual's physical and mental well-being; therefore, they constitute an important determinant impact factor among the various pathologies found in health services. Faced with the high prices of medicines, the question arises: can the difficulty of access to drugs motivate the interruption of treatment at the Mental Health outpatient clinic at a University Hospital in the city of Recife? In this study, the correlation and its effects were observed on the factors that lead to treatment interruption, examining the statistical significance when compared to the control variables of this research. . It is a research with primary data, but with quantitative-analytical analysis. The purpose of using the method is to investigate the probability of treatment interruption due to lack of medication in the State Pharmacy (FE).

**Keywords:** access to medication, mental health care, medication use

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Variáveis do estudo .....	30
<b>Tabela 02:</b> Distribuição da amostra por grau de escolaridade.....	31
<b>Tabela 03:</b> Distribuição da amostra por nível de renda.....	31
<b>Tabela 04:</b> Relação entre interrupção de tratamento e Farmácia Estado.....	32
<b>Tabela 05:</b> Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – resultados principais .....	32
<b>Tabela 06:</b> Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – testes de robustez.....	33
<b>Tabela 07:</b> Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – resultados principais ( <i>logit</i> ).....	59
<b>Tabela 08:</b> Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – testes de robustez.....	60

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGD	Carga Global de Doenças
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CID	Código Internacional de Doenças
CBAF	Componente Básico de Assistência Farmacêutica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DF	Distrito Federal
DM	Depressão Maior
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
FE	Farmácia do Estado
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
ICD	Classificação Internacional das Doenças
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde -
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PE	Pernambuco
PF	Preço Fábrica
PMC	Preço Máximo Consumidor

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SM	Saúde Mental
STATA	Data Analysis and Statical Software
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtorno Mental Comum
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
YLD	Years Lived With Disability

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Saúde Mental.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Transtornos Mentais .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>Política Nacional de Medicamentos .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4</b>	<b>Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5</b>	<b>Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).....</b>	<b>23</b>
<b>3.6</b>	<b>Gasto com Medicamento.....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento do Estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Tamanho da Amostra.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Instrumentos para a Coleta dos Dados.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
	<b>APÊNDICE A –QUESTIONÁRIOS PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA.....</b>	<b>42</b>
	<b>ANEXO A – QUADRO DE MEDICAMENTOS.....</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXO B - GRÁFICOS.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais causam desordem na vida daqueles que são afetados e de suas famílias (LEHMAN et al. 1998). O medicamento é usado tanto para prevenir agravos, quanto para recuperar a saúde.

Deste modo, é importante para o bem-estar das populações, e sua utilização deve ser encorajada de acordo com a necessidade e a indicação médica. Ações individuais e coletivas devem ser pensadas para promover o acesso aos fármacos necessários (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2002). A principal causa de incapacidade dos indivíduos advém de transtornos mentais que são responsáveis por uma amplitude significativa da carga global total de doenças, em inglês: “YLD – Years Lived With Disability” (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 10).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “o acesso a medicamentos psicotrópicos para pessoas com transtornos mentais oferece a chance de melhoria na saúde e a oportunidade de reengajamento na sociedade” (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 13). O tratamento com psicofármacos é indicado na perspectiva de mudança dos indivíduos, de seus comportamentos, humores e pensamentos patológicos (SADOCK; KAPLAN; GREBB, 2009). A adesão ao tratamento acontece quando o paciente segue as recomendações dos médicos e de outros profissionais de saúde em relação ao uso estabelecido para uma terapêutica (ROSA et al., 2006; DEWULF et al., 2006; SANTIN, CERESER 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) informam que nos países emergentes 50% a 90% dos medicamentos, são adquiridos pelos próprios usuários dos sistemas de saúde.

Boing et al. (2013, p. 698), relata que o SUS “[...] promove de maneira equânime o acesso aos medicamentos, sendo assim, diferenças entre grupos socioeconômicos e demográficos são evitáveis facilitando o fornecimento e o acesso ao medicamento”. Os principais conteúdos relacionados à adesão do portador de doença mental ao tratamento psicofarmacológico relacionaram-se ao usuário, tipo de medicamento e fatores sociais.

Schumann et al. (1999) e Rosa et al. (2006) relatam que a baixa adesão ao tratamento tem sido responsável por desapontamento na psiquiatria pois, além de altas taxas de mortalidade, percebe-se a falta de eficácia dos tratamentos médicos, como também prejuízos socioeconômicos.

Observando as queixas dos pacientes do ambulatório de saúde mental de um hospital universitário no que se refere ao acesso a FE, percebeu-se a interrupção do tratamento. A fim de entender se o acesso aos medicamentos através da FE poderá ser fator determinante para a interrupção do tratamento para pacientes na Saúde Mental do ambulatório de um Hospital Universitário na cidade de Recife, buscou-se através de um banco de dados com informações socioeconômicas, culturais, demográficas dos paciente responder às indagações levantadas. Por meio dos dados coletados, foi possível identificar possíveis fatores que estão correlacionados com a continuidade ou a interrupção do tratamento e se há associação entre o acesso a medicamentos psicoterápicos e a interrupção do tratamento pela dificuldade de acessibilidade à FE.

Os resultados obtidos poderão esclarecer algumas indagações relacionadas à interrupção do tratamento por parte dos pacientes do Hospital Universitário. Neste sentido, questiona-se: o acesso aos medicamentos prescritos na FE, podem constituir fator capaz de levar o paciente a interromper o tratamento médico medicamentoso? Desta maneira, Políticas Públicas poderão ser adotadas como estratégias pelos gestores para garantir a continuidade do tratamento, analisando o uso e o acesso a medicamentos psicotrópicos da Farmácia do Estado (FE) para pacientes do ambulatório de Saúde Mental (SM), em um hospital universitário na cidade de Recife, entre os anos de 2020 e 2021.

Diante da possibilidade de correlações (positivas ou negativas) existente entre os gastos realizados com a aquisição de medicamentos fornecidos pela Farmácia do Estado (FE) e as variáveis independentes analisadas neste estudo, podemos identificar fatores que podem contribuir para a interrupção ou a continuidade do tratamento seguido pelos pacientes do ambulatório de Saúde Mental em um hospital escola na cidade de Recife. O objetivo do uso do método é investigar a probabilidade de interrupção do tratamento pela falta do medicamento na Farmácia do Estado (FE). Os métodos utilizados para correlação numa Regressão Múltipla (RM) e foram analisados no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA), versão SE 15.0 com as seguintes variáveis dependentes: índice de interrupção do tratamento; variáveis independentes: Gênero, patologia, faixa etária, escolaridade, acessibilidade ao medicamento, custos com medicamento, renda domiciliar.

O presente trabalho foi organizado nas seguintes seções: objetivo, revisão de literatura em seis subseções (saúde mental, transtornos mentais, políticas nacionais de medicamentos (PNM), assistência farmacêutica no sistema único de saúde (SUS), RENAME, gastos com medicação), metodologia, resultados e discussão, considerações finais, referências, apêndice e anexos.



## **2 OBJETIVOS**

Identificar se o acesso à farmácia do Estado pode levar a interrupção do tratamento na Saúde Mental em um hospital escola na cidade de Recife

### **2.1 Objetivos específicos**

- Identificar as consequências para o paciente com a ausência do tratamento medicamentoso.
- Identificar o uso e o acesso a medicamentos psicotrópicos e que foram prescritos aos pacientes do hospital escola na Farmácia do Estado (FE).
- Descrever as características demográficas e socioeconômicas associadas ao uso e ao acesso a medicamentos pela FE.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Saúde Mental

Saúde mental não é a ausência de aflição, nem a presença constante que tudo está ininterruptamente bem, mas a permanência de sentimento de esperança, das metas e objetivos que, quando elaborados, podem ser trabalhados para a construção do objetivo final. Além da satisfação, é o desejo que faz as pessoas viverem e, quando esse desejo não é mais vivenciado, surge a perda do estímulo, dando lugar ao sofrimento. Esta circunstância de angústia e sofrimento pode reproduzir um perigo para o funcionamento psíquico e físico, levando a pessoa a defender-se menos satisfatoriamente e acabar adoecendo facilmente (DEJOURS, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve Saúde Mental como sendo um bem estar no qual o indivíduo está apto a desenvolver suas habilidades pessoais, de modo que consegue lidar com estresses e dificuldades da vida, trabalhar normalmente e desenvolver suas habilidades pessoais, produtivas e estar pronto a contribuir para sua comunidade (WHO, 2017).

Sousa et al. (2016) relata que a sociedade, na sua grande maioria, relaciona doença mental à improdutividade e que ela é tida como algo negativo; esse pensamento leva a atitudes negativas de preconceito, o que dificulta a inserção social de pessoas que apresentam sofrimento psíquico. Atribuir um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa, na maioria das vezes, pode deixá-la numa posição iatrogênica.

O indivíduo mentalmente saudável é capaz de compreender que não há um ser sem alterações, que todos apresentam alguma limitação e que também podem ter sentimentos diversos diariamente – tais como: amor; ira; raiva; tristeza; alegria; frustração; satisfação e ter a capacidade de lidar com os sentimentos com bom senso, percebendo, entretanto, alguma dificuldade ao lidar com eles em algum momento da vida, de modo que acabam buscando ajuda.

A Classificação Internacional das Doenças ICD-10 define as perturbações mentais. Os sintomas delas decorrentes são variáveis, e tais comportamentos caracterizam-se, geralmente, por uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas, são exemplos: a esquizofrenia; a depressão; o atraso mental e as perturbações pelo uso de substâncias psicoativas (MURRAY; 1996).

### 3.2 Transtornos Mentais

O transtorno mental é uma alteração da atividade cerebral que pode afetar o desempenho da pessoa na vida familiar, o humor, o comportamento, o raciocínio, a maneira de aprendizado e a forma de se comunicar de um indivíduo na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado (AMARAL, 2011).

