



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**MARINEIDE MARINHO LEAL**

**ACESSIBILIDADE DO PACIENTE ASMÁTICO GRAVE AOS MEDICAMENTOS  
PREVISTOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA.**

**Recife**

**2011**

MARINEIDE MARINHO LEAL

ACESSIBILIDADE DO PACIENTE ASMÁTICO GRAVE AOS MEDICAMENTOS  
PREVISTOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Doutor Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Recife

2011

Capítulo 1 Leal, Marineide Marinho  
Acessibilidade do paciente asmático grave aos  
medicamentos previstos no componente especializado da  
assistência farmacêutica / Marineide Marinho Leal. –  
Recife: O Autor, 2011.

126 folhas: il., fig., graf. e quadros; 30 cm.

Orientador: Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de  
Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

**1. Saúde Pública. 2. Acessibilidade aos serviços de  
saúde. 3. Assistência farmacêutica. 4. Medicamentos  
excepcionais. 5. Asma. I. Espírito Santo, Antônio Carlos  
Gomes do. II. Título.**

UFPE

614

CDD (20.ed.)

CCS2011-129



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**MARINEIDE MARINHO LEAL**

No dia 10 de maio de 2011, às 9:00h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública, da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Eduarda Ângela Pessoa Cesse (Doutora do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutora do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Marineide Marinho Leal, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Acessibilidade do Paciente Asmático Grave aos Medicamentos Previstos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

APROVADA

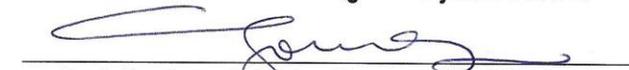
Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

APROVADA

Profa. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

APROVADO

  
Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

  
Prof. Dr. **Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo**

  
Profa. Dra. **Eduarda Ângela Pessoa Cesse**

## AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meu caminho, me amparar nos momentos difíceis e me dar força interior para superar as dificuldades.

As minhas filhas Júlia e Letícia e ao meu marido Veiga pela compreensão quanto as minhas ausências nos passeios e por compartilhar com alegria as minhas conquistas.

Ao meu pai Altair, minha mãe Maria das Graças e irmãos Marize e Flávio que sempre me deram amor e força, valorizando meus potenciais.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, orientador desta dissertação, pela amizade e por todo empenho, sabedoria, compreensão e exigência, contribuindo de maneira singular para meu crescimento profissional.

A todos os meus amigos e amigas, especialmente aqueles da farmácia do Hospital das Clínicas, que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação.

Aos profissionais dos hospitais, da Assistência Farmacêutica e Farmácia de Pernambuco que me auxiliaram na construção desse trabalho.

Aos usuários que aceitaram participar dessa pesquisa trazendo significativas contribuições.

“É triste ficar sem terra,  
é triste ficar sem mar.  
Mas uma coisa eu garanto:  
é pior ficar sem ar.

Quer jogar bola? Não dá.  
Nadar no rio? Nem pensar.  
Como correr e brincar  
sem conseguir respirar?

A gente fica abatido,  
parece que viu fantasma.  
A gente vive cansado  
quando pega a tal da asma!”

(Ricardo Azevedo)

## RESUMO

Com objetivo de avaliar a acessibilidade de asmáticos graves aos medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) no estado de Pernambuco, foi realizada uma pesquisa baseada nos relatos e opiniões de usuários e gestores e em dados do Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento (SISMEDEX) do CEAF, combinados com informações de outros Sistemas. Foi possível identificar uma taxa de cobertura bastante reduzida, situada entre 0,84% e 3,37% e com indícios de grande variação segundo as regiões do estado, sendo maior na região metropolitana do Recife e decrescendo em direção ao interior do estado, o que demonstra inequidade na acessibilidade. Esta distribuição guardou relação direta com a localização dos serviços de diagnóstico e acompanhamento clínico do agravo e das unidades de dispensação dos medicamentos, bem como da distância entre estas e o local de residência dos usuários. As viagens frustradas dos asmáticos graves às unidades de saúde decorrentes de problemas na organização do atendimento demonstrou interferir negativamente na acessibilidade. Foram medidas consideradas positivas: a supressão da exigência de diagnóstico firmado por pneumologista; a instalação de unidades da Farmácia de Pernambuco em algumas sedes regionais de saúde; a regularidade no abastecimento das unidades de dispensação e a ampliação do elenco de medicamentos. A assiduidade dos cadastrados nas unidades de dispensação foi considerada elevada, independente da região de origem do usuário. Conclui-se que a acessibilidade ao CEAF-asma grave em Pernambuco precisa ser ampliada, principalmente nas regiões do agreste e sertão do estado e que as barreiras se concentram nas etapas que antecedem o cadastro do asmático grave no componente. A expansão do número de unidades de dispensação e de estabelecimentos de saúde, reconhecidos pela SES/PE como capazes de efetuar o diagnóstico e o acompanhamento clínico da asma grave, foram medidas fundamentais para elevar as taxas de cobertura e reduzir a iniquidade nas condições de acessibilidade dos moradores das diferentes regiões. O SISMEDEX, concebido originalmente como ferramenta para gerenciamento de estoques, contribuiu de maneira significativa para o cálculo de indicadores de acessibilidade, podendo esta contribuição ser ampliada, desde que alguns campos sejam acrescidos à sua planilha eletrônica.

**Palavras-chave:** Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Assistência Farmacêutica; Medicamentos excepcionais; Asma.

## ABSTRACT

In order to evaluate the accessibility of patients with severe asthma, to the medicaments of the Component Specialized Pharmaceutical Assistance (CEAF), a survey based on reports and reviews from users and managers, and in data from the Computerized System Management and Monitoring (SISMEDEX) of CEAF, combined with information from other systems was performed based on the state of Pernambuco. It was possible to identify a very low coverage rate, of between 0.84% and 3.37% and with evidence of wide variation according to region of the state, being higher in the metropolitan area of Recife and decreasing towards the interior of the state, which shows marked inequity in accessibility. This distribution is directly related to the location of diagnostic services and clinical monitoring of the disease and to units of drug dispensation, and the distance between them and the residence of users. The trips frustrated of the patients with severe asthma to hospitals, due to problems in the organization of care showed a negative impact on accessibility. Measures which were considered positive: the dropping of the requirement for diagnosis signed by a pulmonologist; the establishment of units of the Pharmacy of Pernambuco in some regional offices of health; the better regularity in the supply of the units of drug dispensation and the expansion of the range of medicines. The frequency of patients registered in the dispensing units was high, regardless of the source region of the user. It is concluded that the accessibility to CEAF-severe asthma in Pernambuco need to be greatly expanded, especially in the regions, agreste and sertao, inside of the state, and that the barriers are concentrated in the steps preceding the entry of severe asthma patients in CEAF. Expanding the number of dispensing units and of the medical institutions recognized by the SES / PE, as capable of making the clinical diagnosis and monitoring of severe asthma, are fundamental steps to increase coverage rates and reduce inequity in the conditions of accessibility for residents of the different regions. The SISMEDEX, originally conceived as a tool for inventory management, contributed significantly to the calculation of indicators of accessibility, and this contribution can be increased since some items will be added to your electronic spreadsheet.

**Keywords:** Accessibility to Health Services, Pharmaceutical Assistance; Specialized Drugs; Severe Asthma.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1 – Modelo representativo do Ciclo de Assistência Farmacêutica.

Figura 1 – Possíveis domínios do conceito da “Acessibilidade”.

Figura 2 – Representação do processamento dos dados da metodologia qualitativa

Figura 3 – Demonstração das etapas superadas pelos asmáticos graves na acessibilidade ao medicamento do CEAF-asma grave.

Fuxograma 1 – Fluxo de atendimento de usuários com medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica conforme Portarias 2981/2009 e 3439/2010.

Gráfico 1 – Medicamentos excepcionais – evolução dos gastos em reais – Brasil -1997 a 2007.

Gráfico 2 – Medicamentos excepcionais – evolução do número de pacientes atendidos – Brasil -1997 a 2001.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra dos asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX por Decis de faixa etária – Pernambuco – 2010.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra dos asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX segundo o sexo – Pernambuco – 2010.

Gráfico 5 – Tipos de estabelecimentos de saúde solicitantes que acompanham os usuários cadastrados no CEAF-asma grave – Pernambuco – 2010.

Gráfico 6 – Distribuição do número de asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX por unidade de dispensação – Pernambuco – 2010.

Gráfico 7 – Número de fármacos disponibilizados pelo Componente Especializado de Assistência Farmacêutica e suas apresentações – Brasil – 1993 a 2010.

Mapa 1 – Municípios com unidades da Farmácia de Pernambuco em funcionamento e projetadas – Pernambuco, 2010.

Quadro 1 – Classificação da gravidade da asma segundo IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma – Brasil – 2006.

Quadro 2 – Classificação dos medicamentos utilizados para tratamento da asma, de acordo com a Portaria 2981/2009.

Quadro 3 – Caracterização dos usuários narradores com uso de pseudônimos

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Proporção de pacientes asmáticos e asmáticos graves na população de Pernambuco – 2010.

Tabela 2 – Taxa de cobertura do componente especializado de assistência farmacêutica -asma grave por macrorregião de saúde do estado de Pernambuco – 2010.

Tabela 3 – Distribuição da amostra dos asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX, segundo sexo e faixa etária, em números relativos e absolutos – Pernambuco – 2010.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX, em números relativos e absolutos, segundo as regiões de saúde onde residem – Pernambuco – 2010.

Tabela 5 – Número de asmáticos graves, da amostra, cadastrados no SISMEDEX, em números relativos e absolutos, segundo estabelecimento de saúde solicitante, distribuídos por regiões de saúde – Pernambuco – 2010.

Tabela 6 – Utilização das unidades de dispensação segundo a macrorregião de residência – Pernambuco – 2010.

Tabela 7 – Relação entre o local de residência, estabelecimento solicitante e unidade de dispensação – Pernambuco – 2010.

Tabela 8 - Distribuição do número de cadastrados no CEAF-asma grave residentes na Região Metropolitana do Recife e no Interior do Estado de Pernambuco, segundo o número de oportunidades perdidas à unidade de dispensação, por 12 meses consecutivos – Pernambuco, novembro de 2009 a outubro de 2010.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
Apac	Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo
BPA	Boletim de procedimento ambulatorial
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMDE	Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Comissão parlamentar de inquérito
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FPE	Farmácia de Pernambuco
GM/MS	Gabinete do ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadoria e Serviço
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISAAC	International Study of Asthma and Allergies in Childhood
LME	Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNM	Política Nacional de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMP/Inamps	Relação de Medicamentos Padronizados do Inamps
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de informações ambulatoriais
SISMEDEX	Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos

	Medicamentos do CEAF
SME	Solicitação de medicamentos excepcionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento fora do domicílio
UD	Unidade de Dispensação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	<u>Acessibilidade ao medicamento e direito à saúde</u> .....	15
1.2	<u>Asma: aspectos clínicos e epidemiológicos</u> .....	16
1.3	<u>Assistência farmacêutica ao paciente com asma grave no Brasil</u> .....	20
1.4	<u>Indagações e justificativas</u> .....	21
2	MARCO TEÓRICO	
2.1	<u>Importância do medicamento para sociedade contemporânea</u> .....	22
2.2	<u>Acessibilidade como atributo de avaliação de políticas de saúde</u> .....	23
2.3	<u>Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil</u> .....	28
2.3.1	Assistência Farmacêutica - Breve Histórico.....	29
2.3.2	Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	36
2.4	Aspectos operacionais do CEAF-asma grave.....	37
3	OBJETIVOS	
3.1	<u>Objetivo geral</u> .....	41
3.2	<u>Objetivos específicos</u> .....	41
4	METODOLOGIA	
4.1	<u>Desenho do Estudo</u> .....	43
4.2	<u>Ambientes de coleta dos dados</u> .....	44
4.3	<u>População de estudo</u> .....	45
4.4	<u>Técnicas e Instrumentos</u> .....	46
4.4.1	Pesquisa documental.....	46
4.4.2	História oral e Entrevistas.....	47
4.5	<u>Processamento e Análise dos Dados</u> .....	48
4.6	<u>Aspectos Éticos</u> .....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1	<u>Análise dos dados quantitativos</u> .....	51
5.1.1	Cobertura do CEAF-asma grave.....	51
5.1.2	Perfil demográfico do usuário cadastrado no CEAF-asma grave.....	55
5.1.3	Utilização dos serviços.....	58
5.1.3.1	Estabelecimentos de saúde solicitantes.....	58
5.1.3.2	Unidade de dispensação.....	60

5.1.4	Localização da residência do usuário, do estabelecimento solicitante e da unidade de dispensação.....	63
5.1.5	Assiduidade dos usuários à unidade de dispensação.....	64
5.2	<u>Análise dos dados qualitativos</u> .....	64
5.2.1	Questões relacionadas à acessibilidade, divididas de acordo com a categoria do informante chave.....	65
5.2.1.1	Integrantes do núcleo de gestão do CEAF-asma grave.....	68
5.2.1.2	Médicos que atendem em estabelecimentos solicitantes.....	77
5.2.2	Questões relacionadas à acessibilidade observadas pelos usuários cadastrados no CEAF-asma grave em Pernambuco.....	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
APÊNDICES		
APÊNDICE A	“ Roteiro de entrevista com a gestão da política de assistência farmacêutica no estado” .....	118
APÊNDICE B	“Roteiro de entrevista com médicos pneumologistas do HC/UFPE e HBL/SES/PE.....	119
APÊNDICE C	“Roteiro de entrevista com o Auxiliar de Farmácia”.....	120
APÊNDICE D	“Roteiro guia para a História Oral”.....	121
APÊNDICE E	“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.....	122
ANEXOS		
ANEXO A	Medicamentos disponibilizados para o tratamento de asma grave.....	123
ANEXO B	Organograma da Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES/PE.....	124
ANEXO C <sub>1</sub>	Face A do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos do CEAF – Solicitação de Medicamentos.....	125
ANEXO C <sub>2</sub>	Face B do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos do CEAF – Avaliação/Autorização de Medicamentos.....	126

## *1. INTRODUÇÃO*

---

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Acessibilidade ao medicamento e direito à saúde

Embora se reconheça que a saúde de uma população não depende apenas da oferta dos serviços de saúde e do acesso aos meios de tratamento, entre os quais se inclui o medicamento, é inegável a contribuição deste na composição do cuidado constituindo-se, com alguma frequência, em elemento essencial para a efetividade deste processo (CONASS, 2007).

Acessar o medicamento é – ou deveria ser – resultado de uma prescrição a qual por sua vez está vinculada a uma consulta realizada em um estabelecimento de saúde. A dificuldade em chegar a estas unidades e delas receber um atendimento resolutivo representa, segundo Paniz et al (2008), uma das causas mais frequentes de retorno de pacientes aos serviços. Esta dificuldade costuma assumir contornos dramáticos quando o medicamento se constitui em requisito essencial para que se cumpra o plano de tratamento.

No Brasil, a exemplo de outros países da América Latina, entre eles o México e a Colômbia (RODRÍGUEZ & ROLDÁN, 2008), o principal fator limitante do acesso continua sendo a precariedade das condições socioeconômicas de grande contingente da população (VIEIRA, 2010). Somam-se a essas dificuldades aquelas relacionadas com a inequidade na distribuição geográfica da oferta de serviços, o que leva Travassos (2006) a afirmar que o acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem.

A garantia de acessibilidade ao medicamento para aqueles que têm a correta indicação clínica para o seu uso, representa um dos atributos essenciais na construção e implementação de uma política nacional de saúde. No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 faz referência explícita a esta questão, quando inclui, entre os campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução da "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" e "a formulação da política de medicamentos, (...) de interesse para a saúde (...)" (BRASIL, 1990). Deste modo, o direito à saúde, presente na Constituição Federal (BRASIL, 1988), se materializa, entre outros fatores, pela ordenação legal do acesso dos cidadãos ao medicamento (BRASIL, 2002a).

Este acesso, em princípio, deve ser assegurado pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que no Brasil foi aprovada em 2004 através da Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2004) e regulamentada por uma base normativa complexa, que inclui um conjunto de leis, decretos, portarias e resoluções, alteradas com certa frequência, em face da necessidade de abranger situações novas, o que dificulta o seu conhecimento atualizado e sua interpretação correta pelos atores que interagem no setor (OPAS/OMS, 2005).

A aplicação dos dispositivos contidos nestes documentos se depara com problemas e resistências que têm a sua origem nos mesmos determinantes sociais, econômicos, culturais e institucionais que desafiam o SUS como um todo, erguendo barreiras que dificultam a acessibilidade da população aos medicamentos, principalmente em se tratando daqueles de uso ambulatorial continuado (PONTAROLLI, 2003).

Entre estes medicamentos, aqueles definidos atualmente na política de assistência farmacêutica como especializados assumem destacado papel em função do elevado custo financeiro para sua obtenção e da essencialidade de que se revestem para o controle de certas doenças, como é o caso da forma grave da asma brônquica.

## 1.2 Asma: aspectos clínicos e epidemiológicos

A “asma” vem do grego e significa “ofegante” e já identificada há muitos anos (CAMPOS, 1993). É uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores caracterizada, pela hiperresponsividade das mesmas e pela limitação variável ao fluxo aéreo, sendo geralmente reversível espontaneamente ou com tratamento. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas (COOKSON, 1999; BUSSE & LEMANSKE 2001; III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 2002; DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2007).

Os acessos de asma podem ser desencadeados por alergênicos (pó da casa, ácaros domésticos, compostos químicos, leite, mariscos, corantes) ou outros agentes de ação precipitante (exercícios, refluxo gastroesofágico, medicamentos) e é esta multiplicidade de fatores que

justifica a variabilidade dos quadros clínicos da doença e dificulta sua própria definição (CORDEIRO, 1995).

De acordo com a frequência e a intensidade dos sintomas e com os parâmetros da função pulmonar (QUADRO 1), pode-se classificar a asma em: intermitente, persistente leve, persistente moderada, persistente grave. Dos casos de asma, estima-se que aproximadamente 60% destes sejam intermitentes ou persistentes leves, 25-30% moderados e 5-10% graves (BRASIL, 2002; IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006; DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2007).

Quadro 1 - Classificação da gravidade da asma segundo IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma – Brasil - 2006

Manifestações clínicas	Gravidade			
	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	2x/semana ou Menos	Mais de 2x/semana, mas não diariamente	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	2x/semana ou Menos	3-4x/mês	Mais de 1x/semana	Quase diários
Necessidade de beta-2-agonista adrenérgico para alívio	2x/semana ou Menos	Menos de 2x/semana	Diária	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Igual 1/ano ou nenhuma/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano	Igual ou mais de 2/ano
VEF1 ou PFE	Igual ou maior de 80% do previsto	Igual ou maior de 80% do previsto	60%-80% do previsto	Igual ou menor de 60% do previsto
Varição VEF1 ou PFE	Abaixo de 20%	20%-30%	Acima de 30%	Acima de 30%

Fonte: Adaptado de IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, 2006.

Notas: 1 VEF1 - Volume expiratório forçado no primeiro segundo pós-broncodilatador é o melhor parâmetro espirométrico para avaliar mudanças a longo prazo na função pulmonar, sendo um indicador de progressão da doença. 2 PFE - Pico de fluxo expiratório serve para avaliar a variabilidade da obstrução e auxilia a monitorização clínica e a detecção precoce de crises.

Quanto à prevalência mundial de asma, Telles Filho (2010) afirma que para a população em geral esta fica entre 0,7% a 18,4%, variando entre regiões e países, sendo o Brasil o 8º país em prevalência da doença, com uma taxa superior a 10,1%. Um estudo multicêntrico do International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC, 1998), citado na IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006), apontou ser a prevalência média mundial da asma entre escolares (seis e sete anos), de 11,6% com uma oscilação entre 2,4% e 37,6%. Para os adolescentes (treze e catorze anos) esta prevalência foi de 13,7% e oscilou entre 1,5% e 32,6%. Nas populações adultas, em que os estudos são menos frequentes, as taxas encontradas tem se situado entre 3 e 8% (CORDEIRO, 1995).

Na estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a asma foi priorizada devido a sua magnitude na composição da morbidade (OPAS/OMS, 2000).

Para a Sociedade de Pneumologia e Tisiologia (2010) a asma, que é uma das principais causas de internação no Brasil, tem mostrado sinais de redução da sua morbidade. De fato, em 1999, segundo dados do DATASUS, ela foi responsável por 4,41% do total de internações, tendo uma redução a partir de 2002 e alcançando o valor de 2,33% do total de internações no ano de 2009, o que representa ainda, em termos absolutos, mais de 250.000 hospitalizações e a manutenção desta doença como a 4ª causa de hospitalizações no SUS, de acordo com informações da IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006).

No mundo, os custos com asma superam aos da tuberculose e HIV/AIDS somados, tendo um impacto sócio-econômico significativo. No Canadá, por exemplo, estima-se que os 10% da população correspondente aos portadores de asma grave sejam os responsáveis por 51% dos gastos médicos diretos do tratamento e 54% dos custos totais desembolsados com a doença (TELLES FILHO, 2010).

Em 2006 os custos do Sistema Único de Saúde com internações por asma foram de 96 milhões de reais, o que correspondeu a 1,4% do gasto total anual com todas as doenças (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006) o que representou em

termos absolutos uma despesa de mais de 100 milhões de reais. A magnitude deste custo monetário para Barnes et al (1996), é em grande parte atribuível a um controle inadequado dos casos e as conseqüências que isto traz para o estado de saúde, tais como o uso de salas de emergência e de leitos hospitalares. Os custos de tratamento de uma crise asmática são 3,5 vezes maiores que os associados com o tratamento de indivíduos cuja asma é bem controlada (SERRA-BATTLES J. et al, 1998; LANE, 2006).

No que se refere aos óbitos, nos países em desenvolvimento a mortalidade por asma vem aumentando nos últimos dez anos, correspondendo de 5% a 10% das mortes por causa respiratória, com elevada proporção de óbitos domiciliares (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006). Em 2005, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 255.000 pessoas morreram de asma e naquele período, no mundo, 300 milhões de pessoas sofriam com a doença, sendo que 60% eram crianças (WHO, 2008). A maior parte desta mortalidade corresponde aos asmáticos graves os quais, apesar de constituírem minoria, representam, do total de asmáticos, a maior parcela em utilização de recursos.

A asma, portanto, é um grave problema de saúde pública e, pelo fato de ser uma doença crônica, atingindo as pessoas em qualquer idade, especialmente na infância, repercute na vida do doente, de sua família e da comunidade. Para além do sofrimento que provoca, por afetar severamente a saúde de seu portador, ocasionando limitações nas rotinas diárias, interfere com as atividades escolares e profissionais (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA, 2002).

As pessoas, para tratamento desta patologia, precisam ter acessibilidade aos medicamentos e também receber da equipe de saúde informações adequadas quanto à maneira correta de utilizá-los, às formas de controlar/diminuir a exposição aos desencadeantes da asma, além de se tornarem capazes de monitorar a gravidade de sua patologia, conhecendo os planos de tratamento nos casos das exacerbações. Este conjunto de medidas visa possibilitar a reconquista de um padrão de vida normal ou próximo da normalidade e deste modo a inserção ou reinserção da pessoa nas atividades rotineiras.

### 1.3 Assistência farmacêutica ao paciente com asma grave no Brasil

Para o tratamento dos asmáticos graves o SUS disponibiliza medicamentos através da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), seguindo as regras estabelecidas pela portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 1012/2002 (BRASIL, 2002), que institui o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas-asma grave (PCDT). Este documento define critérios para regular a acessibilidade deste grupo de usuários aos medicamentos. Outra portaria da SAS/MS, esta de nº 709/2010 (BRASIL, 2010), renova o PCDT anteriormente estabelecido, enquanto a portaria GM/MS nº 2981/2009 (BRASIL, 2009) define o componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF), grupo ao qual pertencem os medicamentos destinados ao tratamento da asma grave (ANEXO 1).

Em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Superintendência de Assistência Farmacêutica, é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos para asma grave. Esta distribuição é realizada seguindo normas específicas, nas unidades denominadas Farmácia de Pernambuco (FPE), modalidade de serviço integrante da rede estadual de saúde. A FPE é responsável pela dispensação gratuita de medicamentos do componente especializado, embora a SES detenha a prerrogativa de descentralizar esta distribuição para outros tipos de unidades públicas de saúde (BRASIL, 2009).

A aquisição dos fármacos para tratamento da asma grave no estado, como atividade de implementação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), teve início em 2005. A dispensação começou a ser realizada na unidade metropolitana da FPE, localizada em Recife, ampliando-se mais tarde para as unidades posteriormente inauguradas nos municípios de Caruaru, Petrolina, Arcoverde e Garanhuns, sedes de regiões de saúde e para um dos hospitais públicos de grande porte localizado na capital.

A própria distribuição destas unidades, cobrindo apenas parcialmente o território do estado, suscita o questionamento sobre as condições de acessibilidade, haja vista que dependendo do município de moradia do usuário, faz-se necessário cobrir grandes distâncias todos os meses para receber os medicamentos, os quais são liberados em cotas mensais e na dependência da renovação do cadastramento que precisa ser feito a cada três meses, após consulta de

acompanhamento, realização de exame de espirometria e abertura de um processo burocrático.

#### 1.4 Indagações e justificativas

As grandes limitações causadas pela asma grave nas atividades diárias dos pacientes, comprometendo sua qualidade de vida; a elevada taxa de mortalidade destas pessoas; a resposta positiva ao tratamento adequado da doença e ainda os custos elevados para a aquisição deste grupo de medicamentos, já representam motivos suficientes para a indagação acerca das condições de acessibilidade que os asmáticos graves estão tendo aos medicamentos disponibilizados pela política de assistência farmacêutica, bem como para se buscar identificar e compreender os diversos fatores que facilitam ou dificultam este acesso.

Além disso, uma política que cursa há mais de cinco anos, comprometendo considerável aporte de recursos financeiros e a mobilização de um complexo aparato logístico para sua implementação, necessita ser avaliada do ponto de vista dos ganhos obtidos na acessibilidade dos usuários aos benefícios que se propõe ofertar.

Considera-se ainda como justificativa para realização desta pesquisa a produção ainda modesta de estudos sobre a acessibilidade a medicamentos especializados no Brasil, especificamente aqueles disponibilizados para o tratamento de doenças como a asma grave. Nesta perspectiva, mesmo os resultados de avaliação normativa não têm produzido dados a conhecer pelas instituições que operam a política, transitando provavelmente como documentos de circulação interna.

Acresce o fato de que a metodologia dos estudos disponíveis utiliza, via de regra, abordagens quantitativas, o que não permite a explicitação dos fatores que interferem na acessibilidade e que só podem ser revelados pelos atores diretamente envolvidos na implementação da política na esfera das unidades federadas, como é o caso dos integrantes do núcleo de gestão, dos médicos e dos usuários.

Por fim, a formação da pesquisadora em farmácia e a sua atuação profissional como responsável por uma unidade de dispensação que integra a estrutura de um hospital

universitário, onde se faz o acompanhamento clínico de asmáticos graves, explica o interesse pelo tema e a viabilidade para investigá-lo, haja vista o contato diuturno com as fontes de informação e a familiaridade com a operação dos bancos de dados.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Importância do medicamento para a sociedade contemporânea

Até o começo do século XIX, a maioria dos medicamentos era ainda de origem natural, de estrutura química desconhecida. Após 1940, ocorreu a introdução de novos medicamentos, principalmente no campo das doenças infecciosas. Nos anos 1950 e 1960, o desenvolvimento na área das ciências biológicas, possibilitando uma melhor compreensão dos mecanismos moleculares, celulares e homeostáticos, relacionados com a saúde e a doença e as conquistas tecnológicas e econômicas do pós-guerra, provocou a chamada “explosão farmacológica”. O avanço das pesquisas e a intensificação da propaganda de medicamentos, fomentou uma excessiva crença no poder que eles teriam para prolongar a vida e produzir saúde (STORPIRTIS et al, 2006).

Tinha início a era da medicalização, definida por Barros (2002) como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial. Esta dependência em relação às tecnologias diagnósticas e terapêuticas passou a ser percebido como algo essencial na garantia dos bons níveis de saúde, numa sociedade em que o consumo se tornou o principal meio para garantir níveis satisfatórios de bem-estar e onde o ‘remédio’ oferecido pela ciência tornou-se elemento essencial para a resolução de problemas, independentemente da sua natureza (BARROS, 2002).

