

Alexandra Crispim Boing^IAndréa Dâmaso Bertoldi^{II}Karen Glazer Peres^{III}

Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil

Socioeconomic inequalities in expenditures and income committed to the purchase of medicines in Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever as desigualdades socioeconômicas referentes ao uso, gastos e comprometimento de renda com a compra de medicamentos.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com 1.720 adultos de área urbana de Florianópolis, SC, em 2009. Realizou-se a seleção da amostra por conglomerados e as unidades primárias foram os setores censitários. Investigou-se o uso de medicamentos e os gastos com sua compra nos 30 dias anteriores, por meio de entrevista. Uso, gasto e comprometimento de renda devido a medicamentos foram analisados segundo a renda familiar *per capita*, a cor da pele auto-referida, idade e o sexo dos indivíduos, ajustado para amostra complexa.

RESULTADOS: A prevalência de uso de medicamentos foi de 76,5% (IC95%: 73,8;79,3), maior entre as mulheres e naqueles com maior idade. A média de gastos com medicamentos foi igual a R\$ 46,70, com valores mais elevados entre as mulheres, os brancos, os com idade mais elevada e entre os mais ricos. Enquanto 3,1% dos mais ricos comprometeram mais de 15% de seus rendimentos na compra de medicamentos, esse valor chegou a 9,6% nos mais pobres. A proporção de pessoas que tiveram de comprar medicamentos após tentativa fracassada de obtenção pelo Sistema Único de Saúde foi maior entre os mais pobres (11,0%), mulheres (10,2%) e naqueles com maior idade (11,1%). Grande parte dos adultos comprou medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (19,9%) ou na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (28,6%), com diferenças significativas segundo sexo, idade e renda.

CONCLUSÕES: Existe desigualdade socioeconômica, de idade e de gênero no comprometimento de renda com a compra de medicamentos, com piores condições para os mais pobres, os de maior idade e para as mulheres.

DESCRITORES: Renda. Gastos em Saúde. Preparações Farmacêuticas. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{III} Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Alexandra Crispim Boing
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário Trindade
88040-970 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: alecrispim@yahoo.com.br

Recebido: 20/9/2010

Aprovado: 4/5/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe socioeconomic inequalities regarding the use, expenditures and the income committed to the purchase of medicines.

METHODS: A cross-sectional population-based study was carried out with 1,720 adults living in the urban area of Florianópolis, Southern Brazil, in 2009. Cluster sampling was adopted and census tracts were the primary sampling units. Use of medicines and the expenditures incurred in their purchase in the past 30 days were investigated through interviews. Use, expenditures and the income committed concerning medicines were analyzed according to *per capita* family income, self-reported skin color, age and sex, adjusting for the complex sample.

RESULTS: The prevalence of medicine use was 76.5% (95%CI: 73.8; 79.3), higher among women and in older individuals. The mean expenditure on medicine was R\$ 46.70, with higher values among women, whites, older individuals and among richer people. While 3.1% of the richest committed more than 15% of their income to purchasing medicine, that figure reached 9.6% in the poorest group. The proportion of people that had to buy medicines after an unsuccessful attempt to obtain them in the public health system was higher among the poor (11.0%), women (10.2%) and the elderly (11.1%). A large part of the adults bought medicines contained in the National List of Essential Medicines (19.9%) or in the Municipal List of Essential Medicines (28.6%), with significant differences according to gender, age and income.

CONCLUSIONS: There is socioeconomic, age and gender inequality in the income committed to the purchase of medicines, with worse conditions for the poor, older individuals and women.

DESCRIPTORS: Income. Health Expenditures. Pharmaceutical Preparations. Health Inequalities. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é legalmente universal, equânime e integral desde o final da década de 1980. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1990, incorporou ações que consolidassem seus princípios e diretrizes, entre eles a garantia de assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica.

O Brasil é um dos poucos países em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito dos cidadãos, o que se concretiza por meio de políticas e estratégias, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).⁴ Medicamentos genéricos foram introduzidos no País em 1999 para reduzir os preços dos medicamentos e facilitar o acesso de toda população a esses insumos. Em 2004, o governo federal lançou o Programa Farmácia Popular, que visa diminuir o impacto dos preços dos medicamentos no orçamento familiar a partir do sistema de co-pagamento, em que o poder público paga cerca de 90% do

valor do medicamento e o cidadão arca diretamente com o restante.^a

Apesar dos avanços nas políticas públicas do setor, elas não atingem expressiva parte da população, principalmente quanto ao uso racional dos medicamentos, tanto no mercado privado quanto no setor público.⁷ O investimento global em saúde (gastos públicos e privados) foi equivalente a 7,6% do produto interno bruto brasileiro em 2003,¹⁹ mostrando menor participação do setor público nessa proporção (45,3%), valor próximo ao observado em países com sistemas de saúde não universais.¹⁹ O baixo investimento público em saúde provoca maior gasto privado nesse setor, incluindo o gasto com medicamentos.

