



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DE USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EM CARÁTER EXCEPCIONAL EM ARACAJU (2008)

RESUMO

Embora a saúde seja um direito garantido na constituição, a práxis revela uma enorme contradição entre as conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor. Geralmente, quanto mais complexo for o diagnóstico para o esclarecimento da patologia apresentada, maiores serão as barreiras que o usuário terá que enfrentar para iniciar a terapêutica indicada para o tratamento da sua enfermidade. Esta pesquisa objetivou realizar estudo comparativo do perfil epidemiológico e socioeconômico entre usuários de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, de acordo com o custo do diagnóstico e tratamento da patologia, procurando identificar se os usuários de medicamentos excepcionais portadores de patologias cujo diagnóstico e tratamento possuem custos mais elevados tem os mesmos perfis daqueles pacientes cujas doenças de base são diagnosticadas com custos financeiros menos dispendiosos e terapêutica economicamente mais acessível. Concluiu-se que há heterogeneidade no perfil dos grupos analisados, especialmente no tocante ao nível de escolaridade, renda e classe social dos usuários, destacando-se a importância da defesa, manutenção e cumprimento dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Medicamentos Excepcionais; Perfil Socioeconômico; SUS.

EPIDEMIOLOGIC AND SOCIOECONOMIC PROFILE OF USERS OF EXCEPTIONAL DISPENSING CHARACTER DRUGS IN ARACAJU (2008)

ABSTRACT

Although health is a right guaranteed in the Brazilian Constitution, the custom shows a huge contradiction between the social achievements established in the legal plan and the reality of crisis experienced by users and professionals of the sector. Generally, the more complicated is the diagnosis for the explanation of the presented pathology, the greater are the barriers that the user will have to face to start the indicated therapy for the treatment of his illness. This study aimed to conduct a comparative study of epidemiological and socioeconomic profile of users of exceptional character medicine dispensing, according to the cost of diagnosis and treatment of the disease, seeking to identify if users of exceptional drugs carriers of diseases whose diagnosis and treatment have higher costs, have the same profiles of those patients whose basis diseases are diagnosed with financial costs less expensive and more economically affordable therapy. It was concluded that there is heterogeneity in the profile of the groups, especially regarding the level of education, income and social class of users, highlighting the importance of advocacy, maintenance and compliance of the principles and guidelines adopted by SUS.

KEYWORDS: Exceptional Medicines; Socioeconomic Profile; SUS.

*Scire Salutis, Aquidabã, v.3, n.2,
Abr, Mai, Jun, Jul, Ago, Set 2013.*

ISSN 2236-9600

SECTION: *Articles*

TOPIC: *Bioética*



DOI: 10.6008/ESS2236-9600.2013.002.0003

Igor Macedo Brandão

Faculdade Ages, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/2978062044501628>

contato@igorbrandao.com.br

Walter Marcelo Oliveira de Carvalho

Universidade Tiradentes, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/2721681883690818>

walter_marcelo@uoi.com.br

Andréa Teles de Mendonça

Universidade Tiradentes, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/0360478286180362>

teles_mendonca@hotmail.com

Received: 16/05/2013

Approved: 04/09/2013

Reviewed anonymously in the process of blind peer.

Referencing this:

BRANDÃO, I. M.; CARVALHO, W. M. O.; MENDONÇA, A. T.. Perfil epidemiológico e socioeconômico de usuários de medicamentos de dispensação em caráter excepcional em Aracaju (2008). *Scire Salutis, Aquidabã, v.3, n.2, p.23-37, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.6008/ESS2236-9600.2013.002.0003>*

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 estabeleceu, corrigindo uma histórica distorção da sociedade brasileira, que o direito à saúde é conquista universal, sem exclusões. O exercício da equidade, apesar de sua importância, foi superado em um primeiro momento pelas exigências da efetiva implementação da universalidade no sistema (TRAVESSO-YEPEZ, 2004).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço, especialmente pelos seus princípios de organização, que se traduziu em garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, com participação dos cidadãos no processo de formulação de políticas de saúde e controle da sua execução. O SUS, que ainda se encontra em processo de construção, carrega os princípios e diretrizes daquilo que poderá ser a grande política de humanização da assistência à saúde, à medida em que trás a proposta do acesso universal, gratuito e integral a todos (FONTOURA; MAYER, 2006; SOUZA, 2007).

No SUS, o sentido de integralidade significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado, abrangendo o atendimento médico, exames, internação e tratamento, entre outros. Implica dispor de tipos diferentes desses meios, segundo o grau de complexidade da atenção à saúde. Da mesma forma se encontra a disponibilização dos medicamentos: tanto os de uso ambulatorial quanto aqueles utilizados na atenção hospitalar (MESSEDER *et al*, 2005). De acordo com Paim e Silva (2010), no conceito de cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais e, desta forma, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores.

Minayo (2001) observou que embora a saúde seja um direito garantido na constituição, a práxis revela uma enorme contradição entre as conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor.

Neste sentido, é conhecida a dificuldade enfrentada pelos usuários do SUS no acesso aos procedimentos assistenciais elencados na Atenção Básica e, mais marcadamente, quando ocorre a necessidade de agendamentos que envolvem procedimentos de média complexidade (consultas especializadas e exames para diagnósticos), sendo este fator diretamente proporcional ao custo do procedimento, principalmente pelos conflitos gerados entre os preços praticados pela tabela de remuneração do SUS e a realidade do mercado praticada pelos prestadores de serviços, o que resulta em estrangulamento no diagnóstico e dificuldades no acesso ao tratamento, seja ele clínico, cirúrgico ou medicamentoso.

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (PMDCE) é composto por fármacos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem custeados pela população. É financiado pelo Ministério da Saúde (MS), e gerenciado pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Esta política

tem enorme alcance em todas as classes sociais, uma vez que, se não fossem distribuídos gratuitamente, tais medicamentos seriam acessíveis a poucas pessoas, em função do alto custo dos tratamentos (SOUZA, 2007).