Admitir a existência da medicalização e dos seus efeitos nocivos não obscurece, contudo, a contribuição que o progresso no desenvolvimento da farmacologia trouxe para o tratamento de doenças até então consideradas incuráveis ou sem controle possível, contando-se entre estas uma grande variedade de doenças crônicas, para as quais se necessita do uso regular de medicamentos capazes de minimizar os danos e as limitações delas decorrentes. Para o asmático grave, em particular, o tratamento contínuo representa condição essencial, ainda que não suficiente, para controlar as crises e assegurar a manutenção da própria vida.

## 2.2 Acessibilidade como atributo de avaliação de políticas de saúde

O valor atribuído ao medicamento está diretamente relacionado à possibilidade de acessá-lo. Acessibilidade, portanto, passa a ser um elemento de fundamental importância para se intervir de maneira positiva no estado de saúde do indivíduo e da coletividade, embora a produção da saúde esteja vinculada ao acesso às condições dignas de nutrição, habitação, educação e renda, componentes fundamentais no desenvolvimento do processo saúde-doença (UNGLERT, 1995; RAMOS, 2003).

O aporte teórico-conceitual sobre acessibilidade varia entre os autores e experimenta mudanças ao longo do tempo em função do contexto social, cultural, político e econômico no qual é formulado. Este dissenso abrange diferentes aspectos (TRAVASSOS & MARTINS, 2004). O primeiro deles diz respeito à terminologia empregada. Frenk (1985) utiliza a expressão acessibilidade. Reconhece que há uma tendência ao uso da palavra acesso como sinônimo, mas explicita que acesso é tão somente uma das categorias relacionadas à acessibilidade. Donabedian (1973), Unglert (1995), Acurcio & Guimarães (1996) também empregam o termo acessibilidade mas vão defini-lo cada um a sua maneira, como será comentado adiante. Já Andersen (1995), Travassos (2006) e Peckansky & Thomas (1981) preferem utilizar o termo acesso entendendo acessibilidade como uma das suas dimensões.

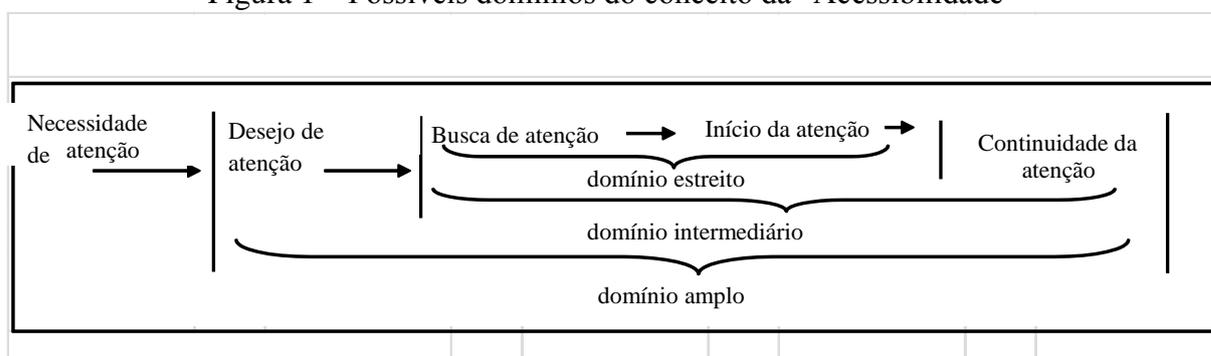
Outro ponto a ser considerado é o que se refere ao enfoque dado ao conceito, havendo alguns autores que centram a noção de acessibilidade/acesso nas características dos indivíduos. Outros colocam ênfase nas características da oferta de serviços de saúde. Outros ainda combinam as duas situações, como é o caso de Travassos & Martins (2004) e de Frenk (1985). Aday & Andersen (1974) identificam ainda discordâncias teórico-conceituais no que diz respeito a avaliar o acesso com base nos resultados dos sistemas de saúde ou na relação que os vários elementos que compõem o sistema estabelecem entre si para alcançar esses resultados.

Apesar de existirem acentuadas divergências entre os autores é possível encontrar pontos de consenso, o que pode ser verificado na medida em que cada um enuncia sua definição.

Para Frenk (1985), acessibilidade é um grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as características da população no processo de busca e obtenção de atenção, apesar de considerar que este conceito é um recurso mental utilizado com o objetivo de apreender a essência de uma realidade que por si mesma é uma totalidade complexa e indivisível. O autor elabora um modelo (FIG.1) - inspirado em Donabedian (1973) - que representa a sucessão de acontecimentos desde o momento em que surge a necessidade de atenção médica até o momento em que se inicia ou se continua a utilização dos serviços médicos de saúde, estabelecendo os seguintes alcances ou domínios:

- domínio estreito, que envolve apenas a busca da atenção e o início da mesma;
- domínio intermediário, que além do anterior considera a continuação da atenção;
- domínio amplo, que incorpora o desejo de atenção.

Figura 1 – Possíveis domínios do conceito da “Acessibilidade”



Fonte: Frenk (1985, p.440)

O mesmo autor considera, portanto, que a análise da acessibilidade num domínio mais estreito, aquele que se restringe ao processo de busca e recebimento de atenção, é o mais proveitoso para se pesquisar, porque mesmo dentro desse espaço aparentemente restrito, há uma multiplicidade de fatores a serem observados, como a capacidade de produzir serviços - este relacionado com a disponibilidade dos recursos de atenção à saúde - e a própria utilização dos serviços (consumo real), fatores esses que interferem no processo de busca e obtenção de atenção.

Ao se considerar os objetivos a serem atingidos no domínio estreito, a análise deve se centrar nos fatores que facilitam ou dificultam os processos de busca de atenção à saúde e a obtenção

da mesma. Para um domínio intermediário, devem-se avaliar, também, todos os fatores que podem estar interferindo nos contatos subsequentes desta continuidade da atenção. Para a análise de um domínio amplo, fenômenos como crenças relativas à saúde, confiança no sistema de saúde e tolerância a incapacidade precisam ser considerados. Nesta situação os estudos de acessibilidade se confundem com os de utilização de serviços (FRENK, 1985).

Desse modo, dentro do processo de busca e recebimento da atenção, que compõe o domínio estreito, Frenk (1985) considera a existência de uma gama de fenômenos contínuos referentes a atenção médica, estando em um extremo o fenômeno da disponibilidade, que constitui a presença física dos recursos para a saúde, tendo em conta os fatores que afetam a produtividade desses e no outro extremo a obtenção da atenção e utilização dos serviços. Para ele, entre esses dois extremos existem ainda uma diversidade de fatores, o que leva a concluir que a disponibilidade não implica necessariamente na utilização. Tais fatores incluem o tempo de marcação de consulta, o tempo de espera pela consulta, os recursos de transporte da população, a localização dos serviços de atenção e características organizativas dos serviços - entrada e interior do estabelecimento de saúde, sendo este ligado também ao domínio intermediário, uma vez que interfere na continuidade da atenção.

Nesta conceituação de acessibilidade, Frenk (1985) afirma ser provável que boa parte da confusão que a caracteriza se deve ao fato de que na literatura se empregam indiscriminadamente os três alcances do conceito. A maioria dos autores, aqui pesquisados, no entanto, preferem o termo acessibilidade realizando suas análises dentro de um domínio estreito ou intermediário, avaliando as características dos recursos de atenção à saúde ou o ajuste entre estes e as características da população.

Um destes autores é Donabedian (1973), que define acessibilidade como uma característica da oferta de serviços, na medida em que esses serviços sejam capazes de produzir ações capazes de atender as necessidades de saúde dos cidadãos. Acessibilidade não seria então a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, mas estaria se referindo às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Considera importante que para execução dessas ações, se tenha, além da entrada, a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos e distingue duas dimensões

da acessibilidade que se inter-relacionam: a sócio organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso destes; e a geográfica, sendo esta relacionada aos aspectos como distância da residência do usuário ao estabelecimento de saúde, o tempo de locomoção, o custo do transporte e outros.

Unglert (1995) entende acessibilidade como uma característica dos serviços de saúde, podendo ser abordada sob o enfoque: geográfico, no nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos; funcional, ao se considerar os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento e sua qualidade; econômico quando a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos e cultural, ao analisar a inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população, revelando neste último aspecto, um alcance amplo da sua conceituação.

Para Guimarães & Acurcio (1996), acessibilidade pode ser conceituada como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde de maneira fácil e conveniente. Colocam, porém, ser pertinente incorporar o alerta de Aday & Andersen (1974): “As distintas características do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite.”

Andersen (1995) utiliza o termo acesso como sendo a entrada no serviço e a continuidade do tratamento. Concorda com Donabedian ao ponderar que este acesso é uma característica da oferta de serviços, importante para explicação do padrão de utilização dos mesmos. Por considerar que a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediado por fatores individuais existentes antes mesmo do surgimento do problema de saúde, então de acordo com a classificação de Frenk (1985), estaria trabalhando num domínio amplo. Tanto é que em revisões posteriores Andersen incorpora ao seu entendimento de acesso, a etapa de utilização de serviços.

Travassos (2006) considera acesso como a possibilidade de utilizar os serviços de saúde quando necessário, sendo que as características da oferta destes serviços podem facilitar ou

dificultar a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. As barreiras de acesso estariam caracterizadas pelo grau de disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços, pela disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, pelos mecanismos de financiamento, pelo modelo assistencial e pela informação do sistema, entre outros.

Dentre os autores relatados percebe-se que oferta de serviços de saúde é algo fundamental e que a avaliação se dá, para a maioria dos autores aqui enfocados, num domínio estreito ou intermediário. Nesta pesquisa opta-se pela utilização do termo acessibilidade e por sua análise em um domínio intermediário, segundo o esquema de Frenk, levando em consideração os seguintes enfoques:

- geográfico, para estimar a distância que uma pessoa necessitou percorrer em busca do medicamento e obstáculos que precisou superar;
- econômico, para verificar as facilidades/dificuldades que o usuário encontrou para obter o produto;
- funcional (ou sócio-organizacional), visando analisar a entrada do paciente aos estabelecimentos, os serviços neles oferecidos e a interação entre paciente/equipe de saúde, pois a troca adequada de informações e encaminhamentos provocam consequência direta no resultado da terapêutica.

Além do recurso ao banco de dados representado pelo sistema informatizado que instrumentaliza o controle da dispensação, buscou-se captar a avaliação feita por ocupantes dos postos de gestão da política, por profissionais de saúde que realizam o acompanhamento clínico e por usuários, com base no pressuposto de que a escuta das vivências e das opiniões destes atores possibilitam compreender aspectos relacionados com a acessibilidade ao medicamento inacessível em outras fontes de informação. Aspectos estes de fundamental importância para promover a qualidade dos serviços, repensar práticas e reorganizar fluxos de atendimento (LIMA, 2007; RAMOS, 2003; REGO et al apud REIS, 2009).

Para Hartz (2005), a acessibilidade é um atributo relacionado à disponibilidade e distribuição social dos recursos, ao lado da cobertura e da equidade. Neste caso representa um atributo da política de assistência farmacêutica escolhido para ser avaliado.

A avaliação de programas e políticas de saúde tem um papel reconhecido como componente da gestão no tocante ao seu propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios, por meio de: (1) identificação de problemas; (2) reorientação de ações e serviços desenvolvidos; (3) incorporação de práticas sanitárias na rotina dos profissionais e (4) mensuração do impacto das ações implantadas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005 apud GUSMÃO, 2008).

Donabedian apud OPAS/OMS (2005) apresenta a abordagem da avaliação em saúde sob os enfoques de estrutura, processo e resultados. Por estrutura, entendem-se as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham, incluindo aí, os recursos humanos, físicos e financeiros de que se necessita para proporcionar a atenção; processo pode ser compreendido como a série de atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas do cuidado e os resultados estariam relacionados tanto com o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto com a modificação no estado de saúde de indivíduos da população.

Nesta pesquisa o foco da análise centra-se no processo, porém não deixa de considerar as interrelações que o processo mantém com os enfoques da estrutura e resultados.

### 2.3 Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Apresentava um modelo centralizado de gestão e tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (CONASS, 2007). Naquele período, os pacientes portadores de doenças crônicas ou raras, que necessitavam de medicamentos de uso ambulatorial, com custo elevado ou por períodos longos, não tinham acessibilidade garantida aos mesmos pelo poder público (CONASS, 2004). Estes medicamentos passaram a ser denominados posteriormente de “excepcionais” e ao longo dos anos, as formas de planejamento, financiamento, aquisição e distribuição deste grupo de fármacos foi sendo modificado, tendo como marco mais recente a edição da Portaria

GM/MS nº 2981/2009 (BRASIL, 2009), que mudou a denominação de excepcionais para especializados e definiu novas regras de gerenciamento do componente.

### 2.3.1 Assistência Farmacêutica - Breve Histórico

A reunião de Alma-Ata, em 1978 que tinha como meta “Saúde para todos” e elegia o desenvolvimento da atenção primária como a estratégia para alcançar tal meta, representou um marco importante também para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo. Nesta reunião foram discutidos e pactuados pelas nações aspectos como a recomendação para que os governos formulassem políticas de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos, de modo a assegurar a disponibilidade dos medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde. Foi também enfatizada a necessidade de adoção de medidas para prevenir a excessiva utilização dos medicamentos (MARIN, 2003).

Como definição de assistência farmacêutica e demarcação do seu campo de atuação, persiste a formulação adotada pela Política Nacional de Medicamentos, instituída em 1998.

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998)

O crescimento da assistência farmacêutica e posterior universalização dos seus benefícios, com o conseqüente aumento da compra de medicamentos para ambulatórios conveniados, propiciou um espaço para a entrada de fármacos que passariam a ser denominados excepcionais. Em 1975, através da portaria GM/MS nº 233/75 (BRASIL, 1975), a Central de Medicamentos (CEME) ficou responsável pelas ações de aquisição e distribuição dos medicamentos utilizados pelas instituições vinculadas ao Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e entidades com ele conveniadas. Esta Portaria permitiu a aquisição de produtos fora da padronização, mas desde que justificados e que tivessem similaridade com os da relação básica, o que diferia dos medicamentos excepcionais, para os

quais a aquisição era direta, não havendo dependência com a padronização e nem necessidade de similaridade (SILVA, 2000).

O conceito de medicamentos excepcionais foi efetivamente definido através da Portaria MPAS/MS/MEC nº 03/1982 (BRASIL, 1982; BELTRAME, 2003). Esta Portaria também regulamentou e estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como a relação definidora dos produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças prevalentes na população brasileira, estabelecendo a adoção desta relação pelos órgãos públicos conveniados e normas para fornecimento gratuito de medicamentos (SILVA, 2000).

Os medicamentos excepcionais não faziam parte, até então, de nenhuma relação, até que em 1986, ao ser instituída a Relação de Medicamentos Padronizados (RMP) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinada a complementar a RENAME, alguns deles foram incluídos (SILVA, 2000). Neste período, a aquisição de medicamentos excepcionais, antes efetuada pela CEME por intermédio da sua direção geral, passou a ser feita diretamente no mercado nacional, pelas superintendências regionais do INAMPS, que eram representações daquele órgão nos estados e que passaram a ter autonomia para estabelecer programas de utilização de medicamentos excepcionais de acordo com peculiaridades epidemiológicas locais (SILVA, 2000).

Em 1993, ocorreu a descentralização da assistência farmacêutica pela extinção do INAMPS, em decorrência da criação do SUS. Com a descentralização no fornecimento de medicamentos e materiais, as Secretarias Estaduais de Saúde tiveram que se articular com a CEME para dar continuidade a aquisição/distribuição dos excepcionais. E até então, como não estava clara a questão do financiamento, as SES que já sofriam pela falta de recursos financeiros, tiveram dificuldades de dar continuidade à aquisição daquele grupo de medicamentos, pois além do alto custo dos mesmos, parte deles ainda era adquirido por importação. Neste período, surge o primeiro movimento no sentido de estabelecer uma tabela de ressarcimento para estes medicamentos, através da Portaria SAS/MS nº 142/1993 (BRASIL, 1993; SILVA, 2000; BELTRAME, 2003).

Até 1996, ocorreram várias modificações nos mecanismos operacionais de pagamento, tendo como um dos objetivos melhorar a acessibilidade da população aos medicamentos excepcionais. Até este ano, porém, um número reduzido destes fármacos foi efetivamente dispensado para os usuários. Segundo dados disponíveis, essa dispensação era errática, pouco constante e irregular. Então, através da Portaria MS/SAS nº 204/1996 (BRASIL, 1996), foram estabelecidas medidas para maior controle dos gastos com medicamentos excepcionais: a relação destes produtos foi complementada, foram criados códigos na tabela do Sistema de informações ambulatoriais/Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), estabeleceu-se a obrigatoriedade de dispensação somente na rede pública, foi instituído o formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME) e determinou-se a cobrança através de Boletim de Procedimento Ambulatorial (BPA) (BELTRAME, 2003).

Até aquele momento, no entanto, as formas de planejamento, aquisição e distribuição dos medicamentos excepcionais permaneciam isoladas das decisões gerais sobre políticas de medicamentos no país. Com instituição da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), que tornou pública a importância dos medicamentos na resolutividade das ações de saúde e em suas diretrizes, foi estabelecida a reorientação da assistência farmacêutica, aí incluída a garantia do acesso da população aos medicamentos de custos elevados para doenças de caráter individual. Com as mudanças ocorridas a partir do final de 1999 e início de 2000, na formulação, gerenciamento e financiamento, é que se consolida a tendência de crescimento na aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, com significativo aumento nos quantitativos de especialidades dispensadas, nos valores pagos e no número de usuários atendidos (BELTRAME, 2003).

Como pôde ser verificado, o processo de aquisição, dispensação e a própria definição do elenco de medicamentos excepcionais, se deu à margem das discussões da política geral de assistência farmacêutica no país. A desarticulação das ações, a falta de critérios claros para definição do financiamento e da inclusão de novos medicamentos propiciou um crescimento desordenado nas aquisições destes produtos. Profissionais de saúde envolvidos com a questão da assistência farmacêutica, gestores do SUS, parlamentares e representantes da indústria farmacêutica realizaram críticas à forma de condução dessas ações, pela falta de transparência (BELTRAME, 2003).

Ainda no ano de 1999, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) procurando tornar mais transparentes os critérios de inclusão/exclusão destes medicamentos, com consequente melhoria para o gerenciamento destes produtos, adotou mecanismos para ampliar a discussão, envolvendo diversos setores, como a burocracia estatal, a indústria farmacêutica, os profissionais de saúde, os gestores do SUS e a sociedade civil. Para isto foi criada, através da Portaria GM/MS nº 1310/1999 (BRASIL, 1999), a Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS, com o objetivo de estabelecer critérios técnicos para seleção, inclusão, exclusão e substituição de medicamentos excepcionais da tabela SIA/SUS (SILVA, 2000; BELTRAME, 2003; CONASS, 2007).

Considerando as dificuldades enfrentadas pelas SES devido aos crescentes valores financeiros aplicados na aquisição e gerenciamento deste grupo de medicamentos, tornou-se necessária nova estruturação para este processo. Assim, em 05 de outubro de 2006, a partir de uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi aprovada e institucionalizada a Portaria GM/MS nº 2577/2006 (BRASIL, 2006a), que regulamentou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, caracterizado por disponibilizar medicamentos no âmbito do SUS para tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios (CONASS, 2007):

- a) Doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado.
- b) Doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que:
  - haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou;
  - o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

Atualmente os componentes do bloco de financiamento da assistência farmacêutica são assim divididos:

- componente básico, envolvendo um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica;
- componente estratégico, no qual são disponibilizados medicamentos para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do ministério com protocolos e normas estabelecidas. Por exemplo: Aids, tuberculose e hanseníase;
- componente especializado, aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009 é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste componente especializado estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. Estes grupos foram constituídos considerando como critérios gerais a complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente, a garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão.

- grupo 1 - Medicamentos sob responsabilidade da União, destinados às doenças de maior complexidade;
- grupo 2 - Medicamentos sob responsabilidade dos Estados e Distrito Federal, destinados à doenças de menor complexidade do que aquelas elencadas no grupo 1;
- grupo 3 - Medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal, correspondente aos fármacos constantes na RENAME vigente e indicados pelos

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste componente.

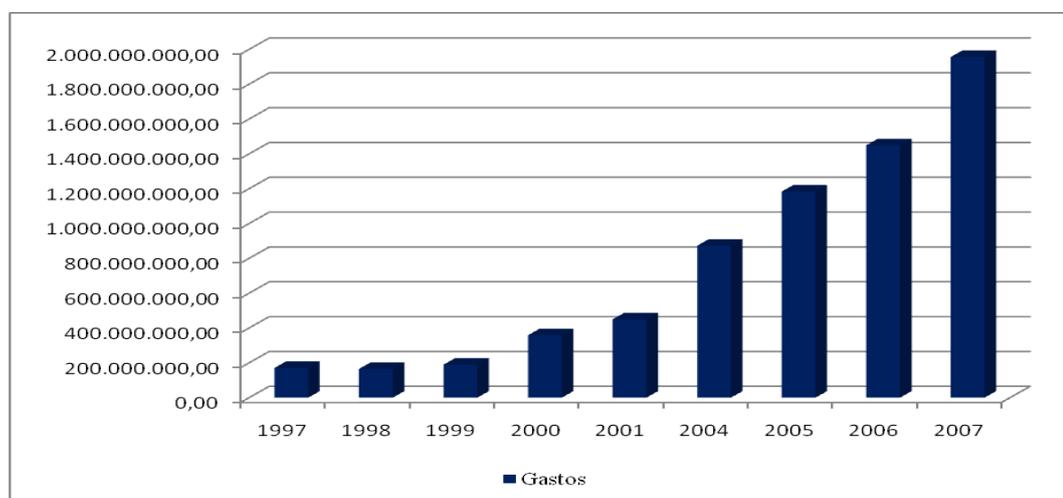
A execução deste componente especializado possui características próprias e envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade do tratamento. A acessibilidade é precedida por procedimentos definidos, que estabelecem os requisitos a serem atendidos pelo possível usuário (CONASS, 2007; BRASIL, 2009):

- atendimento em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais. Nestes locais, além da avaliação clínica e acompanhamento do usuário por médicos especialistas, é possível que ocorra a administração e/ou distribuição do medicamento. Sua distribuição geográfica deve ser planejada de modo a facilitar a acessibilidade dos usuários ao diagnóstico e tratamento, considerando a oferta e demanda de diferentes regiões.
- cadastro: o usuário para se cadastrar deverá cumprir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em portarias específicas e nos Protocolos Clínicos. O mesmo deverá entregar os documentos exigidos e em posse destes documentos, os avaliadores realizam análise e autorização.
- dispensação: deverá ser efetivada somente após avaliação técnica e autorização pelos avaliadores. Poderá ocorrer em uma das unidades da farmácia de Pernambuco e no Hospital Barão de Lucena.
- acompanhamento: poderá ser estabelecido de acordo com a periodicidade necessária para reavaliação clínica conforme a patologia. Para asma grave, anualmente, o paciente deverá realizar a espirometria.

Os protocolos clínicos foram desenvolvidos pela Comissão de Assessoria Farmacêutica do Ministério da Saúde, a partir do ano 2000 e além de definirem as recomendações técnicas para a acessibilidade ao medicamento, também cumprem um papel fundamental nos processos de gerenciamento dos programas de assistência farmacêutica, nos processos de educação em saúde para profissionais e pacientes e, no que se refere a aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; BRASIL, 2002a; CONASS, 2007).

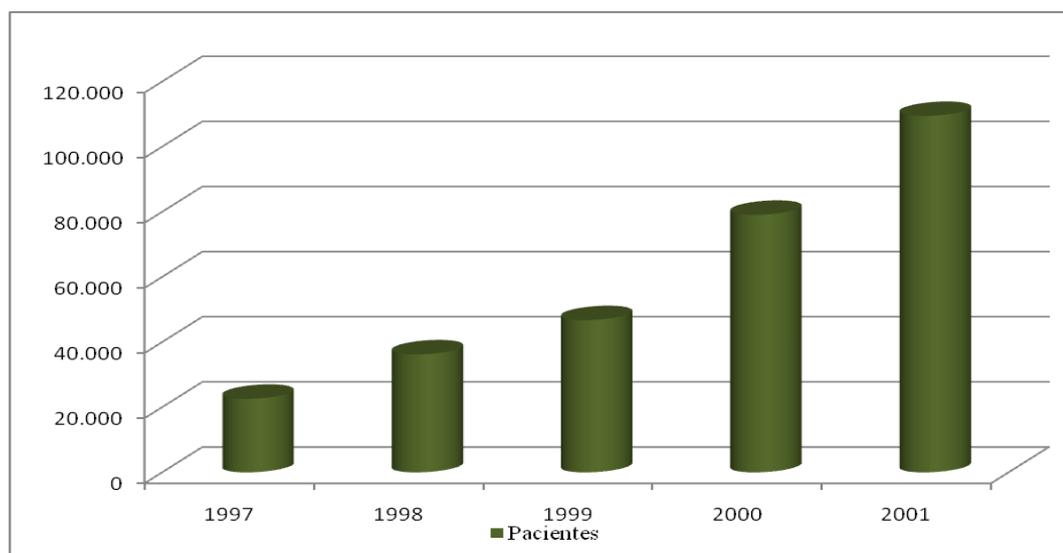
Considerando, pelo que foi relatado, a complexidade do componente especializado e dados do Gráfico 1, que indica a evolução dos gastos para aquisição de medicamentos excepcionais, informação reforçada por Brandão (2010) e o Gráfico 2, que mostra a evolução no número de pacientes atendidos com estes produtos, percebe-se a importância da realização de pesquisas de acessibilidade ao grupo de medicamentos especializados.

Gráfico 1- Medicamentos excepcionais – evolução dos gastos em reais – Brasil -1997 a 2007



Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/6.6%20Assistencia.htm>

Gráfico 2 - Medicamentos excepcionais – evolução do número de pacientes atendidos – Brasil -1997 a 2001



Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/6.6%20Assistencia.htm>

### 2.3.2 Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O financiamento do componente especializado de assistência farmacêutica experimentou ao longo de sua história diversas modalidades. Até final de 1999, os medicamentos excepcionais eram financiados com recursos repassados pelo Ministério da Saúde, integrantes dos tetos financeiros dos estados. Os repasses eram feitos após a apresentação, pelo estado, da fatura, quando a aquisição e dispensação já haviam sido realizadas (BELTRAME, 2003).

A Portaria Conjunta SES/SAS/MS nº 14/1999 (BRASIL, 1999a) regulamentou o financiamento e a distribuição dos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e, através da Portaria SAS/MS nº 409/1999 (BRASIL, 1999b), implantou a sistemática de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC) para o ressarcimento de todos os medicamentos excepcionais. Para viabilizar sua implantação, estabeleceu os códigos de procedimentos para fornecimento dos medicamentos, o controle individualizado dos usuários através do cadastro de pessoa física (CPF), o uso do Código Internacional de Doenças (CID) e as quantidades máximas de medicamentos, entre outros (CONASS, 2007).

Em 2000, o financiamento destes medicamentos foi incluído no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), passando a ser um recurso extrateto e deixando de onerar o teto financeiro dos estados. Também foi implantado o sistema de transferência fundo a fundo de forma antecipada e criado um mecanismo de “encontro de contas” trimestral. Estas medidas permitiram incremento no fornecimento de medicamentos, no número de pacientes atendidos e nos gastos realizados (BELTRAME, 2003).

O Ministério da Saúde no período de 1997 a 2002 incrementou de forma significativa o volume de recursos alocados para aquisição dos medicamentos excepcionais, com o objetivo de ampliá-lo e melhorar a acessibilidade da população. Em 2002 através de um acordo do Ministério da Saúde com o Conselho de Política Fazendária (CONFAZ), este concedeu isenção do Imposto de circulação de mercadoria e serviço (ICMS) às operações realizadas com diversos medicamentos excepcionais. A economia gerada pela desoneração tributária destes produtos, cerca de R\$ 87 milhões de agosto a dezembro de 2002 e R\$ 119 milhões em

2003, foi investida integralmente na ampliação da aquisição de medicamentos excepcionais com a inclusão e compra de novos fármacos, inclusão de cobertura farmacêutica para novas doenças e ampliação da acessibilidade a estes produtos pela população (BELTRAME, 2003).

Em 2007 o recurso destinado ao financiamento para aquisição/distribuição de medicamentos excepcionais era repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde aos estados e Distrito Federal, com base na média dos valores aprovados em um determinado período trimestral, a partir das informações apresentadas por meio das autorizações de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (APAC) (CONASS, 2007).