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 12 (DSM-V-TR) apresenta referências em diagnósticos, empregada mundialmente por profissionais da área de Saúde Mental (SM). Esse manual contempla diferentes categorias de transtornos mentais e os parâmetros para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), DSM- V-TR organiza os tipos de transtornos em 23 capítulos, entre eles: transtornos depressivos; transtornos de ansiedade; espectro de esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e outros de natureza diversa, tais como: disfunções sexuais; transtornos de neurodesenvolvimento etc. Avaliações atuais da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) apontam que cerca de 700 milhões de pessoas no mundo padecem de algum tipo de transtorno mental, neurológico e/ou comportamental que causa um grande sofrimento para o indivíduo e para a sociedade. Milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo, e este número tem crescido expressiva e progressivamente, principalmente nos países em desenvolvimento (MENEZES; 1996).

Os transtornos mentais são responsáveis por cerca de 13% da carga global das doenças (CGD) em todo mundo. Nos países de baixa e média renda, os transtornos mentais configuram 80% da carga global de doenças (MURRAY, 1996). Os TM predominaram, junto com a dor lombar e a cefaleia, como as principais causas de perda de saúde não fatal em quase três décadas.

Entre 1990 e 2007, o número de anos vividos com incapacidade (YLD) atribuídos a transtornos depressivos aumentou 33, 4% e, assim, esses transtornos tornaram-se, em 2007, a terceira principal causa de YLD para todas as idades. De 2007 a 2017, foi observado um aumento de 14, 3% no número de YLD atribuídos à depressão para todas as idades (JAMES et al., 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “as pessoas com doenças mentais têm mais chance de melhorias da saúde tendo o acesso a medicamentos psicotrópicos

e a oportunidade de ser reinserida na sociedade” (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2017, p. 13).

Desta forma, é necessário um acompanhamento de longo prazo para observar a evolução do comportamento do indivíduo. A adesão ao tratamento se refere à aceitação dos pacientes e como seguem as recomendações médicas e de outros profissionais de saúde, em relação ao uso de uma determinada abordagem terapêutica (DEWULF et al., 2006; ROSA et al., 2006; SANTIN; CERESER; ROSA, 2005)

Nessa perspectiva, ações individuais devem ser pensadas para incentivar o acesso aos fármacos necessários ao tratamento (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2002)

### **3.3 Política Nacional de Medicamentos**

Assim, como uma ação de saúde pública é parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica (AF) é um agente determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a destinação de grandes volumes de recursos públicos.

A Portaria GM/MS nº 3.916, publicada em 1998, institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM) estabelecendo, como finalidade principal, a garantia do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2007).

O aprimoramento dessa política visou à complementação e ao aperfeiçoamento das propostas da Assistência Farmacêutica no país, de maneira a integrar, de um modo mais evidente, os princípios doutrinários apregoados pelo SUS, a saber: universalidade, integralidade, equidade e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (GADELHA et al., 2016, p. 5).

Assim, o SUS “está comprometido em ofertar cuidados de saúde de alta qualidade a toda população, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos essenciais destinados a tratar as doenças mais prevalentes” (BERTOLDI et al., 2012). Além disso, para Boing et al. (2013, p. 698), o SUS promove “a equidade no acesso aos medicamentos, contrapondo diferenças evitáveis e injustas entre grupos socioeconômicos e demográficos nesse acesso”. “Avanços expressivos foram alcançados no campo das políticas farmacêuticas na atenção primária do SUS, porém desafios na ampliação e garantia do acesso equânime e na estruturação dos serviços” ainda persistem (COSTA et al., 2017, p. 4).

Nesse sentido, observa-se que esse acesso deve ser ampliado para contemplar não somente a garantia do acesso igualitário e universal da população brasileira aos medicamentos essenciais, mas também na garantia de acesso aos demais medicamentos como uma questão

de direito social legitimado na constituição do SUS (PAULA et al., 2009, p. 1.120). Assim, os esforços governamentais devem ser investidos para ampliar o acesso e a garantia dos benefícios da Assistência Farmacêutica (AF) à população e estão repercutindo na redução dos gastos do orçamento familiar destinados à aquisição de medicamentos no país. Apesar disso, é preciso questionar se os recursos aplicados com a utilização adequada dos medicamentos nos diferentes estratos populacionais e nas grandes regiões brasileiras estão, de fato, provocando impactos efetivos na saúde da população (COSTA, 2014).

A PNM tem, como diretrizes:

- Legitimar a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – constitui um elenco dos produtos considerados básicos para atender à maior parte dos problemas de saúde da população. Essa relação serve de apoio para a definição das listas estaduais e municipais, segundo o perfil epidemiológico, favorecendo a descentralização da gestão, orientando a padronização de medicamentos e reduzindo custos;
- Regimento sanitário de medicamentos – ao gestor federal cabe questões concernentes ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica – as ações deverão contemplar todas as atividades relativas à promoção do acesso aos medicamentos essenciais, fundamentando-se na descentralização da gestão, promoção do uso racional de medicamentos, otimização e eficácia da distribuição pública e redução nos preços dos produtos;
- Promoção do uso racional de medicamentos – enfatizar a educação dos usuários quanto aos riscos da automedicação, interrupção ou troca do medicamento prescrito, bem como direcionar atividades relativas a essas questões aos prescritores e dispensadores;
- Desenvolvimento científico e tecnológico – estimular a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica, especialmente para as consideradas estratégicas para o desenvolvimento tecnológico nacional com a integração entre as universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;
- Promoção da produção de medicamentos – articular as atividades de produção dos medicamentos da RENAME nos diferentes segmentos (oficial, privado e transnacional), devendo os laboratórios oficiais produzir de preferência os medicamentos essenciais destinados à atenção básica;

- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos – através do cumprimento da regulamentação sanitária, por meio da inspeção e fiscalização, sendo essas atividades coordenadas nacionalmente pela secretaria de vigilância sanitária;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos – promover a articulação intersetorial para dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade através da integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino.

### **3.4 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1970, recomenda que os governos sigam listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, voltados ao atendimento de suas doenças mais prevalentes e que estejam disponíveis em quantidades adequadas (OMS, 2002). A assistência farmacêutica e terapêutica integral também é área de atuação do SUS (BRASIL, 2008). O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde foram regulamentados pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, e na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

A Assistência Farmacêutica Básica (AFB) oferece financiamento das três instâncias gestoras do SUS; União, Estado e Município, sendo os valores das contrapartidas de cada ente federado pactuados entre os gestores nas Comissões Intergestores, Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)<sup>1</sup> (<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>). A assistência farmacêutica abrange um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento e não está restrita à produção e distribuição de medicamentos. Desta forma, a assistência farmacêutica abrange as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última percebida como o ato fundamentalmente de orientação quanto ao uso adequado e farmacovigilância (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde é parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde – SUS e abrange uma coletividade de ações desenvolvidas de forma estruturada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais presentes na RENAME vigente, destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica

As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicoocorrem o planejamento, a negociação implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes.

Os recursos financeiros federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde(FNS) aos entes federativos em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual, conforme o destino pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Fundo Estadual de Saúde (FES) ou para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

De acordo com o Art. 4º da Portaria GM/MS nº 1555/2013, as Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros – definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º – para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, obedecida a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica se destina ao fornecimento dos medicamentos e insumos para o tratamento precoce e adequado dos problemas mais comuns e/ou prioritários, passíveis de atendimento em nível básico, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos. A execução das ações e serviços de saúde do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, conforme a resolução

CIB/PE N° 2889, de 14 de junho de 2016, que define as normas de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco e a Resolução CIB 3046 de 04 de setembro de 2017, que altera o artigo 3º da Resolução CIB nº 2889/2016, a qual define a forma de pactuação da contrapartida financeira por parte da SES-PE para os municípios, referente à assistência farmacêutica básica no estado de Pernambuco (Resolução Cib/Pe N° 2889, De 14 de Junho DE 2016, Resolução CIB 3046, de 04 de setembro de 2017).

O debate sobre a Assistência Farmacêutica – constituído nas Conferências e Conselhos de Saúde, bem como nas Comissões Intergestores do Sistema de Saúde – tem construído respostas à sociedade brasileira quanto à ampliação do acesso aos medicamentos e estruturação dos serviços farmacêuticos. Dando continuidade ao processo de qualificação da Assistência Farmacêutica no país, são apresentadas diretrizes para a estruturação das farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), concebidas no intuito de propiciar

condições para a dispensação qualificada dos medicamentos e para o atendimento humanizado visando à garantia de um uso racional dos medicamentos. Com base nessas informações, foram disponibilizadas as diretrizes para a estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### **3.5 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**

A RENAME é referência para a organização das listas estadual e municipal, fortalecendo o processo de descentralização da gestão na medida em que define necessidades, prioriza e direciona a aplicação de recursos financeiros das três esferas de governo. É um instrumento que busca promover o acesso, a sustentabilidade, a qualidade e o uso racional de medicamentos, além de nortear a gestão da Assistência Farmacêutica(AF). Em relação aos municípios, estudos mostram que a existência de uma lista de medicamentos não é acompanhada de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, e nem é um subconjunto da lista nacional (MARGARINOS-TORRES et al., 2014; MANZINI et al., 2015). Compreende a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de agravos no âmbito do SUS, sendo acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, o qual subsidia a prescrição e a dispensação dos medicamentos.

As atualizações da RENAME são publicadas bianualmente pelo MS. Os estados e os municípios poderão adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as responsabilidades dos entes, pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas comissões intergestores (MANZINI et al., 2015.)

Os gestores do SUS, tem se deparado com um grande desafio que é manter a RENAME como uma ferramenta promotora do uso racional e lista orientadora do financiamento de medicamentos na AF perante as necessidades de saúde da população, da velocidade de incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde. A lista deve ser elaborada ponderando a eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos dos medicamentos, a partir de excelentes evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2017b).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), de acordo com o Decreto nº 7.646/11, passa a atualizar a RENAME(BRASIL, 2017)

Para que o usuário tenha acesso aos medicamentos da Atenção Básica é necessário procurar a Assistência Farmacêutica do Município para orientações e/ou encaminhamentos.