Rodrigues e Brasil (2008) realizaram uma análise do perfil epidemiológico e socioeconômico de usuários de medicamentos de dispensação de caráter excepcional no SUS, no Estado de Sergipe, através de pesquisa realizada no Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE). Com relação ao perfil socioeconômico dos usuários, concluíram que o serviço atendia principalmente aqueles de baixo nível de escolaridade e com renda familiar de até um salário mínimo, o que, a priori, demonstra a caracterização de um dos princípios doutrinários do SUS: a equidade. Também constataram que dentre as patologias mais prevalentes, cujos medicamentos eram dispensados pelo serviço, se destacavam a asma e a dislipidemia.

Esta pesquisa objetivou realizar estudo comparativo do perfil epidemiológico e socioeconômico em usuários de medicamentos de dispensação em caráter excepcional que possuam custos mais elevados de diagnóstico e/ou tratamento, procurando identificar se a equidade preconizada pelo SUS, demonstrada na pesquisa de Rodrigues e Brasil (2008), é encontrada também neste grupo selecionado. Neste sentido, foram selecionadas as patologias Artrite Reumatóide e Hepatite C, devido ao elevado custo de seus tratamentos.

REVISÃO TEÓRICA

Artrite Reumatóide

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença autoimune, de etiologia desconhecida, crônica, progressiva, simétrica, destrutiva e incapacitante, caracterizada por poliartrite periférica, que leva à deformidade e à destruição das articulações por erosão do osso e da cartilagem. É responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, significativa incapacidade e alteração da qualidade de vida, possuindo também um impacto econômico muito alto (PROJETO DIRETRIZES, 2002; ROLO; MORGADO; FONSECA, 2007).

A orientação para diagnóstico é baseada nos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia: rigidez matinal, rigidez articular durando pelo menos uma hora, artrite de três ou mais áreas, pelo menos três áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular, artrite de articulações das mãos (punho, interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas), artrite simétrica, nódulos reumatóides, fator reumatóide sérico e alterações radiográficas. Erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos devem estar presentes por pelo menos seis semanas (PROJETO DIRETRIZES, 2002).

A reumatologia vem sendo marcada pela introdução de terapias novas e altamente efetivas, mas caras, surgindo a necessidade de correlacionamento entre a sua real necessidade, face a probabilidade de bons resultados e custos prováveis. A artrite reumatóide, apesar de ser

uma doença tratada inicialmente em ambulatório, tem longa duração e alto custo do seu gerenciamento e monitoramento, fazendo o custo do tratamento um importante componente dos provedores de cuidadores de saúde, surgindo, então a necessidade de análises através da farmacoeconomia (MONTEIRO; ZANINI, 2008).

Recentemente foram introduzidos na prática terapêutica da AR agentes biológicos que representam dois tipos de mudança em relação à terapêutica convencional: trazem uma maior especificidade e resultados melhores com maior rapidez de ação. Dentre os agentes biológicos autorizados no mercado farmacêutico para o tratamento da AR encontra-se o Infiximab, cujo tratamento reduziu a infiltração de células inflamatórias para áreas inflamadas da articulação, bem como a expressão de moléculas indutoras de adesão celular, quimiotaxia e degradação tecidual (ROLO; MORGADO; FONSECA, 2007).

O uso de Infiximab promove respostas clínicas rápidas, permitindo redução nas doses de outras medicações. No entanto, seu alto custo, bem como a ocorrência de perda de sua ação terapêutica com uso continuado, constitui importante questão a ser analisada pelos agentes de saúde (HACBARTH-FREIRE et al, 2007).

Hepatite C

A infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) é a maior causa de doenças que afetam o fígado em todo o mundo, apresentando morbidade e mortalidade substanciais e sendo responsável por cerca de 90% dos casos de hepatite crônica e 25% dos casos eventuais de hepatite aguda, o que a torna um emergente problema de saúde pública (OLIVEIRA, 2012).

A Hepatite C (HC) é causada por um RNA-vírus (VHC) pertencente à família Flaviviridae. Já foram identificados os genótipos 1, 2, 3, 4, 5 e 6. No Brasil prevalecem os genótipos 1, 2 e 3. A erradicação total do vírus (espontânea ou por tratamento medicamentoso) não parece ocorrer, podendo haver recidiva da infecção. O VHC é responsável por 20% das hepatites agudas, 70% das crônicas, 40% das cirroses em fase terminal e 60% dos hepatocarcinomas. A transmissão ocorre principalmente por via parenteral. É frequente em usuários de drogas ilícitas, intravenosas ou por inalação. O HIV aumenta a possibilidade de transmissão do VHC por via sexual. Em aproximadamente 30% dos casos de HVC a origem não é conhecida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2003; MINCIS; MINCIS, 2004).

De acordo com Oliveira (2012), para diagnóstico laboratorial HCV existem testes que permitem a detecção de anticorpos (como as técnicas de ELISA e *immunoblotting*) e testes para a detecção qualitativa e quantitativa do RNA do HCV, sendo que diretrizes nacionais e internacionais orientam uma triagem sorológica com teste altamente sensível, realizada a partir do teste ELISA.

Segundo o Consenso Internacional sobre o Tratamento da HC, realizado em 2002, nos Estados Unidos, todos os pacientes com infecção são potenciais candidatos ao tratamento

antiviral. O tratamento está indicado quando há fibrose, ou pelo menos inflamação moderada e necrose, com RNA VHC no soro. Os esquemas terapêuticos se constituem no uso do Interferon alfa, na dose de 3 milhões de unidades internacionais (UI), por via subcutânea, três vezes por semana, associado à ribavirina, via oral, na dose de 1.000 mg/ dia para pacientes com menos de 75 kg e 1.250 mg para os com peso corporal igual ou superior a 75 kg, para os portadores de genótipos tipos 2 ou 3. A duração do tratamento deve ser de 24 semanas, ou Interferon peguilado alfa-2a, na dose única semanal de 180 microgramas, por via subcutânea, ou Interferon peguilado alfa-2b, na dose única semanal de 1,5 microgramas/ kg de peso corporal, associado à ribavirina na dose variável entre 1.000 a 1.250 mg/dia para pacientes com genótipo 1 (MINCIS; MINCIS, 2004).