Mais tarde, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2981/2009 (BRASIL, 2009), o financiamento para aquisição dos medicamentos do CEAF estará diretamente relacionado ao grupo em que os mesmos estão alocados. O grupo 3 passou a ser financiado de acordo com a regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, em ato normativo específico. O financiamento do grupo 2 ficou integralmente sob a responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal e os medicamentos pertencentes ao grupo 1 foram assumidos pelo Ministério da Saúde na forma de aquisição centralizada (Grupo 1A) e na forma de transferência de recursos financeiros (Grupo 1B).

Os medicamentos utilizados no tratamento da asma grave pertencem aos grupos 2 e 3, financiados, respectivamente, pelo estado e municípios.

#### 2.4 Aspectos operacionais do CEAF-asma grave

Em 2002, a partir da aprovação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) os asmáticos graves passaram a ter direito de acessar medicamentos para seu tratamento, no Sistema Único de Saúde, cabendo às secretarias estaduais de saúde, realizar os processos de planejamento, aquisição, distribuição e acompanhamento dos usuários.

No Brasil, as recomendações para tratamento da asma seguem as diretrizes da Global Initiative for Asthma (GINA) (2010) e as Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006). Para asma grave, são acrescentadas a essas recomendações aquelas referentes ao protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT), definido pelo Ministério da Saúde em 2002

(BRASIL, 2002) e atualizado em 2010 (BRASIL, 2010). Os asmáticos devem receber, nas crises, os  $\beta$ -agonistas de curta ação e, para a manutenção, os  $\beta$ -agonistas de longa ação (LABAs), os corticóides inalatórios e os corticóides sistêmicos, cujos medicamentos estão descritos no Quadro 2. No caso de crianças com menos de 5 anos os beta-2-agonistas adrenérgicos de longa ação não têm comprovação de eficácia e segurança de forma que seu uso não está recomendado. Para estas também se deve estar atento à técnica inalatória, verificando-se a indicação de uso de máscaras acopladas a espaçadores.

Reconhece-se, no entanto, que o controle completo pode não ser atingido por alguns usuários. Nestes casos, a GINA (2010), as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006) e PCDDT (BRASIL, 2010), orientam que o tratamento vise os melhores resultados possíveis em termos de sintomas, uso de medicação de resgate e função pulmonar.

Quadro 2 - Classificação dos medicamentos utilizados para tratamento da asma, de acordo com Portaria 2981/2009

<b>Classificação</b>	<b>Medicamentos</b>
corticóides inalados (ICS)	Beclometasona e budesonida
$\beta$ -agonistas de curta ação	Fenoterol e salbutamol
$\beta$ -agonistas de longa ação (LABAs)	Formoterol e salmeterol
Corticóides sistêmicos	Prednisona e prednisolona

Fonte: Portaria GM/MS nº. 2981, 2009

A meta do tratamento, de acordo com IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma (2006) e PCDDT (2010) é, através do seguimento e monitoramento permanente, obter e manter o controle da doença por períodos prolongados, levando-se em consideração os efeitos adversos potenciais, as interações medicamentosas e os custos dos medicamentos. A classificação da gravidade é importante para determinar a dose de medicamentos suficiente para que a pessoa atinja este controle no menor prazo possível. A gravidade pode se alterar com os meses ou anos, daí a necessidade de uma avaliação periódica para a determinação do tratamento adequado.

O tratamento ideal é aquele que mantém o paciente controlado e estável com a menor dose de medicação possível. Se num período de três meses for obtido o controle, pode-se proceder a

redução das doses de medicamentos. Caso isto não tenha sido alcançado, antes de qualquer mudança terapêutica é necessário verificar a adesão do usuário ao tratamento; possíveis erros na técnica de uso dos dispositivos inalatórios; a presença de fatores desencadeantes e/ou agravantes, como exposição à alérgenos e tabagismo. Esses pontos podem ser minimizados, a partir das informações fornecidas pelos profissionais de saúde que atendem o paciente (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 2006 & PCDT, 2010).

---

*3. OBJETIVOS*

### 3.OBJETIVOS

#### 3.1 Geral

Avaliar a acessibilidade dos asmáticos graves residentes em Pernambuco, aos medicamentos disponibilizados pelo componente especializado de assistência farmacêutica, bem como os determinantes desta condição.

#### 3.2 Específicos

- Conhecer a estrutura e o funcionamento da política de assistência farmacêutica voltada para o atendimento do asmático grave em Pernambuco, identificando nela fatores intervenientes nas condições de acessibilidade;
- Identificar fatores que os atores envolvidos na implementação do CEAF-asma grave consideram como facilitadores ou dificultadores da acessibilidade aos medicamentos para asma grave.

#### *4. METODOLOGIA*

---

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do Estudo

Esta pesquisa constitui-se em uma Pesquisa Avaliativa, porque se propõe a realizar um julgamento, mediante formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada, sobre uma prática social, a partir de hipóteses sobre as características desta, em determinado contexto, por meio de metodologia científica (HARTZ, VEIRA-DA-SILVA 2005).

No que se refere ao desenho de estudo esta pesquisa constituiu-se em um estudo observacional, de corte transversal. Utiliza abordagem qualitativa e quantitativa de natureza descritiva. A abordagem qualitativa foi utilizada com duas finalidades. Uma delas foi a de obter a opinião dos atores diretamente envolvidos na operacionalização do componente, a saber: os responsáveis pela sua gestão, os profissionais que cuidam do acompanhamento clínico dos pacientes, o que inclui a prescrição dos medicamentos e aqueles que realizam a dispensação, acerca da acessibilidade dos usuários aos medicamentos, dos determinantes desta condição e de possíveis mudanças produzidas nesta acessibilidade com a disponibilização dos medicamentos para asmáticos graves pelo CEAF.

Outra finalidade da abordagem qualitativa foi a de obter de usuários dos medicamentos para asma grave, informações que permitiram montar a sua trajetória de atendimento a partir do momento em que eles decidem procurar um estabelecimento de saúde para tratar a asma grave, com o objetivo de identificar, nesta trajetória, como se deu a sua acessibilidade ao tratamento em termos de facilidades/dificuldades, além de captar sua percepção a respeito deste processo.

A abordagem quantitativa foi utilizada para:

- estimar, através de dados epidemiológicos quanto a prevalência da doença, a demanda de pacientes com asma grave em Pernambuco para o ano de 2010;
- verificar o número de pacientes inscritos no componente especializado de assistência farmacêutica para asma grave, em cada unidade da farmácia de Pernambuco/SES;

- identificar, em uma amostra, a distribuição destes pacientes segundo variáveis demográficas (idade, sexo e procedência), a frequência de seu comparecimento à farmácia e a relação entre os medicamentos dispensados e prescritos no período de novembro de 2009 a outubro de 2010. Para tanto, foi empregada a técnica da pesquisa documental direta.

A amostra de 306 usuários foi selecionada aleatoriamente, utilizando o processo de amostragem sistemática, obtida de um total de 1483 asmáticos graves presentes no cadastro do Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do CEAF (SISMEDEX), em abril de 2010. O tamanho da amostra levou em consideração uma prevalência de 50% e um intervalo de confiança de 95%.

#### 4.2 Ambientes de coleta dos dados

A coleta de dados primários foi realizada nos serviços ambulatoriais de atendimento ao paciente asmático, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) e do Hospital Barão de Lucena, pertencente à rede estadual de saúde (HBL).

Justifica-se a escolha destes serviços por serem considerados como duas referências para tratamento de asma grave em pacientes adultos (HC/UFPE) e pediátricos (HBL) de modo a contemplar no recorte pacientes em faixas etárias variadas.

O Hospital das Clínicas (HC) é uma unidade de saúde vinculada à Universidade Federal de Pernambuco que declara como missão institucional “prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida.” Constitui-se em hospital público universitário oferecendo atendimento médico e hospitalar à população nas mais diversas áreas sendo referência nacional e internacional.

O Hospital Barão de Lucena é uma unidade de saúde vinculada à SES/PE que define como sua missão prestar assistência à saúde com qualidade e integralidade, atender de forma humanizada os seus clientes internos e externos e contribuir para a formação de novos profissionais de saúde. É uma instituição de referência e excelência na atenção à saúde da mulher e da criança no estado de Pernambuco.

A coleta de dados secundários foi obtida em ambiente virtual em sistemas de informação de livre acesso, como o do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e a base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e no Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do CEAF (SISMEDEX), sistema este que tem como uma de suas funções disponibilizar informações desde o atendimento ao usuário até a dispensação dos medicamentos, bem como a geração de relatórios e acompanhamento do fluxo de estoque (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), mediante autorização expressa da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

#### 4.3 População de estudo

Para as entrevistas semi estruturadas, foram selecionadas pessoas consideradas informantes-chaves, identificadas como sendo ocupantes de cargos diretamente relacionados com:

- a gestão da política de assistência farmacêutica no estado, identificados como gestores A, B e C;
- a operação de unidades da Farmácia de Pernambuco;
- o diagnóstico e acompanhamento clínico, identificados como médicos pneumologistas A e B.

Os médicos escolhidos foram aqueles com pelo menos cinco anos de atendimento a pacientes asmáticos graves. Este tempo se justifica pela necessidade de entrevistar informantes com experiência anterior e posterior à implantação do CEAF-asma grave no estado.

Para o registro de história oral foram selecionados 10 usuários cadastrados no SISMEDEX. De acordo com Alberti (1989), a escolha dos entrevistados, quando se opta por esta técnica, não deve ser predominantemente orientada por critérios quantitativos, mas a partir da posição do entrevistado no grupo e do significado de sua experiência. Neste sentido, a autora defende algumas características para esta seleção:

- indivíduos que participaram, viveram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema;

- ser um “bom entrevistado”, ou seja, ter disponibilidade para revelar sua experiência em diálogo franco e aberto.

A escolha levou ainda em conta o interesse de se ter neste grupo de narradores, pacientes com diagnóstico de asma grave antes da disponibilização dos medicamentos pelo CEAF no estado, capazes, portanto, de estabelecer comparação entre os dois períodos, além de contar com pessoas que residissem a diferentes distâncias dos Hospitais das Clínicas e Barão de Lucena. Na composição da amostra buscou-se ainda contar com pessoas dos dois sexos e com diferentes faixas etárias.

Todos os usuários narradores (QUADRO 3) realizavam o seu acompanhamento nos hospitais referidos embora residissem em municípios diversos.

Quadro 3 – Caracterização dos usuários narradores através do uso de pseudônimos

<b>Pseudônimo</b>	<b>Local da coleta</b>	<b>Condição</b>
Armelle	HC/UFPE	Usuária
Arcádia	HC/UFPE	Usuária
Artemis	HC/UFPE	Usuária
Ariel	HC/UFPE	Usuária
Argentina	HC/UFPE	Usuária
Ariadne	HBL/SES	Responsável por Usuário
Araneli	HBL/SES	Responsável por Usuário
Armélia	HBL/SES	Responsável por Usuário
Arnaldo	HBL/SES	Responsável por Usuário
Arabela	HBL/SES	Responsável por Usuário

Fonte: Elaboração da autora

#### 4.4 Técnicas e Instrumentos:

##### 4.4.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental, de acordo com Vergara (2000 apud MERTENS et al, 2007), é um recurso a ser utilizado quando da necessidade de análise de documentos existentes que possam contribuir para a realização da investigação. Conforme Gil (1991) esta técnica tem como vantagens o baixo custo, pois exige apenas disponibilidade de tempo do pesquisador, além da disponibilização dos documentos, os quais se constituem fonte rica e estável de

dados. Como limitação, as críticas mais frequentes referem-se à não representatividade e à subjetividade dos dados. Como objetos de pesquisa documental direta, foram utilizados:

- Portarias;
- Resoluções;
- Protocolos;
- Relatórios institucionais;
- Informes técnicos.

As fontes de dados utilizadas na pesquisa documental indireta foram:

- Sistema Informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (SISMEDEX), no qual consta o registro dos pacientes e acompanhamento do atendimento prestado;
- Sistema de informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Sistemas de informação em saúde, vinculados ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

#### 4.4.2 História oral e entrevistas

A entrevista é uma técnica qualitativa de apreensão da percepção e da vivência pessoal de determinadas situações e que possibilita a obtenção de dados que se referem a atitudes, valores, sentimentos, maneiras de agir e opiniões dos entrevistados sobre determinado tema (FRASER & GONDIM, 2004; MINAYO, 1998). O diálogo estabelecido entre o pesquisador e o entrevistado deve ser amplo para que se possa ter acesso aos significados atribuídos pelas pessoas ao evento em questão e o essencial não é quantificar e mensurar e sim captar os significados (FRASER & GONDIM, 2004).

A história oral, que é um tipo de história de vida, segundo Minayo (1998), é o relato de um indivíduo sobre sua existência através do tempo ou de acontecimentos específicos vivenciados pelo mesmo. Através do estudo aprofundado destas experiências e versões particulares, são possíveis interpretações qualitativas de processos histórico-sociais (LANG, 1996; FERREIRA & AMADO, 2006). Para Alberti (1989) deve-se escolher para os relatos pessoas que

participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões do mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Uma das abordagens fundamentais no campo da história oral é aquela que enfatiza a importância dos depoimentos orais como instrumentos para preencher as lacunas deixadas pelas fontes escritas (FERREIRA, 1994).

Com os atores envolvidos na operacionalização do CEAF-asma grave em Pernambuco, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que seguiu um roteiro de tópicos gerais, definidos conforme interesse do pesquisador e da literatura sobre o tema, apresentados nos apêndices A, B e C em anexo. A opção pelo uso desta técnica ocorreu pela importância de captar a percepção dos profissionais em relação ao funcionamento do componente de asma grave, sobre vantagens e possíveis problemas que estivessem dificultando a sua operacionalização. E para captar a trajetória de atendimento dos usuários foi utilizada a técnica de história oral, sendo a seleção da amostra intencional, feita a partir da escolha de pacientes asmáticos graves que frequentavam há pelo menos 1(um) ano o estabelecimento de saúde, seguindo um roteiro apresentado no apêndice D em anexo.

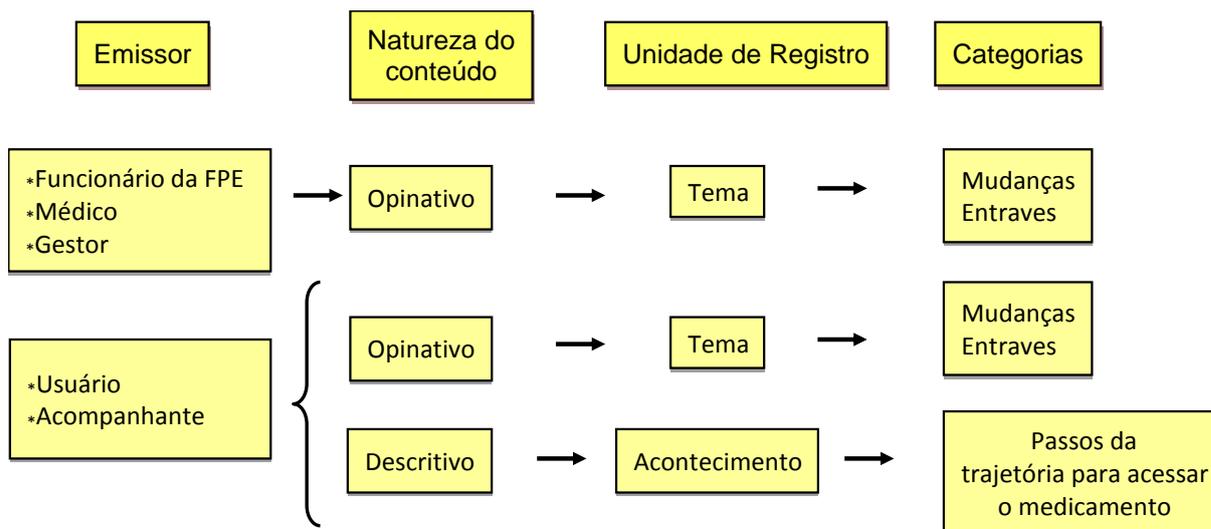
#### 4.5 Processamento e análise dos dados

Para o processamento dos dados secundários de natureza quantitativa foram utilizadas a distribuição simples de frequências absolutas e relativas e a apresentação destes dados se deu sob a forma de gráficos e tabelas.

Os conteúdos das entrevistas e da história oral foram analisados utilizando-se a sequência metodológica proposta por Bardin (2004), sendo que no processo de codificação, para as entrevistas com informantes chaves, a unidade de registro foi o *tema* enquanto nas histórias orais dos usuários as unidades foram o *tema* e o *acontecimento*, o que dependeu da natureza opinativa ou descritiva do conteúdo (FIGURA 2). Em se tratando de uma abordagem qualitativa, o critério de enumeração foi predominantemente o de *presença/ausência* das categorias nos discursos gerados pelos respondentes. Quanto à categorização, foi empregado o critério *semântico*, para a geração de categorias temáticas e o critério *sintático* para a geração das categorias ligadas às variáveis de ação (verbos) e de atribuição de valor (adjetivos). A inferência teve como pólo de análise o *emissor*, pelo fato de que os olhares dos diferentes

atores que operam no processo de atendimento representado pela variável acessibilidade, estão diretamente relacionados com a sua condição no mesmo.

Figura 2 – Representação do processamento dos dados da metodologia qualitativa



#### 4.6 Aspectos Éticos

De acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foram tomados os devidos cuidados com procedimentos éticos: apresentação do pesquisador, esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, motivos da escolha do informante, garantia do anonimato, sigilo das informações e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a todos aqueles que participaram do estudo.

A realização das entrevistas e histórias orais foram agendadas de modo a serem realizadas em caráter individual e com privacidade assegurada além de estar o /a entrevistado/a com tempo suficiente para receber a autora da pesquisa, agente responsável pela realização deste procedimento, sendo todas posteriormente gravadas, transcritas e submetidas a análise.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado sob o registro CEP/CCS/UFPE N° 180/10.

---

## *5. RESULTADOS E DISCUSSÃO*

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Análise dos dados quantitativos

#### 5.1.1 Cobertura do CEAF-asma grave

Para o cálculo de cobertura a dificuldade reside no fato de não se encontrar na literatura informações sobre a prevalência da asma no Brasil, para o conjunto das faixas etárias. Essa dificuldade aumenta quando se procura esse tipo de informação por estados da federação. O que se encontra são estudos que abrangem predominantemente amostras populacionais de crianças e adolescentes em determinados municípios do país, sendo a coleta de dados realizada em estabelecimentos de ensino, em serviços de saúde ou nas residências das pessoas (SALDANHA, 2005; EZEQUIEL, 2003; VALENÇA, 1999). Num estudo realizado em crianças e adolescentes de 2 a 14 anos, em Porto Alegre, relacionando o perfil socioeconômico e o hábito intradomiciliar de fumar dos pais, verificou-se uma prevalência de sintomas de asma de 45,9% nestas crianças e adolescentes (ACHE B.I.C.S.; KAHAN F.; FITERMAN J., 2005). Fiore (1999) também em Porto Alegre mostrou uma prevalência de 42,5% de asma cumulativa e 22% de asma ativa em escolares, com predominância em meninas. Estudos de Britto (2000) e Solé (1998) encontraram em Recife, uma prevalência anual de asma de 27,16% em crianças de 6 a 7 anos e de 18,1% em adolescentes de 13 a 14 anos.

Este fato tem como uma das explicações a heterogeneidade com que os fatores de risco se distribuem por um território tão amplo quanto o brasileiro, com grandes variações do clima e da qualidade do ar, entre outros determinantes. A sazonalidade associada às crises é variável, o que representa outro dificultador a o estabelecimento de uma prevalência média válida para todas as regiões do país. Em algumas delas, no período chuvoso, o percentual de atendimento ambulatorial por asma foi maior, enquanto o percentual de hospitalizações mostrou-se mais elevado no período seco (SALDANHA, 2005). Além disso, a prevalência altera-se sensivelmente em função da idade. Esta prevalência, segundo Telles Filho (2010) situa-se entre 8 a 10% na população infantil, declinando para 5 a 6% nos adultos jovens, voltando a elevar-se para 7 a 9% na população dos maiores de 60 anos.

Outro fator que pode contribuir para essa lacuna de informação é a dificuldade que profissionais têm na caracterização diagnóstica da asma, utilizando ainda uma diversidade de combinações de critérios e sintomas para defini-la (CAMPOS, 1993; LLOYD et al., 2000). E a limitação que surge por vezes de estabelecer o diagnóstico diferencial com outras enfermidades pneumológicas, como bronquites, bronquiolites e infecções respiratórias agudas, ocasionando subnotificação ou notificação incorreta. Uma adequada gestão da clínica, o que inclui vínculo e continuidade no tratamento dos usuários, tem sido apontada como uma das medidas capazes de atenuar dificuldades dessa natureza (PIRES & GÖTTEMS, 2009). Dentro desta perspectiva se insere a orientação técnica presente em protocolos como o Manual de Doenças Respiratórias Crônicas dos Cadernos de Atenção Básica, elaborado em 2010 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010B), que define essas patologias, trazendo dados epidemiológicos e informações quanto a sinais e sintomas, com vistas a facilitar o diagnóstico. O suporte facultado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelo Telessaúde são exemplos de iniciativas que possibilitam as equipes locais melhoria da qualidade no estabelecimento do diagnóstico e na elaboração do plano de tratamento.

Dificuldades relacionadas com registros incompletos de informações também se devem a anotações deficientes nos prontuários, ocorridos principalmente em serviços de urgência (SALDANHA, 2005). Em um trabalho intitulado “Prontuário incompleto no pronto-socorro: uma barreira para a qualidade em saúde”, Carvalho et al (2009) verificaram que em relação ao diagnóstico, para 6,0% dos prontuários analisados, a letra do médico estava ilegível; em 6,3% só constava o Código Internacional de Doenças e para 33,4%, a anamnese não constava no prontuário. Documento do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal reconhece:

É comum, em pesquisas sobre determinada doença, o lamentável descarte de muitos prontuários por motivo de dados incompletos ou não confiáveis. (...) Repetidas vezes, não há descrições de detalhes, de situações interessantes e de achados anormais, (...) que fariam do relato (...) instrumento mais informativo e de maior aproveitamento científico. Essas ocorrências demonstram que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande parte dos usuários. Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

Por todas essas razões, é que o intervalo de prevalência da asma no Brasil, segundo o Manual Técnico de Asma e Rinite, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), que utiliza dados do International Study for Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC, 1998a), oscila entre 10 a 20%, dependendo da região e da faixa etária considerada.

A se utilizar esses percentuais de prevalência, o contingente de asmáticos em Pernambuco, que segundo o Censo 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011) conta com uma população de 8.541.250 habitantes, estaria variando entre 854.125 e 1.708.250 indivíduos. Com base no PCDT–asma grave (BRASIL, 2002), que estima o número de asmáticos graves como correspondendo de 5 a 10% do total de asmáticos, o número de pessoas a serem cobertos pelo CEAF-asma grave no estado, estaria variando de 43.980 a 175.820 indivíduos.

Tabela 1 – Proporção de pacientes asmáticos e asmáticos graves na população de Pernambuco – 2010

Pacientes com asma na população		Para um % de asmáticos graves de	Para um % de asmáticos graves
%	N	5%	de 10%
10	854.125	42.706	85.412
20	1.708.250	85.412	170.825

Fonte: Elaboração da autora

Definidos os denominadores da fórmula, a cobertura será obtida mediante o seguinte cálculo:

$$\text{Taxa de cobertura do CEAF-asma grave} = \frac{\text{Número de asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX}}{\text{População de asmáticos graves}} \times 100$$

Sendo o número de asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX em abril/10 igual a 1483, a taxa de cobertura estaria variando de 0,84% a 3,37%. Taxas tão baixa de cobertura levam a questionamentos acerca da adequação dos percentuais utilizados para o seu cálculo. É pouco provável que o número de usuários que recebem o medicamento esteja subestimado, haja vista que o cadastramento exige a apresentação de laudo médico e documentos pessoais. Já

com relação ao número estimado de asmáticos na população ainda se faz necessário contar com estudos de prevalência que possam fornecer uma informação desagregada por estados e municípios e por faixas etárias. Ainda assim, mesmo que o número de asmáticos na população seja inferior ao dado aqui considerado, o quantitativo de usuários cadastrados teria que ser bem mais elevado para se contar com valores de coberturas que atingissem pelo menos dois dígitos.

Além desta reduzida taxa de cobertura do CEAF-asma grave quando se considera o estado como um todo é preciso ponderar que o valor deste indicador sofre significativa variação entre as regiões de Pernambuco. Isto pode ser evidenciado quando se calcula a cobertura relativa às três macrorregiões de saúde do estado. Para este cálculo foi utilizado como numerador a soma dos usuários atendidos pelas unidades de dispensação localizadas em uma mesma macrorregião (MR) e como denominador o número estimado de asmáticos graves obtida utilizando-se os valores mínimos de prevalência citados na literatura para a população de asmáticos (10% da população geral) e para a população de asmáticos graves (5% do total de asmáticos). Os valores obtidos estão contidos na tabela 2 onde se verifica que a taxa de cobertura correspondente à MR-Recife é 3,25 vezes maior que da MR-Caruaru e 10,4 vezes maior que da MR-Petrolina.

Tabela 2 - Taxa de cobertura do componente especializado de assistência farmacêutica -asma grave por macrorregião de saúde do estado de Pernambuco - 2010

<b>Macrorregião de saúde</b>	<b>Nº de usuários cadastrados nas UD</b>	<b>Nº de asmáticos na população</b>	<b>Nº de asmáticos graves</b>	<b>Taxa de Cobertura (%)</b>
Recife	1272	490.757	24.538	5,2
Caruaru	178	228.239	11.412	1,6
Petrolina	33	122.362	6.118	0,5

Fonte: Elaboração da autora a partir de dados da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (2011).

Nota: UD – Unidade de dispensação.

Independentemente da precisão dos dados de prevalência utilizados nos cálculos, parece não haver como negar que um número considerável de residentes no estado esteja enfrentando algum tipo de barreira para acessar o grupo de medicamentos disponibilizados pela política de assistência farmacêutica. Para estas pessoas, resta recorrer aos serviços de urgência e

emergência, na vigência das crises ou a compra, em estabelecimentos privados, de um medicamento essencial para evitar sofrimento intenso e garantir a própria sobrevivência.

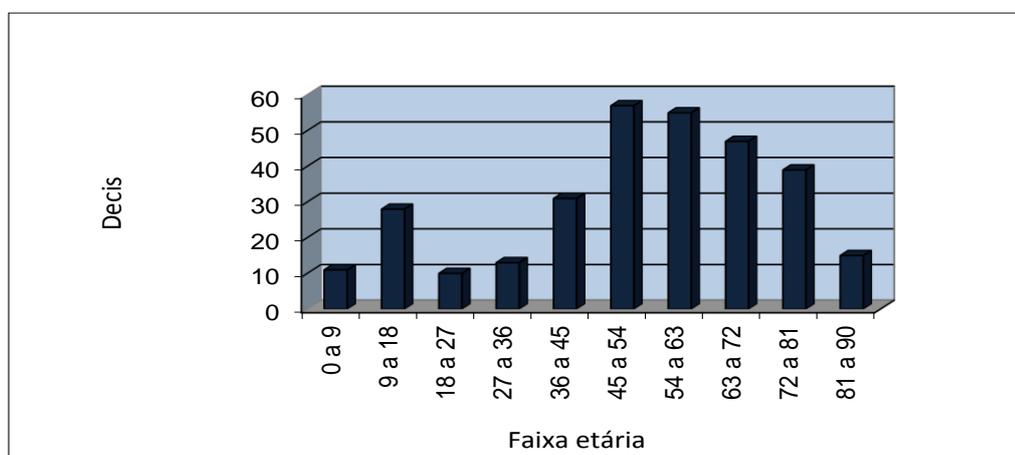
Por tudo o que foi exposto é forçoso admitir que no momento o cálculo da taxa de cobertura por si só não é capaz de permitir o monitoramento e avaliação do CEAF-asma grave, ainda que se mostre útil para estabelecer uma linha de base visando o acompanhamento da evolução do mesmo.