### 3.6 Gasto com Medicamento

Em 2006, a Portaria GM/MS n. 399/2006 foi publicada e divulga o Pacto pela Saúde, ao passo que a publicação da Portaria GM/MS n. 699/2006 estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; de acordo com elas, todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis por promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e no Termo de Compromisso de Gestão Estadual e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso coerente e lembrando das normas vigentes e pactuações constituídas (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.).

O Pacto pela Saúde apresenta uma alteração significativa na forma de administrar do SUS, definiu áreas de responsabilidade institucional com mais nitidez do que no período anterior ao estabelecer que cada nível de governo estivesse apoiando a implementação da política de saúde. Para o financiamento do SUS, o Pacto pela Saúde fixou “blocos” gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Prevenção em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS (BRASIL 2006)

A Portaria GM/MS nº 204, publicada em janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e determina a configuração de transferência dos recursos financeiros federais.

No artigo nº 25 e § 1º ao § 7º apresenta o componente básico da assistência farmacêutica (CBAF) que é composto de uma parte financeira fixa e de outra parte financeira variável.

A parte financeira fixa remete a valores *per capita*, com pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que é designado à aquisição de medicamentos e insumos da AF em atenção básica, também transferido aos estados, ao Distrito Federal e municípios.

A parte financeira variável do componente básico da assistência farmacêutica (CBAF) consiste em valores *per capita*, destinado a adquirir medicamentos bem como insumos da AF contemplando os programas de saúde mental e combate ao tabagismo, hipertensão e diabetes, asma e rinite saúde da mulher, alimentação e nutrição. Estes recursos da parte variável

também são pactuados como contrapartida aos estados e municípios na Comissão Intergestores Bipartite (CIB.) (BRASIL 2007)

As normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica (AF) ganham aprovação com a publicação da Portaria GM/MS n° 3.237 em dezembro de 2007. Valores menores na atenção básica em saúde, devem ser aplicados pelas três esferas de governo, de acordo com o rol de medicamentos de referência.

- União: R\$ 4, 10 por habitante/ano;
- Estados e Distrito Federal: R\$ 1, 50 por habitante/ano;
- Municípios: R\$ 1, 50 por habitante/ano.
- I - União: R\$ 5, 10 por habitante/ano;
- II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1, 86 por habitante/ano;
- III - Municípios: R\$ 1, 86 por habitante/ano.

A Portaria GM/MS n° 1.555, publicada em julho de 2013 dispõe sobre as normas de financiamento e execução **do** CBAF no âmbito do SUS. Esta é a portaria vigente no presente momento no território nacional e estabelece valores mínimos para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – que é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios –, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

União: R\$ 5, 10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

Estados: R\$ 2, 36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos que integram o Anexo IV da RENAME vigente no SUS;

Municípios: R\$ 2, 36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos, constantes no ANEXO IV da RENAME vigente no SUS (Portaria n° 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007) BRASIL (2007).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica se destina ao fornecimento dos medicamentos e insumos para o tratamento precoce e adequado dos problemas mais comuns e/ou prioritários, passíveis de atendimento em nível básico, incluindo aqueles relacionados a

agravos e programas de saúde específicos. A execução das ações e serviços de saúde do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, conforme a Resolução

CIB/Penº 2889 de 04 de setembro de 2017 que altera o artigo da 3ª da Resolução CIB nº 2889/2016 e define as normas de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco e a Resolução CIB 3046 de 04 de setembro de 2017 a qual altera o artigo 3º da Resolução CIB nº 2889/2016 e define a forma de pactuação da contrapartida financeira por parte da SES-PE para os municípios, referente à assistência farmacêutica básica no estado de Pernambuco.

Resolução CIB 3046 de 04 de setembro de 2017. O debate sobre a Assistência Farmacêutica constituído nas Conferências e Conselhos de Saúde, bem como nas Comissões Intergestores do Sistema de Saúde, tem construído respostas à sociedade brasileira na ampliação do acesso aos medicamentos e estruturação dos serviços farmacêuticos. Dando continuidade ao processo de qualificação da Assistência Farmacêutica no País são apresentadas diretrizes para estruturação das farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), concebidas no intuito de propiciar condições para a dispensação qualificada dos medicamentos e para o atendimento humanizado, visando garantir um uso racional dos medicamentos.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do Estudo**

Estudo analítico, de base populacional e com abordagem quantitativa, no qual serão delineadas as características demográficas, socioeconômicas e de perspectiva de saúde associadas ao uso e ao acesso a medicamentos antidepressivos. Foram utilizados dados com acesso aos prontuários dos pacientes como também o que foi coletado com os questionários das entrevistas – motivo pelo qual se fez necessário o registro do estudo na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e com a sua avaliação por Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Os dados foram obtidos a partir: dos Prontuários e das entrevistas feitas com os pacientes; do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), publicada em 2013. A base de pesquisa teve por norte: a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2020), as Normas Técnicas de assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco e o Guia de Orientação ao usuário (PERNAMBUCO, 2020).

### **4.2 Tamanho da Amostra**

O tamanho da amostra foi de 97 indivíduos. O quantitativo da amostra foi de pacientes atendidos no momento pandêmico da Covid-19 de 2020/2021, fator limitante da pesquisa.

### **4.3 Instrumentos para a Coleta dos Dados**

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora com os pacientes que são atendidos no ambulatório de Saúde Mental de um Hospital Escola utilizando um questionário sócio-demográfico (anexo). O procedimento foi realizado em duas fases:

Na primeira fase, a população de 97 indivíduos foi representada pelos usuários cadastrados no ambulatório de Saúde Mental de um Hospital Escola/UFPE na cidade do Recife-PE, com faixa etária entre 18 e 55 anos, considerando que, nessa faixa etária, os transtornos mentais são mais prevalentes, sendo responsáveis por causar incapacidades sociais graves.

A segunda fase com os mesmos indivíduos dos prontuários das pessoas com faixa etária entre 18 e 55 anos que participaram da primeira fase, pertencentes ao Hospital Escola em atendimento no Ambulatório de Saúde Mental.

Foram também coletados dados dos prontuários constando quais medicamentos bem como suas dosagens estavam em uso pelos pacientes.

Os dados coletados dos pacientes com o uso dos medicamentos e interrupção do tratamento foram tabulados em planilha formato Excel 2007 e utilizados para correlação numa Regressão Múltipla(RM) e analisados no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA), versão SE 15.0 com as seguintes variáveis dependentes: índice de interrupção do tratamento; variáveis independentes: Gênero, patologia, faixa etária, escolaridade, acessibilidade ao medicamento, custos com medicamento, renda domiciliar.

Tabachnick e Fidell (1996) definem a regressão múltipla como um conjunto de técnicas estatísticas que possibilita a avaliação do relacionamento de uma variável dependente com diversas variáveis independentes. A análise de regressão é o estudo de uma variável (a variável dependente) em função de uma ou mais variáveis (as variáveis independentes), com o objetivo de estimar e/ou prever o valor médio da variável dependente, utilizando valores observados por amostragem das variáveis independentes. É um dos métodos estatísticos utilizados com maior frequência. O modelo de regressão linear múltipla descreve uma variável dependente  $Y$  como função de diversas variáveis regressoras ou independentes (GAZOLA, 2002).

Um modelo geral, com  $p$  variáveis regressoras, é dado por:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \dots + \beta_p X_{ip} + \epsilon_i \quad (i=1, \dots, n) \quad (1)$$

Onde:

$Y_i$  – observações da chamada variável dependente,  $X_{ik}$  – variáveis independentes ( $k = 1, 2, \dots, p$ );

$\beta_i$  – parâmetros da população;

$\epsilon_i$  – erros aleatórios (representam os inúmeros fatores que, conjuntamente, podem interferir nas observações da variável dependente  $Y$ ).

A variável explicada ou dependente do estudo se refere a uma variável categórica binária ou variável *dummy*. Tal variável possui dois distintos resultados para o desfecho da continuidade do tratamento dos pacientes: 1, se é considerado que o indivíduo já interrompeu, em algum momento, o tratamento psiquiátrico e 0, caso contrário. Análises que envolvem

esse tipo de variável explicada devem considerar que ela exibe uma distribuição binomial ou de Bernoulli. Existem diferentes métodos para as probabilidades da distribuição binomial e diferentes interpretações acerca de seus coeficientes estimados.

Os dados sócio-demográficos foram correlacionados segundo dummies, considerando as variáveis independentes do estudo e tendo em vista as possíveis correlações e interações foram apresentadas neste trabalho o resultado de três modelos de regressão linear múltipla a partir da matriz de correlação apresentada na Tabela 1, utilizando as equações para cada regressão aplicada no STATA, considerando sempre a dummy 1 e a inter-relação 1 como constante ( $\beta_0$ )

O propósito é avaliar a correlação dos pacientes entre o acesso aos medicamentos na Farmácia do Estado sobre a interrupção do tratamento e examinar a significância estatística quando comparadas às variáveis de controle desta pesquisa. O objetivo do uso do método é investigar qual a probabilidade que a falta do medicamento na Farmácia do Estado (FE) pode levar à interrupção do tratamento, mas também levando em consideração as características do indivíduo, fazendo assim uma comparação mais assertiva para a análise.

Nesse estudo, a abordagem utilizada segue o Modelo Logístico ou *Logit* dado que, a partir de sua medida de associação, pode obter valores de *odd-ratios*. Os *odd ratios* foram ajustados e calculados através da comparação de indivíduos que diferem apenas na característica de interesse e que tenham os valores das outras variáveis constantes. Com a finalidade de investigar o impacto da política de distribuição gratuita de medicamentos, o modelo leva em consideração, dentro do seu conjunto de variáveis explicativas ou independentes, a variável *dummy* – que assume valor 1 se o paciente recebe seus remédios através do programa Farmácia Estado e 0, caso contrário. Além dessa variável, o conjunto conta com variáveis de controles (aspectos socioeconômicos e comportamentais em relação ao tratamento psiquiátrico, serão listadas mais a frente)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados se mostram mais alentados e significantes quando são utilizados os coeficientes dos modelos logit, estudando o sinal; quando é negativo – como no caso – ser beneficiário da farmácia estado é negativo sobre a probabilidade de interromper o tratamento. Introduzindo controles ao modelo (passando do modelo 1 para os modelos mais completos, 2 e 3), o efeito da política se mostra ainda mais forte e significativo.