O gasto com medicamento representa a maior parte dos gastos privados em saúde entre os mais pobres e o peso dos medicamentos no total dos gastos em saúde se dá de maneira inversamente proporcional à renda, conforme revisão de literatura em 54 países de baixa renda.¹⁶

^a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Vigilância sanitária: guia didático. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Similarmente, os medicamentos foram os maiores responsáveis pelos gastos em saúde no Brasil, atingindo cerca de 47% do total do gasto.³ O comprometimento de renda com gasto em medicamentos, especialmente não programado, pode levar famílias a riscos de saúde ainda maiores, como a redução da compra de alimentos, e torná-las mais susceptíveis a problemas de saúde, ou, pela ordem econômica, tornar as famílias mais pobres ou até mesmo indigentes.^b

Estudos populacionais brasileiros mostraram que o gasto médio com medicamentos em valores absolutos é maior entre homens de maior idade¹² e aumenta com o acréscimo de renda.³ O SUS assume a maior parte dos gastos globais em medicamentos, principalmente entre os mais pobres, enquanto os mais ricos apresentam mais gastos privados.⁵ Apesar disso, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998 apresentaram maior comprometimento de renda com a compra de medicamentos entre os mais pobres, transpondo diferenças entre grupos e configurando-se como iniquidade.¹⁵

O objetivo do presente estudo foi descrever as desigualdades socioeconômicas no uso, gastos e comprometimento de renda com gastos em medicamentos.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com 2.016 adultos de 20 a 59 anos da área urbana de Florianópolis, SC, entre agosto de 2009 e janeiro de 2010. O estudo foi denominado EpiFloripa. Capital do estado de Santa Catarina, Florianópolis é um município de médio porte, com população estimada em 408.163 habitantes em 2009.^c No mais recente recenseamento nacional (ano 2000), Florianópolis apresentava renda *per capita* de R\$ 701,42 (equivalente a US\$ 354,25), índice de Gini de 0,57 e Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M) de 0,875, o maior dentre as capitais brasileiras.^d

A população de referência do estudo correspondia a 249.530 pessoas, equivalente a 61,1% do total da população do município.^c

Os parâmetros para a mostra final foram: prevalência de gastos com medicamentos de 50%, erro amostral de quatro pontos percentuais e intervalo de 95% de confiança. Foi utilizado ajuste de delineamento igual a 2, adicionados 10% para eventuais perdas ou recusas e 20% para controle de fatores de confusão. Essa amostra foi suficiente para estimar o desfecho de qualquer magnitude considerando o mesmo erro amostral. O cálculo da amostra foi realizado no EpiInfo 6.04.

A amostragem foi realizada em dois estágios. O primeiro foi formado pelos setores censitários definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para fins estatísticos. As unidades de segundo estágio foram os domicílios incluídos nos setores censitários selecionados. A unidade de análise do estudo foi o indivíduo adulto. Todos os moradores adultos dos domicílios selecionados eram elegíveis para entrevista, exceto aqueles institucionalizados ou inaptos a responder o questionário do estudo (acamados ou com impedimento físico ou mental).

A renda média dos chefes dos domicílios foi observada nos 420 setores censitários urbanos segundo o censo 2000 e os valores variaram de R\$ 192,80 a R\$ 13.209,50. Os setores foram alinhados em ordem crescente de renda e estratificados em decis. Procedeu-se ao sorteio de 60 setores censitários, com seleção sistemática de seis setores em cada decil de renda. Com mínimo de 61 domicílios e máximo de 810, o coeficiente de variação de domicílios ocupados entre os setores foi de 55%. Com o intuito de diminuí-lo, realizou-se a fusão de alguns setores censitários e a divisão de outros, obtendo-se 63 setores censitários, com coeficiente de variação de 32%. Foram sorteados sistematicamente 18 domicílios em cada uma dessas unidades geográficas.

A coleta dos dados foi realizada por 35 entrevistadoras do sexo feminino, com ensino médio completo e disponibilidade integral para execução do trabalho de campo. Utilizou-se o *personal digital assistant* (PDA) para o registro e armazenamento dos dados. Considerou-se perda o morador adulto de domicílio sorteado que não foi encontrado após, no mínimo, quatro visitas, uma no final de semana e outra no período noturno.