Apesar dos altos gastos com o diagnóstico, acompanhamento e tratamento da hepatite pelo vírus C, ainda é pouco conhecido o real custo para o SUS e para as famílias (NASCIMENTO et al, 2008).

METODOLOGIA

A pesquisa de campo teve caráter exploratório, constituindo-se em um estudo transversal. Foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2008, através de entrevistas com usuários do SUS, onde era perguntado o tipo da patologia, idade, sexo, profissão, tempo de doença, tempo de cadastro do CASE, periodicidade da utilização da medicação, grau de instrução e renda familiar mensal, além da análise do grau de conforto familiar. Foram entrevistados 20 usuários do SUS cadastrados no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), instituição credenciada para realização da perícia médica e aplicação dos medicamentos Infiximabe e Interferon, utilizados, respectivamente, para o tratamento da artrite reumatóide (05 pacientes) e da hepatite C (15 pacientes), que constituíram o Grupo A do estudo. Os resultados estão expostos no Anexo 1.

No serviço pesquisado estavam cadastrados 50 pacientes em uso do Infiximabe e 32 estão utilizando o Interferon. Houve um maior número de pacientes pesquisados portadores de Hepatite C, em virtude da periodicidade menor da administração do medicamento (semanal), em relação aos portadores de Artrite Reumatóide, cuja periodicidade é maior (bimestral/ trimestral).

Os usuários do Grupo A foram comparados com aqueles classificados no Grupo B (32 pacientes), portadores de dislipidemias (20 pacientes, em uso de Sinvastatina) e asma (12 pacientes, em uso de broncodilatadores e/ou corticoterapia inalatórios), classificados na pesquisa realizada por Rodrigues e Brasil (2008).

Tanto as patologias como os medicamentos foram selecionados levando-se em consideração o custo do diagnóstico e/ou tratamento. Para a classificação socioeconômica foi utilizado o critério ABIPEME, que divide a população em categorias, segundo padrões ou potenciais de consumo, criando uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da

atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família.

A classificação socioeconômica da população é apresentada por meio de cinco classes, denominadas A, B, C, D e E correspondendo, respectivamente, a uma pontuação determinada.

Alguns dos itens de conforto no lar (aparelho de videocassete, máquina de lavar roupa, geladeira com ou sem freezer acoplado e aspirador de pó) recebem uma pontuação independentemente da quantidade possuída; outros (automóvel, TV em cores, banheiro, empregada mensalista e rádio) recebem pontuações crescentes dependendo do número de unidades possuídas.

Quadro 01: Itens de conforto familiar, critério ABIPEME.

ITENS DE POSSE	Não Tem	1	2	3	4	5	Mais de 6
Automóvel	0	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	0	4	7	11	14	18	22
Banheiro	0	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo do carro)	0	2	3	5	6	8	9
Máquinas de lavar roupa	0	8	8	8	8	8	8
Videocassete	0	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	0	6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer	0	7	7	7	7	7	7

Quadro 02: Os limites de classificação ficaram definidos.

CLASSES	CRITÉRIO ABIPEME
A	89 ou mais
B	59/88
C	35/58
D	20/34
E	0/19

Da mesma forma, a instrução do chefe da família recebe uma pontuação, segundo o grau de escolaridade. Assim, têm-se os seguintes valores de pontuação:

Quadro 02: Grau de escolaridade do chefe de família.

INSTRUÇÃO	ABIPEME
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	5
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	10
Colegial Completo / Superior Incompleto	15
Superior Completo	21

No tocante à renda familiar, em salários mínimos, o parâmetro utilizado seguiu aquele preconizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja, sem declaração, até 1, 1 a 2, 2 a 3, 3 a 5, 5 a 10 e 10 a 20 salários mínimos.

As variáveis analisadas para o perfil epidemiológico, em ambos os grupos foram: faixa etária, gênero, tempo de conhecimento do diagnóstico, tempo de cadastramento no serviço e periodicidade na dispensação do medicamento. Quanto ao perfil socioeconômico observou-se o nível de escolaridade do usuário, a sua renda familiar e a classe social/ conforto familiar em que está inserido.

Os dados foram analisados através de distribuição proporcional, representados em gráficos e discutidos pelos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados relativos ao levantamento epidemiológico e socioeconômico dos usuários de medicamentos de dispensação de caráter excepcional no SUS, no Estado de Sergipe, em 2008, está abaixo representada.

No Gráfico 1 observa-se que os pacientes do Grupo A (portadores de artrite reumatóide e hepatite C) se concentram nas idades compreendidas entre 20 a 79 anos, enquanto que os do Grupo B (portadores de asma e dislipidemia) se encontram distribuídos em todas as faixas etárias. Percebe-se, porém, que nos dois grupos a faixa etária que concentra o maior número de usuários de medicamentos de caráter excepcional se estabeleceu em indivíduos que tinham entre 40 e 59 anos.

Com relação ao Grupo A, no que se refere à Hepatite C, Nascimento et al (2008), realizando um estudo sobre a avaliação de custos do manejo desta patologia em 124 pacientes, acompanhados no ambulatório de referência em hepatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, entre novembro de 2006 e maio de 2007, observaram que os acometidos tinham entre 21 a 70 anos, com uma média de idade de 49 anos, o que corrobora com os dados encontrados neste estudo. Esta mesma linha de raciocínio se consolida através dos achados de Hacbarth-Freire et al (2007), que acompanharam 58 pacientes portadores de AR, cuja idade média foi de 54 anos, e também de Miranda et al (2012), que referem que a AR acomete de 0,5 a 1% da população adulta mundial, principalmente pessoas entre a 4ª e 6ª década. Porém, para Rolo, Morgado e Fonseca (2007), a AR pode surgir em todas as idades, inclusive em crianças e nos jovens, fato não encontrado nesta pesquisa.