O estudo estima, a partir de uma Análise de Regressão Logística e através dos estimadores de Odd Ratios, os riscos relativos referentes a cada variável explicativa utilizada nesse trabalho.

*Odd Ratio* menor (<) 1 é indicativo de se estar na categoria reduzindo a probabilidade de interromper o tratamento. Por exemplo: Receber o medicamento pelo programa Farmácia Estado reduz a probabilidade de haver interrupção do tratamento; os coeficientes interpretáveis, são aqueles que apresentam p-valor menor que 0,05. Nesse caso, no modelo 3, pacientes que recebem medicamento da Farmácia Estado possuem 86% menos chance de interromperem o tratamento, comparados aos que não recebem (1 – *Odd Ratio*).

A Tabela 01 apresenta as variáveis utilizadas nesse estudo. O banco de dados é composto de 97 pacientes e traz informações afetas a suas características socioeconômicas e comportamentais, bem como relativas ao tratamento psicológico e ao uso de medicamentos. As duas principais variáveis da análise são as da Farmácia Estado e interrompeu que representam, respectivamente, a variável de tratamento e a variável dependente do estudo.

Tabela 01: Variáveis do estudo		(Continua...)	
Variável	Definição	Mín.	Máx.
Paciente	Identificador do Paciente.	1	97
Sexo	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para sexo masculino; e 0, feminino.	0	1
Idade	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para idade maior de 55 anos; e 0, caso contrário.	0	1
Aposentadoria	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para aposentados; e 0, caso contrário.	0	1
Escolaridade	<i>Categórica</i> que assume valor 1 para ensino fundamental incompleto, 2 para ensino fundamental completo/médio incompleto, 3 para ensino médio completo/superior incompleto e 4 para superior completo/pós-graduação.	1	4
Renda	<i>Categórica</i> que assume valor 1 para renda menor ou igual a 1 salário-mínimo, 2 para renda entre 1 e 3 salários-mínimos e 3 para mais de três salários-mínimos.	1	3
Segue Receita	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para pacientes que seguem receita; e 0, caso contrário.	0	1
Encontra Medicação	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para pacientes que sempre encontram medicamentos; e 0, caso contrário.	0	1

Tabela 01: Variáveis do estudo (Conclusão.)

Variável	Definição	Mín.	Máx.
Farmácia Estado	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para pacientes que recebem medicação do Estado; e 0, caso contrário.	0	1
Interrompeu	<i>Dummy</i> , que assume valor 1 para pacientes que já interromperam o tratamento; e 0, caso contrário.	0	1

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A Tabela 02 apresenta a distribuição da amostra por grau de escolaridade e revela que mais de um quarto dos pacientes analisados não possuem escolaridade. No entanto, mais da metade (58%) das observações possui pelo menos o ensino médio completo.

Tabela 02: Distribuição da amostra por grau de escolaridade

Grau de escolaridade	Frequência		
	Absoluta	Relativa	Acumulada
Sem Escolaridade	26	27%	27%
Fundamental Completo/Médio Incompleto	14	14%	41%
Médio Completo/Superior Incompleto	46	47%	89%
Superior Completo/Pós-Graduação	11	11%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A Tabela 3 apresenta a distribuição da amostra por nível de renda. Mais de 70% dos indivíduos investigados recebem menos de um salário-mínimo, enquanto apenas 15, 46% usufruem de mais de três salários-mínimos.

Tabela 03: Distribuição da amostra por nível de renda

Nível de renda	Frequência		
	Absoluta	Relativa	Acumulada
Menos de 1 s. m.	69	71.13%	71.13%
Entre 1 e 3 s. m.	13	13.40%	84.54%
Mais de 3 s.m	15	15.46%	100%
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A Tabela 4 exhibe o cruzamento de duas variáveis *dummies*, Farmácia Estado e Interrompeu. Os resultados mostram que, de fato, os beneficiários da Farmácia Estado possuem menor proporção de indivíduos que declararam já terem interrompido o tratamento psiquiátrico.

Tabela 04: Relação entre interrupção de tratamento e Farmácia Estado

Farmácia Estado	Tratamento interrompido		
	Não	Sim	Total
Não Beneficiários	53%	47%	100%
Beneficiários	65%	35%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>56%</b>	<b>44%</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A Tabela 05 apresenta os principais resultados do estudo. De acordo com as estimativas do Modelo *Logit*, a política fornecida pela Farmácia Estado reduz a probabilidade de interrupção do tratamento.

Como dito no capítulo sobre a metodologia da atual análise, o cálculo dos *odd ratios* permite uma interpretação mais clara do efeito do tratamento sobre a variável dependente. Ainda de acordo com a Tabela 5, levando em consideração os controles inclusos na análise (Modelo 3), beneficiários da Farmácia Estado possuem 86% a menos de chance de interromperem o tratamento, comparados aos que não recebem medicação pelo programa. O resultado se apresentou robusto e significativo ao nível de 1%.

Tabela 05: Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – resultados principais

Variável	Modelos <i>Logit</i>		
	1	2	3
Farmácia Estado	-0.87* (0.49)	-1.36** (0.64)	-1.96*** (0.63)
Controles			
Socioeconômicos	Não	Sim	Sim
Comportamentais	Não	Não	Sim
Observações	97 pacientes		
Variável	Modelos <i>Odd Ratios</i>		
	1	2	3
Farmácia Estado	0.42* (0.21)	0.26** (0.16)	0.14*** (0.09)
Controles			
Socioeconômicos	Não	Sim	Sim
Comportamentais	Não	Não	Sim
Observações	97 pacientes		

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Notas:\*Significante ao nível de 10%;

\*\*Significante ao nível de 5%;

\*\*\*Significante ao nível de 1%. Erros robustos à heterocedasticidade foram utilizados.

Os números entre parênteses indicam o desvio padrão.

Como testes de robustez, o atual estudo estimou o efeito do tratamento sobre a variável dependente da investigação utilizando dois outros modelos de escolha binária, usualmente utilizados na literatura como substitutos do modelo *Logit*. Os resultados, tanto do modelo *PROBIT* como do modelo de Probabilidade Linear (MPL), convergiram com os resultados principais deste trabalho, apresentando uma relação negativa e significativa entre a

probabilidade de interrupção do tratamento e o benefício da Farmácia Estado. Tais evidências testificam a robustez das estimações apresentadas.

Tabela 06: Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – testes de robustez

<b>Modelos Probit</b>			
Variável	1	2	3
Farmácia Estado	-0.53* (0.30)	-0.78** (0.35)	-1.18*** (0.36)
<b>Controles</b>			
Socioeconômicos	Não	sim	Sim
Comportamentais	Não	não	Sim
Observações		97 pacientes	
<b>Modelos MPL</b>			
Variável	1	2	3
Farmácia Estado	-0.20* (0.11)	-0.22** (0.10)	-0.28*** (0.09)
<b>Controles</b>			
Socioeconômicos	Não	sim	Sim
Comportamentais	não	não	Sim
Observações		97 pacientes	

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Notas:\*Significante ao nível de 10%;

\*\*Significante ao nível de 5%;

\*\*\*Significante ao nível de 1%. Erros robustos à heterocedasticidade foram utilizados.

Os números entre parênteses indicam o desvio padrão.

Os medicamentos são elementos significativos dos recursos terapêuticos disponíveis. São empregados visando ao bem-estar físico e mental do homem, portanto, constituem um importante fator de impacto na resolutividade dos serviços de saúde. Desde então, a indústria farmacêutica investe, ano após ano, mais recursos no estabelecimento de pesquisas na área da psicofarmacologia e investe grande parcela de recursos no marketing de novas drogas (GUARIDO, 2007).

O município tem um papel fundamental na medida em que supre a necessidade dos pacientes, posto que distribui essas classes de medicamentos que compõe a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) baseada na RENAME. Porém, haja vista a complexidade de seus efeitos, torna-se necessário o correto diagnóstico, orientações adequadas ao paciente, e o acompanhamento farmacoterapêutico, pois esses medicamentos podem causar efeitos adversos e diferentes interações medicamentosas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa, foram observados os aspectos da amostra relacionados ao uso de medicamentos existentes na Farmácia dos Estado bem como o acesso a estes medicamentos. Mesmo com o aumento dos recursos decorrentes da política de financiamento destinados à aquisição de medicamentos básicos da assistência farmacêutica ao longo dos anos, os gastos com medicamentos devem ser melhor avaliados por não se tratar apenas de um simples montante financeiro efetivamente gasto.

O presente estudo possibilitou afirmar que há uma adesão expressiva ao tratamento medicamentoso quando há uma parceria efetiva entre os pacientes e a FE a fim de que tenham acesso ao hospital escola. Conforme demonstrado na pesquisa, a correlação entre acesso do medicamento e FE quando há disponibilidade dos medicamentos na FE, não há desistência do tratamento por este motivo. Outros motivos que poderá levar a desistência seria a distância de deslocamento até a FE; a falta de condições de transporte, financeiro e de pessoas disponíveis para estar fazendo essa retirada na FE.

A correlação comprovada na pesquisa e mostrada no exercício econométrico, mostrou que, a partir da apresentação de resultados aceitáveis, é possível, aos gestores, empreender planejamentos de políticas públicas capazes de gerar as receitas necessárias de modo que seja mais adequado e estruturado o acesso aos serviços como a FE em favor dos usuários dependentes do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.O.S.; CAVALCANTE, E.A.B.; ALENCAR, B.R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 33, n. 4, p. 489-495. 2012.