O controle de qualidade das respostas foi realizado semanalmente por revisão e checagem de 15% das entrevistas, selecionadas por sorteio em cada setor. Informações-chave contidas no questionário foram verificadas em contato telefônico pelos supervisores de campo. Ao analisar as concordâncias, o valor de kappa variou de 0,6 a 1,0.

Os desfechos foram o uso de medicamentos, o gasto e o comprometimento de renda com a compra desses nos 30 dias anteriores à entrevista. A classificação socioeconômica foi feita segundo a renda familiar *per capita* dos entrevistados (estratificada em quintis). Também foram utilizadas informações sobre cor da pele auto-referida (branca, parda, preta, indígena e amarela, as duas últimas excluídas desta análise devido ao reduzido número de pessoas), sexo e idade em anos completos (20 a 29; 30 a 39; 40 a 49 e 50 a 59).

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População brasileira [citado 2009 fev 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

^d Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília (DF); 2003.

A pergunta que norteou o estudo foi: “*Nos últimos 30 dias o(a) Sr.(a) utilizou algum medicamento?*”. Foram perguntados os nomes, dosagens e apresentação farmacêutica dos medicamentos e forma de obtenção dos medicamentos (SUS; farmácia comercial; já dispunha em casa ou ganhou de alguém). Foram analisados o número de medicamentos utilizados, compra de medicamentos por não obtenção no SUS e sua presença na RENAME e na REMUME.

Para o cálculo dos gastos com medicamentos utilizaram-se informações referentes aos últimos 30 dias, valores auto-referidos e descritos em reais. O valor do comprometimento de renda com a compra de medicamentos foi obtido pela divisão do gasto referido pela renda familiar *per capita*. Em seguida, o quociente foi multiplicado por 100 e o valor expresso na forma de porcentagem. Para esse cálculo foram excluídas 24 pessoas que possuíam renda zero. A variável comprometimento de renda foi categorizada segundo pontos de corte iguais a $\geq 5\%$, $\geq 10\%$ e $\geq 15\%$.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o comando *svy* para corrigir o efeito de delineamento de amostras complexas e incorporar os pesos amostrais, disponível no programa Stata versão 9.0. As análises de uso, gastos e comprometimento de renda foram realizadas segundo quintil de renda, cor

da pele, idade e sexo. Foram calculadas as razões de prevalências brutas e ajustadas por meio da regressão de Poisson, considerando as variáveis demográficas e socioeconômicas para os desfechos proporção de uso de medicamentos, obtenção de pelo menos um medicamento via SUS, compra de medicamentos não obtidos via SUS, de gastos com medicamentos da RENAME e gastos com medicamentos da REMUME. As variáveis socioeconômicas e demográficas foram ajustadas entre si no modelo ajustado. Para se testar a diferença entre médias empregou-se o teste de Mann Whitney e Kruskal-Wallis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 351/2008).

RESULTADOS

A taxa de resposta foi de 85,3% (n = 1.720). A média de idade entre os entrevistados foi de 38 anos (desvio-padrão – dp = 11,6) e 55,5% eram mulheres. A prevalência de uso de medicamentos nos 30 dias que antecederam a entrevista foi de 76,5%, prevalência 29% maior entre as mulheres (RP: 1,29; IC95%: 1,21;1,39) e 7% maior nos adultos de idade mais elevada em comparação aos mais jovens (RP: 1,07; IC95%: 1,00;1,15)

Tabela 1. Amostra segundo variáveis sociodemográficas, prevalência de uso de medicamento e razões de prevalências brutas e ajustadas. Florianópolis, SC, 2009.