No tocante ao Grupo B, de forma similar a esta pesquisa, Carvalho et al (2007), em um estudo transversal com 180 adolescentes de 14 a 17 anos, matriculados no ensino público e privado de Campina Grande-PB, também observaram a prevalência de dislipidemia entre adolescentes, que foi equivalente a 66,7%. Houve baixas prevalências para a hipercolesterolemia, assim como para o aumento do LDL-colesterol. Diferentemente, foram registradas maiores prevalências para a alteração do HDL-colesterol e dos triglicérides. Por outro lado, Bricarello (2008) se referindo à IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, observou que os níveis sanguíneos de colesterol total (CT) foram avaliados em nosso País em regiões específicas, citando o estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 +/- 10 anos, no ano de 1998, o qual mostrou que os valores de CT foram mais altos nos indivíduos idosos. Cocco (2008), no artigo em que discorre sobre a avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC, observou que através do estudo ISAAC, constatou-se que 4,7% a 20,7% de crianças entre

6 e 7 anos de idade e 4,8% a 21,9% dos adolescentes (13 a 14 anos) sofrem de asma em algum grau, corroborando com o que está demonstrado no gráfico abaixo, fazendo com que ocorram casos em menores de vinte anos, neste grupo.

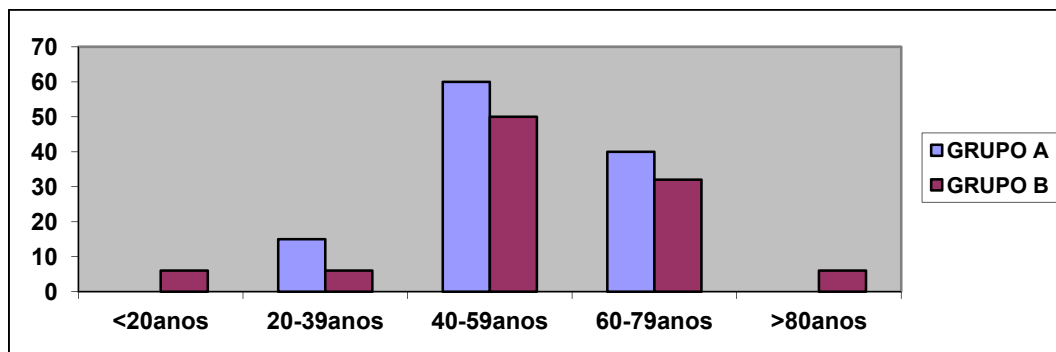


Gráfico 1: Faixa etária dos usuários de medicamentos excepcionais. Fonte: HU/ UFS; CASE (2008).

No Gráfico 2 observa-se que as patologias incluídas no Grupo A possuem mais pacientes do gênero masculino em uso de medicamentos de caráter excepcional e no Grupo B o predomínio é no gênero feminino.

Com relação às patologias incluídas no Grupo A, na AR, diferentemente do apresentado nesta pesquisa, Rolo, Morgado e Fonseca (2007), relataram que o sexo feminino é mais frequentemente afetado pela doença numa proporção de 2 a 3 mulheres para 1 homem. Hacbarth-Freire et al (2007) acompanharam 58 pacientes portadores de AR, sendo que a proporção encontrada foi de 46 mulheres para 12 homens afetados. Miranda et al (2012) referem que a AR acomete mais mulheres, em uma incidência 2 a 3 vezes maior que nos homens. No que se refere à Hepatite C, Nascimento et al (2008), realizando um estudo sobre a avaliação de custos do manejo da hepatite crônica C em 124 pacientes, acompanhados no ambulatório de referência em hepatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, entre novembro de 2006 e maio de 2007, de ambos os sexos, observou que 61,3% deles eram do sexo masculino, 46,8% do feminino, o que está de acordo com o apresentado no gráfico abaixo.

Quanto às patologias incluídas no Grupo B, todos os estudos listados a seguir também demonstram a predominância no gênero feminino. Gurgel (2008), analisando o perfil clínico-laboratorial de pacientes com dislipidemia primária associada ou não ao diabetes mellitus, selecionados para o Ambulatório de Lípidos do SEDHUWC-UFC, concluiu que 33% dos acometidos eram do gênero masculino e 67% do feminino. Camillo, Pinho e Martins (2007) em seu estudo sobre obesidade e co-morbidades associadas em adultos atendidos no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, observaram a prevalência do gênero feminino sobre o masculino em todas as co-morbidades associadas. Bricarello (2008), se referindo à IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, observou que os níveis sanguíneos de colesterol total (CT) foram avaliados em nosso País em regiões específicas, em estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 + 10 anos, no ano de 1998, mostrando que 38% dos homens e 42% das mulheres possuem CT > 200 mg/dL. No que se refere à asma, Boechat et al (2005), estudando a prevalência e gravidade de sintomas

relacionados à asma em escolares e adolescentes no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro observaram que entre os adolescentes a prevalência e a gravidade dos sintomas são maiores no gênero feminino.