Algumas alternativas para suprir a necessidade de indicadores talvez seja rastrear as informações disponíveis nas unidades de urgência e emergência, bem como analisar a morbidade ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH), além de contar com informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

#### 5.1.2 Perfil demográfico do usuário cadastrado no CEAF-asma grave

Na amostra calculada a partir do cadastro de usuários no SISMEDEX, prevalecem os adultos, especialmente acima dos 40 anos (GRÁFICO 3). Para autores como Telles Filho (2010) a asma continua a ser uma das doenças crônicas mais comuns em todas as idades, mas sua frequência é maior na infância, fato também encontrado em diversos outros estudos como o de Brode (1974), Dodge (1980) e Bardana (1993).

Gráfico 3 – Distribuição da amostra dos asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX por Decis de faixa etária – Pernambuco – 2010



Fonte: Elaboração da autora

Quando se trata da prevalência de asma grave, modalidade da doença que é abrangida pelo CEAF, esta situação se altera uma vez que boa parte das crianças apresentam as formas leve e moderada. O diagnóstico da asma grave exige o acompanhamento da pessoa por determinado período de tempo, motivo pelo qual é firmado, na maioria das vezes, na idade adulta. Além disso, em se tratando de uma doença crônica, se espera que ao longo do tempo o número de casos se acumule nas faixas de idade mais elevadas. Essas considerações, acrescidas da maior independência do adulto para acessar aos meios de tratamento, pode explicar a frequência mais alta na amostra, de cadastrados na faixa etária entre 45 e 63 anos.

Ao contrário do que afirma Telles Filho (2010), ao indicar um novo aumento de prevalência na população a partir dos 60 anos, em nossa amostra decresce o número de cadastrados neste grupo, o que provavelmente se deve às limitações físicas da própria idade para o enfrentamento das barreiras a acessibilidade. Estas barreiras, que serão discutidas mais adiante, são representadas, entre outras, pelas dificuldades para utilização do transporte, para se deslocar a pé por grandes distâncias, para esperar longos períodos na unidade de saúde até ser atendido. Concorre ainda para dificultar a acessibilidade desse seguimento populacional o fato de que, via de regra, apresentam outras queixas de saúde necessitando, na maioria das vezes, do mesmo modo que as crianças, de um acompanhante para acessar os serviços. Acima dos 80 anos, além dos fatores anteriormente descritos, o decréscimo do número de cadastrados se deve a própria diminuição da população nesta faixa etária.

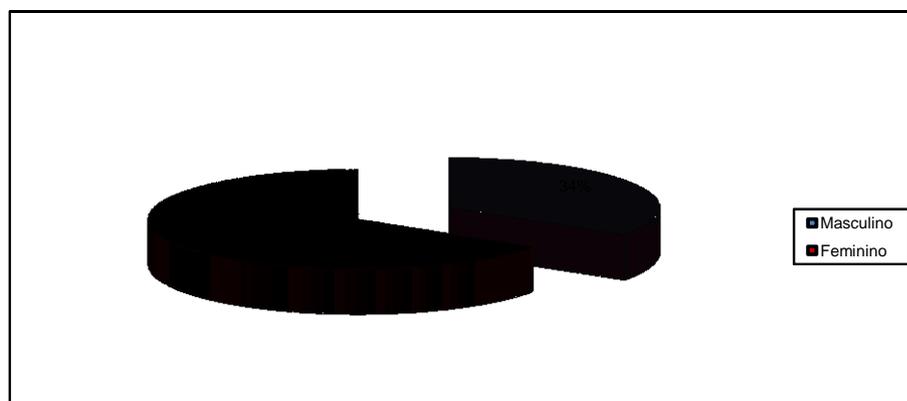
Tabela 3 - Distribuição da amostra dos asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX, segundo sexo e faixa etária, em números relativos e absolutos – Pernambuco - 2010

<b>Faixa etária/sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Menos de 10 anos	8	44	10	56	18	100
11 a 20 anos	16	64	9	36	25	100
21 a 40 anos	12	32	25	68	37	100
41 a 60 anos	29	25	86	75	115	100
Mais de 60 anos	40	36	71	64	111	100
<b>Total</b>	105	-	201	-	306	-

Fonte: Elaboração da autora

Em relação ao sexo, os estudos disponíveis apontam para uma maior prevalência de asma grave no sexo masculino entre crianças até os 10 anos. Acima desta idade a doença seria mais freqüente em indivíduos do sexo feminino (TELLES FILHO, 2010). Em nossa amostra (TABELA 3), observa-se um maior percentual do sexo feminino em quase todas as faixas etárias. Esta situação parece estar de acordo com um fenômeno largamente descrito na literatura, segundo a qual as mulheres se mostram mais cuidadosas com sua saúde procurando, mais que os homens, os meios de chegar aos serviços. Considerando ainda que dentro do processo que caracteriza a transição demográfica, a concentração de mulheres é particularmente maior (PINHEIRO, 2002) nos conglomerados urbanos, onde é maior a disponibilidade dos serviços de saúde, é de se esperar maior quantitativo de mulheres entre os cadastrados.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra dos asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX segundo o sexo – Pernambuco - 2010



Fonte: Elaboração da autora

A distribuição da amostra segundo o local de residência dos usuários (TABELA 4) demonstra uma intensa concentração no território da primeira GERES, formado pela maioria dos municípios pertencentes à região metropolitana do Recife (RMR). Este contingente, como demonstra a Tabela 4, representa 71,6% da amostra, enquanto a população desta região corresponde a 41,70% da população total do estado. A não ser que estudos epidemiológicos venham a comprovar a maior concentração de asmáticos graves nesta região, a explicação mais plausível seria a maior concentração, aí existente, tanto dos estabelecimentos de saúde que realizam o acompanhamento clínico dos usuários cadastrados, como das unidades de dispensação (UD), sendo uma medida indireta do grau de descentralização alcançado até

agora pelo componente. As baixas frequências referentes aos municípios que integram as GERES que compreendem o sertão do estado, sugerem que a oferta de serviços influenciam esta distribuição.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX, em números relativos e absolutos, segundo as regiões de saúde onde residem Pernambuco - 2010

<b>Regiões de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
I	219	71,6
II	20	6,5
III	9	2,9
IV	37	12,1
V	10	3,3
VI	1	0,3
VII	1	0,3
VIII	4	1,3
IX	1	0,3
X	2	0,7
XI	2	0,7
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração da autora

### 5.1.3 Utilização dos serviços

#### 5.1.3.1 Estabelecimentos de saúde solicitantes

O atendimento clínico dos asmáticos graves deve ser realizado em unidades de saúde que disponham de profissionais capacitados para prestar este tipo de assistência. Estas unidades são chamadas de estabelecimentos de saúde solicitantes, pois nestas são gerados documentos como é o caso do resultado do exame de espirometria, do laudo de medicamentos especializados (LME) e da receita médica, que garantem o cadastramento do paciente e a manutenção no CEAF-asma grave.

Tabela 5 – Número de asmáticos graves, da amostra, cadastrados no SISMEDEX, em números relativos e absolutos, segundo estabelecimento de saúde solicitante, distribuídos por regiões de saúde – Pernambuco – 2010

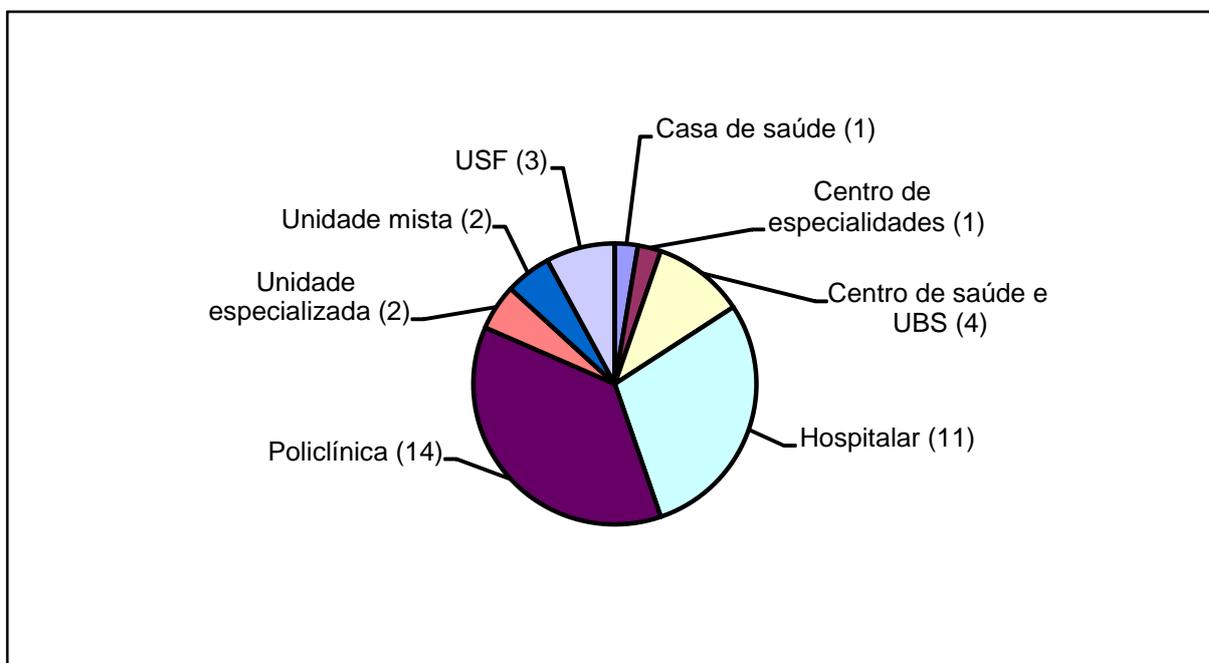
<b>GERES</b>	<b>Número de estabelecimentos de saúde solicitantes</b>	<b>%</b>	<b>Número de usuários</b>	<b>%</b>
I	24	63,15	261	85,29
II	4	10,53	4	1,31
III	0	0	0	0
IV	5	13,16	32	10,45
V	2	5,26	4	1,31
VI	1	2,64	1	0,33
VII	0	0	0	0
VIII	2	5,26	4	1,31
IX	0	0	0	0
X	0	0	0	0
XI	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração da autora

A distribuição de estabelecimentos solicitantes pelas regiões do estado (TABELA 5) mostra que a RMR, também neste caso, apresenta frequências bastante elevadas em relação às demais, possuindo um número de estabelecimentos quase 5 vezes maior do que o número da IV região de saúde, que ocupa o segundo lugar. É importante observar que além da RMR possuir uma maior concentração de estabelecimentos (63,15%), estes demonstram uma maior capacidade quantitativa de atendimento (85,29%). Em contrapartida, o conjunto de estabelecimentos requisitantes das demais regiões representa 36,85% do total, atendendo apenas 14,71% da população de cadastrados. A explicação deve estar relacionada com o porte das unidades de saúde que realizam este acompanhamento na RMR, sendo boa parte delas constituída por hospitais. Além disso, é preciso considerar a maior facilidade dos moradores desta região em acessar os serviços, em virtude de distancias menores e de maiores facilidades de transporte.

Uma outra explicação para este achado pode estar relacionada com a maior concentração, nesta região, de meios de divulgação do componente, que alcançam tanto os profissionais de saúde quanto os usuários.

Gráfico 5 – Tipos de estabelecimentos de saúde solicitantes que acompanham os usuários cadastrados no CEAF-asma grave – Pernambuco - 2010



Fonte: Elaboração da autora

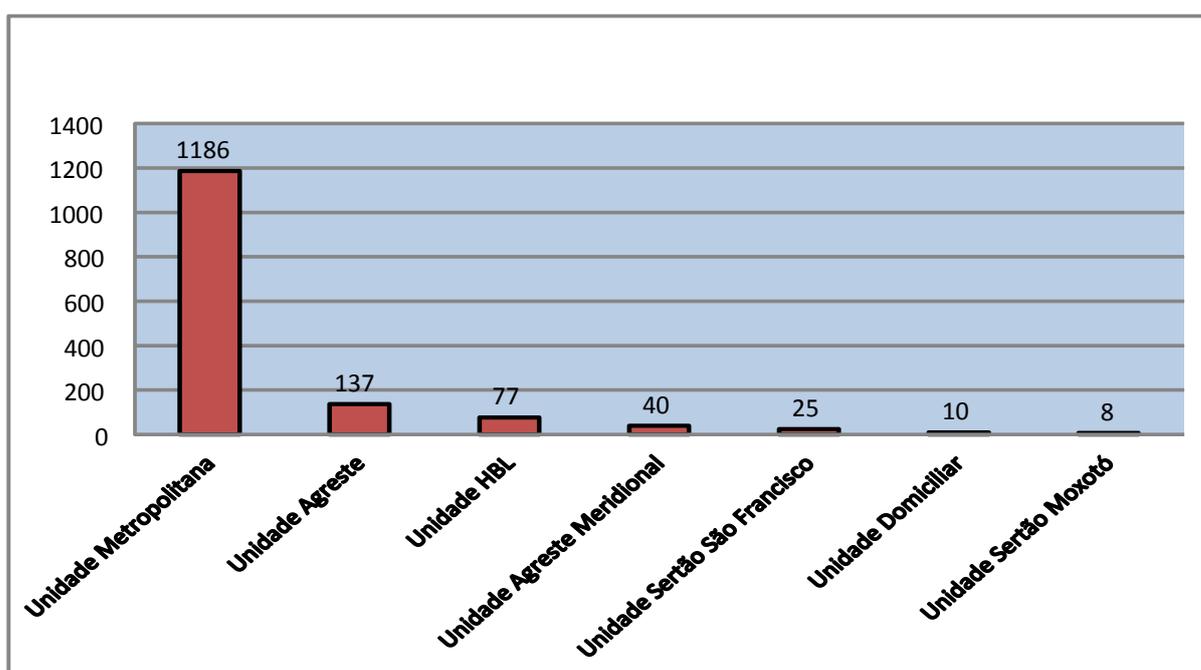
O gráfico 5 mostra que há uma diversidade de estabelecimentos credenciados para cumprir as exigências referidas, haja visto que segundo as normas que disciplinam o CEAF-asma grave, o médico não necessariamente precisa ser um pneumologista para efetuar o acompanhamento clínico dos usuários cadastrados (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a). Mesmo assim, predominam na amostra as unidades de média e alta complexidade, com as policlínicas e hospitais representando mais de 70%. Esta concentração se deve ao fato de que estas unidades contam com equipamento para realização da espirometria, o que elimina a necessidade de encaminhamento para outra instância, situação que acontece quando a solicitação procede de uma unidade de atenção básica.

#### 5.1.3.2 Unidade de dispensação

A dispensação dos medicamentos do CEAF-asma grave ocorre principalmente nas unidades da Farmácia de Pernambuco (FPE) onde também é realizada avaliação e autorização das solicitações de cadastramento ou renovação no componente. Um volume residual da dispensação também é feita no Hospital Barão de Lucena, já descrito como um hospital de

grande porte, localizado no Recife e pertencente à rede estadual. Uma outra modalidade utilizada pela SES para atender os usuários do CEAF como um todo, mas que ainda abrange uma quantidade diminuta de asmáticos graves é aquela efetuada pela chamada Unidade Domiciliar, voltada para usuários residentes no Recife considerados sem condições de acessar pessoalmente ou através de terceiros uma unidade de dispensação convencional. Este serviço é feito por motociclistas que fazem a entrega do medicamento no domicílio do usuário.

Gráfico 6 – Distribuição do número de asmáticos graves cadastrados no SISMEDEX por unidade de dispensação – Pernambuco – 2010



Fonte: Elaboração da autora

O gráfico 6 mostra a intensa concentração de usuários cadastrados na unidade de dispensação metropolitana da FPE, o que significa dizer que a dispensação do CEAF-asma grave em Pernambuco se dá principalmente em Recife, ainda mais quando se considera a existência da UD localizada no Hospital Barão de Lucena (HBL). Os usuários destas unidades representam mais de 85% do total de cadastrados. A intensa centralização que caracterizou a implantação da Política de Assistência Farmacêutica no estado, no que se refere ao componente especializado, reflexo da preocupação com o controle da compra e da distribuição de produtos

de alto custo, responde pelo menos em parte por essa concentração. Por outro lado, mudanças significativas no sentido da descentralização, como a instalação de unidades no interior do estado, só começaram a ocorrer há alguns anos. Mesmo o esforço para descentralizar a dispensação na própria região metropolitana, utilizando como estratégias a instalação de UD dentro dos grandes hospitais, tem encontrado resistência.

De qualquer modo a realidade vivida pela população residente na capital contrasta com aquela presente nas demais regiões do estado, principalmente no sertão, onde o total de usuários das UD aí situadas representam pouco mais de 2% da população cadastrada.

Esta desigualdade, a priori, não implicaria necessariamente em iniquidade na acessibilidade, haja vista a acentuada diferença na distribuição da população dentro do território do estado. A iniquidade se confirma quando se utiliza indicadores que relativizam o quantitativo de atendimento nas unidades em função da demanda dos pacientes de cada região, a exemplo das taxas de cobertura já mostradas.

Tabela 6 - Utilização das unidades de dispensação segundo a macrorregião de residência – Pernambuco - 2010

Macrorregião de saúde (MR)	Usuários cadastrados residentes na MR		Usuários cadastrados residentes em outras MR		Total de usuários cadastrados no SISMEDEX	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recife	246	97,1	8	2,9	254	100
Caruaru	42	95,5	2	4,5	44	100
Petrolina	7	87,5	1	12,5	8	100

Fonte: Elaboração da autora

A tabela 6 demonstra que quando se leva em consideração o recorte macrorregional é possível verificar que a invasão de demanda mostra-se pouco significativa. Mesmo no caso da MR-Petrolina onde esse percentual chega a 12,5% , corresponde em números absolutos a apenas um indivíduo. Este fato pode estar sugerindo uma demanda reprimida por descentralização ou, em outras palavras, a disponibilização do medicamento mais próximo da região de moradia provavelmente será seguida de procura imediata, ainda que dentro do território de

uma região de saúde existam grandes distâncias a serem cobertas dependendo da localização do município-satélite em relação ao município-pólo.

#### 5.1.4 Localização da residência do usuário, do estabelecimento solicitante e da unidade de dispensação

Tabela 7 – Relação entre o local de residência, estabelecimento solicitante e unidade de dispensação – Pernambuco - 2010

<b>Relação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Coincide local de residência, estabelecimento solicitante e unidade de dispensação	251	82,02
Coincide local de residência e unidade de dispensação	9	2,94
Coincide local de residência e estabelecimento solicitante	9	2,94
Coincide unidade de dispensação e estabelecimento solicitante	34	11,11
Nada coincide	3	0,99
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração da autora

No sentido de procurar compreender de que maneira a localização da residência do usuário, do estabelecimento solicitante e da unidade de dispensação interferem no cadastramento, levantou-se a distribuição dos cadastrados de acordo com a presença concomitante destes fatores. Os números da Tabela 7 deixam evidente que a coincidência dos mesmos parece contribuir decisivamente para facilitação da acessibilidade. Mesmo assim, não se pode deixar de considerar a importância que a proximidade entre o estabelecimento solicitante e a unidade de dispensação, independente do local de moradia do usuário, desempenha no processo, haja vista que o segundo lugar em termos de frequência é representado por essa combinação.

### 5.1.5 Assiduidade dos usuários à unidade de dispensação

Tabela 8 - Distribuição do número de cadastrados no CEAF-asma grave residentes na Região Metropolitana do Recife e no Interior do Estado de Pernambuco, segundo o número de oportunidades perdidas à unidade de dispensação por 12 meses consecutivos – Pernambuco, novembro de 2009 a outubro de 2010.

N de faltas	Metropolitana		Interior		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 2 faltas	78	55	28	54	106	55
3 a 6 faltas	43	30	16	31	59	31
maior que 6 faltas	20	15	8	15	28	14
<b>Total</b>	141	100	52	100	193	100

Fonte: Elaboração da autora

Na tabela 8 verifica-se que a maioria dos usuários não teve no período um número de oportunidades perdidas de recebimento da medicação superior a duas. Ainda assim, o grupo com três a seis e aquele com mais de seis oportunidades perdidas totalizaram 45%, o que representa uma proporção elevada, considerando que essa situação implica na descontinuidade do recebimento da medicação. A distribuição se mantém tanto para os usuários da região metropolitana quanto para os que residem no interior, o que parece eliminar a possibilidade de que seja a distância entre o local de residência e a unidade de dispensação o fator determinante. É preciso estudar ainda como possível causa as tentativas frustradas para atendimento médico e para a renovação trimestral do cadastramento. Isto porque as oportunidades perdidas, cujas causas não são discriminadas pelo SISMEDEX, podem se dever ao não comparecimento do paciente ou do seu representante naquele mês para receber o medicamento; à não disponibilização do medicamento na UD e às dificuldades de renovação do processo, devido entre outras coisas aos problemas de marcação de consulta médica.

## 5.2 Análise dos dados qualitativos

O sub tópico foi dividido em:

5.2.1 Questões relacionadas à acessibilidade, divididas de acordo com a categoria do informante chave

## 5.2.2 Questões relacionadas à acessibilidade observadas pelos usuários cadastrados no CEAF-asma grave em Pernambuco

As falas dos informantes chaves por sua vez foram divididas em:

### 5.2.1.1 Integrantes do núcleo de gestão do CEAF-asma grave

### 5.2.1.2 Médicos que atendem em estabelecimentos solicitantes

## 5.2.1 Questões relacionadas à acessibilidade, divididas de acordo com a categoria do informante chave

Todos os depoimentos emitidos por integrantes do núcleo de gestão estadual da Assistência Farmacêutica, pelos usuários e pelos médicos, revelam ter havido mudanças positivas com relação à acessibilidade, após ter ocorrido a disponibilização, pelo SUS, dos medicamentos para asma grave através do componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF).

O foco dos comentários, no entanto, varia de um interlocutor para outro. Tomando como referência o ciclo de assistência farmacêutica (DIAGRAMA1), é possível dizer que os depoimentos dos entrevistados que ocupam posições de gestão na condução da política, conforme pode ser visto no organograma da superintendência de Assistência Farmacêutica da SES (ANEXO B) dirigem suas opiniões para os aspectos relacionados com a seleção, programação, aquisição e armazenamento da medicação. Os médicos e usuários, enquanto atores que se encontram na ponta do sistema, abordam principalmente as questões ligadas a etapa de utilização do medicamento, que compreende a sua prescrição, dispensação e uso.

**Diagrama 1 – Modelo representativo do Ciclo de Assistência Farmacêutica**



Fonte: portaldes.iciet.fiocruz.br<sup>2</sup>

A seleção consiste em definir o elenco de medicamentos que será disponibilizado, definindo as drogas e suas apresentações, devendo essa escolha ter como base evidências clínicas atualizadas. O elenco de medicamentos para asma grave atualmente existente foi selecionado pela SAS/MS em 2002 (BRASIL, 2002), quando os medicamentos para asma grave foram acrescentados ao CEAF. Os produtos, portanto, são definidos a nível nacional pela Política de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), dentro do respectivo componente especializado (CEAF). Cabe a cada unidade federativa, se considerar necessário para o atendimento de sua

<sup>2</sup> Diagrama do ciclo de AF disponível em:

<

população, selecionar outros produtos, cuja obtenção será de sua responsabilidade custear. No caso de Pernambuco, as sugestões para inclusão de novos medicamentos ou formas de apresentação são apreciadas por um Comitê de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), composto de médicos especialistas e farmacêuticos, atuando como órgão consultivo da Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES/PE.

A programação consiste na definição das quantidades a serem adquiridas de cada medicamento e suas respectivas apresentações. Essas quantidades são definidas, em Pernambuco, com base no SISMEDEX, a partir da listagem de usuários cadastrados e do consumo mensal de medicamentos. Segundo o superintendente estadual de assistência farmacêutica, os dados disponíveis naquele sistema informatizado têm se mostrado bastante confiáveis permitindo uma programação adequada o que significa dizer que a programação estaria se baseando em dados relativos ao cadastramento atual.

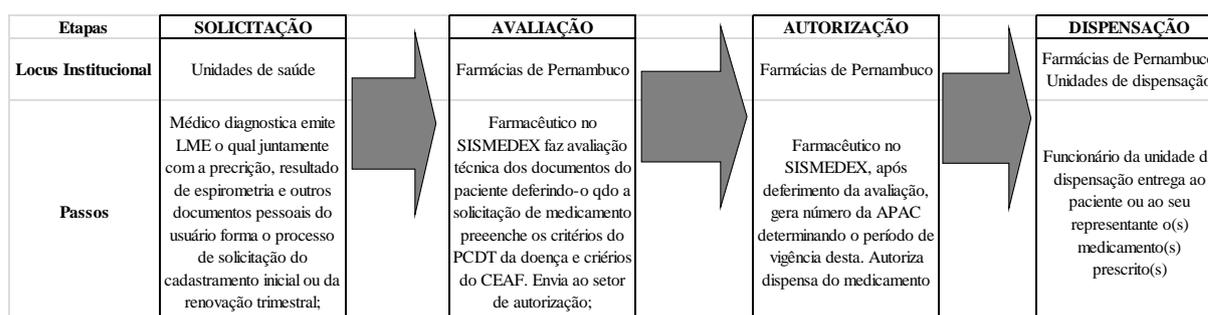
A aquisição se faz mediante processo licitatório seguindo critérios da Lei 8666 (1993), destinado a suprir determinado intervalo de tempo, em geral de um ano. Para suprir um possível aumento de demanda ao longo deste período, acrescenta-se um adicional de 25% às quantidades de medicamentos inicialmente estimadas.

O armazenamento é feito no almoxarifado central da SES/PE, que recebe entregas mensais dos fornecedores e abastece as unidades de dispensação. Em Pernambuco, neste momento, as condições de armazenamento e distribuição foram referidas pelos entrevistados que integram o núcleo de gestão da AF como estando prejudicado pelas deficiências do almoxarifado, no que diz respeito à área física, transporte, quadro de funcionários e informatização. Essa conjuntura estaria gerando, como consequência, atrasos no abastecimento das unidades e transtornos para a própria gestão de estoques.

A etapa de utilização inclui as fases de prescrição, dispensação e uso, detalhados no já referido Diagrama 1. A prescrição é resultado de uma sequência de passos cumpridos pelo usuário em unidades de saúde e compreendem a realização de consultas e exames. Esta prescrição, juntada ao LME assinado pelo médico, é reunida a documentos pessoais entre os quais a identidade e o cadastro de pessoa física (CPF), formando um processo que passará por

avaliação numa unidade da Farmácia de Pernambuco. Uma vez autorizada a solicitação de cadastramento no CEAF, é gerada a autorização de procedimento de alta complexidade (APAC) e a inserção dos dados do solicitante no SISMEDEX, o que o torna apto a iniciar o recebimento da medicação prescrita. Esta autorização inicial tem prazo de validade de três meses, dentro do qual o usuário poderá receber as cotas mensais de medicamentos e ao fim do qual deverá comparecer a uma unidade de saúde reconhecida pela SAF para ser reavaliado, receber novo laudo e prescrição e obter uma renovação de seu cadastro por mais três meses. Este processo deve repetir-se de modo contínuo, sob pena de ser o cadastramento cancelado trazendo como consequência a interrupção da dispensação.

Fuxograma 1 – Fluxo de atendimento de usuários com medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica conforme Portarias 2981/2009 e 3439/2010



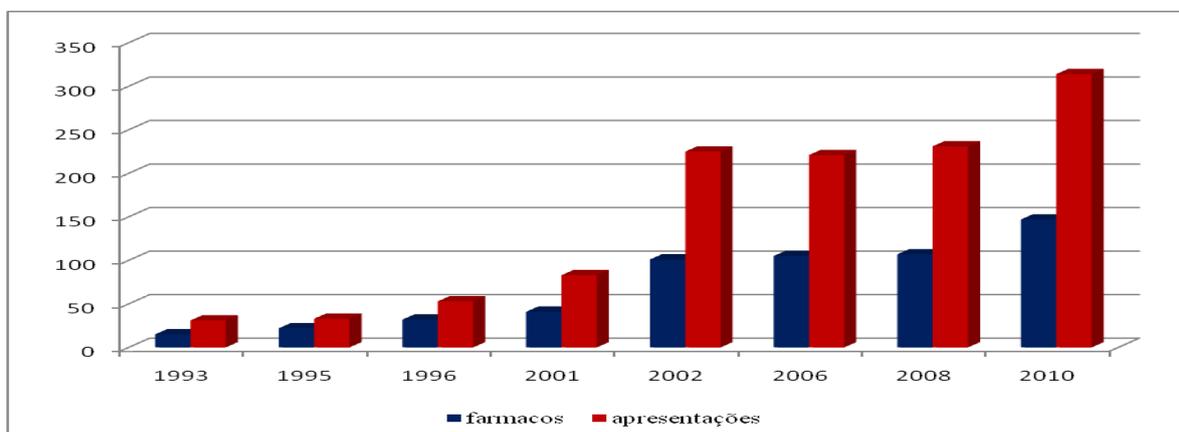
#### 5.2.1.1 Integrantes do núcleo de gestão do CEAF-asma grave

Para o gestor A, as mudanças positivas trazidas pelo CEAF-asma grave na acessibilidade ao tratamento dizem respeito, entre outros aspectos, ao acréscimo do elenco de medicamentos, como pode ser visto no trecho de fala a seguir:

“Olha, dentro da política de assistência farmacêutica, dentro do componente de medicamentos excepcionais, ele trouxe uma nova realidade, né, principalmente com o acréscimo do elenco, com a possibilidade de você ter mais medicamentos disponíveis.” (Gestor A)

De fato, dados obtidos nos sites oficiais (GRÁFICO 7) demonstram um acréscimo significativo, a nível nacional, na disponibilização pelo SUS de tipos de fármacos e de formas de apresentação após a instituição do CEAF em 2002.