AMARAL, O. L. **Transtornos mentais**. Instituto de Estudos e Orientação da Família. Água Branca: [S.n.], 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 5.ed. Portugal: Climepsi, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5ª. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; Freitas, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.26, n. p.87- 92, 2005.

BERTOLDI, A. D.; HELFER, A. P.; CAMARGO, A. L.; TAVARES, N. U. L.; KARANAVOS, P. **Medicine prices, availability and affordability in Southern Brazil: a study of public and private facilities**. London: LSE Health, 2010. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/28864/1/WP18.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PERES, Karen Glazer. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A assistência farmacêutica no SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, 7. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 22 nov.2021.

BRASIL. Lei 8.080/1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. 2008. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1). Acesso em: 08 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). 28/05/2021. Acesso em: 01 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename, 2020.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, 2012.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007. **Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583\\_10\\_10\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html). Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. Portaria Nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. **Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.** 2007. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583\\_10\\_10\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html). Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html). Acesso em: 1º mai. 2018.

CÂMARA de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED Secretaria Executiva. **Esta lista apresenta os preços dos medicamentos REGULADOS, nos termos da Resolução CMED nº 02, de 05 de março de 2004, e os preços dos medicamentos LIBERADOS, nos termos da Resolução CMED nº 02, de 20 de março de 2019.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed>. Acesso em: 22 de Nov.2021.

CAPONI, Sandra. Saúde como abertura ao risco. 2003.

CAPONI, Sandra. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 100-108, 2009.

COSTA, Ediná Alves et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. <https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2017051007106>.

- COSTA, Karen Sarmiento. **Acesso e uso de medicamentos: Inquéritos de saúde como estratégia de avaliação.** 2014. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- DEWULF, N. L. S.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; VIEIRA, E. M.; TRONCON, L. E. A. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. **Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas**, 2006; vol. 42, n. 4, p. 575-84.
- FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Medicamentos, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, v. 4, n. 1, p. 09, dez., 2002.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al. PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.
- GAZOLA, S. **Construção de um modelo de regressão para avaliação de imóveis.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161, Jan./Mar., 2007.
- JAMES, Spencer L. et al. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.** 2017. [S.l., S.n.]
- LEHMAN, Anthony F.; STEINWACHS, Donald M. Co-investigators of the port project. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. **Schizophrenia bulletin**, v. 24, n. 1, p. 1-10, 1998.
- LEONARDO, Beatriz Cornélio et al. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 2, p. 39-52, 2017.
- MARGARINOS-TORRES, R. et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, set/2014.
- MEDEIROS, E. N. Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Socioeconômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos. 2005)..
- MENDLOWICZ MV, STEIN MB (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry**, 157(5): 669-682..
- MENEZES PR. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. **Manual de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

MURRAY, Christopher J. Lopez et al. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard school of public health, world health organization, world bank, 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Plano de ação para a saúde mental da Organização Mundial da Saúde (2013-2020).

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Selección de medicamentos esenciales**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Linha de Cuidado e Saúde Mental**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental> 17/01/2021. Acesso em: 15

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111–1125, 2009.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koog. 2005.

PERNAMBUCO. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Guia de Orientação ao usuário**. 2020. Disponível em: [www.farmacia.pe.gov.br/guia-de-orientação-ao-usuario](http://www.farmacia.pe.gov.br/guia-de-orientação-ao-usuario). Acesso em: 15 jun. 2020.

SADOCK, B. J.; KAPLAN, H. I.; GREBB, J. A. Transtornos de Humor. In: \_\_\_\_\_. **Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 493-544.

SANTIN, A.; Cereser, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo; v. 32, Suppl. 1, p. 105-9, 2005.

SCHUMANN, C.; LENZ, G.; BERGHOFER, A., MULLER-OERLINGHAUSEN, B. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. **Psychiatry research**, v. 89, n. 3, p. 247-257, 1999.

SOUSA, Patrícia Fonseca de; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T.; VIEIRA, G. L. S. **Atitudes e Representações em Saúde Mental**: Um estudo com universitários. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 527-538, 2016.

TABACHNICK, Barbara G.; FIDELL, Linda S.; ULLMAN, Jodie B. **Using multivariate statistics**. Boston, MA: Pearson, 2007.

WHO. **Mental Health Atlas 2017**. Geneva: World Health Organization. 2017. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/) Acesso em: 28/05/2021.

WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Improving access to and appropriate use of medicines for mental disorders**. Geneva: WHO Document Production Services, 2017.

WHO et al. Constituição da Organização Mundial de Saúde. **OMS/WHO**, 1948.

WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Improving access to and appropriate use of medicines for mental disorders**. Geneva: WHO Document Production Services, 2017.

## APÊNDICE A –QUESTIONÁRIOS PARA COLETA DE DADOS

Pesquisadora: Hercileide Ribeiro da Silva Vergueiro

Público: Médicos e Residentes do Ambulatório de Psiquiatria/HC-UFPE Entrevistado: Nome:

Nome Social:

Médico                       Residente I       Residente II       Residente III

1- Seu paciente segue a receita médica na íntegra?

Sempre               Às vezes       Nunca       Não sei informar

2- A falta de uma medicação pode afetar o tratamento do paciente?  Sim               Às vezes  
 Não

3- As medicações para pacientes com transtornos mentais são de fácil acesso para os pacientes?  Sempre                                       Às vezes       Nunca

4- Algum paciente que você assistiu já desistiu ou parou por algum tempo o tratamento porquê não pôde comprar o medicamento?

Sim                       Não

5- Você considera que os preços elevados de alguns medicamentos podem levar a descontinuidade do tratamento?

Às vezes       Sempre               Nunca

6- Você tem informação quais medicamentos há disponíveis na farmácia do Estado para pacientes com Transtornos Mentais?

Sim                       Não

7- Você consideraria optar por uma medicação que tenha o mesmo efeito farmacológico com preço menor para compra do paciente?

Sim                       Talvez               Não

8- Dentre as patologias dos transtornos mentais, qual você apontaria como a que mais tem descontinuidade do tratamento?

## QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Pesquisadora: Hercileide Ribeiro da Silva Vergueiro Entrevistado: Nome: Nome Social:

Registro no Hospital:

1- Você mora em:

Casa de Alvenaria       Casa de taipa       Não sabe informar       Outros 2- Sexo:

Feminino                       Masculino                       Outros 3- Faixa Etária:

18 anos       18 até 23 anos       24 até 30 anos       31 até 40 anos       41 até 54 anos

Acima de 55 anos

4- Profissão:

5- Qual seu nível de escolaridade?

Fundamental – Incompleto       Fundamental – Completo

Médio – Incompleto       Médio – Completo

Superior – Incompleto       Superior – Completo

Pós Graduação Incompleta       Pós Graduação Completa

6- Quantas pessoas moram na sua casa?

Uma até duas pessoas               Três até cinco pessoas       De seis até nove pessoas     

Acima de dez pessoas

7- Renda Familiar:

Menos de um salário mínimo       Até um salário mínimo     Até dois salários mínimos  
 Acima de três salários mínimos.

8- Quantas vezes por ano você vem ao psiquiatra?

Uma vez por ano     Todo mês       De dois até seis meses por ano

9- Você segue a receita médica?

Sempre       Às vezes       Nunca

10- Você encontra a medicação solicitada pelo médico para venda?  Sim  Não  Às vezes

11- Você sabe se sua medicação é fornecida na Farmácia do Estado?

É fornecida       Não é fornecida     Desconhece a informação

12- Se você recebe medicação pela Farmácia do Estado, tem a medicação que você precisa?

Sempre       Às vezes       Nunca     Não recebo medicação pela Farmácia do Estado

13- Você acha o preço da sua medicação é alto?  Sim       Não

14- Nos últimos três meses como você adquiriu a medicação?

Comprou       Conseguiu amostra grátis       Não conseguiu a medicação

15- O Posto de Saúde perto da sua casa tem a sua medicação?  Sim       Não

16- Você pode comprar sua medicação?

Sempre       Às vezes       Nunca

17- Você já deixou de tomar sua medicação porque não conseguiu comprar?  Sim  Não

18- Você acha que se não tomar a medicação vai prejudicar seu tratamento?  Sim  Não

Não sabe informar

19- O médico que lhe acompanha no ambulatório já sugeriu trocar a medicação por alguma mais em conta?

Sim       Não     Não se aplica 20- Você sabe qual é o seu diagnóstico?

## APÊNDICE B - ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA

### ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA

Paciente: Idade: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CID.10: ( ) F20,0 ( ) F20.1 ( ) F20.2 ( ) F20.3 ( ) F20.4 ( ) no.5 ( ) F20.6 ( ) F20.8 3,

O paciente já recebe medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?

( ) Sim ( ) Não

O paciente apresenta os seguintes sintomas abaixo:

<p>( ) eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento</p> <p>( ) delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante</p> <p>{ } vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo ( ) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cética, negativismo, mutismo e estupor</p> <p>( ) sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico) ( ) Diagnóstico de prolactinoma ( ) CA de mama.</p>	<p>( ) delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p, ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas)</p> <p>( ) alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes</p> <p>( ) neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante</p> <p>( ) Discinesia tardia</p> <p>( ) Distonia grave</p> <p>( ) Acatisia com risco de suicídio</p> <p>( ) Síndrome Neuroleótica maligna</p>
---	--

Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?

( ) Episódio maníaco depressivo

( ) Doença cerebral orgânica, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas

( ) Hipersensibilidade à Olanzapina

( ) Impossibilidade de adesão e acompanhamento continuado.

O paciente já utilizou e apresentou falha terapêutica ou intolerância a antipsicóticos atípicos contemplado no Componc Especializado da Assistência Farmacêutica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is) medicamento(s) e por quanto tempo (em meses), utilizou as respectivas doses?