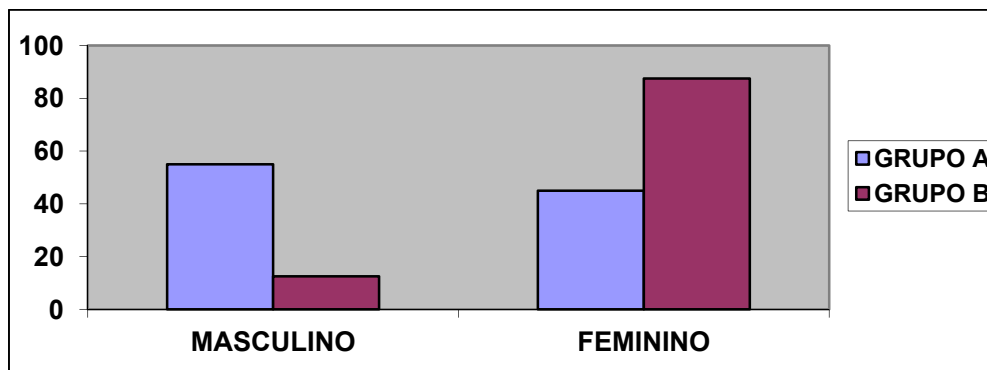


Gráfico 2: Gênero dos usuários de medicamentos excepcionais. **Fonte:** HU/UFS; CASE (2008).

O Gráfico 3 demonstra que os pacientes portadores das patologias do Grupo A tem conhecimento do diagnóstico da doença variando de poucos meses, até 20 anos. Ressalte-se, porém, que 50% dos entrevistados ignoravam este dado. No Grupo B percebe-se que este parâmetro foi encontrado em todas as variáveis apresentadas. De um modo geral observou-se que a maior distribuição proporcional dos casos ficou concentrada entre 1 a 10 anos, em ambos os grupos estudados.

O grande intervalo de tempo observado nos dois grupos pode ser justificado por ambos agregarem patologias de evolução crônica, que dependem, para o seu controle, não apenas do uso de terapêutica medicamentosa, mas também de mudanças de hábitos de vida do acometido, que varia desde a alimentação, habitação, prática de exercícios físicos, dentre outros.

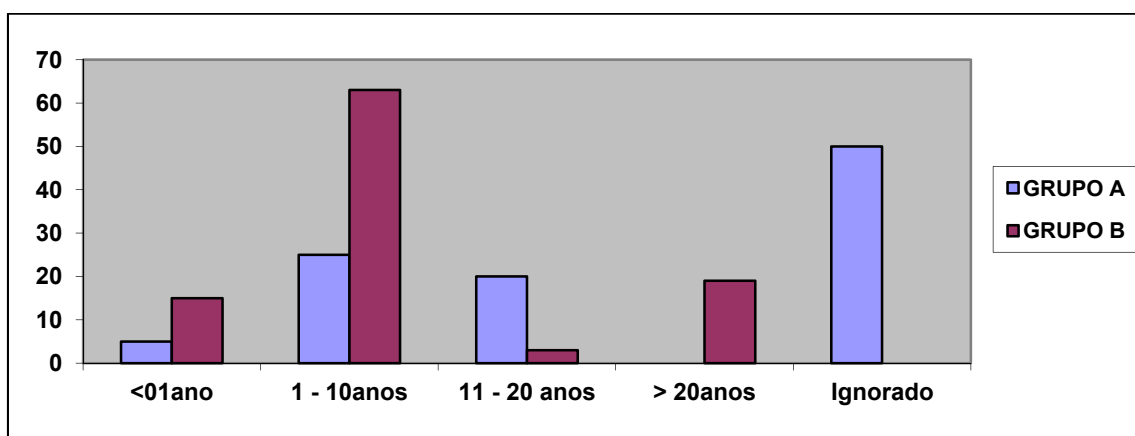


Gráfico 3: Período decorrido desde o diagnóstico. **Fonte:** HU/UFS; CASE (2008).

No Gráfico 4 observa-se que os usuários do Grupo A estão cadastrados no PDMCE variando de menos de um ano até mais de 10 anos, com a maioria se concentrando entre 1 a 5 anos. No Grupo B variaram de menos de um ano até 10 anos, com a maioria se concentrando no período inferior a um ano.

Segundo relato de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES), lotados no Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE), a maior distribuição proporcional de pacientes, nos intervalos compreendidos entre < 01 ano a 1 – 5 anos, se deve à inauguração do serviço ter ocorrido há cerca de cinco anos atrás. Anteriormente a este período, o PMDCE funcionava, em caráter ainda embrionário, nas dependências da SES, com reduzidas especificações terapêuticas sendo dispensadas e pouco usuários sendo atendidos.

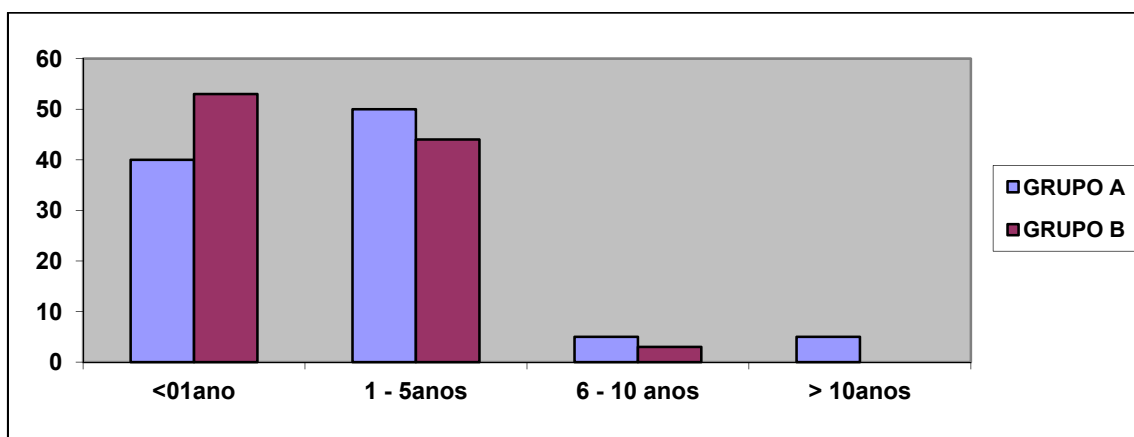


Gráfico 4: Tempo de cadastramento dos usuários no serviço. **Fonte:** HU/UFS; CASE (2008).