Gráfico 7 - Número de fármacos disponibilizados pelo Componente Especializado de Assistência Farmacêutica suas apresentações – Brasil – 1993 a 2010



Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/6.6%20Assistencia.htm>

A melhoria citada na organização da rede diz respeito ao fortalecimento do esquema de referenciamento entre as unidades desta e é também creditada pelo interlocutor à implantação do componente, haja vista o aumento da capacidade de resposta dos serviços de média e alta complexidade aos encaminhamentos destes pacientes, feitos pelos estabelecimentos de atenção básica.

“É, dentro da rede a gente pode imaginar desde a atenção primária, onde faz uma primeira detecção do caso de asma, mesmo que seja naquele momento... que seja confundido com asma leve, ele teria naquele momento referências pra buscar um diagnóstico mais seguro desta sua situação e o encaminhamento pra os serviços referenciados pra fazer todo o seu tratamento e acompanhamento, monitoramento disso tudinho, né. Com um acesso a um elenco de medicamentos que é bastante resolutivo.” (Gestor A)

As mudanças citadas, no entanto, não se restringem apenas à comparação entre o período anterior e posterior à implantação do CEAF-asma grave, mas também à evolução que a estrutura por ele preconizada vai experimentando ao longo de sua implementação. Este é o caso, segundo o gestor A, da melhoria crescente do indicador recolhido pela ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde correspondente ao *índice de elogios dos pacientes* ao serviço prestado pela unidade metropolitana da Farmácia de Pernambuco, que atende hoje 80% dos usuários cadastrados no SISMEDEX.

“... a gente tem visto elogios e o nosso indicador melhor que tem nesse caso é a ouvidoria, né. Então a gente tem um acompanhamento da ouvidoria.

Nesses últimos (três) meses a gente tem recebido 8 a 10 elogios quando a gente antes não ouvia nenhum né, só era crítica.” (Gestor A)

Segundo Relatório Gerencial da Superintendência Estadual de Ouvidoria sobre os setores da SES, do 4º trimestre de 2010 (PERNAMBUCO, 2010), para a superintendência de farmácia foi recebido 151 demandas de usuários, sendo 32 destas sobre a gestão. Os elogios recebidos foram dirigidos à equipe da unidade metropolitana e se referiram especialmente à agilidade no atendimento e humanização no tratamento, representando 6% da demanda total e 28% da demanda específica da gestão. Deve-se considerar que ainda é um percentual baixo de representação, porém o que o gestor A destaca é o fato de que antes do momento atual, nenhum elogio era recebido.

Nesta mesma perspectiva se enquadra a fala relativa ao avanço da descentralização, para fora de Recife, das referências clínicas e da dispensação, passando a alcançar outras áreas da região metropolitana e do interior do estado. Esta descentralização, para o gestor, tem como elemento fundamental a efetivação de parcerias entre a Secretaria Estadual de Saúde e os gestores municipais.

“Pernambuco tem uma história nesse componente que precisa ser bem colocada, né. Nós temos uma realidade que é de um programa que era muito concentrado na região metropolitana e aí isso limitava muito essa questão, né. Também uma limitação muito grande de referências, né. Então as referências tavam muito dentro da cidade do Recife, não é nem região metropolitana, é da cidade do Recife. E a partir do momento que nós começamos um processo de descentralização, que começou a descentralização não só das referências, mas também das farmácias, isso possibilitou mais pessoas ter acesso. Então isso é um fato concreto hoje...” (Gestor A)

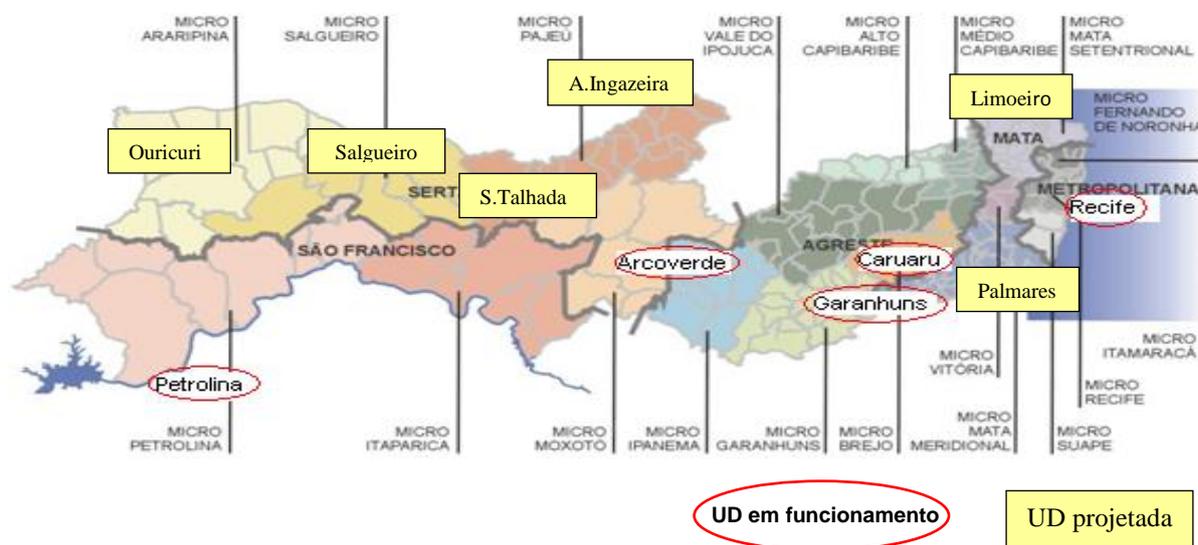
Para confirmar a efetivação desse movimento descentralizador, o gestor fala da expansão do número de unidades de dispensação em direção ao interior do estado.

“... nós temos a (unidade) metropolitana que é a nossa grande farmácia, temos a domiciliar também, que tem vários pacientes de asma, aqui em Recife... temos uma unidade em Caruaru, em Garanhuns, uma unidade em Arcoverde e uma em Petrolina, que tá em processo de abertura já, tá só aguardando aí, o sinal verde do governador pra fazer o processo da inauguração. De unidades (a inaugurar) em Salgueiro, Afogados da Ingazeira, Limoeiro.” (Gestor A)

A estratégia de descentralização lança mão não apenas da instalação de farmácias regionais nas sedes das GERES, mas também de acordos com os municípios para a instalação de unidades locais de dispensação, como pode ser visto no trecho seguinte:

“... Aí surgiu esse novo formato que é do município fazer uma parceria com o estado e lá no município mesmo ele poder fazer assistência integral, ele atender do básico ao excepcional no mesmo local. Então Petrolândia que é lá no sertão de Itaparica é a primeira dessa linha.” (Gestor A)

Mapa 1 - Municípios com unidades da Farmácia de Pernambuco em funcionamento e projetadas – Pernambuco, 2010



Fonte: Agência Condepe/Fidem - Elaboração da autora <sup>3</sup>

Mesmo entendendo que houve avanço na descentralização dos estabelecimentos solicitantes e na dispensação para o interior do estado, o gerente A ainda reconhece a atual distribuição territorial desta oferta como sendo um fator que pesa negativamente na acessibilidade do usuário ao medicamento, fazendo a ressalva de que essa situação não depende exclusivamente da gestão estadual da saúde. Depende segundo ele, em grande parte, do nível de organização da assistência farmacêutica em cada município e do compromisso do gestor municipal com essa assistência. Afirma o entrevistado que, via de regra, observa-se a existência de uma estrutura local carente de todo tipo de serviço especializado, o que acarreta sobrecarga de

<sup>3</sup> Figura do mapa disponível em:

<[www2.condefidem.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?...2496..](http://www2.condefidem.pe.gov.br/c/document_library/get_file?...2496..)>

demanda para atendimento na região metropolitana. Esta realidade percebida pelo entrevistado é ilustrada pelos trechos de fala reproduzidos a seguir.

“... tem problemas no município... você tem problemas de estrutura como um todo, né... Espaço físico, equipamento, mobiliário, pessoas, qualificação, informática. Enfim tem uma, uma... o que a gente vê nos municípios, na maioria dos municípios, é uma desestruturação. Essa desestruturação tá muito focada na questão do interesse do gestor. A gente percebe isso também, que o interesse do gestor não tá focado nessa... na área da assistência farmacêutica.” (Gestor A)

“... na região metropolitana... você tem serviços altamente especializados, mas há problema de demanda, né. A procura é maior que a oferta de serviços...” ( Gestor A)

Na verdade, se os dados quantitativos confirmam uma distribuição mais rarefeita tanto de estabelecimentos solicitantes quanto de unidades de dispensação no interior do estado, não apontam para uma significativa invasão de demanda. Apesar da flagrante desproporção entre a procura na unidade metropolitana e nas demais unidades de dispensação (UD), a cobertura da população da macrorregião de saúde Recife, pelo CEAF-asma grave, não ultrapassa, como foi visto, os 5%.

Sobre a possibilidade de ampliar a descentralização dentro da RMR, através da instalação de UD em alguns dos grandes hospitais públicos, entre eles o HC/UFPE, o gestor A identifica uma resistência nestes estabelecimentos para acolher a dispensação de medicamento do componente especializado. A justificativa seria o temor, possivelmente compartilhado pelos gestores municipais, de que possíveis descontinuidades no fornecimento acarretariam pressões do público e dos meios de comunicação, além da dificuldade que alegam para assumir a contrapartida necessária ao provimento da infraestrutura física e de pessoal.

“Infelizmente a cultura aqui em PE ela é... ela é muito avessa à política de excepcionais, pela historia de desgaste em imprensa, pela, pela... todo esse desgaste que houve ao longo da história. Quando a gente chega nos hospitais, os diretores fecham as portas na hora. Eles não querem nem conversar...” (Gestor A)

Tal resistência seria compartilhada também pelos profissionais farmacêuticos, que atuam nestas unidades, opinião que pode ser encontrada na fala seguinte.

“E as farmácias (dos grandes hospitais), é... que na minha opinião pode trazer uma satisfação profissional muito grande pra os colegas farmacêuticos, também se fecharam num modelo que não conseguem ver essa possibilidade, do ambulatório ser tão ou quanto mais importante do que a farmácia interna do hospital, a hospitalar interna.”( Gestor A)

Como se observa, o gestor A atribui a possível resistência dos farmacêuticos a uma postura profissional equivocada, sem levar em consideração os receios daqueles profissionais de que esta descentralização venha desacompanhada das modificações necessárias em termos de infraestrutura.

Segundo Fleury (2006) dentre as questões fundamentais que devem ser equacionadas num modelo de descentralização, acha-se a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional. O mesmo diga-se em relação ao nível local, aquele onde se dá a prestação direta do serviço, acrescentaríamos nós. Experiências descentralizadoras não acompanhadas pela criação de políticas redistributivas contribui, em vez de melhorar, para acentuar ainda mais as desigualdades socioeconômicas. Além dos recursos é necessário ainda desenvolver as capacidades administrativas e financeiras das instâncias que vão receber atribuições a serem descentralizadas.

Outra referência que o gestor faz a uma atuação de atores que se encontram na ponta do sistema diz respeito ao desvirtuamento do fluxo previsto pela política, devido ao expediente que seria utilizado por alguns médicos no sentido de orientar os asmáticos a obter o medicamento em farmácias privadas, como estratégia para agilizar o início do tratamento.

“... tem a questão da iniciativa privada ser uma porta de acesso muito efetiva ainda no Brasil. São poucas as pessoas que ainda é... principalmente de classe média pra cima, que buscam o serviço público... segundo a própria organização do serviço que ainda não conseguiu trazer todas as pessoas pra dentro do sistema, né, ainda não trouxe, é muito considerável isso. Eu até ouvi recentemente de uns pneumologias de que agora no programa que tem farmácia popular, entrou alguns medicamentos de asma, né, aquele da asma leve né, mas que algumas asma moderada também são tratadas. E eles (médicos) estão preferindo mandar essas pessoas pra...a que tem o programa farmácia popular, porque pra pessoa sai muito mais barato do que se submeter as regras do programa...”(Gestor A)

Certamente que situações como esta serão superadas na medida em que aumente a facilidade de acessibilidade ao medicamento fornecido pelo componente através da Farmácia de Pernambuco e à informação de como obtê-lo.

Na fala do gestor A, também se encontram referências a progressos importantes para melhoria da acessibilidade dos pacientes aos medicamentos, resultantes de ajustes operados na estrutura normativa do próprio componente. Este seria o caso da portaria 2981/2009 (BRASIL, 2009), que desobriga o paciente de receber a autorização para o cadastramento inicial ou para sua renovação em um centro de referência, serviço reconhecido oficialmente pela SES/PE como integrante da rede de cuidados de média e alta complexidade dirigidos a um determinado grupo de agravos.

“Veja só, dentro da estrutura do... componente especializado de assistência farmacêutica, falta uma política específica pra organização dos centros de referência. Isso é uma coisa que nós já temos identificado e temos reivindicado junto ao Ministério de Saúde a adoção de uma política específica para cadastramento e credenciamento de centros de referência. O que existia até antes da Portaria 2981 do ano passado (2008), era a necessidade de você ter que ter um aval de uma referência, mesmo que ela não fosse um centro regulamentado, registrado, mas um serviço de referência onde você tinha especialista de alto nível. Com a 2981 isso mudou, então ele não tem mais esse espaço pra essa validação do centro de referência. Então se eu tenho um especialista lá em qualquer cidade do interior, lá em Bodocó por exemplo, ele é... um pneumologista que está habilitado pra fazer o diagnóstico, conhece do protocolo, eu posso credenciar e não há necessidade desse paciente ter que passar pela referência é... principal, digamos assim, que é aquela referência, que são os que coordenam a política dentro do estado nesses serviços especiais...”(Gestor A)

Este trecho de fala revela que interpretações equivocadas da base normativa podem estabelecer rotinas capazes de influenciar na acessibilidade. Neste caso, na Portaria 2981/2009 citada (BRASIL, 2009) não existe a liberação para que outras especialidades médicas e não apenas pneumologistas diagnostiquem asma grave e solicitem o cadastramento do paciente no componente, até mesmo porque não há normatização prévia estabelecendo essa exigência. O PCDT-asma grave, que é de 2002, estipula no seu item Critério de Inclusão que o “acompanhamento em um centro de referência ou em unidades com médicos capacitados para prestar assistência a pacientes asmáticos.” (BRASIL, 2002). É possível que tais interpretações sejam guiadas pelo interesse do gestor em manter maior controle das

solicitações, evitando o desvio de medicamentos para tratar pacientes com diagnósticos errados.

Do modo como são cumpridas as diferentes etapas do ciclo de assistência farmacêutica (DIAGRAMA 1), depende o abastecimento regular, sendo portanto um determinante fundamental da garantia da acessibilidade. O gestor A refere que atualmente se conta com um melhor abastecimento, já tendo havido uma evolução significativa na etapa de programação, pois a ferramenta de informática (SISMEDEX) tem possibilitado dados suficientes e confiáveis. Admite por outro lado que ainda persistem entraves na etapa de aquisição devido a fatores como a recusa dos laboratórios em fazerem a venda direta, preferindo fornecer os produtos através das empresas distribuidoras, as quais estão desobrigadas de fornecer o desconto do ICMS previsto; e a entrada nos processos licitatórios de fornecedores que não dispõem dos medicamentos para entrega imediata.

“Evoluiu significativamente, mas ainda tem muitos problemas... da gente fazer uma programação hoje, tá super tranquilo... mas aí na etapa da aquisição a gente ainda tem algumas dificuldades, principalmente aqueles itens que são de monopólio né, e que tem desconto de ICMS e que eles (laboratório produtores) acabam credenciando distribuidores pra representá-los... Ainda também temos algumas dificuldades nesses fornecedores, fornecedores que a gente chama de fachada mesmo né, que às vezes entram na licitação e não tem nem o medicamento, nem estoque. Aí quando a gente pede, ele atrasa a entrega e acaba comprometendo todo um abastecimento...”  
(Gestor A)

Outra dificuldade relatada, pelo entrevistado e confirmado pelo gestor B, foi a deficiente infraestrutura do almoxarifado central da Secretaria, que apresenta limitações, tanto do ponto de vista físico como de pessoal e especialmente no sistema informatizado que deveria prover um controle efetivo de estoque, ocasionando da mesma maneira, problemas de abastecimento nas unidades de dispensação.

No que diz respeito à visão demonstrada por outros integrantes do núcleo de gestão, os gestores B e C, apresentam como evidência de mudança positiva na acessibilidade ao medicamento, produzida pelo CEAF-asma grave, a melhora referida pelos médicos na evolução clínica dos pacientes que ingressam no mesmo, quanto a redução da necessidade de internação e da elevação da qualidade de vida.

“...então assim, melhorou muito, tanto do relato de médico, quanto do relato do paciente o fato desse medicamento estar disponível para o paciente de asma grave, o quanto a vida dele, a qualidade de vida dele melhorou em relação a sua doença.”(Gestor B)

“...os próprios médicos foram testemunhas e disseram assim bem esclarecidamente de que, os pacientes hoje tem tratamento e antes eles viviam internados exatamente por isso, por falta de uma medicação que sustentasse, que mantivesse eles numa crise controlados...”(Gestor C)

Como se observa tais opiniões se baseia em manifestações esparsas de pacientes que conseguiram ingressar no componente e dos médicos que os atendem, não se constituindo, portanto, numa medida do nível de satisfação desses atores. Na verdade, a ausência de referências a indicadores ou quaisquer informações resultantes de um processo sistemático de acompanhamento e avaliação foi uma lacuna detectada nas entrevistas com os interlocutores responsáveis pela gestão da política.

É na fala destes profissionais que se identifica outro fator interveniente na acessibilidade do asmático grave ao medicamento que é o seu desconhecimento a respeito da possibilidade de utilização do componente especializado. Este fato, segundo os entrevistados, seria decorrente da falta de informação sobre o assunto, manifestada pelos profissionais de saúde que atuam na maioria dos municípios, principalmente aqueles situados no interior do estado. Para minimizar essa situação, profissionais da farmácia metropolitana têm realizado, juntamente com os médicos do comitê de asma, capacitações destinadas a este segmento.

“Ainda tem dificuldades... assim, tem dificuldades no preenchimento. Aqueles médicos que já estão, destas unidades do Otávio de Freitas, do Barão de Lucena, de..., eu acho que talvez... eu não sei mais onde é que tá no interior. Mas principalmente os médicos que não são daqui, que não tem conhecimento do programa, eles ainda tem uma dificuldade muito grande de saber como, não é nem como prescrever, mas é como preencher, quais os documentos necessários e isso dificulta o acesso dos pacientes. É uma falta de conhecimento dos programas, desses dois programas, asma e DPOC. E se o médico tivesse um conhecimento maior facilitaria a vida e o acesso consequentemente do paciente.” (Gestor C)

“Os médicos daqui da capital né e da região, eles tem um conhecimento maior, principalmente nos centros de referência que nós temos no Hospital das Clínicas, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Otávio de Freitas, o IMIP, são todos centros de referência. Nesses centros os médicos tem um

conhecimento maior, tanto do programa como dos procedimentos necessários. Já o interior não, o acesso às informações são mais escassas, tanto é que tá sendo feito esses eventos pra levar informação aos médicos do interior, pra eles saberem que existe o programa e como fazer pra poder cadastrar o seu paciente que tá lá no interior e não sabe que pode ter acesso ao medicamento, mas que por falta mesmo de conhecimento, não tá tendo esse acesso. Então a idéia agora é levar informação pra o interior. Os da capital, aqui em Recife, eu acredito assim que muitos são informados, mas no interior, não.”(Gestor B)

É possível verificar que os integrantes do nível de gestão deixam de considerar a grande parcela de asmáticos graves que ainda não acessam o componente. Suas opiniões a respeito da acessibilidade se baseiam no aumento da oferta e na redução de barreiras normativas – a exemplo do superintendente – e nas opiniões de atores que se encontram na ponta do sistema, como os médicos e pacientes. Essas opiniões, portanto, não se apoiam em um sistema de monitoramento e avaliação sistemática, capaz, por exemplo, de estimar a proporção de demanda que é alcançada pelo componente e sua tendência evolutiva.

#### 5.2.1.2 Médicos que atendem em estabelecimentos solicitantes

Para os médicos, os indicadores destas mudanças são de natureza epidemiológica, como é o caso da redução do número de hospitalizações e de internações nas emergências. Evidências relacionadas com a melhoria na oferta, a exemplo da maior regularidade no abastecimento são também citadas, além dos impactos favoráveis na qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos integrantes do seu núcleo familiar.

“Isso (CEAF-asma grave) tem ajudado bastante a reduzir o número de hospitalizações por asma em todo o estado. Particularmente eu respondo pelo serviço, né, que no Barão de Lucena, nós temos controlado assim inúmeros asmáticos graves admitidos no programa e isso quando se faz o uso regular da medicação que atualmente está sendo abastecido regularmente e a gente não tem tido problema. Então o número de internamentos hospitalares e o número de intervenções na sala de emergência tem reduzido bastante. Então isso aí é extremamente importante né, tanto pra nós médicos, (que) estamos sendo beneficiados com nosso trabalho, estamos tendo retorno, como também pra os pacientes. Melhora a qualidade de vida deles bastante, então em relação a isso e não só do paciente, da família toda.” (Médico pneumologista A)

No estudo realizado por Sarinho et al.(2007) com indivíduos de 3 a 6 anos, ficou evidenciado que apenas 13% dos casos das pessoas internadas por asma relatavam fazer uso sistemático de

medicação. Embora essa continuidade no tratamento se mostre importante como fator na prevenção das crises, reduzindo assim as internações, só um aumento na cobertura do componente, capaz de incluir maior número de asmáticos graves, produzirá este efeito. Lopes (2010), em sua tese de doutorado, verificou que de janeiro de 2000 a janeiro de 2008, em onze estados das regiões centro sul e nordeste, incluindo Pernambuco, o número de hospitalizações por asma se manteve estável, pelo menos para os grupos estudados que foram os de 0 a 4 anos e os maiores de 65 anos, faixas etárias onde a prevalência da asma é mais elevada.

Outra ordem de impactos citados pelos médicos, presente no mesmo trecho de fala, diz respeito à melhoria que estas mudanças produzem em nível da prática que eles desenvolvem, na medida em que a possibilidade de verificar estes resultados favoráveis, decorrentes da disponibilidade da medicação, promove um sentimento de gratificação profissional e um clima que facilita o bom relacionamento com o usuário. Outro depoimento neste sentido é reproduzido a seguir.

“Ele (o CEAF-asma grave) não (só) melhorou, ele é fundamental... meu conforto em tratar esses pacientes melhorou da água pro vinho, tá certo? Quando eu não tinha medicamentos pra disponibilizar pra esses pacientes era uma coisa e hoje é completamente diferente.” (Médico pneumologista B)

A disponibilidade de recursos para diagnóstico e tratamento é um aspecto citado como determinante da satisfação do profissional com sua prática, fator que tem reflexo direto nas condições de acessibilidade, uma vez que favorece a interrelação usuário/equipe. Campos & Malik (2008), em uma pesquisa sobre fatores que determinam a fixação de médicos no programa de saúde da família, no município de São Paulo, verificaram que este é um dos motivos mais citados, ao lado de outros como oportunidades de capacitação e distância para o deslocamento até as unidades de saúde.

Quando se indaga a respeito de possíveis dificuldades para a acessibilidade, a localização, tanto dos estabelecimentos solicitantes como das unidades de dispensação, é fator descrito pelos médicos, para os quais deveria haver maior descentralização do atendimento clínico, da realização de exames e a instalação de mais unidades de dispensação em municípios do interior do estado e dentro dos hospitais da região metropolitana.

“E a outra dificuldade é a centralização. Esse é um problema que tem sido discutido com o próprio pessoal da secretaria. Eles querem descentralizar, mas algumas unidades como o HC por exemplo, relutam em descentralizar.” (Médico pneumologista B)

A descentralização dentro da RMR não precisaria se fazer apenas mediante a instalação de unidade de dispensação na rede hospitalar, como defendem os entrevistados, talvez pelo fato de ambos terem a sua atividade clínica fortemente ligada à prática hospitalar; mas também e talvez principalmente em unidades ambulatoriais que atendem a média e alta complexidade, a exemplo das policlínicas e dos centros de especialidades.

A capacidade de entendimento do usuário também é um fator que interfere diretamente na acessibilidade, segundo os médicos, pois ele teria que ser capaz de compreender todas as orientações dadas pelos profissionais que atuam no sistema e saber como realizá-las.

“Existem pontos que dificultam mais do que facilitam, a começar por problemas dos próprios pacientes. O primeiro deles é o grau de instrução, tá certo, muitas vezes os pacientes não conseguem interpretar as informações que você repassa e às vezes eles não conseguem nem chegar lá na assistência farmacêutica pra receber a medicação, coligir a documentação necessária, tá certo, pra chegar até lá e alguns deles simplesmente abandonam.” (Médico pneumologista B)

Porém para que os usuários sejam capazes de compreender, os médicos também tem que ser capazes de explicar. Um estudo de Pereira & Azevêdo (2005) sobre a relação médico-paciente pela ótica dos pacientes, mostra que 70% desses não consideraram suficientes às informações oferecidas pelos médicos. E ainda avaliaram a satisfação do paciente quanto ao tempo de duração da consulta, referindo melhores resultados nas situações em que este tempo ultrapassa os três minutos. Para Foley (1993) o paciente apresenta expectativas em relação à comunicação com o profissional, revestindo-se essa comunicação de características próprias que envolvem desde atitudes e informações sobre sintomas e prognósticos até a prescrição do tratamento. Ruesch & Bateson (2008) sustentam que a comunicação deve ser capaz de transmitir mensagens. Caberia aos médicos, então, perceberem as necessidades de cada pessoa, avaliar as expectativas dessas e disponibilizarem tempo suficiente para oferecer explicações claras ao entendimento.

A exemplo dos gestores, os médicos também relatam ter ocorrido melhorias na acessibilidade dos asmáticos graves ao medicamento, após a implementação do CEAF-asma grave. Mesmo assim, informam que dificuldades ainda podem ser percebidas, sendo o que chamam de “burocracia exagerada” uma das mais citadas. Por esta expressão entenda-se a exigência do preenchimento do laudo de medicamentos especializados (LME) que figura como anexo C<sub>1</sub>, documento sem o qual não se realiza o cadastramento. O preenchimento, segundo os médicos, tornaria mais longo o tempo dispensado à consulta, reduzindo o número de atendimentos diários e conseqüentemente estaria impossibilitando a inclusão mais imediata de novos pacientes no CEAF-asma grave. Essa resistência manifestada pelos médicos pode estar relacionada com o preenchimento incorreto dos documentos, motivo citado com frequência pelos usuários como fator de retorno ao consultório médico, o que retarda o recebimento do medicamento e conseqüentemente seu uso.