Variável ^a	Amostra		Prevalência de uso de medicamento % (IC95%)	RP bruta (IC95%)	RP ajustada ^b (IC95%)
	n	%			
Sexo					
Masculino	761	44,5	65,9 (61,9;69,9)	1	1
Feminino	959	55,5	85,0 (82,2;87,9)	1,29 (1,21;1,37)	1,29 (1,21;1,37)
Idade (anos)					
20 a 29	540	32,7	73,9 (69,9;77,8)	1	1
30 a 39	392	22,9	72,8 (68,2;77,4)	0,98 (0,92;1,05)	0,98 (0,91;1,04)
40 a 49	438	25,0	79,5 (75,4;83,5)	1,08 (1,01;1,15)	1,05 (0,98;1,12)
50 a 59	350	19,4	81,6 (77,7;85,5)	1,10 (1,03;1,18)	1,07 (1,00;1,15)
Cor da pele ^a					
Branca	1.444	85,8	76,5 (73,4;79,6)	1	1
Parda	147	9,1	77,3 (69,6;85,1)	1,01 (0,91;1,13)	1,04 (0,93;1,17)
Preta	87	5,1	74,6 (63,3;85,8)	0,97 (0,85;1,11)	1,00 (0,89;1,12)
Renda familiar <i>per capita</i> (em quintis)					
Quintil 1	337	20,0	76,0 (71,0;81,0)	0,98 (0,87;1,08)	0,96 (0,87;1,07)
Quintil 2	353	19,8	74,2 (70,6;77,9)	0,96 (0,88;1,04)	0,96 (0,88;1,04)
Quintil 3	321	18,7	75,8 (70,8;80,8)	0,98 (0,89;1,07)	0,98 (0,89;1,07)
Quintil 4	351	21,9	79,4 (74,4;84,3)	1,02 (0,95;1,10)	1,02 (0,94;1,10)
Quintil 5	323	19,6	77,5 (71,8;83,2)	1	1
Total	1.720		76,5 (73,8;79,3)		

^a A variável com menor n foi cor da pele (n = 1.678); ^b Ajustada pelas variáveis socioeconômicas e demográficas.

na análise ajustada. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no uso de medicamentos entre os estratos de renda e cor de pele (Tabela 1). Cerca de um terço dos adultos que utilizaram medicamentos nos últimos 30 dias consumiram apenas um, aproximadamente a metade utilizaram dois, 1/4 reportaram o uso de três e pouco menos de 10% utilizaram quatro ou mais medicamentos.

A média de gasto foi de R\$ 46,70 (mediana = R\$ 10,00), variando de zero a R\$ 920,00. Os valores gastos foram 60% maiores entre as mulheres e aumentaram conforme a renda dos indivíduos, cerca de cinco vezes maior dentre os mais ricos (Q5), quando comparados aos mais pobres (Q1). Maior gasto foi observado entre as pessoas com maior idade (cerca de três vezes maior nos mais velhos quando comparados aos mais jovens). Pessoas de cor branca (70% a mais) e parda (50% a mais) apresentaram mais gastos com medicamentos do que as de cor preta (Tabela 2).

O comprometimento de renda na compra de medicamentos foi quase três vezes superior entre os mais pobres (Q1), quando comparado aos mais ricos (Q5). Enquanto no primeiro quintil de renda as pessoas comprometeram, em média, 7,3% de seus rendimentos com a aquisição de medicamentos, no quintil mais rico a proporção foi de 2,7% (Tabela 2). Maior comprometimento foi

observado entre as mulheres (90% a mais) e entre os mais velhos (60% a mais entre os indivíduos de 50 a 59 anos comparados àqueles de 20 a 29 anos) (Tabela 2).

A Figura 1 apresenta a prevalência de pessoas que gastaram qualquer valor com aquisição de medicamentos e a proporção de pessoas que comprometeram valores iguais ou superiores a 5%, 10% e 15% de sua renda com a compra de medicamentos, segundo os quintis de renda familiar *per capita*. Cerca de 70% dos mais ricos (Q5) tiveram algum comprometimento da renda com gastos com medicamentos, proporção significativamente maior do que nos outros grupos (Figura 1A). No entanto, a proporção de pessoas que comprometeram 5% ou mais de sua renda com gastos em medicamentos foi expressivamente maior entre os mais pobres (Q1) (Figura 1B). Essa diferença foi mais significativa quando se consideraram comprometimentos de renda mais altos. Enquanto 6,5% dos mais ricos (Q5) comprometeram 10,0% ou mais de sua renda na compra de medicamentos, dentre os mais pobres 14,6% apresentaram essa situação (Figura 1C). Quando se considerou comprometimento igual ou maior a 15%, 9,6% dos indivíduos mais pobres (Q1) estavam nessa condição, contra 3,1% dos mais ricos (Q5) (Figura 1D).

A Tabela 3 apresenta diferenças relacionadas à aquisição de medicamentos no SUS segundo sexo, idade,

Tabela 2. Gasto médio e proporção da renda gasta com medicamentos nos 30 dias anteriores à entrevista, segundo quintis de renda, idade, sexo e cor de pele. Florianópolis, SC, 2009.