**ANEXO A – QUADRO DE MEDICAMENTOS**

Medicamentos	APRESENTAÇÃO (MG) / QTD CX	Preço Fábrica - PF (preço p/laboratórios e distribuidores)	Preço Máximo ao Consumidor - PMC (Preço p/ Farmácias e Drogarias) ICMS 18%
ALPRAZOLAN	1,0 MG CX 30	43,8	60,55
	2 MG C X 20	39,88	55,13
BROMAZEPAN	3 MG C X 20	9,27	12,82
	3 MG C X 30	14,29	19,76
	6 MG C X 20	14,34	19,82
	6 MG C X 30	21,99	30,4
Bromidrato de citalopram /CITALOPRAM	20 MG C X 7	17,76	24,55
	20 MG C X 14	66,52	91,96
	20 MG C X15	71,28	98,54
	20 MG C X 28	47,44	65,58
	20 MG C X 30	42,22	58,37
CARBAZEPINA	200 MG CX 20	7,65	10,58
	200 MG C X 30	13,49	18,65
	200 MG C X 60	29,48	40,75
	400 MG C X 20	16,22	22,42
	400 MG C X 30	27,05	37,4
	400 MG CX 60	120,71	166,71
CARBONATO DE LÍTIO	300 MG C X 25	14,29	19,76
	300 MG C X 50	18,55	25,64
	450 MG C X 10	13,73	
	450 MG C X 30	26,78	37,02
CLONAZEPAN / RIVOTRIL	0,25 MG C X 30	5,27	7,29
	0,5 MG C X 10	2,15	2,97
	0,5 MG C X 20	4,32	5,97
	0,5 MG C X 30	6,16	8,52

	0,5 MG C X 60	12,26	16,95
	2 MG C X 10	3,77	5,21
	2 MG C X 15	5,89	8,14
	2 MG C X 20	7,52	10,4
	2 MG C X 30	10,63	14,7
	2 MG C X 60	23,71	22,78
Cloridrato de Amitriptilina	10 MG C X 10	3,04	4,2
	10 MG C X 30	9,7	13,41
	25 MG C X 20	8,72	12,05
	25 MG CX 30	11,29	15,61
	25 MG C X 60	46,63	64,46
	75 MG CX 20		
	75 MG CX 30		
CLORIDRATO DE BIPERIDENO /AKINETON	2 MG C X 10		29,43
	2 MG CX 75		27,59
	2 MG CX 80		38,02
	4 MG C X 30		25,67
CLORIDRATO DE BUPROPIONA	150 MG C X 07	32,26	44,6
	150 MG CX 10	24;59;39	33,99
	150 MG C X 12	29,51	40,8
	150 MG C X 15	36,89	51
	150 MG C X 20	53,28	73,66
	150 MG CX 30	52,33	72,34
	150 MG C X 60	99,17	137,1
	300 MG C X 07	64,52	89,2
	300 MG C X 10	92,1	127,32
	300 MG CX 20	184,22	254,67
	300 MG C X 30	276	381,55
	300 MG C X 60	552	763,11
	300 MG C X 90	829,41	1146,61
CLORIDRATO DE CLORPROMAZINA/CLORPROMAZINA	25MG C X 20	5,33	7,37

	100 MG C X 20	7,96	11
CLORIDRATO DE DONEZIPILA /DONEZEPILA	5 MG C X 7	73,45	101,54
	5 MG CX 10	17,46	24,14
	5 MG C X 14	146,9	203,08
	5 MG C X 15	157,39	217,58
	5 MG C X 20	209,87	290,13
	5 MG C X 28	101,35	140,11
	5 MG C X 30	52,4	72,44
	5 MG C X 50	524,65	725,3
	5 MG C X 60	629,57	870,34
	5 MG C X 450	4722,01	6527,9
	10 MG C X 7	81,61	112,82
	10 MG C X 10	17,46	24,14
	10 MG C X 14	163,24	2225,67
	10 MG C X 15	199,61	275,95
	10 MG C X 20	233,2	322,39
	10 MG C X 28	140,66	194,45
	10 MG C X 30	52,4	72,44
	10 MG C X 50	583,02	805,99
	10 MG C X 60	699,62	967,18
	10 MG C X 450	5247,12	7253,84
CLORIDRATO DE DULOXETINA /DULOXETINA	30 MG CX 7	25,15	34,77
	30 MG C X 10	17,93	24,79
	30 MG CX 14	53,01	73,28
	30 MG C X 15	53,9	74,51
	30 MG C X 28	106,04	149,59
	30 MG C X 30	49,89	68,97
	30 MG C X 60	107,61	148,76
	30 MG CX 100	392,57	542,7
	60 MG C X 7	51,63	71,38
	60 MG C X 10	101,77	140,69
	60 MG C X 14	105,39	145,7
	60 MG C X 15	104,91	145,03

	60 MG C X 28	210,79	291,4
	60 MG C X 30	86,48	119,55
	60 MG C X 60	215,12	297,39
	60 MG C X 100	785,21	1085,51
	60 MG C X 500	3889,13	5376,49
CLORIDRATO DE FLUOXETINA /FLUOXETINA	10 MG C X 14	13,68	18,91
	10 MG CX 20	24,2	33,46
	10 MG CX 28	22,01	30,43
	20 MG CS X 14	31,26	43,22
	20 MG C X 15	102,16	141,23
	20 MG C X 20	31,59	43,67
	20 MG C X 28	30,55	42,23
	20 MG C X 30	20,9	28,89
	20 MG CX 60	42,46	58,7
	20 MG CX 300	285,65	394,89
	20 MG C X 500	549,13	759,14
Cloridrato de Levomepromazina/ NEOZINE	40 MG/ML 20 ML	15,15	11,03
CLORIDRATO DE MEMANTINA	5 MG C X 7	28,35	39,19
	5 MG C X 15	60,77	84,01
	5 MG C X 30	121,55	168,04
	5 MG C X 60	243,07	336,03
	10 MG C X 7	16,65	23,02
	10 MG C X 10	52,51	72,59
	10 MG C X 15	26,67	36,87
	10 MG C X 30	50,48	69,79
	10 MG C X 50	118,55	163,89
	10 MG C X 56	453,9	627,49
	10 MG C X 60		
	10 MG C X 90		
	10 MG C X 120		
	15 MG C X 7	85,07	117,6
	15 MG C X 15	182,3	252,02
	15 MG C X 30	364,62	504,07

	15 MG C X 60	729,22	1008,1
	20 MG CX 7	113,44	156,82
	20 MG C X 10	47,57	65,76
	20 MG CL X 15		
	20 MG C X 30		
	20 MG C X 60	285,46	394,63
Cloridrato de Metilfenidato /RITALINA	10 MG C X 10	10,14	13,51
	10 MG C X 20	13,1	17,61
	10 MG C X 30	19,66	26,42
	10 MG C X 60	39,32	52,84
	10 MG C X 90	58,98	79,27
	10 MG CX 100	102,38	136,4
	18 MG C X 30	179,76	239,5
	20 MG C X 30	209,72	279,41
	30 MG C X 30	220,21	293,39
	36 MG C X 30	244,27	325,44
	40 MG C X 30	231,19	308,02
	54 MG C X 30	244,28	325,46
CLORIDRATO DE PAROXETINA	10 MG C X 10	18,96	26,21
	10 MG C X 20	24,98	34,53
	10 MG CX30	57,66	79,71
	12,5 MG C X 10	35,15	48,59
	12,5 MG C X 30	101,07	139,72
	15 MG C X 10	18,93	26,17
	15 MG C X 20	37,88	52,37
	20 MG C X 10	40,72	56,29
	20 MG C X 20	49,72	68,73
	20 MG C X 30	30,72	42,47
	25 MG CX 10	38,76	53,58
	25 MG CX 20	77,52	107,17
	25 MG C X 30	202,15	279,46
	30 MG C X 20	70,91	98,03
	30 MG C X 30	127,53	176,3
	40 MG C X 20	154,99	214,26
	20 MG C X 30	17,83	14,27

CLORIDRATO DE SERTRALINA /SERTRALINA	25 MG C X 7	24,88	34,8
	25 MG CX 10	12,56	17,36
	25 MG C X 14	48,95	67,67
	25 MG C X 28	98,76	136,53
	25 MG C X 30	37,67	52,08
	50 MG C X 7	12,12	16,76
	50 MG C X 10	17,32	23,94
	50 MG CX 14	24,23	33,5
	50 MG CX 15	33,26	45,98
	50 MG CX 20	34,63	47,87
	50 MG C X 21	58,18	80,43
	50 MG CX 28	32,68	45,18
	50 MG CX 30	26,49	36,62
	50 MG C X 60	122,39	169,2
	75 MG C X 30	274,82	379,92
	100 MG C X 7	22,3	30,83
	100 MG C X 10	31,84	44,02
	100 MG C X 14	44,57	61,62
	100 MG C X 15	56,29	77,82
	100 MG C X 20	63,68	88,03
	100 MG CX 28	89,17	123,27
	100 MG C X 30	95,54	132,08
	100 MG CX 60	191,07	264,14
CLORIDRATO DE TRAZADONA /TRAZADONA	50 MG C X 5	5,72	7,91
	50 MG CX 10	8,21	11,35
	50 MG C X 30	22,24	30,75
	50 MG C X 60	44,62	61,68
	100 MG C X 10	15,24	21,07
	100 MG CX 30	44,6	61,66
	100 MG C X 60	89,2	123,31
	150 MG C X 10	34,33	47,46
	150 MG C X 20	68,67	94,93
	150 MG C X 30	103,01	142,41