“... mas muitas vezes, inúmeras vezes, eles retornam por problema de preenchimento. Tem alguma falha no preenchimento ou que trocou a forma de apresentação da medicação e aí teria que trocar a LME. Imagine isso aqui (na UD que funciona no HBL) é pertinho, a farmácia é aqui no mesmo andar não é? Então eu tenho tido esse problema frequentemente, imagine essa dispensação num local mais distante, né? Então isso aí é fundamental, eu acho que aqui funciona bem em relação a isso, apesar de que meus colegas de trabalho, eles acham muito complicada a burocracia. Realmente tem burocracia, se a gente não faz essa burocracia correta, então os médicos não vão ter acesso aos medicamentos e nós não vamos poder trabalhar também com a asma grave. Então infelizmente são os ossos do ofício.”(Médico pneumologista A)

Conforme mostra a literatura, a responsabilidade médica quanto ao preenchimento de alguns documentos parece ser uma prática cumprida por esses profissionais de maneira insatisfatória. Aparece também informação quanto ao reduzido destaque dada no próprio curso médico quanto à importância desse ato. Um estudo de Dombi-Barbosa et al (2009) coloca:

Apesar do uso corrente dos prontuários em serviços de saúde e da reconhecida importância deles tanto para o usuário quanto para equipe que o atende, a pesquisa que originou esse artigo pode constatar perdas significativas de dados ligados ao mau preenchimento dos prontuários nas diferentes unidades visitadas (DOMBI-BARBOSA *et al*, 2009).

Modesto; Moreira; Almeida-Filho (1992) detectaram no que se refere à qualidade dos registros, que quase 50% dos prontuários foram considerados não satisfatórios, por não

apresentarem ao menos os itens básicos da anamnese de primeira consulta. Já os estudos de Nobre (1989) e Heckmann (1989) relatam a deficiente qualidade dos registros contidos nas Declarações de Óbito, acrescentando ainda a pouca ênfase oferecida aos alunos, pelo curso médico, da importância que tem este documento como fonte de dados sobre a saúde da população.

Apesar da opinião dos médicos de que a disponibilidade dos medicamentos do CEAF-asma grave atendem bem as necessidades clínicas dos usuários, ainda existe a carência de discussões para inclusão de outros produtos no grupo.

“Não, não é dispensado aqui, esse é o único (medicamento) que está fora da portaria. Na verdade nós precisamos ainda contemplar a faixa etária entre dois e quatro anos, então nós estamos sem disponibilidade de medicação pra tratamento da asma grave nessa faixa etária de crianças pequenas. Então na realidade como tá faltando a budesonida aerossol, nós fazemos as doses mais altas nesses casos de asma grave e nós precisamos um poupador de corticoide que no caso seria o montelucaste, porque eles não podem fazer uso do formeterol e salmeterol, porque só é indicado para crianças maiores de quatro anos. Então o poupador de corticoide para esse faixa etária, crianças de dois a quatro anos, seria o montelucaste. Nós não temos, não é contemplado pela portaria, então estou pra fazer uma norma técnica e enviar lá pra o comitê de asma e ver se a gente consegue não é, porque realmente precisa. Às vezes a gente não controla com altas doses de corticoide inalado, então nós precisamos associar o outro, senão seria corticoide oral. Corticoide oral nós sabemos que tem muitos efeitos colaterais principalmente para crianças nessa faixa etária, em relação ao crescimento e fica complicado.”(Médico pneumologista A)

O depoimento revela a necessidade de permanente revisão da política no que diz respeito aos seus aspectos técnicos, resultado da própria evolução do conhecimento técnico e científico. Algumas inclusões de medicamentos para o tratamento da asma grave podem ser operadas na esfera dos entes federados, como aconteceu em Pernambuco, onde o omalizumabe, que não consta da lista nacional de medicamentos para tratamento da patologia, passou a ser disponibilizado.

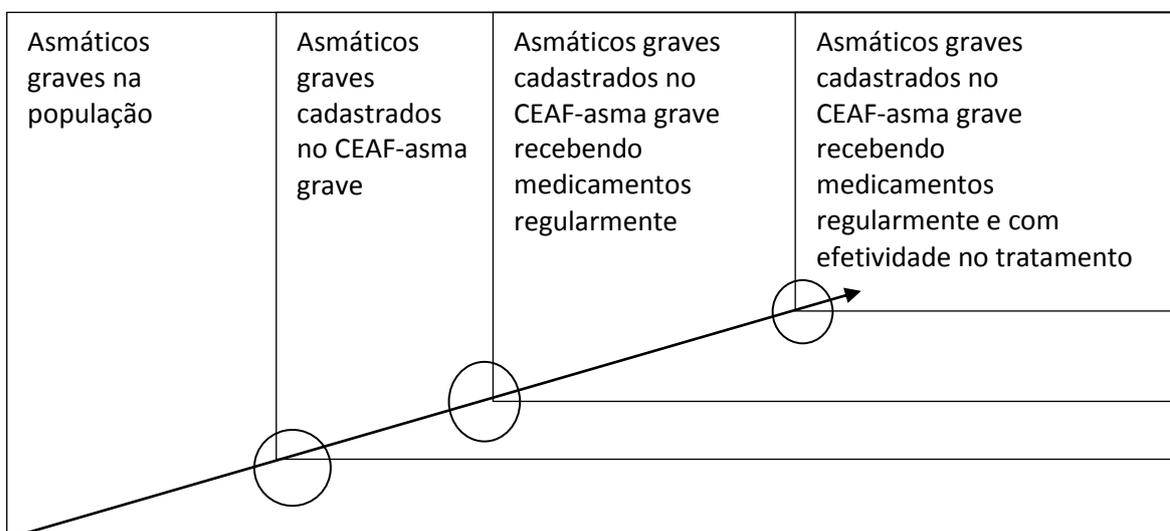
“...o único reparo que eu faria seria que além da budesonida/formoterol para os adultos, fosse disponibilizado também a associação salmeterol/fluticasona, tá certo? Mas de um modo geral essas associações atendem bem, porque inclusive existe também nesse mesmo programa uma diretriz pra utilização de uma medicação ainda mais complexa, ou mais cara que é o anticorpo monoclonal, o omalizumabe, que é usado por muito

poucos pacientes e (para) esse aí o acesso é mais problemático ainda. Mas de um modo geral eu diria que 95% ou mais dos pacientes, eles podem ser bem controlados com a medicação que está sendo disponibilizada.”( Médico pneumologista B)

### 5.2.2 Questões relacionadas à acessibilidade observadas pelos usuários cadastrados no CEAF-asma grave em Pernambuco

O desenho da Figura 2, elaborado pela autora a partir do esquema proposto por Kerr-White (1961), representa as etapas que um asmático grave precisa vencer para passar da condição de um caso da doença, na população, à de um usuário em uso regular e contínuo do medicamento disponibilizado pelo CEAF-asma grave, assinalando as possíveis barreiras à acessibilidade. Com base nesta sequência é que os relatos das histórias orais produzidos pelos usuários integrantes da mostra foram organizados, analisados e apresentados.

Figura 3 – Demonstração das etapas superadas pelos asmáticos graves na acessibilidade ao medicamento do CEAF-asma grave



Fonte: Adaptado de Kerr White (1961)

Para os usuários as melhorias que a Política trouxe, dizem respeito a possibilidade de receber o medicamento sem ter que pagar pelo mesmo, o que lhes assegura o tratamento contínuo, sem intercorrência de crises, o que eles enxergam como tendo impacto direto na melhoria na qualidade de vida.

“Eu vou dizer, melhorou porque eu não tenho mais crise e melhorou porque eu não compro. Gasto com passagem, mas é mais barato e eu não compro. Então eu fiquei... eu tomando direitinho eu não canso mais, entendeu, eu não canso mais, e canso se não tomar e quando vai chegando (o horário da tomada de) uma dose, se eu demorar, passar muito eu já vou sentido dificuldade de respirar e aspirar”(Armelle)

“E eu acho o importante é que a gente consegue o remédio, tá entendendo. Porque é ruim quando você tem dificuldade pra fazer uma coisa e você não consegue aquele objetivo entendeu? Só em a gente ter este remédio certo eu acho que já é tudo! Porque eu já procurei saber o preço desse remédio né, é tem farmácia que é 170, 180, tá entendendo?”(Argentina)

“Ah, consigo fazer as coisinhas! Não faço assim muito movimento né, porque se você fizer muita extravagância você cansa, num sabe? Eu faço minhas coisas, arrumo minha casinha, faço minhas coisinhas direitinho, eu faço, mas divagar, se eu fizer de carreira, ai eu canso.”(Artemisa)  
 “...aí depois que ela (a criança) começou a usar esse medicamento aqui (do CEAF-asma grave),ela brinca mais, fica mais solta, melhorou.” (Arnaldo)

“...mas graças a Deus que eu melhorei demais com esse remédio, que vivia cansada direto. Eu não tinha direito de tomar um banho na água fria, só se fosse na água morna. Não lavava roupa, pano molhado, nada eu fazia e depois desse remédio eu faço, tomo banho na água fria...”(Ariel)

O caminho percorrido até receber o medicamento é longo e para percorrê-lo se faz necessário superar diversas etapas. Num primeiro momento o usuário precisa se deslocar até um estabelecimento de saúde onde, como resultado de uma consulta médica é estabelecido o diagnóstico de asma grave. De acordo com os relatos a limitação de recursos financeiros aparece como um forte limitador, tendo em vista os gastos com transporte e, por vezes, com alimentação. Nos casos dos idosos, que representam parcela significativa dos usuários cadastrados, as co-morbidades implicam na necessidade de realizarem várias viagens para a realização de consultas em diversas especialidades médicas, de exames e para a dispensação de medicamentos, atividades que são disponibilizadas em locais diversos.

“Venho pro gastro, venho pra pneumologia, venho pra algia, são tantos, tantos, filha, que eu esqueço... Tudo isso é 24 (reais), porque 23.80 é 24”(Armelle)

“Perante a luz do Senhor, porque eu tenho problema, e uma: eu..., tenho problema na nutricionista, porque eu tenho esse problema de asma, tenho que mudar a alimentação, controlada. Vê, tenho médico de asma, tenho médico de pulmão , de gastro que eu me trato, tenho médico de coração,

tenho médico de nervo, tem essa medicação pra pegar, tem esse médico que eu tenho que ter ele, Dr. \_\_\_\_, que é do pulmão, pra pegar essa medicação. Tudo é passagem, doutora. Quando eu não tinha essa carteira eu vinha da Caxangá, de Dois Irmãos, de pés... Vim muitas vezes, soprando oi, soprando, parando no caminho e chegando aqui 9, 10 horas do dia, saindo de casa 4, 4 e pouca da manhã.”(Artemis)

E quanto à limitação dos recursos financeiros, pode-se verificar a partir de dados do IBGE na Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), que o gasto com transporte faz parte dos três grandes grupos da despesa de consumo das famílias brasileiras, representando 15,19% da despesa total. Portanto, na fala da usuária observa-se a tentativa de reduzir este tipo de despesa mediante o deslocamento às unidades de saúde caminhando a pé. Este expediente adotado por moradores da RMR implica por vezes cobrir grandes distâncias, o que termina, como foi visto nesse exemplo comprometendo a própria saúde do usuário.

Principalmente no que diz respeito aos que residem em municípios mais distantes, uma opção para reduzir os gastos com transporte é a utilização dos recursos destinados ao tratamento fora do domicílio (TFD), opção desconhecida por alguns como relatado por Ariadne “Que eu saiba não (tem transporte da prefeitura)... Não, tem não! Eu nunca vi não.”

Em outros casos, como se observa no trecho de fala a seguir, o que ocorre é a limitação imposta pelas pessoas que gerenciam este serviço, estabelecendo prioridades para sua utilização.

“Filha eu fui uma vez, mas peguei a moça lá (que) falou: mas você vai muitas vezes pro Recife, você vai muitas vezes pro médico. Realmente é do jeito que tô lhe dizendo... É, posso arranjar até dois (transportes ao mês)”(Armelle)

Para resolver o gasto com transporte uma opção é a descentralização, mas é preciso considerar que principalmente quando se trata de serviços de média e alta complexidade – que é o caso do CEAF-asma grave – concentrados em municípios pólo até mesmo por uma necessidade de economia de escala, a necessidade de deslocamento sempre se fará presente.

De acordo com um estudo do IPEA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), entre os atributos que distingue a alta complexidade da atenção básica e da média complexidade, está o “alto custo unitário e/ ou do tratamento”, situação em que se enquadram os medicamentos especializados.

Não se deve esperar que a alta complexidade alcance e mantenha um nível de desigualdade na distribuição espacial dos recursos (oferta) similar ao que se encontra na atenção básica e na média complexidade. Nestes dois níveis de atenção a desigualdade geográfica tende a ser menor do que na oferta de recursos de alta complexidade (IPEA, 2005).

Ainda complementa assinalando que no curto prazo há pouco o que se fazer para ampliar o acesso à alta complexidade naquelas áreas geográficas de maior carência. A ideia, é que quando inexistente a possibilidade de tratamento desta natureza, na localidade de residência do usuário, este precisará ser sempre encaminhado ao serviço de referência mais próximo, sendo essa a finalidade do incentivo financeiro destinado ao tratamento fora do domicílio (TFD).

A necessidade de se adequar às rotinas de funcionamento das instituições, como os horários de início e término do atendimento, também levam a gastos extras com transporte, na medida em que determina a necessidade do usuário chegar mais cedo do que seria possível caso utilizasse o transporte convencional, os assim chamados ônibus de linha. Por esse motivo precisa lançar mão de veículos que fazem o serviço de lotação, que normalmente representam uma opção mais dispendiosa.

“É, agora às vezes não tá marcando. Vou embora, venho, pergunto qual o dia que está marcando. O dia da marcação, pra chegar aqui cedo, eu panho lotação, que sai cedo, em vez de eu vim de ônibus, eu venho de lotação, sai mais cedo.” (Armelle)

Situações como esta poderiam ser resolvidas a partir de mudanças na organização do atendimento das unidades de saúde de modo a considerar as conveniências de seus usuários e no fortalecimento do sistema de regulação, que deve facultar a possibilidade de um agendamento efetivo através de computador ou telefone.

Outro fator que onera ainda mais a vinda à unidade de saúde é a necessidade de um acompanhante, não apenas pelas limitações que a patologia provoca, mas especialmente pela dificuldade, relatada por vários usuários, de conseguir se localizar numa cidade grande, além

do medo de ser vítima de assaltos, como demonstrado nos relatos a seguir: “... Chega aqui né... Agora daqui eu não sei sair não. Se disser vai pra tal hospital, aí eu não sei.” (Arcadia); “Pra todo canto eu sinto aquele medo, de ladrão. Eu tenho medo entendeu.” (Armelle).

A vinda dessa outra pessoa, além do custo direto representado pela necessidade do usuário arcar com as despesas com sua alimentação e transporte, acarreta um custo indireto, pois interfere nas atividades da mesma, que muitas vezes trabalha ou tem obrigações no lar e que será suspensa naquele período, situação que aparece nas falas dos entrevistados como motivo de constrangimento.

“Ela (a filha acompanhante) trabalha lá na biblioteca, aí não pode. Tem dia que pode fechar, tem dia que tem que deixar uma pessoa, tem dia que não pode. Tem que ser eu só, aí eu digo: eu vou! Daqui mesmo eu fico aí na frente, termino, vou pra baixo do pé de manga, comer alguma coisa, eu como, pego, compro naquelas barracas ali fora.”(Arcadia)

Não apenas os recursos financeiros interferem nessa fase, mas o fato de ficar sem poder usar a medicação na véspera de realizar a espirometria, medida recomendada para a realização do exame, e que pode ocasionar dificuldade respiratória interferindo no sono e no deslocamento para o estabelecimento de saúde.

“Agora mesmo no fim do ano, no mês de novembro, eu tenho que fazer espirometria pra levar pra lá (para a unidade de dispensação). Aí é uma agonia! Eu passo a noite sem dormir porque não tomo a medicação a noite, fico sem dormir porque não consigo vim de lá pra cá...”(Artemis)

A limitação que a doença impõe, fato relatado pela usuária quando questionada sobre a rotina estabelecida nos dias que necessita vir à consulta médica, também deve ser considerado um ponto importante que interfere no deslocamento do usuário à unidade de saúde.

“Eu me levanto de manhã. Meu primeiro ‘padre nosso’ é nebulizar! Porque já me acordo com asma, já com falta de ar. Eu durmo com dois travesseiros, tem dia que eu amanheço até com as costas doendo, dolorida por causa da altura, eu acho, por que minha coluna fica inclinada. Aí meu primeiro ‘padre nosso’ de manhã é nebulizar. Aí depois eu como qualquer coisa assim... um pedacinho de pão com um copo de leite. Eu gosto muito de achocolatado! Aí tomo o remédio, tá entendendo? Aí às vezes continuo cansada.”(Argentina)

A distância da residência ao serviço representa sem dúvida um fator a interferir na acessibilidade, especialmente quando se trata de usuários crianças, como se pode constatar a partir do depoimento dado por um pai.

“Eu arrumo tudo na noite, porque eu saio de casa cinco horas. Eu me acordo quatro horas pra acordar ela, dar um banho e me arrumar, cinco horas eu saio de casa, que é um pouquinho distante. E eu pego o ônibus cheio que só e com criança é ruim. Aí de seis horas eu pego o ônibus, aí sete e pouco eu chego, tenho que chegar! Sair mais cedo de casa que é pra chegar no horário e pegar o primeiro lugar né, porque é muita gente e modo de ficar quase o último. Eu saí cedo e fiquei o sexto ainda.” (Arnaldo)

As alusões à existência de barreiras físicas dentro dos estabelecimentos de saúde também estão presentes na fala do usuário e resultam de falhas na manutenção dos serviços. No caso do trecho reproduzido a seguir, a opção de substituir o elevador pela escada é motivo de maior desconforto tendo em vista tratar-se de usuários com dificuldade respiratória. Esta situação se reveste de maior gravidade quando se tratar de um deficiente físico.

“... eu não subo uma escada, não consigo subir essa escada, não consigo subir uma ladeira de qualidade nenhuma, porque se eu subir uma escada eu caio na escada porque prende meu fôlego. Eu posso tomar a medicação agora que (mesmo assim) eu não consigo subir uma escada.” (Artemis)

Ao chegar ao estabelecimento solicitante surgem outros entraves que precisam ser superados. Um deles diz respeito à marcação de consultas e exames, providência que normalmente exige a vinda do usuário à unidade exclusivamente para esse fim, tendo o mesmo que retornar no dia agendado para a realização do procedimento. Quando o usuário é surpreendido com a notícia de que a marcação está suspensa, o tempo para cumprir as exigências necessárias ao recebimento do medicamento se prolonga ainda mais e os custos de deslocamento sofrem sensível aumento.

“... eu sofro muito aqui (no hospital), com marcação que não tá marcando, aí eu venho, tiro dinheiro da feira. Tem muitas semanas que fico sem o dinheiro da feira, porque venho marcar. Aí tal dia tá marcando não, tal dia a máquina tá quebrada, aí tal dia já marcou, entendeu? Pronto! (bate na perna desconsolada) Mas você não disse que era tal dia? - Mas aqui antecipou. Eu que sou do interior... Aí eu queria assim: quando a gente viesse pegar... direitinho, olhe foi marcado, não tá marcando agora, tal dia que marca.” (Armelle)

Situações como essa de tentativas frustradas de marcação podem ter diferentes motivos. Um deles é o fato de não ser aquele o dia estabelecido pelo serviço para a marcação, estando a pessoa desinformada. A possibilidade de ser atendido no mesmo dia da procura de marcação vai depender da disponibilidade de “vagas extras”, que corresponde a certo número de consultas reservadas, quando do agendamento, para o atendimento de intercorrências. Esta oferta é limitada tanto pela disponibilidade de profissionais como pelo fato de dedicarem esses parte de seu tempo ao atendimento de outras especialidades pneumológicas.

“Não, pra marcar (consulta médica não é fácil) não. Não é fácil marcar não, porque em compensação só tem dois médicos, ele e Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_. Ontem ele não veio. Em 2008 aí foi..., em 2008 eu vim pegar medicação no mês de julho, (no mês) de novembro, eu não peguei minha medicação, tive crise daquela mesmo.”(Artemis)

Algumas entrevistas, no entanto, demonstram que dificuldades deste tipo podem ser superadas com medidas de flexibilização adotadas pelas equipes de saúde. Este é o caso da marcação de consultas subsequentes, realizadas pelo pessoal de enfermagem ou pelo próprio médico, em dias nos quais já existem marcações de outros procedimentos agendados para aquele usuário na instituição.

“Sempre (foi tranquila a marcação). Porque assim: a enfermeira quando não pode naquele dia, mas aí ela diz o dia que eu volte pra ela marcar...Então tá tudo aqui marcado, como hoje mesmo era... é o dia da vacina dele, então a menina já facilitou, como é o dia da vacina, você já vem pra consulta mãe, chegue cedo e ele (a criança) já faz as duas coisas. Justamente foi o que aconteceu.”(Armélia)

Outra circunstância desagradável ao usuário é fato do estabelecimento de saúde não estar realizando a espirometria, procedimento exigido no primeiro cadastro e depois a cada ano. A informação sobre a possibilidade de realização ou não do exame o usuário só tem no momento em que chega à unidade, pelo fato de terem sido fracassadas as tentativas de contato telefônico, segundo os relatos.

Além disso, deve-se também levar em consideração que o asmático necessita de uma preparação para fazer a espirometria, ou seja, ficar em abstinência do broncodilatador na noite anterior. Para alguns o próprio exame já é fator de angústia, pois a suspensão da medicação dificulta ou mesmo impede a realização do procedimento, pela impossibilidade de soprar ou

pelo desencadear de uma crise provocada pelo esforço feito nas tentativas. Sendo o resultado do exame um dos documentos exigidos pelo CEAf-asma grave para a manutenção do usuário no cadastro, vê-se ele obrigado a realizá-lo. Toda esta conjuntura adversa torna extremamente frustrante chegar ao serviço e receber a notícia de que o equipamento se encontra fora de funcionamento.

“Tá vendo, doutora. Tem gente que vem fazer e nunca faz porque não tem condições. Eu mesmo não tenho condições de fazer. Só Deus sabe como eu faço esse exame. Quando eu faço, eu tenho... (crise de) asma porque eu não tomo a medicação.” (Artemis)

Ainda no que se refere à realização da espirometria, o deslocamento improdutivo entre unidades de saúde localizadas a consideráveis distâncias, implica na perda de tempo e de dinheiro bem como no aumento do estresse físico e emocional. No caso da usuária a quem pertence o trecho de fala apresentado a seguir, proveniente do interior, este deslocamento se deu entre dois hospitais situados em Recife, a grande distância um do outro.

“No Osvaldo Cruz, me mandaram vi fazer aqui. Cheguei aqui disseram não tá fazendo. Aí o (funcionário) que trabalha lá em baixo, disse: olhe tá fazendo não. Aí no Osvaldo Cruz, foi uma... aí ele disse oi, você vai lá no Osvaldo Cruz... tá fazendo, aí eu disse eu fico! \_\_\_\_\_, que ela trabalha lá no Osvaldo, no CO (centro obstétrico), ela é de \_\_\_\_\_ (nome da cidade), eu vou ficar e vou dizer que (a paciente) é minha família.” (Arcadia)

Outro aspecto presente nesta fala é o que diz respeito à necessidade de utilização do tráfico de influência como facilitador da acessibilidade.

Além das dificuldades para a marcação de consultas e para a realização do exame, o tempo de espera para atendimento, principalmente quando este termina não ocorrendo, foi outro fator citado pelos usuários como uma condição que influi na acessibilidade.

“... Incomoda. Nós vem tal dia, aí nós vem, aí marca o médico marca de 9:00horas, nós chega de 9:00, dá 9:30, 10:00, 01 hora 02horas ele não chega.(...) aí eu perco a viagem, vou embora. Aí marca outro dia. Aí quando eu venho, aí dizem ‘o médico não pode hoje de novo’, volto... Aí o que enche o saco é esse negócio.” (Arcadia)

Algumas vezes o que ocorre é uma visão equivocada do usuário a respeito do motivo de não ser atendido pelo médico.

“Agora doutora o que eu acho errado é isso : o médico tá de férias, o médico tá numa licença, licença prêmio e a gente não tem com quem pegar essa... (LME), esse parecer, com outro médico. E eles lá (na unidade de dispensação) não dão a medicação.” ...Não pode porque ela não é minha médica. Só o meu médico que dá...” (Artemis)

Na verdade o que acontece é que o médico que iniciou o atendimento deve ser aquele responsável por qualquer adequação durante os três meses de validade do processo. Após esse período, quando é necessária a renovação, outro profissional pode realizar a consulta.

O serviço precisaria, portanto, desenvolver mecanismos que assegurassem a continuidade do tratamento durante os períodos de afastamento dos profissionais em função de férias e licenças.

A desinformação ao usuário sobre o que fazer na falta do médico que o acompanha também leva a deslocamentos desnecessários como pode ser lido a seguir.

“É porque é assim, quando falta a gente tem que procurar um médico pra pegar medicação, aí ele não tava, ele tava de férias, ele tinha..., não tava, aí eu fui pro Oswaldo” (Arcadia)

Neste caso, o procedimento correto por parte da equipe seria encaminhar aquela pessoa para outro médico do próprio serviço. Este e outros problemas, como se verá, estão relacionados com deficiências na informação, que podem produzir dificuldades importantes na acessibilidade.

Conforme relato a seguir, esta deficiência na informação provocou uma repreensão médica, mas principalmente um atraso no início do tratamento medicamentoso de um menor.

“... e a médica aí embaixo, aí eu não sabia também, leiga... Aí foi quando a doutora me deu uma baita de uma bronca: ‘Mãe, quando não tiver (o medicamento) tu desce pra vim me dizer. Tu me diz que eu vou passar outro.’ Mas também por descuido da moça de lá, a enfermeira, que eu perguntei a ela (que me respondeu) : ‘Não, mãe, tu fica sempre perguntando.’ Mas ela não falou que eu tinha que voltar a médica. Porque quando a gente tá assim, numa coisa de primeira, a pessoa tem que tá informando, né. Então cabia a ela também me falar e ela não me falou.” (Armélia)

A desinformação ocorre também com profissionais médicos dentro do mesmo estabelecimento de saúde, quanto à possibilidade do asmático tratar a patologia recebendo gratuitamente medicamentos, o que é informado por uma usuária como causa de retardo do início de seu tratamento.

“Aí depois, antes de chegar pra estes médicos (no HC), eu tomei muito aquela disprospan (corticosteroide que ela usava para asma). Eita filha, quando eu comecei a pegar o medicamento pelo SUS, eu acho que já tava pra oito anos, pra sete anos de tratamento aqui” (Armelle)

A respeito do nível de informação da clientela, Goddard & Smith (2001) destacam que diferentes grupos populacionais variam quanto ao grau de conhecimento sobre a disponibilidade de serviços que podem utilizar, o que configura a inequidade também no que diz respeito ao direito à informação. Este problema é causa de preocupação por parte dos diferentes atores sociais envolvidos na implementação do sistema e foi um dos motivos para a elaboração, em 2007, da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Primeiro Princípio: assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde visando a um atendimento mais justo e eficaz (BRASIL, 2007).

Parágrafo VI: As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social (BRASIL, 2007).

O relacionamento com os integrantes da equipe de saúde é um fator referido pelos usuários como tendo decisiva influência na qualidade da acessibilidade. Os problemas alcançam diferentes categorias profissionais envolvidas no atendimento, como médicos, técnicos de enfermagem e os responsáveis pela realização de exames. Referem-se, por vezes, a choques culturais, como aquele evidenciado a seguir, no trecho da história oral narrada por uma usuária, que descreve a reação do médico diante da crença em Deus manifestada por ela.

“Ele (o médico) disse que não conhece esse homem não, não vê falar deste homem não. Os pacientes dizem que ele é ateu. Eu não quero, eu quero meu médico aqui...(..) eu.. que tristeza... eu vou pra esse homem a pulso, vou procurar meu médico.”(Arcadia)

Em outro caso, o problema citado pela usuária diz respeito ao trato pessoal a ela dispensado pela funcionária que realiza o exame, a qual estaria demonstrando autoritarismo e irritação, dificultando assim a troca de informações necessárias para os encaminhamentos devidos, inclusive a realização adequada do próprio procedimento.

Os mesmos profissionais, porém, que foram alvos de críticas, recebem palavras de elogio em outros relatos, nos quais o comportamento torna-se um fator facilitador da acessibilidade. A técnica de enfermagem responsável pela realização da espirometria é apresentada agora como possuindo outra postura.

“... é fácil de fazer. Pronto! Porque a menina já conhece a gente, é daqui mesmo, a gente faz. Ela atende a gente muito bem mesmo, muito bem mesmo. Ela é ótima. Aí a gente vem, marca, ela marca o dia da gente vim, que tá perto de vim pr’o médico.” (Artemis)

Outros profissionais parecem gozar de certa unanimidade no que toca aos elogios feitos pelos usuários de seus serviços e este é o caso do médico distinguido neste trecho de relato.