Variável	Gasto médio (R\$)	Razão entre grupos	p	Proporção média da renda gasta com medicamentos (%)	Razão entre grupos	p
Sexo			<0,001*			<0,001*
Masculino	35,3	1,0		3,0	1,0	
Feminino	55,6	1,6		5,8	1,9	
Idade (anos)			<0,001**			<0,001**
20 a 29	26,8	1,0		3,5	1,0	
30 a 39	48,7	1,8		5,1	1,4	
40 a 49	48,9	1,8		4,3	1,2	
50 a 59	72,5	2,7		5,8	1,6	
Cor da pele			0,002**			0,175**
Branca	48,4	1,7		4,2	1,0	
Parda	41,4	1,5		6,9	1,6	
Preta	28,2	1,0		6,2	1,5	
Renda familiar <i>per capita</i> (em quintis)			<0,001 ^b			0,002 ^b
Quintil 1	18,9	1,0		7,3	2,7	
Quintil 2	24,2	1,3		4,4	1,6	
Quintil 3	37,8	2,0		4,3	1,6	
Quintil 4	63,3	3,3		4,2	1,6	
Quintil 5	90,1	4,8		2,7	1,0	
Total	46,7			4,6		

*Teste de Mann Whitney; **Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 3. Proporção de pessoas que obtiveram medicamento pelo Sistema Único de Saúde, que compraram ao menos um medicamento não obtido no SUS, que apresentaram gasto com medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Florianópolis, SC, 2009.

Variável	Obtenção de pelo menos um medicamento via SUS (%)	Compra de medicamentos não obtidos via SUS (%)	Gastos com medicamentos da Rename (%)	Gastos com medicamentos da Remume (%)
Sexo				
Masculino	14,2	5,3	15,4	22,8
Feminino	24,3	10,4	23,6	33,3
Idade (anos)				
20 a 29	16,4	5,3	16,2	26,3
30 a 39	19,1	8,5	19,2	25,4
40 a 49	20,0	9,0	20,5	29,1
50 a 59	26,2	11,3	26,3	35,7
Cor da pele				
Branca	18,2	7,9	20,8	29,4
Parda	24,6	7,1	17,0	24,9
Preta	35,3	9,1	12,9	23,2
Renda familiar <i>per capita</i> (em quintis) ^a				
Quartil 1	37,1	10,6	15,4	24,4
Quartil 2	27,1	9,4	19,6	25,3
Quartil 3	16,1	9,2	18,7	28,9
Quartil 4	14,0	7,3	22,3	31,1
Quartil 5	5,5	4,6	24,0	33,8
Total	19,8	8,1	19,9	28,6

SUS: Sistema Único de Saúde

Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Remume: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

cor da pele e renda familiar *per capita*. Cerca de uma em cada cinco pessoas obteve ao menos um medicamento no SUS, valor significativamente mais elevado entre os mais pobres (RP: 6,20 IC95% 3,50;10,97), mulheres (RP: 1,56 IC95% 1,18;2,06), mais velhos (RP: 1,76 IC95% 1,29;2,42) e os pretos (RP: 1,44 IC95% 1,08;1,93) (Tabela 4). Maior proporção de mulheres, pessoas de maior idade e mais pobres necessitou comprar medicamentos após tentativa fracassada de obtenção pelo SUS. Não foi observada diferença quanto à cor de pele. Expressiva proporção de pessoas comprou medicamentos que compõem a lista Rename e Remume (19,9% e 28,6%, respectivamente), principalmente mulheres, os mais velhos e os mais ricos nas análises brutas e ajustadas (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Mulheres e indivíduos com maior idade usam mais, gastam mais e apresentam maior comprometimento de renda nos gastos com medicamentos em relação aos homens e aos mais jovens. Indivíduos que auto-referiram a cor da pele preta apresentaram menor gasto com medicamentos do que os de cor branca. Importante desigualdade socioeconômica foi observada no gasto

com medicamentos e no comprometimento de renda na compra de medicamentos, i.e., quanto mais pobre o indivíduo, maior o comprometimento de renda, mas quanto mais rico, maior o gasto com medicamentos.

A prevalência de uso de medicamentos foi superior às observadas em outras pesquisas nacionais com adultos, cujas prevalências variam de 49,7%² a 69,9%,¹⁷ e o mesmo ocorre em pesquisas internacionais (de 36,8%¹³ a 67,4%).¹¹ As diferenças de prevalências podem decorrer de diferenças nas faixas etárias analisadas e no período recordatório. Se por um lado o maior tempo recordatório pode aumentar a exposição ao uso de medicamentos, por outro tem o potencial de aumentar o viés de memória, sobretudo na população que não utiliza medicamentos de forma contínua.⁶ Além disso, diferenças nas políticas farmacêuticas adotadas em diferentes países podem influenciar o comportamento de uso de medicamentos e explicar, parcialmente, as distintas prevalências entre o panorama nacional e o quadro internacional.