No Gráfico 5 percebe-se que a periodicidade da dispensação dos medicamentos de caráter excepcional dos usuários do Grupo A é semanal, bimestral e trimestral, com maior concentração de casos semanalmente. No Grupo B, a maioria dos usuários tem dispensação medicamentosa mensal e em reduzido percentual de caráter trimestral.

Dentre as patologias que estão inseridas no Grupo A, Hacbarth-Freire et al (2007), referindo-se à AR, citou que o Infiximabe é utilizado por perfusão venosa de 3mg/kg, administradas por perfusão na segunda e sexta semanas após a primeira perfusão e em seguida a intervalos de oito semanas, e Mincis e Mincis (2004) se referindo ao Consenso Internacional sobre o Tratamento da HC, realizado em 2002, observaram que os esquemas terapêuticos com o uso do Interferon alfa devem ser realizados três vezes por semana, com uma duração de 24 semanas, ou Interferon peguilado alfa-2a e alfa-2b, em dose única semanal.

Segundo Rodrigues e Brasil (2008) a dispensação dos medicamentos para as patologias que integram o grupo B tem uma periodicidade mensal.

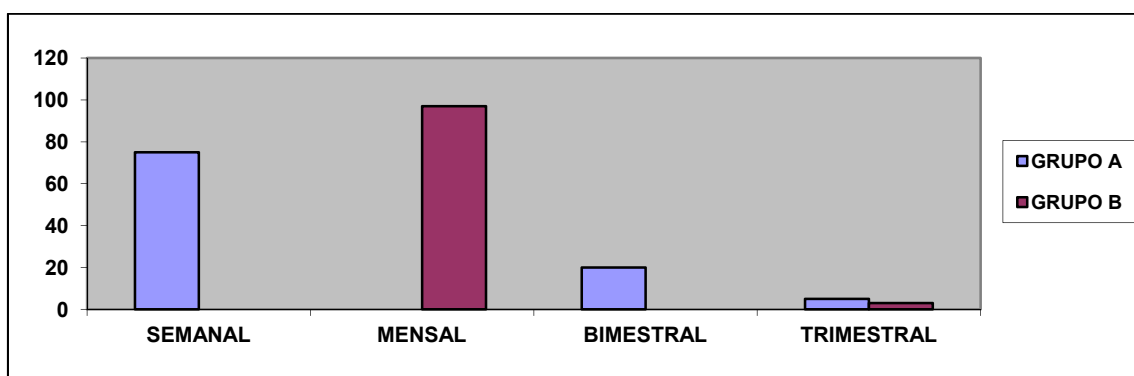


Gráfico 5: Periodicidade na dispensação de medicamentos. **Fonte:** HU/UFS; CASE (2008).

No Gráfico 6 observa-se que são dispensados medicamentos, em ambos os grupos avaliados, para indivíduos de todos os níveis de escolaridade. A dispensação de medicamentos de caráter excepcional das patologias do Grupo B teve maior distribuição proporcional entre os analfabetos e naqueles indivíduos que tinham o primário incompleto e as do Grupo A dentre aqueles que possuíam o colegial completo e entre os que tinham curso superior incompleto.

Segundo Souza (2007) uma das ideias básicas do SUS é que ele é universal, ou seja, todos tem o mesmo direito a acessá-lo, o que pode parecer óbvio e que não mereceria nenhuma ênfase ou maior detalhamento, mas que, na prática, nem sempre funcionou desta maneira. Paim (2006) referiu que ao atender as necessidades de saúde de contingentes expressivos da população anteriormente excluídos do sistema, é possível atribuir ao SUS a redução de desigualdades no acesso aos serviços o que, de certo modo, torna a atenção menos iníqua, embora ainda muito distante do seu ideário igualitário.

Campos (2006) afirmou que há ainda heterogeneidade na utilização do SUS, visto que dados recentes indicam que, quanto maior a escolaridade, menor a utilização do SUS, o que a princípio vai de encontro ao que está apresentado no gráfico abaixo. Porém, referiu ainda que os serviços básicos, em franca expansão nos últimos quinze anos, bem como os de média complexidade, são mais procurados pela população de baixa renda. Já os serviços de alta complexidade têm sido utilizados por extratos sociais diversificados, em uma proporção semelhante àquela encontrada na população em geral, o que leva a compatibilizar com os dados abaixo representados, uma vez que os medicamentos em questão estão enquadrados no nível de assistência de alta complexidade.

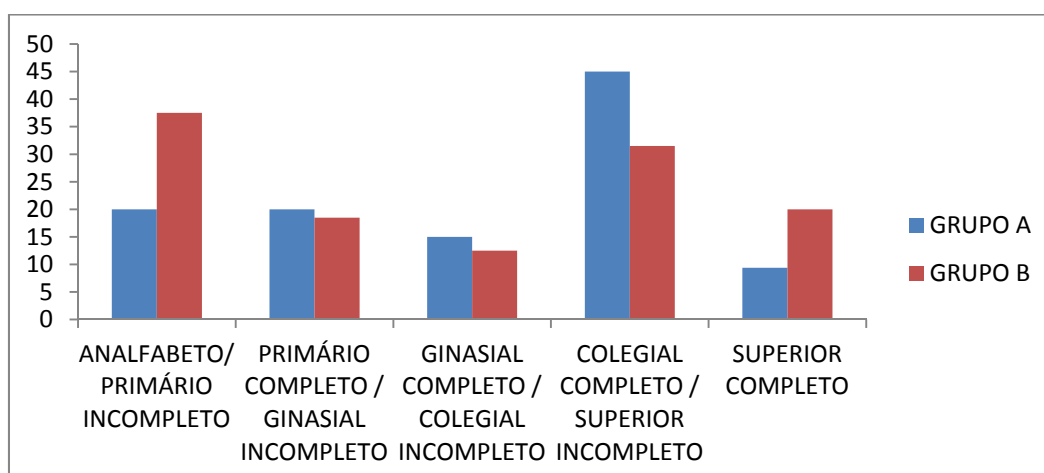


Gráfico 6: Nível de escolaridade dos usuários de medicamentos. **Fonte:** HU/UFS; CASE (2008).