“Somos humanos. Doutor \_\_\_\_ é um médico muito bom, muito bom mesmo. Tem dia que ele tá sufocado, mas ele nunca deixou de dar o laudo pra gente pegar a medicação. Aí, doutora, eu gosto muito de Doutor \_\_\_\_, gosto demais. Ele atende a gente muito bem, preto, branco rico, pobre.” (Artemis)

O usuário parece fazer a distinção entre o que representa um tratamento grosseiro e aquele marcado por uma postura de cobrança por parte do profissional em relação ao seguimento da prescrição, o que é recebido pela autora do diálogo a seguir como uma atitude de zelo pela saúde do seu filho.

“Mãe, você quer que eu corte você do programa? Eu vou cortar!” “Não doutora, pelo amor de Deus eu não tenho condições de comprar!” Aí eu apelo, apelo. Aí ela: “Tente ao máximo, eu gosto de responsabilidade.” Porque ela é muito rígida, eu gosto do jeito dela!” (Armélia)

Vencida a sequencia de passos que precisam ser cumpridas no estabelecimento de saúde é chegada a hora de encaminhar-se para a unidade de dispensação. Aqui a acessibilidade é determinada, entre outros aspectos, pela localização. Para alguns usuários, principalmente aqueles provenientes de outros municípios, este deslocamento se mostra mais difícil. Algumas vezes a dificuldade reside na desenvoltura para se locomover num território desconhecido, em

geral uma grande cidade, uma vez que as unidades de dispensação estão situadas nos municípios – pólo. Esta situação é ilustrada pela fala da usuária Arcadia, referindo-se ao trajeto que precisa fazer do Hospital Oswaldo Cruz para a unidade metropolitana da Farmácia de Pernambuco. Ambas as unidades estão localizadas em Recife, mas se acham distantes uma da outra, separadas por vias de trânsito intenso. Ainda assim a usuária revela sua opção de fazer a pé este deslocamento, em função da dificuldade de utilizar um sistema de transporte coletivo que não conhece: “De pé mais, porque de ônibus eu não sei ir... Aí tá a turminha, aí eu vou. Vou quando tem gente pra ir. Só, eu não vou não”(Arcadia).

A necessidade de estar em companhia da “turminha”, entendida como um grupo de pessoas que vão receber medicamentos na mesma unidade de dispensação resulta do medo de se perder durante o trajeto. Este é um temor que faz o usuário precisar de acompanhante ainda que isto represente um custo adicional de deslocamento e alimentação.

“Venho só eu... ela só me acompanha pra Farmácia de Pernambuco e quando pede exame fora : densitometria, que é lá perto da Restauração. Eu não sei andar, aí ela vai comigo.”(Armelle)

“...é longe, que é na cidade. Eu tenho que ir com alguém aqui, porque os ônibus passam mesmo na minha porta, lá no Jordão, mas pra lá (unidade de dispensação metropolitana) eu tenho que ir com alguém porque... Eu não posso ir só.”(Ariel)

Além do custo adicional existe a necessidade de adequação da rotina deste acompanhante ao horário de funcionamento do serviço, situação esta já relatada quando se tratou do deslocamento ao estabelecimento solicitante.

“É, agora esse negócio, digo aqui, medicação, eu sempre deixo a tarde, porque a tarde ela (a acompanhante) já tem preparado o almoço. A (filha) que estuda a tarde já tem almoçado e as que chegam o almoço já tá pronto, aí ela vai comigo.”(Ariel)

Estar acompanhado também diminui o medo de ser vítima de assaltos e outros tipos de violência hoje em dia presente na realidade das grandes cidades, no cotidiano dos meios de comunicação e no imaginário popular sobre elas.

“É, olha, eu tenho muito medo de andar, mas eu preferia lá no (Hospital) Dom Pedro II (localização anterior da unidade metropolitana da farmácia de Pernambuco). Sabe porque? Porque quando eu descia do ônibus na estação

do TIP eu pegava o metrô direto para a (estação) central... Pra todo canto eu sinto aquele medo, de ladrão... eu tenho medo, entendeu ?” (Armelle)

Desse modo é possível entender a sugestão contida no trecho de fala a seguir, quanto à necessidade de descentralizar a dispensação.

“... assim era bom que tivesse é... outras farmácias assim igual a que tem aqui, em outros lugares também é... nas cidades vizinhas. Pra não ter que se deslocar de lá pra vim pra cá, porque não é nem o valor da passagem também, que é caro, mas é a distância. É muito distante!” (Arnaldo)

De uma maneira geral os usuários referem que as dificuldades de acessibilidade se concentram nas etapas do fluxo que antecedem a formação do processo para cadastramento no CEAF-asma grave, de modo que deixando o estabelecimento solicitante com os documentos necessários para a solicitação de cadastramento inicial, tudo parece ficar mais fácil. Ou menos difícil.

Se as dificuldades parecem reduzir-se quando o usuário chega à unidade de dispensação, ainda podem ocorrer alguns problemas de acessibilidade, especialmente para aqueles que farão seu cadastramento inicial, evento cuja finalização dependerá ainda das fases de pré-cadastramento, de avaliação da documentação trazida do estabelecimento solicitante e da autorização para início da dispensação.

“Eu pra pegar essa medicação... eu andei muito pra pegar essa medicação. É um processo muito grande pra pegar essa medicação... Depois que a gente tá dentro fica mais fácil, mas pra gente pegar a 1ª vez, passa até ano sem pegar.” (Artemis)

“Porque quando eu fui a 1ª vez (no pneumologista) eu passei oito meses..., eu passei oito meses pra aprovar. Vim a Dr.\_\_\_\_ de novo. Ele me deu outro laudo, eu dei entrada de novo lá (na unidade de dispensação da farmácia de Pernambuco). Depois que eu dei entrada, eu passei seis meses de novo pra pegar essa medicação. Aí agora depois disso, eu não sei agora como é que tá pra dar entrada a 1ª vez. Sei que agora quando eu vou, eu pego essa medicação. Com três meses que eu tenho ela (a medicação), eu tenho que ter o parecer médico, que se não tiver o parecer não pega. Se não tiver esse exame... perometria (espirometria e não) levar, comprovar que você tem dificuldade, também não pega...” (Artemis)

Para outra usuária esta sequência de passos não cursou com grande demora, como pode ser visto no depoimento a seguir.

“Não, não demorou muito não. No dia que eu trouxe (a criança), eu tive que trazer os documentos. Quando eu fui pra ela (médica), aí ela mandou eu providenciar só o CPF e a xérox do documento. Aí eu tirei rápido porque o CPF é 30 dias, aí eu esperei o mês. Aí quando o CPF chegou eu trouxe e (demorou) numa faixa de dois meses pra pegar o remédio.” (Ariadne)

Verifica-se também quanto a esse cadastramento inicial, que alguns usuários, por apresentarem diversas patologias, as quais são contempladas com medicamentos pelo CEAF, têm dificuldade na acessibilidade. Porque para cada patologia há exigências específicas em relação aos exames, que diferem entre si, o que ocasiona maior tempo para o paciente realizar os mesmos, além da dificuldade posterior de juntar toda essa documentação, com consequente atraso do início do tratamento medicamentoso.

“Lá (na unidade de dispensação) deu um trabalho... Porque teve que pegar toda a requisição de todo médico que passei por ele. Teve que pegar todos os exames desde o começo...” (Ariel)

Mesmo para aqueles usuários em que a unidade de dispensação está localizada dentro do estabelecimento solicitante, ainda há o empecilho de ter que aguardar o envio do processo do mesmo para a unidade metropolitana da Farmácia de Pernambuco, onde serão cumpridas as etapas para o cadastramento.

“É porque aquela documentação eu sei que vai pra farmácia (de Pernambuco), pra farmácia depois autorizar pra cá (unidade de dispensação HBL).” (Arnaldo)

Esta situação traz à tona uma discussão importante que é o grau de descentralização que se pretende. Descentralizar a dispensação para as unidades de saúde, mantendo o controle do cadastramento inicial e da renovação centralizados nas Farmácias de Pernambuco, produz uma melhoria restrita da acessibilidade ao medicamento, na medida em que sempre serão necessários a cada três meses, se não o deslocamento para a instância autorizadora, o aguardo pelo usuário de que esta promova a liberação para a entrega do medicamento.

Outra dificuldade enfrentada pelos usuários quando conseguem chegar na unidade de dispensação decorre de uma ação realizada numa etapa anterior do fluxo: o preenchimento incorreto do LME.

“... Os problemas foi assim: ele (o médico) deu a receita, ai a gente vai pra lá (unidade de dispensação). Vê! Vem do interior, aí vai pra lá, aí chega lá, enfrenta a fila, chega lá, quando olha, tá faltando o número, tá faltando assinatura, tá faltando, é... o médico carimbou mas não assinou, falta um número, falta outros negócios lá. Ela (a atendente da unidade de dispensação) risca, ela marca pra voltar de novo, pra o médico, aí nois vai embora pro interior, depois volta de novo. Chega lá, aí o médico não atende, aí, nois volta de novo!”(Arcadia)

“...agora é difícil! Porque quando chega lá (na unidade de dispensação) se tiver uma letrinha errada (na LME), tem que voltar novamente. Aí é isso mesmo! Tem dia que ele (médico solicitante) se aperreia: mas \_\_\_\_\_ o que foi que houve? O que foi que atrapalhou você aqui? É Dr. \_\_\_\_, o senhor não fez direito, faltou um número aí ...”(Ariel)

Como pode ser verificado nesta fala, um problema gerado no início pode acarretar uma série de transtornos, a começar pela necessidade do usuário precisar retornar a uma etapa anterior do fluxo, já cumprida. Situação que implica em frustração daquela viagem, provoca custos com novos deslocamentos e o retardo de início do tratamento ou a sua interrupção, com todas as consequências clínicas decorrentes.

Este fato também pode ocorrer em unidade de dispensação que fica dentro do estabelecimento solicitante. Neste caso, o paciente só precisaria retornar à médica que realizou o seu atendimento e que trabalha naquela mesma instituição, o que mesmo assim não deixa de ser um problema considerando que o profissional pode ter ido embora, ou ter vários outros pacientes para serem atendidos, obrigando àquele aguardar a correção do LME preenchido incorretamente.

A falta do medicamento é outro problema relatado pelo usuário, devendo-se observar, porém, que esta se deve por vezes a uma procura antes da data agendada para o recebimento. São várias as justificativas do usuário para esse procedimento e entre elas se incluem desde a necessidade de reduzir os custos com transporte, aproveitando uma vinda a Recife destinada a resolver outros compromissos, até a disponibilidade do acompanhante naquele dia. No sentido de reduzir estas dificuldades a superintendência da assistência farmacêutica ampliou o prazo de agendamento pessoal para a entrega da cota mensal do medicamento, passando de um único dia para o período de uma semana.

“Então eles agendam a data certa pra pegar?” (pesquisadora)

“A data certa. Eu disse: por favor, me arrume nem que seja uma mostra grátis por ai ou 2 a 3 comprimidos. Ele disse: Não tem! Por um dia (antecipado que a usuária foi buscar) não é possível dispensar? ‘Nós (da unidade de dispensação) não trabalhamos com mostra grátis.’” (Artemis)

Também acontece o esgotamento da cota mensal de medicação antes da data prevista, por conta do manuseio incorreto dos produtos, situação que leva ao desperdício de unidades. A substituição da forma de apresentação de alguns medicamentos que fazem parte da lista do CEAF-asma grave, ocorreu algumas vezes no sentido de facilitar a sua utilização. Ainda assim, persiste a necessidade de treinamento efetivo dos asmáticos graves como se deduz da fala a seguir.

“Eu vim (na unidade de dispensação), falei com a menina, a menina me disse: Olha! Me deu um papelzinho de novo... um papel assim explicando como se deve usar, a partir do clique, aí gira não sei o quê três vezes, aí a mesma coisa, mas não tá sendo resolvido.” (Araneli)

“É, agora mudou essa medicação. Essa medicação que veio eu me perco com ela porque tem que apertar, depois fazer um traquizinho, fica muito difícil, é melhor quando a gente tem aquela bombinha, a gente puxa. Mas esse outro tá muito difícil pra gente. Às vezes gasta a medicação e não usa porque não tá sabendo usar. Eu não sei porque, com aquela bombinha é mais fácil, que bota o comprimidinho dentro e a gente puxa... é mais fácil mas, esse outro...” (Artemis)

“Eu não sei... eu... tô tomando ele, mas não tá..., tá entendendo? Eu não tô vendo efeito... Tá entendendo? Eu acho que ele, o conteúdo do pó, que...? Tá entendendo? É menos do que o comprimido. Aí eu tomo ele de manhã, aí às vezes quando eu tô cansada vou pro nebulizador porque tenho um nebulizador em casa. Ultimamente eu tenho até gastado berotec e atrovent até demais, que também é ruim pra mim né, por causa do coração, né. Tá entendendo? Às vezes eu nebulizo quatro vezes por dia!” (Argentina)

Este treinamento do usuário deve ocorrer durante o aviamento da prescrição, pois de acordo com Pepe (2000) a dispensação não é a simples troca de mercadorias por receita médica, a informação neste momento é essencial. A insuficiência do conhecimento gera fatos que devem ser considerados, o gasto com outros medicamentos que a pessoa tem que usar para nebulizar e que conforme a usuária não lhes são dispensados pelo SUS, tendo que pagar; a preocupação com o desenvolvimento de problemas cardíacos pela utilização desses produtos e o desconforto gerado face à necessidade de repetidas nebulizações.

Embora o desabastecimento ocorra por conta de atrasos na entrega pelo fornecedor, tal fato parece estar cada vez menos frequente, o que se deduz da análise dos dados do SISMEDEX e da própria fala dos usuários informando que os atrasos não ultrapassam o período de um mês.

“Não (faltou), atrasou sim, mas chegou dentro do mês. Assim, né, atrasou, porque assim... pela primeira vez que eu tinha pego, aí deu pra chegar até a data dele (do medicamento chegar).”(Araneli)

Mas a preocupação da falta é algo que aflige muito o usuário, por ser a asma grave uma doença, que se não tratada corretamente causa, como já exposto, uma dificuldade respiratória significativa para o mesmo.

“A minha crise é muito triste (paciente chorando). Só em falar, doutora, eu fico nervosa, que minha crise é muito perigosa! Chegou uma vez que o médico disse que se eu tivesse uma daquela eu não voltaria. A minha crise é muito perigosa! Se faltar essa medicação, o que será da minha vida?” (Artemis)

No entanto, os relatos parecem demonstrar que a relação dos usuários com a equipe das unidades de dispensação é mais tranquila em relação ao que acontece nos estabelecimentos solicitantes, embora nos depoimentos dados nesse sentido o bom relacionamento não apareça como fato isolado, mas ligado a disponibilização imediata do medicamento, objeto buscado ao longo de todo o processo.

“Pra mim foi ótimo. Antes, há uns 6 meses atrás, o atendimento lá (na Farmácia de Pernambuco) não era como tá. Agora o atendimento está ótimo, atende muito bem, eu não tenho do que me queixar. Eu mesma sou muito bem recebida, sou muito bem recebida, sou atendida muito bem. Vou lá, tem a medicação, dou graças a Deus e agradeço muito a Deus, Senhor, por ter. Essa medicação tem sido minha vida!” (Artemis)

Outro aspecto que contribui para a satisfação demonstrada com o atendimento prestado nas unidades de dispensação da Farmácia de Pernambuco é a organização do fluxo interno, dentro do qual o usuário se sente orientado e em condições de avaliar o seu tempo de permanência no serviço.

“Já sei. Pego a fichinha pra renovar a matricula, isso com o parecer médico. Com oito dias a gente vem, pega a medicação. Já pega a fichinha e vai pra sala de pegar medicação, ta? Sempre demora um pouquinho porque é muita gente, não é eu só que chega lá pra pegar medicação, mas todo mundo recebe muito bem.” (Artemis)

“Sei, vou entrar na 1ª fila pra pegar a fichinha, já pego a especial, né. Aí vou lá pra dentro e depois de lá é uma benção de Deus e não demora tanto, né... Eu não posso falar, não é?” (Armelle)

“... aí eu chego assim (na unidade de dispensação). Vim pegar o remédio de \_\_\_\_\_. Aí ela (auxiliar de farmácia) vai lá no... na pasta, aí já pega, já vê, porque a doutora bota (a receita) pra três meses. Aí eu vou pra ela pra renovar né. Aí ela bota na receita pra eu pegar três meses.” (Ariadne)

Situações também percebidas pelos usuários como algo positivo dizem respeito à dispensação de alguns medicamentos previstos pelo CEAF utilizando-se os modelos alternativos conhecidos como farmácia domiciliar e a farmácia de infusão. A primeira já foi referida em outro trecho desta dissertação. Quanto à farmácia de infusão, trata-se de uma estratégia viabilizada mediante um contrato com unidades hospitalares que utilizam medicamentos injetáveis previstos no CEAF, deslocando-se a equipe da Farmácia de Pernambuco, no dia da aplicação do produto, levando consigo a necessidade prevista.

“E controla né, o número de pessoas. E eu acho que também diminui porque tem muita gente que pega nos próprios hospitais que dá tratamento. Que eu tenho uma vizinha que ela pegava lá (na UD metropolitana), ela tem problema de rins, pegava lá. Hoje ela não tá pegando lá, tá pegando no hospital onde ela faz tratamento. Aí eu acho que isso melhorou muito pras pessoas que pega no local.” (Argentina)

O conjunto de barreiras e de entraves na acessibilidade ao medicamento produz no usuário estratégias para sobreviver às crises. Essas estratégias passam, entre outras, pela economia das doses o que implica administrá-las em quantidade inferior a necessidade terapêutica.

“Só que quando eu tô me sentido um pouquinho melhorzinha, eu digo né vou guardar essa caixa, porque eu sei que pode faltar aquela medicação. A pulso viu! Eu tomo um xaropizinho, uma coisinha pra aliviar, mas a noite eu não posso deixar de tomar senão eu não durmo, eu fico sufocada, fico! Não posso deixar quarto fechado, não posso deixar nada fechado, tenho que abrir até as portas de fora. Tem que abrir. Até a grade fechada me incomoda se eu tiver na crise.” (Artemis)

Também é corrente o recurso às unidades que atendem urgências, situação típica dos doentes que não fazem uso regular da medicação.

“Voltei pra casa fui direto pro hospital porque não pude ir pra casa. Buscar o que em casa? Se eu descesse do ônibus eu não podia andar um pedaço pra ir

pra casa. Tive que vir direto pro hospital, nebulizar, tomar remédio, já fui muitas vezes pro balão de oxigênio, não tem... já perdi até a conta.”(Artemis)

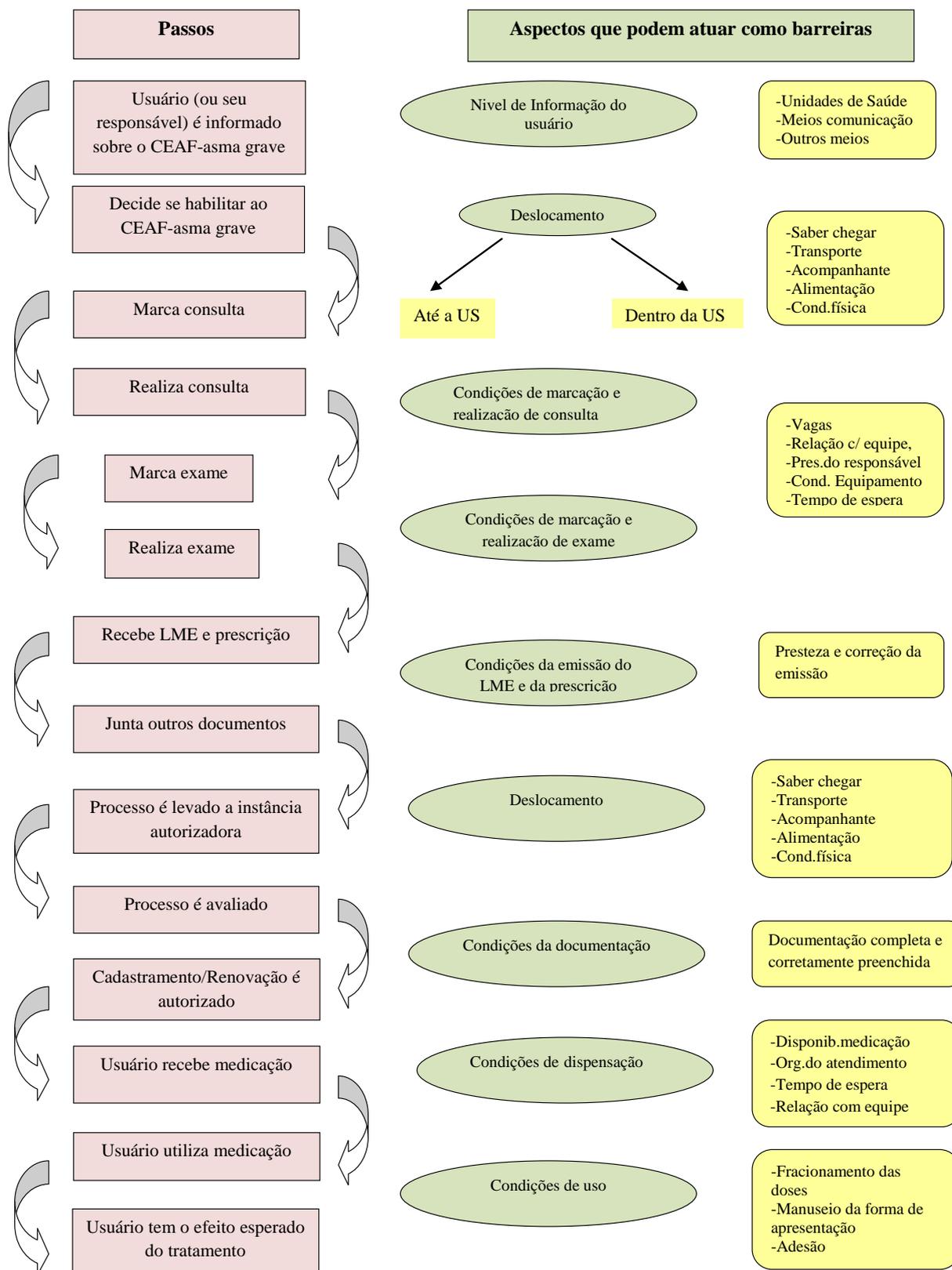
A obtenção do medicamento em farmácias privadas, ligadas ou não à rede Farmácia Popular, mediante o desembolso direto, é um expediente comumente utilizado pelos usuários com dificuldades de acessibilidade a dispensação gratuita.

“Tenho não (condições de comprar)! Eu já comprei porque meu filho era em casa, solteiro, mas foi que casou. Eu não tenho condições de comprar. Não tenho condições de comprar de jeito nenhum, doutora, essa medicação” (Artemis)

“Aja! Se eu pegasse era uma benção todo mês! No inverno é difícil ter, é difícil ter esse remédio. Ai tem de pagar passagem (aos motoristas) dos carros, as van, as bestas, que chama besta. Aí vai pra Caruaru pegando passageiro todo dia, rodando a cidade. Aí, minha filha, ou eu pago uma passagem pra ir pra Caruaru... Dá ao motorista pra ir ali na farmácia comprar.” (Arcadia)

O Fluxograma 2 detalha a trajetória dos usuários para acessar os medicamentos do CEAF-asma grave, bem como as barreiras à acessibilidade por eles relatadas em suas narrativas.

**Fluxograma 2 - Atendimento do paciente asmático grave no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF)**



---

## 6. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A baixa cobertura do CEAF-asma grave em Pernambuco após cinco anos de sua implantação no estado, revela que a acessibilidade enfrenta importantes barreiras. Além disso, o grande diferencial de cobertura entre as macrorregiões de saúde indicam que esta acessibilidade se mostra desigualmente distribuída dentro do território do estado, ficando evidente que as dificuldades se acentuam no sentido do litoral para o sertão.

As limitações encontradas para realização do cálculo de cobertura e que dizem respeito à carência de informação sobre as prevalências de asma grave, apontam para a necessidade de estudos epidemiológicos que adotem como recortes territoriais as unidades federativas e suas diferentes regiões.

Outros indicadores que podem suprir a carência de informação sobre acessibilidade são aqueles que se utilizam de dados provenientes dos registros ambulatoriais e hospitalares e de inquéritos populacionais realizados periodicamente, a exemplo das taxas de internação pela doença. Informações capazes de subsidiar não apenas a vigilância epidemiológica do agravo, mas também o monitoramento e a avaliação da política, estão relacionadas com o trabalho de campo realizado pelas equipes de atenção básica, que mensalmente, por conta da alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), registram os doentes presentes no território adscrito e aqueles que se acham sob controle de saúde.

A baixa inclusão dos asmáticos graves no CEAF evidenciada pela análise comparativa entre o número de cadastrados no SISMEDEX e a demanda potencial desses doentes, persiste apesar de medidas importantes no sentido de reduzir as barreiras de acessibilidade, terem sido tomadas desde a implementação da política. Boa parte dessas medidas está relacionada com o esforço de descentralização, seja da prescrição, mediante a supressão da exigência de que o diagnóstico seja firmado por pneumologista; seja da dispensação, a partir da instalação de unidades da Farmácia de Pernambuco nos municípios sedes das regiões de saúde. O ritmo com que avança essa descentralização, em que das onze sedes regionais, cinco tem unidades instaladas, figurando as outras como meta a alcançar no médio prazo, depende de pactuações

entre os entes subnacionais e da prioridade que estes conferem à política de assistência farmacêutica.

Outra medida que repercute fortemente nas condições de acessibilidade diz respeito ao aumento do elenco de medicamentos disponibilizados para os portadores de asma grave após a implantação do CEAF-asma grave. Este avanço é complementado pela inclusão na esfera do estado de novos produtos e de outras formas de apresentação dos medicamentos de modo a permitir melhor opção de prescrição e tratamento para os diferentes casos. A obtenção deste elenco experimentou melhoria significativa devido à disponibilização de informação mais ágil e com maior qualidade, propiciadas pelo novo sistema informatizado de registro de paciente e controle do consumo, o SISMEDEX, em funcionamento desde 2009. Estas medidas, que interferem positivamente em importantes etapas do ciclo da assistência farmacêutica - seleção, programação e aquisição – tem produzido impacto positivo na regularidade do abastecimento, detectado também pelos atores que se acham na chamada “ponta do sistema”: os médicos e usuários.

Entre as dificuldades de acessibilidade fica evidenciado o baixo nível de informação da população a respeito da existência da política e de como utilizá-la e está diretamente relacionada com a desinformação sobre o assunto, manifestada pelos profissionais de saúde, sendo emblemático o caso da paciente atendida em várias especialidades numa mesma instituição e que demorou vários anos até ser informada sobre a possibilidade de ser incluída no CEAF-asma grave.

As barreiras de deslocamento para as unidades de saúde, embora dependam da sua distância em relação ao local de residência do usuário e, portanto, da descentralização da oferta dos serviços de diagnóstico e acompanhamento, parecem ser agravadas pelas muitas idas e vindas decorrentes de viagens frustradas, devido a motivos como preenchimento errado do LME, espirômetros sem condição de uso e o absenteísmo médico, situações que impedem o recebimento da medicação e retardam o início do tratamento ou interrompem o seu curso. Caso contrário, é finalizada a etapa do fluxo que se passa na unidade de saúde. A partir de então as dificuldades de acessibilidade parecem reduzir-se, uma vez que as etapas a serem cumpridas – o cadastramento, a avaliação, autorização e a dispensa do medicamento –

ocorrem normalmente. Este fato pode ser confirmado pelo considerável nível alto de adesão dos usuários cadastrados ao tratamento, o que reforça a hipótese de que o grande esforço na condução da política deve ser no sentido de estender a sua cobertura.

Melhorias devem ser introduzidas nas etapas que são cumpridas nas unidades de saúde. A ampliação do atendimento desta demanda para unidades ambulatoriais desonerando os grandes hospitais, concentrados na RMR e já assoberbados por cumprir a função de centros de referência para outras políticas, deve produzir ganhos significativos na acessibilidade, reduzindo os problemas das viagens frustradas, o tempo e custo financeiro dos deslocamentos, bem como os conflitos inevitáveis em espaços de atendimento tumultuados pela superlotação.