CLORIDRATO DE VENLAFAXINA / VELAFLAXINA	37,5 MG C X 7	6,8	9,4
	37,5 MG C X 10	8,15	11,27
	37,5 MG C X 14	27,16	37,55
	37,5 MG C X 15	22,73	31,42
	37,5 MG CX 28	27,16	37,55
	37,5 MG C X 30	24,41	33,75
	37,5 MG CX 60	60,11	83,1
	75 MG C X 07	15,91	21,99
	75 MG CX 10	19,06	26,35
	75 MG C X 14	63,62	87,95
	75 MG C X 15	49,72	68,73
	75 MG C X 28	56,07	77,51
	75 MG C X 30	57,2	79,08
	75 MG C X 60	108	149,3
	75 MG C X 90	505	698,13
	150 MG CX 07	22,89	31,64
	150 MG CX 10	30,06	41,56
	150 MG CX 14	45,1	60,35
	150 MG C X 15	77,65	107,35
	150 MG C X 20	161,83	223,72
	150 MG CX 28	90,18	124,67
	150 MG CX 30	75,26	104,04
	150 MG CX 60	146	201,8
CLOZAPINA	25 MG C X 20	38,63	53,4
	25 MG C X 30	31,87	44,06
	100 MG CX30	128,22	177,26
DIAZEPAN	5 MG CX 20	4,82	6,66
	5 MG C X 30	8,62	11,92
	5 MG C X 500	141,45	195,55
	10 MG CX 20	6,45	8,92
	10 MG C X 30	11,66	16,12
	10 MG C X 500	162,32	224,4

DIVALPROATO DE SÓDIO/ DEPAKOTE	125 MG C X 10	5,34	7,38
	125 MG CX 30	16,01	22,13
	125 MG CX 60	32,01	44,25
	250 MG C X 6	5,07	7,01
	250 MG C X 10	9,41	13,01
	250 MG C X 20	18,82	26,02
	250 MG C X 30	26,06	36,03
	250 MG CX 60	50,66	70,03
	250 MG C X 90	115,74	160
	500 MG C X 6	10,2	14,1
	500 MG C X 7	18,82	26,02
	500 MG CX 10	17,54	24,25
	500 MG C X 20	35,09	48,51
	500 MG C X 30	51,17	70,7
	500 MG C X 60	102,01	141,02
	500 MG C X 90	232,1	320,86
HALOPEDIROL	1 MG C X 20	6,54	4,76
	5 MG C X 20	6,68	4,86
HEMIFURATO DE QUETIAPINA	25MG CX 7	18,79	25,98
	25MG CX 10	33,13	45,8
	25MG CX 14	14,72	20,35
	25MG CX 15	17,18	23,75
	25MG CX 28	44,51	61,53
	25MG CX 30	29,78	41,17
	25MG CX 60	68	94,01
	25MG CX100	222,44	307,51
	50MG CX 10	25,91	35,82
	50MG CX 30	83,78	115,82
	50MG CX 60	245,43	339,29
	100MG CX 7	60,98	84,3
	100MG CX 10	105,9	146,4
	100MG CX 14	37,94	52,45
	100MG Cx 15	42,9	59,31
	1000MG CX 28	152,63	211
	100MG CX 30	81,3	112,39

	100MG CX 60	291,63	403,16
	200MG CX 7	121,55	168,04
	200MG CX 10	66,63	92,11
	200MG CX 14	186,44	257,74
	200MG CX 15	260,41	360
	200MG CX28	372,88	515,48
	200MG CX 30	165,02	228,13
	200MG CX 60	799,02	1104,6
	200MG CX 100	1331,71	1841,01
	300MG CX 10	78,9	109,07
	300MG CX 28	883,62	1221,55
	300MG CX 30	236,72	327,25
HEMITARTARATO DE ZOLPIDEN /ZOLPIDEN	5 MG C X 10	19,45	26,89
	5 MG CX 20	38,9	53,78
	5 MG CX 30	40,29	55,7
	5 MG C X 60	116,72	161,36
	6,25 MG C X 10	14,3	19,77
	6,25 MG C X 20	28,6	36,54
	6,25 MG C X 30	42,9	59,31
	10 MG C X 7	13,01	17,99
	10 MG C X 10	17,91	24,76
	10 MG C X 20	26,83	37,09
	10 MG C X 30	41,82	57,81
	12,5 MG C X 10	28,6	39,54
	12,5 MG CX 20	57,21	79,09
	12,5 MG C X 30	85,8	118,61
LAMOTRIGINA	5 MG CX 30	18,65	25,78
	25 MG C X 7	15,87	21,94
	25 MG C X 10	15,28	21,12
	25 MG C X14	31,77	43,92
	25 MG C X 15	34,06	47,09
	25 MG C X 30	18,16	25,11
	25 MG C X 60	46,39	64,13
	25 MG C X 90	195,94	270,88
	25 MG C X 500	763,73	1055,81
	50 MG C X 7	28,28	39,1
	50 MG C X 10	26,01	35,96

	50 MG CX 14	56,56	78,19
	50 MG CX 15	52,8	72,99
	50 MG C X 30	51	70,5
	50 MG C X 60	76,55	105,83
	50 MG C X 90	348,62	481,95
	50 MG C X 500	1300,3	1797,59
	100 MG C X 7	49,51	68,44
	100 MG C X 10	44,38	61,35
	100 MG CX 14	144,73	200,08
	100 MG C X 15	106,12	146,7
	100 MG C X 30	49,95	69,05
	100 MG CX 60	127,74	176,59
	100 MG C X 90	610,23	843,61
	100 MG CX 500	2219,02	3067,66
	200 MG C X 30	746	1031,3
maleato de Fluvoxamina /LUVOX	50 MG C X 8	16,01	22,13
	50 MG CX 15	30,04	41,53
	50 MG CX 30	60,11	83,1
	100 MG CX 15	62,44	86,32
	100 MG CX 30	115,74	160
	100 MG CX 60	221,59	306,34
MITARZAPINA /RAZAPINA	15 MG CX 6	18,04	24,94
	15 MG CX 7	20,52	28,37
	15 MG CX 10	30,07	41,57
	15 MG CX 28	45,07	62,31
	15 MG CX 30	59,99	82,93
	30 MG CX 6	36,1	49,91
	30 MG CX 7	20,52	28,37
	30 MG CX 10	37	51,15
	30 MG C X 14	41,07	56,78
	30 MG CX 15	86,11	119,04
	30 MG CX 28	90,17	124,65
	30 MG CX 30	98,89	136,71
	30 MG C X 70	267,35	369,6
	30 MG CX 140	534,72	739,22
	30 MG CX 210	802,09	1108,84
	30 MG CX 280	1069,45	1478,45

	45 MG C X 6	54,13	74,83
	45 MG C X 10	52,6	72,72
	45 MG CX 14	76,01	105,08
	45 MG CX 15	122,41	169,22
	45 MG C X 28	126,71	175,17
	45 MG C X 30	157,8	218,15
	45 MG CX 70	380,07	525,42
	45 MG CX 140	760,15	1050,86
	45 MG CX 210	1140,22	1576,29
	45 MG CX 280	1520,29	2101,71
OLANZAPINA	2,5MG CX 7	47,78	66,05
	2,5MG CX 10	69,04	95,44
	2,5MG CX 14	95,55	132,09
	2,5MG CX 15	102,24	141,34
	2,5MG CX 28	190,84	263,83
	2,5MG CX 30	47,2	65,25
	2,5MG CX 56	382,22	528,4
	2,5MG CX 60	409,52	566,14
	2,5MG CX 70	483,29	668,12
	2,5MG CX 90	621,38	859,02
	5,0MG CX 7	24,07	33,28
	5,0MG CX9	270,61	374,1
	5,0MG CX 10	100,76	139,29
	5,0MG CX 14	141,16	195,15
	5,0MG CX 15	151,13	208,93
	5,0MG CX 28	282,12	390,01
	5,0MG CX 30	69,7	96,36
	5,0MG CX 56	564,66	780,61
	5,0MG CX 60	604,56	835,77
	5,0MG CX 70	705,34	975,06
	5,0MG CX 90	906,88	1253,71
	10MG CX 7	141,13	195,1
	10MG CX 10	201,62	278,73
	10MG CX 14	282,28	390,24
	10MG CX15	302,45	418,12
	10MG CX 28	197,63	273,21
	10MG CX 30	139,39	192,7
	10MG CX 56	1129,4	1561,33
	10MG CX 60	1209,82	1672,51
	10MG CX 70	1411,46	1951,26
	10MG CX 90	1814,74	2508,77

OXALATO DE ESCITALOPRAN ESCITALOPRAN	10 MG CX 7	14,17	19,59
	10 MG CX 10	30,41	42,04
	10 MG CX 14	70,22	97,08
	10 MG CX 15	30,83	42,62
	10 MG CX 28	62,16	85,93
	10 MG CX 30	36,06	49,85
	10 MG CX 60	90,72	125,42
	15 MG CX 7	24,66	34,09
	15 MG CX 10	33,5	46,31
	15 MG Cx 14	103,32	142,83
	15 MG CX 15	110,67	152,99
	15 MG CX 20	147,56	203,99
	15 MG CX 28	98,67	136,41
	10MG CX 30	65,44	90,47
	15 MG CX 60	433,38	599,12
	20 MG CX 7	23,05	31,87
	20 MG CX 10	90,54	125,17
	20 MG CX 14	121,99	168,64
	20 MG CX 15	55,48	76,7
	20 MG CX 20	174,28	240,93
	20 MG CX 28	131,57	181,89
	20 MG CX 30	74,32	102,74
	20 MG CX 60	137,57	190,18
OXICARBAZEPINA/ TRILEPTAL	300 MG C X 7	10,52	14,54
	300 MG C X 10	21,89	30,26
	300 MG CX 20	26,29	36,34
	300 MG C X 30	32,99	45,61
	300 MG C X 60	64	88,4
	300 MG CX 90	135,29	187,03
	300 MG CX 200	244,8	338,42
	300 MG C X 500	612,01	846,07
	600 MG CX 10	26,4	36,5
	600 MG CX 20		73,32
	600 MG CX 30		89,84
	600 MG CX 60		172,49
	600 MG CX 90		359,88