No Gráfico 7 percebe-se que enquanto os pacientes concentrados no Grupo B tem renda familiar variando entre até um salário mínimo e até três a cinco salários mínimos, os incluídos no Grupo A também se concentram entre faixas superiores de renda, variando nestes aspectos, com distribuições proporcionais entre 5 a 20 salários mínimos.

Nascimento et al (2008), realizando um estudo sobre a avaliação de custos do manejo da hepatite crônica C em 124 pacientes, acompanhados no ambulatório de referência em hepatologia

do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, entre novembro de 2006 e maio de 2007, observaram que os pacientes tinham uma renda média mensal de R\$ 950,61, enquanto a renda média familiar foi da ordem de R\$ 1.926,67.

Os dados abaixo representados retratam que como os custos com o tratamento das patologias que integram o Grupo A são mais elevados, observa-se que os acometidos de todas as faixas de renda procuram o SUS, inclusive aqueles com renda entre 10 e 20 salários mínimos. De maneira análoga, como os medicamentos que integram os tratamentos das patologias incluídas no Grupo B são de menor custo, os pacientes que tem renda superior à faixa entre 5 e 10 salários mínimos não procuram o suporte terapêutico no SUS.

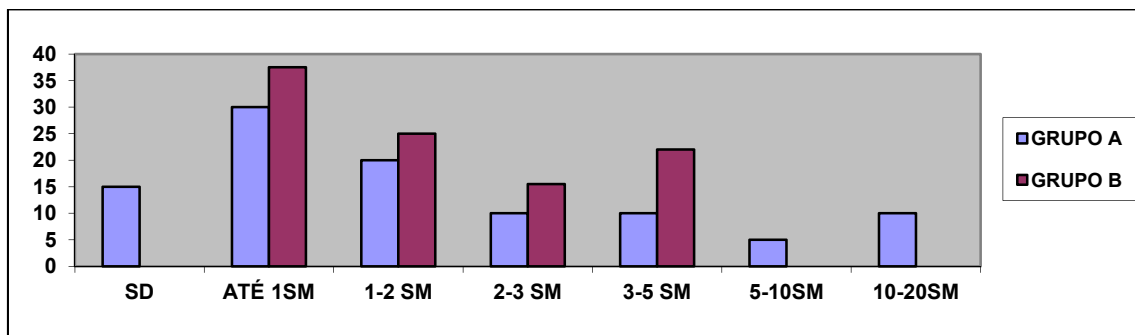


Gráfico 7: Nível de renda familiar mensal dos usuários de medicamentos. **Fonte:** HU/UFS; CASE (2008).

No Gráfico 8 percebe-se que os usuários de medicamentos de caráter excepcional do grupo A se distribuíram entre as classes B, C e D, com a maioria se concentrando na classe C. Os pacientes incluídos no Grupo B se distribuíram nas classes C, D e E, com maior concentração na classe D.

Viana et al (2003) contextualizaram que as desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades relativas a adoecer e morrer, existentes entre os grupos sociais.

Gerschman e Santos (2006) ponderaram que a impressão geral de que as classes privilegiadas utilizam o SUS de maneira seletiva só recentemente vem sendo confirmada por estudos de campo.

Segundo Travassos (1997), a universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade. No SUS, a universalidade é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se assim que, barreiras econômicas restrinjam o consumo.

Paim (2010) afirmou que em relação à equidade no uso de serviços de saúde, embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde e, nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades.

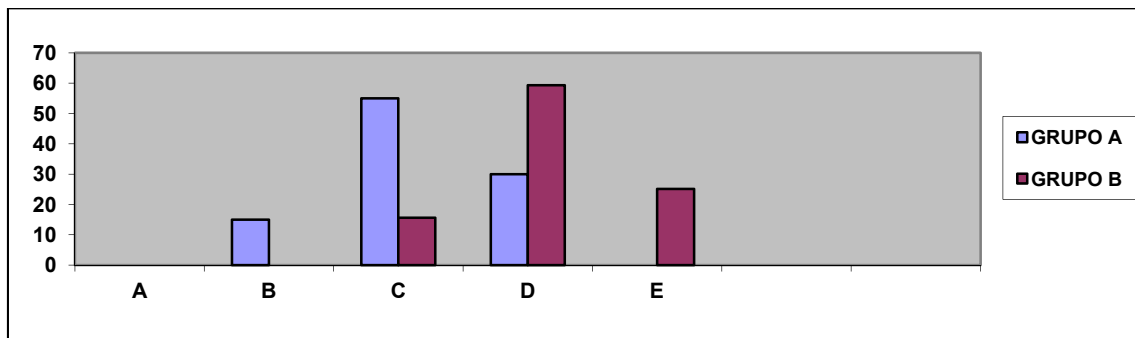


Gráfico 8: Classe social/ conforto familiar dos usuários de medicamentos. Fonte: HU/UFS; CASE (2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos dados relativos ao estudo comparativo do levantamento epidemiológico e socioeconômico dos usuários de medicamentos de dispensação de caráter excepcional no SUS, no Estado de Sergipe, em 2008, concluiu-se que, em geral, há heterogeneidade no perfil dos grupos analisados, especialmente no tocante ao nível de escolaridade, renda e classe social dos usuários. Este fato demonstra a importância da defesa, manutenção e cumprimento dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, principalmente no que diz respeito à abrangência da prestação de seus serviços. Desta forma, torna-se necessário que a universalidade dos serviços prestados pelo SUS esteja de acordo com o perfil de seus usuários, que tende a se modificar de acordo com o tipo de procedimento.

É preciso também que se lance um olhar mais criterioso em relação aos grupos vulneráveis da sociedade, elencando-se prioridades, de acordo com a demanda pelos serviços de saúde prestados pelo SUS. Desta forma caminha-se em direção a “tratar desigualmente os desiguais”, como preconiza o princípio da equidade.