Essa descentralização requer fortalecimento da qualificação de médicos não especialistas no manuseio do protocolo clínico e da rotina operacional do componente, supervisionada pelo Comitê de asma e DPOC e reforçada por equipes de apoio. Este é o caso dos profissionais que compõem os NASF e daqueles que dão suporte técnico às equipes de atenção básica, a exemplo do Telessaúde. Requer ainda a transversalização do CEAF-asma grave dentro dessas unidades, no sentido de conectar-se com o conjunto de ações voltadas para o paciente asmático, realizadas em escolas, clubes e outros espaços comunitários, visando a prevenção de crises e a progressão das formas leve e moderada da doença, para a forma grave.

Descentralizar a dispensação envolve questões complexas. Uma delas diz respeito a necessidade de manutenção de um controle que assegure a chegada do medicamento a quem de fato dele necessita, evitando a falta ou o desperdício de produtos de elevado custo, motivados por estrutura inadequada de dispensação, ineficiência gerencial ou má fé.

Por outro lado, sendo medicamentos que tratam patologias menos freqüentes, como é o caso da forma grave da asma, é preciso haver demanda que justifique o custeio da logística empregada. Estas ponderações indicam que, se a descentralização da dispensação deve avançar no território para além das sedes regionais, não há porque esperar a instalação de uma estrutura de dispensação em todos os municípios, mas tão somente naqueles capazes de concentrar a demanda de outros municípios a sua volta. Também neste caso os estudos

epidemiológicos podem contribuir para a identificação dos municípios com demanda potencial para os medicamentos destinados ao tratamento da asma grave.

A implantação desses novos espaços de dispensação requer não apenas o entusiasmo e o compromisso do gestor estadual da política, mas o envolvimento de um conjunto de atores políticos capazes de alavancar as medidas necessárias para concretização do empreendimento. Entre estes atores estariam os secretários municipais de saúde, os diretores das unidades de saúde, os colegiados de gestão regional e os conselhos de saúde. Esta concertação deve dar um novo impulso ao andamento de medidas ainda incipientes e com baixa abrangência, como é o caso da instalação de unidades de dispensação em hospitais e policlínicas, da expansão da estratégia de farmácia domiciliar e dos acordos feitos entre municípios e estado para dispensação dos medicamentos especializados.

Em relação à gestão do cuidado, os integrantes das diversas etapas do fluxo de atendimento ao asmático grave, longe de se perceberem como elos de uma sequência burocrática de passos, precisam ter resignificada a sua participação no processo, passando a reconhecer-se como componentes de uma cadeia de cuidado que tem como finalidade assegurar uma atenção integral capaz de contribuir positivamente para a produção social da saúde.

A superação de outras barreiras de acessibilidade aos serviços ensejados por essa política acha-se na dependência do estágio de desenvolvimento social alcançado pelo país, o que determina o nível educacional da população, as condições de habitação, emprego e renda e a participação cidadã organizada, capaz de influir no encaminhamento de questões que impactam em sua saúde e bem estar e que vão desde a poluição do ar causada pela dispersão da fuligem produzida pela queima do canavial, até a dificuldade de obtenção de um medicamento essencial para a manutenção da vida.

*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHE, B. I. C. S.; KAHAN, F.; FITERMAN, J. Prevalência de sintomas de asma e tratamento de crianças e adolescentes de 2 a 14 anos no Campus Aproximado da PUCRS\* (\* Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS). **J Bras Pneumol**, 31(2): 103-10, 2005.

ACURCIO, F. A.; GUIMARAES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Junho, 1996.

ADAY, L.A.; ANDERSEN R. M. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**, 9:208-20, 1974.

ANDERSEN R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, 36:1-10, 1995.

AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISAS DE PERNAMBUCO - CONDEPE FIDEM disponível em: < <http://www2.condepefidem.pe.gov.br/web/condepeFidem> > acesso em: 15.02.2010.

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do Cpdoc/Verena Alberti**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989.

BARDANA, E. J. Is asthma really different in the elderly patient? **J Asthma** 30:77, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARNES PJ, Jonsson B, Klim JB. The costs of asthma. **Eur Respir J**; 9:636-42, 1996

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, 11(1): 67-84, 2002.

BELTRAME, A. Política de medicamentos de alto custo: o atual programa de medicamentos excepcionais. In: **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003, p.249-279.

BRANDÃO, C.M.R. **Gasto Médio Per Capita do Ministério da Saúde com medicamentos excepcionais**. Disponível em: < <http://www.abresbrasil.org.br/material/Doc%20ABRES%202009%20-%202009.pdf> > acesso em: 07 fev. 2010.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 709, de 17 de dezembro de 2010, Brasília, DF, 17 de dezembro de 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3439, de 11 de novembro de 2010, Brasília, DF, 11 de novembro de 2010. 2010a.

BRASIL, Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica** - doenças respiratórias crônicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 25, Brasília, 2010. 2010b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2981 de 26 de novembro de 2009, Brasília, DF, 26 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2577 de 27 de outubro de 2006, Brasília, DF, 27 de outubro de 2006. 2006a.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004, Brasília, DF, 06 de maio de 2004.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 1012 de 23 de dezembro de 2002, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Medicamentos Excepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 2002a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1310 de 28 de outubro de 1999, Brasília, DF, 28 de outubro de 1999.

BRASIL. Portaria Conjunta SES/SAS/MS nº 14 de julho de 1999, Brasília, DF, 14 de julho de 1999.1999a.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 409 de 05 agosto de 1999, Brasília, DF, 05 agosto de 1999. 1999b.

BRASIL. PORTARIA GM/MS nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, Brasília, DF, 30 de outubro de 1998.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 204 de 06 de novembro de 1996, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 142, de 06 de outubro de 1993. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de outubro de 1993.

BRASIL. Lei Federal nº 8666, de 21 de junho de 1993. **Diário Oficial da União**, n. 116, seção 1, p.8269-8281, 21 de julho de 1993.

BRASIL. Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, 1988.

BRASIL. Portaria MPAS/MS/MEC nº 03 de 15 de dezembro de 1982, Brasília, DF, 15 de dezembro de 1982.

BRASIL, 1975. Portaria MPAS/GM n.º 233 de 08 de julho de 1975. Regula a prestação da assistência farmacêutica na previdência e assistência social. Brasília, DF: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 08 de ago. Seção I.

BRITTO, M. C. A.; BEZERRA, P. G. M.; FERREIRA, O. S. Asthma prevalence in schoolchildren in a city in northeast Brazil. **Ann Trop Pediatrics**. 20:95-100, 2000.

BRODER, I.; et al. Epidemiology of asthma and allergic rhinitis in a total community Tecumesh, Michigan: III. Second survey of the community. **J Allergy Clin Immunol**. 53:127, 1974.

BUSSE, W.W.; LEMANSKE, R.F. "Asthma" **N Engl J Med**, 344:350-62, 2001.

CARVALHO, R. S.; et al. Prontuário incompleto no pronto-socorro: uma barreira para a qualidade em saúde. **RBM rev. bras. med.** 66(7):218-222, jul. 2009.

CAMPOS, H.S. Asma: um problema global. *Jornal de Pneumologia* 19(3):123-128, setembro de 1993.

CAMPOS, C. V. A. C.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rap**, Rio de Janeiro, 42(2):347-68, Mar/abr 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS) **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Volume 7 Assistência Farmacêutica no SUS. 2007 (Coleção progestores - Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS DE 2007).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS) **Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Documenta 3. 2004. 100p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2006. 94 p.

COOKSON, W. "The alliance of genes and environment in asthma and allergy" **Nature** 402(suppl): B5-B11, 1999.

CORDEIRO, A. J. A. R. **Pneumologia Fundamental**. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1995.

DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Protocolo Clínico – Omalizumabe.** Distrito Federal. 2007 disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00006535.pdf>> acesso em: 31.12.2009.

DODGE, R. R.; BURROWS, B. The prevalence and incidence of asthma and asthma-like symptoms in a general population sample. **Am Rev Respir Dis.** 122:567, 1980.

DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M. M.; FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSI) do estado de São Paulo. **Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v.19, n.2, ago. 2009.

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

EZEQUIEL O.S.; OLIVEIRA T.; SANTIAGO F.C.M.; MENDONÇA H.R.; FREITAS R.R.; LUCCA M.S.; et al. Distribuição anual dos atendimentos por crise de asma, nos serviços de urgência de pediatria, no município de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, Brasil. **J. Paranaense Pediatr.** 2003; (Supl 1):59.

FERREIRA, M. M. **Entre-vistas:** abordagens e usos da história oral. Editora da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994.

FERREIRA, M.M; AMADO, J. **Usos & Abusos da História Oral**, 8ª edição; Rio de Janeiro: FGV, 2006.

IORE, R. W. **Modificações na prevalência de asma e atopia em amostras de escolares de Porto Alegre.** Ed. PUCRS, Porto Alegre, 1999.

FLEURY, S. **Democracia, Descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha.** Rio de Janeiro: editora FGV, 2006.

FOLEY, G. V. Enhancing child-family-health team communication. **Cancer.** Nova York: W.W. Norton, 1993.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, ago. 2004.

FRENK, J.; WHITE, K. L. El concepto y la medicion de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico.** 27(5):438-53, 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Disponível em <<http://www.ginasthma.com>> acesso em: 05 de fevereiro de 2010.

GODDARD M.; SMITH P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Soc Sci Med**, 53:1149-62, 2001.

GUSMÃO FILHO, F.A.R. de. **Análise de Implantação da Política de Qualificação da Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde – Política QualiSUS – Em três hospitais do município de Recife**. 2008. Tese de Doutorado, Recife, Fiocruz, 2008.

HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, Fiocruz, 2005.

HECKMANN, I. C.; CANANI, L. H.; SANT'ANNA, U. L.; BORDIN, R. Análise do preenchimento de declarações de óbitos em localidade do estado do Rio Grande do Sul (Brasil), 1987. **Revista de Saúde Pública**, 23:292-297,1989.

III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. **J Pneumol**; 2002;28 (Supl 1). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28s1/a04v28s1.pdf>> acesso em: 25/12/2009.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA. **J Bras Pneumol**.v.32,supl 7, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, Censo 2010 disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados\\_divulgados/index.php](http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php) > acesso em: 03 de abril de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>> acesso em: 27/03/11.

KERR L.W.; WILLIAMS, T.F.; GREENBERG B.G. The Ecology of Medical Care. **The New England Journal of Medicine** 265:885-892, 1961

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 4<sup>a</sup> Edição, São Paulo, Atlas, 2001.

LANE S, MOLINA J, PLUSA T. An international observational prospective study to determine the Cost of Asthma exacerbations (COAX). **Respir Med**, 100: 434-50, 2006.

LANG, A. B. S. G. História Oral: Muitas Dúvidas, Poucas Certezas e uma Proposta. In: MEIHY, J. C. S. B. **(Re) Introduzindo a História Oral no Brasil**, São Paulo: Xamã, 1996.

LIMA, M. A. D. S. et al . Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, Março, 2007.

LLOYD, N.; WERK, M. D.; STEIMBACH, M. D. Beliefs about diagnosing asthma in young children. **Pediatrics**. 105:248-59, 2000.

LOPES, F. S. **Análise de agravos à saúde e possíveis associações aos produtos da queima de cana-de-açúcar**. 2010. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003.

MERTENS, R. S. K. et al. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 5ª edição. Ed. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estrutura a montagem dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas – medicamentos excepcionais**. Equipe técnica. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/06\\_estrutura.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/06_estrutura.pdf)> acesso em 23 de dezembro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Asma e Rinite Linhas de Conduta em Atenção Básica**, Série A Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SCTIE/DES. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. DISOC. **Projeto Economia da Saúde**. Atenção de Alta Complexidade no SUS: desigualdade de acesso e no financiamento. Volume I. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema informatizado de Gerenciamento e Acompanhamento dos Medicamentos do CEAF - SISMEDEX**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31232](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31232)> acesso em: 04 de abril de 2011.

MODESTO, M. G.; MOREIRA, E. C.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, Jan/Mar. 1992.

NOBRE, L. C.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M. B.; FUCHS, S. C. Avaliação da qualidade da informação sobre a causa básica de óbitos infantis no Rio Grande do Sul (Brasil). **Revista de Saúde Pública**. 23:207-213, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia**, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processos e resultados**. Brasília, 2005, 260 p.

PANIZ, V. M. V. et al Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):267-280, fev, 2008.

PENCHANSKY D.B.A.; THOMAS J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, 19:127-40, 1981.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Set. 2000.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.51, n.3, Maio/Junho, 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Superintendência de Ouvidoria de Saúde. **Relatório Gerencial dos setores da SES/PE 4º Trimestre**. Recife, 2010.

PINHEIRO, R. S. et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

PIRES M. R. G. M.; Göttems L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar-abril; 62(2): 294-9, 2009.

PONTAROLLI, D.R.S. **Medicamentos Excepcionais: Ampliando o Acesso e Promovendo o uso racional no Paraná**. Monografia, Escola de Saúde Pública do Paraná, Paraná, 2003.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, fev, 2003.

REIS, C.; et al . Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009.

RODRÍGUEZ S.; ROLDÁN P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe . **Revista Economía del Caribe**, Barranquilla (Colombia), n.2, 2008.

RUESCH, J.; BATESON, G. **Communication: the social matrix of psychiatry**. Transaction Published , New Jersey, 2008.

SALDANHA, C. T.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Variações climáticas e uso de serviços de saúde em crianças asmáticas menores de cinco anos de idade: um estudo ecológico. **J Bras Pneumol**, 31(6): 492-8 2005.

SARINHO, E.; QUEIROZ, G. R. S.; DIAS, M. L. C. M.; SILVA, A. J. Q. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. **J. Bras. Pneumol**, São Paulo, v.33, n.4, Jul/Agos, 2007.

SERRA-BATTLES J, PLAZA V, MOREJON E, COMELLA A, BRUGUES J. Costs of asthma according to the degree o severity. **Eur Respir J**, 12(6):1322-6, Dez, 1998.

SILVA, R.C.S. **Medicamentos Excepcionais no Âmbito da Assistência Farmacêutica no Brasil**. 2000. 215f. Dissertação Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA. **Plano Mundial para asma**, 2002, disponível em: <<http://www.sppneumologia.pt/textos/?imc=46n70n>> acesso em: 17 março 2010.

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Disponível em: <[http://www.sbpt.org.br/downloads/temp/Asma\\_Analisando\\_Dados.pdf](http://www.sbpt.org.br/downloads/temp/Asma_Analisando_Dados.pdf)> Acesso em 03 de março de 2010.

SOLÉ, D.; NASPITZ, C. K. Epidemiologia da asma: Estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). **Rev Bras Alergia Imunopatol**. 21(2):38-45, 1998.

STORPIRTIS S., RIBEIRO E. , MELO D.O. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** vol. 42, n. 4, out/dez, 2006.

TELLES FILHO, P. A. Asma Brônquica/Epidemiologia. Dr. Pierre d'Almeida Telles Filho In: **Informações Médicas Asma Brônquica**, Disponível em: <<http://www.asma-bronquica.com.br/PDF/epidemiologia1.pdf>> Acesso em: 20 de dezembro de 10.

THE INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD. **World wide variations in the prevalence of asthma symptoms**. In: *Eur Respir J*,USA, v.12 n.2 p.315-35, 1998; *Eur Respir J*. 1998;v.12 n.4, 1998.

THE INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD STEERING COMMITTEE. **Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema**. In: *Lancet*. 1998; v.351, n. 9111 p.1225-32, 1998. 1998a.

TRAVASSOS C., MARTINS . Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, p.190-198, 2004. Suplemento.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dez, 2006.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V, Org. **Distrito Sanitário**, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 221-235.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Chronic respiratory diseases**. 2008. Disponível em <<http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>> Acesso em: 02 de fevereiro de 2010.

VALENÇA L.M.; NUNES M.S.; RESTIVO P.C.M. Periodicidade das crises de asma: um estudo dos atendimentos na emergência do Hospital Regional do Gama (HRG), DF, no ano de 1999. **J. Pneumol.** 2000;26 Supl 3:128.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2010. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 2005.

*APÊNDICES E ANEXOS*

---

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com a gestão da política de assistência farmacêutica no estado.

Data:

Local de trabalho:

1. Considera que o componente de medicamentos excepcionais da atual política de assistência farmacêutica produziu alguma mudança na acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso?

2. Como justifica sua resposta?

3. Acha que a implementação deste componente da política no estado de Pernambuco tem produzido mudanças nesta acessibilidade?

4. Justifique sua resposta

5. Considera que ainda existem fatores que dificultam a acessibilidade dos asmáticos graves residentes em Pernambuco ao tratamento medicamentoso?

6. Justifique sua resposta

7. Acha que os aspectos abaixo relacionados podem interferir na acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso? De que forma?

-nível de informação atualizada dos médicos acerca da disponibilidade de medicamentos nas Farmácias de Pernambuco

- nível de informação atualizada dos médicos acerca de mudanças da documentação exigida para cadastro do usuário no componente especializado de assistência farmacêutica

-adequação dos medicamentos disponíveis às necessidade clínicas dos usuários

-condições dos médicos, na capital e interior, para realizar o diagnóstico da asma grave

-orientação aos usuários quanto ao manuseio e utilização do medicamento

-realização de exames (espirometria)

8. Todos os funcionários da farmácia de Pernambuco tem habilidade na operacionalização do SISMEDEX?

9. Onde estão localizados os centros de referência e os médicos de referência no estado de Pernambuco

10. Como ocorrem as etapas do ciclo de assistência farmacêutica para os medicamentos de asma grave? Relate

11. O que precisaria ser feito para melhorar a acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com médicos pneumologistas do HC/UFPE e HBL/SES/PE

Data:

Local de trabalho:

1. Considera que o componente de medicamentos excepcionais da atual política de assistência farmacêutica produziu alguma mudança na acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso?

2. Como justifica sua resposta?

3. Acha que a implementação deste componente da política no estado de Pernambuco tem produzido mudanças nesta acessibilidade?

4. Justifique sua resposta

5. Considera que ainda existem fatores que dificultam a acessibilidade dos asmáticos graves residentes em Pernambuco ao tratamento medicamentoso?

6. Justifique sua resposta.

7. Acha que os aspectos abaixo relacionados podem interferir na acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso? De que forma?

-nível de informação atualizada dos médicos acerca da disponibilidade de medicamentos nas Farmácias de Pernambuco

- nível de informação atualizada dos médicos acerca de mudanças da documentação exigida para cadastro do usuário no componente especializado de assistência farmacêutica

-adequação dos medicamentos disponíveis as necessidade clínicas dos usuários

-condições dos médicos, na capital e interior, para realizar o diagnóstico da asma grave.

-orientação aos usuários quanto ao manuseio e utilização do medicamento

-realização de exames (espirometria)

8. O que precisaria ser feito para melhorar a acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso?

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com o Auxiliar de Farmácia

Data:

Local de trabalho:

1. Relate suas atividades na função exercida

2. Você acha que esta política de medicamentos excepcionais produziu alguma mudança na acessibilidade dos asmáticos graves aos medicamentos?

3. Considera que ainda existem fatores que dificultam a acessibilidade dos asmáticos graves residentes em Pernambuco ao tratamento medicamentoso?

4. Acha que os aspectos abaixo relacionados podem interferir na acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso? De que forma?

-quantidade e qualificação dos recursos humanos que atuam no programa

-disponibilidade de medicamentos

-solicitação por orientação

5. O que o paciente relata quando vem pegar o medicamento?

6. O que precisaria ser feito para melhorar a acessibilidade dos asmáticos graves ao tratamento medicamentoso?

## APÊNDICE D - Roteiro guia para a História Oral

Condição do narrador:

Usuário ( )      Responsável pelo usuário ( )

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de nascimento do usuário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo do usuário:

Estado civil do usuário:

Escolaridade do narrador: ( ) nenhuma ( ) 1 a 3anos ( ) 4 a 7anos ( ) 8 a 11anos ( ) + de 12anos  
( ) ã informado

Fale sobre o aparecimento da doença

Diga como é sua convivência com a doença

Fale sobre a sua necessidade de medicamentos

Explique de que maneira você consegue esses medicamentos.

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Informações:** Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada **ACESSIBILIDADE DO PACIENTE ASMÁTICO GRAVE AOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**, que tem como objetivo determinar o grau de acessibilidade dos usuários aos medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica para asma grave, bem como os determinantes desta condição. Após se sentir plenamente esclarecido sobre a sua participação na pesquisa e caso decida participar dela, você confirmará esta decisão assinando este documento em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador responsável. Caso decida não participar, você não terá nenhum tipo de prejuízo. Se ainda tiver dúvidas, você pode procurar o Comitê de Ética da Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, que funciona no 1º andar do prédio do Centro de Ciências da Saúde, na avenida Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, CEP 50670-901 e telefone 2126-8588.

**Consentimento da pessoa em participar da pesquisa como sujeito:** Eu, \_\_\_\_\_,

Carteira de Identidade (RG) no \_\_\_\_\_ e CPF no \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora responsável MARINEIDE MARINHO LEAL, telefones 2126 3620,9901-1638 ou 3465-3491, endereço: Serviço de Farmácia-Hospital das Clínicas/UFPE Rua Professor Moraes Rego s/n, cidade Universitária CEP. 50660-420, sobre os procedimentos envolvidos e os possíveis riscos, que pode ser um constrangimento devido à exposição de alguma informação de caráter pessoal e benefícios, que serão as contribuições, a partir das informações das entrevistas, na melhoria da acessibilidade ao medicamento, decorrentes da minha participação na pesquisa intitulada **ACESSIBILIDADE DO PACIENTE ASMÁTICO GRAVE AOS MEDICAMENTOS PREVISTOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**. Com base nestas informações e nas garantias de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento sem que isto me leve a qualquer penalidade ou prejuízo e de que será mantido absoluto sigilo sobre a minha identidade pessoal quando da divulgação dos resultados, decidi concordar em participar desta pesquisa na qualidade de sujeito, prestando as informações que me forem solicitadas.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

**Declaração das Testemunhas:** Nós, abaixo assinados, declaramos não ter nenhum tipo de ligação com o pesquisador responsável e com sua equipe de trabalho e que presenciamos a solicitação de consentimento, os esclarecimentos sobre a pesquisa e a aceitação do sujeito acima identificado em participar da mesma.

1)Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2)Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

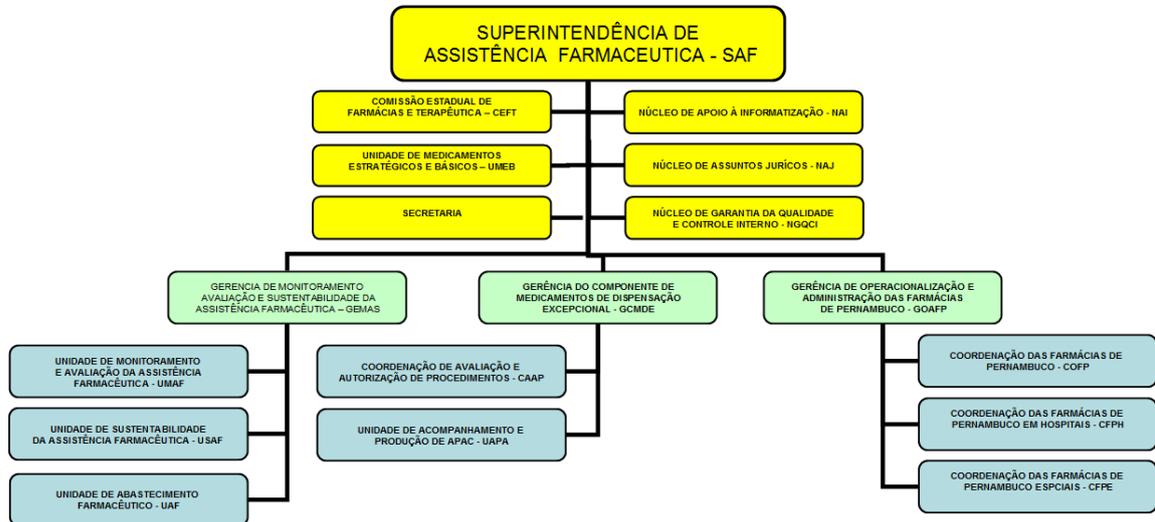
## ANEXO A - Medicamentos disponibilizados para o tratamento de asma grave

Medicamentos	Apresentação
fenoterol	100 mcg aerossol (por frasco de 200 doses)
formoterol	12 mcg (por capsula inalante)
formoterol	12 mcg po inalante (por frasco de 60 doses)
formoterol + budesonida	12 mcg + 400 mcg (por capsula inalante)
formoterol + budesonida	12 mcg + 400 mcg po inalante (por frasco de 60 doses)
formoterol + budesonida	6 mcg + 200 mcg po inalante (por frasco de 60 doses)
salbutamol	100 mcg aerossol (por frasco de 200 doses)
salmeterol	50 mcg po inalante ou aerossol bucal (por frasco de 60 doses)
beclometasona	200 mcg (por capsula inalante)
beclometasona	200 mcg po inalante (por frasco de 100 doses)
beclometasona	250 mcg spray (por frasco de 200 doses)
beclometasona	400 mcg (por capsula inalante)
beclometasona	400 mcg po inalante (por frasco de 100 doses)
budesonida	200 mcg (por capsula inalante)
budesonida	400 mcg (por capsula inalante)
budesonida	200 mcg po inalante ou aerossol bucal (por frasco c/ 100 doses)
budesonida	200 mcg po inalante ou aerossol bucal (por frasco c/ 200 doses)

Fonte: Portaria GM/MS no. 3439 de 11 de novembro de 2010.

Nota 1. Prednisona e prednisolona são disponibilizadas na atenção básica, fazendo parte do grupo 3

ANEXO B – Organograma da Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES/PE



ANEXO C<sub>1</sub> – Face A do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos do  
CEAF – Solicitação de Medicamentos

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b> <b>Secretaria de Estado da Saúde</b>	
<b>COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	
<b>LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>	
<b>SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>	
<b>CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE</b>	
1- Número do CNES* <input type="text"/>	
2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/>	
3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/>	
4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text"/>	
5- Peso do paciente* <input type="text"/> kg	
6- Altura do paciente* <input type="text"/> cm	
7- Medicamento(s)*	
8- Quantidade solicitada*	
	1º mês    2º mês    3º mês
1	
2	
3	
4	
5	
9- CID-10* <input type="text"/>	
10- Diagnóstico <input type="text"/>	
11- Anamnese* <input type="text"/>	
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*	
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>13- Atestado de capacidade*</b> A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <input type="text"/> <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>	
14- Nome do médico solicitante* <input type="text"/>	
15- Data da solicitação* <input type="text"/>	
17- Assinatura e carimbo do médico* <input type="text"/>	
16- Número do documento do médico solicitante*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text"/>	
<b>18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: <input type="text"/> e CPF <input type="text"/>	
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem Informação	
20- Telefone(s) para contato do paciente <input type="text"/>	
21- Número do documento do paciente	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text"/>	
22- Correlativo eletrônico do paciente <input type="text"/>	
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <input type="text"/>	

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

ANEXO C<sub>2</sub> – Face B do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos do  
CEAF – Avaliação/Autorização de Medicamentos

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b> <b>Secretaria de Estado da Saúde</b>											
<b>COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>											
<b>LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>											
<b>AVALIAÇÃO TÉCNICA</b>											
1- Nome do Paciente _____	2- CNS _____										
<b>3- Código(s)/ Medicamento(s)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 300px;"></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> </table>		1		2		3		4		5	
1											
2											
3											
4											
5											
	4- CID-10 _____										
<b>5- DEFERIMENTO</b> <p>A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.</p> <p>DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
	6- Observação _____										
<b>7- DEVOLUÇÃO</b> <p>Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.</p> <p>DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):</p> <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de documentação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de exame <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
	8- Especificação _____										
<b>9- INDEFERIMENTO</b> <p>A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</p> <p>INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):</p> <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Não preenche critérios do PCDT <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
	10- Especificação _____										
11- Nome do avaliador _____	12- Data da avaliação _____										
13- Número do documento do avaliador _____	14- Assinatura e carimbo do avaliador _____										
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____											
<b>AUTORIZAÇÃO</b>											
<b>1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
	2- Especificação _____										
3- Número da APAC _____	4- Vigência _____ a _____										
5- Nome do autorizador _____	6- Data da autorização _____										
7- Número do documento do autorizador _____	8- Assinatura e carimbo do autorizador _____										
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____											