Maior utilização de medicamentos entre mulheres e indivíduos com mais idade corroboram os achados da literatura,^{7,9,11} que também apontam maior preocupação com a saúde e maior utilização dos serviços de saúde no sexo feminino.¹⁰ Espera-se que os indivíduos sejam

Tabela 4. Razões de prevalências brutas e ajustadas de pessoas que obtiveram medicamento pelo Sistema Único de Saúde, que compraram ao menos um medicamento não obtido no Sistema Único de Saúde, que apresentaram gasto com medicamentos da lista Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Florianópolis, SC, 2009.

Variável	Obtenção de pelo menos um medicamento via SUS	Compra de medicamentos não obtidos via SUS	Gastos com medicamentos da Rename	Gastos com medicamentos da Remume
Sexo				
RP bruta ^a (IC95%)	1,71 (1,30;2,24)	1,95 (1,34;2,83)	1,54 (1,21;1,95)	1,46 (1,25;1,72)
RP ajustada ^a (IC95%)	1,56 (1,18;2,06)	1,92 (1,33;2,77)	1,57 (1,22;2,03)	1,46 (1,25;1,71)
Idade (anos)				
RP bruta ^b (IC95%)	1,59 (1,18;2,15)	2,15 (1,26;3,66)	1,62 (1,20;2,18)	1,36 (1,11;1,66)
RP ajustada ^b (IC95%)	1,76 (1,29;2,42)	2,52 (1,46;4,33)	1,55 (1,16;2,06)	1,25 (1,02;1,53)
Cor da pele				
RP bruta ^c (IC95%)	1,94 (1,36;2,76)	1,14 (0,52;2,51)	0,62 (0,34;1,13)	0,79 (0,54;1,16)
RP ajustada ^c (IC95%)	1,44 (1,08;1,93)	1,10 (0,47;2,58)	0,74 (0,40;1,34)	0,84 (0,56;1,26)
Renda familiar <i>per capita</i> em quintis				
RP bruta (IC95%)	6,72 ^d (3,77;11,96)	2,32 ^d (1,18;4,55)	1,56 ^e (1,10;2,20)	1,38 ^e (1,08;1,77)
RP ajustada (IC95%)	6,20 ^d (3,50;10,97)	2,08 ^d (1,00;4,33)	1,44 ^e (1,01;2,06)	1,37 ^e (1,07;1,75)

^a Razão entre M/H;

^b Razão entre 50-59/20-29

^c Razão entre Preta/Branca;

^d Razão entre Q1/Q5

^e Razão entre Q5/Q1

SUS: Sistema Único de Saúde

Rename: Relação Nacional de Medicamentos essenciais

Remume: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

acometidos por maior número de doenças crônicas com o avanço da idade e, conseqüentemente, utilizem mais os serviços de saúde. A combinação desses fatores influenciam de forma direta o aumento do uso de medicamentos.⁸ Adicionalmente, a medicalização da saúde adotada por parte expressiva dos profissionais e instituições, além de ações e programas específicos de saúde para mulheres, como adolescentes, grupo de gestantes e de puérperas, contribuem para explicar esse quadro.¹⁴

A média de gastos foi maior entre as mulheres e entre aqueles com maior idade, acompanhando o maior uso desses insumos nesses grupos. Indivíduos de cor branca gastaram mais do que os de cor preta, similarmente ao observado nos Estados Unidos,²⁰ mas perdendo significância após ajuste.

O gasto com medicamentos foi maior entre os mais ricos, sugerindo, por um lado, a disponibilidade de maiores recursos financeiros e, por outro, possível cobertura mais abrangente do SUS entre os mais pobres, potencialmente minimizando o gasto absoluto desse grupo.^c Os menores gastos entre os mais pobres podem ser explicados pela expansão de programas de saúde no SUS, como a Farmácia Básica, Estratégia da Saúde da

Família e a Farmácia Popular, além das mudanças de preços de bens e serviços e o rendimento das famílias com poucos recursos, que podem diminuir ou mesmo eliminar os gastos com saúde para alocá-los em outros bens e serviços.^c Além disso, é coerente o maior gasto absoluto na aquisição desses produtos entre os maiores consumidores, i.e., mulheres e aqueles com mais idade, confirmando os achados da literatura nacional.¹

A desigualdade no comprometimento de renda para aquisição de medicamentos apresentou desvantagem para os mais pobres. Quando analisado o comprometimento em no mínimo 10% e 15% do rendimento total *per capita*, a diferença de renda comprometida chegou a ser 2,2 vezes e 3,1 vezes maior nos mais pobres quando comparados aos mais ricos. Isso também foi observado na literatura ao considerar o custo em saúde geral, com maior comprometimento de renda entre as mulheres, mais pobres e população com maior idade.¹⁸

O maior comprometimento de gastos em saúde pode se tornar catastrófico, caso o gasto em saúde represente pelo menos 40% da renda familiar após o pagamento de seus gastos de subsistência.²⁰ Em estudo conduzido entre 59 países investigados em relação aos gastos

^c Diniz BPC, Servo LMS, Eirado M, Piola SF. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LMS, Menezes T, Piola SF, organizadores. O gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília (DF): IPEA; 2007. p.143-166.