REFERÊNCIAS

ABIPEME. Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado. **Classificação socioeconômica:** critério ABIPEME. Disponível: http://www.ufrn.br/sites/fonaprace/perfil_anexo3.doc. Acesso: Ago 2008.

AMB; CFM. Projeto Diretrizes: **diagnóstico e tratamento**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/015.pdf. Acesso: Ago 2008.

BOECHAT, J. L.; RIOS, J. L.; SANT'ANNA, C. C.; FRANÇA, A. T.. Prevalência e gravidade de sintomas relacionados à asma em escolares e adolescentes no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.2, p.111-117, 2005.

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

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** RENAME. Brasília; 2007.

BRICARELLO, L. P.. **Atualização em dislipidemias:** IV diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose, 2008. Disponível: <http://www.racine.com.br/download.asp?idarquivobanco=3249>. Acesso: Set 2008.

CAMILLO, E. Q.; PINHO, E. S. A. B.; MARTINS, L. M. P.. Obesidade e co-morbidades associadas em adultos atendidos no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.1, n.5, p.81-89, 2007.

CAMPOS, G. W. S.. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, p.23-33, 2006.

CARVALHO, D. F.; PAIVA, A. A.; MELO, A. S. O.; RAMOS, A. T.; MEDEIROS, J. S.; MEDEIROS, C. C. M.; CARDOSO, M. A. A.. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.4, p.491-498, 2007.

COCCO, R. R.. **Avaliação qualitativa dos dispositivos de medicamentos inalatórios referidos por pacientes com asma e/ou DPOC, 2008**. Disponível: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3704. Acesso: Set 2008.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N.. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.4, p.532-537, 2006.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B.. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.21, n.61, p.177-227, 2006.

GURGEL, M. H. C.. **Perfil clínico-laboratorial de pacientes com dislipidemia primária associada ou não ao diabetes mellitus, selecionados para o Ambulatório de Lípidos do SEDHUWC-UFC, 228**. Disponível: http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1204067054_88_0.pdf >. Acesso: Ago 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Análise de resultados, 2008. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso: Ago 2008.

HACBARTH-FREIRE, E. T.; PILEGGI, P.; TORRES, T. M.; PARMIGIANI, L.. **Tratamento de artrite reumatóide com Infiximab: estudo observacional, 2007**. Disponível: <http://www.amhev.med.br/artigos/4.htm>. Acesso: Set 2008.

LESSA, I.; CONCEIÇÃO, J. L.; SOUZA, M. L.; OLIVEIRA, V.; CARNEIRO, J.; MELO, J.; PINHEIRO, J.; MEIRELES, F.; NETTO, J.; REIS, F.; GOUVÊA, R.; COUTO, M.; SOUZA, S.; OLIVEIRA, M. R.. Dislipidemias em adultos da demanda laboratorial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Salvador, v.69, n.6, p.395-400, 1997.

MESSEDER, A. M.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L.. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.525-534, 2005.

MINAYO, M. C. S.. Sobre a complexidade de implementação do SUS. In: SILVA, F. S.. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

MINCIS, R.; MINCIS, M.. Hepatite C: avanços no diagnóstico e Tratamento. **Einstein**, v.2, n.4, p.343-345, 2004

MIRANDA, A. R. A.; ARAÚJO, C. S.; FALEIROS-CASTRO, F. S.. Diagnósticos de Enfermagem na reabilitação de adultos com artrite reumatóide, segundo Roy e a Cipe. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.2, n.3, p.314-325, 2012.

MONTEIRO, R. D. C.; ZANINI, A. C.. Análise de custo do tratamento medicamentoso da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.4, n.1, p.25-33, 2008.

NASCIMENTO, H. F.; SANTOS, G. S.; SANTOS, L. D.; FONSECA, J. Q.; PARANÁ, R.; SILVA, S. A. L. S.; PEREIRA, J. E.. **Avaliação de custos do manejo da hepatite crônica C, 2008**. Disponível: http://www.abresbrasil.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=113&Itemid=113. Acesso: Ago 2008.

OLIVEIRA, I. A. G.. **Testes moleculares qualitativos para confirmação diagnóstica da hepatite C: uma revisão sistemática e estimativa de gastos pelo SUS segundo modalidade técnica** Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

PAIM, J. S.. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS**. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso: Set 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.2, 2010.

RADU, A. S.. Artrite Reumatóide: Entendendo a Doença, seus Aspectos e Conseqüências. **Revista Racine**, v.24, n.1, p.8-18, 2006.

RODRIGUES, A. S.; BRASIL, L.. **Perfil epidemiológico e socioeconômico de usuários de medicamentos de dispensação em caráter excepcional no SUS – Sergipe**. Monografia (Graduação) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2008.

ROLO, S.; MORGADO, M.; FONSECA, O.. **Agentes biológicos autorizados em Portugal para tratamento da artrite reumatóide, 2007**. Disponível: <http://www.revistadelaofil.org/Articulo.asp?Id=26>. Acesso: Ago 2008.

SBPT; SBAI; SBP. **Projeto Diretrizes**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia; Sociedade Brasileira de Pediatria. 2001. Disponível: http://www.projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/016.pdf. Acesso: Ago 2008.

SBI. Sociedade Brasileira de Infectologia. **Hepatites Virais Crônicas: guia terapêutico de HIV/ AIDS, DST e Hepatites Virais**. v.1, n.4, 2003.

SENNA, M. C. M.. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde**, Rio de Janeiro, v.18 (Sup), p.203-211, 2002.

SOUZA, R. R.. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.41 (Esp), p.765-770, 2007.

TRAVASSOS, C.. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública**, v.13, n.2, p.325-330, 1997.

TRAVESSO-YÉPEZ, M, M. N.. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.80-88, 2004.

VIANA, A. L. A; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D.. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, p.58-68, 2003.