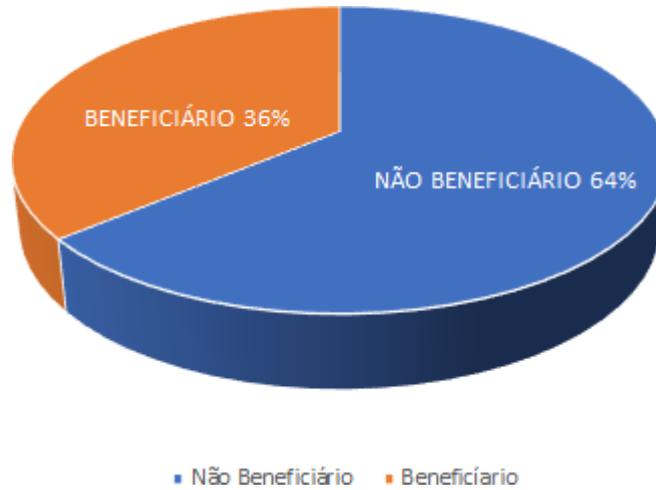
	600 MG CX 200	658,75
	600 MG CX 500	1646,9
PREGABALINA	25 MG Cx 10	13,55
	25 MG CX 14	18,98
	25 MG C X 15	20,34
	25 MG CX 28	37,93
	25 MG C X 30	40,64
	35,0 MG C X 7	13,49
	35,0 MG C X 14	26,97
	35,0 MG C X 28	53,97
	50 MG C X 7	19,48
	50 MG C X 14	39,11
	50 MG C X 15	41,89
	50 MG CX 28	78,18
	50 MG C X 30	83,76
	75 MG C X 7	28,71
	75 MG C X 10	36,26
	75 MG CX 14	50,75
	75 MG C X 15	61,53
	75 MG C X 20	72,52
	75 MG C X 28	101,51
	75 MG CX 30	77,2
	75 MG C X 56	203,08
	75 MG C X 120	521,35
	75 MG C X 240	1042,72
	75 MG CX 300	1087,83
	100 MG C X 14	78,2
	100 MG C X 28	156,38
	150 MG CX 7	36
	150 MG C X 10	55,62
	150 MG C X 14	77,83
	150 MG CX 15	96,8
	150 MG C X 20	111,23
	150 MG C X 28	155,7
	150 MG C X 30	130,64
	150 MG C X 56	311,44
	150 MG C X 60	333,64
	150 MG C X 120	1026,74

	150 MG C X 240		2053,46
	150 MG C X 300		1668,2
	300 MG C X 15		257,69
	300 MG C X 30		515,4
RISPERIDONA	1 MG CX 6		
	1 MG CX 7		
	1 MG C X 10		12,8
	1 MG C X 20		29,34
	1 MG C X 30		
	1 MG C X 60	42,85	59,24
	1 MG CX 500	778,6	1076,37
	2 MG C X 7	37,66	52,06
	2 MG C X 10	9,26	12,8
	2 MG CX 20	19,34	26,74
	2 MG C X 30	23,72	32,79
	2 MG C X 60	78,77	108,89
	3 MG C X 7	55,85	77,21
	3 MG CX 10	9,26	12,8
	3 MG C X 20	19,34	26,74
	3 MG C X 30	24,2	33,46
	3 MG C X 60	26,83	37,09
	3 MG CX 500	778,6	1076,37
Rivastigmina/ EXELON	1,5 MG CX 28	106,6	147,37
	3,0 MG CX 28	122,39	169,2
	4,5 MG CX 28	138,82	191,91
	6,0 MG CX 28	141,67	195,85
SUCCINATO DE DESVELAFLAXINA MONOIDRATADO/ DESVALEXINA	50 MG C X 7	19,98	27,62
	50 MG C X 10	30,28	41,86
	50 MG C X 14	57,91	80,06
	50 MG C X 15	45,41	62,78
	50 MG C X 20	60,55	83,71
	50 MG C X 30	85,11	117,66
	50 MG C X 60	153,21	211,8
	100 MG C X 7	21,87	30,23
	100 MG C X 10	34,77	48,07
	100MG CX 14	43,72	60,44
	100 MG C X 15	46,84	64,75
	100 MG CX 20	69,54	96,13

	100 MG CX 28	87,45	120,89
	100 MG CX 30	93,68	129,51
	100 MG C X 60	104,3	144,19
	100 MG C X 90	281,09	388,59
TOPIRAMATO	15 MG CX 60	90,76	125,4
	25 MG C X 10	4,29	5,93
	25 MG C X 12	5,68	7,85
	25 MG C X 20	24,73	34,19
	25 MG C X 30	16,17	22,35
	25 MG C X 60	25,83	35,71
	50 MG CX 10	8,61	11,9
	50 MG C X 12	12,95	17,9
	50 MG C X 20	37,09	51,27
	50 MG CX 30	32,29	44,64
	50 MG CX 60	51,7	71,4
	100 MG CX 10	17,39	24,04
	100 MG C X 12	26,11	36,1
	100 MG C X 20	37,09	51,27
	100 MG CX 30	55,62	76,89
	100 MG C X 60	104,43	144,37
TRANILCIPROMINA/ PARNATE	10 MG C X 20	36	26,19

## ANEXO B - GRÁFICOS

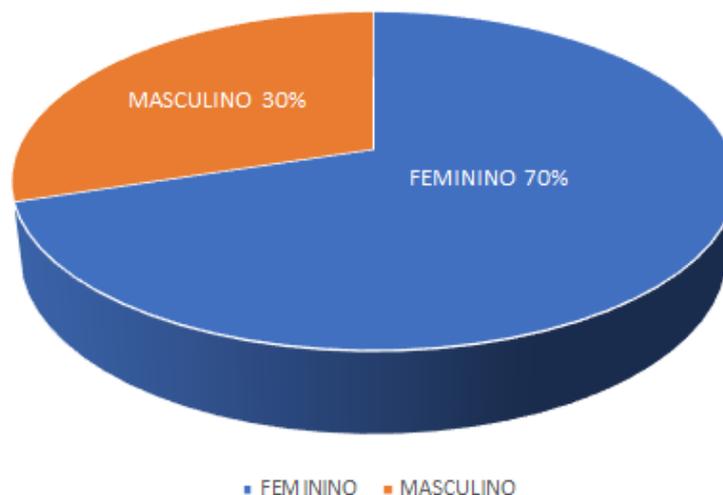
**Gráfico 01** – Beneficiários da farmácia estado



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

De acordo com a coleta nos banco de dados utilizados neste estudo e considerando que os clientes do ambulatório de saúde mental foram agrupados em 02 grupos, inicialmente podemos observar no gráfico 1 os beneficiários da FE e os não beneficiários da FE(64%), apenas 36% recebem medicamentos da FE

**Gráfico 02** – Distribuição da amostra por sexo- distribuição por sexo, onde o sexo feminino é mais frequente na amostra



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Na coleta nos banco de dados estimados neste estudo considerou-se 02 grupos da faixa etária. Um grupo com mais de 55 anos e outro grupo abaixo de 55 anos

Gráfico 03 – Distribuição da amostra por idade



Tabela 07: Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – resultados principais (logit)

<b>Variável</b>	<b>Modelo 1 coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>P-Valor</b>
Farmácia Estado	-0.86	0.49	0.08
<b>Variável</b>	<b>Modelo 2 Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>P-Valor</b>
Farmácia Estado	-1.36	0.64	0.03
sexo (masculino)	-0.25	0.65	0.70
idade (acima de 55 anos)	2.49	0.55	0.00
aposentado	-0.24	0.56	0.66
fundamental completo/médio incompleto	0.38	0.84	0.65
médio completo/superior incompleto	-0.41	0.62	0.51
superior completo/pós-graduação	1.38	1.04	0.18
renda	-0.86	0.40	0.03
<b>Variável</b>	<b>Modelo 3 Coeficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>P-Valor</b>
farmácia estado	-1.96	0.63	0.00
sexo (masculino)	0.17	0.74	0.82
idade (acima de 55 anos)	2.96	0.60	0.00
aposentado	-0.32	0.69	0.64
fundamental completo/médio incompleto	0.56	1.01	0.58
médio completo/superior incompleto	-0.73	0.76	0.33
superior completo/pós-graduação	1.15	1.14	0.31
renda	-0.68	0.51	0.18
segue receita	-2.85	0.89	0.00
poder de compra	-1.80	0.67	0.01
frequência consulta	-0.48	0.60	0.42

Fonte: Dados da pesquisa (2021). Erros robustos à heterocedasticidade foram utilizados.

Tabela 08: Efeito da Farmácia Estado sobre a probabilidade de interrupção do tratamento – resultados principais (*odd ratios*)

<b>Modelo 1</b>			
<b>Variável</b>	<b>Odd Ratio</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>P-Valor</b>
farmácia estado	0.42	0.21	0.08
<b>Modelo 2</b>			
<b>Variável</b>	<b>Odd Ratio</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>P-Valor</b>
Farmácia Estado	0.26	0.16	0.03
sexo (masculino)	0.78	0.51	0.70
idade (acima de 55 anos)	12.11	6.64	0.00
aposentado	0.78	0.44	0.66
fundamental completo/médio incompleto	1.47	1.23	0.65
médio completo/superior incompleto	0.66	0.41	0.51
superior completo/pós-graduação	3.97	4.12	0.18
renda	0.42	0.17	0.03
<b>Modelo 3</b>			
<b>Variável</b>	<b>Odd Ratio</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>P-Valor</b>
Farmácia Estado	0.14	0.09	0.00
sexo (masculino)	1.18	0.88	0.82
idade (acima de 55 anos)	19.35	11.53	0.00
aposentado	0.72	0.50	0.64
fundamental completo/médio incompleto	1.74	1.76	0.58
médio completo/superior incompleto	0.48	0.36	0.33
superior completo/pós-graduação	3.16	3.61	0.31
renda	0.50	0.26	0.18
segue receita	0.06	0.05	0.00
poder de compra	0.16	0.11	0.01
frequência consulta	0.62	0.37	0.42

Fonte: Dados da pesquisa (2021). Erros robustos à heterocedasticidade foram utilizados.



Medicamento(s)

- Risperidona
- Clozapina
- Quetianpina

Periodicidade

Doses

- Ziprazidona
- Olanzapina

Carimbo e assinatura do profissional médico e CRM