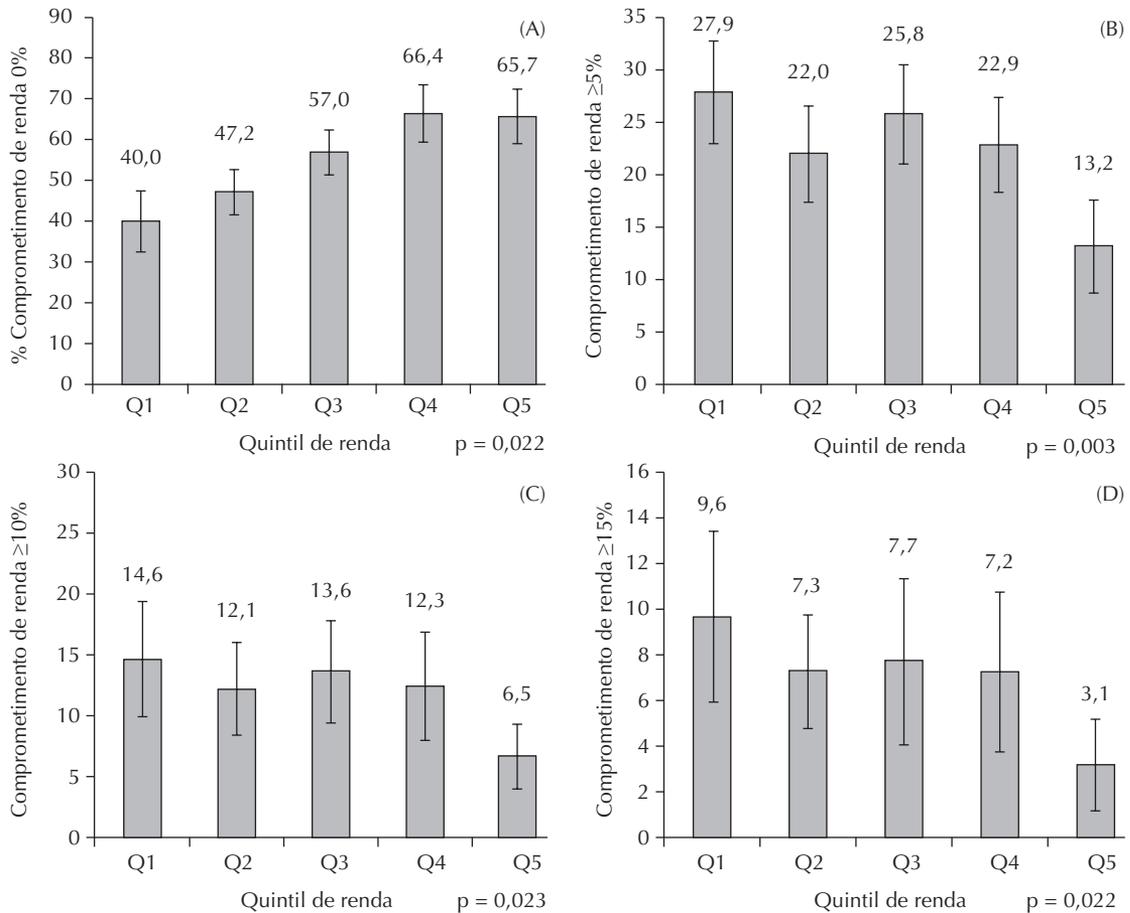


Figura 1. Comprometimento de renda familiar *per capita* com gastos em medicamentos segundo os quintis de renda *per capita* da população: (A) Comprometimento de renda $\geq 0\%$; (B) Comprometimento de renda $\geq 5\%$; (C) Comprometimento de renda $\geq 10\%$; e (D) Comprometimento de renda $\geq 15\%$. Florianópolis, SC, 2009.

catastróficos em saúde, o Brasil destacou-se como o segundo com maior prevalência de famílias nessa situação (10,3%), abaixo apenas do Vietnã (10,5%).²¹ Dentre os gastos em saúde, aqueles direcionados à aquisição de medicamentos estão entre os mais expressivos.³

Os resultados do presente estudo e a representação dos medicamentos nos gastos catastróficos mostram a importância da proteção do Estado contra esses dispêndios em razão das implicações oriundas desse processo como, por exemplo, a não utilização de medicamentos ou a subutilização de medicamentos interferindo na possibilidade de tratamento adequado, cura, agravamento ou complicações de saúde. O papel do Estado refere-se à tentativa de reduzir o obstáculo financeiro, minimizado pela disponibilização ou por redução de preços dos medicamentos, além do papel do prescriptor, que deve considerar a capacidade de pagamento do usuário e a disponibilidade de medicamentos no setor público no momento da prescrição.¹³ Adicionalmente, são fundamentais medidas macroeconômicas e sociais que impactem o mercado de consumo e acesso a bens e

serviços, como a melhor distribuição de renda, o acesso a serviços públicos de saúde e condições gerais de vida.

A amostra estudada apresenta validade externa para a população adulta residente da área urbana de Florianópolis. A distribuição uniforme das perdas nos decis de renda familiar contribuiu para esse quadro de inferência da amostra. Distribuição por sexo e faixa etária foi semelhante à encontrada nas estimativas do IBGE para a população adulta do município para o ano 2009.

O potencial viés de memória envolvido nos dados auto-referidos, como o uso de medicamentos e os gastos na compra dos produtos nos 30 dias anteriores à entrevista, pode ser considerado uma limitação do estudo. Para minimizá-lo, foram solicitadas aos entrevistados receitas, embalagens e/ou bulas de medicamentos utilizados nos últimos 30 dias.

Considerando-se o alto impacto do gasto privado em medicamentos no orçamento das pessoas e o potencial de minimização desse fenômeno através do SUS, a melhor utilização e organização da RENAME e da

Remume poderiam representar importantes mecanismos para atenuar o gasto privado no que diz respeito às políticas públicas, já que aproximadamente 50% das pessoas deixam de utilizar os medicamentos que precisam por

não terem acesso ao SUS.^e Políticas farmacêuticas que promovam o uso racional dos medicamentos precisam ser implementadas, melhorando a assistência em saúde e diminuindo os gastos em medicamentos.

REFERÊNCIAS

- Alves D. Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo. *Pesq Plan Econ*. 2001;31(3):479-94.
- Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1737-46. DOI:10.1590/S0102-311X2005000600021
- Barros AJ, Bertoldi AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):758-65. DOI:10.1093/ije/dyn063
- Bermudez J, Oliveira M, Luiza V. Assistência farmacêutica. In: Giovanella S, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho I, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.761-793.
- Bertoldi AD, Barros AJ, Camargo AL, Hallal PC, Vандoros S, Wagner A, et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazil public health system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):916-21. DOI:10.2105/AJPH.2009.175844
- Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:222. DOI:10.1186/1472-6963-8-222
- Carvalho MF, Pascom ARP, Souza Jr PRB, Damacena GN, Szwacwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl 1):S100-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011
- Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. DOI:10.1590/S0034-89102004000400012
- Eggen AE. Patterns of drug use in a general population: prevalence and predicting factors: the Tromso Study. *Int J Epidemiol*. 1994;23(6):1262-72. DOI:10.1093/ije/23.6.1262
- Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Supl):755-62. DOI:10.1590/S1413-81232008000700026
- Hovstadius B, Astrand B, Petersson G. Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: an individual-based register study. *BMC Clin Pharmacol*. 2009;9:11. DOI:10.1186/1472-6904-9-11 2009
- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):735-43. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300006
- Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1578-86. DOI:10.1590/S0102-311X2009000700016
- Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):136-40. DOI:10.1590/S0034-71672010000100023
- Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):719-31. DOI:10.1590/S1413-81232002000400009
- Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganira J, Wagner AK. Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries. *Health Res Policy Syst*. 2008;6:11. DOI:10.1186/1478-4505-6-11
- Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998;32(1):43-9. DOI:10.1590/S0034-89101998000100006
- Vilhjálmsson R, Sigurðardóttir GV. Out-of-pocket health care costs among population groups in Iceland. *Laeknabladid*. 2003;89(1):25-31.
- World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva; 2006.
- Xu KT, Borders TF. Racial and ethnic disparities in the financial burden of prescription drugs among older Americans. *J Health Hum Serv Adm*. 2007;30(1):28-49.
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7. DOI:10.1016/S0140-6736(03)13861-5

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº: 485327/2007-4). Os autores declaram não haver conflitos de interesse.